

MARJA-LEENA PERÄLÄ, EIJA GRÖNROOS, ANU SARVI

Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

Marja-Leena Perälä, Eija Grönroos, Anu Sarvi

Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1715-3 (nid.)

ISSN 1236-0740 (nid.)

ISBN 951-33-1716-1 (PDF)

ISSN 1795-8210 (PDF)

Valopaino Oy

Helsinki 2006



Sosiaali- ja terveysalan
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2006

Tiivistelmä

Marja-Leena Perälä, Eija Grönroos, Anu Sarvi. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes, Raportteja 8/2006. 42 sivua, hinta 14 €. Helsinki 2006. ISBN 951-33-1715-3

Tarkastelun kohteena on kotihoidon henkilöstö ja heidän toimintansa. Kotihoidon työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen on kohdistunut lisääntyvästi haasteita. Työntekijöiden ikääntyminen vaatii jatkuvaa ammattitaidon ajantasaistamista. Raportissa kuvataan kotihoidon henkilöstöä ja heidän työtään kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) toimipisteissä. Ensimmäisenä tavoitteena on kuvata, millaiseksi kotihoidon henkilöstö arvioi ammattitaitonsa, kehitymis- ja vaikutusmahdollisuutensa; kuinka he arvioivat työnsä kuormittavuuden sekä tyytyväisyytensä työhönsä kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteissä. Toisena tavoitteena on kuvata kotihoidon yhteistyökumppaneita, tiedon välittymistä ja yhteistyötä kotihoidossa sekä kotihoidon ja sairaalan välillä; hoidon laatua ja yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteissä.

Aineisto koostui PALKO-tutkimus- ja kehittämisprojektiin liittyvästä lomakekyselystä, joka lähetettiin vuonna 2001 kahdenkymmenen kahden kunnan kotihoidon edustajalle (n = 1 878). Kyselyyn vastasi 1 183 kotihoidon edustajaa (vastausaktiivisuus 63 %).

Valtaosalla kotihoidon henkilöstöä on vakituinen työsuhte ja ne, jotka ovat työhön ha- keutuneet näyttävät pysyvän työpaikassaan hyvin. Paras pysyvyys työtehtävässä oli kotipalvelun toimipisteissä. Yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä toimivan kotihoidon henkilöstö oli tyy- tymättömämpää työhönsä kuin kotipalvelun tai kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevä henkilöstö. Kotisairaanhoidon työntekijät olivat korkeimmin sekä perus- että ammatillisesti koulutettuja. He kokivat työnsä haastavampana kuin kotihoidon tai yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä työskentelevät sekä näkivät, että heillä on mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja kehittää sitä, saada tukea siihen sekä hyödyntää omaa ja työtovereidensa asiantuntemusta. He myös kokivat olevan vähemmän asiakkaan hoitoa ja palveluita vaikeuttavia tekijöitä, kokivat saaneensa enemmän tietoa asiakkaan hoidoista ja palveluista, kokivat tietonsa ja taitonsa paremmiksi ja olivat tyytyväisempiä työhönsä ja elämäänsä kuin kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon työn- tekijät. Monet kuvatuista ongelmista olisivat ratkaistavissa oikein suunnatulla ja suunnitellulla kotihoidon henkilöstön perus-, lisä- ja täydennyskoulutuksella.

Kotihoito työnä vaatii edelleen kehittämistä. Vaikka asiakaskeskeisiä toimintamalleja py- ritään toteuttamaan kotihoidossa ja keskeiset tiedottamisvälineet ovat käytössä, lähes puolelta asiakkaista puuttui heidän hoitoaan koordinoiva vastuhenkilö. Asiakkaan siirtyessä sairaalasta kotihoitoon, noin neljäsosassa kotiutumisista tieto siitä tuli kotihoitoon vasta kotiutumispäivänä tai kotiutumisen jälkeen. Yli puolessa asiakkaiden kotiutumisista oli ilmennyt jonkinasteisia, esimerkiksi liian varhaiseen kotiuttamiseen, tiedottamiseen ja yhteistyön puutteisiin liittyviä ongelmia. Lähes puolet kotihoidon henkilöstöstä oli tyytymättömiä sairaalasta saamaansa tiedon määrään asiakkaan kotiutumisesta ja kotihoidosta.

Koulutustason nostamisen lisäksi tarvitaan toimenpiteitä, jotka parantavat kotihoidon asemaa hoito- ja palveluketjussa, mahdollistavat kotihoitotyön paremman suunnittelun mm. pyrkimällä ennakoimaan kotiutuvien asiakkaiden hoitoa.

Avainsanat: henkilöstön hyvinvointi, kotihoito, kotipalvelu, kotisairaanhoido, tiedon kulku, yh- distetty kotihoito, yhteistyö

Abstract

Marja-Leena Perälä, Eija Grönroos, Anu Sarvi. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi [Home care personnels' work and well-being].

National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Reports 8/2006. pp. 42, price 14 €. Helsinki 2006. ISBN 951-33-1715-3

Our study focuses on home care workers in home nursing and home help services. Home care comprises home nursing and home help services. The workload in home care has not decreased despite the proportion of clients receiving home care services having decreased. The proportion of elderly persons with high service use has increased and the proportion of those with low service use has decreased between 1995 and 2001. Home care personnel's job description in the care of older people is extensive and versatile. The need for proactive preventive actions, the increasing amount of chronic illnesses, mental problems and problems in every day living have been reasons for improving the co-operation between social and health care.

The aim of this report is to describe home care personnel and their work in home-help service, home nursing and unified home help and home nursing services. The first objective was to describe how home care personnel evaluate their proficiency and their chances to develop and have a say in their work, how do they assess their workload and work satisfaction within home-help services, home nursing and unified home help and home nursing services. The second objective was to describe the co-operation between home care partners, information transfer and co-operation in home care and between home care and the discharging hospital, factors impeding the quality of care and co-operation in home nursing and in united home help and home nursing services. The data was collected by means of a questionnaire sent to home care personnel in 22 municipalities in 2001. A total of 1,183 completed questionnaires (response rate 63%) were received.

Although client-oriented models are widely used in home care and the essential tools for information transfer are in use, almost half of the clients did not have a named home care worker to co-ordinate their care. In a quarter of hospital discharges to home care, the discharge information was not received by home care until the day after discharge or later. In over half of the discharges, problems of some kind existed, e.g. problems associated with discharging too early, a lack of information exchange or co-operation. Almost half of home care personnel were dissatisfied with the amount of information they received about the client's discharge and home care.

Most of the home care personnel had permanent posts and their job retention rate was good. Personnel working in home-help service had the highest job retention rate. Home care personnel working in unified home-help and home nursing services were more dissatisfied with their work than those working in separate home-help and home nursing services. Home nursing personnel had a higher basic and vocational education. They considered their work to be more challenging and saw more possibilities to have a say and to develop their work, to get support and to make good use of their own and their colleagues' expertise. They also felt that there were fewer factors impeding the care and services of the clients, that they received more information about the clients' care and services, that they had more competence and knowledge, and that they were more satisfied with their work and life than personnel working in home-help services and unified home-help and home nursing services.

Home care requires an improvement in the valuation of the work and the standard of education, as well as the integration of services and a multiprofessional work culture with all partners involved. Moreover, further supplementary education that is tailored and ongoing is needed for home care personnel.

Keywords: co-operation, home care, home-help service, home nursing, information change, personnel wellbeing

Sisällys

Tiivistelmä
Abstract

| | |
|--|----|
| Kuvio- ja taulukkuuettelo | 6 |
| JOHDANTO..... | 7 |
| KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN AMMATTITAITO JA KOTIHOITO YHTEISTYÖNÄ..... | 9 |
| Henkilöstön ammattitaito, vaikutusmahdollisuudet ja tyytyväisyys työhön..... | 9 |
| Kotihoidon henkilöstön ammattitaidon kehittäminen | 9 |
| Henkilöstön tyytyväisyys sekä työssä jaksaminen | 10 |
| Kotihoito yhteistyönä | 12 |
| TUTKIMUKSEN TAVOITTEET | 14 |
| AINEISTO JA MENETELMÄT | 15 |
| TULOKSET..... | 16 |
| Kyselyyn vastannut kotihoidon henkilöstö | 16 |
| Kotihoidon henkilöstön ammattitaito ja kehittymismahdollisuudet | 18 |
| Henkilöstön ammattitaito..... | 18 |
| Työntekijöiden saama tuki | 20 |
| Kehittymis- ja vaikutusmahdollisuudet työssä..... | 22 |
| Työn kuormittavuus ja tyytyväisyys työhön | 24 |
| Kotihoito yhteistyönä | 25 |
| Kotihoidon yhteistyökumppanit..... | 25 |
| Tiedonvaihto ja yhteistyö kotihoidossa sekä sairaalan ja kotihoidon välillä..... | 27 |
| Hoidon laatu ja yhteistyötä vaikeuttavat tekijät..... | 30 |
| POHDINTA | 34 |
| JOHTOPÄÄTÖKSET | 37 |
| Lähteet | 38 |

Kuvio- ja taulukkuuettelo

Kuviot

| | |
|---|----|
| KUVIO 1. Kotikäyntien määrä yhden työvuoron aikana tehtävänimikkeen mukaan (ka, n = 1 000) | 17 |
| KUVIO 2. Kotihoidon henkilöstön sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen työkyky (%)..... | 24 |
| KUVIO 3. Kotihoidon henkilöstöllä ilmenneet ongelmat kyselyä edeltäneen kolmen viikon aikana (%)..... | 25 |
| KUVIO 4. Asiakkaan kotiutumista koskevan tiedon saannin ajankohta (%)..... | 28 |

Taulukot

| | |
|---|----|
| TAULUKKO 1. Henkilöstön taustatekijät toimipisteittäin (n, %) | 16 |
| TAULUKKO 2. Henkilöstön työsuhte ja -historia toimipisteittäin (n, %) | 17 |
| TAULUKKO 3. Kotihoidon henkilöstön tiedot hoitoon liittyvistä käytännöistä toimipisteittäin (n, %) | 18 |
| TAULUKKO 4. Kotihoidon henkilöstön tiedot ikääntymisen vaikutuksista toimipisteittäin (n, %)..... | 19 |
| TAULUKKO 5. Kotihoidon henkilöstön taidot ikääntyvien hoitotyössä toimipisteittäin (n, %)..... | 19 |
| TAULUKKO 6. Kotihoidon henkilöstön valmiudet hoito- ja hoivatyön ammatillisena toimipisteittäin (n, %) | 20 |
| TAULUKKO 7. Mahdollisuudet saada tukea ja apua työhönsä työtovereilta, lähimmältä esimieheltä ja läheiseltä ihmiseltä toimipisteittäin (n, %)..... | 21 |
| TAULUKKO 8. Mahdollisuudet saada sosiaalista tukea työtovereilta, lähimmältä esimieheltä ja läheiseltä ihmiseltä toimipisteittäin (ka, sd) | 21 |
| TAULUKKO 9. Työn haasteellisuus toimipisteittäin (n, %) | 22 |
| TAULUKKO 10. Työntekijöiden mahdollisuudet kehittyä ja kehittää työtään toimipisteittäin (n, %) | 23 |
| TAULUKKO 11. Vaikutusmahdollisuudet työssä toimipisteittäin (n, %) | 23 |
| TAULUKKO 12. Kotihoidon henkilöstön tyytyväisyys työhönsä ja elämäänsä toimipisteittäin (n, %) | 25 |
| TAULUKKO 13. Kotihoidon työntekijöiden yhteistyökumppanit ja vähintään kuukausittain tapahtuva yhteydenotto toimipisteittäin (n, %)..... | 27 |
| TAULUKKO 14. Tiedonvaihto ja yhteistyö asiakkaan kotiutumisessa ja kotihoidossa toimipisteittäin (n, %) | 28 |
| TAULUKKO 15. Kotihoidon asiakkaan kotiutumisesta tiedottanut työntekijä tai muu henkilö toimipisteittäin (n, %) | 29 |
| TAULUKKO 16. Tiedon saannin riittävyys kotiutuneen asiakkaan toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä sekä elinympäristöstä ja taloudellisesta tilanteesta toimipisteittäin (n, %) | 30 |
| TAULUKKO 17. Tiedon saannin riittävyys kotiutuneen asiakkaan hoidosta sairaalassa sekä hoidon ja palvelujen tarpeesta ja sairauden hoidosta kotona toimipisteittäin (n, %) | 30 |
| TAULUKKO 18. Kotiutuneen asiakkaan hoitoon liittyvien toimintakäytäntöjen toteutuminen toimipisteittäin (n, %) | 31 |
| TAULUKKO 19. Asiakkaan kotiutumisessa ilmenneet yleisimmät ongelmat toimipisteittäin (n, %) | 32 |
| TAULUKKO 20. Kotihoidon asiakkaan hoitoa ja palvelua vaikeuttavia tekijöitä toimipisteittäin (n, %) | 33 |

JOHDANTO

Iäkkäiden palveluiden järjestämisessä on painotettu asumista kotona ja laitoshoitoon siirtymisen välttämistä. Iäkkäille koti merkitsee paikkaa, jossa kokemus omasta itsestä säilyy myönteisenä siitäkkin huolimatta, että voimavarat vähenevät (Tenkanen 2003). Kotona asuminen vaatii voimavaroja ja terveyden heiketessä hoitojen ja palvelujen saamista kotiin.

Kunnat voivat järjestää kotiin annettavat palvelut haluamallaan tavalla joko hallinnollisesti ja toiminnallisesti yhdessä tai erikseen (Kansanterveyslaki 1972/66, Sosiaalihuoltolaki 182/710, Kuntalaki 1995/365). Osa kunnista on muodostanut kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta yhdistettyjä kotihoidon yksiköitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tiivistämiseen ovat vaikuttaneet pyrkimys ehkäistä sairauksia ja sosiaalisia ongelmia sekä vanhusväestön kroonisten sairauksien, mielenterveysongelmien ja elämässä selviytymisen ongelmien lisääntyminen (Rintala ym. 1997). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kokeilu (1.1.2005–31.12.2008) antaa kunnille, jotka eivät ole yhdistäneet sosiaalihuollon ja kansanterveystyön lautakuntiaan tai joissa kansanterveystyön kuuluminen kuntayhtymälle estää yhdistämisen kuntatasolla, mahdollisuuden yhdistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluja (HE 221/2004, STM Kuntatiedote 14/2004 <http://www.stm.fi/>).

Kotihoitoon kuuluu sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. *Kotipalveluksi* määritellään ”asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun kuin tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittaminen ja niissä avustaminen” (Sosiaalihuoltolaki 710/82). *Kotisairaanhoidolla* tarkoitetaan terveyskeskuslääkärin, terveydenhoitajan, erikoissairaanhoidajan, sairaanhoitajan ja perushoitajan antamia palveluja henkilöille, jotka kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan kodissaan, mutta jotka tarvitsevat apua sairautensa tai vammansa vaatimissa hoitotoimenpiteissä ja voinnin seurannassa (Kansanterveyslaki 1972). *Kotihoidolla* tarkoitamme asiakkaan kansanterveyslain ja sosiaalihuoltolain nojalla saamaa hoitoa ja palveluja, joka voi olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin antamaa. Tässä tarkastelussa huomio on julkisia palveluja antavissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäneissä tai ne erillään järjestäneissä kunnissa.

Kotipalvelu ja kotisairaanhoido kohdistuvat iäkkäimmille ja paljon apua tarvitseville. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 2003 yli 65 vuotta täyttäneistä 6,3 prosenttia (51 323) ja 75 vuotta täyttäneistä 11,4 prosenttia (Kauppinen ym. 2003). Vuonna 2001 kotihoidon asiakkaista puolet sai vain kotipalvelua, vajaa neljäsosa vain kotisairaanhoidoa ja noin kolmasosa kumpaakin (Vaarama ym. 2005). Kotipalveluiden peittävyys, toisin sanoen palveluita saavien asiakkaiden määrä, on vähentynyt (SVT 2003:1). Paljon kotihoidon palveluita saavien asiakkaiden määrä on kasvanut ja vähän palveluita saavien vähentynyt aikavälillä 1995–2001. Jatkuva, ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia asiakkaita on 4–22 prosenttia kotipalvelua saavista (Ailasmaa ym. 2004). Kuntien taloudellisen tilanteen huonontuminen 1990-luvulla johti kohdistamaan voimavarat heikoimmassa asemassa oleville ja palveluita eniten tarvitseville (Rintala 2003). Keskeisimpiä säännölliseen kotihoitoon joutumisen syitä ovat fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen (58 %) ja somaattisen sairauden tutkimus ja hoito (19,5 %). (Voutilainen & Vaarama 2005.) Kunnallisen kotihoidon on koettu olevan niukkaa ja säännösteltyä, työntekijät ovat kiireisiä ja alalla on työvoimapulaa (Tenkanen 2003). Heikkokuntoisempien kotona hoidettavien iäkkäiden määrän lisääntyminen on lisännyt kotihoidossa toimivan terveydenhuoltohenkilöstön tarvetta (Kuntien ja kuntayhtymien... 2002, Tenkanen 2003).

Kotihoidon henkilöstön määrää ei tiedetä tarkasti; tilastokeskus tilastoi kotipalvelun henkilöstön mutta ei kotisairaanhoidon henkilöstöä. Vuonna 2004 kotipalvelussa työskenteli 15 000 henkilöä. Suurimpia ammattiryhmiä olivat kodinhoitajat ja kotiavustajat (8 700) ja perus- ja lähihoitajat (4 400) (Ailasmaa 2005). Kotihoidon henkilöstön määrä on hieman kasvanut, mutta se ei ole lisääntynyt samassa suhteessa kuin säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden osuus yli

65 vuotta täyttäneistä (Kauppinen ym. 2003). Myös henkilöstörakenteessa on tapahtunut muutoksia. Samanaikaisesti, kun kodinhoitajien ja kotiavustajien määrä on supistunut, on lähi- ja perushoitajien määrä kasvanut. On myös havaittu, että kotihoidon ja kotisairaanhoidon hallinnollinen yhdistäminen on supistanut sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaishenkilöstömäärää ja että vähennykset ovat kohdistuneet pääasiassa kotipalvelun henkilöstöön. (Rintala ym. 1997.)

Kotihoidon työhön vaikuttavat monet tekijät kuten palveluiden organisointitapa, asiakasprofiili ja henkilöstön rakenne, toimintakulttuuri, käytössä olevat resurssit ja saatavilla olevien kunnallisten ja yksityisten tukipalveluiden määrä (Grönroos & Perälä 2002). Erityisen lisänsä toimintaan tuo hoitoympäristö, joka muuttuu jokaisen asiakkaan mukaan. Tämän tutkimuksen kohteena ovat kotihoidon työntekijät ja heidän toimintansa kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteissä. Yhtäältä tarkastellaan kotihoidon henkilöstön ammattitaitoa, kehittämis- ja vaikutusmahdollisuuksia sekä tyytyväisyyttä työhön ja toisaalta kotihoidon työntekijöiden kokemuksia toiminnastaan ja hoitoa sekä palveluja antavien tahojen yhteistyöstä.

KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN AMMATTITAITO JA KOTIHOITO YHTEISTYÖNÄ

Henkilöstön ammattitaito, vaikutusmahdollisuudet ja tyytyväisyys työhön

Kotihoidon henkilöstön ammattitaidon kehittäminen

Kotihoidon työntekijöiden ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen on kohdistunut lisääntyvästi haasteita. Työntekijöiden ikääntyminen vaatii jatkuvaa ammattitaidon ajantasaistamista. Asiakaskunta monimuotoistuu muun muassa maahanmuuton seurauksena, mikä on lisännyt tarvetta tuntea muita kulttuureja sekä pystyä eettiseen ongelman ratkaisuun. Kadushinin ja Eaganin (2001) tutkimuksessa havaittiin, että kotihoidon henkilöstö piti työssään vaikeimmin ratkaistavina eettisinä ongelmina asiakkaan mielenterveyden arviointia ja päätöksiä itsemääräisoikeudesta ja hankittavista lisäpalveluista. Suomalaisessa tutkimuksessa kotihoitohenkilö koki eniten puutteita tiedoissaan tarjolla olevista tukimuodoista, mielenterveyspalveluista ja vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakunnan tarjoamista palveluista (Perälä ym. 2004).

Kotihoidon uusien työskentelytapojen ja välineiden käyttöönotto on lisännyt koulutuksen tarvetta varsinkin iäkkäämmillä kotihoidon työntekijöillä. Kotihoidon henkilöstön työtä helpottamaan kehitetään jatkuvasti sekä uusia tietoteknisiä välineitä että tietojärjestelmiä (mm. Toivanen ym. 2004). Kotihoidon henkilöstön asenteet tietotekniikkaa kohtaan eivät ole yksiselitteisiä. Asenteisiin vaikuttavat muun muassa tietotekniikan vaikutus hoitajien työhön ja potilasturvallisuuteen (Stricklin ym. 2003). Hyppösen (2004) mukaan kotipalvelun työntekijät ovat osin suhtautuneet varauksella työnsä teknistämiseen. Esteiksi tietotekniikan käyttöönotolle mainittiin kiinnostuksen puute ja tekniikan käytön oppimisen vaikeus. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että tietoteknisiä valmiuksia lisäävään koulutukseen osallistuminen lisäsi tietoja ja taitoja sekä muutti asenteita tietoteknisten välineiden käyttöä kohtaan positiivisemmiksi (Sinervo & von Fieandt 2005).

Kotihoidon asiakkaiden terveyteen ja sairauksiin liittyvät ongelmat ovat hyvin monimuotoisia ja laaja-alaisia sekä usein pitkäaikaisia luonteeltaan. Kotihoidon henkilöstö tarvitsee tietoa paitsi asiakkaan terveydentilasta myös saatavilla olevista tuki-, turva- ja kuntoutuspalveluista, apuvälineistä, tuista ja etuuksista. (Toivanen ym. 2004.) Kotihoidon henkilöstön tulee pystyä toimimaan asiakkaan hoidon ja palveluiden koordinaattorina ja pitää yhteyttä asiakkaan kotihoitoon osallistuviin virallisiin ja epävirallisiin toimijoihin. Blevinsin (2001) mukaan kotihoiton toimialue onkin siinä määrin omaleimainen, että esimerkiksi sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta, kun siirtyvät sairaalasta kotisairaanhoidon. Suurin osa kotihoidon asiakkaista arvioi kotihoidon henkilöstön päteväksi ja hyvin koulutetuksi laajassa suomalaisessa 27 kuntaa käsittäneessä tutkimuksessa. Puutteita havaittiin sen sijaan kotihoidon henkilöstömitoitukseensa. Asiakkaat kokivat, ettei henkilöstöllä ollut mahdollisuutta käyttää riittävästi aikaa asiakasta kohden. (Olin ym. 2004.)

Kotihoidon henkilöstön koulutusta on uudistettu 1990-luvulta alkaen muun muassa yhdistämällä sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista. Iäkkäin kotihoidon henkilöstö ei kuitenkaan ole saanut lisäkoulutusta tehtäväkuvan laajenemisen ja uusien työmenetelmien kehittymisen tahdissa (Laamanen ym. 1999, Kauppinen ym. 2003). Työvoimapulan helpottamiseksi on suunniteltu kotityön ammattilaisten kouluttamisen uudelleen aloittamista. Pienessä mittakaavassa sitä on jo toteutettukin joissakin oppilaitoksissa. (Tenkanen 2003.)

Henkilöstön työtyytyväisyys sekä työssä jaksaminen

Tyytyväisyys työhön

Samoin kuin muissakin Pohjoismaissa kotihoidon työntekijöiden toimikuviin on tullut muutoksia. Kotihoidon henkilöstön työ on muuttunut sekä fyysisesti että psyykkisesti raskaammaksi. Tehtäväkuvat ovat laajentuneet, erityisesti kotipalvelun työntekijöiden toimenkuvaan on tullut uusia mm. lääkehoitoon liittyviä tehtäviä. (Axelsson & Elmstäl 2004.) Työ iäkkäiden hoidossa on sekä fyysisesti että psyykkisesti raskasta ja kuormittavaa. Työ on heikosti palkattua ja arvostettua ja etenemismahdollisuudet työssä ovat heikot (Feldman ym. 1990, Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo 1999). Kotihoidon henkilöstö ikääntyy ja tarvitsee koulutusta pitääkseen yllä omaa ammattitaitoaan, työkykyään ja hyvinvointiaan.

Tieteenalat ja tieteelliset teoriat tarkastelevat työhyvinvointia erilaisten lähestymistapojen kautta. Lähestymistavat eroavat toisistaan muun muassa sen suhteen, painotetaanko työhyvinvoinnin rakentumisessa ensisijaisesti työtä, yksilön ominaisuuksia vai yksilön elämän kokonaisvaltaisuutta ja nähdäänkö yksilö keskiössä suhteessa yhteisöön vai yksilön teot osana toimintaa (Utriainen & Kyngäs 2003). Ekurin ja Sädevirran (2003) mukaan työhyvinvointia edistää henkilöstön työn hallinnan ja työterveyden tukeminen. Työntekijöiden voimavarat muodostuvat terveydestä, fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta työkyvystä, tiedoista, taidoista ja osaamisesta sekä motivaatiosta ja sitoutumisesta työhön. Myös sosiaalinen pääoma luetaan voimavaraksi. Sosiaalisilla voimavaroilla tarkoitetaan ihmisten välisen vuorovaikutuksen määrää ja vuorovaikutuskanavia. Toinen sosiaalisen pääoman ulottuvuus koskee ihmisten välisten suhteiden laatua, johon kuuluvat ihmisten organisaatioonsa kohdistama luottamus ja sitoutuminen organisaation tavoitteisiin. Kolmas sosiaalisen pääoman ulottuvuus on tietoperusteinen. Se kertoo, miten paljon toiminnalle relevanttia ja totuudenmukaista tietoa on välitettävissä ja välitetään. Ihmisten ja heidän muodostamiensa tiimien palvelujen tuottamista ja kehittämistä varten hankkimat tiedot ja taidot (osaamispääoma) ilmaisevat sosiaalisen pääoman tietoperusteisen ulottuvuuden. Myös henkilöstön tietämys organisaation tavoitteista ja strategioista sekä osallistuminen niiden muotoiluun kasvattavat sosiaalista pääomaa. (Ekuri & Sädevirta 2000.)

Hackman ja Oldman (1976) olettavat, että hyvin tehty työ motivoi työntekijää ja tuottaa tyydytystä ja näin vaikuttaa työmotivaatioon ja sitoutumiseen. Tutkimusten mukaan tyytyväisen ja työhönsä sitoutuneen hoitotyön henkilöstön hoitotyön laatu on parempaa kuin työhönsä tyytymättömän (Farin ym. 2002, Redfren ym. 2002, Robertson ym. 1995). Goodellin ja Goelingin (1994) tutkimuksen mukaan positiivista yhteyttä pitkäaikaishoidon henkilöstön työtyytyväisyyden, asiakastyytyväisyyden ja hoitotyön laadun välillä ei voida havaita. Henkilöstön tyytyväisyyteen ja työssä viihtymiseen vaikuttavat johtaminen, työn itsenäisyys, mahdollisuus saada palautetta esimiehiltä ja osallistua päätöksentekoon, tiedonvälityksen tehokkuus, työssä kehittymisen mahdollisuudet, työyksikön kehittämisaktiivisuus, ja innovatiivisuus (Sawyer 1992, Abramis 1994, Kivimäki & Lindström 1994a, Ianni ym. 2004). Myös työn ja työtiimin sekä asiakkaiden ominaispiirteet sekä johtaminen ovat hoitohenkilöstön työtyytyväisyyteen ja työssä viihtymiseen vaikuttavia tekijöitä (Medley & Laroche 1995, Morrison ym. 1997, Dunham-Taylor 2000, Newman ym. 2002). Terveydenhuollon organisaatioissa keskeisiä henkilöstön tyytymättömyyden syitä ovat olleet työvoimapula, työntekijöiden roolien epäselvyydet, hierarkkinen johtamistyyli ja puutteet johtamisessa (Kivimäki & Lindström 1994b, Newman ym. 2002, Ianni ym. 2004). Altierin (1995) tutkimuksessa johtamistyyli selitti 63 prosenttia työntekijöiden kokemasta työtyytyväisyydestä ja 89 prosenttia heidän halukkuudestaan tehdä ylimääräistä työtä tilanteen niin vaatiessa.

Työssä jaksaminen

Erilaiset stressioireet ja koettu työkyvyn heikkeneminen ovat yleisiä iäkkäiden kanssa työskentelevillä. Stressi voidaan jaotella negatiiviseen ja positiiviseen stressiin tai se voidaan käsittää vain stressin negatiivisena dimensiona. Positiivinen stressi mahdollistaa onnistumisen tarpeen tyydyttämisen ja palvelee myös ihmisen muita motiiveja. Negatiivista stressiä ilmenee ihmisen yrittäessä sopeutua häiritseviin ja uhkaaviin ympäristön vaatimuksiin. Cox (1978) määrittelee stressin epätasapainona koettujen vaatimusten ja ihmisen kykyjen välillä. Ivancevich ja Matteson (1980) puhuvat stressistä sopeuttavana toimintana. Se välittyy yksilöllisten ominaispiirteiden ja psykologisten prosessien kautta; nämä ovat seurausta ulkoisesta toiminnasta, tilanteesta tai tapahtumasta, joka asettaa ihmiselle erityisiä fyysisiä tai psyykkisiä vaatimuksia. Ihmiset reagoivat stressiin fyysisesti, psyykkisesti ja muuttamalla käyttäytymistään.

Henkilöstön vähäiseksi kokema stressi on positiivisessa yhteydessä hoidon laatuun (Farin ym. 2002, Redfren ym. 2002) ja hoitajien työssä pysymiseen (Taunton ym. 1997, Boyle ym. 1999, Newman ym. 2002). Kiire ja vaikeat työolosuhteet, huono työilmapiiri, asiakkaiden vaikeahoitaisuus sekä aggressiivisuus ovat olleet yhteydessä hoitotyöntekijöiden kokemaan stressiin ja rasittuneisuuteen (Macpherson ym. 1994, Goodridge ym. 1996, So & Chan 2004). Ohjelmilla, joissa on muutettu työympäristöjä henkilöstön työkykyä tukevaksi ja koulutettu henkilöstöä toimimaan ergonomisesti oikein on saavutettu merkittäviä parannuksia henkilöstön työhyvinvoinnissa, vähenemisiä henkilöstön sairauspoissaoloissa sekä kustannussäästöjä (mm. Nelson ym. 2005).

Henkilöstön kuormituksen, hoitotyön laadun ja asiakkaiden hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia. Kuitenkin henkilöstön kuormitus ja stressi ovat selittäneet paremmin hoidon laatua kuin henkilöstön työtyytyväisyys (esim. Leveck & Jones 1996). Jenkinsin ja Allenin (1998) pitkäaikaishoitoon sijoittuvan tutkimuksen mukaan ei löydetty yhteyttä henkilöstön ja asiakkaiden välisen kommunikaation määrän tai laadun ja henkilöstön stressin kokemisen, emotionaalisen väsymisen, depersonalisaation välillä. Powers ym. (1994) sekä Shepherd ym. (1995, 1997) havaitsivat lievän positiivisen yhteyden henkilöstön kokeman stressin ja henkilöstön ja asiakkaiden välisen rakentavan vuorovaikutuksen välillä. Näissä tutkimuksissa vähiten stressaantuneen henkilöstön ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus oli negatiivissävytteisintä. Hannan ym. (2001) tulkitsevat tämän siten, että henkilöstö, joka ei ole sitoutunutta hoitotyöhön ja välittää asiakkaista vähiten, ei myöskään stressaannu työstään yhtä paljon kuin aidosti ammattiinsa sitoutuneet työntekijät.

Åström ym. (1991) havaitsivat, että loppuun palaneella henkilöstöllä on vaikeuksia olla empaattinen ja heillä on vähän positiivisia asenteita iäkkäitä asiakkaitaan kohtaan. Samassa tutkimuksessa havaittiin myös, että vähiten koulutetulla henkilöstöllä oli suurin loppuun palamisen riski. Selitys korkean koulutustason ja vähäisemmän loppuun palamisen väliseen yhteyteen on se, että koulutetulla henkilöstöllä on enemmän keinoja käytettävissään ratkaista omaan väsymiseensä ja asiakkaiden häiriökäyttäytymiseen liittyviä ongelmia (Hannan ym. 2001). Macpherson ym. (1994) ja Goodridge ym. (1996) tutkimusten mukaan stressaantuneen ja loppuun palaneen henkilöstön ja asiakkaiden välillä oli myös eniten konflikteja. Stressaantunut ja loppuun palanut henkilöstö lisäksi koki asiakkaiden käyttäytyvän heitä kohtaan aggressiivisesti (Macpherson ym. 1994, Goodridge ym. 1996). Hannanin ym. (2001) mukaan osasy syy negatiivissävytteiseen vuorovaikutukseen stressaantuneen henkilöstön ja asiakkaiden välillä voi osin johtua siitä, että väsynyt henkilöstö tulkitsee asiakkaiden käyttäytymisen helposti kielteiseksi. Olipa vuorovaikutus sitten todellisesti negatiivista tai negatiivisesti koettua, se kuitenkin huonontaa hoitotyön laatua ja sitä kautta vaikuttaa kielteisesti asiakkaiden hyvinvointiin.

Rintala ym. (1997) eivät todenneet eroja koetussa stressissä sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon integroineiden ja erillisenä säilyttäneiden kuntien henkilöstöjen välillä. Sen sijaan sosiaalihuollon henkilöstö ilmoitti kokevansa enemmän stressioireita kuin terveydenhuollon henkilöstö. Toimintojen uudelleenjärjestäminen tulisi tehdä harkiten ja henkilöstön näkemyksiä

kuunnellen. Kotihoidon henkilöstön vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi suunnatut interventiot eivät toteuta tarkoitustaan, vaan voivat jopa aiheuttaa turhautumista, mikäli vaikutusmahdollisuuksia ei pyritä lisäämään kotihoidon henkilöstön omista tarpeista ja lähtökohdista käsin (Bulin ym. 2000).

Kotihoito yhteistyönä

Kotihoidon organisointi- ja toimintatavoilla on merkitystä iäkkäiden elämänlaadun näkökulmasta. Henkilöstön yhteistyö parantaa ikääntyneiden mahdollisuuksia asua kotona huonokuntoisina. Henkilöstön kiireinen työrytmi puolestaan heikentää vanhusten saamaa psyykkistä ja sosiaalista tukea. (Tenkanen 2003.) Henkilöstörakenteen tarkoituksenmukaisuus, henkilöstön sopiva koulutustaso sekä työn järjestäminen selkeäksi kokonaisuudeksi ovat yhteydessä hoitotyön laatuun (mm. Robertson 1995). Käytetyllä hoitotyön organisoinnin mallilla ja hyvällä organisaatioilmapiirillä on vaikutuksensa hoitajien työssä viihtymiseen ja hoitotyön laatuun. (Vaarama ym. 1999, Gronfors ym. 2001, Gullick ym. 2004.)

Henkilöstömitoituksen yhteyttä hoitotyön laatuun on tutkittu runsaasti. Sairaalaosastoilla asiakkaiden määrä hoitajaa kohden, osaston sekä määrällisesti että koulutuksellisesti oikein mitoitettu henkilöstörakenne, asiakkaiden hoitojen keskeneräisyys sekä potilasturvallisuusongelmat vaikuttavat hoidon laatuun ja asiakkaiden hyvinvointiin (Bostick 2004, Sochalski 2004). Iäkkäiden pitkäaikaishoidossa Andersson ym. (1998), Hutt ym. (2002) sekä Schnelle ym. (2004) totesivat positiivisen yhteyden riittävän henkilöstömäärän ja hyvän hoidon laadun välillä. Riittämättömällä, vääränlaisella ja liian vähän koulutetulla henkilöstöllä sekä hoitajien työtaakalla on ollut negatiivinen yhteys hoitajien suhtautumiseen asiakkaisiinsa sekä asiakkaiden kokemaan hoidon laatuun kotihoidossa (Yeh ym. 2002, Brodaty ym. 2003). Henkilöstön koulutustasolla on useissa tutkimuksissa todettu olevan suurempi vaikutus kuin henkilöstömäärällä hoitotyön laatuun (Muurinen 2003, Voutilainen 2004).

Kotihoito on terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten yhteistyötä vaativaa ja se vaatii työntekijöiltä, sitoutumista, yhteistyökykyä ja halua (Lowe & Herranen 1981, Bull & Roberts 2001). Kotihoidon onnistumiseen vaikuttavat henkilöstön ammatillinen osaaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyöpalaverissa käsitellyn kommunikation ja tiedon määrä sekä laatu. Myös kokemus kaikkien hoitoon osallistuvien tasa-arvoisesta kuulluksi tulemisesta edistää yhteistyön sujuvuutta ja asiakkaan hoidon ja palveluiden sujuvuutta (Meara ym. 1992, Bull & Roberts 2001, Atwal 2002, Grönroos & Perälä 2005). Terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisilla tulee olla yhdensuuntainen näkemys asiakkaan tilasta ja tarpeista, jotta hoidon palveluiden yhteinen suunnittelu ja toteuttaminen onnistuvat (Mamon ym. 1992, Atwal 2002). Maassamme on meneillään useita kokeiluita ja interventioita, joilla pyritään parantamaan kotihoitoa saavien iäkkäiden hoidon saumattomuutta ja jatkuvuutta eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välillä. On kehitetty mm. palveluketjusuunnittelua, palveluohjausta, kotihoidon vastuuhoitaja- ja omaneuvoja -malleja sekä perustettu erityisiä kotiutushoitajan virkoja. Kotiutusohitajan tehtävänä on tuoda tietoa hoidon ja palveluiden sisällöstä ja tavoitteista muille hoitoon ja huolenpitoon osallistuville (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Leppäaho 2002, Lahtinen 2003).

Satakunnan Makropilotissa käytetyssä ja PALKO-tutkimuksessa kehitetyssä asiakkaan ohjausmallissa ovat taustalla Case management -ajattelun peruseräatteen: asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, hoidon jatkuvuus ja johdonmukaisuus toiminnan taloudellisuuden ja tehokkuuden lisääminen. Hoito pyritään molemmissa toimintamalleissa toteuttamaan siten, että hoitotiimi on mahdollisimman pysyvä ja pieni (Asikainen & Schönroos 2001, Grönroos & Perälä 2002, Perälä & Hammar 2003, Perälä ym. 2004). Satakunnan Makropilotissa kehitetyllä asiakaslähtöisellä saumattomalla palveluketjulla pyritään uudistamaan perinteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon

toimintaprosesseja sekä parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja toiminnan vaikuttavuutta, asioimisen helppoutta, omatoimisuutta, itsenäistä suoriutumista ja tasa-arvoa (Asikainen & Schönroos 2001, Perälä ym. 2004). PALKO-tutkimuksen asiakkaan ohjausmallin tavoitteena on kehittää asiakkaiden hyvää hoitoa sekä palveluiden ja hoidon saumattomuutta. Saumattomuudella tarkoitetaan sellaista asiakkaan kotiutumista ja kotihoitoa, jossa asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hoitovastuun luovuttajan ja vastaanottajan palvelut limittyvät saumattomaksi kokonaisuudeksi. Sen tavoitteena on kehittää hoito- ja kotiutuskäytäntöjä perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta kotihoitoon; asiakkaan selviytymistä kotona ja hoidon jatkuvuuden varmistamista (Perälä ym. 2003, Perälä & Hammar 2003).

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yksiköiden hallinnollisen ja toiminnallisen yhdistämisenkin keskeisimpiä tarkoituksia on ollut parantaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön tiedonkulkua ja asiakkaiden hoidon jatkuvuutta. Yhdistämisen onkin todettu lisänneen työn merkitykselliseksi ja itsenäiseksi kokemista sekä henkilöstön yhteistyötä. Se on myös luonut edellytyksiä työn kehittämiseksi ja uudelleen organisoinnille yksittäisten työntekijöiden, työyksiköiden ja kunnallisen organisaation tasolla. Hallinnonalojen yhdistämisen ei kuitenkaan toiminnan tasolla ole todettu luovan uusia säännönmukaisia työmalleja tai toimintatapoja. (Rintala ym. 1997, Tenkanen 2003). Yhdistäminen ei kuitenkaan ole tuonut helpotusta työntekijöiden työhön, sillä pelkästään rakenteellisena ratkaisuna sitä ei ole katsottu riittäväksi. Pysyviä toiminnan tuloksia saadaan kehittämällä inhimillisiä voimavaroja ja tukemalla työorganisaatioita toimintatapojen uudistamisessa. Työvoimavaltaisella alalla henkilöstön hyvinvointi ja mielekäs työn järjestäminen ovat merkittäviä aineettomia resursseja, joihin kannattaa kiinnittää huomiota (Vaarama ym. 1999).

TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata kotihoidon henkilöstöä ja heidän työtään kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- (I) Kuvata, millaiseksi henkilöstö arvioi
 1. ammattitaitonsa,
 2. kehittymis- ja vaikutusmahdollisuutensa ja
 3. työn kuormittavuuden ja tyytyväisyyden työhönsä kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) toimipisteissä.
- (II) Kuvata
 1. kotihoidon yhteistyökumppaneita,
 2. tiedon välittymistä ja yhteistyötä kotihoidossa sekä kotihoidon ja sairaalan välillä ja
 3. hoidon laatua ja yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) toimipisteissä.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineisto koostui PALKO-tutkimus- ja kehittämisprojektiin liittyvästä lomakekyselystä, joka lähetettiin vuonna 2001 kahdenkymmenen kahden kunnan kotihoidon edustajalle (n = 1 878). Kyselyyn vastasi 1 183 kotihoidon edustajaa (vastausaktiivisuus 63 %).

Henkilöstökyselyssä käytettiin työntekijöiden taustatietojen ja työtehtävien kuvaamiseen aiemmin PALKO-tutkimukseen kehitettyjä mittareita (mm. Pöyry & Perälä 2003). *Ikääntyneen asiakkaan kotiutumiseen liittyneitä asioita* kysyttiin Vahteran ja Pentin (1993), Karasekin (1979), Karasekin ja Theorellin (1990), Elon (1989) sekä Tuomen (1985) tutkimuksissaan käyttämällä kysymyssarjoilla. *Sosiaali- ja terveyspalveluhenkilöstön toimintaa ja työtyytyväisyyttä* kuvaava osio perustuu Hackmanin ja Oldhamin (1976) kehitteisiin mittareihin ja *yhteistyö- ja toimintatapoja* tutkittiin sekä PALKO-tutkimusta varten laadituilla että aiemmin mm. Sinervon käyttämällä (1995, 1997) kysymyssarjoilla.

Aineistoa kuvattiin frekvenssien ja prosenttijakaumien avulla. Ryhmien välisissä vertailuissa käytettiin Khin neliötestiä, riippumattomien otosten t-testiä, Mann-Whitney U- sekä Kruskal-Wallis testejä.

TULOKSET

Kyselyyn vastannut kotihoidon henkilöstö

Lähes puolet (47 %) kyselyyn vastanneista työskenteli yhdistetyn kotihoidon, 41 prosenttia kotipalvelun ja 12 prosenttia kotisairaanhoidon toimipisteissä. Suurin osa (74 %) oli vähintään 40-vuotiaita. Eniten vähintään 50-vuotiaita työntekijöitä toimi yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä. Lähes kaikki vastaajat olivat naisia. Kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteet erosivat koulutuksen mukaan. Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevien perus- ja ammattikoulutus oli korkeampi kuin muutoin organisoidussa kotihoidossa; lähes puolella oli taustanaan ylioppilastutkinto ja kolmella neljäsosalla ammattikoulutuksena opistoasteen tai korkea-asteen tutkinto. (Taulukko 1.)

Kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevistä suurimman henkilöstöryhmän muodostivat kodinhoitajan tai kotiavustajan nimikkeellä toimivat. Kotisairaanhoidon toimipisteiden henkilöstöstä kaksi kolmasosaa oli osaston-, sairaan- tai terveydenhoitajia ja kolmasosa perus- tai lähihoitajia. Suurimmalla osalla kotihoidon henkilöstöä oli vakinainen työsuhde. Kotihoidon henkilöstöllä oli pitkä kokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa; yli puolella heistä yli 14 vuotta. Eniten kokeneinta henkilökuntaa toimi kotisairaanhoidon toimipisteissä. Suurin osa kotihoidon henkilöstöstä oli toiminut nykyisissä työtehtävissään vähintään viisi vuotta, noin kolmannes heistä yli 14 vuotta. Nykyisissä työtehtävissään kauimmin toimineita oli eniten kotipalvelun toimipisteissä. (Taulukko 2.)

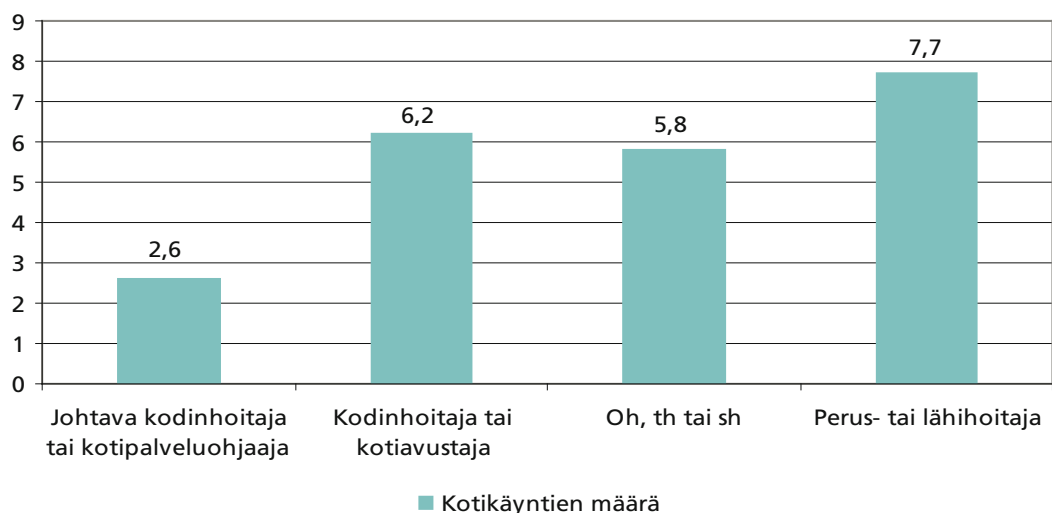
TAULUKKO 1. Henkilöstön taustatekijät toimipisteittäin (n, %)

| | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | p |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|---------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Ikä | n=474 | | n=131 | | n=540 | | n=1145 | | |
| 20–29-vuotiaat | 38 | 8 | 6 | 5 | 28 | 5 | 72 | 6 | 0,032 |
| 30–39-vuotiaat | 89 | 19 | 21 | 16 | 120 | 22 | 230 | 20 | |
| 40–49-vuotiaat | 178 | 37 | 61 | 46 | 179 | 33 | 418 | 37 | |
| 50–63-vuotiaat | 169 | 36 | 43 | 33 | 213 | 40 | 425 | 37 | |
| Sukupuoli | n=485 | | n=136 | | n=560 | | n=1181 | | |
| Nainen | 481 | 99 | 134 | 99 | 557 | 99 | 1172 | 99 | 0,520 |
| Mies | 4 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 9 | 1 | |
| Siviilisääty | n=484 | | n=135 | | n=557 | | n=1176 | | |
| Naimisissa tai avioliitossa | 373 | 77 | 114 | 84 | 419 | 75 | 906 | 77 | 0,324 |
| Naimaton | 39 | 8 | 7 | 5 | 47 | 9 | 93 | 8 | |
| Asumuserossa tai eronnut | 55 | 11 | 1 | 1 | 17 | 3 | 142 | 12 | |
| Leski | 17 | 4 | 13 | 10 | 74 | 13 | 35 | 3 | |
| Peruskoulutus | n=484 | | n=136 | | n=555 | | n=1175 | | |
| Kansakoulu tai kansalaiskoulu | 247 | 51 | 20 | 15 | 250 | 45 | 517 | 44 | < 0,001 |
| Keskikoulu tai peruskoulu | 186 | 38 | 52 | 38 | 215 | 39 | 453 | 39 | |
| Ylioppilastutkinto | 51 | 11 | 64 | 47 | 90 | 16 | 205 | 17 | |
| Ammattikoulutus | n=476 | | n=135 | | n=548 | | n=1159 | | |
| Ei ammattikoulutusta tai ammatillinen kurssi | 110 | 23 | 0 | 0 | 76 | 14 | 186 | 16 | < 0,001 |
| Kouluasteen tutkinto | 232 | 49 | 15 | 11 | 252 | 46 | 178 | 15 | |
| Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto | 72 | 15 | 19 | 14 | 87 | 16 | 499 | 43 | |
| Opistoasteen tai korkea-asteen tutkinto | 57 | 12 | 101 | 75 | 127 | 23 | 285 | 25 | |
| Jokin muu | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | 1 | 11 | 1 | |

TAULUKKO 2. Henkilöstön työsuhde ja -historia toimipisteittäin (n, %)

| | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | p |
|---|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|---------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Tehtävänimike | n=482 | | n=107 | | n= 523 | | n=1172 | | |
| Kodinhoitaja tai kotiaivustaja | 385 | 80 | 0 | 0 | 345 | 66 | 730 | 62 | < 0,001 |
| Johtava kodinhoitaja tai kotipalveluohjaaja | 25 | 5 | 0 | 0 | 25 | 5 | 50 | 4 | |
| Perus- tai lähihoitaja | 71 | 15 | 39 | 36 | 119 | 23 | 229 | 20 | |
| Osaston-, sairaan- tai terveydenhoitaja | 1 | <1 | 68 | 64 | 34 | 6 | 163 | 14 | |
| Työsuhte | n=487 | | n=136 | | n=558 | | n=1183 | | |
| Vakinainen | 408 | 84 | 116 | 85 | 500 | 90 | 1024 | 87 | 0,700 |
| Määräaikainen (kesto > 1/2 v.) | 62 | 12 | 13 | 10 | 41 | 7 | 116 | 10 | |
| Määräaikainen (kesto < 1/2 v.) | 13 | 3 | 7 | 5 | 14 | 3 | 34 | 3 | |
| Työllistetty | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | <1 | 1 | 0 | |
| Jokin muu | 4 | 1 | 0 | 0 | 2 | <1 | 6 | 1 | |
| Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa | n=445 | | n=134 | | n=532 | | n=1111 | | |
| Alle 5 vuotta | 68 | 15 | 13 | 10 | 52 | 10 | 133 | 12 | < 0,001 |
| 5–14 vuotta | 141 | 32 | 22 | 16 | 166 | 31 | 371 | 33 | |
| Yli 14 vuotta | 236 | 53 | 99 | 74 | 314 | 59 | 607 | 55 | |
| Työkokemus nykyisissä työtehtävissä | n=442 | | n=119 | | n=509 | | n=1070 | | |
| Alle 5 vuotta | 94 | 21 | 30 | 25 | 100 | 19 | 224 | 21 | 0,151 |
| 5–14 vuotta | 181 | 41 | 54 | 45 | 243 | 48 | 515 | 48 | |
| Yli 14 vuotta | 167 | 38 | 35 | 29 | 166 | 33 | 331 | 31 | |

Lähes kaikkien (90 %) kyselyyn vastanneiden työntekijöiden edellinen työpäivä oli ollut arkipäivä. Valtaosa (91 %) heistä oli tehnyt tuolloin kotikäyntejä. Työntekijät olivat käyneet kotikäynnillä keskimäärin kuuden asiakkaan luona (keskiarvo 6,4). Tehtävänimikkeen mukaan tarkasteltuna eniten kotikäyntejä olivat tehneet perus- ja lähihoitajat (keskimäärin 7,7 kotikäyntiä edellisessä työvuorossa) ja vähiten johtavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat (ka. 2,6) ($p < 0,001$). Noin puolella (52 %) kotihoidon työntekijöistä oli työpäivänsä aikana ollut asiakas-kontakti enintään viiden asiakkaan kanssa, 42 prosentilla kuudesta kymmeneen asiakkaan kanssa ja alle kymmenesosalla asiakaskontaktien määrä oli yli 11. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Kotikäyntien määrä yhden työvuoron aikana tehtävänimikkeen mukaan (ka, n = 1 000)

Kotihoidon henkilöstön ammattitaito ja kehittymismahdollisuudet

Henkilöstön ammattitaito

Arvio omista tiedoista ja taidoista

Kotihoidon työntekijät tunsivat hoitoon liittyvistä käytännöistä melko tai erittäin hyvin asiakaslähtöiset työtavat ja saatavilla olevat lyhytaikaiset hoitomahdollisuudet ja huonoinen omaishoitajille tarjottavat tukimuodot sekä asiakkaille ja heidän läheisille tarjottavat sosiaalietuudet ja tukimuodot. Suurella osalla kotihoidon työntekijöistä oli puutteita myös tiedoissa mielenterveyspalveluista ja vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakunnan tuottamista palveluista. Kotisairaanhoidon yksiköissä työskentelevät työntekijät kokivat tietonsa useimmista asiakkaan hoitoon liittyvistä käytännöistä paremmiksi kuin kotipalvelun tai yhdistetyn kotihoidon yksiköissä työskentelevät. (Taulukko 3.)

Kotihoidon henkilöstöllä oli eniten tietoa ikääntymisen vaikutuksista liikuntakykyyn, unen ja levon tarpeeseen, ravitsemukseen ja nesteytykseen sekä eritystoimintaan. Eniten puutteita oli tiedoissa ikääntymisen vaikutuksista lääkkeiden imeytymiseen ja vaikutuksiin elimistössä sekä seksuaalisuuteen. Kotisairaanhoidon yksiköissä työskentelevät kokivat tietonsa paremmiksi kuin kotipalvelussa tai yhdistetyssä kotihoidossa työskentelevät. (Taulukko 4.)

Noin 90 prosenttia kotihoidon henkilöstöstä koki hyväksi tai erittäin hyväksi taitonsa kohdata taustaltaan ja elämäntilanteiltaan erilaisia ihmisiä sekä toimia yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa. He kokivat myös hallitsevansa työnsä kannalta keskeiset toimenpiteet ja menetelmät. Eniten taidollisia puutteita oli kotihoidon henkilöstön kyvyissä tunnistaa asiakkaan hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä ja kyvyissä kirjata asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä asioita kokonaisvaltaisesti. Kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät kokivat taitonsa etsiä ratkaisuvaihtoehtoja hoidossa ja palveluissa ilmeneviin ongelmiin yhdessä asiakkaan kanssa, kykynsä tehdä hoitoon ja palveluihin liittyviä päätöksiä sekä kykynsä suunnitella työtään asiakaslähtöisesti paremmiksi kuin kotipalvelun tai yhdistetyn kotihoidon yksiköissä työskentelevät kotihoidon työntekijät. Kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät kokivat myös kykynsä

TAULUKKO 3. Kotihoidon henkilöstön tiedot hoitoon liittyvistä käytännöistä toimipisteittäin (n, %)

| Melko hyvät tai erittäin hyvät tiedot | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p |
|---|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Asiakaslähtöisistä työtavoista | 331 | 70 | 126 | 93 | 411 | 75 | 868 | 75 | < 0,001 |
| Saatavilla olevista lyhytaikaisista hoitomahdollisuuksista | 396 | 83 | 128 | 94 | 438 | 79 | 962 | 83 | < 0,001 |
| Mielenterveyspalveluista | 274 | 58 | 97 | 71 | 337 | 61 | 708 | 61 | 0,020 |
| Yksityisten palveluntuottajien tuottamista palveluista | 328 | 70 | 98 | 72 | 365 | 66 | 791 | 68 | 0,341 |
| Vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakunnan tuottamista palveluista | 290 | 61 | 86 | 64 | 359 | 65 | 735 | 64 | 0,422 |
| Omaishoitajille tarjotuista tukimuodoista | 175 | 37 | 71 | 53 | 229 | 41 | 475 | 41 | 0,006 |
| Asiakkaille ja heidän läheisilleen tarjottavista sosiaalietuuksista ja muista tukimuodoista | 185 | 39 | 77 | 57 | 260 | 47 | 522 | 45 | < 0,001 |
| Apuvälineistä, niiden hankinnasta ja huollosta | 401 | 84 | 120 | 88 | 473 | 86 | 994 | 86 | 0,527 |

ohjata asiakasta ja hänen omaisiaan, kykynsä kokonaisvaltaiseen kirjaamiseen ja kykynsä tunnistaa asiakkaan hoitoon liittyviä eettisiä ongelmia paremmiksi kuin muissa kotihoidon yksiköissä työskentelevät. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 4. Kotihoidon henkilöstön tiedot ikääntymisen vaikutuksista toimipisteittäin (n, %)

| Melko hyvät tai erittäin hyvät tiedot ikääntymisen vaikutuksista | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Liikuntakykyyn | 411 | 86 | 126 | 94 | 494 | 90 | 1 031 | 89 | 0,028 |
| Eritystoimintaan | 379 | 80 | 125 | 93 | 463 | 85 | 967 | 84 | 0,001 |
| Kehon kuvaan | 309 | 65 | 99 | 74 | 381 | 70 | 789 | 69 | 0,079 |
| Ravitsemukseen ja nesteytykseen | 392 | 82 | 122 | 91 | 485 | 88 | 999 | 86 | 0,004 |
| Unen ja levon tarpeeseen | 403 | 85 | 127 | 95 | 488 | 89 | 1 018 | 88 | 0,003 |
| Suun ja ihon terveyteen | 353 | 74 | 113 | 84 | 426 | 78 | 892 | 77 | 0,042 |
| Mielialaan | 360 | 76 | 112 | 84 | 436 | 80 | 908 | 78 | 0,064 |
| Persoonallisuuteen | 324 | 68 | 97 | 73 | 402 | 73 | 823 | 71 | 0,153 |
| Minäkuvaan | 284 | 60 | 83 | 62 | 357 | 65 | 724 | 63 | 0,208 |
| Seksuaalisuuteen | 198 | 42 | 65 | 49 | 275 | 50 | 538 | 47 | 0,028 |
| Muistiin ja oppimiskykyyn | 361 | 76 | 111 | 83 | 421 | 77 | 893 | 77 | 0,243 |
| Aistitoimintoihin | 388 | 82 | 121 | 90 | 471 | 86 | 980 | 85 | 0,024 |
| Sosiaaliseen elämään | 365 | 77 | 109 | 82 | 436 | 80 | 910 | 79 | 0,341 |
| Sairauksien ilmenemiseen | 248 | 52 | 103 | 76 | 341 | 62 | 692 | 60 | < 0,001 |
| Lääkkeiden imeytymiseen ja vaikutuksiin elimistössä | 181 | 38 | 88 | 65 | 277 | 51 | 546 | 47 | < 0,001 |

TAULUKKO 5. Kotihoidon henkilöstön taidot ikääntyvien hoitotyössä toimipisteittäin (n, %)

| Melko hyvät tai erittäin hyvät taidot | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Kohdata taustaltaan ja elämäntilanteeltaan erilaisia asiakkaita ja heidän omaisiaan/läheisiään | 449 | 94 | 128 | 94 | 522 | 95 | 1 099 | 94 | 0,907 |
| Toimia yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa/läheistensä kanssa | 442 | 93 | 125 | 92 | 508 | 92 | 1 075 | 92 | 0,941 |
| Etsiä ratkaisuvaihtoehtoja hoidossa ja palveluissa ilmeneviin ongelmiin yhdessä asiakkaan kanssa | 394 | 83 | 125 | 92 | 460 | 84 | 979 | 84 | 0,034 |
| Tehdä hoitoon ja palveluihin liittyviä päätöksiä | 348 | 73 | 126 | 93 | 400 | 73 | 874 | 75 | <0,001 |
| Suunnitella työtään asiakaslähtöisesti | 411 | 87 | 129 | 96 | 466 | 85 | 1 006 | 87 | 0,004 |
| Ohjata asiakasta ja hänen omaisiaan/läheisiään | 362 | 76 | 124 | 91 | 430 | 79 | 916 | 79 | 0,001 |
| Hallita työnsä kannalta keskeisimmät toimenpiteet/menetelmät | 419 | 88 | 126 | 93 | 488 | 89 | 1 033 | 89 | 0,281 |
| Kirjata kokonaisvaltaisesti asiakkaan hoitoon ja palveluihin liittyviä asioita | 323 | 68 | 110 | 81 | 396 | 72 | 829 | 72 | 0,010 |
| Tunnistaa asiakkaan hoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä | 315 | 66 | 106 | 78 | 400 | 73 | 821 | 71 | 0,008 |
| Arvioida kriittisesti asiakkaan saamaa hoitoa ja palveluita | 332 | 70 | 109 | 80 | 408 | 74 | 849 | 73 | 0,037 |

TAULUKKO 6. Kotihoidon henkilöstön valmiudet hoito- ja hoivatyön ammattilaisena toimipisteittäin (n, %)

| Melko tai erittäin hyvät valmiudet | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | p |
| Vastata asiakkaiden fyysisiin odotuksiin | 367 | 78 | 113 | 84 | 425 | 78 | 905 | 79 | 0,344 |
| Vastata asiakkaiden sosiaalisiin odotuksiin | 358 | 77 | 106 | 79 | 407 | 75 | 871 | 76 | 0,595 |
| Vastata asiakkaiden hengellisiin odotuksiin | 178 | 39 | 57 | 42 | 229 | 43 | 464 | 41 | 0,429 |
| Vastata asiakkaiden psyykkisiin ja kognitiivisiin odotuksiin | 229 | 51 | 75 | 57 | 286 | 54 | 590 | 53 | 0,321 |
| Vastata työyhteisön odotuksiin | 341 | 73 | 113 | 84 | 389 | 72 | 843 | 74 | 0,018 |
| Vastata omiin odotuksiinsa työssään | 358 | 77 | 115 | 86 | 415 | 77 | 888 | 78 | 0,068 |
| Hakea tietoa uusista käytännöistä työssä | 290 | 62 | 108 | 80 | 363 | 67 | 761 | 66 | 0,001 |
| Soveltaa alan tutkimustietoa työssä | 192 | 41 | 78 | 58 | 244 | 45 | 514 | 45 | 0,003 |
| Kehittää omaa työtään | 313 | 68 | 106 | 79 | 357 | 66 | 776 | 68 | 0,016 |
| Pitää ammattitaitoaan ajan tasalla | 316 | 67 | 109 | 81 | 371 | 68 | 796 | 69 | 0,008 |
| Arvioida kriittisesti omaa toimintaansa | 365 | 78 | 110 | 82 | 420 | 77 | 895 | 78 | 0,834 |

Yli kolme neljäsosaa kotihoidon henkilöstöstä koki hyviksi valmiutensa vastata asiakkaiden fyysisiin ja sosiaalisiin odotuksiin sekä omiin työhönsä liittyviin odotuksiinsa. He arvioivat myös hyvin pystyvänsä arvioimaan omaa työtään. Eniten puutteita koettiin valmiuksissa soveltaa tutkimustietoa omaan työhön sekä valmiuksissa vastata iäkkäiden hengellisiin tarpeisiin. Kotisairaanhoidon toimipisteiden henkilöstö koki valmiutensa vastata työyhteisön odotuksiin, hakea tietoa uusista käytännöistä työssä, soveltaa alan tutkimustietoa työssä, kehittää omaa työtään sekä pitää ammattitaitoaan ajan tasalla paremmiksi kuin kotipalvelun tai yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevät työntekijät. (Taulukko 6.)

Työntekijöiden saama tuki

Kotihoidon työntekijöiden mahdollisuuksia saada sosiaalista tukea työhönsä työyhteisöltään ja läheisiltään tiedusteltiin kyselyssä käytännöllisen, henkisen, arvioivan ja tiedollisen tuen ja avun näkökulmista. Kyselyyn vastanneet työntekijät arvioivat parhaimmaksi sosiaalisen tuen lähteekseen omat työoverinsa (ka. 3,9 asteikolla 1–5). Parhaiten he arvioivat saavansa työovereiltään käytännöllistä apua ja huonoiten työhön liittyvää arviointitukea kuten palautetta ja arvonantoa. Kotisairaanhoidon toimipisteiden henkilöstö arvioi saavansa paremmin tiedollista tukea ja apua työovereiltään kuin kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden henkilöstöt.

Työntekijöiden mahdollisuudet saada lähimmältä esimieheltään sosiaalista tukea arvioitiin tulosten mukaan kohtalaisiksi (ka. 3,4). Työntekijät kokivat saaneensa esimieheltään parhaiten käytännöllistä apua ja huonoiten arviointitukea, jonka koki riittäväksi vain vajaa puolet kaikista vastanneista. Toisaalta kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijöillä oli muiden toimipisteiden työntekijöitä paremmat mahdollisuudet saada omalta esimieheltään työhön liittyvää käytännöllistä apua sekä jonkin verran myös henkistä ja tiedollista tukea. (Taulukko 7.)

Kotihoidon työntekijät ilmoittivat saavansa parhaiten henkistä ja käytännöllistä tukea läheisiltään. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista uskoi voivansa luottaa puolisonsa tai muun läheisensä tukeen silloin, kun he tarvitsivat kuuntelijaa ja kannustusta työhönsä liittyvissä asioissa.

TAULUKKO 7. Mahdollisuudet saada tukea ja apua työhönsä työtovereilta, lähimmältä esimieheltä ja läheiseltä ihmiseltä toimipisteittäin (n, %)

| | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys |
|---|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|-------------|----|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | p |
| Melko hyvät tai erittäin hyvät mahdollisuudet saada | n = 452–478 | | 133–136 | | 538–556 | | 1 126–1 168 | | |
| Käytännöllistä tukea | | | | | | | | | |
| Työtovereilta | 405 | 85 | 120 | 90 | 478 | 87 | 1 003 | 87 | 0,001 |
| Lähimmältä esimieheltä | 297 | 62 | 99 | 73 | 306 | 55 | 702 | 60 | < 0,001 |
| Puolisolta tai muulta läheiseltä | 220 | 48 | 71 | 52 | 273 | 50 | 564 | 49 | 0,044 |
| Henkistä tukea | | | | | | | | | |
| Työtovereilta | 374 | 79 | 119 | 88 | 451 | 81 | 944 | 81 | 0,006 |
| Lähimmältä esimieheltä | 271 | 57 | 80 | 59 | 286 | 52 | 637 | 55 | 0,001 |
| Puolisolta tai muulta läheiseltä | 288 | 62 | 99 | 73 | 355 | 64 | 742 | 64 | 0,023 |
| Arvioivaa tukea (mm. palaute) | | | | | | | | | |
| Työtovereilta | 302 | 63 | 88 | 65 | 344 | 62 | 734 | 63 | ns |
| Lähimmältä esimieheltä | 220 | 47 | 65 | 48 | 243 | 44 | 528 | 46 | 0,041 |
| Puolisolta tai muulta läheiseltä | 184 | 41 | 58 | 43 | 243 | 45 | 485 | 43 | ns |
| Tiedollista tukea | | | | | | | | | |
| Työtovereilta | 347 | 74 | 124 | 92 | 422 | 76 | 893 | 77 | < 0,001 |
| Lähimmältä esimieheltä | 285 | 60 | 85 | 63 | 285 | 52 | 655 | 57 | 0,002 |
| Puolisolta tai muulta läheiseltä | 129 | 28 | 35 | 26 | 161 | 30 | 325 | 29 | 0,039 |

Käytännöllistä tukea, tässä tapauksessa taloudellista apua, sai läheisiltään hyvin noin puolet vastanneista. (Taulukko 7.)

Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevillä oli merkitsevästi paremmat mahdollisuudet saada työtovereidensa tukea ja apua työhönsä kuin muiden toimipisteiden työntekijöillä. Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevät työntekijät kokivat saavansa myös lähimmältä esimieheltään helpommin sosiaalista tukea kuin kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevät työntekijät. Sosiaalista tukea koki saavansa parhaiten läheisiltään kotisairaanhoidon toimipisteiden henkilöstö ja huonoiten yhdistetyn kotihoidon henkilöstö. (Taulukko 8.)

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna työtovereidensa tukea ja apua saivat parhaiten osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (ka. 4,0) ja huonoiten johtavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat (ka. 3,8) (p = 0,030). Lähimmän esimiehensä tukea saivat parhaiten kodinhoitajat ja kotiaivustajat (ka. 3,5) ja huonoiten johtavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat (ka. 3,2). Vastaavasti läheistensä tukea ja apua saivat parhaiten perushoitajat ja lähihoitajat (ka. 3,3) ja huonoiten osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (3,2). Erot eri ammattiryhmien

TAULUKKO 8. Mahdollisuudet saada sosiaalista tukea työtovereilta, lähimmältä esimieheltä ja läheiseltä ihmiseltä toimipisteittäin (ka, sd)

| Sosiaalisen tuen summamuuttujat | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Merkitsevyys |
|---------------------------------|-------------|-----|------------------|-----|----------------------|-----|--------------|
| | ka* | sd | ka | sd | ka | sd | p** |
| Työtovereiden tuki | 3,88 | 0,7 | 4,16 | 0,7 | 3,91 | 0,7 | < 0,001 |
| Lähimmän esimiehen tuki | 3,49 | 0,9 | 3,65 | 0,9 | 3,29 | 1,0 | < 0,001 |
| Puolison tai muun läheisen tuki | 3,29 | 1,0 | 3,39 | 0,9 | 3,24 | 1,0 | < 0,001 |

* Mitä suurempi keskiarvo, sitä paremmat mahdollisuudet sosiaaliseen tukeen. Asteikko 1–5.

** Kruskal-Wallis testi.

mahdollisuuksissa saada sosiaalista tukea omalta esimieheltään ja läheisiltä ihmissuhteiltaan eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kehittymis- ja vaikutusmahdollisuudet työssä

Työn haasteellisuus ja kehittymismahdollisuudet

Kotihoidon työntekijöiden mukaan työ kotihoidossa on melko haasteellista (ka. 3,8 asteikolla 1–5). Lähes kaikki kyselyyn vastanneet työntekijät olivat sitä mieltä, että ikääntyneiden parissa työskentely edellyttää heiltä luovuutta. Valtaosan mukaan työ vaati myös pitkälle kehittyneitä taitoja ja jatkuvaa uusien asioiden oppimista. Toisaalta noin kaksi kolmasosaa vastanneista oli sitä mieltä, että heidän työnsä piti sisällään runsaasti samanlaisina toistuvia tehtäviä. Etenkin kotipalvelussa työ koettiin rutiininomaiseksi. (Taulukko 9.)

Kotihoidon työntekijöiden arviot kehittymismahdollisuuksistaan erosivat toisistaan toimipisteiden mukaan ($p = < 0,001$). Kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät arvioivat kehittymismahdollisuutensa työssään parhaimmiksi (ka. 4,0) ja kotipalvelun toimipisteiden työntekijät huonoimmiksi (ka. 3,7). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kehittymismahdollisuuksiinsa kaikkein tyytyväisimpiä olivat osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (ka. 4,1) ja tyytymättömmimpiä kodinhoitajat ja kotiavustajat (ka. 3,7). Ammattiryhmien välinen ero arvioissa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = < 0,001$).

Kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden työntekijöitä pyydettiin arvioimaan, millaiset mahdollisuudet heidän toimipisteensä työntekijöillä on ylipäänsä kehittää työtään sekä saada tukea ja apua työhönsä. Vastaajien arvioiden mukaan parhaimmat mahdollisuudet oli hyödyntää työssään omia tietojaan ja taitojaan ja työtovereidensa asiantuntemusta sekä keskustella päivittäisistä kokemuksista työtovereiden kanssa. Huonoimmat mahdollisuudet työntekijöillä oli lukea työssä alan ammatillisia ja tieteellisiä lehtiä, saada tukea omaehtoiseen opiskeluun sekä saada tietoa työssä tapahtuvista muutoksista ajoissa. Suurimmat erot eri toimipisteiden välillä liittyivät työntekijöiden mahdollisuuteen kehittää omaa työtään. Kysyttyjen asioiden toteutuminen erosi merkitsevästi toimipisteittäin yhtä osiota lukuun ottamatta. Mahdollisuudet olivat parhaimmat kotisairaanhoidossa ja huonoimmat yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä. Esimerkiksi työntekijöiden mahdollisuudet tehdä aloitteita työnsä kehittämiseksi arvioitiin kotisairaanhoidon toimipisteissä paremmiksi kuin kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 9. Työn haasteellisuus toimipisteittäin (n, %)

| Ikääntyneiden parissa työskentely | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p* |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|--------------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Vaatii jatkuvaa uusien asioiden oppimista | 374 | 79 | 113 | 84 | 448 | 81 | 935 | 80 | ns |
| Edellyttää luovuutta | 432 | 90 | 134 | 99 | 518 | 93 | 1 084 | 93 | < 0,001 |
| Vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja | 384 | 81 | 125 | 93 | 495 | 90 | 1 004 | 86 | < 0,001 |
| Pitää sisällään paljon samanlaisina toistuvia tehtäviä | 371 | 78 | 65 | 48 | 374 | 67 | 710 | 69 | < 0,001 |
| Antaa mahdollisuuden tehdä erilaisia asioita | 357 | 75 | 115 | 85 | 424 | 77 | 896 | 77 | ns |
| Antaa mahdollisuuden kehittää itselle ominaisia kykyjä | 343 | 72 | 113 | 83 | 406 | 74 | 862 | 74 | 0,001 |

* Kruskall-Wallis testi

TAULUKKO 10. Työntekijöiden mahdollisuudet kehittyä ja kehittää työtään toimipisteittäin (n, %)

| Melko hyvät tai erittäin hyvät mahdollisuudet | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|-------------|----|--------------|
| | n = 460–477 | | 131–136 | | 539–555 | | 1 132–1 166 | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | p* |
| Osallistua työnohjaukseen | 208 | 44 | 63 | 47 | 193 | 35 | 464 | 40 | 0,045 |
| Osallistua kehityskeskusteluihin | 246 | 52 | 69 | 51 | 219 | 40 | 534 | 46 | > 0,001 |
| Saada ammatillista kehittymistä tukevaa koulutusta | 220 | 47 | 84 | 62 | 246 | 45 | 550 | 48 | > 0,001 |
| Saada tukea omaehtoisessa opiskelussa | 155 | 33 | 61 | 45 | 190 | 35 | 406 | 35 | 0,003 |
| Saada tietoa uusista käytännöistä työssä | 197 | 42 | 91 | 67 | 239 | 44 | 527 | 46 | > 0,001 |
| Hyödyntää työssään omia tietojaan ja taitojaan | 391 | 83 | 130 | 96 | 471 | 85 | 992 | 85 | > 0,001 |
| Hyödyntää työssään työtovereiden asiantuntemusta | 383 | 81 | 129 | 95 | 471 | 85 | 983 | 85 | > 0,001 |
| Lukea työssä alan ammatillisia ja tieteellisiä lehtiä | 141 | 30 | 63 | 47 | 173 | 31 | 377 | 32 | > 0,001 |
| Tehdä aloitteita työn kehittämiseksi | 265 | 56 | 100 | 74 | 272 | 50 | 637 | 55 | > 0,001 |
| Saada tukea työn kehittämisessä | 185 | 39 | 85 | 63 | 213 | 39 | 483 | 42 | > 0,001 |
| Toimia hyvän hoidon periaatteiden mukaan | 359 | 76 | 125 | 92 | 408 | 74 | 892 | 77 | > 0,001 |
| Vaikuttaa työyksikön toimintaan | 274 | 58 | 87 | 64 | 265 | 48 | 626 | 54 | > 0,001 |
| Saada tietoa työssä tapahtuvista muutoksista ajoissa | 181 | 38 | 70 | 52 | 198 | 36 | 449 | 39 | > 0,001 |
| Keskustella päivittäisistä kokemuksista työtovereiden kanssa | 364 | 77 | 119 | 88 | 433 | 78 | 916 | 79 | > 0,001 |
| Saada rakentavaa palautetta omasta työstä | 188 | 40 | 68 | 50 | 210 | 38 | 466 | 40 | 0,027 |
| Saada oikeudenmukaista kohtelua | 283 | 60 | 105 | 77 | 328 | 60 | 716 | 62 | > 0,001 |
| Osallistua halutessaan työnkiertoon | 275 | 59 | 68 | 52 | 291 | 53 | 634 | 55 | ns |
| Tehdä halutessaan osa-aikatyötä | 193 | 42 | 76 | 57 | 216 | 40 | 485 | 43 | 0,022 |

* Kruskal-Wallis testi.

Vaikutusmahdollisuudet työhön

Kotihoidon työntekijät olivat melko tyytyväisiä myös vaikutusmahdollisuuksiinsa omassa työssään (ka. 3,6 asteikolla 1–5). Parhaiten he kokivat voivansa vaikuttaa siihen, missä järjestyksessä he työtään tekevät ja mitä työmenetelmiä he työssään käyttävät. Eri toimipisteiden työntekijöiden arvioiden välillä ilmeni kuitenkin vaihtelua. Esimerkiksi omaan työtahtiinsa arvioi voivansa vaikuttaa hyvin tai erittäin hyvin lähes kolme neljäsosaa kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevistä, kun yhdistetyn kotihoidon toimipisteessä työtahtiinsa koki voivansa vaikuttaa vain hieman yli puolet vastanneista. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Vaikutusmahdollisuudet työssä toimipisteittäin (n, %)

| Melko hyvät tai erittäin hyvät mahdollisuudet vaikuttaa... | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|-------------|----|--------------|
| | n = 476–479 | | 136 | | 552–555 | | 1 165–1 168 | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | p* |
| Siihen, mitä työtehtäviin kuuluu | 290 | 61 | 100 | 74 | 300 | 54 | 690 | 59 | 0,001 |
| Siihen, missä järjestyksessä työnsä tekee | 428 | 90 | 132 | 97 | 495 | 89 | 1055 | 90 | < 0,001 |
| Työtahtiinsa | 270 | 58 | 96 | 71 | 288 | 52 | 659 | 56 | < 0,001 |
| Käyttämiinsä työmenetelmiin | 390 | 82 | 121 | 89 | 447 | 81 | 958 | 82 | 0,004 |
| Työnjakoon työtovereiden kesken | 346 | 72 | 112 | 82 | 440 | 80 | 898 | 77 | 0,004 |
| Tarvittavien työvälineiden hankintaan | 204 | 43 | 70 | 52 | 117 | 39 | 491 | 42 | 0,009 |

* Kruskal-Wallis testi.

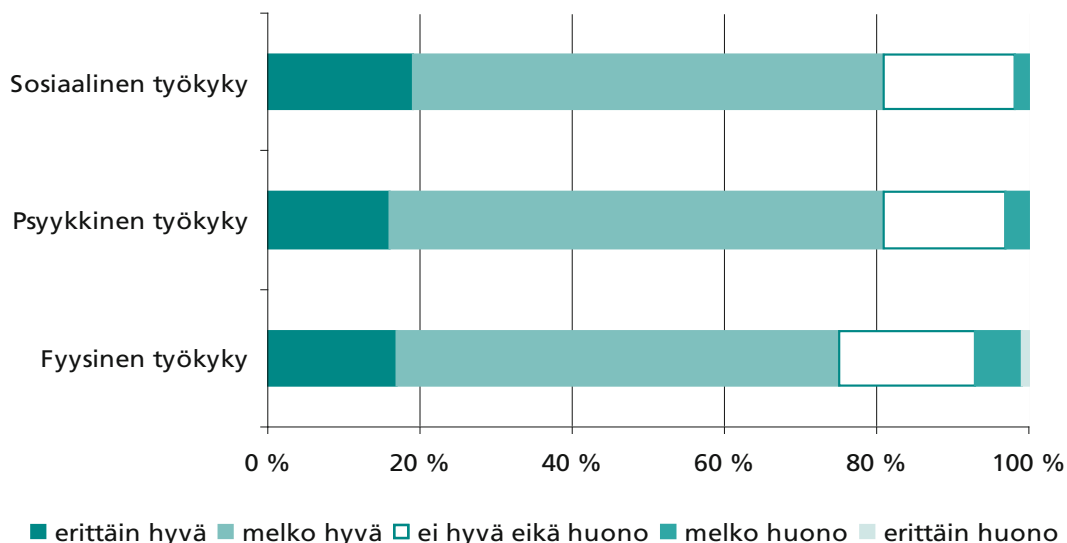
Eri toimipisteissä työskentelevien työntekijöiden arviot vaikutusmahdollisuuksistaan työssä erosivat myös keskiarvon perusteella tarkasteltuna toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ($p = < 0,001$). Parhaimmaksi vaikutusmahdollisuutensa arvioivat kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät (ka. 3,9 asteikolla 1–5). Kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden vastaajat kokivat vaikutusmahdollisuutensa keskiarvon mukaan yhtä hyväksi (ka. 3,6). Ammattiryhmistä osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (ka. 3,8) arvioivat vaikutusmahdollisuutensa työssään parhaimmiksi ja huonoimmiksi johtavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat (ka. 3,5) ($p = < 0,001$).

Työn kuormittavuus ja tyytyväisyys työhön

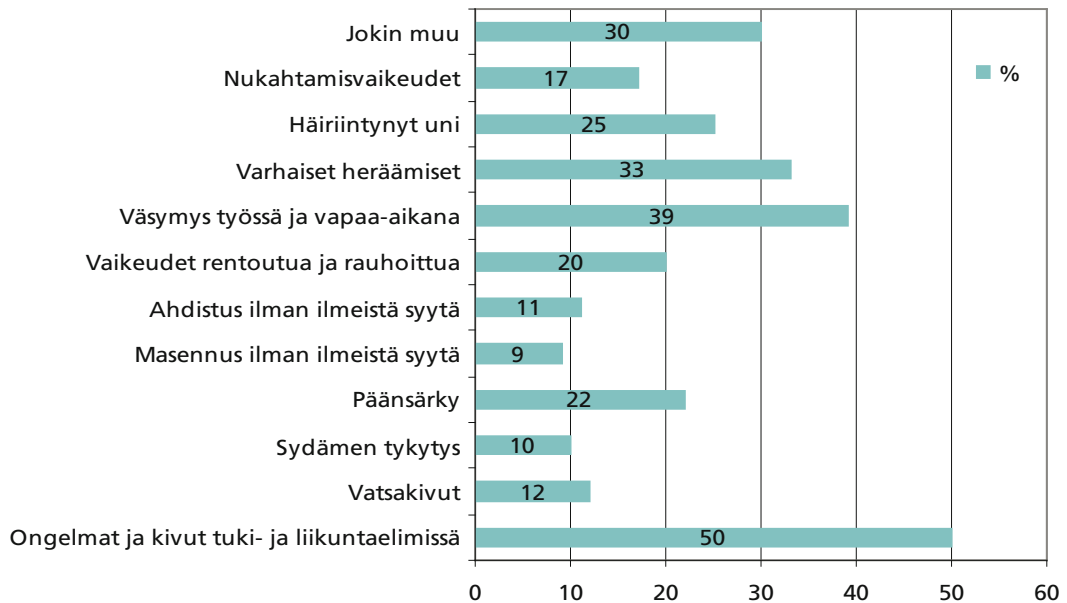
Suurimman osan (56 %) mukaan työ kotihoidossa kuormitti heitä melko tai erittäin paljon. Noin kolme neljäsosaa kotihoidon henkilöstöstä arvioi kuitenkin työkykynsä sijoittuvan arvojen 8 ja 10 välille, kun he arvioivat työkykynsä asteikolla 0-10 (täysin työkyvytön-työkyky parhaimmillaan). Noin 80 prosenttia heistä arvioi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykynsä melko tai erittäin hyväksi (kuvio 2). Sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen toimintakyky olivat Khin neliötestin avulla tarkasteltuna positiivisessa yhteydessä korkeimpaan ammattikoulutukseen ($p = < 0,001$).

Yli kolmasosa (37 %) vastaajista käytti säännöllisesti jotakin reseptilääkettä. Kotihoidon henkilöstöstä puolella oli ollut kyselyä edeltäneen kolmen kuukauden aikana ongelmia ja kipuja tuki- ja liikuntaelimissä, lähes 40 % oli tuntenut itsensä väsyneeksi työssä ja vapaa-aikana ja noin kolmanneksella oli jonkinlaisia nukahtamiseen ja uneen liittyviä ongelmia (kuvio 3).

Noin kolme neljäsosaa kotihoidon henkilöstöstä oli tyytyväisiä henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittymiseen työssä, omiin saavutuksiinsa työssään ja työnsä haasteellisuuteen, suurin osa (80 %) heistä oli myös yleisesti tyytyväisiä työhönsä ja elämäänsä ja mahdollisuuksiinsa ajatella ja toimia itsenäisesti työssään. Suurin osa kaikista vastaajista oli tyytyväisiä tähänhetkiseen elämäntilanteeseensa ja elämäänsä ylipäätään. Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevä kotihoidon henkilöstö oli tyytyväisempää työhönsä ja elämäänsä kuin kotipalvelun tai yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevä henkilöstö. (Taulukko 12.)



KUVIO 2. Kotihoidon henkilöstön sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen työkyky (%)



KUVIO 3. Kotihoidon henkilöstöllä ilmenneet ongelmat kyselyä edeltäneen kolmen viikon aikana (%)

TAULUKKO 12. Kotihoidon henkilöstön tyytyväisyys työhönsä ja elämäänsä toimipisteittäin(n, %)

| Tyytyväisyys | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p* |
|---|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|-----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittämiseen työssä | 375 | 79 | 113 | 85 | 408 | 74 | 896 | 77 | 0,034 |
| Omiin saavutuksiin työssä | 354 | 74 | 108 | 81 | 388 | 70 | 850 | 73 | 0,040 |
| Mahdollisuuksiinsa ajatella ja toimia itsenäisesti työssään | 439 | 92 | 129 | 96 | 490 | 88 | 1 058 | 91 | 0,046 |
| Työn haasteellisuuteen | 344 | 72 | 121 | 90 | 429 | 78 | 894 | 77 | < 0,001 |
| Yleisesti ottaen työhönsä ja elämäänsä | 374 | 78 | 125 | 93 | 437 | 79 | 936 | 80 | 0,002 |
| Harkitsee eroavansa työstään | 38 | 8 | 7 | 5 | 48 | 9 | 93 | 8 | 0,171 |

* Kruskall-Wallis test

Eniten mielihyvää ja tyydytystä työhönsä liittyvistä asioista kotihoidon henkilöstö koki saavansa asiakkaiden palautteesta, asiakkaiden ilmaisemasta tyytyväisyydestä sekä hoitosuhteessa koetusta luottamuksesta ja vuorovaikutuksesta. Eniten tyytymättömyyttä työssä aiheuttivat esimiehen huonot johtamistaidot, huonot vuorovaikutussuhteet työyhteisössä sekä kokemus omien voimavarojen riittämättömyydestä työssä.

Kotihoito yhteistyönä

Kotihoidon yhteistyökumppanit

Asiakkaidensa hoitoon liittyvissä asioissa *kotipalvelun toimipisteiden työntekijät* pitivät eniten yhteyttä muihin kotipalvelun työntekijöihin. Noin kolme viidesosaa (59 %) vastaajista ilmoitti olleensa päivittäisessä yhteydessä omiin työtovereihinsa. Toiseksi tärkeimpänä yhteistyökumppaninaan kotipalvelun toimipisteiden työntekijät pitivät kotisairaanhoidon edustajia, joihin

ilmoitti olleensa päivittäin yhteydessä noin 10 prosenttia ja vähintään viikoittain 48 prosenttia vastanneista. Useimmiten kotisairaanhoidon olivat yhteydessä johtavat kodinhoitajat tai kotipalveluohjaajat, sillä vajaa viidesosa (16 %) heistä oli yhteydessä kotisairaanhoidon päivittäin ja lähes puolet (48 %) piti yhteyttä ainakin kerran viikossa.

Myös *kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät* olivat eniten yhteydessä asiakkaansa hoitoon liittyvissä asioissa muiden kotisairaanhoidon työntekijöiden kanssa. Noin neljä viidestä (79 %) ilmoitti olleensa päivittäin yhteydessä kollegoihinsa. Lähes puolet (46 %) kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijöistä ilmoitti olleensa päivittäin ja 38 prosenttia vähintään kerran viikossa yhteydessä kotipalvelun työntekijöihin. Avoterveydenhuollon lääkäriin kotisairaanhoidon sairaanhoitajat olivat yhteydessä hieman kotipalvelua harvemmin, sillä kolmasosa oli ollut yhteydessä lääkäriin päivittäin ja 52 prosenttia vähintään viikoittain. Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevistä osastonhoitajista, sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista 47 prosenttia oli ollut päivittäisessä yhteydessä kotipalveluun ja 42 prosenttia avoterveydenhuollon lääkäriin. Perushoitajista tai lähihoitajista 46 prosenttia oli päivittäin yhteydessä kotipalveluun ja 68 prosenttia avoterveydenhuollon lääkäriin.

Yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden työntekijöistä yli puolet (57 %) oli ollut päivittäin yhteydessä kotipalvelun edustajaan ja yli kolmannes (36 %) kotisairaanhoidon edustajaan. Avoterveydenhuollon lääkäriin heistä piti päivittäin yhteyttä neljä prosenttia ja viikoittain 19 prosenttia. Kotipalvelun työntekijöihin olivat useimmiten päivittäisessä yhteydessä johtavat kodinhoitajat ja kotipalveluohjaajat (83 %) ja kotisairaanhoidon työntekijöihin osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (74 %). Avoterveydenhuollon lääkäriin pitivät yhteyttä tavallisimmin osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Heistä viidennes (21 %) oli ollut päivittäisessä yhteydessä lääkäriin ja 76 prosenttia vähintään kerran viikossa.

Toimipisteet erosivat toisistaan siten, että kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät olivat kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteitä useammin yhteydessä avoterveydenhuollon lääkäriin ($p < 0,001$), sosiaalityöntekijään tai vastaavaan ($p < 0,001$), fysio- tai toimintaterapeuttiin ($p < 0,001$), laboratoriohoitajaan ($p < 0,001$), päiväsaaran tai päiväkeskuksen edustajaan ($p < 0,001$), päivystyspoliklinikan edustajaan ($p < 0,001$), yksityisiin palveluntuottajiin ($p < 0,001$), vapaaehtoisjärjestöjen, seurakunnan tai muun vastaavan tahon edustajaan ($p < 0,001$) sekä terveyskeskuksen ($p < 0,001$), aluesairaalan ($p < 0,001$) ja yliopistollisen tai keskussairaalan ($p < 0,001$) vuodeosastojen edustajiin. Yhdistetyn kotihoidon työntekijät olivat muita toimipisteitä useammin yhteydessä tuki- ja turvapalvelujen tuottajiin ($p < 0,001$).

Kotipalvelun toimipisteiden työntekijät eivät olleet yhteydessä laboratoriohoitajaan (nyk. bioanalytiikka), hammashuollon henkilökuntaan sekä yliopistollisen tai keskussairaalan vuodeosaston edustajiin tai yhteydenotto näihin tahoihin oli tapahtunut harvemmin kuin kuukausittain (96–97 % vastanneista). Kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät olivat eri yhteistyötahoista vähiten yhteydessä hammashuollon henkilökuntaan, jalkahoitajaan tai vapaaehtoisjärjestöjen, seurakunnan tai muun vastaavan tahon edustajiin. Myös yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden työntekijät olivat vähiten yhteydessä hammashuollon henkilökuntaan, sillä heistä vain kaksi prosenttia ilmoitti ottaneensa kuukausittain yhteyttä asiakkaansa hoitoon liittyvissä asioissa joko hammaslääkäriin, hammashoitajaan tai suuhygienistiin. Toiseksi vähiten he olivat yhteydessä aluesairaalan sekä yliopistollisen tai keskussairaalan vuodeosastojen edustajiin ja kolmanneksi vähiten päiväsaaran tai päiväkeskuksen edustajaan. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13. Kotihoidon työntekijöiden yhteistyökumppanit ja vähintään kuukausittain tapahtuva yhteydenotto toimipisteittäin (n, %)

| Yhteistyökumppani | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | |
|---|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kotipalvelun edustaja | 434 | 89 | 121 | 89 | 514 | 92 | 1 069 | 90 |
| Kotisairaanhoidon edustaja | 407 | 84 | 101 | 74 | 489 | 87 | 997 | 84 |
| Avoterveydenhuollon lääkäri | 37 | 8 | 127 | 93 | 195 | 35 | 359 | 30 |
| Sosiaalityöntekijä tai vastaava | 64 | 13 | 75 | 55 | 123 | 22 | 262 | 22 |
| Fysio-/toimintaterapeutti | 55 | 11 | 86 | 63 | 101 | 18 | 242 | 21 |
| Laboratoriohoitaja | 18 | 4 | 96 | 71 | 111 | 20 | 225 | 19 |
| Jalkahoitaja | 82 | 17 | 25 | 18 | 129 | 23 | 236 | 20 |
| Hammaslääkäri/-hoitaja/suuhygienisti | 13 | 3 | 5 | 4 | 12 | 2 | 30 | 3 |
| Päiväsairaalan/-keskuksen edustaja | 124 | 26 | 73 | 54 | 80 | 14 | 277 | 23 |
| Päivystyspoliklinikan edustaja | 49 | 10 | 74 | 54 | 103 | 18 | 226 | 19 |
| Terveyskeskussairaalan vuodeosaston edustaja | 117 | 24 | 111 | 82 | 151 | 27 | 379 | 32 |
| Aluesairaalan vuodeosaston edustaja | 37 | 8 | 56 | 41 | 71 | 13 | 164 | 14 |
| Yliopistollisen tai keskussairaalan vuodeosaston edustaja | 16 | 3 | 52 | 38 | 74 | 13 | 142 | 12 |
| Tuki-/turvapalvelujen tuottaja | 147 | 30 | 62 | 46 | 280 | 50 | 489 | 41 |
| Yksityinen palveluntuottaja | 117 | 24 | 45 | 33 | 162 | 29 | 324 | 27 |
| Vapaaehtoisjärjestöjen, seurakunnan, tms. edustaja | 61 | 13 | 33 | 24 | 98 | 18 | 192 | 16 |

Tiedonvaihto ja yhteistyö kotihoidossa sekä sairaalan ja kotihoidon välillä

Tiedon välittyminen ja yhteistyö

Asiakkaan kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyvän tiedonvaihdon ja yhteistyön koki riittäväksi oman toimipisteen ja sairaaloiden välillä vain noin kolmannes vastanneista. Tiedonvaihtoa ja yhteistyötä piti riittävämpänä kotisairaanhoidon henkilöstö ja riittämättömimpänä yhdistetyn kotihoidon henkilöstö. Noin kaksi kolmasosaa kotihoidon henkilöstöstä koki, ettei oman toimipisteen ja sairaaloiden välisiä yhteistyömahdollisuuksia hyödynnetty tehokkaasti. Näiden tahojen väliset tiedonvaihto- ja yhteistyökäytännöt koki puutteellisiksi tai epäselviksi lähes puolet vastanneista. Asiakkaan kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyvään tiedon saantiin sairaalasta aina tarvittaessa oli tyytyväisiä 55 prosenttia vastaajista. Sairaalasta saatu asiakasta koskeva tieto oli ollut 62 prosentin mielestä melko ajantasaista, mutta eri toimijoilta saatu asiakasta koskeva tieto koettiin kotipalvelun toimipisteissä ja yhdistetyssä kotihoidossa epäyhtenäisemmäksi kuin kotisairaanhoidon toimipisteissä. (Taulukko 14, s. 28.)

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välisen tiedonvaihdon ja yhteistyön asiakkaan kotiutumiseen ja kotihoidossa koki riittäväksi 72 prosenttia vastanneista. Yhteistyötä piti riittävämpänä kotisairaanhoidon toimipisteiden henkilöstö ja riittämättömimpänä kotipalvelun toimipisteiden henkilöstö. Vaikka nykyisiä yhteistyömahdollisuuksia ei hyödynnetty riittävän tehokkaasti lähes puolen vastaajajoukon mielestä, arvioi nykyiset yhteistyökäytännöt puutteellisiksi tai epäselviksi vain kolmannes vastaajista. Toimipisteet erosivat toisistaan siten, että kotipalvelun toimipisteissä työntekijät arvioivat nykyisten yhteistyömahdollisuuksien hyödyntämisen tehottomammaksi kuin yhdistetyn kotihoidon ja kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät. (Taulukko 14, s. 28.)

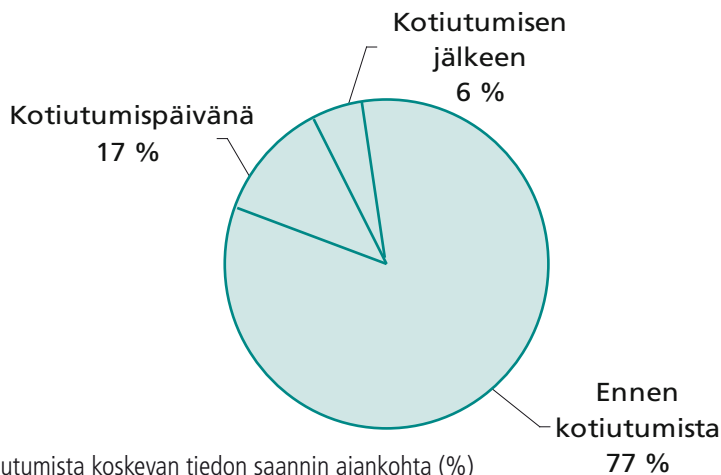
TAULUKKO 14. Tiedonvaihto ja yhteistyö asiakkaan kotiutumisessa ja kotihoidossa toimipisteittäin (n, %)

| | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p* |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|-----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Oman toimipisteen ja ja sairaalan välinen tiedonvaihto ja yhteistyö | | | | | | | | | |
| Yhteistyö on riittävää | 158 | 34 | 60 | 45 | 178 | 33 | 396 | 35 | 0,005 |
| Yhteistyökäytännöt ovat puutteellisia tai epäselviä | 215 | 48 | 54 | 41 | 250 | 48 | 519 | 47 | 0,018 |
| Nykyisiä yhteistyömahdollisuuksia ei hyödynnetä tehokkaasti | 304 | 68 | 71 | 53 | 336 | 64 | 711 | 65 | 0,001 |
| Tietoa saadaan aina tarvittaessa | 239 | 53 | 87 | 65 | 285 | 53 | 611 | 55 | 0,019 |
| Saatu tieto on ajantasaista | 271 | 61 | 94 | 70 | 326 | 62 | 691 | 62 | ns |
| Saatu tieto on epäyhtenäistä | 101 | 23 | 19 | 14 | 116 | 22 | 236 | 22 | < 0,001 |
| Tiedottamisvälineet puuttuvat tai ovat puutteellisia | 123 | 28 | 30 | 32 | 151 | 29 | 304 | 28 | 0,002 |
| Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välinen tiedonvaihto ja yhteistyö | | | | | | | | | |
| Yhteistyö on riittävää | 300 | 68 | 105 | 82 | 363 | 74 | 768 | 72 | 0,031 |
| Yhteistyökäytännöt ovat puutteellisia tai epäselviä | 149 | 35 | 29 | 23 | 151 | 31 | 329 | 32 | 0,049 |
| Nykyisiä yhteistyömahdollisuuksia ei hyödynnetä tehokkaasti | 243 | 56 | 39 | 31 | 224 | 46 | 506 | 49 | < 0,001 |
| Tietoa saadaan aina tarvittaessa | 342 | 78 | 104 | 83 | 388 | 80 | 834 | 80 | ns |
| Saatu tieto on ajantasaista | 342 | 79 | 103 | 79 | 391 | 81 | 834 | 80 | ns |
| Saatu tieto on epäyhtenäistä | 61 | 15 | 19 | 15 | 85 | 18 | 165 | 16 | ns |
| Tiedottamisvälineet puuttuvat tai ovat puutteellisia | 91 | 22 | 27 | 21 | 105 | 22 | 223 | 22 | ns |

* Kruskal-Wallis testi.

Asiakaskohtainen yhteistyö

Kaksi kolmasosaa (66 %) kotipalvelun tai kotisairaanhoidon toimipisteiden piiriin kotiutuneista asiakkaista oli kotiutunut terveystieteiden sairaalasta, viidennes (20 %) aluesairaalasta ja 14 prosenttia yliopistollisesta tai keskussairaalasta. Noin kolme neljäsosaa työntekijöistä oli saanut tiedon asiakkaansa kotiutumisesta vähintään kyselyä edeltävänä päivänä, noin viidennes kotiutumis-päivänä ja kuusi prosenttia kotiutumisen jälkeen. (Kuvio 4.) Työntekijät olivat saaneet tiedon asiakkaansa kotiutumisesta ennen kotiutumista kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteissä keskimäärin hieman myöhemmin (ka. 2,3–2,4 päivää) kuin yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä (ka. 2,5 päivää).



KUVIO 4. Asiakkaan kotiutumista koskevan tiedon saannin ajankohta (%)

TAULUKKO 15. Kotihoidon asiakkaan kotiutumisesta tiedottanut työntekijä tai muu henkilö toimipisteittäin (n, %)

| Kotiutumisesta tiedottanut työntekijä | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | |
|---------------------------------------|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sairaalan osaston edustaja | 146 | 32 | 98 | 75 | 131 | 25 | 375 | 34 |
| Sairaalan sosiaalityöntekijä | 23 | 5 | 1 | 1 | 16 | 3 | 40 | 4 |
| Kotipalvelun työntekijä | 194 | 43 | 8 | 6 | 209 | 40 | 411 | 37 |
| Kotisairaanhoidon työntekijä | 14 | 3 | 12 | 9 | 82 | 16 | 108 | 10 |
| Asiakas itse | 6 | 1 | 4 | 3 | 9 | 2 | 19 | 2 |
| Asiakkaan läheinen/omainen | 19 | 4 | 5 | 4 | 14 | 3 | 38 | 4 |
| Joku muu henkilö | 48 | 11 | 1 | 1 | 58 | 11 | 58 | 11 |

Noin kolme neljäsosaa (77 %) työntekijöistä sai tiedon asiakkaansa kotiutumisesta ajoissa. Kotipalvelun toimipisteissä työskentelevistä oli tätä mieltä 74 prosenttia, kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevistä 77 prosenttia ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevistä 79 prosenttia. Tieto asiakkaan kotiutumisesta saatiin tavallisimmin ensimmäisenä kotipalvelun työntekijältä tai sairaalan osaston edustajalta. Kotipalvelussa tieto asiakkaan kotiutumisesta oli saatu ensimmäisenä useimmiten omalta työtoverilta, kotisairaanhoidon toimipisteissä sairaalan osaston edustajalta ja yhdistetyssä kotihoidossa kotipalvelutyöntekijältä. (Taulukko 15.) Noin kolme neljäsosaa vastanneista oli saanut tiedon asiakkaan kotiutumisesta puhelimitse ja noin neljäsosa tapaamisissa ja palavereissa.

Tiedon saanti sairaalasta kotiutuneen asiakkaan toimintakyvystä ja mahdollisuuksista selviytyä kotona (ka. 2,8 asteikolla 1 = täysin riittämätön – 4 = täysin riittävä) sekä asiakkaan elinympäristöstä ja taloudellisesta tilanteesta (ka. 2,6) arvioitiin eri toimipisteissä melko riittäväksi (taulukko 16, s. 30), mutta kaikissa kysytyissä asioissa vähintään yksi kolmasosa koki tiedonsaannin riittämättömäksi. Parhaiten kyselyyn vastanneet työntekijät arvioivat saaneensa tietoa kotiutuneen asiakkaan liikuntakyvystä ja apuvälineiden tarpeesta sekä asumismuodosta ja -olosuhteista kotona. Huonoiten he arvioivat saaneensa tietoa asiakkaan taloudellisesta tilanteesta sekä harrastuksista ja mielipuuista.

Toimipisteet erosivat toisistaan siten, että kotisairaanhoidon toimipisteiden työntekijät arvioivat saaneensa kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden työntekijöitä riittävämmän tietoa kotiutuneen asiakkaan liikuntakyvystä ja apuvälineiden tarpeesta, muistista ja aistitoiminnoista sekä asiakkaan mahdollisuuksista saada tukea ja apua omaisiltaan, läheisiltään tai ystäviltaan. Yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden työntekijät arvioivat saaneensa muiden toimipisteiden työntekijöitä riittävämmän tietoa kotiutuneen asiakkaan asumismuodosta ja -olosuhteista kotona. (Taulukko 16, s. 30.)

Ammattiryhmistä osastonhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kokivat saaneensa muita paremmin tietoa kotiutuneen asiakkaan toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä (ka. 2,9) ($p = 0,008$) sekä elinympäristöstä ja taloudellisesta tilanteesta (ka. 2,8) ($p = 0,009$). Huonoiten näistä asioista olivat saaneet tietoa kotipalveluohjaajat ja johtavat kodinhoitajat (ka. 2,3–2,6).

Tiedon saanti kotiutuneen asiakkaan sairaalahoidosta oli riittävää vain alle puolen (32 - 45 %) vastaajajoukon mielestä. Asiakkaansa kotona toteutettavaa hoitoa ja palveluita koskevissa asioissa vastaajat arvioivat saaneensa riittävimmin tietoa lääkityksestä sekä kotiavun ja kotisairaanhoidon palvelujen tarpeesta. Kaikkein riittämättömintä tiedon saanti oli ollut asiakkaalle sovitusta tai hänen tarvitsemistaan sosiaali- ja tukimuodoista sekä asiakkaan kuntoutuspalvelujen tarpeesta. (Taulukko 17, s. 30.)

TAULUKKO 16. Tiedon saannin riittävyys kotiutuneen asiakkaan toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä sekä elinympäristöstä ja taloudellisesta tilanteesta toimipisteittäin (n, %)

| Tiedon saannin riittävyys | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p* |
|---|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|-----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä | | | | | | | | | |
| Liikuntakyky ja apuvälineiden tarve | 283 | 63 | 95 | 73 | 352 | 69 | 730 | 67 | < 0,001 |
| Muistista ja aistitoiminnoista (esim. näkö, kuulo) | 238 | 56 | 88 | 69 | 307 | 63 | 633 | 61 | 0,001 |
| Mielialasta | 212 | 50 | 71 | 56 | 281 | 57 | 564 | 54 | ns |
| Kyvystä hoitaa itseään ja sairauttaan (esim. peseytyminen, syöminen, lääkkeiden otto) | 293 | 62 | 93 | 72 | 324 | 62 | 700 | 64 | ns |
| Kyvystä suoriutua päivittäisistä askareista (esim. ruuanlaitto, asiointikäynnit) | 253 | 58 | 85 | 68 | 304 | 61 | 642 | 61 | ns |
| Elinympäristöstä ja taloudellisesta tilanteesta | | | | | | | | | |
| Mahdollisuudesta saada apua ja tukea (esim. omaisilta/läheisiltä, ystävilta) | 207 | 46 | 84 | 65 | 281 | 54 | 572 | 52 | 0,009 |
| Harrastuksista ja mielipuuhiesta | 117 | 28 | 35 | 28 | 164 | 34 | 316 | 31 | ns |
| Taloudellisesta tilanteesta | 173 | 41 | 48 | 37 | 233 | 47 | 454 | 43 | ns |
| Asumismuodosta ja -olosuhteista (esim. yksinasuva, kodin mukavuudet) | 271 | 65 | 82 | 65 | 318 | 68 | 671 | 66 | 0,023 |

* Kruskall-Wallis test.

TAULUKKO 17. Tiedon saannin riittävyys kotiutuneen asiakkaan hoidosta sairaalassa sekä hoidon ja palvelujen tarpeesta ja sairauden hoidosta kotona toimipisteittäin (n, %)

| Riittävä tiedonsaanti | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p* |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|-----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Sairalahoidosta | | | | | | | | | |
| Annetusta hoito- ja hoivatyöstä | 139 | 31 | 77 | 59 | 240 | 46 | 456 | 42 | < 0,001 |
| Sairauden hoidosta | 149 | 34 | 94 | 72 | 250 | 49 | 493 | 45 | < 0,001 |
| Kuntoutuksesta | 120 | 26 | 49 | 37 | 191 | 36 | 350 | 32 | 0,015 |
| Hoidon ja palvelujen tarpeesta kotona | | | | | | | | | |
| Kotiavun palvelujen tarpeesta | 307 | 68 | 82 | 65 | 356 | 69 | 745 | 68 | < 0,001 |
| Kotisairaanhoidon palvelujen tarpeesta | 135 | 54 | 105 | 80 | 325 | 64 | 665 | 62 | < 0,001 |
| Tukipalvelujen tarpeesta (ateria-, kuljetus, ym) | 175 | 62 | 63 | 49 | 332 | 65 | 670 | 62 | ns |
| Turvapalvelujen tarpeesta | 234 | 54 | 56 | 44 | 297 | 59 | 587 | 55 | ns |
| Kuntoutuspalvelujen tarpeesta | 107 | 26 | 34 | 27 | 173 | 35 | 314 | 30 | 0,002 |
| Sosiaalietuuksista ja muista sovitusta/tarvittavista tukimuodoista | 106 | 26 | 29 | 24 | 159 | 35 | 294 | 30 | 0,024 |
| Sairauden hoidosta kotona | | | | | | | | | |
| Sairauden jatkohoidosta kotona | 243 | 55 | 92 | 72 | 326 | 64 | 661 | 61 | < 0,001 |
| Lääkityksestä | 261 | 59 | 107 | 82 | 386 | 75 | 754 | 70 | < 0,001 |
| Jatkotutkimuksista ja -kontrolleista | 198 | 46 | 94 | 72 | 313 | 62 | 605 | 57 | < 0,001 |
| Omaisien/läheisen osuudesta hoidossa | 207 | 46 | 72 | 55 | 264 | 51 | 543 | 50 | ns |

* Kruskall-Wallis test.

Hoidon laatu ja yhteistyötä vaikeuttavat tekijät

Hoidon koordinointi ja suunnittelu

Yli puolet (56 %) kyselyyn vastanneista työntekijöistä arvioi, että heidän toimipisteessään kaikille tai lähes kaikille asiakkaille oli nimetty omahoitaja, palveluohjaaja tai muu vastuhenkilö. Vastaajat ilmoittivat olevansa itse keskimäärin kymmenen asiakkaan omahoitajia. Lähes kaikilla (98 %)

vastaajien edellisen työvuoron asiakkaista oli laadittuna kirjallinen hoitosuunnitelma tai muu vastaava. Kirjallinen hoitosuunnitelma tai muu vastaava asiakirja oli ollut työntekijän kotikäynnillä käytössä ja saatavilla 70 prosentilla asiakkaista. Kirjallista hoitosuunnitelmaa tai vastaavaa ei ollut käytössä 28 prosentissa sellaisten asiakkaiden luona käynneistä, joille kuitenkin oli laadittu kirjallinen suunnitelma. Vain neljäsosalla vastaajien asiakkaista oli hoitosuunnitelmassaan merkintä siitä, milloin tätä suunnitelmaa tarkistetaan tai arvioidaan. Reseptit ja lääkelistat löytyivät 82 prosentilta, viestivihko noin puolelta (54 %), hoitotyön yhteenveto tai vastaava 44 prosentilta ja lääkärin epikriisi tai decursusmerkinnät kolmannekselta (33 %) vastaajien asiakkaista.

Ennen asiakkaan kotiutumista sairaalasta kotihoidon työntekijä oli ollut tavallisesti yhteydessä asiakkaan kotiuttavalle osastolle sekä asiakkaan omaisiin tai läheisiin henkilöihin. Asiakkaan kotiutumista valmisteltaessa lähes puolelle asiakkaista oli hankittu kotiin apuvälineitä ja viidenneksen kotona oli tehty tarvittavia muutostöitä. Asiakkaan kotiuduttua sairaalasta kotihoidosta oli tehty kotikäynti lähes kolmelle neljäsosalle asiakkaista heti kotiutumispäivänä ja kolmanneksen luokse tämä kotikäynti oli ollut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteinen. (Taulukko 18.)

TAULUKKO 18. Kotiutuneen asiakkaan hoitoon liittyvien toimintakäytäntöjen toteutuminen toimipisteittäin (n, %)

| Toimintakäytäntö | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p* |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|--------------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Asiakkaalle nimetty yhteyshenkilö osastolla | 88 | 23 | 41 | 34 | 120 | 27 | 249 | 26 | ns |
| Asiakkaalle nimetty yhteyshenkilö kotihoidossa | 247 | 56 | 103 | 80 | 343 | 66 | 693 | 64 | < 0,001 |
| Ennen asiakkaan kotiutumista... | | | | | | | | | |
| Kotihoidon yhteydenotto asiakkaaseen osastolle | 108 | 26 | 30 | 24 | 121 | 25 | 259 | 25 | 0,005 |
| Kotihoidon yhteydenotto asiakkaan omaisiin/läheisiin | 172 | 41 | 33 | 26 | 185 | 37 | 390 | 38 | < 0,001 |
| Kotihoidon yhteydenotto kotiuttavalle osastolle | 161 | 39 | 44 | 36 | 206 | 43 | 411 | 40 | 0,009 |
| Kotihoidon osallistuminen asiakasta koskevaan hoito-, kotiutus- tai kuntoutuskokoukseen osastolla | 79 | 19 | 13 | 11 | 112 | 24 | 204 | 21 | < 0,001 |
| Asiakkaan kotona selviytymistä valmisteltaessa... | | | | | | | | | |
| Asiakkaalla kotiloma | 32 | 8 | 11 | 9 | 53 | 11 | 96 | 10 | ns |
| Asiakkaalla koekotiutus (lupa palata tarvittaessa osastolle) | 106 | 25 | 24 | 19 | 118 | 24 | 248 | 24 | ns |
| Arviointikäynti asiakkaan kotiin, jolla mukana asiakas, kotihoidon työntekijä ja osaston edustaja | 57 | 14 | 7 | 6 | 84 | 17 | 148 | 15 | < 0,001 |
| Asiakkaan kodin muutostöiden tekeminen | 87 | 21 | 14 | 11 | 109 | 22 | 210 | 20 | 0,003 |
| Apuvälineiden hankkiminen asiakkaan kotiin | 213 | 50 | 35 | 28 | 252 | 50 | 500 | 47 | < 0,001 |
| Asiakkaan kotiutumisessa... | | | | | | | | | |
| Asiakkaan kotiin tuominen/hakeminen | 188 | 45 | 51 | 41 | 216 | 45 | 455 | 44 | ns |
| Asiakkaan kotona vastassa joku henkilö | 317 | 72 | 70 | 56 | 349 | 69 | 736 | 69 | 0,047 |
| Ensimmäisten vuorokausien lääkkeet ja hoitotarvikkeet asiakkaan mukana | 330 | 75 | 94 | 74 | 281 | 56 | 705 | 66 | < 0,001 |
| Kotikäynti kotihoidosta asiakkaan luo kotiutumispäivänä | 333 | 77 | 51 | 42 | 379 | 75 | 763 | 72 | < 0,001 |
| Kotipalvelun/kotisairaanhoidon yhteinen kotikäynti asiakkaan luo | 105 | 25 | 24 | 20 | 174 | 36 | 303 | 29 | < 0,001 |
| Kotipalvelun/kotisairaanhoidon työnjako sovittu etukäteen | 258 | 59 | 83 | 66 | 314 | 64 | 655 | 62 | 0,004 |
| Asiakkaan palvelujen käynnistyminen viiveettä (kotipalvelu, kotisairaanhoido, tuki- ja turvapalvelut, iltapartio, ym.) | 393 | 89 | 102 | 82 | 448 | 88 | 943 | 88 | 0,050 |

* Kruskall-Wallis test.

Asiakaskohtaisen yhteistyön ongelmia

Lähes kolme neljäsosaa kotihoidon työntekijöistä arvioi työyksiköissään annetun hoidon ja palveluiden laadun hyväksi tai erinomaiseksi. Lähes puolet asiakkaiden kotiutumisista oli onnistunut ongelmitta. Vähäisiä ongelmia asiakkaiden kotiutumisessa arvioi olleen 45 % ja runsaasti ongelmia 8 % kotihoidon henkilöstöstä. Työntekijöiden mielestä suurimpia ongelmien aiheuttajia asiakkaan kotiutumisessa olivat liian varhainen kotiutus, henkilöstön välisen tiedottamisen ja yhteistyön puutteet, asiakkaan pelko kotona olemista kohtaan, omaisen/läheisen haluttomuus tai kyvyttömyys osallistua hoitoon sekä puutteellisesti valmisteltu kotiutus. (Taulukko 19.)

TAULUKKO 19. Asiakkaan kotiutumisessa ilmenneet yleisimmät ongelmat toimipisteittäin (n, %)

| Ongelma | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | |
|---|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Liian varhainen kotiutus | 146 | 30 | 31 | 23 | 153 | 27 | 330 | 28 |
| Puutteellisesti valmisteltu kotiutus | 85 | 18 | 20 | 15 | 84 | 15 | 189 | 16 |
| Henkilöstön välisen yhteistyön ja tiedottamisen puutteet | 153 | 31 | 33 | 24 | 128 | 23 | 314 | 27 |
| Henkilöstön ja asiakkaan/omaisen välisen tiedottamisen ja yhteistyön puutteet | 78 | 16 | 7 | 5 | 76 | 14 | 161 | 14 |
| Asiakkaan haluttomuus kotiutua ja halu päästä takaisin sairaalaan | 43 | 9 | 9 | 7 | 49 | 9 | 101 | 9 |
| Omaisen/läheisen haluttomuus tai kyvyttömyys osallistua hoitoon | 97 | 20 | 14 | 10 | 89 | 16 | 200 | 17 |
| Asiakkaan voinnin äkillinen huonontuminen | 44 | 9 | 11 | 8 | 49 | 9 | 104 | 9 |
| Asiakkaan pelko kotona olemista kohtaan | 118 | 24 | 17 | 13 | 132 | 24 | 267 | 23 |
| Asiakkaan kotiympäristön puutteellisuudet ja/tai apuvälineiden puute | 69 | 14 | 10 | 7 | 74 | 13 | 153 | 13 |
| Jokin muu syy | 39 | 8 | 16 | 12 | 67 | 12 | 122 | 10 |

Työtä vaikeuttavat tekijät

Kotihoidon työntekijöiltä kysyttiin asiakkaan hoitoa ja palveluita vaikeuttaneita tekijöitä. Tavallisimpia olivat työntekijöiden liiallinen työ määrä, työtilojen ja työvälineiden epätarkoituksenmukaisuus ja henkilökunnan vaihtuvuus. Useimmat yhdistetyn kotihoidon toimipisteen kuin muiden yksiköiden työntekijät kokivat henkilökunnan arkuuden ottaa vastuuta hankalissa tilanteissa, ammattikulttuurien erilaisuuden ja ammattiryhmien välisen kilpailun sekä keskinäisen luottamuksen puutteen haitanneen merkittävästi asiakkaidensa saamaa hoitoa ja palvelua. Kotipalvelun toimipisteissä ongelmallisimmaksi tekijäksi asiakkaan hoidossa koettiin sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollinen erillisyys ja kotisairaanhoidon toimipisteissä henkilökunnan liiallinen työ määrä. (Taulukko 20).

Kotisairaanhoidon toimipisteissä (ka. 2,9 asteikolla 1–4) koettiin henkilökuntaan liittyvien asioiden vaikeuttaneen asiakkaan saamaa hoitoa ja palveluita vähemmän kuin kotipalvelun (ka. 2,7) tai yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä (ka. 2,6) ($p < 0,001$). Samoin ammattikulttuuriin liittyvät asiat (ka. 3,4) olivat aiheuttaneet kotisairaanhoidon toimipisteissä vähemmän ongelmia asiakkaan hoitoon ja palveluihin kuin kotipalvelun toimipisteissä (ka. 3,1) ja yhdistetyssä kotihoidossa (ka. 2,9) ($p < 0,001$). Toimipisteeseen liittyvät asiat olivat vaikeuttaneet asiakkaiden saamaa hoitoa ja palveluita jonkin verran enemmän kotipalvelun (ka. 2,9) ja yhdistetyn kotihoidon (ka. 2,9) kuin kotisairaanhoidon toimipisteissä (ka. 3,2) ($p < 0,001$).

TAULUKKO 20. Kotihoidon asiakkaan hoitoa ja palvelua vaikeuttavia tekijöitä toimipisteittäin (n, %)

| Vaikeuttava tekijä | Kotipalvelu | | Kotisairaanhoido | | Yhdistetty kotihoito | | Yhteensä | | Merkitsevyys p* |
|--|-------------|----|------------------|----|----------------------|----|----------|----|-----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Toimipisteiden erillinen sijainti | 91 | 20 | 17 | 13 | 138 | 26 | 246 | 22 | 0,002 |
| Sosiaali- ja terveystoimen hallinnollinen erillisuus | 130 | 30 | 15 | 11 | 112 | 22 | 257 | 24 | < 0,001 |
| Toimitilojen ja työvälineiden epätarkoituksenmukaisuus | 149 | 34 | 32 | 24 | 174 | 33 | 355 | 32 | 0,034 |
| Henkilökunnan liiallinen työ määrä | 301 | 66 | 72 | 54 | 344 | 65 | 717 | 64 | 0,002 |
| Henkilökunnan vaihtuvuus | 156 | 34 | 16 | 12 | 176 | 34 | 348 | 31 | < 0,001 |
| Henkilökunnan arkuus ottaa vastuuta hankalissa tilanteissa | 85 | 18 | 12 | 9 | 102 | 20 | 199 | 18 | < 0,001 |
| Ammattikulttuurien erilaisuus | 87 | 19 | 19 | 14 | 162 | 31 | 268 | 24 | < 0,001 |
| Ammattiryhmien välinen kilpailu | 78 | 17 | 7 | 5 | 144 | 27 | 229 | 20 | < 0,001 |
| Ammattiryhmien keskinäisen luottamuksen puute | 89 | 19 | 7 | 5 | 160 | 30 | 256 | 23 | < 0,001 |

* Kruskal-Wallis test.

POHDINTA

Tässä raportissa vertaillaan kotihoidon henkilöstön työhön liittyviä tekijöitä kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä. Tutkimuksen suorittamisen aikoihin vuonna 2001 lähes puolet (47 %) kyselyyn vastanneista kotihoidon työntekijöistä työskenteli yhdistetyssä kotihoidossa, 41 prosenttia kotipalvelun ja 12 prosenttia kotisairaanhoidon toimipisteissä.

Kotihoidossa toimii kokenutta henkilöstöä: suurimmalla osalla heistä on työkokemusta yli 14 vuotta ja he ovat toimineet nykyisessä työpaikassaan yhtä pitkään. Kaikkein kokeneinta henkilökuntaa toimi kotisairaanhoidon toimipisteissä. Valtaosalla kotihoidon työntekijöistä on vakituinen työsuhde ja he näyttävät pysyvän työpaikassaan hyvin. Paras työntekijöiden pysyvyys oli kotipalvelun toimipisteissä. Kolme neljäsosaa kotihoidon henkilöstöstä on vähintään neljäkymmentä vuotta täyttäneitä. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön keski-ikä nousi viime vuosikymmenellä 38,4 vuodesta 43,1 vuoteen. Erityisesti kotihoidossa työskentelevien ammattiryhmien kuten perus- ja lähihoitajien (keski-ikä 43,1 vuotta) ja kodinhoitajien ja -avustajien (keski-ikä 45 vuotta) keski-ikä on muuta terveydenhuoltohenkilöstöä hieman korkeampi. (Kauppinen ym. 2001) Työn raskaus näkyy usein runsaina sairauspoissaoloina. Sairauslomien suurin syy flunssasairauksien jälkeen ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Nykyinen kiivas työtahti ja huoli hoitamatta jäävistä asiakkaista näkyvät myös väsymisenä ja lisääntyneenä sairastavuutena. Töihin tullaan myös sairaana, koska tiedetään, että poissa ollessa toiset joutuvat tekemään työt. (Pasanen 1999.)

Vanhusten hoitoa on usein pidetty työnä, joka ei vaadi korkeatasoista koulutusta (Muurinen 2003). Lähes kaikki kyselyyn vastanneet työntekijät olivat kuitenkin itse sitä mieltä, että ikään-tyneiden parissa työskentely edellyttää heiltä luovuutta, pitkälle kehittyneitä taitoja ja jatkuvaa uusien asioiden oppimista. On myös todettu että hyvin koulutettu hoitohenkilöstö tuottaa parempilaatuista hoitotyötä kuin kouluttamaton henkilöstö (Muurinen 2003). Kodinhoitajat ja kotiavustajat kokivat työssä kehittymisen mahdollisuutensa heikommiksi kuin terveydenhuoltoammattien edustajat. Kotihoidon henkilöstö kokonaisuudessaan koki kuitenkin mahdollisuutensa työssä kehittymiseen melko hyväksi. Neljä viidesosaa kotihoidon työntekijöistä myös koki, että he voivat vaikuttaa hyvin työnsä organisointiin.

Vaikka asiakaskeskeisiä toimintamalleja pyritään toteuttamaan kotihoidossa ja kotihoidon keskeiset tiedottamisvälineet olivat käytössä, lähes puolelta asiakkaista puuttui heidän hoitoaan koordinoiva omahoitaja, palveluohjaaja tai muu vastuhenkilö. Asiakkaille suoritetun kyselyn mukaan (Perälä ym. 2003) viidenneksellä heistä oli vastuuhoidtaja kotihoidossa, 45 prosentilla kotisairaanhoidossa. Asiakkaan siirtyessä sairaalasta kotihoitoon, noin neljäsosassa kotiutumista tieto siitä tuli kotihoitoon vasta kotiutumispäivänä tai kotiutumisen jälkeen ja yli puolessa asiakkaiden kotiutumisista oli ilmennyt ainakin jonkinasteisia, lähinnä liian varhaiseen kotiuttamiseen, tiedottamiseen ja yhteistyön puutteisiin liittyviä ongelmia. Myös tässä tutkimuksessa kuten aiemmissakin aihepiiriin liittyvissä tutkimuksissa (Pöyry 1999, Perälä ym. 2003, Pöyry & Perälä 2003), havaittiin puutteita ennakoivassa kotiutumisen suunnittelussa.

Lähes puolet kotihoidon henkilöstöstä oli tyytymättömiä sairaalasta saamaansa tietoon asiakkaan kotiutumisesta ja kotihoidosta. Parhaiten tiedotus sairaalasta toimi kotisairaanhoidon ja yli puolet kotihoidon henkilöstöstä oli sitä mieltä, ettei sairaalan ja oman toimipisteen välisiä yhteistyömahdollisuuksia hyödynnetä riittävän tehokkaasti. Erityisen tyytymätöntä yhteistyömahdollisuuksien hyödyntämiseen oli yhdistetyn kotihoidon ja kotipalvelun toimipisteiden henkilöstö. Tulosten valossa näyttäisi ettei kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipisteiden yhdistämisellä ole kovin hyvin pystytty parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden yliorganisatorista tiedonkulkua.

Kotihoidon henkilöstö koki saaneensa huonoiten tietoa asiakkaan saamista sosiaalisista etuuksista ja muista tukimuodoista, taloudellisesta tilanteesta sekä harrastuksista ja mielialasta. Puute tiedonkulussa taloudellisten ja psyykkisten asioiden suhteen tuli ilmi myös asiakkaiden vastauksissa tämän hankkeen toisessa osassa. Asiakkaiden ja heidän läheistensä mukaan eniten puutteita tiedon saannissa oli avun saannin mahdollisuuksista henkiseen jaksamiseen, tiedon saannissa palvelumaksujen muodostumisesta ja sosiaaliavustuksista ja -tukimuodoista sekä mahdollisuuksista käyttää yksityisiä palveluita. (Perälä ym. 2003.)

Yhdistetyn kotihoidon yksiköissä koettiin olevan huonommat omaan työhön vaikuttamisen mahdollisuudet kuin kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yksiköissä. Moniammatillisissa kotihoidon yksiköissä lähijohtajana voi olla kotipalvelun tai kotisairaanhoidon edustaja. Kotipalvelun edustajat voivat kokea vaikutusmahdollisuutensa huonommaksi, jos lähijohtaja on kotisairaanhoidosta. Vastaavasti kotisairaanhoidon edustajat voivat kokea vaikutusmahdollisuutensa huonommaksi, kun lähiesimies on kotipalvelusta. Vaikuttamista vaikeuttaa, jos on ainoa ammattikuntansa edustaja moniammatillisessa tiimissä ja mahdollisuudet koulutukseen osallistumiseen ovat niukat. Moniammatillinen työ sisältää enemmän neuvotteluja muiden ammattiryhmien kanssa eikä työ välttämättä tunnu yhtä itsenäiseltä. Toisaalta moniammatillisessa työryhmässä tiedon välitys paranee ja asiakkaan hoidon ja palveluiden laatu sitä kautta. Se näkyy tämänkin tutkimuksen tuloksissa. Työn itsenäisyydellä ja tiedon välityksellä on kuitenkin erisuuntaisia vaikutuksia henkilöstön työtyytyväisyyteen; työn itsenäisyyden vähenemisellä on työtyytyväisyyttä vähentäviä ja tiedonvälityksen lisääntymisellä työtyytyväisyyttä lisääviä (Abramis 1994, Ianni ym. 2004). Yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä työskentelevät raportoivat myös muissa toimipisteissä työskenteleviä enemmän siitä, että ammattikulttuurien erilaisuus, ammattiryhmien välien kilpailu ja luottamuksen puute vaikeuttavat asiakkaan palvelua ja hoitoa. Luultavasti juuri nämä tekijät selittävät myös yhdistetyn kotihoidon henkilöstön erillisissä kotihoidon toimipisteissä työskenteleviä hieman alhaisempaa työtyytyväisyyttä. Joissakin aiemmissa tutkimuksissa on saatu päinvastaisiakin tuloksia; että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistäminen on myös lisännyt työn merkitykselliseksi ja itsenäiseksi kokemista (Rintala ym. 1997, Tenkanen 2003). Tässä tutkimuksessa mukana olleissa yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon hallinnollisesta yhdistymisestä oli kulunut yhdestä kahdeksaan vuotta. Voidaan ajatella, että niissä kunnissa, joissa yhdistyminen on tapahtunut vuoden tai kahden sisällä, tuloksia selittäisi yleinen muutosvastarinta.

Kotisairaanhoidon ammattien vahva ammatillisuus ja kotihoidon ja yhdistetyn kotihoidon henkilöstöä korkeampi koulutustaso näkyy lähes kaikkien tässä raportissa tuotettujen tulosten läpi. Kotisairaanhoidon toimipisteessä työskentelevistä lähes kaikki olivat saaneet jonkinasteisen terveydenhuollon ammattikoulutuksen. Selkeä ero kouluasteen tutkinnon tai vähemmän koulutusta saaneisiin on nähtävissä. Osa tuloksista selittyy toimenkuvien kautta; kotipalvelun työntekijöiden työnkuva koostuu enemmän perushoidosta ja iäkkäiden arjesta selviytymistä tukevista fyysisesti raskaista tehtävistä. Kotisairaanhoidon toimipisteissä työskentelevät toisaalta kokevat työnsä haastavampana, mutta kokevat myös, että heillä on mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja kehittää sitä, saada tukea siihen sekä hyödyntää omaa ja työtovereidensa asiantuntemusta. Tulokset ovat yhdenmukaisia mm. Hannanin ym. (2001) ajattelun kanssa siitä, että korkeammin koulutetulla henkilöstöllä on enemmän käytössä välineitä oman työnsä kehittämiseksi ja oman väsymisensä estämiseksi. Kotisairaanhoidon toimipisteiden henkilöstö koki myös olevan vähemmän asiakkaan hoitoa ja palveluita vaikuttavia tekijöitä, kokivat saaneensa enemmän tietoa asiakkaan hoidoista ja palveluista, kokivat tietonsa ja taitonsa paremmiksi ja olivat tyytyväisempiä työhönsä ja elämäänsä kuin kotipalvelun ja yhdistetyn kotihoidon toimipisteiden työntekijät. Yhtenä selityksenä näinkin selkeille ja johdonmukaisille eroille em. asioissa terveydenhuollon ammattilaisten ja muiden välillä voisi olla terveydenhuoltohenkilöstön selkeät roolit, joiden on todettu olevan yhteydessä työtyytyväisyyteen ja työssä selviämiseen (Newman ym. 2002 ja Ianni ym. 2004).

Eniten mielihyvää työssä tuotti kotihoidon henkilöstölle asiakkailta saatu palaute ja asiakkaiden tyytyväisyys sekä luottamus ja hyvät vuorovaikutussuhteet hoitotilanteissa. Nämä asiat vahvistavat ja tukevat toinen toistaan: hyvät vuorovaikutussuhteet hoitotilanteissa osaltaan johtavat asiakastytyväisyyteen, asiakkaiden tyytyväisyys taas myönteiseen asiakaspalautteeseen. Nämä asiat tuottavat henkilöstölle mielihyvää ja työtyytyväisyyttä, joka taas heijastuu tutkimusten mukaan takaisin parempana hoidon laatuuna (esim. Farin ym. 2002, Redfren ym. 2002). Eniten mielipahaa kotihoidon henkilöstölle tuotti resurssien riittämättömyys, huono johtaminen ja vuorovaikutus työyhteisössä sekä omien voimavarojen riittämättömäksi kokeminen. Näillä asioilla on yhteys hoidon laatuun paitsi hoitotyön rakenteellisina tekijöinä, myös työtyytyväisyyttä heikentävinä tekijöinä. Nämä tekijät ja niiden monitasoiset vaikutukset tulisi ottaa kotihoidossa huomion kohteeksi kun pohditaan hoitotyön laadun parantamisen keinoja. Ne ovat sellaisia, joihin voidaan puuttua johtamisen ja johtamiskoulutuksen keinoin. Erityisesti kotihoidon lähijohdon tarpeet tulisi huomioida suunniteltaessa uudenlaista sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskoulutusta (Opetusministeriö 2004).

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tuloksista voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

- Työsuhteet kotihoidon, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon, työyksiköissä ovat pääosin vakinaisia ja kotihoitotyöhön hakeutuva henkilöstö pysyy työssään ja toimipisteessään hyvin.
- Kotihoidon työntekijät arvioivat ammattitaitonsa kohtalaiseksi, mutta koettiin myös tietovajetta ja puutteita omien voimavarojen riittävyudessa työssä. Erityisesti mielenterveyspalveluita, yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluita sekä omaistaan kotona hoitaville tarjolla olevia tukia tunnettiin huonosti. Ammattitaidon ylläpitämiseen liittyvän koulutuksen ja ammatti-identiteetin vahvistamisen tarve on suurinta kotipalvelun henkilöstöllä, johon koulutusta tulisi erityisesti suunnata.
- Kotihoidon työntekijöillä oli ollut runsaasti erilaisia kipuja ja vaivoja kolmen viimeisen kuukauden aikana ja yli kolmasosa oli käyttänyt lääkkeitä. Työntekijäryhmien välillä oli myös eroja. Mitä korkeampi koulutus oli, sitä paremmaksi työntekijät arvioivat fyysisen, psyykkisen että sosiaalinen toimintakykynsä: kotisairaanhoidon työntekijöillä oli parempi itse arvioitu terveys kuin kotipalvelun työntekijöillä. Erityisesti kotipalvelun työntekijöiden työterveyttä edistäviin toimenpiteisiin tulisi panostaa ja lisätä työn arvostusta. Jatkossa tähän voitaneen vaikuttaa nostamalla kotipalvelun henkilöstön koulutustasoa sekä järjestämällä täydennyskoulutusta oikeista työotteista ja apuvälineistä sekä työkuoron ylläpitämisestä.
- Yhdistetyn kotihoidon yksiköihin ei ole vielä kehittynyt moniammatillisen toiminnan kulttuuria. Tähän viittaa se, että yhdistetyn kotihoidon työntekijät olivat tyytymättömiä työhönsä ja kokivat vaikuttamismahdollisuutensa huonoimmiksi. Vastaavasti kotisairaanhoidon työntekijät olivat tyytyväisimpiä työhönsä ja elämäänsä ja kokivat vaikutusmahdollisuutensa parhaimmiksi. Tyytymättömyyttä aiheuttivat myös esimiehen huonot johtamistaidot, huonot vuorovaikutussuhteet työyhteisössä. Jatkossa erityistä huomiota tulisi kiinnittää kotihoidon johtamisen parantamiseen ja yhteisen toimintakulttuurin ja -käytänteiden aikaansaamiseen niin kotihoidon yhdistetyissä kuin erillisissä toimipisteissä.

Jatkossa tulisi selvittää yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä, millainen yhteys ajalla, joka on kulunut kuntien kotipalvelun ja kotisairaanhoidon hallinnollisesta yhdistämisestä, on henkilöstön kokemukseen työssä vaikuttamisen mahdollisuuksistaan ja asiakkaan palveluja ja hoitoa vaikeuttavista tekijöistä.

- Tieto asiakkaasta ei kulje esteettömästi ja saumattomasti hoitopaikasta toiseen hoitoketjussa; kotihoito ei ole saumaton osa hoito- ja palveluketjua. Lähes puolet kotihoidon työntekijöistä oli tyytymättömiä sairaalasta saamaansa tietoon asiakkaan kotiutumisen ja kotihoidosta. Kotihoidon työntekijät erityisesti kotipalvelussa saivat puutteellisesti tietoa asiakkaan siirtymässä sairaalasta kotiin sairauden hoidosta, hoidon ja palvelujen tarpeesta kotona, asiakkaiden sosiaalisista etuuksista, taloudellisesta tilanteesta ja tukimuodoista, sekä harrastuksista ja mielialasta. Asiakkaiden optimaalisen hoidon ja palveluiden varmistamiseksi näiden asioiden tiedottamiseen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Lisäksi kotihoidon asemaa tulisi parantaa hoito- ja palveluketjussa.

LÄHTEET:

- Abramis, D. J. (1994) Work role ambiguity, job satisfaction, and job performance: a meta-analysis and review. *Psychological reports* 75, 1411–1433.
- Ailasmaa, R., Kuronen, R., Lehtonen, J. & Kauppinen, S. (2004) Kotihoidon laskenta 30.11.2003. Stakes. <http://www.stakes.info/2/10A/index.asp>
- Ailasmaa, R., Kuronen, R. & Lehtonen, J. (2005) Sosiaalihuollon laitoshoido ja asumispalvelut 2004. Stakes. http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt17_05.pdf
- Ala-Nikkola, M. & Valokivi, H. (1997) Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Laaturaportti sosi-aali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case mana-gement) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Stakes. Raportteja 215.
- Altieri, L. B. (1995) Transformational and transactional leadership in hospital nurse executives in the Commonwealth of Pennsylvania: a descriptive study. Doctoral dissertation. George Mason University.
- Andersson, R. A., Hsieh, P. & Su, H. (1998) Resource allocation and resident outcomes in nursing homes: Comparison between the best and the worst. *Research in Nursing and Health* 21, 297–313.
- Atwal, A. (2002) Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 39, 450–458.
- Axelsson, J. & Elmstål, S. (2004) Home care aides in the administration of medication. *International Journal for Quality in Health Care* 16, 237–243.
- Blevins, C. (2001) There really is a difference: home care competencies. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 32(3), 114–7.
- Bostick, J. E. (2004) Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality* 19, 130–136.
- Boyle, D. K., Bott, M. J., Hansen, H. E., Woods, C. Q. & Taunton, R. L. (1999) Managers leadership and critical care nurses intent to stay. *American Journal of Critical Care* 8, 361–371.
- Brulín, C., Winkvist, A., & Langendoen, S. (2000) Stress from working conditions among home care personnel with musculoskeletal symptoms. *Journal of Advanced Nursing* 31, 181–189.
- Brodaty, H., Draper, B. & Low, L. F. (2003) Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing* 44, 583–590.
- Bull, M. J. & Roberts, J. (2001) Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing* 35, 571–581.
- Challis, D., Kent, R. U., Brown, P., Chesterman, J. U. & Huges, J. (2002) Care management, de-mentia care and specialist mental health services: An evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17, 315–325.
- Cox, T. (1978) *Stress*. Baltimore, University Park Press. 1978:3.
- Dennis, M., O'Rourke, S., Slattery, J., Staniforth, T. & Warlow, C. (1997) Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 314, 1071–1075.
- Dunham-Taylor, J. (2000) Nurse executive transformational leadership found in participative or-ganizations. *Journal of Nursing Administration* 30, 241–250.
- Ekuri, J. & Sädevirta, J. (2003) Työhyvinvointi kunta-alalla. Strategia ja suositus työhyvinvoinnin edistämiseksi ja muutosten hallinnaksi. Kunnallinen työmarkkinalaitos. (www.ktv.fi/ewriter/tiedostot/12/03_2003/3573_Tyohyvinvointi_kunta-alalla_Strategia_ja_suositus.doc)
- Elo, A.-L. (1989). Teollisuustyön psyykinen kuormitus. Kuormittavuuden analyysi ja menetelmien kehittäminen työpaikkaselvityksiin. Työ ja ihminen 3: lisänumero 1.
- Farin, E., Meixner, K., Follert, P., Jackel, W. H. & Jacob, A. (2002) Job satisfaction in rehabilitation clinics-Development of the "MiZu.Reha" questionnaire and its use in quality assurance. *Rehabilitation* 41, 258–267.
- Feldman, P. H., Sapienza, A. M. & Kane, N. M. (1990) 'Who cares for them?' Workers in home care industry. New York. Greenwood press.
- Fox, P., Newcomer, R., Yordi, C. & Ansberger, P. (2000) Lessons learned from the Medicare Alzheimer Disease Demonstration. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 14, 87–93.
- Goodell, T. T. & Coeling, H. V. E. (1994) Outcomes of nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration* 24, 36–41.
- Goodridge, D. M., Johnston, P. & Thomson, M. (1996) Conflict and aggression as stressors in the work environment of nursing assistants: implications for institutional elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 8, 49–67.
- Grimmer, K. A., Moss, J. R. & Gill, T. K. (2000) Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of life research* 9, 1005–1013.
- Gronfors, S., Sinervo, T. & Elovainio, M. (2001) Job satisfaction, work and organizational factors and quality of care. *Hoitotiede* 4, 227–237.
- Grönroos, E. & Perälä, M.-L. (2002) Asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuus. Makropilottihankkeen lähtötilanteen arviointi. *Stakes Aiheita* 30/2002. Helsinki.

- Grönroos, E & Perälä, M.-L. (2004) Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. *Stakes Aiheita* 22/2004. Helsinki.
- Grönroos, E. & Perälä, M.-L. (2005) Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Science* 19, 288–295.
- Gullick, J., Shepherd, M. & Ronald, T. (2004) The effect of an organisational model on the standard of care. *Nursing Times* 100, 36–39.
- Hackman, J. R. & Oldman, G. R. (1976) Motivation through the development of the work: test a theory. *Organizational Behaviour and Human Performance* 16, 250–279.
- Hannan, S., Norman, J. & Redfern, S. J. (2001) Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in Clinical Gerontology* 11, 189–203.
- Hutt, E., Lin, M. & Kramer, A. (2002) Effects of nurse staffing on selected quality measures for long term residents derived from MDS. In: *Centers for Medicare and Medicaid Services: Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes*.
- Hyppönen, H. (2004) Tekniikka kehittyä, kehittyvätkö palvelut? Tapaustutkimus kotipalvelujen kehittämisestä teknologiahankkeessa. *Stakes tutkimuksia*. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Ianni, A., Tabolli, S., Rezi, C. & Di Pietro, C. (2004) Job satisfaction, depressive and anxiety disorders among hospital personnel at IDI Sanita, Rome. *Recenti Progressi in Medicina* 95, 245–250.
- Ivancevich, J. M. & Matteson, M. T. (1980) *Stress and work: managerial perspective*. Glenview I.L., Scott, Foresman. 1980:8.
- Jenkins, H. & Allen, C. (1998) The relationship between staff burnout/distress and interactions with residents in two residential homes for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13, 466–472.
- Kadushin, G. & Eagan, M. (2001) Ethical dilemmas in home health care: a social work perspective. *Health and Social Work*. 26(3), 36–49.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job re-design. *Administrative Science Quarterly*. 24, 258–304.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and reconstruction of working life*. Basic Books. New York.
- Kauppinen, S., Forss, A., Säkkinen, S., Voutilainen, P. & Noro, A. (2003) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. Suomen virallinen tilasto (SVT) Sosiaaliturva 2003:1. Stakes. Helsinki.
- Kinnunen, K. (2002) Postponing of institutional long-term care in the patients at high risk of institutionalisation. *Yliopistopaino*. Helsinki.
- Kivimäki, M. & Lindström, K. (1994) Henkilöstöä tyydyttävän johtamisen tunnusmerkit: Tutkimus sairaalan vuodeosastoista. *Hoitotiede*. 6, 16–21.
- Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1999–2000. *Stakes*. SVT Sosiaaliturva 2002:1. Helsinki.
- Laamanen, R., Broms, U., Hoppola, A. & Brommels, M. (1999) Changes in the work and motivation of staff delivering home care services in Finland. *Public Health Nursing* 16, 60–71.
- Lahtinen, K.-R. (2003) Yli 70-vuotiaan saumattoman palveluketjun toimintamallien käyttöönoton valmistelu ja käyttöönotto Mäntän seudun terveydenhuoltoalueella. Loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Leppäaho, K. (2002) Vanhustyön sisältöjen yhteistyön kehittäminen Karstulassa. Kirjassa (toim.) Päivärinta, E., Haverinen, R. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. *Stakes*, Helsinki.
- Luukkonen, A.-M., Kosklin, R., Nissinen-Paatsamala, K., Mäkilä, A.-M. & Rauhala, A. (2001) Tehostettu kotihoito Turussa. Kartoitus yli 55 tuntia kuukaudessa apua saavien asiakkaiden hoidosta. *Suomen lääkirlehti* 56, 323–326.
- Leveck, M. L. & Jones, C. B. (1996) The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in nursing & health* 19, 331–343.
- Lowe, J. I. & Herranen, M. (1981) Understanding teamwork: Another look at the concepts. *Social work in health care* 7, 1–11.
- Macpherson, R., Eastley, R. J., Richatds, J. & Mian, I. H. (1994) Psychological distress among workers caring for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9, 381–386.
- Mamon, J., Steinwachs, D. M., Fahey, M., Bone, L. R., Oktay, J. & Klein, L. (1992) Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health services research* 27, 155–175.
- Meara, J. R., Wood, J. L., Wilson, M. A. & Hart, M. C. (1992) Home from hospital: a survey of hospital discharge arrangements in Northamptonshire. *Journal of public health medicine* 2, 145–150.
- Medley, F. & Larochelle, D. R. (1995) Transformational leadership and job satisfaction. *Nursing Management*. 26, 64JJ–64LL.
- Morrison, R. S., Jones, L. & Fuller, B. (1997) The relation between leadership style and empowerment on job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Administration*. 27, 27–34.
- Muurinen S. (2003) Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Tamperensis*; 936, Tampereen yliopisto.

- Myyrä J, Niemelä P. Coping Strategy Assessment. Turku, Turun yliopiston offsetpaino. Psychological research reports 59, 1984.
- Nelson, A., Matz, M, Chen, F, Siddharthan, K., Loyd,, J. & Fragala, G. (2005) Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *International Journal of Nursing Studies* 24 [Epub ahead of print]
- Newman, K., Maylor, U. & Chansakar, B. (2002) The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain. *Journal of Management in Medicine* 16, 271–291.
- Olin, R., Rekola-Sjöblom, M. & Sjöblom, S. (2004) Asiakkaat arvioitsijoina, asiakkaiden tyytyväisyys kunnallisiin palveluihin vuonna 2003. *KuntaSuomi 2004 – tutkimuksia nro 51. Acta nro 171. Suomen kuntaliitto & Svenska social och kommunalhögskolan vid Helsingfors Universitet, Helsinki.*
- Opetusministeriö (2004) Sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:30
- Pasanen, P. (1999) Tavoitteista toiminnaksi. Kotihoitouudistus Vantaan Tikkurilan alueella. (www.mol.fi/tyke/00-03/caset/materiaalit/kotihoi.rtf)
- Payne, S., Hardey S. & Colemanan, P. (2000) Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing* 32, 277–285.
- Pelkonen, M. (1995) Voimaa hoitotyöhön. Voimavara-ajatteluun liittyviä teoreettisia ja käytännöllisiä kysymyksiä. Teoksessa: Mölsä, A. (toim.) *Hoitotyön tutkimuksen hyväksi 30 vuotta. Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen Kannatusyhdistyksen julkaisuja. Ry:n 30-vuotisjulkaisu. Sairaanhoidon Tutkimuslaitoksen julkaisuja. Helsinki. 66–79.*
- Pentti, E.(2002) Hiljainen tieto vanhusten hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Perälä, M.-L. & Hammar, T. (2003) Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä (PALKO-malli). *Stakes. Aiheita 29/2003. Helsinki.*
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P., Teperi, J. (2003) PALKO – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. *Stakes. Aiheita 27/2003. Helsinki.*
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P., Noro, A., Saalasti-Koskinen, U., Teperi, J. (2004) Asiakkaan ohjausmallin arviointi. *Stakes. Aiheita 17/2004. Helsinki.*
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Teperi, J., Hammar, T., Pöyry, P., Salo, A. & Noro, A. (2002) Makropilotin asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuuden arviointi. Teoksessa: (toim.): Ohtonen, J. *Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi. Stakes .FinOHTAN raportteja 21/2002. Seinäjoki.*
- Powers, A. R., McPherson, M. & Treebus, S. L. (1994) Staff psychological well-being and quality of care. *Qual Health Care Res* 2, 46–52.
- Punamäki, R.-L., Puhakka, T. (1995) Psykkisten selviytymiskeinojen sisältö ja tehokkuus traumaattisissa oloissa. Kirjassa: Rääkkönen K, Nurmi J-E (toim.). *Persoonallisuus, terveys ja hyvinvointi. Helsinki, Suomen Psykologinen Seura, 118–131.*
- Pöyry, P. (1999) Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Pöyry, P. & Perälä, M.-L. (2003) Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. *Stakes. Aiheita 18/2003. Helsinki.*
- Redfern, S., Hannan, S., Norman, I. & Martin, F. (2002) Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in nursing home. *Health & Social Care in the Community* 10, 512–517.
- Rintala, T., Elovainio, M. & Heikkilä, M. (1997) Osiensa summa – Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista. *Stakes. Tutkimuksia 75. Helsinki.*
- Rintala, T. (2003) Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. *Stakes. Tutkimuksia 132.*
- Rissanen, P. & Noro, A. (toim.) (1999) Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiutumiskäytännöt – Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista. *Stakes. Aiheita 44/1999. Helsinki*
- Robertson, A., Gilloran, A., McGlew, T., McKee, K., McKinley, A. & Wight, T. (1995) Nurses' job satisfaction and the quality of care received by patients in psychogeriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10, 575–584.
- Sawyer, J. E. (1992) Goal and process clarity. Specification of multiple constructs of role ambiguity and structural equation model of their antecedents and consequences. *Journal of Applied Psychology* 77, 130–142.
- Schnelle, J. F., Simmons, S. F., Harrington, C., Cadogan, M., Garcia, E. M. & Bates-Jensen, B. (2004) Relationship of nursing home staffing to quality of care. *Health Service Research* 39, 225–250.
- Seltzer, M., Litchfield, L., Kapust, L & Mayer, J. (1992) Professional and family collaboration in case management: A hospital-based replication of a community-based study. *Social work in health care* 17, 1–22.
- Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R. & Cooney, M. (1995) *Inside residential care: the realities of hospital versus common settings.* London, Sainsbury.
- Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R. & Cooney, M. (1997) Relation between bed use, social deprivation, and overall bed availability in acute adult psychiatric units, and alternative residential options: a cross sectional survey, one day census data, and staff interviews *British Medical Journal* 314(7076), 262–262. London, Sainsbury.

- Sinervo, L. & von Fieandt, N. (toim.) (2005) Tietotekniikka sosiaali- ja terveysalan kehittämisessä. Stakes Aiheita 5/2005. Helsinki.
- Sinervo, T. (1995) Työtapojen muutos vanhushpalveluissa. Työn piirteiden, työn vaatimusten ja työntekijöiden hyvinvoinnin arviointi kyselymenetelmällä – osaraportti 1. Stakes. Aiheita 26/1995. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Sinervo, T. (1997) Työtapojen muutos vanhushpalveluissa. Loppuraportti. Stakes. Aiheita 1/1997. Stakesin monistamo, Helsinki.
- So, H. M. & Chan, D. S. (2004) Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* 41, 77–84.
- Sochlaski, J. (2004) Is more better?: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care* 42(2Suppl), II67–73.
- Stricklin, M. Bierer, B. Struk, C. (2003) Combuters. *Informativ Nursing*. 21(1), 103–111. 2003. Lippincott Williams & Wilkins.
- Taunton, R. L., Boyle, D. K., Woods, C. Q., Hansen, H. E. & Bott, M. J. (1997) Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 19, 205–226.
- Tenkanen, R. (2003) Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. *Acta Universitatis Lapponiensis*. 62. Rovaniemi.
- Toivanen, M., Laitinen, P., Häkkinen, H., Minkkinen, I. & Röppänen, P. (2004) Kotihoidon toiminnot ja tiedot. Kotihoidon tiedon tarpeet. Toimintalähtöinen vaatimusmäärittely. PlugIT-projekti. <http://www.plugin.fi>.
- Tuomi, K. (toim.) (1985). Ikääntyvä työntekijä v. 1981–1992. Työn, elämäntyylin, terveyden ja työkyvyn muutokset. Kyselytutkimus. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 2. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2003) Työhyvinvointi. *Ylihoitajalehti* 31, 4–8.
- Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M.-L. & Sinervo, T. (1999) Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Stakes. Aiheita 46. Helsinki.
- Vahtera, J. & Pentti, J. (1993). Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Työ ja ihminen 7. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja, lisänumero 1. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Voutilainen, P. (2004) Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Tutkimuksia 142. Helsinki.
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. (2005) Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes. Raportteja 7/2005.
- Yeh, S., Sehy, Y. A. & Lin, L. (2002) Global aging. The quality of nursing home care in Taiwan. *Journal of Gerontological Nursing* 8, 13–21.
- Åström, S., Nilsson, M., Norberg, A., Sandman, P. & Winbald, B. (1991) Staff burnout in dementia care: relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies* 28, 65–75.

RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2006

Ilkka Winblad, Jarmo Reponen, Päivi Hämäläinen, Maarit Kangas: Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2005. Tilanne ja kehityksen suunta
Raportteja 7/2006 Tilausno R7/2006

Ilka Haarni Keskenestä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa
Raportteja 6/2006 Tilausno R6/2006

Evert Vedung: Konsten att utvärdera nätverk
Rapporter 5/2006 Tilausno R5/2006

Pekka Ruotsalainen: Suositukset terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvaliselle sähköiselle arkistoinnille. Usean toimintayksikön yhteinen käyttäjän ja käyttöoikeuksien hallinta – periaatteet ja suositukset
Raportteja 4/2006 Tilausno R4/2006

Päivi Lapveteläinen: Tieto- ja viestintätekniset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana
Raportteja 3/2006 Tilausno R3/2006

Tuula Hynninen, Maila Upanne: Akuutti kriisiyö kunnissa vuosina 2002 ja 2005. Nykytila ja kehittämissaasteet
Raportteja 2/2006 Tilausno R2/2006

Kirsi Vitikainen, Markku Pekurinen, Urpo Kiiskinen: Kannattaako tupakoinnin lopettaminen? Tupakoinnista aiheutuvien eliniänikaisten hoitokustanusten ja tupakoinnin lopettamisesta syntyvien säästöjen arviointia
Raportteja 1/2006 Tilausno R1/2006

2005

Tuulikki Forssén: Huumehoidon asiantuntijuuden rakentuminen päiväkeskuksessa
Raportteja 1/2005 Tilausno R1/2005

Pia Romppanen: Katsaus kuntien päihdestrategioihin
Raportteja 2/2005 Tilausno R2/2005

Antti Parpo: SOMA 2002. Sosiaaliturvan ja verotuksen mikrosimulointimalli
Raportteja 3/2005 Tilausno R3/2005

Pasi Moisio (toim.): Lapsiperheiden taloudellisen tilanteen kehitys Suomessa 1990–2002
Raportteja 4/2005 Tilausno R4/2005

Tero Tammissalo: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan hallinnan periaatteet ja hyvät käytännöt. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille ja toimintayksiköille tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan kehittämiseksi
Raportteja 5/2005 Tilausno R5/2005