



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Raportti resurssipoolin perustamisesta kotihoitoon

Kilpirinne, Sarah
Oksman, Lea

2017 Laurea



LAUREA

AMMATTIKORKEAKOULU

Laurea-ammattikorkeakoulu

Yhdessä enemmän

Raportti resurssipoolin perustamisesta kotihoitoon

Kilpirinne Sarah
Oksman, Lea
Sairaanhoitaja AMK
Raportti resurssipoolin perustami-
sesta kotihoitoon
Tammikuu, 2017

Kilpirinne Sarah, Oksman Lea

Raportti resurssipoolin perustamisesta kotihoitoon

Vuosi 2017 Sivumäärä 39

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen raportti kotihoidon kehitystyöstä resurssipoolin perustamiseksi. Aihe nousi Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksikön tarpeesta kehittää toimintaansa, koska asiakasmäärät kotihoidossa ovat olleet kasvussa jo pitkään ja samalla kotihoidon asiakkaiden hoidon tarve on lisääntynyt huomattavasti. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata resurssipooli, sen merkitys kotihoidon toimintojen organisoinnille ja resurssipoolin perustamista edeltäviä tehtäviä, toimintoja ja sopimuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksiköille raportti, joka olisi riittävän kuvaava mallinnus resurssipoolin perustamisesta.

Tämän opinnäytetyön käsitteellisenä viitekehyksenä toimivat kotihoidon erilaiset käsitteet, vanhuspalvelulaki, miten vastata kotihoidon lisääntyneeseen tarpeeseen sekä kotihoidon tarvepohjaisesta toimintamallista kertovat aineistot. Lisäksi opinnäytetyössä tarkastellaan Porvoon kotihoidon tarvepohjaisen toimintamallin raporttia resurssipoolin perustamisen jälkeen. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä ovat: mikä on resurssipoolin merkitys? Mitä ennakoivia tehtäviä tulee tehdä ennen resurssipoolin perustamista? Ja mitä toiminnanmuutoksia ja sopimuksia tulee tehdä kotihoidon kentällä ennen resurssipoolin perustamista?

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja siihen kerättiin tietoa resurssipoolin merkityksestä sekä sen perustamista vaativista ennakoivista tehtävistä, toiminnanmuutoksista ja sopimuksista. Aineistona käytettiin Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksiköiden resurssipoolin perustamistyöryhmän muistioita ajalta 18.3.2015- 31.3.2016.

Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Keskeisinä tuloksina nousivat esille resurssipoolin merkitys hoidon ja palvelujen tarpeeseen vastaamisessa. Ennakoivina tehtävinä toimivat tietojärjestelmät ja niiden oikeanlainen, ohjeistuksen mukainen ja järkevä käyttö. Toimivat tietojärjestelmät mahdollistavat resurssipoolin käyttöönoton. Sopimuksina ja toiminnanmuutoksina tuloksina nousivat. Jatkokehittämiskohteena nousi esille, että työsuunnittelun toteuttamista helpottavat uudet tietotekniikan sovellukset kuten optimointi ja kaksisuuntainen työvuoronsuunnittelu, muutosjohtamisen vahvistaminen ja henkilöstön sitouttamisen vahvistaminen.

Kilpirinne Sarah, Oksman Lea

Report on the development of community nursing for establishing a resource pool

Year	2017	Pages	39
------	------	-------	----

This thesis is a functional report on the development of community nursing for establishing a resource pool. The topic emerged from the city of Helsinki's Northern District Community Nursing Unit (HNDCNU) and its operational development need, because the amount of customers has been rising a long time and simultaneously customers need for care has increased. The aim of this research was to describe the purpose and the meaning of the resource pool and to explain the preliminary tasks, the definition of operations and the contracts related to the establishment of the resource pool. The final goal was to produce a report for the HNDCNU which is adequate enough to be able to use as a model for the establishment of a resource pool.

The conceptual framework of this thesis was formed around different concepts related to; community nursing, the law on elderly citizens operational support and on the health and social services organized for elderly citizens (so called senior services law), how to answer to the increased demand of community nursing and the material on the demand-based operations model for community nursing. The research questions were: What is the purpose of a resource pool? Which preliminary duties need to be performed before the establishment of a resource pool? What kinds of operational changes and contracts need to be made in community nursing before the establishment of a resource pool?

The research is a qualitative study which was based on the material about the purpose of resource pool, the preliminary tasks needed for the establishment, operational changes and contracts. The data used were the memos from HNDCNU during March 2015 - March 2016 about the establishment of a resource pool.

Data was analysed using content analysis. The key finding of the research was the meaning of resource pool for answering the demand on nursing and services. The preliminary tasks related to information systems and their correct and practical usage. Functioning information systems enable the initialization of the resource pool. Recruitment and the utilization of common ground rules were the key results related to contracts and operational changes. For further development, the research showed that the organization of work can be significantly improved by new IT systems, such as optimization and two-way rota planning, strengthening of change management and enhancing employee engagement.

Keywords: Community Nursing, Resource Pool

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Käsitteellinen viitekehys.....	8
2.1	Vanhuspalvelulaki ja muut kotihoitoa ohjaavat lait	9
2.2	Kotihoidon määrittelyä.....	9
2.3	Tarvepohjainen toimintamalli eli resurssipooli kotihoidossa.....	13
2.4	Porvoon kotihoidon resurssipoolin tuottavuus ja toiminta.....	18
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	19
3.1	Aineistonkeruu.....	19
3.2	Aineiston analyysi	20
4	Opinnäytetyön tulokset	21
4.1	Resurssipoolin merkitys kotihoidon lisääntyneeseen palvelujen ja hoidon tarpeeseen vastaamisessa	21
4.2	Toimivien tietojärjestelmien merkitys resurssipoolin perustamisessa ja ennakoivissa tehtävissä	23
4.3	Henkilöstöhallinnolliset toimenpiteet ennen resurssipoolin käyttöönottoa ...	26
5	Pohdinta	28
5.1	Työelämän palaute	29
5.2	Tulosten tarkastelua.....	30
5.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	31
5.4	Itsearviointi	33
6	Johtopäätöksiä ja jatkokehittämissuhteita	33
	Lähteet	35
	Taulukot	38
	Liitteet.....	39

1 Johdanto

Suomessa sosiaali- ja terveysalan toimintoja määrittelevät lait. Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tulivat voimaan 1.7.2013 (Vanhuspalvelulaki 2013). Uusi vanhuspalvelulaki, valtakunnallisena toimintaa ohjaavana säätelijänä, haastaa kuntia ja niiden kotihoidon palvelujen tuottamista. Vanhuspalvelulaki tuo suuren haasteen kotihoidolle, koska laki lisää vaatimuksia kotihoidon työnkuvaan ilman, että kotihoidon resurssija samanaikaisesti lisätään. Suomessa iäkkäiden ikäihmisten hoiva- ja sairaanhoitopalvelut ovat painottumassa nyt ja tulevaisuudessa yhä enemmän kotiin vietäviin palveluihin. Painotuksen myötä kotihoidon osuus hoitotyössä tulee tulevaisuudessa kasvamaan entisestään verrattuna muihin hoitopaikkoihin. Tämän vuoksi esimerkiksi kotihoidon työntekijäresurssit tulisi jakaa tasaisemmin, jotta myös kotihoito olisi laadukkaampaa.

Vanhuspalvelulaki määrittelee kuntia tukemaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2013, 5.) Näin ollen kotihoidon täytyy kehittää ja tehostaa toimintaansa, jotta lisääntyneeseen kysyntään voidaan vastata. Valtakunnallisesti Suomessa eri kuntien ja kaupunkien kotihoidot ovat erilaisessa asemassa, mutta vaateet ovat kuitenkin kaikille samat. Osa kunnista on ratkaissut tehokkaamman, taloudellisemman ja laadukkaamman kotihoidon kehittämisen ottamalla käyttöön tarvepohjaisen toimintamallin eli resurssipoolin.

Resurssipooli tuo uuden ajattelumallin kotihoitoon. Sen perusajatus on, että kotihoidon resurssit tehdään todellisen asiakastarpeen eikä työntekijämitoituksen mukaisesti. Siinä lähtökohtana on arvioida päivittäin todellista työvoiman tarvetta, joka perustuu todelliseen asiakasmäärään sekä hoitajien poissaolojen vaihteluun. Resurssipoolin koko perustuu nykyhenkilöstön ja minimiehityksen väliseen erotukseen.

Resurssipoolin tarpeellisuus Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksikössä on ollut huomattavissa jo ennen kevättä 2015. Tällöin työntekijöiden työn kuormittavuutta alettiin seurata tilastoista ja samalla huomattiin, että sijaisresurssien käyttö oli kasvanut ja omia resurssien käyttö oli jakautunut epätasaisesti kotihoidon eri lähipalvelualueilla. Asiakasmäärä oli noussut vuoden aikana 5,2 %, helmikuusta 2014 - helmikuuhun 2015. Samanaikaisesti kotihoidon asiakkaiden hoidon tarve oli lisääntynyt eikä asiakkaiden oikeudenmukainen ja laadukas hoito toteutunut, koska resurssien jakautuminen ei ollut tasaista. Sijaiskustannukset olivat voimakkaasti lisääntyneet, ja sijaistyövoiman saanti oli huonontunut. Näin ollen kuormitus oli epätasaista. Tästä syystä Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksikkö päätti perustaa resurssipoolin tasapainottamaan alueiden kuormittavuutta sekä takaamaan laadukasta hoitoa kaikille kotihoidon asiakkaille. Aiemmin kuormittavuutta oli pyritty

tasaamaan jälkijättöisillä tilastoilla ja kuormitusluvuilla, mutta tällä tavoin työnkuormittavuuseroja ei saatu tasattua koska resurssien tarve muuttuu päivittäin tai viikoittain johtuen asiakasmäärien lisääntymisestä sekä heidän hoidon tarpeiden vaihteluista. Asiakas määrien ja käyntien tarpeen muuttuminen lisää työntekijöiden työn kuormitusta ja vaikeuttaa asiakastyön suunnittelua.

Resurssipoolin perustamistyöryhmään osallistui Helsingin kaupungin pohjoisessa kotihoitoyksikössä työryhmä, johon kuului viisi kotihoidonohjaajaa, kotihoitopäällikkö, pegasosvastuupäällikö, kaksi Selvitys-, arviointi- ja sijoitustoimiston (SAS-toimisto) työntekijää ja yksi työn suunnittelija.

Resurssipoolin käsitettä lähestytään tässä opinnäytetyössä seuraavien keskeisten käsitteiden ja näkökulmien kautta: vanhuspalvelulain tuomat vaateet kotihoitoon, raportti tarvepohjaisen toimintamallin tuomisesta kotihoitoon sekä raportti siitä, miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään. Nämä tulevat kulkemaan punaisena lankana opinnäytetyön käsitteellisessä viitekehysessä. Lisäksi avaamme kotihoidon käsitteitä, kotihoidon työajan määrittelyä sekä kotihoidon jakautumista kotisairaanhoidon, kotipalveluun, tukipalveluihin ja etähoitoon. Lisäksi on tarkasteltu Porvoon kotihoidon raporttia resurssipoolin perustamisesta kuvauksena jo toimivasta resurssipoolista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata resurssipoolin tarkoitusta ja merkitystä ja kuvata resurssipoolin perustamista ennakoivia tehtäviä, sen toiminnan määrittelyjä sekä sopimuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa raportti, joka on riittävän kattava kuvaamaan resurssipoolin perustamista ja on muille kotihoidon yksiköille tarpeellinen työväline resurssipoolin perustamiseen.

2 Käsitteellinen viitekehys

Opinnäytetyön käsitteellisessä viitekehysessä avataan vanhuspalvelulakia ja sen tuomia velvoitteita, kuinka kotihoidon kasvavaan tarpeeseen pitäisi vastata, tarvepohjaista toimintamallia sekä kotihoitoa ja siihen liittyviä käsitteitä. Lisäksi tarkastellaan Porvoon kotihoidon raporttia resurssipoolin perustamisesta.

2.1 Vanhuspalvelulaki ja muut kotihoitoa ohjaavat lait

Suomen vanhuspalvelulaki (669/2013), eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, tuo suuren haasteen kotihoidolle sekä lisää vaatimuksia siitä, minkälaista kotihoidon tulisi olla. Vanhuspalvelulaissa määritellään kotihoito, mitä kotihoito on ja miten se tulisi toteuttaa. (Vanhuspalvelulaki 2013).

Lain tarkoituksena on taata iäkkäälle ihmiselle pitkäaikaista tai tilapäistä hoivaa ja huolenpitoa hänen tarpeidensa mukaan. Iäkkään ihmisen tulisi saada tarvitsemaansa hoivaa, huolenpitoa ja sairaanhoitoa omaan kotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaan. Lain mukaan kunnan täytyy toteuttaa nämä asiat omilla sosiaali- ja terveys-palveluillaan tai ostopalveluna. Kunnan on määriteltävä toimenpiteet, joilla se kykenee saavuttamaan nämä tavoitteet. Lisäksi on arvioitava kunnan omat voimavarat, joita tarvitaan toimenpiteiden toteuttamiseksi, kuten esimerkiksi kotihoidon, sairaaloiden, ja sosiaalitoimen resurssit. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2013.) Kotihoidon toimintaa täytyy kehittää, jotta voidaan vastata laissa määriteltyihin vaateisiin.

Vanhuspalvelulain lisäksi kotihoidon toimintaa ohjaavat terveydenhuoltolaki (1326/2010), sosiaalihuoltolaki (1301/2014), laki omaishoidon tuesta (937/2005), erikoisairaanhoidolaki (1062/1989), kansanterveyslaki (66/1972) sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Sen lisäksi kotihoidon toimintaa ohjaa myös 1.8.2009 voimaan tullut laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009). Tämän lain tavoitteena on lisätä asiakkaan valinnanmahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta, monipuolistaa palvelutuotantoa sekä edistää kuntien, elinkeinotoimen ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Tällä uudella lailla ei ole muutettu kuntien velvoitteita järjestää asukkailleen sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Kunta päättää ne sosiaali- ja terveyspalvelut, joissa palveluseteliä voidaan käyttää vaihtoehtona kunnalliselle kotihoidolle. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569.)

2.2 Kotihoidon määrittelyä

Kotihoito on tarkoitettu vanhuksille, yli 18-vuotiaille vammaisille sekä eri-ikäisille ihmisille, jotka toipuvat esimerkiksi leikkauksesta. Lisäksi tavoitteena on antaa hoitoa ja hoivaa pitkäaikaissairaille sekä tuottaa palveluita niitä tarvitseville. Strategisena tavoitteena on kohdentaa palvelut niitä tarvitseville. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Kotihoidon kaksi perusosaa, kotisairaanhoito ja kotipalvelu, ovat kehittyneet toisistaan erillään, koska ne ovat kuuluneet perinteisesti eri hallintokuntiin. Kotisairaanhoito on kuulunut terveystoimen ja kotipalvelu sosiaalitoimen alle. Kotihoitokäsittelyn käyttö yleistyi niiden yhdistämisen myötä 1990-luvulla. (Polvi 2012, 3.)

Kotihoidon tarkoituksena on tukea kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä arjen toiminnoissa, joista asiakas ei enää itsenäisesti selviydy. Tarkoituksena on mahdollistaa turvallinen kotona asuminen mahdollisimman pitkään, vaikka asiakkaan toimintakyky olisi heikentynyt. Kotihoito on asiakkaan näkökulmasta kotiin tuotettavaa hoivaa, sairaanhoidollista osaamista, tukipalveluja sekä etähoitoa kunkin asiakkaan hoidon tarpeen mukaan. Kotihoidosta sovitaan aina etukäteen uuden asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa arviointikäynnillä. Arviointikäynnin jälkeen asiakkaalle tehdään hänen tarpeidensa mukainen palvelusuunnitelma, eli sopimus palveluista, joita asiakas tarvitsee, sekä hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman teossa sovitaan yhdessä hoidon tarpeet ja tavoitteet sekä toiminnot, joilla tavoitteisiin pyritään pääsemään.

Kotipalveluksi määritellään ravitsemuksen turvaaminen ja kauppa-asioiden järjestäminen. Lisäksi kotipalvelu avustaa hygienian hoidossa, päivittäisissä toiminnoissa ja selviytymisen tukemisessa, kuten esimerkiksi asiointiavussa, jota voi olla esimerkiksi pankkiasioiden hoitaminen ja saattoapu. (Sanerma P. 2009, 41–49.) Kotisairaanhoidon määritellään niin, että kokonaisvaltainen lääkehuolto, tikkien poistot, vaativat haavahoidot ja peruselintoimintojen mittaus kuuluvat kotisairaanhoidon, koska ne luokitellaan kotona tehtäviin sairaanhoidollisiin tehtäviin. Kotisairaanhoidon tarviin aina lääkärin lähete. (Sanerma P. 2009, 41–49.) Kotihoitoon kuuluu myös etähoito, joka tarkoittaa tietotekniikan avulla toteutettuja virtuaalisia hoitajan kotikäyntejä. Virtuaalinen kotikäynti tapahtuu käytännössä niin, että hoitaja ei käy konkreettisesti asiakkaan luona, vaan kotihoidon työntekijä soittaa sovitusti asiakkaalle videopuhelun. Videopuhelun avulla saadaan kuvayhteys asiakkaaseen. Mikäli asiakas ei vastaa videopuheluun, voidaan kotihoidossa olevalta päätietokoneelta avata kuvayhteys asiakkaan luona olevaan tietokoneeseen. Vaikka asiakas ei haluaisi vastata videopuheluun, saadaan kuvayhteys kuitenkin auki, jolloin voidaan tarkistaa asiakkaan vointi ja mahdollinen syy olla vastaamatta videopuheluun. Etähoidon aloittaminen asiakkaan kanssa on yksilöllistä ja jokainen etähoidon aloitus mietitään asiakaskohtaisesti. Etähoidon tarkoituksena on helpottaa kotihoidon työntekijän kuormitusta, koska esimerkiksi lääkkeen ottaminen tai ravinnon saaminen voidaan turvata virtuaalisella kotikäynnillä. Etähoitoa toteuttaa tällä hetkellä esimerkiksi Helsingin kaupungille Helsingin palvelukeskus. (Kotihoitoa Pohjoisessa Helsingissä 2016.)

Tukipalvelut ovat osa kotipalvelua, mutta ne ovat kotipalvelusta ulkoistettuja palveluita. Nykyään ovat käytössä myös palvelusetelit, joilla asiakas voi itse valita palvelun tuottajan, mutta palvelut ovat saman sisältöisiä. Tukipalveluihin luokitellaan ateriapalvelut, turvapuhe- linalpalvelut, kauppapalvelut, siivouspalvelut sekä rintamaveteraanien palvelut. Tukipalvelut voivat olla tulosidonnaisia kuntien päätöksistä riippuen. Tukipalveluista ja niiden tarpeesta tehdään arviointikäynti alueen kotihoidonohjaajan tai alueen terveyden- tai sairaanhoitajan toi-

mesta, ja tukipalvelujen myöntämisestä päättää kotihoidon ohjaaja. Myös tukipalvelujen tarvetta tulee arvioida säännöllisesti. Tarkoituksena on tukea asiakasta kotona pärjäämisessä, mikäli hänen toimintakykynsä on heikentynyt hetkellisesti tai pysyvästi. Tukipalvelu voi olla jatkuvaa tai vaikka vain toipilasapua. (Kotihoitoa Pohjoisessa Helsingissä 2016.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä antaa asiakkaalle mahdollisuuden valita tarvitsemansa palvelu joko kunnalliselta tai yksityiseltä sektorilta. Palvelusetelin arvoon vaikuttavat asiakkaan tulot sekä hänen tarvitsemansa palvelun laajuus. Kaikille asiakkaille palveluseteli ei ole todellinen vaihtoehto, joten näin ollen palvelusetelin vaikutus ei välttämättä näy kaikilla kotihoidon alueilla resurssien riittävyyden helpottumisena. Asiakkaan mielipide palvelusetelin saamisesta tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon silloin, kun kunnassa käytetään palveluseteliä asiakkaan tarvitseman palvelun järjestämiseen. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin (Suomen kuntaliitto 2016.) Palveluseteli on ensin levinnyt yksityisten palvelutalojen asukkaiden käyttöön ja myöhemmin yksittäisten kotihoidon asiakkaiden käyttöön. Esimerkiksi Helsingissä palveluseteli on vain yksityisen palvelutalojen asukkaiden vaihtoehto.

Kotihoidossa voidaan määritellä hoitotyötä kotihoidon toimintojen ja tehtävien kautta. Kotihoidossa hoitotyö määritellään välittömään, välilliseen ja sisäiseen työhön, jotka jokainen kunta määrittelee itsenäisesti. Pääkaupunkiseudun kunnat ovat määritelleet nämä erilaiset työmääritelmät yhtenäisesti, jotta välittömän työn vertaileminen kuntien kesken olisi helppompaa, sekä tulokset olisivat arvioitavissa tasa-arvoisesti kuntien kesken. (PKS Ikääntyneiden palvelujen johto 11.9.2015.) Valtakunnallisesti välittömän työajan vaade perushoitajille, lähihoitajille, kotihoitajille ja kodinhoitajille on 60 % työvuorosta sekä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille 30 % heidän työvuorostaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016).

Välitön hoitotyö on asiakkaan luona ja hänen kanssaan yhdessä tehtävää hoitotyötä. Kotikäynnillä tulisi arvioida asiakkaan palvelu-, ja hoitosuunnitelmaa sekä toimintakykyä. Toimintakykyä voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, kuten esimerkiksi RAI-toimintakykymittarilla, sekä MMSE-muistitestillä, joita voidaan tehdä ja kirjata asiakkaan luona. Välitön hoitotyö on esimerkiksi suihkussa ja peseytymisessä avustamista, lääkkeen antoa, kaupassa tai lääkärissä käyntiä sekä ajan viettämistä yhdessä. (PKS ikääntyneiden palvelujen johto 11.9.2015.)

Välilliseen hoitotyöhön luokitellaan ne työt, jotka tehdään asiakkaan hyväksi mutta joissa asiakas ei ole fyysisesti läsnä. Tämä tarkoittaa sitä, että välillinen hoitotyö tapahtuu yleensä kotihoidon toimistolla, kaupassa tai muualla yhteistyökumppanien kanssa. Yhteistyökumppanien kontakteilla tarkoitetaan esimerkiksi lääkärin konsultaatioita ja SAS-kokouksia, joissa arvioidaan asiakkaan kotona pärjäämistä moniammatillisessa työryhmässä sekä mahdollisesti päätetään hakea asiakkaalle hänen tarpeidensa mukaista parasta mahdollista paikkaa olla ja

elää turvallisesti. (Helsingin kaupunki 2016). Välilliseen hoitotyöhön luokitellaan kirjaaminen, palvelu-, ja hoitosuunnitelman päivittäminen, kauppatilaukset sekä uuden työntekijän perehdyttäminen. (PKS ikääntyneiden palvelujen johto 11.9.2015.)

Kotihoitoon kuuluu myös sisäinen työ, joka on määritelty kunnissa eri tavoin. Helsingin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksikössä se on yhteisesti määritelty ja ajastettu kaikille yhtenevään muotoon. Sisäiseksi työksi luokitellaan yhteistoimintakokoukset, lähipalvelualuekokoukset, koulutukset, vastuutehtävien hoitaminen, asiakastyön suunnittelu, opiskelijan ohjaus ja arviointi sekä kehityskeskustelut. (PKS ikääntyneiden palvelujen johto 11.9.2015.)

Kotihoidon käynti etenee pääsääntöisesti yhtenäisen kaavan mukaisesti. Kun asiakkaalle on tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma tai sovittu tilapäinen käynti, resursoi työnsuunnittelija käynnin työntekijälle. Työntekijän velvollisuus on perehtyä potilastietojärjestelmän (pegasoksen) avulla uuteen asiakkaaseen, hänen tarpeisiinsa, tavoitteisiinsa ja sovittuihin hoitotoimenpiteisiin itsenäisesti. Perehtymisen jälkeen kotikäynnillä tehdään sovitut hoitotoimenpiteet ja kirjaaminen tapahtuu jo asiakkaan luona mobiililaitteen avulla. Kirjaamisen jälkeen kotikäynti tulee tilastoida. Tilastointiin merkitään koska kotikäynti on alkanut ja milloin lopunut. Jokainen käynti tulee tilastoida erikseen. Tilastoinnissa nähdään todellinen aika, joka on käytetty asiakkaan luona.



Kuvio 1: Kotihoidon kotikäynti

Kotihoidon arjen työssä käytetään paljon erilaisia tietoteknisiä sovelluksia ja työvälineitä, niin kentällä kuin toimistossa. PegasosMukana web-sovellus on toiminnanohjaussovellus, jolla voidaan suunnitella kotihoidon asiakkaiden välitöntä hoitotyötä. Toiminnanohjaus sovellus pitää sisällään sekä mobiilisovelluksen älypuhelimessa, että web-sovelluksen. Web-sovelluksen tarkoitus on mahdollistaa töiden suunnitteleminen tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti työntekijöiden kesken. Sovelluksen avulla voidaan seurata asiakkaiden saamaa hoitoaikaa ja verrata sitä asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, sekä tarvittaessa sovelluksen antaman tiedon avulla voidaan päivittää asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma ajantasaiseksi. Sovelluksen avulla työntekijä pystyy näkemään asiakkaan reaaliaikaisen rakenteellisen hoitosuunnitelman, riskitiedot ja lääkitystiedot Pegasos potilastietojärjestelmästä. Lisäksi sovelluksesta nähdään asiakkaan perustiedot, päivän asiakaskäynnit ja sovelluksen avulla pystytään kirjaamaan sekä tilastoimaan asiakaskäynnit reaaliaikaisesti suoraan potilastietojärjestelmään eli Pegasokseen. PegasosMukana web-sovellus on myös työväline kotihoidon lähiesimiehille eli kotihoidonohjaajille ja kotihoitopäälliköille hoitotyön johtamiseen. Sovelluksen avulla lähiesimies pystyy seuraamaan työntekijöiden hoitotyötä reaaliaikaisesti ja tarvittaessa puuttumaan poikkeavuuksiin hoitotyön laadussa.

2.3 Tarvepohjainen toimintamalli eli resurssipooli kotihoidossa

Tarvepohjainen toimintamalli eli resurssipooli tarkoittaa sitä, että työntekijöiden resursointi ja päivittäinen suunnittelu tehdään todellisen asiakastarpeen perusteella eikä työntekijämitoituksen mukaan. (Tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 5). Aikaisemmin kotihoitossa työnsuunnittelua on kehitetty organisaatiomuutosten pohjalta eikä palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti, jolloin hoito perustuisi asiakaslähtöisyyteen. (Groop 2014, 23). Resurssipoolin toimintamallin mukaan kotihoidon kotikäynnit tulee suunnitella siten, että huomioidaan asiakkaan yksilöllinen hoidon tarve. Tämän avulla kotikäynneistä on asiakkaalle mahdollisimman monipuolinen ja laadullinen hoitotyön hyöty. Kotihoidon työntekijän tulee tehdä suunnitellut käynnit asiakaslähtöisesti eli asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti, eikä nopeimman käyntijärjestyksen mukaisesti. Tällä tarkoitetaan sitä, että vaikka olisi ehkä maantieteellisesti järkevää hoitaa samassa talossa asuvat kotihoidon asiakkaat samalla kertaa, se ei välttämättä ole asiakkaan hoidon tarpeen kannalta järkevää eikä näin ollen todellisuudessa säästä hoitajan aikaa; toisella asiakkaalla voi olla käynnin tarkoitus aamutoimissa avustaminen ja toisella taas käynnin tarkoitus voi olla haavahoito, mikä ei ole aikaan sidottu käynti. Resurssipoolin toimintamalli antaa kotihoidon työntekijöille mahdollisuuden siirtyä toimenpidekeskeisestä työstä asiakaslähtöisempään työhön. Ihanne olisi pystyä kohtaamaan kotihoidon asiakas aidosti ja kiireettömästi.

Resurssipoolin toimintamalli koostuu kolmesta kriittisestä tekijästä, joiden tulee toteutua samanaikaisesti. Nämä kriittiset tekijät ovat:

1. Palvelutuotanto tulee tasata työvuorossa olevien tehtävien aikakriittisyyttä johtamalla
2. Kaikilla työntekijöillä tulee olla tavoitteiden mukainen määrä välitöntä asiakastyötä
3. Tiimien vuorovahvuus säädetään vastaamaan muuttuvaa asiakastarvetta. Keskitetään niin sanotut ”työvoimapuskurit” koko kotihoitoyksikön käyttöön. (Tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 6–8.)

Resurssipoolin toimintamallin yhtenä tavoitteena on nostaa välittömän hoitotyön osuus kotihoitossa valtakunnallisesti määritellylle tavoitetasolle. Toisena tavoitteena on kehittää työntekijäresurssien riittävyyttä jakautumaan tasaisemmin alueiden kesken ja vähentää sijaistyövoiman tarvetta liikuttelemalla resurssipoolin työntekijöitä asiakastarpeen mukaan. Välittömän hoitotyöajan tavoite ammattiryhmittäin tulee toteutua, ja merkittävää on, kuinka usein alueen oma henkilöstö riittää vastaamaan asiakkaiden hoitotyön tarpeeseen, niin että määriteltä välitön hoitotyö asiakkaan luona toteutuu. On tärkeää miettiä, kuinka suuri kotihoitoalueen pysyvä vuorovahvuus tulee olla ja ylimenevä osuus tulee siirtää resurssipooliin. (Groop 2014, 37–38.) Kolmantena tavoitteena on parantaa asiakaslähtöisyyttä, suunnitelmallisuutta ja tasata hoitotyön kuormittavuutta työntekijöiden kesken. Perussääntönä resurssipoolissa on, että jokaisessa kotihoitoyksikössä tulisi olla riittävä määrä työntekijöitä hoitamaan asiakastarve, kun asiakastarve on alhaisella tasolla. Resurssipoolin koko perustuu nykyhenkilöstön ja minimiehityksen väliseen erotukseen. (Tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 12.) Mitä tulee kotihoitoyksiköiden hyvän hoidon tavoitteisiin, on tavoitteena vähentää kotihoitoyksiköiden vaihtuvuutta, rauhoittaa kotihoitoyksiköiden palvelujen tuottamista, poistaa kiihrettä kotihoitoyksiköissä sekä vähentää ja tasata hoitotyön kuormittavuutta. Tarkoituksena on lisätä asiakkaan turvallisuuden tunnetta; tuttu ja turvallinen hoitosuhde syntyy kun hoitaja tuntee asiakkaan, jolloin hoidon tarpeen arviointi on arjessa helpompaa ja tämän avulla hoitotyö on laadukkaampaa.

Kun tarvepohjainen toimintamalli saadaan käytännössä toimimaan kotihoitoyksiköiden arjessa, se mahdollistaa päivittäisen työsuunnittelun niin, että se vastaa todellista palvelu-, ja hoitosuunnitelmaa. (Tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 6–8.) Työsuunnittelijalla on keskeinen rooli resurssipoolin käyttöönotossa sekä sen toimivuudessa arjessa. Työsuunnittelijan tulee hallita oma alueensa ja kaikki oman alueensa asiakkaat, koska monilla kotihoitoyksiköillä hoidon tarve vaihtelee päivittäin tai viikoittain, osalla jopa jokaisella käynnillä. Lisäksi työsuunnittelijat suunnittelevat asiakkaiden luokse jo alustavasti seuraavan viikon hoitotyön käynnejä, joita sitten lähempänä muokkaavat toimivimmiksi. Näin saadaan alustavaa tietoa

työntekijäresurssien riittävydestä. Työsuunnittelijoilla tulee olla yhtenäiset pelisäännöt työsuunnittelun osalta, jotta kotihoidon työntekijöillä on tasainen hoitotyön kuormittavuus. (Tarv pohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 21.) Työsuunnittelijalla tulee olla työrauha sekä esimiehen täysi tuki. (Tarv pohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 30).

Tärkeintä on, että työsuunnittelija kykenee suunnittelemaan työt asiakaslähtöisesti ja järkevästi. Normaalisti arkiamuissa on esimerkiksi 8 kotihoidon työntekijää, mutta joihinkin aamuvuoroihin tarve saattaakin olla 10 kotihoidon työntekijää. Tällöin työsuunnittelussa pitäisi ottaa huomioon päivän asiakaskäynnit, välillinen hoitotyö ja työntekijän ammattiryhmä sekä osaaminen. Lisäksi pitäisi huomioida erikseen jokaisen työntekijän liikkuminen, koska liikkuminen tapahtuu hoitajakohtaisesti joko kävellen, pyörällä tai autolla. Kun työsuunnittelu on tehty hyvällä ja realistisella hoitotyön suunnittelulla, saadaan poistettua kotihoidon työntekijän oleminen väärässä paikassa väärään aikaan. Tärkeintä olisi, että työntekijöiden kuormitus olisi tasavertainen. (Groop 2014, 23–37.) Lisähaastetta työsuunnitteluun tuovat aikakriittiset eli aikaan sidotut käynnit. Aikaan sidotut käynnit tarkoittavat sitä, että asiakkaan kotihoiton käynti on sidottu sovittuun kellonaikaan. Parkinson-lääkitys ja päivätoiminnassa käynti ovat esimerkiksi aikaan sidottuja käyntejä ja ne vaativat aina sovittun kellonajan. Sairaanhoidollinen käynti saattaa myös olla aikaan sidottu käynti. Esimerkiksi diabeteksen vuoksi pistettävä insuliini ja verensokerin mittausta vaativat sovittua kellon aikaa. Aikaan sidotut käynnit aiheuttavat työsuunnittelijalle ja työntekijälle aikakriittisyyttä, joka täytyy ottaa huomioon töitä suunniteltaessa. Asiakastarvelähtöisellä, hyvällä ja kattavalla työsuunnittelulla voidaan priorisoida todellisia aikakriittisiä käyntejä. Kotihoidossa on myös niitä asiakkaita, joilla on ei-aikakriittisiä käyntejä. Näitä käyntejä saattaa olla muutaman kerran viikossa, esimerkiksi lääkkeitä jaettaessa tai suihkussa käymisessä avustettaessa. (Groop 2014, 11–15.) Työsuunnittelijan toimintaa voi tulevaisuudessa helpottaa optimointityökalu, johon voidaan syöttää asiakkaiden hoidon kannalta alueen kriittisiä tietoja, kuten esimerkiksi hoitajien osaaminen, maantieteellisiä ohjeita, aikakriittisiä tietoja asiakkaiden hoidon tarpeesta sekä vastuuhoidajuustietoja. Optimointityökalu antaa tällöin ehdotuksia työntekijöiden asiakastyösuunnitteluun, mutta työsuunnittelijan on aina hyväksyttävä ehdotukset ja tarkistettava niiden järkevyys.

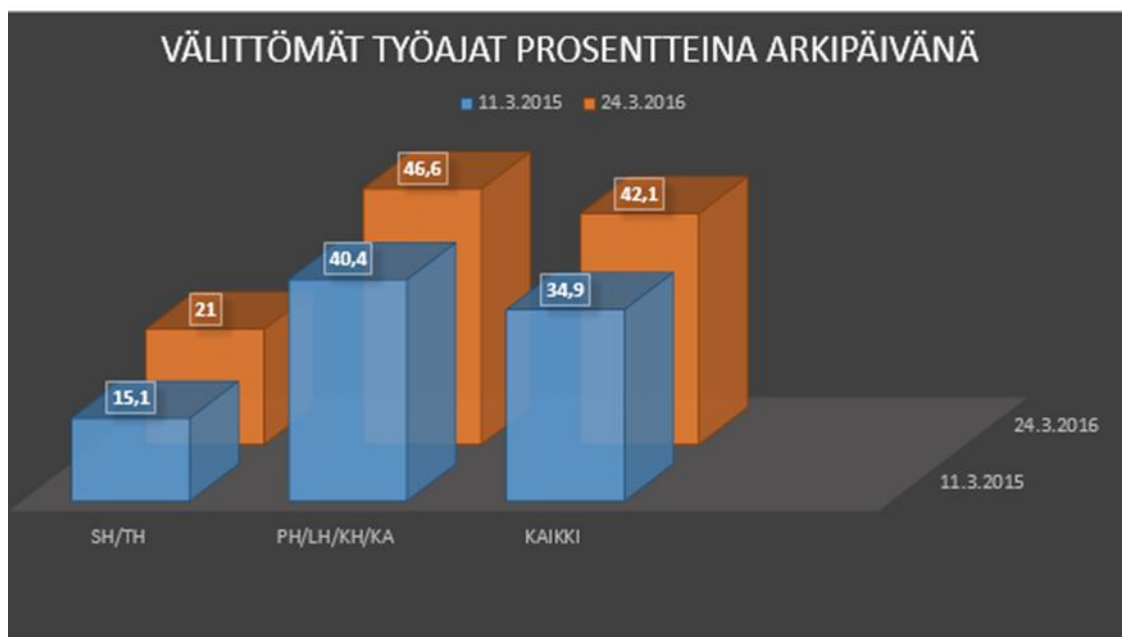
Kun resurssipooli perustetaan, on tärkeää muistaa seuraavat asiat:

1. Ensimmäisenä arvioidaan nykytilanne, eli selvitetään kotihoidon työntekijöiden välittömän hoitotyön osuus, montako työntekijää on kotihoidossa kokoaikaisesti töissä sekä kotihoidon alueiden väliset erityispiirteet. Tämän jälkeen lasketaan kuukausittaisten hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaisesti asiakkaiden hoitoon tarvittava aika sekä arvioidaan tilapäisten asiakkaiden hoidon tarpeen osuus.

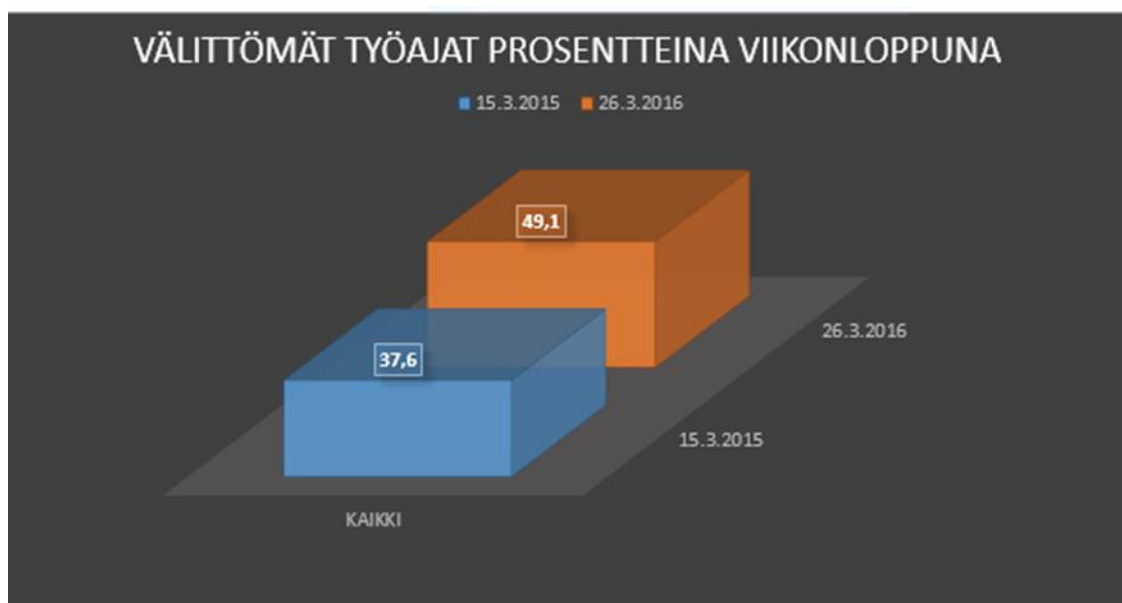
2. Seuraavaksi asetetaan välittömälle hoitotyölle realistinen tavoite. Valtakunnallinen suositus on, että lähihoitajat, perushoitajat, kodinhoitajat ja kotiavustavat tekevät välitöntä hoito-työtä 60 % työajastaan ja terveydenhoitajat sekä sairaanhoitajat tekevät välitöntä hoitotyötä 30 % työajasta. On myös tärkeää varmistaa välittömän työajan osuuden tavoitteen toteutuminen.

3. Kolmantena selvitetään, mikä on kotihoitoalueen minimiehitys. Tämän jälkeen tulisi resurssipooli-määritelmän mukaan siirtää minimiehituksen ylittämä työntekijämäärä resurssipooliin. Alueen oman työntekijämäärän ei ole tarkoitus riittää kuin hiljaisimpina päivinä. (Tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 15.)

Osa kunnista ja kaupungeista on jo perustanut kotihoitoon resurssipoolia. Resurssipoolin tarkoituksena on olla tasaava ”työntekijäpankki”, jota johtaa oma esimies, kotihoidonohjaaja. Esimiehen tehtävänä on hallinnoida resurssipoolin työntekijöitä ja päättää heidän sijoittamisestaan kotihoidon muille sovituille alueille yhteisesti päätettyjen pelisääntöjen mukaisesti. Nämä pelisääntö on määritelty yhteisesti resurssipoolin perustamistyöryhmässä jokaisessa kotihoitoyksikössä. Tarkoituksena on, että osa vakituisista työntekijöistä siirretään resurssipoolin työntekijöiksi. Tämä tarkoittaa sitä, että resurssipoolin työntekijälle määrätään oma kotipaikka, jossa hän työskentelee kun muualla ei ole tarvetta. Resurssipoolin työntekijän tarkoituksena on tehdä töitä siellä kotihoidon lähipalvelualueella, jossa on työntekijä vajaus tai avun tarve. Resurssipoolin myötä sijaistyöntekijöiden määrä kotihoidossa vähenee. Kotihoidon asiakkaiden hoitotyön laatu paranee, koska tutut ja osaavat hoitajat olisivat koko ajan käytävissä arjen hoitotyöhön. (Tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon 2014, 14–15.) Helsingin kotihoitoyksiköissä on seurattu välittömän työajan osuutta jo jonkin aikaa, mutta nyt pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksiköiden välittömän työajan osuuden tarkastelu on resurssipoolin perustamisajatuksen myötä saanut uuden merkityksen, koska kaikille työntekijöille on määritelty tavoitteet välittömiin työaikoihin. Näissä kaavioissa on todennettavissa, että yhtenäinen ja samoin kriteerein suunniteltu työ näyttäytyy positiivisesti välittömän työajan osuuden kasvussa. Työaikaraportit otettiin 11.3.2015 ja 15.3.2015, eli ennen resurssipoolin kehittämisen aloittamista, sekä 24.3.2016 ja 26.3.2016, juuri ennen resurssipoolin käyttöönottoa. Välittömät työajat lisääntyivät kaikkien työntekijäryhmien osalta keskitetyn suunnittelun ja yhteisten pelisääntöjen myötä sekä arkena että viikonloppuna. (Kaavio1 ja Kaavio 2)



Kuvio 2: Välittömät työajat prosentteina arkipäivinä



Kuvio 3: Välittömät työajat prosentteina viikonloppuina

Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksiköiden laskelma resurssipoolin kooksi oli, että pohjoisesta kotihoitoyksiköstä tuli 10 kotihoidon työntekijävakanssia, kun taas koillisesta kotihoitoyksiköstä tuli 20 kotihoidon työntekijävakanssia. Tulevaisuuden suunnitelma ja suositus olisi, että 20 % kotihoidon työntekijävakansseista siirrettäisiin resurssipooliin, mikä tarkoittaa yhteensä noin 50–60 työntekijää. (Tarvepohjainen toiminatamalli kotihoitoon 2014, 14–15, 17.) Jotta resurssipoolin perustaminen onnistuu, vaaditaan työyhteisössä paljon

yhtenäistämistä. Kotihoidon toimintakulttuurit ja hoitokulttuurit tulisi saada kaikilla samantyyppisiksi ja yhteneväisiksi. Yhtenäiset toimintamallit ovat ehtona resurssipoolin toimivuudelle. Resurssipoolin työntekijöiden kannalta on tärkeää, että palvelusuunnitelmat, hoitosuunnitelmat, asiakkaan riskitiedot ja asiakkaan lääkitykset ovat ajan tasalla. On myös tärkeää, että alueiden toimintamallit ovat yhtenäisiä, jotta kotihoidon tasainen laatu voidaan turvata alueesta sekä vuorosta riippumatta. Tulevaisuudessa kotihoidon asiakasmäärä kasvaa ja näin ollen hoitotyön osuus kotihoidossa lisääntyy. Kotihoitoon tarvitaan enemmän työntekijöitä ja liikkuvan työvoiman määrän tarve kasvaa. Koska kotihoidon asiakkaat liikkuvat paljon sairaaloiden, eri lyhytaikaispaikkojen ja päivätoiminnan välillä, tuo asiakkaiden liikkuvuus myös vaihtelua käyntien määriin. Kotihoidon työntekijällä täytyy olla valmius ottaa asiakas vastaan, kellonajasta riippumatta. Tämänkin vuoksi resurssipoolin työntekijät pystyvät turvaamaan kotihoidon asiakkaalle laadukkaamman hoitotyön, tutuilla kasvoilla.

2.4 Porvoon kotihoidon resurssipoolin tuottavuus ja toiminta

Porvoon kaupungin kotihoito on ottanut käyttöön tarvepohjaisen toimintamallin eli resurssipoolin, ja se on ollut toiminnassa heillä kaksi vuotta. Porvoon kotihoidon työntekijät ja kotihoidon asiakkaat ovat tuottaneet paljon positiivista palautetta resurssipoolin toimivuudesta arjen tasolla. Resurssipoolin toimivuudesta on olemassa näyttöä siinä, että kotihoidon asiakkaiden saaman hoitotyön laatu on parantunut ja asiakkaat ovat saaneet enemmän hoitajan kiireetöntä aikaa. Myös näyttöä resurssipoolin tuloksellisuudesta on, sillä ostetun työvoiman tarve on vähentynyt ja ruuhkahuiput on kyetty purkamaan. Nyt Porvoon kotihoidossa tehdään hoitotyötä asiakkaan luona enemmän iltapäivällä kuin ennen resurssipoolin perustamista. Resurssipoolin perustamisen myötä pystytään myös todentamaan, että aamukäyntien viive on lyhentynyt, koska työsuunnittelija on pystynyt suunnittelemaan kotihoidon käynnit tasaisesti. Näin ollen hoitotyö on onnistuttu kohdentamaan monipuolisemmin juuri niille kotihoidon asiakkaille, jotka sitä tarvitsevat. Hoitotyön tarpeisiin on pystytty vastaamaan resurssipoolin perustamisen myötä herkemmin ja monipuolisemmin. Paras palaute uudesta toimintapohjaisesta toimintamallista, lienee yhden työntekijän oma lausuma, poimittuna heidän raportistaan:

”Tämä on merkittävin uudistus työurani aikana. Minulla on nyt enemmän aikaa asiakkaiden kanssa ja voin rauhassa tehdä myös kuntouttavaa työtä”. (Tarvepohjaisen toimintamallin käyttöönotto 2015.)

Porvoon kotihoidosta saadun raportin mukaan, resurssipoolin perustamisen jälkeen hoitotyön tunneista 58 % oli kohdentunut suoraan 20 %:lle asiakkaista. Raportin mukaan myös kotihoidon oman toiminnan tuottavuus on parantunut 12 %:lla, joka perustuu siihen, että välitön työaika on noussut 6 %:lla ja ostetun työvoiman määrä on vähentynyt. Porvoon kotihoito määrittelee

tällä hetkellä välittömän työajan poikkeavasti verrattuna pääkaupunkiseutuun. (Tarvepohjaisen toimintamallin käyttöönotto 2015.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mikä on resurssipoolin tarkoitus ja merkitys ja mitä resurssipoolin vaatimia ennakoitavia tehtäviä ja yhteisiä sopimuksia sekä toiminnanmäärittelyjä tulee tehdä toimivan resurssipoolin perustamiseksi. Opinnäytetyössä tutkitaan Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksikön resurssipoolin perustamistyöryhmän työskentelyä muistioiden pohjalta ajalla 18.3.2015–31.3.2016, jolloin määriteltiin resurssi-poolin merkitys, ennakoivat tehtävät, toiminnan määrittelyt sekä sopimukset resurssipoolin perustamiseksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset on tehty sen mukaan, mitä opinnäytetyö koskee ja mistä toiminnallinen raportti tehdään. Opinnäytetyön aikana ja lopussa arvioidaan onko tutkimuskysymyksiin vastattu, ja onko opinnäytetyölle asetetut tarkoitus ja tavoitteet savutettu.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on resurssipoolin tarkoitus ja merkitys?
2. Minkälaisia ennakoivia tehtäviä tulee tehdä kotihoidon alueilla ennen resurssipoolin perustamista?
3. Minkälaisia sopimuksia ja toiminnan määrittelyjä joudutaan tekemään, jotta resurssipoolin käyttöönotto onnistuu?

3.1 Aineistonkeruu

Tämä opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen mukaisesti. Tutkimusmenetelmällä haettiin tietoa kokonaisvaltaisesti tutkittavasta aiheesta. Aineistoa koottiin tilanteista, jotka olivat olleet todellisia eli muistiosta ja raporteista. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää aineistonkeruu materiaaleina erilaisia haastatteluita, dokumentteja tai havainnointeja. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2005, 155.)

Opinnäytetyön tutkimus lähti liikkeelle aineiston keruusta. Aineiston sisältö purettiin sisällön analyysin avulla, jonka jälkeen tulokset avattiin ja jaoteltiin. Tuloksien avaamisen sekä jaotelun tarkoituksena oli tuoda perusteita ja selkeyttä toiminnanmuutokseen.

Tässä opinnäytetyössä aineistona käytettiin resurssipoolin perustamistyöryhmän muistioita ajalta 18.3.2015–31.3.2016. Muistiot ovat kirjattu resurssipoolin perustamistyöryhmän kokouksista, joissa suunniteltiin ja määriteltiin resurssipoolin perustamista sekä siihen liittyviä tekijöitä. Muistioita oli sivumäärällisesti noin 40–50 sivua.

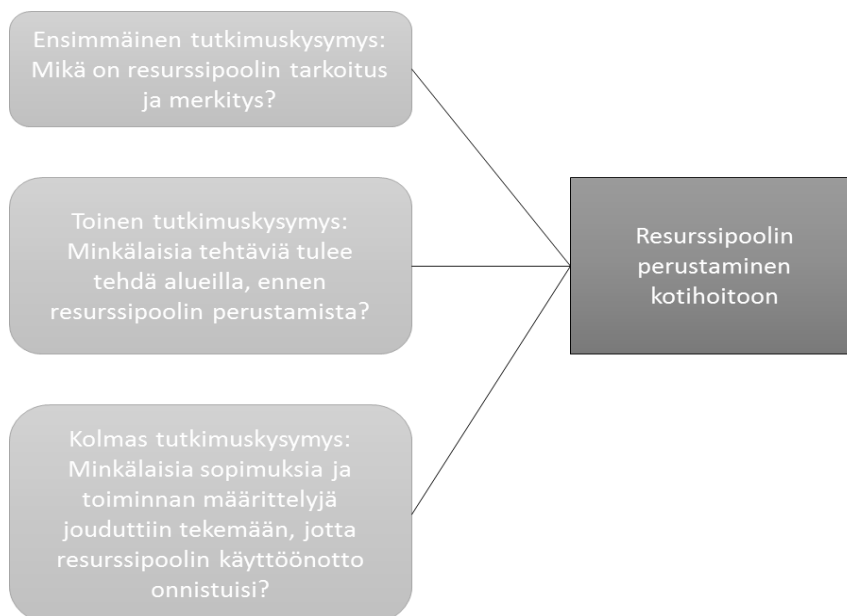
Dokumentit saatiin analysoitavaksi tutkimusluvalla, jonka myönsi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, jonka johtaja on Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtaja. (LIITE 1)

3.2 Aineiston analyysi

Laadullista eli kvalitatiivista aineistoa voidaan analysoida muun muassa sisällönanalyysin avulla. Laadullisen analyysin tarkoituksena on selkiyttää aineistoa ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysia tehtäessä aineistoa pyritään tiivistämään, mutta siitä ei saa kadottaa sen tuottamaa informaatiota eli aineiston tuottamaa tietoa. Analyysillä pyritään tuottamaan pilkotusta ja hajanaisesta aineistosta yhtenäistä, ymmärrettävää ja hyväksi käytettävää tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa analyysi voidaan jaotella myös seuraavasti:

1. Aineistolähtöiseen, jossa pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus.
2. Teoriasidonnaiseen, jossa on teoriakytkentöjä mutta ne eivät pohjautu suoraan teoriaan tai teoria voi olla apuväline analyysin etenemisessä.
3. Teorialähtöinen analyysi on perinteinen analyysimalli, sillä siinä nojataan olemassa olevaan teoriaan tai toimintamalliin. Teorialähtöisessä analyysissä tutkittavaa ilmiötä määritellään teorian mukaisesti ja analyysia ohjaa teorian pohjalta muodostettu kehys. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 95–97.)

Tässä opinnäytetyössä luokat muodostettiin aineistolähtöisesti. Analyysi eteni kolmivaiheisen prosessin kautta, jotka olivat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli käsitteellistäminen. Aineisto ryhmiteltiin siten, että tekstin sanat ja muut yksiköt luokiteltiin samaan luokkaan oman merkityksensä perusteella, jolloin samaa tarkoittavat yksiköt olivat samassa ryhmässä. (Tuomi ja Sara-järvi 2009, 91.) Aineisto pelkistettiin, ryhmiteltiin ja lopuksi käsitteellistettiin. Tuloksissa analysoitiin aineistoa peila-ten käsitteellisen viitekehukseen. Viitekehysten perusteella voitiin todentaa, mitä resurssi-poolin perustamista vaativia ennakoivia toiminnanmuutoksia, sopimuksia ja tehtäviä tulee tehdä, ja mikä on resurssipoolin tarkoitus ja merkitys.



Kuvio 4: Resurssipoolin perustaminen

4 Opinnäytetyön tulokset

4.1 Resurssipoolin merkitys kotihoidon lisääntyneeseen palvelujen ja hoidon tarpeeseen vastaamisessa

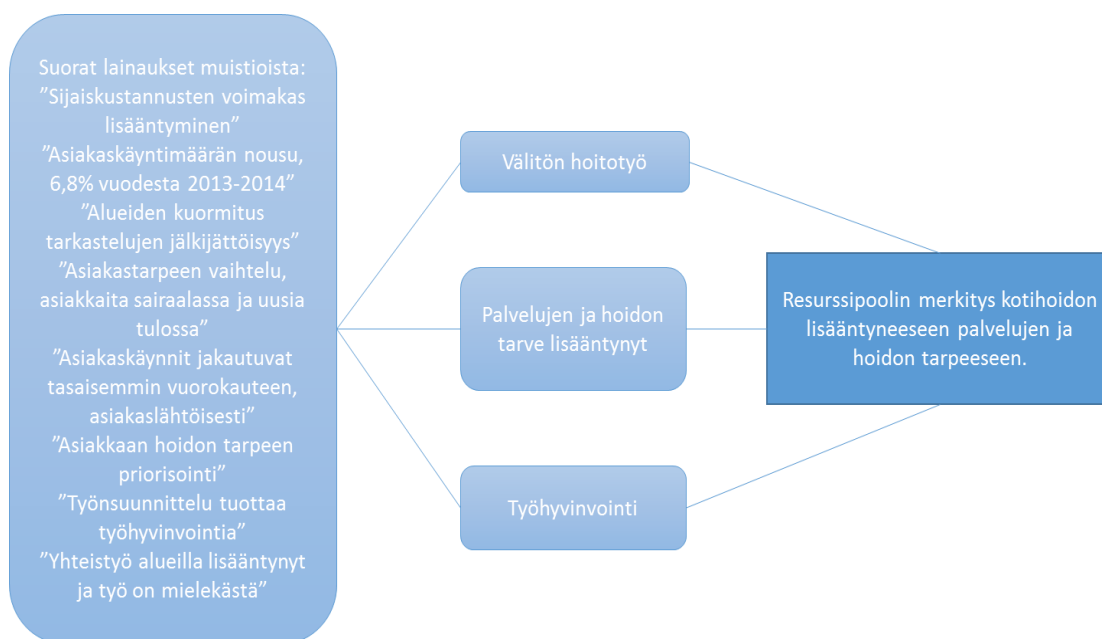
Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli ”Mikä on resurssipoolin merkitys?” Kun aineistoa luokiteltiin ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaan, aineiston analyysi tuotti kolme alaluokkaa, jotka ovat *palveluiden ja hoidon tarpeen lisääntyminen*, *välitön hoitotyö* ja *työhyvinvointi*. Alaluokista muodostettiin yläluokka, joka on *palvelujen ja hoidon tarve*. Tulososion aineistosta on otettu suoria lainauksia, joiden mukaan alaluokat ja yläluokka on määritelty. Resurssipoolin merkitys perustuu palveluiden ja hoidon tarpeen lisääntymiseen vastaamiseen, välittömän hoitotyön tasapuolisen jakautumisen varmistamiseen ja työhyvinvoinnin edistämiseen työn kuormittavuutta tasaamalla.

Ensimmäisessä alaluokassa, *palveluiden ja hoidon tarpeen lisääntyminen*, nousi aineiston perusteella esille se, että kotihoidon asiakasmäärät sekä asiakkaiden hoidon tarve ovat kasvaneet, minkä johdosta kotihoidon työntekijöiden kuormittuneisuus on lisääntynyt ja käyntien ajat ovat pidentyneet. Näin ollen sijauskustannukset ovat nousseet ja kotihoidon alueiden työntekijöiden työn kuormittavuus on kasvanut. Lisäksi on huomioitu asiakaskäyntien tarpeen suuri vaihtelu, koska kotihoidon asiakas voi olla hetken sairaalahoidossa tai lyhytaikaishoidossa, jonka jälkeen asiakas palaa takaisin kotiin kotihoidon käyntien turvin. Kun asiakkaita on ollut useampia sairaalahoidossa, ja kun useampi kotihoidon asiakas palaa kotiin saamaan

aikaan, lisää tämä alueiden työntekijöiden kuormittavuuden vaihtelua huomattavasti. Lainauksien mukaan on tarkasteltu myös kotihoidon alueiden kuormituslukujen jälkijättöisyyttä eli alueiden työn kuormittavuutta voidaan tarkastella vasta kuukausi jälkikäteen reaaliajasta. Aineiston mukaan taloudelliseen tilanteeseen oli tullut muutoksia ja muutokset olivat tarkoittaneet kustannusten nousua. Tässä kohtaa on haluttu nostaa esille resurssipoolin tärkeys, koska resurssipoolin avulla voidaan vaikuttaa taloudelliseen tilanteeseen ja saada kustannuksia laskemaan. Samalla kun resurssipoolin toimintamalli laskee kustannuksia, voidaan kotihoidon asiakkaille taata laadukkaammat palvelut vastaamaan heidän hoidon tarpeitaan. Taloudellisuus resurssipoolin merkityksessä näkyy oikeana, tasapuolisena ja reaaliaikaisena työntekijämitoituksena kotihoidon alueilla. Tällä tarkoitetaan sitä, että tehdään sijaisten tarve läpinäkyväksi, jonka avulla voidaan välttää sijaisten tilaaminen ja käyttäminen turhaan. Resurssipoolin avulla tehdään yhtenäiset säännöt ja kriteerit sijaisten hankinnalle, jolloin kotihoidon alueet ovat tasa-arvoisia työntekijämitoituksessa. Tämän avulla pystytään vaikuttamaan kustannuksiin laskevasti, jolloin kotihoidon alueille tulee säästöjä.

Toisessa alaluokassa, **välitön hoitotyö**, nousi aineiston perusteella esille, että asiakaskäynnin jakautumiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja kotihoidon käynnit tulisi jakaa asiakkaiden todellisten palvelujen ja hoidon tarpeiden mukaisesti, esimerkiksi kotihoidon asiakkaan viikoittainen suihkussa avustaminen siirrettäisiin pois kiireisistä aamuista iltapäivään. Tällöin hoitajalle on varattu enemmän aikaa suihkussa avustamiseen ja asiakkaan hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen arviointiin. Tällöin myös asiakas kokisi hoitajan käynnin rauhalliseksi ja häntä varten tapahtuvaksi. Kun hoitajan välitöntä työaikaa pystytään resurssipoolin toimintamallin avulla lisäämään, voidaan turvata muun muassa kotihoidon asiakkaan lääkitys, kotona pärjääminen ja toimintakyky sekä toimintakyvyn ylläpito. Tämä tuo kotihoidon asiakkaille turvallisuuden tunnetta sekä tunteen siitä, että he eivät ole yksin.

Kolmannessa alaluokassa, **työhyvinvointi**, nousi aineiston perusteella esille työhyvinvoinnin edistäminen. Työsuunnittelu on tuottanut työhyvinvointia kotihoidon työntekijöille, koska työn kuormittavuus on tasaantunut kotihoidon alueilla ja kotihoidon työntekijöiden kesken. On myös havaittu, että resurssipoolin ajatuksella on pystytty lisäämään yhteistyötä lähipalvelualueiden kesken. Resurssipoolin tarkoituksena on tasapuolistaa kotihoidon työntekijöiden työnkuormaa, joka lisää työntekijöiden työssä jaksamista ja vähentää sairastumisia sekä näin ollen sairauspoissaoloja. Tämän vuoksi työhyvinvoinnin tulisi olla erittäin suuressa roolissa kotihoidon arjen työssä ja työn suunnittelussa.



Kuvio 5: Palvelujen ja hoidon tarve

4.2 Toimivien tietojärjestelmien merkitys resurssipoolin perustamisessa ja ennakoivissa tehtävissä

Toisena tutkimuskysymyksenä oli "Mitä ennakoivia tehtäviä tulee tehdä ennen resurssipoolin perustamista?". Kun aineistoa luokiteltiin toisen tutkimuskysymyksen mukaan, aineiston analyysi tuotti kaksi alaluokkaa, jotka ovat *toiminnanohjaus* ja *potilastietojärjestelmä*. Alaluokista muodostettiin yläluokka, joka on *tietojärjestelmät*. Tulososion aineistosta on otettu suoria lainauksia, joiden mukaan alaluokat ja yläluokka ovat määritellyt. Resurssipoolin perustamista ennakoivina tehtävinä tulee olla toimivien tietojärjestelmien varmistaminen. Toimivien tietojärjestelmien osalta keskeistä on varmistaa sujuva toiminnanohjaus, sen käyttö sekä potilastietojärjestelmän ajantasaisuus ja ohjeistuksen mukainen käyttö.

Ensimmäisessä alaluokassa, *toiminnanohjaus*, nousi luokittelun perusteella esille se, että työnsuunnitellulla ja toiminnanohjauksella on merkittävä osuus resurssipoolin toimivuudelle. Suuri merkitys on myös toiminnanmuutoksilla. Aineistossa nousee esille se, että esimiehen rooli on vahvassa asemassa resurssipoolin perustamisessa. Resurssipoolin tuomiin muutoksiin tulee sitoutua esimiesten osalta ja kotihoidon alueiden ja resurssipoolin työntekijät sitoutetaan sekä perehdytetään uuteen toimintamalliin arjen työssä. Esimies tulee myös tekemään paljon yhteistyötä työnsuunnittelijan kanssa ja esimiehen tulee antaa työnsuunnittelijalle täysi tuki. Työnsuunnittelijan rooli on keskeinen resurssipoolin perustamisessa ja työnsuunnittelija mahdollistaa resurssipoolin toimivuuden arjen työssä. Työnsuunnittelijan työ on vastuu-

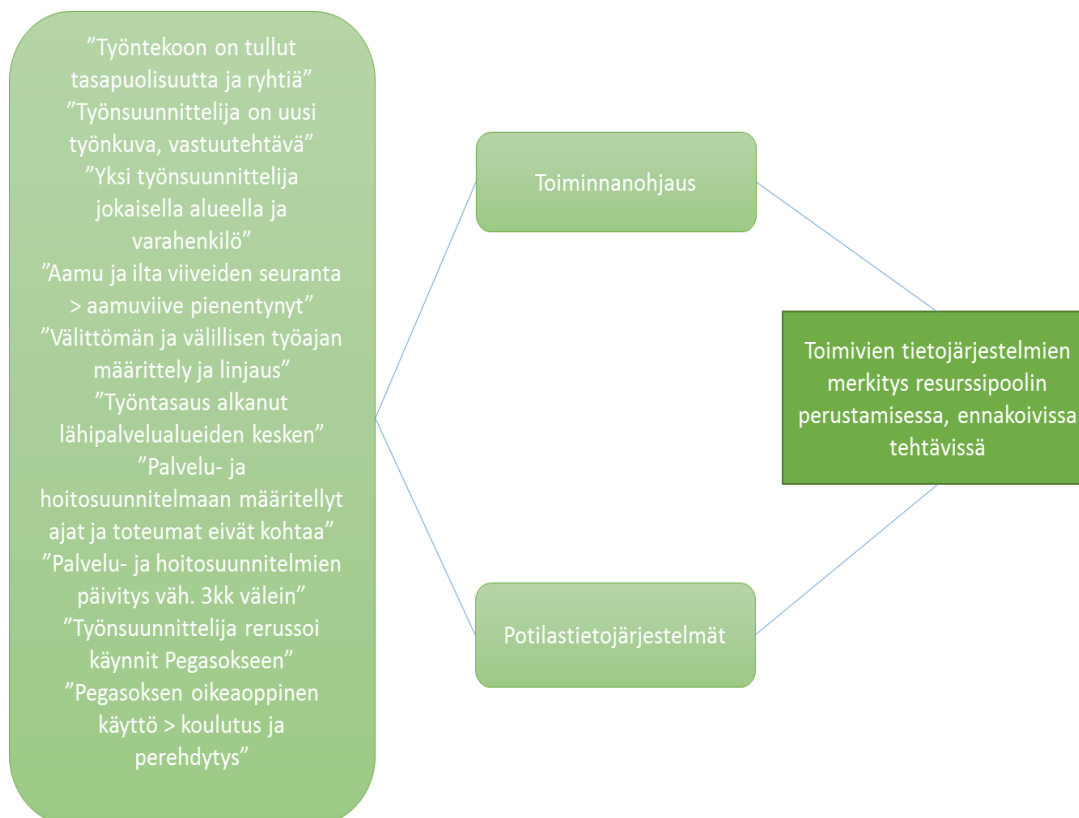
tehtävä. Tarkoituksena on valita jokaiselle kotihoidon lähipalvelualueelle oma työsuunnittelija ja hänelle varahenkilö. Varahenkilön tarkoitus on kyetä toimimaan päätyösuunnittelijan sijaisena tarvittaessa. Työsuunnittelijan työ on vaativaa, koska työsuunnittelijan tulee olla hyvin tietoinen ja perehtynyt alueensa työntekijöihin, asiakaskuntaan ja toiminnanohjausjärjestelmään. Työsuunnittelijalla tulee olla myös tieto välittömästä ja välillisestä työajasta sekä niiden välisestä erosta. Välittömän hoitotyön aika on määritelty perushoitajille, lähihoitajille, kodinhoitajille ja kodinavustajille samaksi, eli työvuorossa välitöntä työaikaa tulisi olla 60 % työvuorosta. Sairaanhoidajille ja terveydenhoitajille välittömäksi työajaksi on määritelty 30 %. Työsuunnittelijan tehtävänä on suunnitella alueen työt niin, että jokainen kotihoidon työntekijä täyttää työvuorossaan välittömän työajan määrän.

Tarkoituksena on siirtää työsuunnittelu kokonaan web-sovelluksen toiminnanohjaukseen, jolloin työsuunnittelusta tulee sujuvampaa, läpinäkyvämpää sekä tasapuolisempaa kaikille kotihoidon työntekijöille. Toiminnanohjauksen avulla voidaan kotihoidon käynnejä seurata reaaliajassa, jota voidaan hyödyntää työsuunnittelussa. Kun kotihoidon käynnejä seurataan reaaliajassa, voidaan seurata myös aamu- ja iltaviiveen muutoksia toiminnan edetessä. Näin ollen kotihoidon käynnit palvelevat monipuolisemmin kotihoidon asiakkaita. Työsuunnittelu tehdään alustavasti valmiiksi jokaisen viikon keskiviikkoon mennessä. Torstaisin tasataan resurssi-pooliin kuuluvien alueiden kuormittavuus, eli asiakastyöt tasataan työntekijöiden kesken. Työiden tasauksen tarkoituksena on suunnitella yhtenäinen, tasapuolinen ja selkeä työnjako. Yhteisesti määritellyt reunaehdot työsuunnittelussa eivät ole kaikille alueille yhtä helppoja toteuttaa. Työsuunnittelun toimivuuden kannalta on tärkeää, että työsuunnittelijoilla on kunnolliset työvälineet, jotta hän voi tehdä työnsä mahdollisimman tehokkaasti. Työsuunnittelijoilla tulisi olla työvälineinä kaksi tietokoneen näyttöä, joille saadaan samanaikaisesti näky-mään sekä toiminnanohjaus että Pegasos. Tämä mahdollistaa työsuunnittelun reaaliajassa web-sovelluksessa ja kotihoidon asiakkaiden tarpeisiin pystytään vastaamaan heidän palvelu- ja hoitosuunnitelmiansa mukaisesti. Tällöin kotihoidon käynnit olisivat asiakkaille laadukkaampia ja hoitajalla olisi enemmän aikaa asiakkaan hoitoon. Työsuunnittelijan täytyy käyttää työsuunnittelussa toiminnanohjauksen lisäksi Pegasosta, koska Pegasokseen määritellään, kuinka monta kertaa viikossa asiakkaan luona käydään ja kuinka paljon aikaa asiakkaan hoitotyöhön tarvitaan. Toiminnanohjauksen ja Pegasoksen avulla työsuunnittelija saa esimerkiksi tiedon sovitusta arviointikäynneistä asiakkaan luona, jotka sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja tekee. Arviointikäynnin ajaksi on sovittu 1,5 tuntia. Jos työntekijä on perustellusti sitä mieltä, että sovittu aikamäärä ei riitä, tulee työntekijän keskustella työsuunnittelijan kanssa asiasta, jolloin arviointi aikaa voidaan sovitusti pidentää. Esimerkiksi toimintakykymit-tarien tekeminen asiakkaan luona voisi olla tällainen tilanne.

Työsuunnittelijoiden työtilat kannattaisi tutkimus tulosten mukaan suunnitella niin, että kaikkien alueiden työsuunnittelijat työskentelisivät samassa työtilassa. Yhtenäinen työtila

takaisi yhteistyön monipuolisuuden reaaliajassa ja työsuunnittelijoilla olisi helpompaa saada toisistaan vertaistukea. Yhtenäisten työtilojen avulla olisi myös helpompi ottaa vastaan jokaisen kotihoitoalueen palautteet toimivuudesta ja työsuunnittelijat voisivat mieltä yhdessä esimiesten kanssa, millaisia toimintamalleja esiintyy eri alueilla ja miten jokaisen työkokemuksista sekä ajatuksia voisi hyödyntää, jotta työsuunnittelu olisi jouhevaa ja tasapuolista.

Toisessa alaluokassa, *potilastietojärjestelmä* Pegasos, nousee esille ja siihen liittyvät ongelmat sekä koulutuksen tarve. Pegasokseen kirjataan kotihoidon asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka on juridinen sopimus siitä, minkälaista hoitoa ja hoivaa asiakas kotihoidolta saa. Sen perusteella määräytyy myös kotihoidon maksu asiakaskohtaisesti, joten sen oltava ajan tasalla. Palvelu- ja hoitosuunnitelma tuottaa toiminnanohjaukseen käyntitiedot ja käyntien kestoajat. Tämän pohjana on aina asiakkaan hoitosuunnitelma, jossa määritellään yhdessä asiakkaan kanssa hänen hoidon tarpeet, tavoitteet ja toiminnot, joilla tavoitteisiin on mahdollista päästä. On siis tärkeää, että Pegasosta käytetään oikeaoppisesti ja ohjeistuksien mukaisesti. Jotta työntekijä voi käyttää työvälineitään oikeaoppisesti ja monipuolisesti, täytyy työntekijä kouluttaa käyttämään työvälineitä ja Pegasosta. Koulutuksen tarkoituksena on myös, että jokainen työntekijä ymmärtäisi päivittäisen kirjaamisen ja hoitosuunnitelman päivittämisen merkityksen ja niiden tärkeyden. Ajantasainen palvelu- ja hoitosuunnitelma lisää asiakasturvallisuutta, koska jokaisella hoitajalla on tällöin ajantasainen tieto käynneistä sekä asiakkaan tarvitsemasta hoidosta ja hoivasta. Asiakkaan Pegasokseen tehtävistä hoidontarpeiden muutosten päivittämisistä vastaa kotihoidossa asiakkaan vastuuhoitaja, joka määräytyy asiakkaan tullessa kotihoidon asiakkaaksi. Ohjeistuksena on, että asiakkaan palvelu-, ja hoitosuunnitelma tulee tarkistaa vähintään kolmen kuukauden välein tai aina kun asiakkaan hoidon tarve muuttuu.



Kuvio 6: Tietojärjestelmät

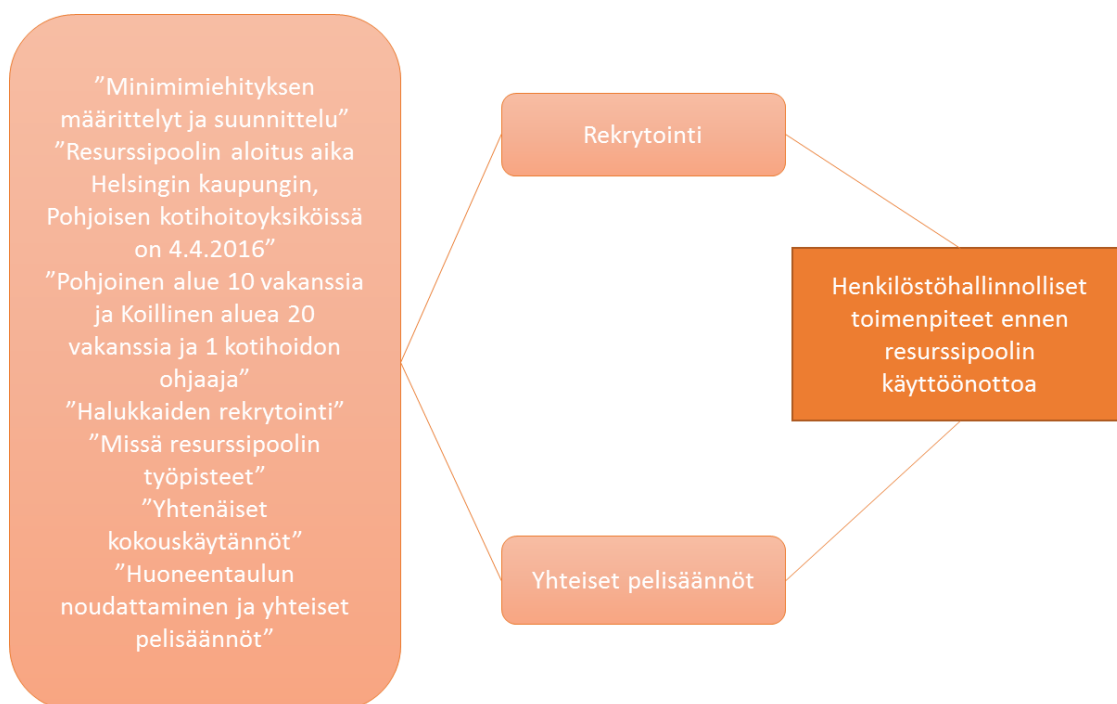
4.3 Henkilöstöhallinnolliset toimenpiteet ennen resurssipoolin käyttöönottoa

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli "Minkälaisia sopimuksia ja toiminnan määrittelyjä jouduttiin tekemään, jotta resurssipoolin käyttöönotto onnistuisi?". Kun aineistoa luokiteltiin kolmannen tutkimuskysymyksen mukaan, aineiston analyysi tuotti kaksi alaluokkaa, jotka ovat **rekrytointi ja yhteiset pelisäännöt**. Alaluokista muodostettiin yläluokka, joka on **henkilöstöhallinnolliset toimenpiteet**. Tulososion aineistosta on otettu suoria lainauksia, joiden mukaan alaluokat ja yläluokka on määritelty. Resurssipoolin perustaminen ja käyttöönotto edellyttää ennakoivia henkilöstöhallinnollisia toiminnanmäärittelyjä ja sopimuksia, joita ovat tarvittavien työntekijöiden rekrytointi sekä yhteisistä pelisäännöistä sopiminen.

Ensimmäisessä alaluokassa, **rekrytointi**, nousee luokittelun perusteella esille kysymys rekrytoinnista. Ennen resurssipoolin perustamista täytyy määrittellä ja suunnitella resurssipoolin aloituksen ajankohta sekä valita resurssipoolin esimies. Työntekijöiden kesken tehdään rekrytointi eli jokainen kotihoidossa jo työskentelevä työntekijä saa itse päättää, haluaako siirtyä resurssipooli-toiminnan alaisuuteen vai jatkaa entisellä lähipalvelualueella. Tärkeää on, että työntekijät siirtyisivät ja hakeutuisivat resurssipooliin vapaaehtoisesti. Tämä voi olla alkuun

hankalaa, koska halukkuutta ei välttämättä työntekijöiden keskuudessa ole riittävästi. Työntekijät, jotka siirtyvät resurssipoolin alaisuuteen, saavat jokainen niin sanotun oman kotisolun. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että mikäli työntekijätarvetta ei ole muualla, niin resurssipoolin työntekijä tekee työvuoronsa omassa kotisolussaan. Esimerkiksi Helsingin Pohjoisen palvelualueen kotihoidossa kotisoluiksi on sovittu kolme solua, jotka ovat pohjoisella palvelualueella Säterintie, Pohjoinen kotihoito ja Maatullin aukion solut. Kun työntekijärekrytoinnit ovat tehty, täytyy määritellä minimimiehitys ennen resurssipoolin aloittamista. Pohjoisella kotihoitoyksikön palvelualueella minimimiehitys tarkoittaa sitä, että jokaiselle palvelualueelle määritellään työntekijävakanssimäärä joka on 19-20 vakanssia. Resurssipoolin aloitessa sovitaan resurssipoolin koko, joka esimerkiksi kyseisellä palvelualueella on 30 vakanssia sekä esimies. Resurssipooliin siirretään siihen kuuluvista kotihoitoyksiköistä minimimiehityksen ylittävät vakanssit. Esimerkiksi Pohjoisesta kotihoitoyksiköstä siirrettiin 10 vakanssia ja koillisesta kotihoitoyksiköstä 20 vakanssia resurssipooliin.

Toisessa alaluokassa, **yhteiset pelisäännöt**, nousee luokittelun perusteella esille se, että yhteisten pelisääntöjen sopiminen on pakollista, jotta resurssipoolin toiminta on mahdollista. Jokaisen kotihoidon alueen tulee olla tasavertainen. Yhteisillä pelisäännöillä tarkoitetaan yhteneväisiä työaikoja ja kokouskäytäntöjä. Yhtenäisten pelisääntöjen avuksi on kehitelty huoneentaulu, josta kaikki yhtenäisesti sovitut asiat, esimerkiksi työntekijöiden toimintamallit, työajat ja kokouskäytännöt löytyvät selkeästi. Huoneentaulu tulisi olla esillä jokaisen kotihoito alueen toimistossa. (LIITE 2) Yhteneväisillä työajoilla on tärkeä merkitys arjen työssä, koska resurssipoolin työntekijän alue saattaa muuttua viikoittain tai jopa päivittäin. Yhtenäisten työvuorojen avulla jokainen resurssipoolin työntekijä on tietoinen työajoistaan, mikä lisää työn sujuvuutta. On tärkeää, että kaikki kokouskäytännöt tulisivat tasavertaisiksi jokaiselle kotihoidon alueelle. Kokouskäytäntöjä on muun muassa lähipalvelualue-, yhteistoiminta-, ja sairaanhoitajakokoukset sekä lääkäreiden paperikierrot. Yhtenäisesti kokousajoista on sovittu, että jokaisella kotihoidon alueella on joka viikko käytössä yksi tunti kokousaikaa ja lähipalvelualue kokoukseen on varattu aikaa kolmen viikon välein 1,5 tuntia. On myös erikseen sovittu, että jokainen kotihoidon alue saa itse määritellä kokousten sisällön, mutta ajat ovat kuitenkin samat.



Kuvio 7: Henkilöstöhallinnolliset toimenpiteet

5 Pohdinta

Opinnäytetyömme sai alkunsa siitä, että olimme kummatkin ilman opinnäytetyön työparia, joten päätimme tehdä opinnäytetyön yhdessä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksiköistä nousi esiin tarve saada raportti resurssipoolista ja sen perustamisesta. Aloittaessamme opinnäytetyötä keskustelimme pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksikön päällikön kanssa työmme tarpeellisuudesta ja teimme yhdessä rajauksen työhömmä; tekisimme raportin perustamisvaiheesta eli resurssipoolin merkityksestä, sen vaatimista ennakoivista tehtävistä, toiminnanmuutoksista ja yhteisistä sopimuksista. Hän keskusteli asiasta myös oman esimiehensä, palvelualuejohtajan kanssa. Heistä raportti resurssipoolin merkityksestä, sen vaatimista ennakoivista tehtävistä, toiminnan muutoksista ja yhteisistä sopimuksista on tarpeellinen ja hyödyllinen.

Opinnäytetyömme tarjoaa hyvän työvälineen kotihoiton kehittämiseen, koska kotihoiton palveluita viedään ihmisten koteihin jatkuvasti yhä enemmän. Uskomme, että eri kotihoitoyksiköiden on helpompi lähestyä ajatusta resurssipoolista raporttimme pohjalta. Raportissamme kuvataan resurssipoolin käyttöönotosta saatavia hyötyjä, mitä kaikkea resurssipooli pitää sisällään sekä mitä kaikkea tulee huomioida ja tehdä ennen resurssipoolin perustamista.

Opinnäytetyö piti sovitusti esittää työn tilaajalle ja esitykselle valittiin päivä, jolloin Helsingin pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksiköillä oli yhteinen esimieskokous, johon oli kutsuttu lähipalvelualueiden yhteistoimintavastaavat ja muutama työsuunnittelija. Kokouksen aiheena oli muun muassa resurssipooli. Teimme esitykseen powerpoint-esityksen, jossa esittelimme lyhyesti koko työmme tarkoituksen ja käsitteet, mutta laajemmin kävimme läpi työmme tulososioita. Tilaisuuteen osallistui noin kolmekymmentä ihmistä. Paikalla oli ihmisiä sekä johtohenkilöstöstä että rivityöntekijöistä. Onnistuimme tekemään esityksestä mielenkiintoisen ottaen huomioon että aihe oli kaikille paikalla olijoille tuttua, koska resurssipooli on heidän työssään jo käytössä.

Saimme kuitenkin pidettyä esityksemme mielenkiintoisena, vaikka alku oli kaikille tuttua ja selvää. Koimme kuitenkin, että asioiden kertaus on aina hyväksi. Jätimme tarkoituksella pois kotihoidon tarkoituksen kertomisen ja mitä kaikkia määrittelyjä kotihoidossa on, koska emme kokeneet, niiden kertaamisen olevan tarpeellista. Esityksen aikana annoimme luvan kysyä, askarruttavista asioista mikäli niitä oli. Vastasimme kysymyksiin osaamisemme mukaan. Koimme, että esityksemme olisi ollut vielä palvelevampi, mikäli esitys olisi pidetty työhenkilöstölle, jotka eivät olisi olleet niin tietoisia resurssipoolista ja sen toimintamallista. Olisimme voineet esittää työmme vielä työhenkilöstölle, jotka eivät ole vielä mukana resurssipoolin perustamisen toiminnassa mutta tällä hetkellä ei ole sellaista kotihoitoyksikköä, johon esitys olisi ollut aiheellinen. Esitys kuitenkin meni hyvin ja saimme hyvää palautetta esityksestämme ja sen tarpeellisuudesta. Esityksemme kesti n. 40 minuuttia. Uskomme, että esityksemme varmasti sai esityksessä olleet pohtimaan omaa tapaa työskennellä, kohdata asiakkaita ja uutta ymmärrystä resurssipoolin tarkoituksesta ja merkityksestä.

5.1 Työelämän palaute

Työelämältä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston pohjoisen palvelualueen kotihoitoyksiköiltä nousi tarve opinnäytetyölle raportista resurssipoolin perustamisesta. Pohjoisella palvelualueella on kaksi kotihoitoyksikköä pohjoinen kotihoitoyksikkö ja koillinen kotihoitoyksikkö. Kotihoitoyksiköissä on 15 lähipalvelualueita ja työntekijöitä reilut kolmesataa, terveydenhoitajia tai sairaanhoitajia 4/ lähipalvelualue ja muut ovat lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia, ja asiakkaita yli 1500. Jokaisella lähipalvelualueella on oma esimies ja keskimäärin noin 20- 23 vakanssia. Resurssipoolin perustaminen on muuttanut vakanssimääriä alueiden välillä. Opinnäytetyötä aloittaessamme pidimme toimeksiantajan kanssa palaverin, jossa käsitteimme opinnäytetyömme aiheen tarkennusta, koska kokonaisuudessaan resurssipoolin perustaminen oli liian laaja aihe. Sovimme, että teemme raportin resurssipoolin merkityksestä, sen vaatimista ennakoivista tehtävistä, toiminnan muutoksista ja yhteisistä sopimuksista.

Kun olimme saaneet opinnäytetyöhön tulososion valmiiksi, lähetimme työmme työelämän edustajalle luettavaksi. Saimme häneltä kommentteja ja tarkennuksia, joiden mukaan muokkasimme opinnäytetyötämme; tarkensimme termistöä ja muokkasimme resurssipoolin tarpeellisuuden kuvausta työelämän edustajan näkemysten mukaisesti. Opinnäytetyö esityksen jälkeen, saimme paljon kiitosta esityksestämme ja palautetta siitä, kuinka ajankohtainen ja tärkeä työmme on. Resurssipoolin esimies piti esitystämme selkeänä ja tulokset olivat hänen mielestään merkitykselliset. Niin resurssipoolin toiminnalle, toiminnan jatkumiselle ja toiminnan kehittämiseksi, vaikka opinnäytetyömme on raportti resurssipoolin perustamisen vaiheista. Resurssipoolin esimies toivoi saavansa luvan käyttää esitystämme palavereissa ja koulutuksissa sekä toi esille, kuinka kattava tietopaketti kirjallinen tuotoksemme on.

Resurssipooli on ollut käytössä pohjoisella palvelualueella 4.4.2016 alkaen ja edelleen työmme tulokset ovat käsiteltäviä aiheita. Vaadittujen pohjatöiden tekeminen, sopimusten noudattaminen ja resurssipoolin merkityksen kirkastaminen jatkuu alueilla edelleen. Pohjoisen kotihoitoyksikön kotihoitopäällikkö piti myös työtämme merkityksellisenä ja esitystämme valaisevana resurssipoolin perustamisen kannalta, mutta myös resurssipoolin kehittämisen kannalta. Luvallamme esityksemme jaettiin kokouksen muistion liitteenä opetusmateriaaliksi.

”Sh-opiskelijat Lea Oksman ja Sarah Kilpirinne esittelivät työnsä koillisen ja pohjoisen kotihoitoyksikön yhteisessä esimies kokouksessa, jossa mukana myös kaikki yhteistoiminta-vastaavat. Torstaina 3.11.2016. Esitys oli hyvä ja oikein kattava lähtien vanhuspalvelulain edellyttämistä vaatimuksista. Esityksestä tuli selkeästi esille mitä kaikkea pohjatyötä ennen resurssipoolin perustamista on tehtävä. Opiskelijat olivat hyvin perehtyneet ja selvittäneet monivaiheista prosessia.”

(LIITE 3)

5.2 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyössä saadut tulokset ovat samansuuntaisia kuin käsitteellisestä viitekehyksestä löydettävät ohjeistukset perusteluineen resurssipoolin perustamisesta. Lähdemateriaalin mukaan (Kaste tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon ja Johan Groopin miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään) on tärkeää, että kotihoitoon toimintamallien sekä asenteiden on muututtava. Nämä seikat nousivat myös opinnäytetyössä keskeisiksi tuloksiksi. Resurssipoolin merkitys on käsitteellisen viitekehyksen mukaan juuri siinä, että kyetään vastaamaan kotihoitoon kasvavaan tarpeeseen ja voidaan tasata kasvavaa työnkuormaa ja siten vaikuttaa positiivisesti työhyvinvointiin. Ennakoivista tehtävistä lähdemateriaalissa painotetaan työsuunnit-

telua ja se on todennettavissa myös opinnäytetyön tuloksissa. Toiminnanmuutokset ja yhteiset pelisäännöt ovat viitekehyyksessä tärkeässä roolissa ja ne nousevat myös esiin opinnäytetyön tuloksissa välittömän hoitotyöajan määrittely, henkilöstömitoituksen laskeminen, minimimiehitys, rekrytointi ja yhteisesti määritellyt sopimukset.

5.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen eettisyys tarkoittaa hyvien tieteellisten käytänteiden noudattamista. Tutkimuksen teossa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tämä kuuluu tieteellisesti hyviin käytäntöihin. Tiedonhankinnan tulee olla eettisesti hyväksyttävää. Tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla avoimia ja tutkimuksen luonteeseen kuuluvia. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 132- 133.) Kun tuloksia julkaistaan, tulee noudattaa tieteelliseen tietoon kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiede viestintää. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, niin tulosten tallentamisessa, esittämisessä kuin arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuksen oikeudet, vastuut, velvollisuudet ja aineiston säilyttäminen tulee olla sovittu ja kirjattu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. (Tuomi Sarajärvi 2009, 132–133.)

Tässä tutkimuksessa on eettisyys huomioitu käsitteellisen viitekehyyksen osuudessa, ottamalla mukaan aiheeseen liittyviä raportteja, tutkimuksia ja tuottamalla niistä käsitteellinen viitekehys tutkimuksen perustaksi. Aineistoa olemme analysoineet laadullisen tutkimuksen kriteerien mukaan. Saimme opinnäytetyöhömmä tutkimusluvan Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen johtajalta, Helsingin kaupungin tutkimuslupakriteerien mukaan. Tutkimukseen olemme ottaneet aineistosta asioita ja asiakokonaisuuksia opinnäytetyön aiheeseen liittyvistä muistioista, mutta muistioista ei ole tuotettu opinnäytetyöhön tietoa kokouksiin osallistuneista eikä heidän henkilökohtaisista mielipiteistään. Sisällön analyysi ja raportin kirjoittaminen on tehty tieteellistä ohjeistusta ja tarkkuutta noudattaen.

Kvalitatiivisen eli laadullisen menetelmän tärkein luotettavuuden mittari on opinnäytetyön tekijöiden kertoma tarkka kuvaus opinnäytetyön teosta vaihe vaiheelta. Luotettavuuden vuoksi täytyy aineistoa pohtia monelta eri kannalta, kuten aineiston sisältö, käsitteiden selkeys ja kirjaamisasu. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkasti ja hyvän tutkimustavan mukaisesti tehty tutkimus. Myös käsitteiden helppolukuisuus, aineiston sisältö, analyysi, se miten tutkimus tulokset ovat esitelty ja perusteltu sekä tutkijat ja heidän taidot vaikuttavat luotettavuuteen. Luotettavuutta tukee myös pohdinta, aineiston rikkaus sekä värikkyys. (Hirsjärvi ym. 2005; Hirvonen 2003.) Luotettavuutta lisäävät myös tutkimuksen tulokset, jotka selkeästi

korreloivat aiempaan tutkittuun ja tuotettuun tietoon resurssipoolin merkityksestä, resurssipoolin perustamisen vaatimista ennakoivista tehtävistä ja toiminnan muutoksista ja sopimuksista. Luotettavuutta arvioidaan laadullisessa tutkimuksessa koko ajan. Aineiston keruu, aineiston analyysi ja raportointi tukevat toisiaan. Kaikki vaiheet ovat tärkeitä analyysin luotettavuuden arvioinnissa, koko tutkimusprosessin ajan. (Tynjälä 1991) Opinnäytetyössämme luotettavuutta ja uskottavuutta lisää analyysin läpinäkyvyys. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että vastaako tutkijan tekemä käsitteellistäminen ja tulkinta tutkittavaa asiaa ja onko kerätty aineisto ollut totuudenmukaista.

Siirrettävyys (transferability) tarkoittaa mahdollisuutta siirtää tulokset toiseen kontekstiin esimerkiksi toiseen kotihoitoyksikköön avuksi toiminnanmuutoksiin. Esimerkkinä käytetty Helsingin kaupungin pohjoisen palvelualueen kotihoito on suuri yksikkö, se on kooltaan yli kaksi kertaa suurempi kuin esimerkiksi Porvoon kaupungin kotihoito niin asiakas- kuin työntekijä määrältään. Tämä loi suuren haasteen siellä tehtyyn kehittämistyöhön. Helsingin kaupungin pohjoisella palvelualueella kotihoitoyksiköissä on paljon työntekijöitä sekä paljon kotihoidon lähipalvelualueita ja niistä johtuen paljon erilaisia toimintamalleja. Kuitenkin siirrettävyyden osalta tärkeimpiä asioita ovat ennakoivien tehtävien tekeminen, toiminnanmuutosten johtaminen ja yhteisten sopimusten tekeminen. Näiden asioiden huomioiminen seuraavissa kehitysprosesseissa on tärkeää ja helpottaa prosessin eteenpäin vientiä. Tässä opinnäytetyössä esiin nousseet muutokset toimintamalleissa, ennakoivat tehtävät ja resurssipoolin merkitys ovat siirrettävissä toisiin kotihoidon toimintaympäristöihin. Opinnäytetyön perusteella uskotaan, että nämä eri tekijät voidaan siirtää toisiin kotihoidon toimintaympäristöihin, vaikka esimerkiksi tietojärjestelmät eivät olisi samat. Kaikkialla kotihoidon toimintaympäristöissä tulee kuitenkin noudattaa samoja lakeja ja säädöksiä. Tästä syystä opinnäytetyössä käsitellyt tutkimuskysymykset ja tutkimuksessa niihin saadut vastaukset ovat siirrettävissä toiminnan avuksi muihin kotihoidon toimintaympäristöihin.

Reflektiivisyys tässä opinnäytetyössä tarkoittaa sitä, että toinen tutkija on ollut resurssipoolin kehittämisryhmän jäsen, ja on ollut mukana koko kehitystyön ajan muokkaamassa toiminnan muutoksia sekä ennakoivia tehtäviä. Toinen tutkija on taas ulkopuolinen ja hän tutki aineistoa uutena asiana ja toi sillä tavoin uutta näkemystä opinnäytetyössä tutkittavaan asiaan. Reflektiivisyyden myötä tulee raportissa esille se, miten tutkija tai tutkijat ovat vaikuttaneet aineistoon ja tutkimusprosessiin. Tämän opinnäytetyön työstämisessä on ollut sekä helpottavaa että ajoittain hankalaa, kun opinnäytetyön tekijöillä on ollut niin erilainen suhde tutkittavaan asiaan. Itse opinnäytetyön prosessiin tai tuloksiin ei ole vaikuttanut toisen tutkijan työskenteleminen organisaatiossa. Kuitenkin toisen tekijän ulkopuolisuus on tuonut työhön lisää näkökulmaa sekä auttanut luomaan selkeämpää ja kuvaavampaa tekstiä aiheesta, koska sisällä organisaatiossa jotkut käsitteet ovat liian selviä eikä niiden auki kirjaaminen ole niin selkeää. Myös aineistoa analysoitaessa opinnäytetyön tekijöiden näkökulmat olivat hieman erilaisia

taustasta riippuen, mutta tämä oli vain rikkaus, joka antoi työlle lisää ulottuvuutta. (J.Tuomi ja A.Sarajärvi 2009, s 138–139.)

5.4 Itsearviointi

Olemme tehneet tiiviisti yhteistyötä työelämän edustajan kanssa. Olemme saaneet työelämän edustajalta välikommentteja keskeneräisestä työstä pyytäessämme, koska tavoitteena on ollut kehittää kotihoitoon toimiva raportti työväliseksi. Opinnäytetyön lopussa olemme myös päässeet tavoitteeseemme, koska raporttiamme voidaan käyttää hyödyksi ja yhtenä työvälisenä kotihoidoissa kun resurssipoolin käyttöönottoa suunnitellaan. Työelämä on tuonut esille opinnäytetyömme tarpeellisuuden ja he ovat olleet kiitollisia siitä, että olemme vastanneet opinnäytetyössämme heidän kartoittamaansa tarpeeseen.

Olemme työstäneet opinnäytetyötämme aktiivisesti ja tavoitteellisesti ja etsineet kirjallista tietoa eri lähteistä sekä käyttäneet myös hyödyksemme useita sähköisiä lähteitä. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme aktiivisesti pyytäneet ohjaajaltamme oma-aloitteisesti apua sekä ehdotuksia, miten opinnäytetyötämme voisimme jatkaa, jotta laadullisen tutkimuksen kriteerit täyttyvät. Olemme myös tehneet itsenäisiä päätöksiä, jotka olemme hyväksyttäneet ohjaavalla opettajallamme. Opinnäytetyön tekeminen oli varsin haastavaa, koska opinnäytetyön tekeminen oli meille vierasta eikä kummallakaan ollut aikaisempaa tietotaitoa opinnäytetyön tekemisestä ammattikorkeakoulussa. Suurimpana haasteena oli ymmärtää laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmien erot sekä tietysti kirjoittaminen määrätyn menetelmän mukaisesti. Toisena haasteena oli kirjallinen osuus, äidinkieli. Olemme kuitenkin oppineet ja kehittyneet valtavasti tämän prosessin aikana ja uskomme, että seuraava opinnäytetyöprosessi on helpompi aloittaa ja työstää. Loppujen lopuksi raporttimme tuotos on mielestämme selkeää ja kuvaavaa sekä olemme mielestämme onnistuneet saamaan kokonaisuudessaan toimivan raportin työväliseksi kotihoitoon.

6 Johtopäätöksiä ja jatkokehittämissuhteita

Käytimme opinnäytetyössä viitekehyksessä J. Groopin yms. kirjallisuutta. Kirjallisuuden mukaan määrittelimme ja avasimme kotihoitoa ja kirjallisuus toi esille, miten kotihoidon toimintamalli tulisi muuttumaan resurssipoolin myötä. Opinnäytetyömme lopussa käsitelimme tuloksia tutkimuskysymyksiemme kautta. Tuloksissa käyttämämme aineisto nosti esille viitekehyksessä olleet asiat. Näin ollen voimme sanoa, että viitekehykseen tuotettu kirjallisuus tukee ja on samankaltainen kuin tuloksemme. Samankaltaisuus ja yhteneväisyys lisäävät opinnäytetyömme luotettavuutta.

Resurssipoolia perustettaessa tulee ottaa samoja asioita huomioon sekä viitekehyksen lähtökohtien teorian mukaan että tutkimuksen johtopäätösten valossa. Resurssipoolin merkitys nousi tärkeään rooliin vanhuspalvelulain myötä, koska vaateet ovat kaikille samat ja kotihoitoa on kehitettävä, jotta lisääntyneeseen palvelujen tarpeeseen kyetään vastaamaan. Ennakoivien tehtävien osalta sekä tutkimuksessa että viitekehyksessä oli todennettavissa se, miten tärkeää on hyvä pohjatöiden tekeminen ja kotihoitoyksiköiden valmisteleminen uuteen toimintamalliin. Samalla voidaan myös todeta, että toiminnanmuutosten läpivieminen ja tiettyjen yhteisten sopimusten tekeminen on tärkeää, jotta kaikki toimivat samojen pelisääntöjen mukaan.

Resurssipoolin perustaminen on suuri askel kotihoidolle. Kotihoidon toimintamalli muuttuu työntekijäkeskeisestä asiakaslähtöiseen. Tämä muutos vaatii kaikilta työntekijöiltä uuden ajattelun sisäistämistä. Muutoshalua tarvitaan sekä esimiehiltä että työntekijöiltä. Esimiehiltä tarvitaan suurta panostusta muutosjohtamiseen, minkä lisäksi resurssipoolin jalostumiseksi tarvitaan lisää teknisiä apuvälineitä ja sovelluksia helpottamaan työsuunnittelua. Uusina helpottavina sovelluksina voisi olla kaksisuuntainen työvuorosunnittelu (titania), jotta työsuunnittelijoilla olisi ajantasainen tieto työntekijöiden työvuoroista web-sovelluksessa, sekä lisäksi optimointi-sovellus, jolla voidaan tietyillä parametreilla antaa sovelluksen suunnitella järkevät, asiakaslähtöiset ja toteutettavissa olevat asiakaslistat kotihoidon työntekijöille.

Lähteet

KIRJA lähteet

Groop, J. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? 2014. Kuntaliitto. Viitattu 5.8.2016

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus. Viitattu 05.06.2016

Janhunen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY. Viitattu 05.06.2016

Kaste Tarvepohjainen toimintamalli kotihoitoon. 2014. Mikä se on ja miten se otetaan käyttöön? Viitattu 6.8.2016

Pääkaupunkiseudun työryhmä. Välillinen ja välitön työaika. 2015. Viitattu 20.06.2016

PKS ikääntyneiden palvelujen johto. 11.9.2016. Kotihoiton työntekijöiden jakautuminen huomioiden laatusuosituksset. Viitattu 15.05.2016

Polvi, S. 2012. Lääkehoitosuunnitelma hoitotyön johtamisen apuvälineenä Helsingin Kaupungin terveyskeskuksen kotihoito-osastolla. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 06.07.2016

Tarvepohjaisen toimintamallin käyttöönotto 05.05.2015. Viitattu 06.07.2016

Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus. Viitattu 07.08.2016

SÄHKÖINEN LÄHDE

Finlex. 2015. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 26.04.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex.2009. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569. Viitattu 26.4.2016
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>

Helsingin kaupunki. 2016. Viitattu 26.04.2016
<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=2962>

Helsingin kaupunki. 2016. Kotihoito, kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 26.04.2016.
<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/kotihoito/>

Helsingin kaupunki. 2016. Kotihoitoa Pohjoisessa Helsingissä
http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/esitteet/kotihoito_pohjoinen_2016.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Iäkkäiden ihmisten palveluja ja etuuksia koskeva lainsäädäntöä. Viitattu 26.04.2016. <http://stm.fi/lainsaadanto/iakkaat-ihmiset>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. 2013. Vanhuspalvelulaki. Muistio lain ja toimeenpanon ja tulkinnan tueksi 2013. Suomen kuntaliitto. Viitattu 18.2.2016.
http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausun-not/yleiskirjeet/2013/y13802013/STM_Kuntaliitto_liitemuistio_yleiskirjeeseen_13802013_evl.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Ohjaus. Vanhuspalvelulaki, pykälistä toiminnaksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S-K & Jäppinen, S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Sanerma P. 2009. Kotihoitotyönkehittäminen tiimityön avulla <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2007/107325Loppuraportti.pdf>

Kuviot

Kuvio 1: Kotihoidon kotikäynti.....	12
Kuvio 2: Välittömät työajat prosentteina arkipäivinä	17
Kuvio 3: Välittömät työajat prosentteina viikonloppuina.....	17
Kuvio 4: Resurssipoolin perustaminen.....	21
Kuvio 5: Palvelujen ja hoidon tarve	23
Kuvio 6: Tietojärjestelmät	26
Kuvio 7: Henkilöstöhallinnolliset toimenpiteet	28

Taulukot

Taulukko 1: Taulukkoteksti tulee taulukon alapuolelle (tyyli: Taulukon otsikot) **Virhe.**
Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Liitteet

Liite 1: Resurssipoolin tutkimuslupa.....	40
Liite 2 Työsuunnittelu	42
Liite 3 Työelämän palaute	44

Liite 1: Resurssipoolin tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
Pohjoisen palvelualue
Pohjoisen palvelualueen johtaja

Pöytäkirjanote

1 (2)

5.7.2016

Lea Oksman

5 §

Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2016-007647

HEL 2016-007647 T 13 02 01

Päätös

Pohjoisen palvelualueen johtaja päätti myöntää tutkimusluvan Lea Oksmanin tutkimuslupahakemukselle "Resurssipoolin perustaminen" (amk opinnäytetyö). Opinnäytetyön yhteyshenkilö sosiaali- ja terveysvirastossa on kotihoitopäällikkö Eeva Sandelin.

Päätöksen perustelut

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mikä on resurssipoolin tarkoitus ja merkitys, mitä resurssipoolin vaatimia ennakoitavia tehtäviä ja yhteisiä sopimuksia sekä toiminnan määrittelyjä tulee tehdä toimivan resurssipoolin perustamiseksi. Opinnäytetyössä tutkitaan kotihoitoyksiköiden resurssipoolin perustamistyöryhmän työskentelyä ajalla 1.5.2015–31.3.2016.

Tutkimuslupaan sovelletaan seuraavia ehtoja:

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveysvirastolle.

Tutkimusraportista ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkija saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveysvirastoon.

Tutkimuksen valmistuttua toimitetaan tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, sosiaali- ja terveysviraston käyttöön (osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki).

Lisätiedot

Helena Soini, erityissuunnittelija, puhelin: 310 46933
helena.soini(a)hel.fi

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
Pohjoisen palvelualue
Pohjoisen palvelualueen johtaja

Pöytäkirjanote

2 (2)

5.7.2016

Liitteet

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | Tutkimuslupahakemus |
| 2 | Tutkimussuunnitelma |

Muutoksenhaku

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Otteet

Ote

Hakija

Yhteyshenkilö

Otteen liitteet

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Liite 1

Liite 2

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 5.7.2016.

Pohjoisen palvelualueen johtaja

Sirpa Järnström
Vs. pohjoisen palvelualueen
johtaja

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566

Liite 2 Työsuunnittelu

Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto

12.5.2016

Työsuunnittelu on mahdollisuus oman työn hallintaan ja asiakkaiden hyvään hoitoon – yhteiset toimintamallit**Työvuorosuunnittelu (Titania) lähipalvelualueilla:**

Kaikilla lähipalvelualueilla on yhtenäiset työajat arkena: aamuvuoro 7.30- 15.09 ja iltavuoro 14.21- 22.00 ja työsuunnittelija 7.00- 14.39. Viikonlopun aamuvuoro 7.00- 14.39.

Ergonominen työvuorosuunnittelu huomioidaan työvuoroissa siten, että iltavuoroista suunnitellaan ensisijaisesti vapaapäivälle. Mikäli on tarvetta suunnitella aamuvuoroon, huomioidaan ne työntekijät jotka toivovat aamuvuoron alkavan myöhemmin. Aamuvuoro alkaa tällöin 8.30.

Välittömän asiakastyön suunnittelu:

Välitön asiakastyö suunnitellaan suhteutettuna työaikaan: kodinhoitaja/ kotivastusta/lähihoitaja/ perushoitaja 60 % (4.35) työajasta sekä sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja 30 %(2.20) työajasta. Jos sairaanhoitaja /terveydenhoitaja lähipalvelualueella paikalla:

- 3-4: välitöntä asiakastyötä suunnitellaan 2.20
- 2: suunnitellaan välitöntä asiakastyötä 1.30 ja jos vain yksi niin tilanteen mukaan

Lähipalvelualueen kokouskäytännöt:

Lähipalvelualueilla on yhtenäiset kokouskäytännöt: yksi tunti viikossa ja joka kolmas viikko 1,5 tuntia.

Esimerkki työsuunnitteluun liittyen:

- kokous alkaa 13.30 välitöntä työtä suunnitellaan 3 tuntia 36 minuuttia
- kokous alkaa 14.00 välitöntä työtä suunnitellaan 3 tuntia 54 minuuttia

Työsuunnittelu:

Työsuunnittelija on lähipalvelualueilla aamuvuoroissa arkisin ja työsuunnittelu pohjautuu:

- ensisijaisesti vastuuhoitajuuteen
- huomioiden käyntiin liittyvät sairaanhoidolliset ja lääkehoidolliset luvat sekä maantieteellisyys

Äkilliset poissaolot ilmoitetaan puhelimitse työsuunnittelijalle arkisin klo 7.00.

Työsuunnittelun onnistumiseksi työsuunnittelija tarvitsee:

- tiedot asiakkaiden kotikäynti aikojen muutoksista ja hoidon tarpeen muutoksista kirjallisena
- tiedot henkilökunnassa tapahtuvista muutoksista ja äkillisistä poissaoloista

Asiakkaan hoidon tarpeen/ tilanteen mukaan työsuunnittelija määrittelee käyntiaikojen pidentämiseen.

Kukin työntekijä voi ilmoittaa työsuunnittelijalle toiveita kotikäyntien suunnitelmien suhteen eli pysty vaikuttamaan oman työn suunnitelmaan. Toivomukset ilmoitetaan lähipalvelualueella sovittu tavalla mukaisesti.

Sairaanhoitaja / terveydenhoitaja suunnittelee tilapäisen palvelujakson tiimin resurssille ja resurssi sen itselleen kun palvelutarpeen arviointikäynti on sovittu asiakkaan kanssa, jolloin työsuunnittelijalla tieto on nähtävissä. Palvelutarpeen arviointikäynti suunnitellaan 1 tunti ja 30 minuuttia mittaiseksi.

SKH/ Pohjoinen palvelualue / Pohjoinen ja Koillinen kotihoitoyksikkö /Resurssipooli työryhmä





Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto

12.5.2016

Palvelujaksosta lisää käynti toimintoa käytettäessä: laita käynnille suunniteltu kestoaika ja käynnin aloitusaika, jotta suunniteltu kotikäynti näkyy työntekijän aikajanalla.

Keskeytyksessä olevat asiakkaat eivät ole suunnitelmassa mukana- poikkeus selkeät sovitut kotiutuspäivät.

Viikkotyö suunnitelma ja lähipalvelualueiden yhteistyö:

Viikkotyön suunnitelma tehdään keskiviikkoon mennessä: alustava suunnitelma tehdään joka tapauksessa (ns. raaka versio)- josta pystytään arvioimaan, kuinka paljon palvelu- ja hoitosuunnitelmalta oleva aika / henkilöresurssi, joka tarvitaan.

Viikkotyö suunnitellaan kotihoidon ohjaajan resurssille ja lähetetään mobiiliin, jotta suunnitellut kotikäynnit ovat tallennettuina järjestelmässä.

Lisäksi tehdään reaaliaikaista työnsuunnittelua PM/ toiminnanohjauksessa eli päivitetään muutoksia.

Työnsuunnittelija resursoi edellisenä päivänä Pegasoksen päivän suunnitellut työt näytölle toiminnanohjauksessa suunnitellut kotikäynnit.

Muutokset viikkotyön suunnitelmiin tehdään vain työnsuunnittelijan ja kotihoidonohjaajan toimesta.

Työnsuunnitteluun liittyvä lähipalvelualueiden välinen työntasaus palaverit pidetään torstaina aamupäivällä.

Resurssipooli:

Resurssipoolin kotihoidonohjaajalle ilmoitetaan torstaisin klo 12.00 mennessä jakamaton työ tunteina ja minuutteina, joille on tarvetta saada resurssipoolista työntekijä. Tarve ilmoitetaan ilman lisättyä aikaa RAI-HC toteuttamiseen.

Resurssipoolin kotihoidonohjaaja ilmoittaa perjantaisin klo 10.00 mennessä lähipalvelualueen kotihoidonohjaajalle, miten ja kuka on resurssipoolista tulossa.

Asiakkaiden palvelu – ja hoitosuunnitelmat:

Asiakkaiden palvelu ja hoitosuunnitelmille sekä tilapäisille palvelujaksolle määritellään tarkat kellonajat päiväruudukon huomioiden asiakkaiden hoidon sekä palvelujen tarpeet. Tarkkojen kellonaikojen määrittely tehdään yhteistyössä työnsuunnittelijan kanssa.

Kotikäyntien aikakriittisyys mietitään tarkoin: 8-10, 10-12, 12-14, 14-16 ja myös iltakäyntien ajat.

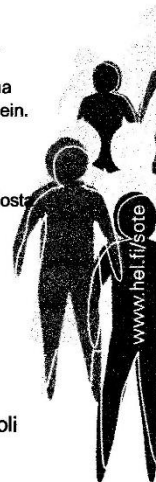
Asiakkaiden palvelu- ja hoitosuunnitelmat ovat ajan tasalla: asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma päivitetään asiakkaan hoidon tarpeen mukaisesti ja tarkistetaan vähintään kolmen kuukauden välein.

Mikäli palvelun tarve muuttuu **yli kuukauden ajaksi** säännönmukaisesti suuremmaksi tai pienemmäksi kuin palvelu- ja hoitosuunnitelmassa on määritely, palvelu – ja hoitosuunnitelma muutetaan ja asiakasmaksu määritellään muuttuneen tilanteen mukaisesti. (PYSY 069 Kotihoidosta perittävät maksut).

Työnsuunnittelijalle ilmoitetaan toiminnanohjaukseen liittyen:

- mahdollisesti aikaleimauksiin syntyvät virheet korjausta varten reaaliaikaisena.
- käynnin mitätöinti tai käynnin lisäys
- jos tarvetta muuttaa käynnin prioriteettia ja laittaa yksittäiseen käyntiin muistutus

SKH/ Pohjoinen palvelualue / Pohjoinen ja Koillinen kotihoitoyksikkö /Resurssipooli työryhmä



Liite 3 Työelämän palaute

HELSINGIN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Pohjoinen palvelualue
Koillinen kotihoitoyksikkö

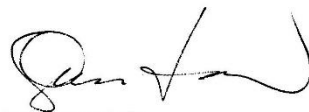
7.11.2016

Opinnäytetyö Resurssipoolin perustaminen kotihoidossa /Laurea AMK

Sh-opiskelijat Lea Oksman ja Sarah Kilpirinne esittelivät työnsä Koillisen ja Pohjoisen kotihoitoyksikön yhteisessä esimieskokouksessa, jossa mukana myös kaikki yt-vastaavat torstaina 3.11.2016.

Esitys oli hyvä ja erittäin kattava lähtien vanhuspalvelulain edellyttämistä vaatimuksista. Esityksestä tuli selkeästi esille mitä kaikkea pohjatyötä ennen resurssipoolin perustamista on tehtävä.

Opiskelijat olivat hyvin perehtyneet ja selvittäneet monivaiheista prosessia.



Eeva Sandelin
Kotihoitopäällikkö