

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

VANHUSTEN KOTIHOIDON TYÖNJAKO
– osaamisen vai resurssien sanelemaa?

Pro gradu –tutkielma
Tuula Suominen
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Syyskuu 2008

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

TUULA SUOMINEN: VANHUSTEN KOTIHOIDON TYÖNJAKO – osaamisen vai resurssien sanelemaa?

Pro gradu – tutkielma, 72 s., 4 liitesivua

Ohjaajat: Dosentti Lea Henriksson, Yliassistentti Tapio Kirsi

Kansanterveystiede

Syyskuu 2008

Vanhusten kotihoidon työnjako on ajankohtainen kansallinen kysymys, joka nousee esille väestön ikääntyessä, resurssien vähentyessä ja työvoimapulan uhatessa. Työnjakoon vaikuttavat niin poliittiset linjaukset kuin koulutus ja työorganisaatioiden muutokset. Tässä laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan vanhusten kotihoidon työnjakoa hyvinvointipoliittisen taustan valossa ja työpaikkatason työnjaon näkökulmasta. Tutkimuksen teoreettisena näkökulmana on käsitys työnjaosta neuvoteltuna sosiaalisena järjestyksenä. Erityistä huomiota kiinnitetään lähihoitajan rooliin työnjaossa. Empiirinen aineisto kerättiin neljässä ryhmähaastattelussa, joihin osallistui 16 työntekijää kahden eteläsuomalaisen kunnan kotihoidon toimintayksiköistä. Toinen kotihoidon toimintayksikkö toimi terveyskeskuskuntayhtymän ja toinen sosiaalitoimen alaisena. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä muodostaen työnjakomalleja. Tutkielma muodostuu kahdesta osasta: kirjallisuudesta ja lähihoitajien työnjaollista asemaa kotihoidossa tarkastelevasta tutkimusartikkelista.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistäminen kotihoidoksi tapahtuu aina paikallisena ratkaisuna, minkä vuoksi työnjakomallit vaihtelevat. Hyvinvointipolitiikan eriytyneisyys vaikeuttaa vanhusten kotihoidon työnjaon selkiytymistä ja näin ollen työnjako neuvotellaan toimintayksiköissä. Työnjakomallit toteutuvat kotihoidon toimintayksiköissä sekä rinnakkaisina että päällekkäisinä. Työt saattavat jakautua tehtävä-, asiakas- ja tiimilähtöisesti sekä resurssien ja työntekijän ammatillisen osaamisen mukaan. Lähihoitajien asema ja rooli kotihoidon työnjaossa on selkiytymätön. Lähihoitajat on yhtäältä nostettu esille avaimena työnjakoon, koska heillä on koulutuksensa puolesta mahdollisuus liikkua yli sektorirajojen. Toisaalta kuitenkin lähihoitajat voivat jäädä hahmottomiksi työntekijöiksi muiden nimikkeiden taakse. Käytännön kotihoitotyössä resurssien vähentyessä ja työvoimapulan kasvaessa kouluttamattomalle työntekijälle voidaan antaa toimipaikkaisella koulutuksella samat oikeudet hoidollisiin tehtäviin kuin lähihoitajalle. Tulevaisuudessa kotihoidon organisaatioissa tulee kehittää työnjaon käytäntöjä työntekijän työssäjaksamisen, kotihoidon laadun ja alan vetovoimaisuuden lisäämiseksi.

avainsanat: työnjako, vanhusten kotihoito, lähihoitaja, hyvinvointipolitiikka

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
Tampere School of Public Health

TUULA SUOMINEN: DIVISION OF LABOUR IN THE CARE OF THE ELDERLY - Dictated by skills or resources?
Pro Gradu Thesis, 72 pages, Appendix 4 pages
Instructors: Docent Lea Henriksson, Assistant Professor Tapio Kirsi
Department of Public Health
September 2008

Division of labour in home care of the elderly is a topical national issue, which emerges with the ageing population, decreasing resources and impending shortage of labour. Division of labour is influenced by both political choices and education and changes in the work organisation. This qualitative study examines the division of labour in home care of the elderly in the light of welfare policy and from the viewpoint of the workplace-level division of labour. The theoretical aspect of the study is the concept of division of labour as a negotiated social order. Special attention is paid to the role of the practical nurse in the division of labour. The empirical data was collected through four group interviews, which were attended by 16 employees from the home care units of two municipalities in Southern Finland. One of the home care units worked under the municipal federation of health centres and the other under the social services. The data was subjected to qualitative content analysis by forming labour division models. The study consists of two parts: literature and a research article examining the labour division position of the practical nurse in home care.

Combining home nursing and home services into home care always occurs as a local solution, which is why the models for the division of labour vary. Differentiation of welfare policy hinders the clarification of division of labour in home care of the elderly and thus the division of labour is negotiated in the operational units. The models of division of labour in the operational units of home care both concur and overlap. The work may be divided based on task, client and team, as well as according to resources and professional skills of the employee. The position and role of practical nurses in the home care division of labour is blurred. On one hand, the practical nurses have been seen as key to the division of labour because due to their training, they have a chance to move over the sectoral borders. On the other hand, practical nurses may remain amorphous workers behind other titles. In the everyday home care, when resources decrease and shortage of labour increases, through workplace-specific training, the untrained personnel may be given the same rights to care-giving tasks as the practical nurses. In the future, home care organization needs to develop labour division practices in order to avoid burnout, and improve home care quality and attraction of the sector.

Keywords: Division of labour, home care of the elderly, practical nurse, welfare policy

SISÄLTÖ:

1. JOHDANTO	1
2. TYÖNJAKO VANHUSTEN KOTIHOIDOSSA.....	3
2.1 SUKUPUOLITTUNUT TYÖNJAKO	3
2.2 SÄÄTELYÄ, NEUVOTTELUA JA AMMATTIEN VÄLISTÄ KAMPPAILUA	4
2.3 VANHUSTEN PALVELUIDEN MONET TUOTTAJAT	6
2.4 LÄHIHOITAJAT – VANHUSTEN KOTIHOIDON UUDET AMMATTILAISET	9
3. TUTKIMUSASETELMA	13
3.1 TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	13
3.2 TUTKIMUKSEN HYVINVOINTIPOLIITTISTA TAUSTAA.....	13
3.3 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN ETENEMINEN	15
3.3 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	17
3.3.1 Ryhmähaastattelu.....	17
3.3.2 Tutkimusaineiston analysointi.....	20
3.3.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	22
4. POHDINTAA.....	25
4.1 TUTKIMUSPROSESSIN ARVIOINTIA.....	25
4.2 TUTKIMUKSEN TULOSTEN TARKASTELUA	27
5. ARTIKKELI.....	32
LÄHTEET:	61
LIITTEET	73
LIITE 1. TUTKIMUSLUPA-ANOMUS	73
LIITE 2. TAUSTATIE TOKYSELY	74
LIITE 3. TEEMAHAASTETTE LURUNKO	76

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuuri on tunnetusti jähmeä ja hidasliikkeinen sekä työnjaollisilta suhteiltaan tiukan hierarkkinen. Viime vuosien aikana sosiaali-, terveys- ja työvoimapolitiittisten linjausten sekä koulutusuudistusten ja työorganisaatioiden muutosten myötävaikutuksella on synnytetty kuitenkin uusia työnjaollisia rakenteita ja ammatteja. Työnjaollisen jouston ja työvoiman liikkuvuuden mahdollistamiseksi luotiin 1990-luvulla uusi sosiaali- ja terveysalan yhdistävä ammattiryhmä, lähihoitajat, jolla on valmiudet toimia sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. (OPH 2001; ks. Rintala & Elovainio 1997; Wrede & Henriksson 2004.) Toiminnan tehostamiseksi myös sosiaali- ja terveydenhuollon sektorijakoa on purettu hallinnollisesti järjestelmän eri tasoilla, erityisesti vanhustenhuollossa, esimerkiksi yhdistämällä aiemmin terveydenhuollon alaista kotisairaanhoidoa ja sosiaalihuollon alaista kotipalvelua kotihoidoksi. (Tedre 2003, 99–101). Sosiaali- ja terveyspolitiikan (STM 2008a, 30) keskeisenä tavoitteena on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä 91–92 % asuu kotona itsenäisesti ja 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa. Edellä mainitut muutokset sekä väestön ikääntyminen, resurssien väheneminen, uhkaava työvoimapula ja palvelurakennemuutos nostavat kotihoidon työnjaon ja lähihoitajan ammatin vetovoimaisuuden erityisen ajankohtaiseksi aiheeksi.

Lähestyn opinnäytetyössäni vanhusten kotihoidon työnjakoa sekä yhteiskunnallisen että neuvotellun järjestyksen näkökulmista (ks. Abbott 1988; Goffman 1974; 1983; Stacey 1984). Davies (2003, 177) on osuvasti todennut, että yhteiskunnalliset muutokset, talouden ja politiikan linjaukset, muovaavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa, jolloin vastaavasti näiden organisaatioiden ja niissä toimivien ammattien tuntemuksen kautta voidaan syventää ymmärrystä yhteiskunnasta. Vanhusten kotihoitotyö on perinteistä naisten toiminta-aluetta, jota leimaavat naistyön ehdot. Työnjaosta käydään kuitenkin kaiken aikaa neuvotteluja eri ammattiryhmien kesken lainsäädännön ja valtakunnallisen ohjauksen keinoin, mutta myös ammattien julkisuuskuvaa ja vetovoimaisuutta koskevalla julkisella keskustelulla on koulutus- ja työvoimapolitiittista merkitystä.

Aikaisemmissa vanhusten kotihoitoa koskevissa tutkimuksissa on ilmennyt, että kotihoidon yhdistämisen myönteisenä vaikutuksena kotihoidon toimintayksiköissä on ollut palveluiden koordinoinnin parantuminen mutta kielteisenä puolestaan ristiriidat ja työnjaolliset ongelmat (mm. Andersson ym. 2004, 492; Perälä ym. 2006, 34–35; Wrede & Henriksson 2004). Työnjako ja työntekijöiden asema vanhusten kotihoidon työnjaossa muodostuvat pitkälti paikallisten päätösten seurauksena, vaikka erisuuntaisilla hyvinvointipoliittisilla linjauksilla on myös oma merkityksensä.

Kiinnostukseni kotihoidon työnjakoa kohtaan heräsi, kun törmäsin siihen, että kotihoidon työnjakoa kuvattiin kirjallisuudessa epäselväksi ja oli havaittu ammattien välistä kilpailua. Olen myös työskennellyt kotisairaanhoidossa 2000-luvulla terveydenhoitajana ja tunnen työn keskeisen sisällön ja haasteet. En ole kuitenkaan työskennellyt yhdistetyssä kotihoidossa. Olen lisäksi ollut viimeisten vuosien aikana tekemisissä lähihoitajakoulutuksen kanssa ja todennut, että lähihoitajien työnjaollinen asema vaihtelee organisaatiosta toiseen.

Tutkielmani muodostuu kahdesta osasta: vanhusten kotihoidon työnjakoa, tutkimusasetelmaa ja pohdintaa käsittelevästä kirjallisuusosioista sekä tutkimusartikkelista ”Lähihoitaja vanhusten kotihoidossa – Avain työnjakoon vai hahmoton hoitaja?”. Artikkelin tarkoituksena on rakentaa keskusteluyhteys hyvinvointipolitiikan ja käytännön työnjakokysymysten välille. Tutkimuksen taustaksi tarkastellaan lyhyesti sitä, miten hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa ja ammatillisia käytäntöjä ohjaavissa oppaissa linjataan vanhusten kotihoidon työnjakoa. Empiirisen tutkimuksen kohteena on ammattiryhmien välinen työnjako kahden kunnan kotihoidon toimintayksiköissä; minkälaisia työnjaollisia paikkoja työpaikoilla tehdään ja minkälaisia työnjaon malleja haastattelupuheesta on erotettavissa. Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan erityisesti lähihoitajan näkökulmasta. Artikkelin esitetään tutkielmassa Yhteiskuntapolitiikka-lehden kirjoitusohjeiden mukaisessa muodossa. Artikkelin on otettu Yhteiskuntapolitiikka-lehden julkaisuharkintaan 8.8.2008.

2. TYÖNJAKO VANHUSTEN KOTIHOIDOSSA

2.1 Sukupuolittunut työnjako

Tarkastelen tutkielmassani työnjakoa vanhusten kotihoidon toimintayksiköissä. Tällöin kyse on pääasiallisesti ammattien välisestä työnjaosta. Työnjakoa leimaa kuitenkin myös yhteiskunnallinen järjestys, johon liittyy keskeisesti sukupuolten välinen työnjako (ks. Stacey 1981, 174, 186). Yhteiskunnallinen työnjako noudattelee perheen työnjaon mallia. Naisten ja miesten toiminta-alueet ovat perinteisesti poikenneet toisistaan. Palkallinen työ julkisella alueella, mikä käsittää muun muassa politiikan, hallinnon, markkinat ja ammatit, on ollut miesten toiminta-alue. Miehet ovat toimineet myös yksityisellä alueella, perheen ja ystäväpiirin keskellä, mutta perinteisesti naisilla on ollut vain tämä alue. (Julkunen 1995a, 15; 1995b, 205; Keränen 1995, 31.)

Sukupuolten välinen työnjako näkyy hyvin siinä, että naiset ovat tehneet ja tekevät yhä paljon palkatonta työtä perheen parissa. Perheessä tehtävä työ on toki tarjonnut myös mahdollisuuden naisten ammattien kehittymiselle, mikä on tullut hyvin esille sosiaali- ja terveysalan naisammattien muotoutumista tarkastelleissa tutkimuksissa. Ne ovat nostaneet esiin, miten toisen maailmansodan jälkeinen sosiaali- ja terveystaloudellinen tila on tilaa naisten ammattien rakentumiselle. (Henriksson 1994.) Sosiaali- ja terveysala ovat toiminta-alueita, jotka ovat kuuluneet luonnostaan naisille. Naiset ovat astuneet ammatissaan julkiselle alueelle, kun yksityiselle alueelle kuuluneet tehtävät ovat siirtyneet palkkatyön piiriin. Naisten palkkatyöläisyys on ollut yhtäältä erityisen merkittävää, koska se on vaikuttanut perheen taloudelliseen työnjakoon. Toisaalta naisten siirtyminen työhön kodin ulkopuolelle on vaikuttanut julkisen vastuun lisääntymiseen. (Anttonen 1994, 224; Anttonen & Sointu 2006; Wrede 2003.)

Työmarkkinoita leimaa edelleen voimakas segregatio, jyrkkä työnjako, miesten ja naisten töiden välillä. Tilannetta kuvaa hyvin se, että sosiaali- ja terveysalalla työskentelevistä vain joka kymmenes on mies. (EK 2003, 9). Sairaanhoidajina työskentelevillä naisilla on ollut perinteisesti myös lääkärin apulaisen leima, eikä heitä ole arvostettu itsenäisinä ammattilaisina (Hughes 1971, 307).

Naisten ja miesten työmarkkinat ovat eriytyneet voimakkaasti myös yksityisen ja julkisen sektorin töihin. Naiset toimivat huomattavasti miehiä useammin julkisella sektorilla, jossa kaikista palkansaajista naisia on 70 prosenttia ja miehiä 30 prosenttia. Naispuolisista palkansaajista lähes puolet eli 44 prosenttia työskentelee julkisella sektorilla. Miehillä vastaava osuus on vain 19 prosenttia. (EK 2008.)

Segregaatio ei olisi sinänsä ongelma, ellei se eriarvottaisi naisten ja miesten töitä (Riskä 2001). Tedre (1999) on todennut, että esimerkiksi kotona tehtävää työtä pidetään naisten arjen työnä, jota naiset osaavat tehdä ilman ammatillista koulutustakin. Segregaation lieveilmionä esiintyy myös eroja palkkauksessa, mikä on ollut kuluneen vuoden aikana varsin ajankohtainen asia. Esimerkiksi julkisessa keskustelussa on käsitelty matalapalkkaisten naisten asemaa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2.2 Sääteilyä, neuvottelua ja ammattien välistä kamppailua

Huolimatta siitä, että työnjako voidaan nähdä osana yhteiskunnallista järjestystä, työnjako on myös neuvoteltu järjestys. Työnjaosta neuvotellaan samanaikaisesti yhteiskunnan eri areenoilla, lainsäädännössä, julkisuuskuvassa ja itse työpaikalla (Abbott 1988; Goffman 1983).

Sosiaali- ja terveystalvet muodostavat erityisen toimialan siinä suhteessa, että ammatinharjoittamista säädellään viranomaisten toimesta. Koulutus on merkittävä ihmisiä yhteiskunnan työn- ja vallanjaon hierarkioihin valikoiva tekijä (Kolehmainen 2002, 200). Terveystalvun ammatinharjoittamisoikeuden myöntäminen perustuu säänneltyyn koulutuksen suorittamiseen. Koulutusta itsessään säätelevät koulusmuodosta riippuen ammatikorkeakoululaki (2003/351), lait ammatillisesta koulutuksesta (1998/630) tai ammatillisesta aikuiskoulutuksesta (1998/631).

Terveystalvun työskenleviä säätelee laki terveystalvun ammatihenkilöistä (1994/559), jonka tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta ja terveystalvun palvelujen laatua esimerkiksi velvoittamalla huolehtimaan täydennyskoulutuksesta

(myös STM 2004a). Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö), ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut henkilö) tai jolla on oikeus käyttää terveydenhuollon ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Ammatinharjoittamisoikeus merkitään terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat muun muassa lääkäri, sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja. Nimikesuojatun ammattihenkilön ammattinimike on muun muassa lähihoitaja. Myös aikaisemmilla tutkintonimikkeillä olevat, muun muassa apu- ja perushoitajat, katsotaan edelleen terveydenhuollon ammattihenkilöiksi. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammateissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Heillä ei kuitenkaan ole oikeutta käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä. Laissa ei määritellä työnjakoa eri ammattien välillä lukuun ottamatta lääkäreiden ja hammaslääkäreiden tiettyjä tehtäviä, vaan korostetaan pikemminkin mahdollisuutta joustavalle työnjaolle.

Myös sosiaalihuollon kelpoisuusehtojen määrittelyn lähtökohtana on tehtävään soveltuva koulutus. Koulutusta koskeva valtakunnallinen päätösvalta ja koordinaatio ovat opetusministeriössä. (STM 2001, 35–41.) Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (2005/272) koskee sosiaalihuollon eri tehtävissä toimivia. Kyseistä lakia ei kuitenkaan sovelleta kotipalvelun tukipalveluissa vaadittaviin kelpoisuuksiin. Tehtäviä, joihin tämän lain mukaan vaaditaan sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkinnon suorittanut henkilö, lähihoitaja, voi hoitaa myös henkilö, joka on ennen tämän lain voimaantuloa suorittanut tehtävään soveltuvan kouluasteisen sosiaali- tai terveydenhuoltoalan ammatillisen tutkinnon tai muun sellaisen tutkinnon, joka on tuottanut kelpoisuuden tehtäviin.

Ammatteja koskevassa julkisessa keskustelussa rakennetaan myös työnjakoa. Ammateilla on erilaisia toimivalta-alueita, ja niiden rajat määrittelevät ammattiryhmien työnjakoa ja suhteita vaikuttaen samalla ammattien kiinnostavuuteen ja vetovoimaisuuteen. Ammatilliset alueet ja rajat eivät suinkaan ole pysyviä, vaan kentällä tapahtuu koko ajan muutoksia. Perinteisesti ammattien tutkimus on koskenut professioita, jolloin huomio on ollut ammattihierarkian huipulla erityisesti miesten etuoikeutetuissa ammateissa (Stacey 1984; Witz 1990). Ammattien tutkimuksen uusi

suuntautuminen on kuitenkin kääntänyt katseen siihen, mitä tapahtuu ammattien järjestelmässä (Abbott 1988). Jo varhain Hughes (1958) oli kiinnostunut ammattihierarkian alimmista portaista ja mitä siellä tapahtuu (myös Waerness 1980). Ammattihierarkian eri portailla on nähtävissä samansuuntaisia ammatillisia projekteja. Eri ammatit pyrkivät rajoittamaan muiden mahdollisuuksia toimia sekä kasvattamaan omaa toimivaltaansa. Muutos yhden ammatin toimivallassa vaikuttaa koko systeemiin ja ammattien väliseen työnjakoon. (Abbott 1988). Everett Hughes (1971, 307) huomioi esimerkiksi sen, että sairaanhoitajien ammatillisen aseman nousu johti siihen, että he siirsivät aiemmin heille kuuluneita tehtäviä alemmin koulutetuille työntekijäryhmille (myös Thornley 2003, 156). Ammatilliset hierarkiat ovat näin ollen myös naisten välisiä hierarkioita (Henriksson 1998).

Ammattien sisällä voidaan nähdä työnjakoa ja kilpailua myös sen mukaan milloin ja kuinka pitkänä on ammatillisen koulutuksen suorittanut (Henriksson 1994, 108–113; Laiho & Ruoholahti 2008, 43.) Myös työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet ja ”kestävyys” on nostettu esiin uudenlaisena ammatillisena arvona, mikä saattaa aiheuttaa erontekoa ammattilaisten välillä (Riskä & Wrede 2004). Ammatilliset valtasuhteet näyttävät erilaisina sosiaalisina jakoina ja erotteluina kielenkäytössä. Ammatillinen identiteetti rakentuu siis ennen kaikkea siinä sosiaalisessa ympäristössä, jossa asianomainen työntekijä työskentelee (Eriksson-Piela 2003, 189–195.) Viime kädessä työntekijöiden toimintaa sanelevat erilaiset organisatoriset ja yhteiskunnalliset reunaehdot, joissa tapahtuu koko ajan muutoksia. Muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä vaikuttavat esimerkiksi työtehtäviin ja asiakaskuntaan.

2.3 Vanhusten palveluiden monet tuottajat

Vanhusten palveluissa on tapahtunut viime vuosina merkittäviä muutoksia osana hyvinvointipolitiikan suunnanmuutosta. Suomalainen vanhuspolitiikka on nojannut julkisen vallan vastuuseen. Hyvinvointivaltion kehittyminen on yhteydessä muuhun yhteiskunnalliseen kehitykseen, elinkeinorakenteeseen, poliittiseen järjestelmään ja taloudelliseen toimintaan. (Henriksson & Wrede 2004, 9–17.) Hyvinvointivaltio laajeni

merkittävästi 1980-luvulla, noin 20 vuotta myöhemmin kuin muissa teollistuneissa maissa. Palvelujen laajentuessa sosiaali- ja terveystenot kasvoivat. Kuitenkin jo 1980-luvun loppupuolella aloitettiin muutokset, joilla pyrittiin hillitsemään menoja, jota myöhemmin 1990-luvun lama vauhditti. Oleellinen suunnanmuutos palvelujen laajentamisen sijasta säästämiseen tapahtui vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä, kun kuntien valtionosuuksien perustaksi tulivat menot. Valtionosuusuudistus vaikutti esimerkiksi julkisia hankintoja koskevan lainsäädännön ja kilpailuttamista koskevien pelisääntöjen ohella keskusteluun julkisten hyvinvointipalvelujen kilpailuttamisesta, ulkoistamisesta ja tilaaja–tuottaja-mallista. (Julkunen 2004, 168–186; 2006, 179–185; Vaarama ym. 2001.)

Väestön vanheneminen on luonut paineita palvelujen lisäämiselle ja vaikuttanut vanhuspalvelujen toteutukseen. Uutta hyvinvointipolitiikkaa toteutetaankin Julkunen (2001, 366–373) mukaan kasvavien tarpeiden ja resurssien niukkuuden ristipaineessa. Uuden politiikan keskeisinä tavoitteina näyttäytyy julkisten menojen kasvun hillitseminen, työllisyysasteen nostaminen ja entistä tarkempi sosiaalipolitiikan kohdentaminen. Väestön ikärakenteen muutos on alkanut vasta 80-luvulla. 1970-luvulla iäkkäitä eli yli 75-vuotiaita ei ollut kovin paljon, mutta etenkin 85 vuotta ja myös 95 vuotta täyttäneiden määrät ovat voimakkaasti kasvaneet 1990- ja 2000-luvuilla. 75–84-vuotiaiden määrä on lähes kolminkertaistunut vuodesta 1970, ja yli 85-vuotiaiden määrä on 5,5-kertainen vuoden 1970 tilanteeseen nähden. Myös yli 95-vuotiaiden määrä on nykyisin lähes kuusinkertainen verrattuna 25 vuotta aikaisempaan tilanteeseen. Vuoden 2006 lopussa Suomessa oli 75 vuotta täyttäneitä noin 395 000 (7,5 % väestöstä) ja 85 vuotta täyttäneitä lähes 90 000 (1,7 % väestöstä). Arvio vuodesta 2035 on, että 75 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu ja 85 vuotta täyttäneitä ennustetaan olevan 2,5 kertaa niin paljon kuin nykyisin. (Heinola 2008, 9; Tilastokeskus 2007b.)

Hyvinvointipolitiikan suunnanmuutoksen myötä ja resurssien tiukentuessa voimistui keskustelu julkisen sektorin ja muiden toimijoiden välisestä yhteistyöstä ja työnjaosta. Tästä ajattelutavasta voidaan puhua ns. monituottajamallina (welfare mix), jossa vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajiksi ymmärretään julkiset ja yksityiset palveluntuottajat, järjestöt sekä omaiset. Samansuuntaista kehitystä on näkynyt

vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen osalta koko EU:n alueella. (Stacey 1981; Tedre 1999, 22.) Suomessa on tällä vuosikymmenellä julkisen työn tarvetta pyritty vähentämään ja yksityisen työn syntyä edistämään kotitalousvähennyksellä ja palvelusetelillä sekä tukemalla kotona tehtävää hoivatyötä esimerkiksi omaishoidon tuen muodossa (Julkunen 2004, 168–186; 2006, 179–185; Kirsi 2004). Jonkinlaisen kuvan tapahtuneesta antaa myös yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen yleistyminen. Sosiaalibarometrin (2007, 135–148) mukaan vuonna 2006 kyselyyn vastanneista sosiaalitoimista 90 prosentilla ja terveystalveluista 58 prosentilla oli ostopalvelusopimuksia järjestöjen kanssa ja 65 prosenttia ilmoitti palvelujen kilpailuttamisesta omalla toimialallaan. Yksityisten palvelujen lisääntyminen on vanhusten kotihoidon osalta varsin kansainvälinen ilmiö (Bureau ym. 2007).

Julkisten ja yksityisten palvelujen lisäksi monet iäkkäät saavat apua myös epäviralliselta taholta, esimerkiksi lapsiltaan tai naapureiltaan, jolloin virallisen avun tarve voi siirtyä myöhemmäksi (Saarenheimo & Pietilä 2003; Kirsi 2004). Julkisten hyvinvointipalvelujen valikoiva tuottaminen merkitsee kuitenkin käytännössä naisten hoivavastuun ja perheissä tehtävän palkattoman työn lisääntymistä (ks. Eräsaari, Julkunen & Silius 1995; Stacey 1984). Maassamme on arviolta yli 300 000 ihmistä läheistensä hoidossa. Omaishoidontuen piirissä heistä on noin 28 000. (STM 2006, 15.) Käytännössä lähes kaikissa maissa vanhushoivan tärkein resurssi on edelleen omaisten ja läheisten tekemä palkaton työ, mutta Suomessa ja Ruotsissa julkisen vallan vastuun väheneminen näkyy vanhustyössä, minkä vuoksi omaiset joutuvat ottamaan entistä suuremman vastuun hoivasta (Anttonen & Sointu 2006). Marta Szebehely (2004, 90) on todennut Ruotsissa kotihoidon muuttumisen myötä sen, että alhaisen koulutustason omaavat iäkkäät käyttävät kaikkein vähiten yksityisiä ja julkisia kotihoitopalveluita ollen enemmän epävirallisen avun varassa, kun taas korkeammin koulutetut saavat kunnallista kotihoitoa ja ostavat yksityisiä palveluja enemmän.

Osa vanhuksista on virallisen avun varassa. Blomgren tutkijakollegoineen (2006, 176) on todennut, että esimerkiksi iäkkäiltä, naimattomilta, yksin asuivilta miehiltä voi tyystin puuttua epävirallinen verkosto, joka auttaisi avun antajana ja avun saannin varmistajana. Vanhusten palveluiden valikoiva tuottaminen voi aiheuttaa sen, että he saattavat jäädä kokonaan ilman apua. Vanhusten palveluissa tapahtuneilla muutoksilla on siis myös

väestöryhmien välistä eriarvoisuutta lisäävä vaikutus (Topo & Sormunen 2008).

Kaiken kaikkiaan voi aiemman tutkimustiedon pohjalta todeta, että kaikista vanhimpien määrän voimakas kasvu on jo nyt muuttanut merkittävästi palveluja käyttävää asiakaskuntaa ja vaikuttanut palvelujen sisältöön. Suunnanmuutoksen lopputulos on se, että kotihoitoavun piirissä tai pitkäaikaislaitoksissa on nykyisin yhä harvempi ja palveluasunnoissa tai tehostetussa palveluasumisessa asuu yhä useampi 75 vuotta täyttänyt suomalainen verrattuna tilanteeseen vuonna 1988. (Andersson 2007, 9–15; Malin 1996, 132–133.) Tällä hetkellä julkisten palveluiden avohuollossa hoidetaan vaan kaikkein huonokuntoisimpia, entisiä vanhempia ja runsaasti apua tarvitsevia vanhuksia (Malin 1996, 132–133; Vaarama ym. 2002). Seurauksena on ollut myös, että ne ikääntyneet, jotka tarvitsevat vähän hoitoa, mutta kotona selvitäkseen apua arkiaskareissa ja asioinnissa, joutuvat hankkimaan niitä jostakin muualta. (Tedre 2003, 98–100; 2007, 95–98). Maili Malin (1996, 132–133) on todennut rakennemuutoksen sisältävän uhan, jonka mukaan vanhuksia hoidetaan kotona riittämättömillä kotihoidon resursseilla. Vaarama ja Voutilainen (2002, 361–362) ovat hahmotelleet skenaarioita vanhusten palvelujen kehityksestä. Tulevaisuudessa vastakkain ovat joko edelleen lisääntyvä resurssien tarve tai palvelurakenteen muutos.

2.4 Lähihoitajat – vanhusten kotihoidon uudet ammattilaiset

Hyvinvointipolitiikan suunnanmuutoksen seurauksena vanhusten palvelut muuttuivat 1990-luvulla laitoshoidosta avohoitoa korostavaksi (Anttonen & Sipilä 2000; Paasivaara 2002; Vaarama & Lehto 1996). Perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon sektorien välillä on ollut selkeä työnjako sosiaalihuollon alaiseen kotipalveluun ja terveydenhuollon alaiseen kotisairaanhoidon, eikä vanhuspalveluja ole mietitty kokonaisuutena (Tedre 2007, 95–96). Sektoreiden välillä on ollut nähtävissä kamppailua työnjaosta. Terveyspalvelujen on katsottu olevan sosiaalipalvelujen yläpuolella (Kuronen 2007, 121–138.) Britannian sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänjakoa tarkastellessaan Lewis (2001, 343–359) väittää, että paikalliset sosiaalihuollon toimijat saavat toissijaisen aseman suhteessa terveydenhuollon ammattilaisiin. Suomessa joissakin kunnissa ainakin osa palveluista tuotetaan nykyään

sosiaali- ja terveydenhuollon välisenä yhteistyönä (Stakes 2007).

Keskeinen muutos avohoidon kehittämisessä on ollut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen merkitsee hallinnollisia ja organisatorisia muutoksia sekä pyrkimistä yhteiseen työkuultuuriin kahden erilaisen sektorin toiminnan yhdistyessä (Voutilainen ym. 2007, 154–166). Kotihoidon yhdistämistä on vauhdittanut toisaalta uusi koulutus rakenne ja toisaalta palvelujen suuntaaminen enemmän hoidon suuntaan (Andersson ym. 2004, 481). Kotihoidoksi yhdistyminen on ollut mahdollista useissa kunnissa sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen myötä. Vuonna 2005 kunnista 47 prosentissa toimi yhdistetty kotihoidon organisaatio joko sosiaali- tai terveystoimen alaisena. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä niille kunnille, joissa sosiaalihuollon ja kansanterveystyön lautakuntien yhdistämistä ei ole pidetty tarkoituksenmukaisena tai joissa kansanterveystyön kuuluminen kuntayhtymälle estää yhdistämisen kuntatasolla, on meneillään kotihoidokokeilu vuoden 2008 loppuun saakka. (Anderson ym. 2004; Stakes 2007, 13–15; STM 2007c.)

Vanhusten kotihoito on ollut työnjaon näkökulmasta kirjava kenttä (Tedre 2007, 95; Wrede & Henriksson 2004). Aiemmin kotipalvelussa työskenteli pääsääntöisesti sosiaalialan koulutuksen saaneita kotiavustajia tai kodinhoitajia. Kotisairaanhoidossa on työskennellyt terveydenhuollon ammattihenkilöitä apu- ja perushoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Kotisairaanhoido on ollut myös diakonisojen työkenttää (Pyykkö 2004; Sinkkonen 1967). Merkittävä ero sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on ollut se, että perinteisesti sosiaalihuollossa on työskennellyt runsaasti kouluttamattomia työntekijöitä, kun taas terveydenhuollossa on edellytetty koulutusta. (STM 2001a.)

Yhä heikkokuntoisempien vanhusten hoitaminen kotona on lisännyt nimenomaan terveydenhuollon henkilöstöä kotipalveluissa. Yhtäältä kotihoidon sairaanhoidollistumisesta on syytetty nimenomaan lähihoitajakoulutuksen aloittamista. Toisaalta eri ammattiliitot kuitenkin kiistelevät siitä, kenen toiminta-alueella kotihoito on (Wrede & Henriksson 2004). Uusi koulutus eli sosiaali- ja terveystoimen perustutkinto, lähihoitaja, otettiin käyttöön vuonna 1993. Koulutus yhdisti seitsemän terveydenhuollon tutkintoa ja kolme sosiaalihuollon tutkintoa. Koulutuksen keskeisenä tavoitteena oli

mahdollistaa työntekijöiden liikkuvuus eri tehtävien välillä ja antaa valmiuksia toimia sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. (Rintala & Elovainio 1997; Vuorensyrjä 2006.) Lähihoitajakoulutus aloitettiin taloudellisen laman aikana, jolloin työttömyys koetteli myös sosiaali- ja terveysalaa (Santamäki 2004). Samanaikaisesti uuden lähihoitajakoulutuksen kanssa koulutettiin parin vuoden ajan vielä esimerkiksi perushoitajia ja kodinhoitajia. (Rintala & Elovainio 1997.) Lähihoitajakoulutuksen alkutaipaleella myös sosiaali- ja terveydenhuollon sektorit toimivat esimerkiksi kotihoidon osalta pääsääntöisesti erillään, jolloin sektoreidenväliselle liikkuvuudelle ei ollut selkeää tarvetta. Alkuun lähihoitajien työllistyminen olikin varsin heikkoa.

Lähihoitajakoulutus on edelleen ainut sosiaali- ja terveysalan yhdistävä koulutus. Koulutuksen laajuus ja sen sisällöt ovat muuttuneet useasti viimeksi kuluneiden 15 vuoden aikana. Erilaiset mahdollisuudet suorittaa lähihoitajakoulutus toisen asteen oppilaitoksissa, aikuisopistoissa, konsulttiyritysten toimesta (MTV 31.10.2007) tai oppisopimuksena joko nuorten perusopetuksena tai aikuisten näyttötutkinnoin (OPH 2001) on vaikuttanut ammatin julkisuuskuvaan. Tällä hetkellä tutkinnon suorittaneet sijoittuvat kuitenkin hyvin työhön, erityisesti vanhustenhuoltoon. Lähihoitajien työnjaollinen asema on kuitenkin varsin selkiintymätön. (Vuorensyrjä 2006.)

2.5 Työnjaon muutokset yhdistetyssä kotihoidossa

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisellä on tutkimusten mukaan useanlaisia seurauksia. Kotihoidossa toimitaan institutionaalisissa olosuhteissa, jotka antavat löyhät ja vain osittain täsmennetyt puitteet, joissa työnjaollinen järjestys on työpaikka- ja tilannekohtaisesti neuvoteltava (myös Wrede & Henriksson 2004). Myönteistä vaikutusta on ollut se, että palveluiden koordinointi on parantanut. (Anderson ym. 2004, 492.) Wrede ja Henriksson (2004, 224) kuitenkin toteavat Helsingin kotihoidon kehittämishankkeen yhteydessä, että kotihoidon hallinnollinen yhdistäminen voi tarkoittaa kotipalvelun roolin katoamista hyvinvointipalveluna ja sen muodostumista perusterveydenhuollon jatkeeksi. Helsingin kotihoidon kokeilussa havaittiin lisäksi työnjaollisia ongelmia eri ammattiryhmien välillä. Myös Perälän ym. (2006, 34–35) mukaan yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä esiintyy enemmän työyhteisöjen

ristiriitoja, kamppailua toimivallasta ja ammattiryhmien välistä kilpailua kuin erikseen toimivissa yksiköissä.

Vanhusten kotihoidon laadun arvioinnissa (Rissanen ym. 1999, 71–81) Kuopion kotihoidossa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutukset työntekijöiden toimenkuviin olivat vähäisiä: henkilöstön työajan käytössä ei tapahtunut suuria muutoksia eivätkä työnkuvat muuttuneet. Myös Tenkanen (2003, 148–150) havaitsi tutkimuksessaan, että kotihoidon toimintayksiköissä pitäydettiin pääasiallisesti edelleen omassa turvallisessa tehtäväalueessa, joko kotipalvelussa tai kotisairaanhoidossa. Työnjaot eri tehtävien osalta olivat selkiytymättömiä ja eri ammattiryhmien välillä oli hyvin erilaisia käsitykset siitä, oliko työnjaosta ylipäätään sovittu. Kotihoidossa tehtävää lääkehoitoa tarkastelevassa tutkimuksessa (Pietikäinen 2004, 39–40; 58–60) kuitenkin ilmeni, että sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastasivat edelleen laajasti lääkehoitoon liittyvistä tehtävistä ja muut kotihoidossa työskentelevät ammattiryhmät lähinnä avustivat lääkehoidon toteuttamisessa. Perus- ja lähihoitajat näyttivät osallistuvan kotiavustajia ja kodinhoitajia useammin lääkehoidon suunnitteluun.

Kotihoidon yhdistymisen myötä työn sisältö on muuttunut siten, että esimerkiksi lääkehuollon, asiakkaiden hygieniasta huolehtimisen ja ruokailussa avustamisen osuus on kasvanut, kun taas siivous- ja asiointiapu ovat vähentyneet (Paljärvi ym. 2003, 85–97). Kotihoidon rationalisointiin viittaava tehtävien ulkoistaminen ja tehtävien tarkka rajaaminen näyttävät vaikuttavan siten, että arjessa selviytymisen sosiaalinen tukeminen menettää merkitystään, jolloin lopputuloksena ovat ikääntyneiden asiakkaiden kokemat palvelupuutteet. (Ala-Nikkola 2003, 96–98; Anderson 2004, 492; Palomäki & Toikko 2007, 271–272). Kotihoidon työstä on tullut resurssien vähentyessä Niemelän (2006, 209) mukaan massatuotantoa, ja käynnit asiakkaan luona ovat muuttumassa ”hyppykäynneiksi”.

Asiakkaat saattavat kokea kotihoidon myös hyvin tehtäväkeskeisenä, jolloin kukin ammattiryhmä hoitaa omat tehtävänsä (Tenkanen 2003, 182–189). Työnsisällön muutoksista ei voi täysin syyttää resurssien vähenemistä vaan Tedren (1999, 22, 40–41, myös Borgman 1998; Twigg 2000, 191) mukaan myös työntekijät itse ovat ajan kuluessa pitäneet eri asioita tärkeinä työssään: välillä etusijalla on ollut siivous,

toisinaan taas vuorovaikutus ja asiakkaiden hoitaminen.

3. TUTKIMUSASETELMA

3.1 Tutkimustehtävä

Tutkimukseni kohteena on työnjako vanhusten kotihoidossa. Tutkimuksen tavoite on yhtäältä ymmärtää, miten valtakunnan politiikassa linjataan vanhusten kotihoidon työnjakoa, ja toisaalta, mitkä tekijät vaikuttavat siihen työpaikkatasolla. Empiirisen tarkastelun kohteena on se, millä tavoin työnjaolliset rakenteet joustavat ja muuttuvat arkipäivän työssä. Erityisenä kiinnostuksenkohteena on lähihoitajan rooli vanhusten kotihoidon työnjaossa. Pyrin löytämään työnjakomalleja, jotka kuvaavat työnjaon muodostumista kotihoidossa.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa linjataan vanhusten kotihoidon työnjakoa?
2. Miten työnjako toteutuu arkipäivän työtehtävissä?
 - a. Millaisia työnjakomalleja kotihoidon toimintayksiköissä on havaittavissa?
 - b. Millaiseksi lähihoitajien rooli kyseisissä työnjakomalleissa muodostuu?

3.2 Tutkimuksen hyvinvointipoliittista taustaa

Tämän laadullisen tutkimuksen hyvinvointipoliittisen tausta-aineiston muodostavat poliittiset ohjelmat ja oppaat, jotka valottavat, miten vanhusten kotihoidon työnjakoa ja työntekijöiden ammatillista koulutusta linjataan ja ohjeistetaan. Olen valinnut hyvinvointipoliittisista ohjelmista tarkastelun kohteeksi *Hyvinvointi 2015 -ohjelman* (STM 2007a) ja *KASTE-ohjelman* (STM 2008b). Suosituksista tarkastelun kohteena

ovat *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus* (2008a) ja *Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus* (STM 2007b, 35–36) ja käytännön toimintaa ohjaavista oppaista *Turvallinen lääkehoito – opas* (STM 2005b) sekä *Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun* (Stakes 2008). Tarkastelen erityisesti lähihoitajien koulutusta *sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakoitihankkeen (SOTENNA)* loppuraportin valossa (Vuorensyrjä 2006). Tausta-aineistoa on luettu siitä näkökulmasta, keitä hyvinvointipoliitikassa esitetään vanhustyöntekijöinä ja miten työnjakoa linjataan.

Hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa korostetaan vanhusten asumista kodissaan ja tämän tukemista erilaisin keinoin. Yhtäältä yleisenä tavoitteena on vastuun siirtäminen pois julkiselta sektorilta perheille, yksityiselle ja kolmannelle sektorille. Osallistumista hoivatalokoiisiin peräänkuulutetaan ”yhteisvastuun yhteiskunnan” ja ”asiakkaan valinnanvapauden” retoriikalla. (STM 2008a, b.) Toisaalta vanhusten kotihoidossa työskenteleviltä edellytetään sosiaali- tai terveysalan koulutusta, jatkuvaa täydennyskouluttautumista ja gerontologista osaamista (STM 2006; 2008 a, b). Lähihoitajakoulutus on edelleen ainut sosiaali- ja terveysalan sektorit ylittävä koulutus, mutta suurin osa valmistuneista sijoittuu siitä huolimatta sosiaalialalle töihin. Uhkaavan työvoimapulan vuoksi sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteissa (STM 2007b) esitetään huoli työvoiman riittävydestä, mikä ajaa osaltaan ammatillisen koulutuksen tärkeyden ohi. Ehdotuksia ovat sekä maahanmuuttajien rekrytointi alalle että lähihoitajakoulutusta lyhyemmät koulutukset ja osatutkinnot, joilla saadaan nopeasti työvoimaa erityisesti ikääntyneiden kotihoitoon ja tukipalveluihin.

Työpaikkatasolla vanhusten kotihoidon työnjaolliset kysymykset koskevat tällä hetkellä erityisesti lääkehoidon toteuttamista eri ammattiryhmien kesken. *Turvallinen lääkehoito-opas* kehottaa laatimaan lääkehoidon suunnitelman, josta näkyy, miten vastuu lääkehoidon toteuttamisesta jakautuvat eri ammattiryhmien kesken ja miten työntekijän osaaminen varmistetaan (STM 2005b). *Asiakaslähtöinen kotihoito – opas* puolestaan korostaa paikallisen yhteistyön ja työnjaon tapoja sekä moniammatillisen tiimityön merkitystä (Stakes 2008). Terveystenhoitoa koskevassa keskustelussa ammattiryhmien välistä työnjakoa on tarkasteltu lähinnä lääkärin ja sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan välisen työnjaon, tehtävänkuvien laajentamisen ja tehtävänsiirtojen

näkökulmista (STM 2005a; 2008c.) Sosiaalihuollon työnjakoa on linjattu siten, että tehtävät kotipalvelussa jakautuvat eri ammattiryhmien ammatillisen koulutuksen perusteella (STM 2007a).

Yhteenvetona voidaan todeta, että hyvinvointipoliittiset tausta-aineistot valottavat hyvin, miten toimijatahosta riippuen ohjelmadokumenteissa luodaan erisuuntaisia tavoitteita ja linjauksia siitä, kuka tekee työtä vanhusten kotihoidossa. Muutokset noudattavat myös eri aikatauluja. Työnjaon kysymykset jäävät hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa marginaalisiksi, jolloin on selvää, että vastuu työnjaon neuvotteluista jää työpaikalle.

3.3 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen eteneminen

Työpaikkatasoisessa tarkastelussa empiirisen tutkimuksen kohteeksi on valittu kahden väestöpohjaltaan pienen eteläsuomalaisen kunnan yhdistetyn kotihoidon toimintayksiköt. Hain tutkimusluvut kotihoidon toimintayksiköihin syksyllä 2007 (Liite 1) ja sain ne noin kahden kuukauden sisällä anomuksesta. Kunnat, joissa kotihoidon toimintayksiköt sijaitsivat, valikoituivat tutkimukseen ensinnäkin siitä syystä, että ne ovat kumpikin pieniä kuntia, joissa on jo useita vuosia toiminut yhdistetty kotihoito. Toinen kiinnostava lähtökohta oli, että kotihoidon toimintayksiköt toimivat hallinnollisesti eri organisaatioiden alaisuudessa ja olivat henkilöstörakenteeltaan eri tavoin painottuneita. Toinen kotihoidon toimintayksiköistä toimi terveyskeskuskuntayhtymän alaisena (kotihoito A) ja toinen kunnan sosiaalitoimen alaisena (kotihoito B). Terveyskeskuskuntayhtymän alaisen kotihoidon toimintayksikön tutkimusluvista päätti johtava lääkäri ja sosiaalitoimen alaisen kotihoidon toimintayksikön luvista puolestaan sosiaalilautakunta. Tutkimuksessa mukana olleet kunnat ovat väestörakenteeltaan hieman erilaisia, mikä vaikuttaa sekä kotihoidon laajuuteen ja kohderyhmään että työntekijöiden määrään. Kotihoito A sijaitsee kunnassa, jossa yli 64-vuotiaiden osuus väestöstä on 22,3 prosenttia, kun kunnassa B vastaava osuus on 14,2 prosenttia (Tilastokeskus 2007).

Tutkimuksen haastatteluaineiston muodostavat terveydenhoitajien, perus- ja

lähihoitajien, kodinhoitajien sekä ns. hoitajien ryhmähaastattelut (N=4), haastateltavien taustatietolomakkeet (liite 2) ja kotihoidon toimintayksiköiden työvuorotaulukot 3 viikon ajalta. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 16 työntekijää neljässä eri ryhmässä. Kummassakin kotihoidon toimintayksikössä joko esimies tai tiimin vastuuhoidtaja toimivat yhdyshenkilöinä järjestäen haastatteluajankohtia ja -tiloja. Työntekijät saivat osallistua ryhmähaastatteluihin työaikana, mutta niihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Ryhmähaastattelut toteutettiin joulukuussa 2007 ja tammikuussa 2008. Kaikki haastatteluihin osallistuneet olivat naisia. Toisen kotihoidon toimintayksikön esimiehenä toimi mies, mutta kaikki muut työntekijät olivat naisia. Kuhunkin ryhmään osallistui 3–6 työntekijää. Kotihoito A:sta tutkimukseen osallistui kolme ryhmää: terveydenhoitajat (n=4), kodinhoitajat ja lähihoitajat (n=3) ja kotipalvelutyöntekijät (n=3). Kotihoito A:ssa haastateltiin kodinhoitajat ja lähihoitajat esimiehen toivomuksesta yhtä aikaa. Perusteluna tälle toivomukselle oli, että työntekijät tekevät käytännössä samaa työtä. Kotihoito B:stä muodostui yksi ryhmä, koska kaikki työntekijät toimivat ns. hoitaja-nimikkeellä (n=6). Hoitaja-nimike on Kuntaliiton (1998) suosittama käytäntö, joka koskee kouluasteen tutkintoja. Sen tarkoituksena on mahdollistaa esimerkiksi työpaikkojen vapaampi täyttäminen, kun tehtävän nimike ei ole suojattu. Esimerkiksi lähihoitajan paikkaa ei voida täyttää kodinhoitajakoulutuksen käyneellä, koska lähihoitaja on nimikesuojattu ammattihenkilö. Hoitajan paikalle sen sijaan voidaan valita esimerkiksi kodinhoitaja, lähihoitaja tai sairaanhoitaja.

Olen esitellyt tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja sekä työvuorotaulukoiden tuottamaa tietoa artikkelissamme (Suominen & Henriksson 2008). Toimitin etukäteen taustatietolomakkeet kotihoidon toimintayksiköiden esimiehelle ja vastuuhoidtajille. Keräsin taustatietolomakkeet tutkimukseen osallistuneilta haastattelujen yhteydessä ja osan he lähettivät minulle kotiin. Sain kummastakin kotihoidon toimintayksiköstä työvuorotaulukot ennen ensimmäistä haastattelua. Työvuorotaulukot koskivat edellistä kolmen viikon toteutunutta jaksoa. Työvuorotaulukoihin oli näin ollen tehty muutoksia todellisen toteutuman mukaan. Keskustelin tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden kanssa työvuoroista ja niistä joustamisesta ryhmähaastattelutilanteissa. Esimerkiksi toisen kotihoidoyksikön työvuorotaulukoissa näkyi runsaasti tilanteita, joissa työntekijät olivat tulleet vapaapäivältä työhön, ja muun muassa tätä toimintakulttuuria osasin myöhemmin tarkentaa ryhmähaastatteluissa.

3.3 Tutkimusmenetelmä

3.3.1 Ryhmähaastattelu

Ryhmähaastattelu on laadullisen tutkimuksen menetelmä, joka sopii hyvin erityisesti organisaatioiden ja ryhmien kulttuurin tutkimukseen (Moilanen 1995, 29). Ryhmähaastattelun hyvä puoli on se, että tietoa voidaan kerätä tehokkaasti yhtä aikaa usealta henkilöltä. Ryhmähaastattelun erityispiirre on suora kielellinen vuorovaikutus tutkittavien kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 62–62.)

Ryhmähaastattelu voi perustua etukäteen laadittuun teemahaastattelurunkoon, joka kattaa tutkimuksen keskeiset teemat. Haastattelijan tehtävänä on pitää huolta siitä, että kaikki teemat käydään läpi, ja pyrkiä innoittamaan kaikkia ryhmän jäseniä monipuoliseen keskusteluun. Teemahaastattelun tarkoitus ei ole se, että osallistujat vastaavat haastattelijan kysymyksiin, vaan ennemminkin tärkeää on osallistujien keskinäinen vuorovaikutus ja teeman esiintuomat ajatukset. Usein teemahaastattelu muistuttaa rakenteeltaan keskustelua ja asiasta toiseen siirrytään tilanteen mukaan. Toisinaan osallistujat voivat keskustelun aikana jopa unohtaa sen, että osallistuvat haastatteluun. (Eskola & Suoranta 2000, 96–97; Wilkinson 2004, 177.) Tämän tutkimuksen ryhmähaastattelun teemoja (Liite 3) olivat työtehtävät, työnjako, työnjakoon liittyvät haasteet ja työntekijöiden saatavuus kotihoidon toimintayksikössä.

Ryhmähaastattelumenetelmän mukaisesti teemoihin johdattavissa kysymyksissä ja tarkentavissa kysymyksissä otettiin huomioon aiemmissa haastatteluissa esiin tulleita aiheita (ks. Wilkinson 2004, 177). Teema-alueiden esittelyn jälkeen ryhmät käyttäytyivät hyvin eri tavalla, mutta yleensä keskustelu alkoi vilkkaana. Puheenvuorojen jakaminen tapahtui ryhmissä automaattisesti: yhden lopettaessa toinen otti puheenvuoron. Ryhmissä esiintyi jonkin verran päällekkäinpuhumista, kun jokin aihe innoitti erityisellä tavalla keskustelemaan.

Ryhmähaastatteluun sisältyy näkökohtia, jotka tutkijan tulee huomioida tutkimusprosessin kuluessa. Haastattelu on kokonaisuudessaan prosessi, joka vaatii tutkijalta etukäteen huolellista valmistautumista ja tutkimusaiheeseen perehtymistä.

Käytännön ongelmina saattaa esiintyä vaikeuksia sovittaa usean osallistujan aikataulut yhteen ja löytää sopiva ajankohta ryhmähaastattelulle. Muut kriittiset tekijät liittyvät usein ryhmän kokoon, haastattelun pitopaikkaan ja ryhmädynamiikkaan. Tutkittavan aiheen kokonaisuuden hahmottamiseksi tarvitaan yleensä 3–4 melko samanlaista ryhmää. Ryhmien kokoamisessa pyritään osallistujien taustatekijöiden homogeenisuuteen. (Green & Hart 2001, 22–31.)

Tässä tutkimuksessa ryhmät muodostettiin sen mukaan millä nimikkeellä työntekijät työskentelivät kotihoidossa. Ryhmien koot vaihtelivat kolmesta kuuteen osallistujaan. Sopivana ryhmän kokona pidetään sitä, että siinä on 3–8 osallistujaa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–62). Isossa ryhmässä osallistujien välille saattaa muodostua pienempiä ryhmiä, joissa keskustellaan, ja tuolloin menetetään usein osa aineistosta. Pienessä ryhmässä jokaisen osallistujan osuus korostuu erityisellä tavalla, mutta vaarana on myös se, että jonkun osallistujan ottama dominoiva rooli voi estää muiden mielipiteiden esille tulon.

Haastattelupaikan valinnalla on osoitettu olevan hyvin paljon merkitystä sille, että mitä osallistujat puhuvat. (Kitzinger & Barbour 2001, 10–11.) Ryhmähaastatteluiden tulee tapahtua rauhallisessa paikassa ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä ja keskeytyksiä. Haastattelupaikka voi vaikuttaa siis tutkimuksen luotettavuuteen. Ryhmähaastattelut toteutettiin kotihoito A:n osalta siten, että terveydenhoitajien haastattelu pidettiin heidän yhteisessä tilassaan ja muut haastattelut olivat kokoustilassa. Kotihoito B:n haastattelu pidettiin myös kokoustilassa. Terveydenhoitajien haastattelu heidän omassa tilassaan osoitti konkreettisesti sen, minkälainen merkitys haastatteluympäristöllä on. Osallistuminen ryhmähaastatteluun työntekijöiden omalla tutulla maaperällä oli erityisen vilkasta, mutta haastattelun aikana tapahtui muutamia keskeytyksiä sen vuoksi, että joku tuli kysymään terveydenhoitajilta jotakin tai puhelin soi. Muut ryhmähaastattelut olivat kokoustilassa, joissa ei ollut keskeytyksiä kesken haastattelun, mutta virallinen tila saattoi aiheuttaa myös alkukankeutta haastattelun kulussa.

Ryhmähaastatteluiden kesto oli keskimäärin 65 minuuttia (55–80 minuuttia). Haastattelut nauhoitettiin osanottajien suostumuksella. Eskolan ja Suorannan (2000, 97–98) mukaan haastattelujen nauhoitukseen voi liittyä myös ongelmia laitteiden

toimivuuden vuoksi ja osallistujien puhuessa toistensa päälle, jolloin äänestä on vaikeaa saada selvää. Haastattelujen nauhoitus onnistui pääosin hyvin. Aineiston aukikirjoittamista hankaloitti se, että muutamat ryhmähaastatteluihin osallistuneet puhuivat hyvin hiljaa ja jonkin verran esiintyi päällekkäin puhumista.

Keskustelu ei välttämättä paljasta kaikkien osallistujien ajatuksia, jos ryhmähaastattelussa esiintyy runsaasti toisten puheenvuorojen keskeyttämistä (Kitzinger & Barbour 2001, 13). Haastatteluissa toisten keskeyttäminen liittyi usein siihen, että muut myöntelivät tai yhtyivät puhujan sanoihin. Jouduin haastattelun aikana tarkentamaan muutamia kertoja sellaisia asioita tai ajatuksia, jotka voitiin tulkita monella tavalla, kuten ”kaikki tekee kaikkea”.

Ryhmähaastattelutilanteen etuna on se, että osallistujat ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiaan muistamaan asioita, mitä yksilöhaastattelussa ei välttämättä tulisi esille. Vuorovaikutus voi olla myös kriittinen kohta siitä syystä, että ryhmän jäsenet kuulevat toistensa puheen. Tällä voi olla vaikutusta siihen, mitä osallistujat haluavat tuoda esille ja kuinka voimakkaasti he haluavat ilmaista asioita tai osallistuvatko he ylipäätään koko ryhmähaastatteluun. (Eskola & Suoranta 2000, 97–98.) Esimerkiksi kotihoito A:n osalta tein havainnon, että kodinhoitajien ja lähihoitajien ryhmä oli kaikkein pienin, vaikka heidän määränsä on kyseisen kotihoidon yksikön henkilöstörakenteessa kaikkein suurin. Myös sillä, että ryhmähaastatteluun osallistuivat yhdessä sekä kodinhoitajat että lähihoitajat, saattoi olla merkitystä siihen, mitä osallistujat puhuivat ryhmätilanteessa. Osallistuneet toivat kuitenkin esille omia mielipiteitään monipuolisesti, vaikka ne olisivat poikenneet muiden mielipiteistä. Alasuutari (1999, 154) on todennut, että analyysi ryhmätilanteen vuorovaikutuksesta voi kuvata myös organisaation hierarkkisuutta. Näin ollen voisi todeta, että yhtä lailla se, kuka organisaatiosta osallistuu ryhmähaastatteluun, voi kuvata organisaatiossa tapahtuvia asioita ja toimijoita.

Se, että osallistujat tuntevat toisensa entuudestaan voi rajoittaa asioiden esille tuomista, mutta yhtälailla muiden kokemukset voivat rohkaista toisia ilmaisemaan omia mielipiteitään ja kokemuksiaan. Ryhmän jäsenten keskinäinen vuorovaikutus korostaa heidän mielipiteitään, mutta toki yksilöllisyys ja joidenkin osallistujien jääminen taka-

alalle on mahdollista. (Eskola & Suoranta 2000, 97–98.) Ryhmähaasteluissa tuli hyvin esille se, miksi ryhmähaastattelut toimivat erityisesti organisaatioiden ja kulttuurin tutkimuksessa. Osallistujat jakoivat haastatteluissa omia kokemuksiaan esimerkiksi hyväksi koetuista käytännöistä omassa työtiimissään muille tiimeille. Ryhmähaastattelun yksi tärkeä ulottuvuus esimerkiksi työyhteisössä liittyykin siihen, että tällöin puhutaan asioista, joista ei yleensä muulloin puhuta (Alasuutarin 1999, 155). Ryhmähaastattelu voi toimia siis tilanteena, jossa myös samalla rakennetaan ammattikulttuuria ja kehitetään työyhteisön toimintatapoja. Esimerkiksi terveydenhoitajien haastatteluissa ilmeni, että osa terveydenhoitajista osallistui säännöllisesti oman tiimensä kokoontumisiin ja kokivat tiedon kulkevan hyvin. Ne, joilla ei ollut tällaista tapaa, saattoivat kokea erityisiä ongelmia tiedonkulussa itsensä ja muiden ammattiryhmien välillä. Haastattelun aikana terveydenhoitajat pohtivat yhdessä ratkaisua siihen, miten yhteiset kokoontumiset mahdollistuisivat.

Ryhmähaastattelu osoittautui erittäin tehokkaaksi ja monipuoliseksi tavaksi kerätä aineistoa työnjaosta kotihoidossa. Kaikissa ryhmissä toistuivat samat keskeiset teemat, joten neljää ryhmähaastattelua voitane pitää riittävänä määränä aineiston luotettavuuden kannalta. Ryhmähaastattelujen tekninen toteutus sujui hyvin ja pysyimme myös hyvin sopimassani aikataulussa. Etukäteen pohdin paljon, kuinka hyvin osallistujat kertovat oman mielipiteensä ryhmätilanteissa. Olen itse yllättynyt siitä, että työntekijät toivat rohkeasti esille myös toisten mielipiteistä poikkeavia näkökantojaan. Ryhmähaastatteluista muodostui pääasiallisesti leppoisia ja ilmapiiriltään avoimia tilanteita.

3.3.2 Tutkimusaineiston analysointi

Tämän tutkimuksen teoreettis-metodologiset lähtökohdat ovat konstruktionistisessa todellisuuden tulkinnassa. Sosiaalinen konstruktionismi tarkastelee sosiaalisen todellisuuden ja sitä koskevien tulkintojen rakentumista. Sen mukaan tieto on sosiaalisesti rakennettua ja siten todellisuus on myös monikasvoista. Jokaisesta tilanteesta ja tapahtumasta on olemassa erilaisia tulkintoja. Sosiaalinen todellisuus on merkitysjärjestelmä, joka on ihmisten luoma, ei luonnollisen maailman heijastus tai kuva. Kielellä on todellisuuden konstruktionistisessa tulkinnassa keskeinen merkitys.

Kieli ei ole vain ajatusten ilmaisun väline vaan koko ajattelun edellytys, ja kielen käyttö on seurauksellista sosiaalista toimintaa, jossa luodaan merkityksiä. (Berger & Luckman 1967.) Sosiaalinen konstruktionismismi ei ole tutkimusmenetelmä, vaan monien sosiaalista todellisuutta laadullisesti erittelevien lähestymistapojen ja menetelmien taustalla oleva epistemologinen orientaatio. Yksi näistä lähestymistavoista on Erving Goffmanin kehysanalyysi (Goffman 1974). Goffman jäsentää ihmisten erilaisten käytännön ajattelu- ja toimintatapojen kirjon tietyiksi kokemusten organisointitavoiksi, joita hän kutsuu kehyksiksi. Arkipäivässä siirrytään kehyksestä toiseen. Kehys viittaa siihen, mitä eri osapuolet tekevät sosiaalisissa tilanteissa ja miten he tekemiseensä liittyen ja sen tuloksena määrittelevät ja merkityksellistävät tilannettaan. (Peräkylä 1990, 16–19, 153–155.) Goffmanin kehysajattelu on ollut pitkin matkaa tutkimukseni taustalla, emme ole käyttänyt kuitenkaa tutkimusartikkelissamme kehyksen käsitettä, emmekä eritelleet aineistoa kehysanalyysin käsitteisin tukeutuen. Olemme käyttäneet käsitettä työnjakomalli, koska se mielestämme sopii hyvin tutkimamme ilmiön jäsentelyyn. Mallilla emme kuitenkaan tarkoita ideaalimalleja tai käytännön työyksiköissä hallitsevia käytäntöjä vaan työyhteisön toiminnan ja puheen kautta tilannekohtaisesti tuotettuja ja vaihtelevia näkökulmia työnjaon toteutukseen.

Olen tarkastellut tutkimusaineistoa sisällönanalyysia hyödyntäen. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen menetelmä, jossa aineistoa tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Tässä tutkimuksessa analyysin kohteena olivat nauhoitettujen ryhmähaastatteluiden aukikirjoitetut tekstit, joita oli yhteensä 79 sivua. Aukikirjoitin haastattelut itse hyvin pian haastattelun jälkeen, mikä oli erittäin hyödyllistä, koska minulla heräsi litteroinnin aikana lisäkysymyksiä ja alustavia aineiston tutkintaideoita, ja kykenin palaamaan niihin tunnelmiin, joita ryhmähaastattelussa esiintyi. Osa haastateltavista puhui vahvaa paikallista murretta, jolle pyrin löytämään mahdollisimman tarkan yleiskielisen ilmauksen osallistujien anonymiteetin säilyttämiseksi. Tärkeää oli kuitenkin säilyttää harvinaisempiakin ilmaisuja, jotka kuvaavat esimerkiksi tiettyyn ammattikulttuuriin liittyviä asioita, vaikka ovat sanana vanhempia ja nykyään vähemmän käytettyjä. Tällainen oli esimerkiksi kotipalvelutyöntekijän käyttämä sana rintaperillinen, jota hän käytti ilmaisuna kuvatessaan lähiomaista.

Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyyssissä aineisto pilkotaan ensin pieniin osiin, etsitään käsitteellisiä yhteyksiä ja lopuksi järjestetään uudelleenkokonaisuudeksi teoreettisten kysymysten suunnassa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Poimin aukikirjoitetuista haastatteluista alleviivaamalla tutkittavaan ilmiöön liittyviä yksittäisiä sanoja ja lauseita tai niiden osia. Aineiston analysoinnissa on etua siitä, että aineiston analysoija on itse suorittanut ryhmähaastattelut, ja näin ollen hän voi analysoidessaan muistella haastattelutilannetta ja siten saavuttaa laajemman esiymmärryksen aineistosta (Frankland & Bloor 2001, 17). Koin hyödyllisiksi myös kenttämuistiinpanoni, joita tein haastattelujen jälkeen ja niiden välillä. Luin omat muistiinpanoni läpi esimerkiksi ennen seuraavaan haastattelun menoa, jolloin osasin kysyä tai tarkentaa jotain aiemmin esille tullutta asiaa. Analysoin ryhmien haastattelut aluksi kunkin ryhmän omana kokonaisuutenaan etsien yhteneviä ja toisistaan poikkeavia tai ristiriitaisia ilmauksia, jotka kuvaisivat kotihoidon toimintayksiköissä tapahtuvaa työnjakoa (ks. Frankland & Bloor 2001, 144–145).

Pyrin aineiston analyysissä systemaattisuuteen ja välttämään omien ennakkokäsitysten vaikutusta ilmausten valintaan. Alleviivatut lausumat pelkistin siten, että alkuperäistä työntekijän työnjakoon liittyvä kokemusta kuvattiin pelkistetyimmällä muodolla. Näistä pelkistetyimmistä ilmaisuista muodostui alakategorioita, joista muodostin ikääntyneiden kotihoidon työnjakoa kuvaavia yläkategorioita eli tässä tapauksessa työnjakomalleja. Tutkimusmenetelmässä yhdistyy aineistolähtöinen ja teoriasidonnainen analyysi (Silverman 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003). Aiempi teoreettinen tieto ohjasi osaltaan analyysia ja kotihoidon työnjakoa kuvaavien mallien rakentamista.

3.3.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus liittyy aineiston systemaattiseen ja huolelliseen keräämiseen sekä tulosten uskottavuuteen, siirrettävyyteen ja vahvistettavuuteen. Uskottavuus arviointikriteerinä viittaa siihen, miten tutkija on tavoittanut tutkittavien todellisuuden. Uskottavuutta varmistaa se, että tutkija tuntee tutkittavan kontekstin ja kykenee kuvaamaan tutkimukseen osallistuneet riittävän tarkasti. Tulosten uskottavuuteen liittyy myös analyysin etenemisen kuvaus sillä tarkkuudella, että lukija

voi sitä seurata ja tehdä omia johtopäätöksiään aineistosta ja tuloksista. Alkuperäisen aineiston käyttäminen eli aineistonäytteet tukevat lukijan suorittamaa arviointia. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 138).

Uskottavuuden lähtökohtana on myös tutkijan ja tutkittavien yhteinen kieli. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 138). Tässä tutkimuksessa tutkittavien todellisuuden tavoittaminen edellytti kotihoitotyön tuntemusta. Oma aikaisempi kokemukseni työstä kotisairaanhoidossa ja käynnit useissa kotihoidon toimintayksiköissä nykyisen lähihoitajien opettajan työni puolesta mahdollistivat kotihoidon arkipäivän tuntemuksen ammattihenkilön näkökulmasta. Olin aiemmin eri yhteyksissä tavannut joitakin tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä, mutta työntekijät eivät olleet ilmeisesti keskustelleet asiasta keskenään, koska minulta kysyttiin usein haastattelun jälkeen, miksi olen kiinnostunut kotihoitotyöstä ja miksi juuri heitä tulen haastattelemaan. Esimerkiksi terveydenhoitajat kertoivat minulle myös mitä lähihoitajille opetetaan ja mikälaisia valmiuksia he saavat koulutuksen kautta. Tästä päättelen, että oma taustani ei ollut heille tiedossa. Huolimatta omista yhteyksistäni tutkittavaan alueeseen olen pyrkinyt tarkastelemaan vanhusten kotihoidon työnjakoa kuitenkin niin objektiivisesti kuin se on ylipäätään mahdollista. Osaltaan tämä oli mahdollista siitä syystä, että en ole itse työskennellyt yhdistetyssä kotihoidossa. Olen kuitenkin ollut tietoinen siitä, että edustan terveydenhoitajien ammattiryhmää, joka on kotihoidon työnjaon ylimmillä portailla ja myös pitää tiukasti kiinni omista työtehtävistään rajaten siten alempien ammattiryhmien pääsyä omalle toiminta-alueelleen. Tutkielmani ohjaajan kommentit ja tutkimuksen aikana tekemäni kenttäpäiväkirja ovat toimineet myös hyvänä peilinä omalle toiminnalleni ja pohdinnallani. Itselläni on aikaisempia hyviä kokemuksia työnjaosta ja yhteistyöstä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välillä. Tästä syystä olen osannut myös ihmetellä työnjaon toimintakäytäntöjä yhdistetyissä kotihoidon yksiköissä.

Siirrettävyys luotettavuuden kriteerinä liittyy tutkimuksen sovellettavuuteen. Se viittaa siihen, miten hyvin tutkimustulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 136.) Laadullisessa tutkimuksessa otantamenetelmät eivät mahdollista tilastollista yleistämistä perusjoukkoon. Siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava, että laadullisen lähestymistavan vahvuutena on kontekstisidonnaisuus ja subjektiivisuus.

Näistä johtuen tutkimustulokset eivät ole sellaisenaan täysin siirrettävissä toiseen tutkimustilanteeseen. Kotihoidon työnjaon osalta tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää laajemmalti kotihoidon yksiköihin, koska kotihoidon yhdistäminen toteutetaan aina paikallisena ratkaisuna, jolloin työjakomallit vaihtelevat (Wrede ja Henriksson 2004, 221). Kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Tuomi & Sarajärvi 2003, 137), kuten esimerkiksi siitä, miten ammattilaiset omassa puheessaan rakentavat erontekoja (Eriksson-Piela 2003, 189–195).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä vahvistettavuus liittyy tulosten esittämiseen siten, että lukija voi seurata tutkijan päättelypolkua aineistosta johtopäätöksiin. Vahvistettavuuteen sisältyy myös se, että lukija voi arvioida tutkimusprosessin johdonmukaisuutta, tutkimusongelmien selkeyttä ja vastaavuutta suhteessa metodologisiin valintoihin ja otantaan. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 137.) Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa ohjasi systemaattisesti tutkimuksessa tehtyjä valintoja. Tutkittavat olivat halukkaita kertomaan työnjaosta ikääntyneiden kotihoidossa. Nauhoitin haastattelut tutkittavien suostumuksella. Haastattelunauhut ja litteroidut tekstit mahdollistivat palaamisen alkuperäiseen aineistoon tutkimusprosessin aikana, jolloin minun ei tarvinnut tulkita asioita muistinvaraisesti. Samoin haastattelujen jälkeen kirjoittamani lyhyet muistiinpanot haastattelutilanteesta auttoivat palaamaan alkuperäiseen haastattelutilanteeseen.

Olen pyrkinyt noudattamaan tutkimuksen eettisiä pelisääntöjä. (Pietarinen 2002, 58–69; Launis 2007). Olen itse ollut kiinnostunut ja motivoitunut tutkimaan työnjakoa kotihoidossa ja noudattanut huolellisuutta ja systemaattisuutta sekä paneutunut huolellisesti tutkittavaan alueeseen koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimukseen osallistuminen on ollut tutkittaville vapaaehtoista ja olen saatekirjeen sekä tutkimussuunnitelman muodossa antanut etukäteisinformaatiota tutkimuksen sisällöstä.

Olen pyrkinyt huomioimaan koko tutkimusprosessin ajan sekä organisaatioiden että tutkittavien anonymiteetin säilymisen. Olen käyttänyt kotihoidon toimintayksiköistä koodeja kotihoito A ja kotihoito B paikkakuntien sijasta ja pyrkinyt kuvaamaan organisaatioita niin yleisellä tasolla, ettei niitä voi tunnistaa. Olen käyttänyt

tutkimukseen osallistuneista ammattinimikkeitä organisaatioiden nimikekäytäntöjen mukaisesti nimien ja muiden taustatietojen sijasta. Olen myös muuttanut haastatteluihin osallistuneiden murteelliset sanat mahdollisimman yleiskielisiksi ilmaisuiksi tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetin säilyttämiseksi. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot ovat myös ainoastaan minun tiedossani, ja hävitän ne asianmukaisesti tutkimuskäytön jälkeen.

Tärkeä osa tutkimuksen eettisiä pelisääntöjä on tutkimuksen tuottaman tiedon jakaminen ja hyödyntäminen (ks. Pietarinen 2002, 58–69). Olen lupautunut kertomaan kumpaankin kotihoidon toimintayksikköön tutkimukseni tuloksista ja siten herättämään keskustelua ammattien välisen työnjaon kehittämistä vanhusten kotihoidon toimintayksiköissä. Voin hyödyntää tutkimuksen avaamia näkökulmia myös omassa opetustyössäni kouluttaessani lähihoitajia ja toimiessani läheisessä yhteistyössä työelämän kanssa.

4. Pohdintaa

4.1 Tutkimusprosessin arviointia

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella ikääntyneiden kotihoidon työnjakoa sekä hyvinvointipoliittisen taustan että arkipäivän kotihoitotyön näkökulmasta. Erityisenä kiinnostuksenkohteena oli lähihoitajan rooli työnjaossa. Kiinnostukseni kotihoitoa kohtaan johtuu pitkälti omasta ammatillisesta taustastani kotisairaanhoidon työntekijänä ja ammattilaisten opettajana. Lähihoitajien rooli kotihoidon työnjaossa on kiinnostava, koska olen törmännyt sekä kirjallisuudessa että käytännön työssä moniin erilaisiin hallinnonalajakojen synnyttämiin työnjakokäytäntöihin, ammattiryhmien väliseen kilpailuun ja ristiriitoihin. Toivoin tämän tutkimuksen kautta avautuvan laajemman näkökulman, jota voidaan hyödyntää kotihoidon toimintayksiköiden työnjaon kehittämisessä huomioiden kotihoidon laadun, työntekijöiden jaksamisen sekä alan ammatillisen vetovoimaisuuden lisäämisen.

Oma ammatillinen taustani sekä aiemmin kotisairaanhoidon työntekijänä että tällä hetkellä lähihoitajien opettajana tekivät minusta tutkimusprosessin aikana kahden maan kansalaisen. Koen kuitenkin, että omalla ammatillisella taustallani kykenin herättämään luottamusta tutkimukseen osallistuneissa ja puhuimme samaa kieltä. Jouduin kuitenkin koko tutkimusprosessin ajan huomioimaan, minkälaisen linssien läpi tarkastelen asiaa, koska liikuin minulle erittäin tutulla alueella. Tässä ohjaajieni kysymykset auttoivat minua erityisellä tavalla.

Keskeinen haaste tutkimuksen teoreettista taustaa rakentaessani on ollut tutkimuksen hyvinvointipoliittisen tausta-aineiston sijoittaminen tekstiin. Tekemäni päätös tarkastella hyvinvointipoliittisia ohjelmia erikseen pikemminkin tutkimuksen poliittisena tausta-aineistona kuin tutkimuskirjallisuutena on jäsentänyt omia ajatuksiani ja selkiyttänyt aiheen käsittelyä. Myös sektoritutkimuslaitokset, kuten Stakes, tekevät tutkimusta ministeriön ohjauksessa ja tilauksesta. Sektoritutkimus on siis välittömästi yhteiskunnallista päätöksentekoa palvelevaa ja siten poliittisesti ohjattua (Heikkilä 2006, 70).

Laadullinen tutkimusote ja aineiston hankkiminen ryhmähaastattelujen avulla tuntuivat tämän tutkimusaiheen kannalta hyvältä valinnalta. Vanhusten kotihoidon työnjako on selkiytymätöntä, ja sitä on vaikea tutkia. Myös aikaisemmat tutkimustulokset ovat osin erisuuntaisia. Ryhmähaastattelut sopivat mielestäni tämäläisen aiheen tutkimiseen. Keskustelunomaisuus haastattelutilanteissa toimi myös työyhteisön sisäisen keskustelun virittäjänä, koska työntekijät puhuivat aiheista, joista ei selvästi ollut käyty keskustelua työyhteisössä. Ryhmähaastattelut ja niiden analysoiminen avasivat myös minulle itselleni uudenlaisen näkökulman kotihoidon kenttään ja työnjakoon.

Ryhmähaastattelujen purkaminen ja sisällönanalyysi olivat aikaavieviä prosesseja. Palasin useita kertoja alkuperäiseen aineistoon ja asiayhteyteen, jossa haastateltujen kokemukset ja mielipiteet oli ilmaistu. Aineiston analysoinnin loppuvaiheessa aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta oli hyötyä. Aihealuetta selvitellessäni huomasin, että useissa kotihoidon yksiköissä kehitetään parhaillaan työnjakoa erilaisissa hankkeissa, mutta niistä ei ole saatavilla tutkimustietoa. Olen peilannut jonkun verran Suomessa tapahtunutta työnjakoa muiden maiden kotihoidon toteutukseen.

Suomalainen malli sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisestä on melko ainutlaatuinen ja sikäli kansainvälinen vertailtavuus ei ole yksinkertaista. Kuitenkin samat tietyt elementit työnjaossa ovat kansainvälisesti olemassa. Ne liittyvät kotihoidon osalta virallisen ja epävirallisen avun suhteeseen ja työnjakoon julkisen ja yksityisen välillä (Burau ym. 2007).

Olen itse kerännyt tutkimusaineiston ja kirjoittanut sekä tutkimusraportin että -artikkelin. Olen saanut artikkeliin monipuolisia, hyödyllisiä neuvoja ja uutta näkökulmaa toiselta kirjoittajalta dosentti Lea Henrikssonilta. Myös yliassistentti Tapio Kirsi on rakentavasti kommentoinut tekstiä. Hän on myös kantanut päävastuun tutkimusraportin ohjaamisesta. Olen tehnyt itsenäisesti niin artikkelia kuin tutkimusraporttia koskevat päätökset ja ratkaisut.

4.2 Tutkimuksen tulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoidon työnjakoa sekä valtakunnallisten hyvinvointipolitiikkaohjelmien että työpaikkatasoisen työnjaon näkökulmasta kiinnittäen erityisesti huomiota lähihoitajan rooliin eri työnjakomalleissa. Kotihoidon yhdistäminen toteutetaan aina paikallisena hallinnollisena ratkaisuna, mistä johtuen työjakomallit vaihtelevat (Wrede & Henriksson 2004, 221). Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelupuheen analyysi toi esille useita työnjakomalleja, joita toteutettiin käytännön työssä rinnakkain ja päällekkäin. Viisi tässä tutkimuksessa identifioitua työnjakomallia: tehtävä-, asiakas-, tiimi- ja resurssilähtöinen sekä työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä, voidaan edelleen jaotella asiakas-, työntekijä- tai organisaatiolähtöisiksi.

Kummassakin kotihoidon toimintayksikössä tutkimukseen osallistuneet kuvasivat kaikkia tutkimuksessa identifioituja työnjakomalleja, mutta joitakin painotuksellisia eroavuuksia on löydettävissä. Erot eivät selittyneet puhtaasti sillä, onko kyse sosiaalihuollon vai terveyskeskuskuntayhtymän alaisesta kotihoidosta, vaikka esimerkiksi työntekijöiden tehtävänimikekäytännöt eroavat tässä suhteessa toisistaan.

Kotihoidon toimintayksiköissä työnjaosta neuvotellaan työpaikalla henkilöstörakenteen ja toimintakulttuurin asettamissa rajoissa. Arkipäivän kotihoitotyössä se tarkoittaa erilaisten mallien rinnakkaista läsnäoloa ja sitä, että työntekijät tukeutuvat erilaisiin toiminta- ja ajatusmalleihin, joiden avulla he tekevät ymmärrettäväksi paikkaansa ja asemaansa vanhusten kotihoidon arkipäivässä. (ks. Peräkylä 1990). Kotihoito A:n työnjaossa keskeiseksi nousivat asiakas -, tehtävä- ja resurssilähtöisen työnjaon mallit. Toimintayksikössä näkyi myös voimakas joustamisen kulttuuri, jossa työntekijät toistuvasti kuvasivat luopuvansa asiakkaan hyvinvoinnin vuoksi vapaapäivistään ja kiristävänsä kiireen keskellä työtahtiaan. Terveystenhoitajat pitivät edelleen, toimintayksikön tiimiytymisestä huolimatta tiukasti kiinni omasta ammatillisesta reviiristään tehden vastahakoisesti myönnytyksiä lähihoitajien suuntaan (myös Wrede & Henriksson 2004, 214–215). Kotihoito B:ssä puolestaan korostui tiimilähtöinen työnjakomalli. Siellä ei painittu niinkään henkilöstöressurssikysymysten kanssa, mikä johtui mahdollisesti sekä toimintakulttuurista että kunnan nuoremasta väestörakenteesta. Lähihoitajan rooli kotihoito B:ssä vastasi pitkälti sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuosituksen (STM 2007a) antamaa monipuolista kuvaa lähihoitajan työtehtävistä.

Kotihoidon toimintayksiköissä näkyi vahva työyhteisön kiinteys ja ”me-henki”, jota korostettiin esimerkiksi kuvaamalla, että ”Teemme samaa työtä”. Tiimi-, resurssi- ja asiakaslähtöisessä mallissa korostui yhteinen kokemus siitä, että tehdään yhdessä hyvää työtä asiakkaan parhaaksi itseä säästelemättä. Vahvistusta yhtenäisyydelle haettiin myös vetämällä rajaa sille, kuka voi tehdä kotihoitotyötä. Kaikkia ei suinkaan kelpuutettu työhön joko työntekijän koulutuksen tai ”kestävyyden” puutteen vuoksi. Toisaalta kotihoidon toimintayksiköissä rakennettiin erontekoja eri ammattiryhmien välille esimerkiksi tehtäväkeskeisen työnjaon ja työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvän työnjaon malleissa. Tutkimuksen mukaan vanha sektorijako sosiaali- ja terveydenhuoltoon on edelleen olemassa, mikä näkyy käytännön puhetoissa ja työtehtäviä jaettaessa. Koulutuspoliittinen yritys ylittää lähihoitajakoulutuksen avulla vanhoja sektorijakoja vie aikansa.

Vanhusten kotihoidon toimintayksiköissä lähihoitajien tehtäväkuva ja identiteetti riippuvat pitkälti siitä, minkälaisen työnjakomallin ja minkä ammattiryhmän kanssa

työnjakoa toteutetaan (ks. SuPer 10/2007). Tiimilähtöinen työnjakomalli voidaan nähdä mallina, joka mahdollistaa työntekijöiden laaja-alaisen osaamisen ja henkilöstöresurssien tehokkaan käytön sekä lisää niin asiakkaiden kuin työntekijöiden hyvinvointia (myös Stakes 2008; Tenkanen 2003, 182–183). Lähihoitajien rooliin tiimissä ei vaikuta niinkään hyvinvointipolitiikan ohjaus, esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisessa (STM 2005b), vaan työpaikalla neuvotellut toimintakäytännöt. Terveystenhoitajan rooli näyttää rajaavan sitä, minkälaisia tehtäviä lähihoitajalle jää toteutettavaksi.

Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että lähihoitajan rooli voi tehtäväkeskeisessä työnjaossa vaihdella terveystenhoitajan sijaisesta ja tiimin vastaavasta hoitajasta avustavan työntekijään. Asiakaslähtöisessä työnjakomallissa lähihoitajat ja terveystenhoitajat saattoivat muita ammattiryhmiä enemmän nostaa esille myös omaa työssäjaksamistaan ja asettivat omalle joustamiselleen enemmän rajoja. Työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvässä työnjakomallissa lähihoitajalla voi puolestaan olla työnjaossa erityistehtäviä hänen henkilökohtainen osaamisensa ja persoonallisuutensa mukaan: peruskoulutuksella ei näyttänyt olevan lähihoitajien kohdalla kovinkaan suurta merkitystä.

Resurssilähtöinen työnjako vaikuttaa lähihoitajan asemaan yhtäältä siten, että hän voi saada hoidettavakseen aiemmin terveystenhoitajalle tai esimiehelle kuuluneita tehtäviä. Toisaalta taas työvoimapulan vallitessa lähihoitajalle ammatillisen koulutuksen kautta kuuluvaa toimivaltaa voidaan antaa kouluttamattomille tai osatutkinnon suorittaneille työntekijöille toimipaikkakohtaisilla erityisluvilla (ks. Pitkänen 2005). Hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa tukipalveluiksi määritellyt tehtävät ovat resurssien vähyyden vuoksi ulkoistettu kotihoidon toimintayksiköistä. Tästä syystä kotihoidon toimintayksiköissä on jaettavana vähän tukipalveluiksi luokiteltavia tehtäviä, joissa ei vaadita työntekijöiden kelpoisuuksia koskevan lain mukaista koulutusta. Käytännön kotihoitotyössä asiat on jo ratkaistu toisin jakamalla työt enemmän resurssien kuin osaamisen mukaan.

Lähihoitajat joutuvat edelleen siis hakemaan omaa paikkaansa erityisesti terveystalan työpaikoissa (ks. Henriksson 2008). Hiljaisuus oli hienovaraista, mutta raja meidän ja

muiden välillä oli varsin tarkka. Ne, joista ei puhuta, jäivät auttamatta työnjaollisen keskustelun ulkopuolelle. Lähihoitajat, samoin kuin kodinhoitajatkin, jäivät tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon työyksiköissä helposti ammatilliselta profiililtaan hahmottomiksi, ja heidän äänensä jäi myös tämän tutkimuksen aineistossa muiden ammattiryhmien edustajien ääntä vaimeammaksi. Muiden kuvaukset kertovat kuitenkin tilanteesta hyvin sen, miten ammattien hierarkiassa korkeammin koulutetut työntekijät rajaavat lähihoitajien mahdollisuuksia toimia ammatillisen koulutuksen tuottamien valmiuksiensa mukaan ja miten alemmin koulutetut tai kouluttamattomat työntekijät voivat siirtyä lähihoitajien tehtäviin lyhyillä toimipaikkakohtaisilla koulutuksilla. Terveystieteiden alaisessa kotihoidon toimintayksikössä arkisissa käytännöissä lähihoitajien työ on kotipalvelua ja lähihoitajista puhutaan pääasiassa kodinhoitajina huolimatta siitä, että heidät on koulutettu ja palkattu lähihoitajiksi. Sosiaalihuollon alaisessa kotihoidon toimintayksikössä lähihoitajat ovat ns. hoitajia kuten muutkin työntekijät. Lähihoitajien hahmottomuus voidaan nähdä ammattikunnan yhtenäisyyttä murentavana tekijänä, joka alentaa myös heidän ammatillisen koulutuksensa merkitystä.

Tutkimus osoitti, että lähihoitaja kykenee toimimaan työnjaollisissa rakenteissa eri rooleissa. Vuorensyrjä (2006, 154–155) peräänkuuluttaakin osuvasti lähihoitajien omaa osallistumista työrooliensa kehittämiseen. Hänen mukaansa lähihoitajien laaja-alainen osaaminen on tulevaisuuden valttikortti. On tärkeää, että lähihoitajat ovat omalta osaltaan nostamassa vanhustyön ja lähihoitajien ammatillisen osaamisen profiilia. Tässäkin tutkimuksessa oli havaittavissa, että vanhusvoittoisissa kunnissa työntekijät joutuvat entistä tiukemmalle. Naiset tekevät työtä oman jaksamisensa ääri rajoilla, pienellä palkalla ja joskus jopa perheen kustannuksella. Tähän tutkimukseen osallistuneiden joukko antaa kuitenkin luultavasti todellista paremman kuvan kotihoidon toimintayksiköiden tilanteesta, koska kahta työntekijää lukuun ottamatta kaikilla oli vakituinen työsuhde. Vallitseva julkisuuskuva lähihoitajan työn raskaudesta ja siitä, että saman tehtävänimikkeen voi saada ilman koulutusta, ei paranna lähihoitajien työn vetovoimaisuutta. Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa (STM 2007b) esitetty huoli siitä, miten saadaan työntekijöitä heikosti palkattuun, raskaaksi miellettyyn työhön ja erityisesti syrjäseuduille, vaikuttaa siis varsin perustellulta.

Kotihoidon työnjaon kehittämisen kannalta keskeinen haaste on hyvinvointipolitiikan

linjausten ja työpaikkatasoisten ratkaisujen välisen vuoropuhelun käynnistäminen. Poliitiikan eri lohkot, esimerkiksi työvoima-, koulutus- ja hyvinvointipalveluja koskeva politiikka, kulkevat eri tahdissa ja osin omia teitään. Koulutusuudistusten toteuttaminen vie enemmän aikaa kuin työorganisaatioiden rakenteiden muuttuminen. Ne, jotka tuntevat palveluja, eivät välttämättä tunne koulutusta ja työvoimapolitiikkaa ja päinvastoin. Tästä syystä on tärkeää peräänkuuluttaa laaja-alaista dialogia eri poliittikalinjausten välille myös kansallisella tasolla, jotta syntyisi ratkaisuja, jotka samanaikaisesti huomioivat sosiaaliset ja taloudelliset näkökohdat: koulutuksen ja osaamisen, sosiaalisen turvallisuuden ja työn arvokkuuden.

Vanhustyön kentällä edellä mainitut tavoitteet tarkoittavat sitä, mihin Margaret Stacey (1984) viittaasi jo 80-luvulla todetessaan, että vanhusten hyvinvoinnin lisäämiseksi meidän tulee tarkastella myös työntekijöiden hyvinvointia. Kuka vastaa vanhusten huolenpidosta ja millaisin voimavaroin? Tässä tutkimuksessa olen halunnut painottaa työnjakoa koskevien kysymysten merkitystä hyvinvointipalvelujen toimivuuden näkökulmasta. Pohjoismaisittainkin esitetty huoli hyvinvointipolitiikan rapautuvasta hoivaetoksesta (Wrede ym. 2008) tarkoittaa vanhuspolitiikassa nimenomaan sitä, että hyvässä palveluja koskevassa politiikassa on kyse sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvoinnista ja sosiaalisesta turvallisuudesta.

Olen tässä tutkimuksessa tarkastellut yhtä näkökulmaa vanhusten kotihoidon työnjakoon. Lähihoitajat näyttäytyvät muiden ammattiryhmien edustajien puheessa ikään kuin yhtenä homogeenisena joukkona. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tarkastella kuitenkin niitä erontekoja, joita lähihoitajat tekevät omassa keskuudessaan, sillä onhan ammattikunta hyvin pirstaloitunut esimerkiksi koulutukseltaan. Huolimatta siitä, että lähihoitajat nähdään jollain tavalla avaimena tai ratkaisuna kotihoidon yhteensovittamisen ongelmiin, on tärkeää myös kysyä Silva Tedren (2003) sanoin: "Kuka tekee sen, mitä lähihoitajat eivät tee?"

5. Artikkelit

Lähihoitaja vanhusten kotihoidossa

– Avain joustavaan työnjakoon vai hahmoton hoitaja?

Tuula Suominen, TtK

Tampereen yliopisto, terveystieteenlaitos

Lea Henriksson, dosentti, FT, akatemiatutkija

Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatutkimuksen instituutti

Työnjako vanhusten kotihoidossa

Yhteiskunnallisen työnjaon suhteet myötäilevät sukupuolijakoa: naiset toimivat naisten töissä ja naistyon ehdoin (Riskä 2001; Stacey 1984, 174; Tedre 1999). Hyvinvointivaltion hoito- ja palvelujärjestelmässä tehtävä palkkatyö on yhtäältä tarjonnut mahdollisuuden naisten taloudelliselle riippumattomuudelle, työssäkäynnille ja ammattien kehittymiselle, toisaalta tämä kehitys on vahvistanut julkisen vallan vastuuta, kun naisen perinteisesti kotona tekemää työtä on muutettu palkkatyöksi (Anttonen ym. 1994; Anttonen & Sointu 2006; Henriksson 1998).

Yhteiskunnallisen työnjaon lisäksi työnjaosta neuvotellaan myös ammattien välillä että ammattien sisällä. Muutos yhden ammatin työtehtävissä ja toimivallassa, vaikuttaa koko ammattien järjestelmään ja ammattien väliseen työnjakoon. (Abbott 1988). Esimerkiksi sairaanhoitajien ammatillisen aseman nousu on liittynyt siihen, että yhtäältä heille on siirretty aikaisemmin lääkäreille kuuluvia tehtäviä, toisaalta he ovat delegoineet työtehtäviään alemmille työntekijäryhmille (Hughes 1971, 307; Thornley 2003, 156; Witz 1990). Ammattien sisällä työnjako ja kilpailu voivat toteutua esimerkiksi sen mukaan milloin ja kuinka pitkänä ammatillisen koulutuksen henkilö on suorittanut (Laiho & Ruoholahti 2008, 43).

Ammattiryhmien välisen työnjaon näkökulmasta vanhusten palvelut ovat olleet kirjava kenttä (Tedre 2007, 95; Wrede & Henriksson 2004). Aiemmin kotipalvelussa työskenteli pääsääntöisesti sosiaalialan koulutuksen saaneita kodinhoitajia ja kotiavustajia (ks. Rauhala 1991; Simonen 1990). Kotisairaanhoidossa on työskennellyt terveydenhuollon ammattilaisia, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, apu- ja perushoitajia sekä diakonisseja (Sinkkonen 1967; Pyykkö 2004). Merkittävä ero sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on ollut, että sosiaalihuollossa on työskennellyt runsaasti kouluttamattomia työntekijöitä, kun taas terveydenhuollossa on vaadittu ammatillista koulutusta (STM 2001).

”Uusi laaja-alainen” sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja, aloitettiin vuonna 1993. (Tiilikkala 1995; Vuorensyrjä 2007). Työelämälähtöisyys ja elinikäisen oppimisen vaatimukset ovat suunnanmuutoksen politiikan periaatteita, jotka näkyvät erityisen selvästi lähihoitajauudistuksessa. Lähihoitajauudistus sijoittuu vanhusten palvelurakennemuutoksen aikakauteen, jossa korostui vanhusten kotona asumisen tukeminen (Vaarama & Lehto 1996; Vaarama ym. 2001). Lähihoitajakoulutuksen yhtenä tavoitteena olikin tutkinnon suorittaneiden joustava liikkuvuus eri tehtäväalueiden välillä. Tämän mahdollisti terveydenhuollon tehtävien osalta lähihoitajien rekisteröinti Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen (TEO). Lähihoitajakoulutuksen alkutaival oli taloudellisen laman vuoksi kuitenkin kivikkoisen ja valmistuneiden työllistyminen heikkoa. Samanaikaisesti koulutettiin parin vuoden ajan vielä esimerkiksi perus- ja kodinhoitajia. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorit toimivat myös pääsääntöisesti erillään, jolloin liikkuvuudelle sektoreiden välillä ei ollut heti selkeää tarvetta.

Viimeksi kuluneen 15 vuoden aikana lähihoitajakoulutus on käynyt läpi useita muutoksia, laajuudeltaan ja sisällöltään. Ammattia ei edelleenkään tunneta kovin hyvin (Henriksson 2008). Lähihoitajakoulutus on kirjavaa. Tutkinnon voi suorittaa toisen asteen oppilaitoksissa, aikuisopistoissa, konsulttiyritysten toimesta (MTV 31.10.2007) tai oppisopimuksena joko nuorten perusopetuksena tai aikuisten näyttötutkinnoin (OPH 2001.) Lähihoitajakoulutus on edelleen ainut sosiaali- ja terveysalan sektorit ylittävä koulutus. Suurin osa valmistuneista sijoittuu työhön sosiaalialalle, sen sijaan sijoittuminen terveydenhuoltoon on heikompaa (Henriksson 2008; Rintala & Elovainio

1997; Vuorensyrjä 2007). Varovaisten arvioiden mukaan vuosittain tulisi valmistua noin 6000 lähihoitajaa, jotta tarjonta edes kohtalaisesti vastaisi kysyntää (Vuorensyrjä 2006).

Vaikka lähihoitajat sijoittuvat hyvin vanhustyöhön, palveluja ja työnjakoa kehitettäessä on toistaiseksi kiinnitetty melko vähän huomiota lähihoitajien työtehtäviin ja lähihoitajien asema kotihoidon työnjaossa on jäänyt epäselväksi (esim. Tedre 2003). Vuonna 2005 vanhusten kotihoito oli hallinnollisesti yhdistetty 47 prosentissa kunnista ja kotihoidon toimintayksikkö toimi joko sosiaali- tai terveystoimen alaisena (Voutilainen ym. 2007a, 38). Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen (STM 2008a, myös 2008b) tavoitteena on, että kaikilla vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevillä olisi sosiaali- ja/tai terveysalan ammatillinen koulutus. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatteja koskeva lainsäädäntö (Finlex 1994; 2005) ei kuitenkaan säätele työnjakoa tarkasti eikä lakeja myöskään sovelleta kotipalvelun tukipalveluissa vaadittaviin kelpoisuuksiin. Kotihoidossa toimitaankin institutionaalisissa olosuhteissa, jotka antavat löyhät ja vain osittain täsmennetyt puitteet, joissa työnjaollinen järjestys on neuvoteltava ja tehtävä työpaikka- ja tilannekohtaisesti.

Tapaustutkimus Helsingin kotihoidon tehostamishankkeesta osoittaa, että vanhusten kotihoito on hallinnollisen yhdistämisen myötä sairaanhoidollistunut ja lääketieteellistynyt (Wrede & Henriksson 2004; 2005; Henriksson & Wrede 2008). Kotihoidon yhdistämisestä huolimatta kotihoitoa koskevissa politiikka-asiakirjoissa ja tutkimuksen sanastoissa näyttää toistuvan jako sosiaali- ja terveysalan työhön. Valtakunnallisesti on todettavissa, että henkilöstörakenne on muuttunut sairaan-, terveyden- ja lähihoitajapainotteiseksi samalla kun kotiavustajien sekä kodinhoitajien määrä on vähentynyt (Voutilainen ym. 2007b, 38). Yhdistetyn kotihoidon työnjakoa koskevista tutkimuksista käy lisäksi ilmi, että ammattiryhmien välillä esiintyy kilpailua, luottamuksen puutetta sekä työnjaollisia ongelmia, jotka vaikeuttavat esimerkiksi asiakkaan ”palvelua ja hoitoa” (Perälä ym. 2006, 35; Tenkanen 2003, 182-189). Ammattiliitot kiistelevät siitä, kenen toiminta-alueella kotihoito on (Wrede & Henriksson 2004). Työpaikkatason työnjaossa on tapahtunut työn sisällöllistä muuttumista siten, että lääkehuollon, asiakkaiden hygieniasta huolehtimisen ja ruokailussa avustamisen osuudet ovat kasvaneet, sen sijaan siivous- ja asiointiapu ovat vähentyneet (esim.

Paljärvi ym. 2003). Vanhusten kotihoidon työnjakoa onkin tärkeää tutkia ja kehittää, koska työnjaon selkeys lisää asiakaskeskeisyyttä ja palveluorientoitumista (Andersson ym. 2004, 492), mutta myös työntekijöiden motivaatiota ja jaksamista. Välillisesti tämä vaikuttaa myös vanhustyön vetovoimaisuuteen työpaikkana, jossa voi osoittaa osaamistaan ja kiinnostustaan ihmisten kanssa tehtävään työhön.

Tämän artikkelin lähtökohtana ovat ajatukset siitä, että yhteiskunnalliset muutokset, talouden ja politiikan linjaukset muovaavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa, jolloin vastaavasti näiden organisaatioiden ja niissä toimivien ammattien tuntemuksen kautta voi syventää ymmärrystä yhteiskunnasta (Davies 2003, 177). Artikkelin tavoitteena onkin rakentaa keskusteluyhteyksiä hyvinvointipolitiikan ja organisaatioiden työnjakokysymysten välille. Empiirisen tutkimuksen kohteena on ammattiryhmien välinen työnjako kahden kunnan kotihoidon toimintayksiköissä. Tutkimuksessa kysytään miten työnjaollisia paikkoja tehdään työpaikoilla ja millaisia työnjaon malleja haastattelupuheesta on erotettavissa. Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan erityisesti lähihoitajan näkökulmasta.

Tutkimusasetelma ja -aineistot

Tutkimuksessa yhdistyvät teoria- ja aineistolähtöisyys (Silverman 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003). Kotihoidon työnjakoa lähestytään yhtäältä työnjaon sosiaalinen järjestyksen näkökulmasta (Goffman 1969, 1981) tutkimalla empiirisellä otteella arkielämän vuorovaikutussuhteissa syntyviä työnjaollisia merkityksiä ja niihin liittyviä ammatillisia ajattelu- ja toimintatapoja sekä työorganisaation toimintakulttuuria. Toisaalta aihetta koskevat aikaisemmat tutkimukset ovat suunnanneet empiirisen tutkimuskohteen ja aineistojen valintaa.

Tutkimuksen tavoitteena on empiirisen aineistojen avulla perehtyä siihen, miten työnjakoa tehdään arkipäivän työtehtävissä vanhusten kotihoidon toimintayksiköissä. Tutkimuksessa kysytään, millaisia työnjakomalleja työntekijöiden puheessa esiintyy. Erityinen kiinnostus kohdistuu siihen, millainen työnjaollinen rooli lähihoitajalla on työnjaossa.

Työpaikkatasoisessa tarkastelussa empiirisen tutkimuksen kohteeksi on valittu kaksi väestöpohjaltaan pientä eteläsuomalaista kuntaa, joissa kummassakin toimii yhdistetty kotihoito; *kotihoito A* toimii terveyskeskuskuntayhtymän alaisena ja *kotihoito B* sosiaalitoimen alaisena. Tutkimusluvut haettiin syksyllä 2007. Tutkimuskohteena olevat kunnat, olivat väestörakenteeltaan hieman erilaisia, mikä vaikuttaa kotihoidon laajuuteen sekä kohderyhmään ja työntekijöiden määrään (taulukko 1); kotihoito A sijaitsi kunnassa, jossa yli 64-vuotiaiden osuus väestöstä on 22,3 % ja kunnassa B vastaava osuus on 14,2 % (Tilastokeskus 2007).

Tutkimusaineiston muodostavat terveydenhoitajien, perus- ja lähihoitajien, kodinhoitajien sekä ns. hoitajien neljä ryhmähaastattelua, haastateltavien täyttämät taustatietolomakkeet sekä kotihoidon toimintayksiköiden työvuorotaulukot kolmen viikon ajalta. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 16 työntekijää. Ryhmissä oli osallistujia keskimäärin 4. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelu sopii hyvin organisaatioiden ja ryhmien kulttuurin tutkimukseen, kun halutaan saada tietoa valitusta kohderyhmästä (Moilanen 1995; Pötsönen & Välimaa 1998). Ryhmähaastattelussa keskeistä on suora keskustelunomainen vuorovaikutus osallistujien kesken esimerkiksi teemahaastattelurunkoa mukaillen (Eskola & Suoranta 2000; Wilkinson 2004). Ennen haastatteluja tutkimukseen osallistuneet täyttivät taustatietolomakkeen, josta kävi ilmi työntekijän työkokemus kotihoidossa, työsuhteen laatu, ammatillinen koulutus sekä lyhyt kuvaus työhistoriasta.

Kotihoito A:ssa tutkimukseen osallistuneista vain yhdellä oli määräaikainen työsuhde ja muut olivat vakituisia työntekijöitä. Haastateltavien keski-ikä oli 39 vuotta ja heidän työkokemuksensa kotihoitotyöstä vaihteli kahdesta viikosta 27 vuoteen, keskimäärin 10,5 vuotta. Terveydenhoitajille ammatti oli ensimmäinen tai he olivat ennen erikoistumistaan suorittaneet sairaanhoitajatutkinnon. Lähihoitajat ja kodinhoitajat olivat ennen nykyistä tutkintoaan suorittaneet kotiavustajakurssin tai hankkineet koulutusta muulta alalta, esimerkiksi merkonomin tutkinnon. Kotipalvelutyöntekijät olivat pääasiallisesti kotiavustajakurssin käyneitä. Työhistorian kuvauksen mukaan useilla työntekijöillä oli monipuolinen työkokemus hoitoalalta sekä laitos- että kotihoidon puolelta ja/tai työkokemusta muilta aloilta, esimerkiksi toimistotyöstä.

Kotihoito B:ssä yhtä työntekijää lukuun ottamatta kaikilla haastatteluihin osallistuneilla oli vakituinen työsuhde. Keski-ikältään he olivat 47 vuotiaita ja työkokemus kotihoitotyöstä vaihteli 1,5 vuodesta 25 vuoteen. Keskimäärin se oli 10 vuotta. Vain yksi hoitajista oli ilman koulutusta, muilla oli joko lähi-, kodin- tai sairaanhoitajakoulutus sekä lisäksi jokin muu ammatillinen koulutus joko sosiaalialalta, esimerkiksi perhepäivähoitaja, tai muilta aloilta esimerkiksi laitoshuoltaja. Lähes kaikilla työntekijöillä oli aiempaa työkokemusta myös muulta kuin hoitoalalta, esimerkiksi tehdastyöstä ja kaupalliselta alalta.

Molemmissa kotihoidon toimintayksiköissä kaikki työntekijät olivat naisia, toisen kotihoidon toimintayksikön esimiehenä toimi kuitenkin mies. Naisten työhistoriassa vuorottelivat työ, opiskelu, äitiyslomat sekä hoitovapaat. Sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla oli selkeästi sosiaali- ja terveydenhuoltoalaan painottuva työhistoria. Muilla tehtävänimikkeillä toimivista puolet tutkimukseen osallistuneista olivat jossain vaiheessa työuraansa siirtyneet muilta aloilta hoitoalalle. Tutkimukseen osallistuneiden sitoutuminen vanhustyöhön näkyi siinä, että he arvelivat työskentelevänsä kotihoidossa vielä viiden vuoden kuluttua. Muutamissa taustatietolomakkeissa oli kuitenkin lisäkommenttina, ”jos terveys kestää”. Työvuorotaulukkojen tuottamaa tietoa käytettiin työnjakoa koskevissa ryhmähaastatteluisissa ja tulosten taustatietoina.

Ryhmähaastattelujen teemat koskivat kotihoidon työtehtäviä, työnjakoa, työnjakoon liittyviä haasteita ja työntekijöiden saatavuutta. Ryhmähaastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Työntekijät saivat osallistua niihin työajalla. Ryhmät muodostettiin sen mukaan, millä ammattinimikkeellä työntekijät toimivat kotihoidossa. *Kotihoito A:n* kodinhoitajat ja lähihoitajat haastateltiin esimiehen toivomuksesta yhtä aikaa. Perusteluna oli se, että ”työntekijät tekevät käytännössä samaa työtä”. *Kotihoito A:sta* muodostui kolme ryhmää: terveydenhoitajat, kodinhoitajat ja lähihoitajat, ja kotipalvelutyöntekijät. Haastatteluihin osallistui 42 % kotihoidon työntekijöistä (taulukko 1).

Kotihoidossa B kaikki työskentelivät samalla tehtävänimikkeellä, hoitaja, joten haastateltavista muodostui vain yksi ryhmä. Hoitajanimike on ollut Kuntaliiton (1998) suosittelu lähinnä työvoimapoliittinen malli, kouluasteen tutkintojen nimikkeiden

käyttöön, joka mahdollistaa työpaikkojen vapaamman täyttämisen eri ammatillisen koulutuksen suorittaneilla työntekijöillä. Haastatteluihin osallistui puolet työntekijöistä (taulukko 1).

Molemmissa kotihoidon toimintayksiköissä katoa selittää vuorotyö. Vapaapäivältä ei osallistuta tutkimukseen. Myös paine työtehtävien suorittamiselle työvuoron aikana karsii osallistujia. Erityisesti huomioitavaa on kotihoito A:n kodinhoitajien ja lähihoitajien vähäinen osallistuminen haastatteluun.

Ryhmähaastattelut analysoitiin hyödyntäen laadullista sisällönanalyysia, joka mahdollistaa tutkimusaineiston merkitysrakenteiden tarkastelun (Silverman 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003). Haastattelut kestivät keskimäärin tunnin (55 – 80 minuuttia), ne nauhoitettiin ja litteroitiin tekstiksi (79 sivua). Haastattelutekstiä luettiin aineistolähtöisesti alustavien luokittelujen tekoa varten kotihoidon työnjakoa kuvaavan analyttisen mallin rakentamiseksi. Analyysin keskiössä olivat kotihoidon työnjakoon liittyvät lausumat. Haastattelupuheesta abstrahoidut työnjakomallit elävät arkitodellisuudessa limittäin ja lomittain. Tuloksia esitettäessä käytetään tutkimuksen luotettavuuden tueksi myös suoria lainauksia. Luotettavuutta lisää myös se, että tehdyt tulkinnat vastaavat aikaisempien tutkimusten tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2003). Anonymiteetin säilyttämisen vuoksi tutkimuksessa ei mainita kuntien nimiä, haasteltaviin viitataan tehtävänimikkeellä ja murre sanat on muutettu mahdollisimman yleiskielisiksi ilmaisuiksi.

Kotihoidon työnjakomallit

Tutkimuksen tulokset esitetään työnjakomalleina. Haastattelupuheesta abstrahoidut työnjakoa koskevat lausumat kiteytetään analyttisen selkeyden vuoksi viideksi kotihoidon työnjakomalliksi. Mikään haastattelupuheesta esille tuleva vanhusten kotihoidon työnjakomalleista ei toteudu kotihoidon arkipäivässä sellaisenaan tai puhtaana, vaan erilaisin työpaikka-, työvuoro- ja tilanne- ja toimijakohtaisin yhdistelmin.

Tiimityölähtöinen työnjakomalli

Tiimityöllä tarkoitetaan työskentelyä pysyvässä ryhmässä tai tiimissä, jolla on yhteinen tehtävä ja mahdollisuus suunnitella itse työtään. Kumpikin kotihoidon toimintayksikkö oli jaettu alueittain tiimeiksi terveyskeskuslääkäreiden aluejakojen mukaisesti. Kotihoito A:n tiimiyttäminen neljäksi tiimiksi oli melko uusi asia, joten työnjaon selkiytymiseen kohdistui paljon odotuksia ja yhteisiä käytäntöjä vasta luotiin. Kotihoito B:ssa oli toiminut useita vuosia samat kaksi tiimiä. Kummankin kotihoidon toimintayksikön tiimien sisällä sovittiin itsenäisesti työnjaosta viikoittain tai työvuoroittain, jos joku oli poissa. Kotihoito A:n terveydenhoitajat eivät välttämättä osallistuneet muun tiimin työnjakoon, mikä vaikeutti tiedonkulkua. Kotihoito A:ssa joissakin tiimeissä oli käytössä ns. omahoitajamalli, toisissa käytettiin ns. kiertävää omahoitajamallia, jolloin asiakkaat vaihtuivat esimerkiksi kolmen viikon välein:

Se katsottiin näin, että kodinhoitajia on enemmän, terveydenhoitaja olisi asiantuntijana siinä ryhmässä ja sitten kodinhoitaja olisi vastuuhenkilönä...Jos on joku aamukäynti, että kodinhoitajien tarvitsee mennä laittamaan aamupalaa ja meillä on päivän lääkkeiden jako, niin me tehdään puurot, että heidän ei tarvitse tulla. Sehän idea tässä tiimiyttämisessä on, että ei tule päällekkäisiä käyntejä ja kaikki tekee kaikkea. (Terveydenhoitaja, A)

Tiimityölähtöisen työnjaon keskeiseksi lähtökohdaksi miellettiin, että työntekijät tekevät kaikkia työtehtäviä ja pyritään välttämään eri ammattiryhmien tekemiä päällekkäisiä kotikäyntejä. Kotihoito A:ssa, sekä työvuorotaulukoiden että työntekijöiden kertoman mukaan, yhtä lailla lähihoitaja kuin kouluttamaton kotipalvelutyöntekijäkin saattoi yksinään vastata viikonloppuna kaikista työvuoron töistä, asiakkaan pesusta insuliinin pistämiseen ja haavanhoitoon. Kun terveydenhoitaja teki viikolla kotikäynnin asiakkaan luokse lääkinnällisten asioiden vuoksi, hän hoiti siellä myös kaikki muut työtehtävät. Viikonloppuisin terveydenhoitajat eivät tehneet kotikäyntejä, vaan pitivät vastaanottoa lauantaisin terveysasemalla. Kotihoito B:ssa tiimin yhtenäisyyttä, työtehtävien ja aseman suhteen, korostettiin käyttämällä kaikista hoitajananimikettä, ammatillisesta pohjakoulutuksesta riippumatta:

Kaikki tekee samanlaisia töitä eikä asiakkaidenkaan tarvitse erotella sitä, että millä nimikkeellä on. Pääosin kaikki kuitenkin tekevät samaa työtä, niin ei nimikkeillä ole

väliä. (Hoitaja, B)

Tehtävälähtöinen työnjakomalli

Kotihoidon toimintayksikössä on perinteisesti toteutettu tehtävälähtöistä työnjakoa (Larmi ym. 2005, 75 - 79), jossa työtehtävät jaetaan työntekijöille koulutuksen tai aseman perusteella. Kotihoito A:ssa työntekijöiden puhetta sävytti edelleen sektorilähtöinen jako kotisairaanhoidon ja kotipalveluun sekä työtehtävien että työntekijöiden osalta, vaikka kotihoidon yhdistämisestä oli kulunut jo useita vuosia.

Esimiesasema tai toimiminen tiimin vastuuhoidajana vaikutti kotihoidon toimintayksiköiden työnjakoon. Kotihoito A:ssa kodinhoitaja tai lähihoitaja toimi yleisimmin tiimin vastuuhenkilönä. Kotihoito B:ssä vastuuhoidajat olivat lähihoitajia. Vastuuhoidajan tehtävänä oli ensinnäkin huolehtia tiimissä siitä, että kaikki työt tulivat jaettua. Toiseksi heillä oli asemaan liittyen erityisiä työtehtäviä, kuten sijaisten hankkiminen ja hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen. Kotihoito A:ssa esimiehen tehtäviin kuului sijaisten hankkiminen ja hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon osallistuminen, mutta edellä mainittuja tehtäviä saattoivat tehdä myös tiimin vastuuhenkilö tai muut työntekijät.

Työnjakoa koskevassa keskustelussa tehtävänsiirrot ovat olleet keskeisessä asemassa (ks. Buchan & Calman 2004, STM 2002; 2005a, 12 - 15). Kotihoito A:ssa terveydenhoitajille oli siirtynyt tehtäviä lääkäreiltä, esimerkiksi verenohennuslääkityksen annosten määritykset. Monet sairaanhoidolliset tehtävät saattoivat siirtyä vuorostaan muille työntekijöille, mutta lääkkeiden jako säilyi pääosin terveydenhoitajien tehtävänä. Kotisairaanhoidotyön lisäksi terveydenhoitajille kuului vastaanottotyöskentelyä ja yhteydenpitoa lääkäriin. Terveydenhoitajat mielsivät oman roolinsa tiimissä asiantuntijaksi ja opettajaksi:

Me ollaan asiantuntijoita... sitten me ollaan sellaisia kouluttajia ja delegoijia. Opetetaan muita tekemään haavanhoitoja ja tarvittaessa lääkkeenjako ja jotain muuta...(Terveydenhoitaja, A)

Sairaanhoidollisten työtehtävien suhteen oli työnjakoa toimintayksikön sisällä sekä

muiden toimijoiden kanssa. Kotihoito A:ssa terveydenhoitajilla oli omat sairaanhoidollisesti painottuneet työtehtävänsä. Muun tiimin jaettavaksi jäävien tehtävien sisältö riippui terveydenhoitajien henkilökohtaisista käytännöistä. Kotihoito B:ssa sairaanhoidolliset tehtävät kuuluivat kaikille hoitajille, mutta lääkkeisiin liittyvät tehtävät kuuluivat vain niille, joilla oli alan ammatillinen koulutus. Vastuuhoitaja osallistui kerran viikossa lääkärin kanssa pidettävään palaveriin, jossa lääkäri uusi reseptit, antoi hoitajille laboratoriovastaukset ja yhdessä he keskustelivat asiakkaiden sairaanhoidollisista asioista:

... Meillä on kerran viikossa palaveri lääkärin kanssa, jossa vastaava hoitaja käy ja käydään läpi asiakkaisiin liittyviä asioita (Hoitaja, B)

Molemmat kotihoidon toimintayksiköt käyttivät kotisairaalan palveluja, kun asiakas tarvitsi esimerkiksi erittäin vaativaa haavanhoitoa, verensiirtoa tai suonensisäistä antibioottilääkitystä. Kotihoito B:ssa saatiin apuvälineet sekä hoitotarvikkeet terveyskeskuksesta ja lisäksi neuvolan terveydenhoitaja otti verinäytteet asiakkailta kerran viikossa.

Työnjakoa tapahtuu hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä (ks. Larmi ym. 2005). Kummassakin kotihoidon toimintayksikössä asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia tehtäessä oli sovittu työnjaosta esimerkiksi omaisen tai muiden toimijoiden kanssa. Omaisten tai yksityisten palvelun tuottajien tehtäväksi saattoi jäädä esimerkiksi siivous (ks. Tedre 2007), koska molemmissa kunnissa siivous ja ruoanlaitto olivat siirtyneet pois kotihoidon tehtävistä:

Meillä ei enää tehdä pelkkiä siivouksia ja muutkin kuukausi ja isot siivoukset hoitaa muut. Ne ovat jääneet kunnalta pois...Meillä on olemassa sellaiset listat niistä yrittäjistä, jotka tällä ... tarjoavat niitä palveluja ja voidaan antaa sellainen lista. Jos sitten vanhus ei itse pysty sitä hankkimaan niin ollaan yhteydessä omaisiin. Usein sitten uusien asiakkaiden kohdalla omainen on mukana kun tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma ja silloin sovitaan niistä. Kyllä mekin joillekin hankitaan se siivous sen mukaan kenet he haluaa luokseen. (Hoitaja, B)

Joitakin tehtäviä oli siirretty myös kolmannelle sektorille. Kotihoito A:ssa esimerkiksi SPR:n ystäväpalvelun kautta saattoi saada asiakkaalle saattajan sairaalareissulle.

Asiakaslähtöinen työnjakomalli

Asiakkaan tarpeet ja toiveet vaikuttivat työnjakoon siten, että työtä pyrittiin organisoimaan työvuorojärjestelyillä, työvuorojen työvoimamitoituksella ja huomioimalla asiakkaan työntekijöiden toiminnalle asettamia toiveita. Kotihoito B:ssä esimerkiksi työpäivän aloitusajankohtaa oli muutettu aikaisemmaksi ja työvuorojen asiakasmääriä pohdittiin asiakkaiden hyvinvoinnin näkökulmasta:

Asiakkaiden tarpeista käsin suunnitellaan tätä työtä. Jos iltoihin tulisi enemmän käyntejä nii tarvitsis pidempään olla kaksi hoitajaa. Meillä on iltavuoroissakin tällä hetkellä aika hyvä tilanne, meillä on nyt ollut 8 käyntiä. Siinä jää jo hieman aikaakin olla asiakkaan luona, ettei vaan ovenraosta käy kurkkaamassa. Sen enempää ei juuri haluaisi iltaan ottaa käyntejä, koska ei siinä voi sitten enää hoitamisesta puhua mitään.
(Hoitaja, B)

Työntekijöiden pysyvyys ja tuttuus nähtiin asiakkaan kannalta tärkeänä asiana. Molemmissa kotihoidon toimintayksiköissä oli kokemuksia siitä, että asiakkaat valikoivat kenen työntekijän he haluavat tulevan luokseen. Nämä toivomukset pyrittiin huomioimaan. Erityisesti kotihoito A:n kotipalvelutyöntekijät korostivat asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden ensisijaisuutta. He joustivat itse työvuoroissa, tekivät työvuoroja peräkkäin, tulivat vapaapäivältä töihin työtoverin sairastuttua tai söivät ateriansa kiireesti automatkalla, koska *asiakkaat odottivat heitä*. Kotihoito A:n toimintayksikössä näkyi asiakkaasta huolehtimisen kulttuuri, jossa asiakkaan hyväksi joustettiin osin oman perheen ja työssäjaksamisen kustannuksella:

Lapset sanoo, että äiti eiks sulla pitäny olla vapaapäivä ...Ei meistä kukaan ole terveenä lähtenyt eläkkeelle (Kotipalvelutyöntekijä, A)

Kotihoidon toimintayksiköiden työntekijät tekivät asiakkaiden luona myös tehtäviä, joista ei ollut sovittu hoito- ja palvelusuunnitelmassa. He hankkivat esimerkiksi saattajan sairaalareissulle, siivosivat tai hankkivat siivousapua sekä asioivat postissa ja pankissa. Työntekijät kokivat olevansa vastuussa asiakkaistaan, eikä kaikilla ollut omaisia hoitamassa näitä tehtäviä. Työntekijä saattoi olla ainoa henkilö, joka viikon aikana kävi asiakkaan luonaan. Vastaavaa on todennut myös Malin (1996) Helsingin

kotihoitoa koskevassa tutkimuksessaan. Joillakin asiakkailla oli omaisia, mutta asiakkaat eivät välttämättä halunneet omaistensa hoitavan omia asioitaan:

Asiakkaalla saattaa olla rintaperillisiä, mutta silti se ei halua niiden hoitavan asioitaan...(kotipalvelutyöntekijä, A)

Blomgren tutkijakollegoineen (2006, 176) on myös todennut, että vaikka vanhuksilla on yleensä epävirallista apua käytettävissä, niin vanhukset ottavat mieluummin apua vastaan viralliselta taholta kuin läheisiltään. Kuitenkin osa vanhuksista on virallisen avun varassa, koska esimerkiksi iäkkäiltä, naimattomilta, yksin asuvilta miehiltä voi tyystin puuttua epävirallinen verkosto, joka toimii avun antajana ja avun saannin varmistajana.

Työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä työnjakomalli

Kotihoidon toimintayksiköissä työnjako saattoi perustua työntekijän ammattitaitoon ja osaamiseen. Ammatillinen osaaminen muodostuu toisaalta työssä tarvittavista tiedoista ja taidoista, toisaalta työntekijän persoonallisuuden eri puolista (Helakorpi 2006). Työntekijöiden ammatillisen osaamisen tunnistamiseksi voidaan käyttää esimerkiksi osaamiskartoituksia (ks. Helsingin kaupunki 2006) tai kehityskeskusteluja. Ammatillinen osaaminen toimi perusteena kotihoito B:ssä esimerkiksi määriteltäessä henkilökohtaista palkanlisää.

Koulutuksella on tärkeä rooli ammatillisen identiteetin kehittymisessä ja se on perinteisesti toiminut merkittävänä kriteerinä työnjaollisissa kysymyksissä (Kolehmainen 2002; Laiho & Ruoholinna 2008, 36 - 39). Kotihoidon toimintayksiköissä pidettiin tärkeänä sitä, että kotihoidossa työskentelevillä on ammatillista koulutusta alalle. Korkeampi ammatillinen koulutus yhdessä tehtävänimikkeen kanssa antoi kotihoito A:n terveydenhoitajalle keskeisen roolin työyhteisössä. Sen sijaan kotihoito B:ssä hoitajanimikkeellä toimivalla sairaanhoitajalla ei ollut erityistä työnjaollista asemaa suhteessa muihin hoitajiin. Kotihoito A:ssa terveydenhoitajat rajasivat muiden työntekijöiden tehtäviä ja perustelivat tätä rajaamista *vastuulla*. Terveydenhoitajan ollessa pois joitakin tehtäviä saattoi siirtyä muille työntekijöille.

Meidän tiimissä, ne ovat olleet ihan satunnaisia ne kerrat, kun joku muu kuin minä, on

jakanut lääkkeit. En tiedä, että olenko vaan sellainen, että pidän kiinni siitä lääkkeiden jakamisesta, mutta kyllä siinä on sitä vastuukysymystäkin...ihan koulutuksen myötä heillä (kodinhoitajat ja lähihoitajat) on subcutaanisesti pistämisoikeus ja ne kenellä ei ole koulutusta, ne on työpaikkakoulutettuja. (Terveydenhoitaja, A.)

Aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esiin tietämättömyyttä eri työntekijäryhmien tutkinnoista sekä lähihoitajien osaamisen kyseenalaistamista (Hassi 2005; Tenkanen 2003; Vuorensyrjä 2006). Kotihoito A:ssa terveydenhoitajat eivät täysin tienneet mitä lähihoitajakoulutus pitää sisällään ja rinnastivat koko ajan lähihoitajakoulutuksen kodinhoitajakoulutukseen, käyttämällä kaikista nimitystä *kodinhoitaja*. Lähihoitajien tehtäviä oli rajattu siten, että he eivät osallistuneet juurikaan lääkkeiden jakoon, huolimatta ammatillisen koulutuksen tuottamista valmiuksista ja Turvallinen lääkehoito-oppaan ohjeistuksesta (OPH 2001; STM 2005b):

Mä olin kyllä siinä käsityksessä, että me saatais jakaa niitä lääkkeitäkin...kyllä se lähihoitajaltakin hoituu. (Lähihoitaja, A.)

Ammatillisen koulutuksen sekä lääkehoidon toteuttamiseen liittyvien toimipaikkakohtaisten lupien puute vaikeuttivat työnjakoa. Kotihoito B:ssä oli selkeä raja lääkehoidon toteuttamisessa. Kouluttamattomat työntekijät eivät osallistuneet lääkkeidenjakoon eivätkä insuliinin pistämiseen. Sen sijaan kotihoito A:ssa pyrittiin antamaan kouluttamattomille työntekijöille lääkehoitoa koskevat luvat, jolloin työ ei eronnut kodinhoitajan ja lähihoitajan työstä millään tavalla, *palkka vaan oli huonompi:*

”Kyllä jonkinlainen koulutus täytyy olla, ettei ihan kuka vaan pysty lähtee tekeen tätä työtä, et tietää tän sosiaali- ja terveystajärjestelmän ja muut. Vaikka se ulkopuolinen katsastuskanta on yleensäkin se, että kotona tehtävä työ on ihan easy homma. Kun ne ei ymmärrä sitä laajuutta loppujen lopuksi, mihin kaikkeen me joudutaan...Jos kouluttamattomalla työntekijällä on lääkekoulutus ja pistoluvat niin työ ei eroa millään tavalla.”(Kodinhoitaja, A)

Kotihoito A:ssa kotihoidossa työskentelemisen edellytyksenä pidettiin soveltuvaa *persoonallisuutta* ja sitä, että on *silmää työlle*. Työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet ja kestävyys onkin nostettu esiin uudenlaisena ammatillisena arvona (Riskä & Wrede 2004). Kotihoidon toimintayksikössä ne, jotka eivät työssään kyetse

joustamaan henkilökohtaisista tai perhesyistä, olivat yleensä itse siirtyneet muuhun työhön:

” Tähänkin on valikoitunut sellainen porukka, jotka joustaa vapaaehtoisesti... että kyllä tässä huomaa, että aika nopeasti ne lähtee ja hakee muuta, jotka ei pysty siihen joustamiseen, on sitten perheolosuhteet tai ei oma luonto anna periksi, että aina luopuu siitä tai tästä.” (Kotipalvelutyöntekijä, A)

Työtehtäviä voidaan jakaa myös työntekijän erityisosaamisen mukaan. Kotihoito A:ssa tietokoneella tehtävät työt jäivät yleensä niille, jotka hallitsivat tietokoneen käyttöä. Kotihoito B:n työntekijät kuvaisivat omien ammatillisten taitojen vaikuttavan työnjakoon siten, että kaikkea saa tehdä *taitojen ja oman halun mukaan*. Kunnan väestörakenteesta johtuen sairaanhoidollisten toimenpiteiden osuus oli melko vähäistä ja kotihoidon resursseja kyettiin kohdentamaan myös lapsiperheille:

Saa tehdä kaikkea mahdollisuuksien mukaan, mitä haluaa, vaikka kyllä mä haluaisin tehdä sitä sairaanhoidollista enemmän...Meillä ei vaan ole tällä hetkellä sellaisia asiakkaita... Kyllähän tää työ on sillä tavoin vaihtelevaa, kun hoidetaan koko ikäskaalaa vauvasta vaarin. Meillä on lapsiperheissä tehtävää työtä, vaikka kyllä suurin osa työstä tehdään vanhusten parissa. Mutta vaihtelu virkistää. (Hoitaja, B)

Kotihoidossa vaadittava osaaminen ja elinikäinen oppiminen ovat nousseet merkittäväksi kysymykseksi hoidettaessa entistä huonokuntoisempia ikääntyviä (CIMO 2007; Hassi 2005; STM 2006). Tämän tutkimuksen mukaan työntekijän ammatillisen osaamiseen liittyvässä työnjakomallissa ammatillisella koulutuksella on merkitystä sen mukaan minkä ammattiryhmän ammatillisesta koulutuksesta keskustellaan.

Resurssilähtöinen työnjakomalli

Tässä tutkimuksessa resurssilähtöisellä mallilla viitataan kotihoidon yksiköiden työntekijöiden määrään ja sijaisjärjestelyihin, jotka nousivat haastatteluissa keskeisiksi työnjakoon vaikuttaviksi kysymyksiksi. Kotihoito A:ssa työntekijöiden sairauslomat hoidettiin yleensä sisäisillä ratkaisuuilla, tiivistämällä työpäivän tahtia, tekemällä työvuoroja peräkkäin tai ylitöillä. Työvuorotaulukoiden perusteella toimintakäytännöissä oli tiimikohtaisia eroja, esimerkiksi yhdessä kuuden työntekijän

tiimissä, työntekijät olivat tulleet kolmen viikon aikana neljä kertaa vapaapäivältä töihin tai siirtäneet vapaapäiviään. Terveystenhoitajalla oli paljon ylityökertymää. Kolmen viikon aikana samassa tiimissä oli ollut myös 16 sairauslomapäivää. Terveystenhoitajat paikkasivat yleensä toistensa poissaoloja liikkuen tiimistä toiseen ja muut työntekijäryhmät pääasiallisesti tiimin sisällä vaihtaen vapaapäiviä tai tullen vapaapäivältä töihin. Kesäloman aikana kuitenkin lähihoitaja oli sijaistanut terveystenhoitajaa. Tuolloin lähihoitaja oli huolehtinut lääkkeiden jaosta ja muista sairaanhoidollisista tehtävistä, vain verinäytteiden ottaminen jäi muiden tiimien terveystenhoitajille.

Viime kesänä lähihoitaja oli terveystenhoitajan sijaisena... Verinäytteen otto jää pois...toinen terveystenhoitaja oli töissä ja teki muut ja tälle (lähihoitajalle) laitettiin tietyt rutiinikäynnit. (Terveystenhoitaja, A)

Kotihoidon toimintayksiköissä henkilöstöresurssit ovat eri tavoin mitoitettuja. Kotihoidossa B:ssä ei ollut erityistä työpainetta haastatteluhetkellä. Toimintayksikön selkeänä toimintaperiaatteena oli, että joskus vapaapäiviä voitiin siirtää etukäteen, mutta vapaapäivällä olevaa ei pyydetä töihin. Kotihoidolla oli yhteinen varahenkilö päivähoidon kanssa, mutta käytännössä työntekijöiden poissaolot hoidettiin yleensä sisäisin järjestelyin tai tiimien kesken.

20 vuotta oon ollu, eikä oo koskaan tarvinnu vapaapäivältä tulla, ei me soiteta sille, jolla on vapaapäivä. (Hoitaja B)

Sijaisten puute ja aikataulujen tiivistäminen vaikuttivat kummassakin kotihoidon yksikössä työnjakoon myös siten, että kiireisinä työvuoroina hoidettiin vain välttämättömät työt. Tämä vastaa hyvin Niemelän (2006, 209) käsitystä, että kotipalvelutyöstä on tulossa massatuotantoa ja käynnit asiakkaan luona muuttuvat ”hyppykäynneiksi”. Kotihoidon työntekijät kuvasivat välttämättöminä tehtävinä kaupassa asioinnin, pesemisen, verikokeiden ottamisen, haavanhoidon ja lääkkeiden jaon. Poisjääneitä työtehtäviä olivat mm. ulkoilu, vanhusten kanssa keskustelu ja verenpaineen mittaukset:

Verikokeet on pakko ottaa ja tehdä haavanhoidot ja viedä dosetit, verenpaineen mittauksen voi peruuttaa. (Terveystenhoitaja, A.)

Seurustelu ja ulkona käyminen tuppaa jäämää. (Hoitaja, B)

Palomäki ja Toikko (2007, 271 - 272) ovat todenneet, että vanhustyön arjessa näkyy voimakkaana tekemisen kulttuuri ja tämä seikka näyttää leimaavan henkilöstöressien vähentyessä tapahtuvaa työnjakoa.

Yhteenvedona vanhusten kotihoidon työnjaosta voidaan todeta, että työnjaon ratkaisut ovat varsin paikallisia ja riippuvaisia organisaation toimintakulttuurista (myös Wrede & Henriksson 2004, 214 - 215). Kummassakin kotihoidon toimintayksikössä esiintyy kaikkia työnjakomalleja, mutta joitakin eroavuuksia on löydettävissä. Erot eivät kuitenkaan synny puhtaasti sen mukaan, onko kyse sosiaalihuollon tai terveyskeskuskuntayhtymän alaisesta kotihoidosta, vaikka esimerkiksi tehtävänimikekäytännöt eroavat tässä suhteessa toisistaan.

Kotihoito A:n työnjaossa nousivat keskeisiksi asiakaslähtöisen, tehtäväkeskeisen ja resurssilähtöisen työnjaon mallit. Terveystenhoitajat pitivät edelleen, toimintayksikön tiimityttämisestä huolimatta, tiukasti kiinni omasta ammatillisesta reviiristään tehden vastahakoisesti myönnytyksiä lähihoitajien suuntaan (myös Wrede & Henriksson 2004, 214 - 215). Siirtyminen tehtäväkeskeisestä työnjaosta aitoon tiimityöskentelyyn ja entistä tehokkaampaan henkilöstöressien käyttöön vaatii jatkuvaa keskustelua sekä erilaisten koulutusten ja niiden antamien ammatillisten valmiuksien tuntemusta. Tärkeää on myös tuoda esiin työntekijöiden hyvinvointia ja työssä jaksamista vaarantava toimintayksikön voimakas joustamisen kulttuuri, jossa työntekijät toistuvasti kuvasivat luopuvansa vapaapäivistään ja kiristävänsä kiireen keskellä työtahtiaan.

Kotihoito B:ssä korostui tiimilähtöinen työnjakomalli. Siellä ei painittu niinkään henkilöstöressikysymysten kanssa, mikä johtui mahdollisesti sekä toimintakulttuurista että kunnan nuoremasta väestörakenteesta. Lähihoitajan rooli kotihoito B:ssä vastasi pitkälti sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuosituksen (STM 2007a) antamaa monipuolista kuvaa lähihoitajan työtehtävistä.

Lähihoitaja kotihoidon työnjaossa

Tämän tutkimuksen taustaksi tarkastelluissa hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa

lähihoitaja nostetaan esille ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisen ongelmiin (STM 2006; 2008 a, b). Vanhusten kotihoidon toimintayksiköissä lähihoitajien tehtäväkuva riippuu kuitenkin siitä, minkä ammattiryhmän kanssa työnjakoa toteutetaan (ks. SuPer 10/2007). *Tiimilähtöinen työnjakomalli* voidaan nähdä mallina, joka mahdollistaa työntekijöiden laaja-alaisen osaamisen, henkilöstöresurssien tehokkaan käytön ja lisää sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvointia (myös Stakes 2008; Tenkanen 2003, 182 – 183). Lähihoitajien rooliin tiimissä ei vaikuta niinkään hyvinvointipolitiikan ohjaus, esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisessa (STM 2005b), vaan työpaikalla neuvotellut toimintakäytännöt. Terveystenhoitajan rooli näyttää rajaavan sitä millaisia tehtäviä lähihoitajalle jää toteutettavaksi.

Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että lähihoitajan rooli voi *tehtäväkeskeisessä työnjaossa* vaihdella terveydenhoitajan sijaisesta ja tiimin vastaavasta hoitajasta avustavan työntekijään. *Asiakaslähtöisessä työnjakomallissa* lähihoitajat ja terveydenhoitajat saattoivat muita ammattiryhmiä enemmän nostaa esille myös omaa työssäjaksamistaan ja asettivat omalle joustamiselleen enemmän rajoja.

Työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvässä työnjakomallissa lähihoitajalla voi olla työnjaossa erityistehtäviä hänen henkilökohtainen osaamisensa ja persoonallisuutensa mukaan; peruskoulutuksella ei näyttänyt olevan lähihoitajien kohdalla kovinkaan suurta merkitystä. *Resurssilähtöinen työnjako* vaikuttaa lähihoitajan asemaan yhtäältä siten, että hän voi saada hoidettavakseen aiemmin terveydenhoitajalle tai esimiehelle kuuluneita tehtäviä. Toisaalta taas työvoimapulan vallitessa lähihoitajalle ammatillisen koulutuksen kautta kuuluvaa toimivaltaa voidaan antaa kouluttamattomille tai osatutkinnon suorittaneille työntekijöille toimipaikkakohtaisilla erityisluvilla (STM 2007b; ks. Pitkänen 2005). Hyvinvointipoliittisissa ohjelmissa tukipalveluiksi määritellyt tehtävät ovat resurssien vähyyden vuoksi ulkoistettu kotihoidon toimintayksiköistä. Tästä syystä kotihoidon toimintayksiköissä on vähän jaettavana tukipalveluiksi luokiteltavia tehtäviä, joissa ei vaadittaisi työntekijöiden kelpoisuuksia koskevan lain mukaista koulutusta. Käytännön kotihoitotyössä asiat on jo ratkaistu toisin, jakamalla työt enemmän resurssien kuin osaamisen mukaan.

Lähihoitajat, samoin kuin kodinhoitajatkin, jäävät tämän tutkimuksen mukaan

kotihoidon työyksiköissä helposti ammatilliselta profiililtaan hahmottomiksi ja heidän äänensä jäi myös tämän tutkimuksen aineistossa muiden ammattiryhmien edustajien ääntä vaimeammaksi. Terveysthuollon alaisessa kotihoidon toimintayksikön arkisissa käytännöissä lähihoitajien työ on kotipalvelua ja lähihoitajista puhutaan pääasiallisesti kodinhoitajina huolimatta siitä, että heidät on koulutettu ja palkattu lähihoitajiksi. Sosiaalihuollon alaisessa kotihoidon toimintayksikössä lähihoitajat ovat ns. hoitajia kuten muutkin työntekijät. Lähihoitajien hahmottomuus voidaan nähdä ammattikunnan yhtenäisyyttä murentavana tekijänä, joka alentaa myös heidän ammatillisen koulutuksensa merkitystä.

Pohdinta

Tässä artikkelissa raportoimassamme tutkimuksessa tarkasteltiin kotihoidon työpaikkatason työnjakoa peilaten sitä valtakunnallisiin hyvinvointipolitiikkaohjelmiin kiinnittäen erityisesti huomiota lähihoitajan rooliin eri työnjakomalleissa. Kotihoidon yhdistäminen toteutetaan paikallisena hallinnollisena ratkaisuna, mistä johtuen työjakomallit vaihtelevat (Wrede & Henriksson 2004, 221). Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelupuheen analyysi toi esille useita työnjakomalleja, joita toteutetaan käytännön työssä rinnakkain ja päällekkäin. Viisi tutkimuksessa identifioimaamme työnjakomallia voidaan edelleen jaotella asiakas-, työntekijä- tai organisaatiolähtöisiksi. Kotihoidossa toimitaan institutionaalisissa olosuhteissa, joissa eri ammattiryhmien työnjako neuvotellaan tehtävä-, työpaikka- ja tilannekohtaisesti henkilöstörakenteen ja toimintakulttuurin asettamissa rajoissa.

Tutkimus vahvistaa sen, että sektorijako sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on edelleen olemassa ja se näkyy käytännön puhetavoissa ja työtehtäviä jaettaessa. Koulutuspoliittinen yritys ylittää lähihoitajakoulutuksen avulla näitä rajoja vie aikansa. Lähihoitajat joutuvat edelleen hakemaan omaa paikkaansa erityisesti terveystalan työpaikoissa (ks. Henriksson 2008). Lähihoitajien roolista vanhusten kotihoidon työnjaossa käydään jatkuvaa neuvottelua niin säädösten ja ohjeistusten kuin julkisuuskuuvan muodossa. Koulutus ja erilaiset hyvinvointipoliittiset ohjelmat antavat kehykset, mutta käytännön työnjako neuvotellaan työpaikalla. Tässäkin tutkimuksessa on havaittavissa, että vanhusvoittoisissa kunnissa työntekijät joutuvat entistä

tiukemmille ja ovat usein oman jaksamisensa ääri rajoilla. Kuitenkin tähän tutkimukseen osallistuneiden joukko antaa luultavasti tätä todellisuutta paremman kuvan kotihoidon toimintayksiköiden tilanteesta, koska vain kahta tutkimukseen osallistunutta työntekijää lukuun ottamatta kaikilla oli vakituinen työsuhde. Vallitseva julkisuuskuva lähihoitajan työn raskaudesta ja kuva siitä, että saman tehtävänimikkeen voi saada ilman koulutusta, eivät paranna lähihoitajien työn vetovoimaisuutta. Hyvinvointi 2015 – ohjelmassa (STM 2007b) esitetty huoli siitä, miten saadaan työntekijöitä heikosti palkattuun, raskaaksi miellettyyn työhön ja erityisesti syrjäseuduille, vaikuttaa siis varsin perustellulta.

Tutkimuksemme osoitti, että lähihoitaja kykenee toimimaan työnjaollisissa rakenteissa eri tehtävissä ja rooleissa. Vuorensyrjä (2006, 154 -155) peräänkuuluttaa kuitenkin osuvasti lähihoitajien omaa osallistumista työrooliensa kehittämiseen. Hänen mukaansa lähihoitajien laaja-alainen osaaminen on tulevaisuuden valttikortti. Tässä tutkimuksessa näkyi lähihoitajien vähäinen osallistuminen haastatteluihin terveyskeskuksen alaisessa kotihoidossa, minkä voi osaltaan tulkita ilmentävän heidän äänettömyyttään ja hahmotonta ammatillista profiiliaan työyhteisössä. Vaikka lähihoitajien oma ääni ei ole tutkimuksessa täysin kuuluvilla, kertovat muiden haastateltavien kuvaukset siitä, miten ammattien hierarkiassa korkeammin koulutetut työntekijät rajaavat alemmin koulutettujen mahdollisuuksia toimia ammatillisen koulutuksen tuottamien valmiuksiensa mukaan ja miten alalle kouluttamattomat työntekijät voivat siirtyä lähihoitajien tehtäviin lyhyillä toimipaikkakohtaisilla koulutuksilla.

Kotihoidon työnjaon kehittämisen kannalta keskeinen haaste on hyvinvointipolitiikan linjausten ja työpaikkatasoisten ratkaisujen välisen vuoropuhelun käynnistäminen. Poliitiikan eri lohkot, esimerkiksi työvoima-, koulutus- ja hyvinvointipalveluja koskeva politiikka kulkevat eri tahdissa ja osin omia teitään. Koulutusuudistusten toteuttaminen vie enemmän aikaa kuin työorganisaatioiden rakenteiden muuttuminen. Ne, jotka tuntevat palveluja, eivät välttämättä tunne koulutusta ja työvoimapolitiikkaa ja päinvastoin. Laiho ja Ruoholahti (2008, 49) ovat esittäneet kriittisen kysymyksen, kuka vastaa koulutusjärjestelmän kokonaissuunnittelusta? Vastaavasti toisaalla on kysytty, miten luoda järjestelmä, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimakehitystä voisi valtakunnallisesti ja alueellisesti ajantasaisesti arvioida (STM 2001) tai miten eri

toimijatahot voisivat ottaa kokonaisvastuuta työvoiman rekrytointia koskevista kysymyksistä? (STM 2002). Samantyyppisiä yhteensovittamisen kysymyksiä pohditaan ILO:n (2007) maailmanlaajuisessa ohjelmassa. Vaikka tämä ohjaus koskee kansainvälisten ja kansallisten politiikkaprosessien yhteensovittamista, sen tavoitteiden valossa voidaan peräänkuuluttaa laaja-alaista dialogia eri politiikkalinjausten välille myös kansallisella tasolla. Ohjelmassa korostetaan ratkaisuja, jotka samanaikaisesti huomioivat sosiaaliset ja taloudelliset näkökohdat: koulutuksen ja osaamisen, sosiaalisen turvallisuuden ja työn arvokkuuden.

Vanhustyön kentällä edellä mainitut tavoitteet tarkoittavat myös sitä, mihin Margaret Stacey (1984) viittaasi jo 80-luvulla todetessaan, että vanhusten hyvinvoinnin lisäämiseksi meidän tulee tarkastella myös työntekijöiden hyvinvointia: kuka vastaa vanhusten huolenpidosta ja millaisin voimavaroin? Tässä artikkelissa olemme painottaneet työnjakoa koskevien kysymysten merkitystä hyvinvointipalvelujen toimivuuden näkökulmasta. Pohjoismaisten tutkijoiden jakama huoli hyvinvointipolitiikan rapautuvasta hoivaeetoksesta (ks. Wrede ym. 2008) tarkoittaa vanhuspolitiikassa nimenomaan sitä, että hyvässä palveluja koskevassa politiikassa on kyse sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvoinnista ja sosiaalisesta turvallisuudesta.

Kiitokset FT, yliassistentti Tapio Kirsille hyvistä kommentteista artikkelia kirjoittaessamme.

KIRJALLISUUS

ABBOTT, ANDREW: The System of Professions. An Essay on the Division of Experts Labor. The University of Chicago, 1988.

ANDERSSON, SIRPA & HAVERINEN, RIITTA & MALIN, MAILI: Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69(2004): 5, 481 – 94.

ANTTONEN, ANNELI, & HENRIKSSON, LEA & NÄTKIN, RITVA (toim.) Naisten

hyvinvointivaltio. Tampere: Vastapaino, 1994.

ANTTONEN, ANNELI & SOINTU, LIINA: Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Helsinki; Stakes, 2006.

BLOMGREN, JENNI & MARTIKAINEN, PEKKA & MARTELIN, TUIJA & KOSKINEN, SEPPO: Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 71(2006): 2, 167 – 78.

BUCHAN, JAMES. & CALMAN, LYNN: Skill-Mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. OECD Health working papers no 17. 2004. <http://www.eldis.org/go/topics/dossiers/human-resources-for-health/strengthening-capacity/skill-mix&id=22268&type=Document> (Luettu 17.3.2008)

CIMO: Elinikäisen oppimisen ohjelma 2007-2013. Päivitetty 20.12.2007 <http://www.cimo.fi/Resource.phx/cimo/elinikainen-oppiminen/ohjelmat.htx> (Luettu 20.3.2008)

DAVIES, CELIA: Some of our concepts are missing: reflections on the absence of sociology of organisations in *Sociology of Health and Illness*. *Sociology of Health & Illness* 25 (Silver Anniversary Issue), (2003), 172 – 190.

ESKOLA, JOUNI & SUORANTA, JOUNI: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 2003.

FINLEX 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (Luettu 7.8.2007)

FINLEX 2005. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 2005/272. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272> (Luettu 7.8.2007)

GOFFMAN, ERWING: Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. Lohja: Marraskuun liike, 1969.

GOFFMAN, ERWING: Forms of talk. Oxford: Blackwell, 1981.

HASSI, TYYNE MARJA: Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa – vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä yhteiskunnallisista megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, Ammattikasvatuksen tutkimus – ja koulutuskeskus, 2005.

HELAKORPI, SEPPO: Työn ja ammattitaidon muutos. 2006.

<http://ope.aokk.fi/~shelakorpi/tyonmuutos.ppt> (Luettu 17.3.2008)

HELSINGIN KAUPUNKI: Kotihoidon osaaminen. Osaamiskartta 3.3.2006. www.hel.fi/wps/wcm/resources/file/eb8fde455b1ab25/osakari_0306.pdf (Luettu 20.3.2008)

HENRIKSSON, LEA: Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Tampereen yliopisto. terveystieteen laitos. Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes, 1998.

HENRIKSSON, LEA: Reconfiguring Finnish welfare service workforce: Inequalities and identify. Equal opportunities International 27 (2008): 1, 49 – 63.

HENRIKSSON, LEA & WREDE, SIRPA: Hyvinvointityön ammattien tutkimus. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 2004.

HENRIKSSON, LEA & WREDE, SIRPA: The making of medico-managerial care work culture in public home care for the elderly. Teoksessa Wrede, S., Henriksson, L., Høst, H., Johansson, S. & Dybbroe, B. (toim.) Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care. Ilmestyy Tukholma: Studentlitteratur, 2008.

HUGHES, EVERETT C.: The Sociological Eye. Selected Papers of Everett Hughes. Chicago: Aldine-Atherton, 1971.

ILO: Decent work for a fair globalization. Overview Paper. 2007.
http://www.ilo.org/global/What_we_do/Events/Symposiaseminarsandworkshops/lang--en/WCMS_084179/index.htm

KOLEHMAINEN, SIRPA: Koulutus, sukupuoli ja työnjako. Sosiologia 39 (2002): 3, 200 – 214.

KUNTALIITTO: Hoitohenkilöstön virkojen nimikkeet ja kelpoisuusehdot. Yleiskirje 37/98, 21.12.1998.
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;23856;23857;32222 (Luettu 25.2.2008)

LAIHO, ANNE & RUOHOLINNA, TARITA: Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: erontekoja, nostalgiaa sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008): 1, 36 – 51.

LARMI, AINI & TOKOLA, EEVA & VÄLKKIÖ, HELEENA: Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Hygieia, 2005.

MALIN, MAILI: Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1996:7.

MOILANEN, LIISA: Ryhmähaastattelu työyhteisössä - tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Helsinki: Työterveyslaitos, 1995.

MTV: Lähihoitajaksi kirpputoritiloissa. 31.10.2007.
<http://www.mtv3.fi/uutiset/45min/jaksot.shtml?576386> (luettu 15.5.2008)

NIEMELÄ, ANNA-LIISA: Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä.

Helsingin yliopisto. Väitöskirjatutkimus. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206, 2006.

OPH 2001: Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2001. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Määräys 7/011/2001. Helsinki.

PALJÄRVI, SOILI & RISSANEN, SARI & SINKKONEN, SINIKKA: Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 2 (2003): 17, 85 – 97.

PALOMÄKI, SIRKKA-LIISA & TOIKKO, TIMO: Tekemisen ja kohtaamisen ristiriita vanhustyössä. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus, 2007.

PERÄLÄ, MARJA-LEENA & GRÖNROOS, EIJA & SARVI, ANU: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki: Stakesin raportteja 8/2006.

PITKÄNEN, MARITA: Raskasta mutta antoisaa. Työvoimapolitiittiseen vanhustyön koulutukseen osallistuneiden käsityksiä vanhustyöstä. Tampereen yliopisto: Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Sosiaalityön pro gradu – tutkielma, 2005.

PYYKKÖ, RAIJA: Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 2004.

PÖTSÖNEN, RIIKKA & VÄLIMAA, RAILI: Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: yliopistopaino, 1998.

RAUHALA, PIRKKO-LIISA: Sosiaalialan työn kehittäminen. Tutkimus sosiaalialan työn yhteiskunnallisista ehdoista ja työn sisällöstä. Työelämän tutkimuskeskus sarja T

10. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, Tampere, 1991.

RINTALA, TAINA & ELOVAINIO, MARKO: Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. Stakes, tutkimuksia 86, 1997.

RISKA, ELIANNE: Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian and Russian Women Physicians. New York: Walter de Gruyter, 2001.

RISKA, ELIANNE & WREDE, SIRPA: Kuka on kestävä sairaanhoitaja? Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 2004.

SILVERMAN, DAVID: Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing talk, Text and Interaction. London: Sage Publications, 2001.

SIMONEN, LEILA: Contradictions of the Welfare State, Women and Caring: Municipal Homemaking in Finland. Tampere: University of Tampere, Acta Universitatis Tamperensis A 259, 1990.

SINKKONEN, SIRKKA: Diakonissan rooli. Sosiologia 4 (1967); 1, 13 – 28.

STACEY, MARGARET: Who are the health workers? Economic and industrial democracy. Special Issue on the Public Sector. 2, (1984), 157 – 184.

STAKES: Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas Ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Heinola, R. (toim.) Helsinki: Stakesin oppaita 70, 2008.

STM 2001: Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2002: Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. 15.1.2002. Helsinki: Sosiaali- ja

terveysministeriö.

STM 2005a: Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista, Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.

STM 2005b: Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32.

STM 2006: Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti, Kivelä, S-L. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30.

STM 2007a: Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sarvimäki, A. & Siltaniemi, A. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14.

STM 2007b: Hyvinvointi 2015 – ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3.

STM 2008a: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

STM 2008b: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008 – 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

SUPER. Hierarkia haittaa työntekoa. SuPer 10/2007, 14 – 19.

TEDRE, SILVA: Hoivan sanattomat sopimukset. Joensuu: Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja, No.40, 1999.

TEDRE, SILVA: Vanhusten avohuollon avaamattomat kysymykset. Gerontologia 2 (2003): 17, 98 – 102.

TEDRE, SILVA: Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus, 2007.

TENKANEN, RAIJA: Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitas Lapponiensis 62. Rovaniemi: Lapin Yliopisto, 2003.

THORNLEY, CAROLE: What Future for Health Care Assistants: High road or Low Road? Teoksessa Davies, C. (toim.) The future health workforce. Palgrave, 2003.

TIIKKALA, LIISA: Työelämän edustajien näkemyksiä lähihoitajakoulutuksesta. Opetushallitus. Moniste 41/1995. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 1995.

TILASTOKESKUS: Tilastotietokannat. Kuntien perustiedot, 2007. <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=Kuntaportaali&ti=Kuntien+perustiedot&path=../Database/Kuntien%20perustiedot/Kuntien%20perustiedot/&lang=3> (Luettu 28.1.2008)

TUOMI, JOUNI & SARAJÄRVI, ANNELI: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 2003.

VAARAMA, MARJA & LEHTO, JUHANI: Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988 – 1994. Teoksessa: Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslaitoksen vanhuspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: Stakes, 1996.

VAARAMA, MARJA & LUOMAHARJU, JAAKKO & PEIPONEN, ARJA & VOUTILAINEN, PÄIVI: Koko kunta ikääntyneiden asiassa. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palveluiden kehittämiseen. Raportteja 259. Helsinki: Stakes, 2001.

WILKINSON, SUE: Focus group research. Teoksessa Silverman, D. (toim.) *Qualitative research. Theory, method and practice*. London: Sage, 2004.

WITZ, ANNE.: Patriarchy and professions: The gendered politics of occupational closure. *Sociology* 24: (1990); 4, 675 – 690.

VOUTILAINEN, PÄIVI & KAUPPINEN, SARI & HEINOLA, REIJA & FINNE-SOVERI, HARRIET & SINERVO, TIMO & KATTAINEN, EIJA & TOPO, PÄIVI & ANDERSSON, SIRPA: Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007*. Helsinki: Stakes, 2007a.

VOUTILAINEN, PÄIVI & KAUPPINEN, SARI & SINERVO, TIMO & FINNE-SOVERI, HARRIET & LAINE, MARJUKKA & AILASMAA, REIJO: Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilötön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Voutilainen, P. (toim.) *Laatua laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi*. Stakesin raportteja 2/2007. Helsinki: Stakes, 2007b.

VUORENSYRJÄ, MATTI: Lähihoitajat 2015. Teoksessa Vuorensyrjä, M., Borgman, M., Kemppainen, T., Mäntysaari, M. & Pohjola, A. *Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA) loppuraportti*. Helsinki: OPM, ESR, STM ja Suomen Kuntaliitto, 2006.

WREDE, SIRPA & HENRIKSSON, LEA: Kahden kerroksen väkeä: kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 2004.

WREDE, SIRPA & HENRIKSSON, LEA: The Changing Terms of Welfare Service Work. *Finnish Home Care in Transition*. In Dahl H.M & Rask Eriksen T. (toim.) *Dilemmas of Care on the Nordic Welfare State. Continuity and Change*. England: Ashgate, 2005.

WREDE, SIRPA & HENRIKSSON, LEA & HØST, HÅKON & JOHANSSON, STINA & DYBBROE, BETINA: Introduction: Care Work and the Competing Rationalities of Public Policy. Teoksessa Wrede, S., Henriksson, L., Høst, H., Johansson, S. & Dybbroe, B. (toim.) Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care. Ilmestyy Tukholma: Studentlitteratur, 2008 (ilmestyy kesäkuussa).

LÄHTEET:

Abbott, A.. The System of Professions. An Essay on the Division of Experts Labor. The University of Chicago. 1988.

Ala-Nikkola, M. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Acta Universitatis Tamperensis 972. Tampere: Tampereen Yliopisto. 2003.

Alasuutari, P. Laadullinen tutkimus Tampere: Vastapaino. 1999.

Ammattikorkeakoululaki 2003/351. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351> (Luettu 7.8.2007)

Andersson, S. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve.. Helsinki: Stakesin raportteja 14/2007.

Andersson, S., Haverinen, R. & Malin, M. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeksisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69(2004): 5, 481—94.

Anttonen, A. Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot. Teoksessa Anttonen, A., Henriksson, L. & Nätkin, R. (toim.) Naisten hyvinvointivaltio. Tampere: Vastapaino. 1994.

Anttonen, A. & Sipilä, J. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino. 2000.

Anttonen, A. & Sointu, L.: Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12ssa Euroopan maassa. Helsinki: Stakes. 2006.

Berger, P. & Luckmann, T. The Social Construction of Reality – Treatise in the Sociology of Knowledge. England, Harmonds: Penguin Books.

Blomgren, J., Martikainen, P., Martelin, T. & Koskinen, S. 2006. Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(2006); 2, 167—78.

Borgman, M.: Miten sosiaalialan työntekijöiden ammatilliset tulkinnat rakentuvat? Jyväskylä: Stakesin tutkimuksia 95/1998.

Burau, V., Theobald, H. & Blank, R. H. *Governing Home Care. A Cross-National Comparison*. Cornwall: Edward Elgar Publishing, Inc. 2007.

Davies, C. Some of our concepts are missing: reflections on the absence of sociology of organisations in *Sociology of Health and Illness*. *Sociology of Health & Illness* 25 (Silver Anniversary Issue), (2003), 172—190.

Green, J. & Hart, L. The impact of context data. Teoksessa Barbour, R. & Kitzinger, J. (toim.) *Developing Focus group research. Politics, Theory and Practice*. 2001.

EK 2003. Naiset ja miehet työmarkkinoilla. Teollisuus ja työnantajat. Saatavilla www.ek.fi/arkisto/ekarchive/20030814-092131-2180.pdf (Luettu 2.3.2008)

EK 2008. Työmarkkinoiden eriytyminen. <http://www.ek.fi/www/fi/tyoelama/tasa-arvo/eriytyminen.php> (Luettu 31.3.2008)

Eriksson-Piela, S. Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus. *Acta Universitatis Tamperensis* 929. Tampere: Tampereen yliopisto. 2003.

Eräsaari, L., Julkunen, R. & Silius, H. *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*. Tampere: Vastapaino. 1995.

Eskola, J. & Suoranta, J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino. 2003.

Frankland, J. & Bloor, M. Some issues arising in the systematic analysis of focus group

materials. Teoksessa Barbour, R. & Kitzinger, J. (toim.) *Developing Focus group research. Politics, Theory and Practice*. 2001.

Goffman, Erving. *Frame Analysis. An Essay on the Organizations of Experience*. Cambridge, Massachusetts. 1974.

Goffman, Erving. *The Interaction Order*. *American Sociological Review* 48 (1983): 1, 117.

Heikkilä, M. Sektoritutkimukseen liittyviä eettisiä pulmia. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Tietolipas 211. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden seura. 2006.

Heinola, R. Johdanto – kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, R. (toim.) *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Helsinki: Stakesin oppaita 70/2008.

Henriksson, L. Ammatillisen sisaruuden uudet jaot – sota terveystyön taitekohtana. Teoksessa Anttonen, A., Henriksson, L. & Nätkin, R. (toim.) *Naisten hyvinvointivaltio*. Tampere: Vastapaino. 1994.

Henriksson, L. *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. Tampereen yliopisto. terveystieteen laitos. Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes. 1998.

Henriksson, L. *Reconfiguring Finnish welfare service workforce: Inequalities and identify*. *Equal opportunities International* 27 (2008): 1, 49 – 63.

Henriksson, L. & Wrede, S. *Hyvinvointityön ammattien tutkimus*. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus. 2004.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. *Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino. 2001.

Hughes, E. C. *Men and Their Work*. Glencoe, Illinois: The free Press. 1958.

Hughes, E. C. *The Sociological Eye. Selected Papers of Everett Hughes*. Chicago: Aldine-Atherton. 1971.

Julkunen, R. Yksityinen ja julkisessa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Eräsaari, L., Julkunen, R. & Silius, H. (toim.) *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*. Tampere: Vastapaino. 1995.

Julkunen, R. Hyvinvointivaltion uusi politiikka. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (2001); 4, 366—73.

Julkunen, R. Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus. 2004.

Julkunen, R. Kätketty hyvinvointivaltio vai pohjoismainen malli. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(2006); 2, 179—185.

Keränen, M. Yksityisen ja julkisen muuttuvat rajat. Teoksessa Eräsaari, L., Julkunen, R. & Silius, H. (toim.) *Naiset yksityisen ja julkisen rajalla*. Tampere: Vastapaino. 1995.

Kirsi, T. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksista. *Acta Universitatis Tamperensis* 1051. Tampere: Tampereen yliopisto. 2004.

Kitzinger, J. & Barbour, R. Introduction: the challenge and promise of focus groups. Teoksessa Barbour, R. & Kitzinger, J. (toim.) *Developing Focus group research. Politics, Theory and Practice*. 2001.

Kolehmainen, S. Koulutus, sukupuoli ja työnjako. *Sociologia* 3 (2002); 200—14.

Kuntaliitto. Hoitohenkilöstön virkojen nimikkeet ja kelpoisuusehdot. *Yleiskirje* 37/98,

21.12.1998. Saatavilla

http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;23856;23857;32222 (Luettu 25.2.2008)

Kuronen, T. Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus. 2007.

Laiho, A. & Ruoholahti, T. Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: erontekoja, nostalgiaa sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008): 1, 36—51.

Laki ammatillisesta koulutuksesta 1998/630. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980630> (Luettu 7.8.2007)

Laki ammatillisesta aikuiskoulutuksesta. 1998/631. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980631> (Luettu 7.8.2007)

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 2005/272.

Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272> (Luettu 7.8.2007)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (Luettu 7.8.2007)

Launis, V. Tutkimuksen eettinen ennakoarviointi – mitä se on? 2007. Saatavilla

http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html (Luettu 4.4.2008)

Lewis, J. Older people and the health-social care boundary in the UK: Half a century of hidden policy conflict. *Social Policy & Administration* 35 (2001); 343—359.

Malin, M. Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1996:7.

Moilanen, L. Ryhmähaastattelu työyhteisössä - tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Helsinki: Työterveyslaitos. 1995.

MTV: Lähihoitajaksi kirpputoritiloissa. 31.10.2007. Saatavilla <http://www.mtv3.fi/uutiset/45min/jaksot.shtml?576386> (luettu 15.5.2008)

Niemelä, A-L. Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin yliopisto. Väitöskirjatutkimus. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206. 2006.

OPH 2001. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2001. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Määräys 7/011/2001. Helsinki. Saatavilla http://www.edu.fi/julkaisut/maaraykset/ops/sosiaali_korjattu14062001.pdf (Luettu 9.8.2007)

Paasivaara, L. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta - Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Oulun yliopisto. Väitöskirjatutkimus. 2002.

Paljärvi, S., Rissanen, S. & Sinkkonen, S.. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 17 (2003); 2, 85—97.

Palomäki, S-L. & Toikko, T. Tekemisen ja kohtaamisen ristiriita vanhustyössä. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus. 2007.

Peräkylä, A. Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Tampere: Vastapaino.

Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Helsinki: Stakesin raportteja 8/2006.

Pietarinen, J. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S.,

Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Gaudeamus. 2002.

Pietikäinen, T. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. 2004.

Pitkänen, M. Raskasta mutta antoisaa. Työvoimapolitiittiseen vanhustyön koulutukseen osallistuneiden käsityksiä vanhustyöstä. Tampereen yliopisto: Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Sosiaalityön pro gradu – tutkielma. 2005

Pyykkö, R: Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus. 2004.

Rintala, T. & Elovainio, M. 1997. Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi.. Helsinki: Stakesin tutkimuksia 86/1997.

Riska, E. Medical Careers and Feminist Agendas. American, Scandinavian and Russian Women Physicians. New York: Walter de Gruyter. 2001.

Riska, E. & Wrede, S. Kuka on kestävä sairaanhoitaja? Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus. 2004.

Rissanen, S., Laitinen-Junkkari, P., Hirvonen, R. & Sinkkonen, S.. Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiossa 1994 ja 1997-arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutuksista kotihoidon laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Gerontologia 13 (1999) 271— 81.

Saarenheimo, M. & Pietilä, M. 2003. Iäkkäät omaishoitajat – omaisia vai hoitajia? Gerontologia 17 (2003); 139 – 148.

Santamäki, K. 2006. Koulutetut sairaanhoitajat lamatyömarkkinoilla: kokemuksia lähimenneisyydestä. Terveystieteiden tutkimuksen päivät 2006. Helsinki: Stakesin

työpapereita 26/2006.

Silverman, D. *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing talk, Text and Interaction.* London: Sage Publications. 2001.

Sinkkonen, S. Diakonissan rooli. *Sociologia* 4 (1967); 1, 13 – 28.

Sosiaalibarometri. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. 2007.

Stacey, M. The division of labour revisited or overcoming the two Adams. Teoksessa Abrams, P., Deem, R., Finch, J. & Rock, P. (toim.) *Development and Diversity: British Sociology, 1950 – 1980.* London: George Allen & Unwin. 1981.

Stacey, M. Who are the health workers? Economic and industrial democracy. special Issue on the Public Sector. 2 (1984); 157—84.

Stakes. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Suomen Virallinen Tilasto. Helsinki: Sosiaaliturva. 2007.

Stakes. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Heinola, R. (toim) Helsinki: Stakesin oppaita 70/2008.

STM 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:7. Helsinki.

STM 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3.

STM 2005a. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.

STM 2005b. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32.

STM 2006a. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti, Kivelä, S-L. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30.

STM 2006b. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki: Yliopistopaino.

STM 2007a. Hyvinvointi 2015 – ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3.

STM 2007b. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sarvimäki, A. & Siltaniemi, A. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14.

STM 2007c. Kokeilu vanhusten palvelujen uudelleen organisoimiseksi. (Kotihoitokokeilu). Saatavilla

<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/kotihoitokokeilu1.htm> (Luettu 15.8.2007.)

STM 2008a. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. STM ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

STM 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008 – 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

STM 2008c. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:5.

Suominen, T. & Henriksson, L. 2008. Lähihoitaja vanhusten kotihoidossa – Avain joustavaan työnjakoon vai hahmoton hoitaja? Julkaisematon lähde.

SuPer. Hierarkia haittaa työntekoa. SuPer 10/2007, 14—19.

Szebehely, M. Care as Employment and Welfare Provision – Child Care and Elder Care in Sweden at the Dawn of the 21st Century. Teoksessa Dahl, H.M. & Eriksen T.R. (toim.) Dilemmas of Care in Nordic Welfare State. England: Ashgate. 2005.

Tedre, S. Hoivan sanattomat sopimukset. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja No 40. Joensuu: Joensuun yliopisto. 1999.

Tedre, S. 2003. Vanhusten avohuollon avaamattomat kysymykset. Gerontologia 2 (2003): 17, 98—102.

Tedre, S. Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus. 2007.

Tenkanen, R. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitas Lapponiensis 62. Rovaniemi: Lapin Yliopisto. 2003.

Thornley, C. What Future for Health Care Assistants: High road or Low Road?

Teoksessa Davies, C. (toim.) The future health workforce. Palgrave. 2003.

Tilastokeskus 2007a: Tilastotietokannat. Kuntien perustiedot. Saatavilla

<http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=Kuntaportaali&ti=Kuntien+perustiedot&path=../Database/Kuntien%20perustiedot/Kuntien%20perustiedot/&lang=3> (Luettu

28.1.2008)

Tilastokeskus 2007b. Väestöennuste 2007 – 2040. Saatavilla

http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_05-31_tie_001.html

Topo, P. & Sormunen, S. Staffing levels and well-being of the residents with dementia. Teoksessa Wrede, S., Henriksson, L., Høst, H., Johansson, S. & Dybbroe, B. (toim.) Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care. Tukholma: Studentlitteratur. 2008.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki, Tammi. 2003.

Twigg, J. Bathing- The Body and Community Care. London & New York: Routledge. 2000.

Vaarama, M. & Lehto, J. Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988 – 1994. Teoksessa: Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportteja 192/1996. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Stakesin raportteja 192/1996.

Vaarama, M., Luomaharju, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. Koko kunta ikääntyneiden asiassa. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palveluiden kehittämiseen.. Helsinki: Stakesin raportteja 259/2001.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. Kaksi skenaarioita vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999 – 2030. Yhteiskuntapolitiikka 67 (2004): 4, 352—63.

Voutilainen, P., Kauppinen, S., Heinola, R., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Kattainen, E., Topo, P. & Andersson, S. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes. 2007a.

Vuorensyrjä, M. Lähihoitajat 2015. Teoksessa Vuorensyrjä, M., Borgman, M., Kempainen, T., Mäntysaari, M. & Pohjola, A. Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA) loppuraportti.

Helsinki: OPM, ESR, STM ja Suomen Kuntaliitto. 2006.

Waerness, K. Omsorgen som lönearbeten, *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1(1980); 3, 6—17.

Wilkinson, S. Focus group research. Teoksessa Silverman, D. (toim.) *Qualitative research. Theory, method and practice*. London: Sage. 2004.

Witz, A. Patriarchy and professions: The gendered politics of occupational closure. *Sociology* 24 (1990): 4, 675—90.

Wrede, S. Kenen neuvola? Kansanterveyden ”naisten huoneen” rakennuspuut. Teoksessa Helén, I. & Jauho, M. (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus. 2003.

Wrede, S. & Henriksson, L. Kahden kerroksen väkeä. Kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus. 2002.

Wrede, S., Henriksson, L. Høst, H., Johansson, S. & Dybbroe, B. Introduction: Care Work and the Competing Rationalities of Public Policy. Teoksessa Wrede, S., Henriksson, L., Høst, H., Johansson, S. & Dybbroe, B. (toim.) *Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care*. Tukholma: Studentlitteratur. 2008.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa-anomus

Tuula Suominen

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

tuula.suominen@uta.fi

24.9.2007

Olen opintojeni loppuvaiheessa oleva kansanterveystieteen opiskelijana Tampereen yliopistossa terveystieteen laitoksella. Kuluvan lukuvuoden aikana tarkoitukseni on tehdä pro gradu-tutkielma. Graduni aihepiiri liittyy terveystieteiden alalla keskeiseen kysymykseen, sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työnjaosta. Tarkoitukseni on tutkia työnjakoa pienissä, sekä sosiaalihuollon että terveyskeskuksen alaisissa, kotihoidon yksiköissä. Tutkimukseni on kvalitatiivinen tutkimus, jonka tutkimusaineistoa ovat valtakunnalliset suositukset ja selvitykset työnjaosta, kotihoidon työvuorotaulukot ja niiden antama informaatio työnjaosta ja eri ammattiryhmien ryhmähaastattelut kotihoidossa. Tutkimukseni loppuraportti valmistuneena alkuvuoden 2008 aikana.

Pyydän tutkimuslupaa xxxxxxxxxxxx toimintayksikön, kotihoidon, työvuorojen tarkasteluun (n. 3 viikon ajalta) ja eri ammattiryhmien ryhmähaastatteluihin. Haastattelut on tarkoitus tehdä marraskuussa. Ryhmähaastattelujen kesto on 1-1,5 h. Haastattelun erillisinä ryhminä eri tehtävänimikkeillä toimivat työntekijät, kuten sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, lähihoitajat ja kodinhoitajat/kotiavustajat.

Pro gradu- tutkielmaani ohjaavat:

Dosentti, FT, akatemiatutkija Lea Henriksson, Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatutkimuksen instituutti. lea.henriksson@uta.fi p. 03-3551 7026

FT, yliassistentti, Tapio Kirsi, Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos.

tapio.kirsi@uta.fi p. 03-3551 7337

Tuula Suominen, TtM-opiskelija

Liitteenä tutkimussuunnitelma (liite 1) ja alustava teemahaastattelurunko (liite 2).

Liite 2. Taustatietokysely

Kysely kotihoidon työntekijöille

Täytä lomake huolellisesti. Rengasta omaa tilannettasi vastaavan vaihtoehdon numero tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

Taustatiedot:

1. Nimi: _____
2. Ikä: _____
3. Työkokemuksesi hoitoalalta: _____
4. Työkokemuksesi kotihoidosta: _____
5. Tehtävänimikkeesi: _____
6. Työsuhteesi on:
 1. vakituinen
 2. määräaikainen, kuinka pitkä määräaikaisuus (päiviä, viikkoja, kuukausia)

 3. työllisyys määrärahoin palkattuna

Koulutus:

7. Suorittamasi tutkinnot:

Suoritettu tutkinto	Koulutuksen kesto	Suoritusvuosi

8. Onko vanhustyö/kotihoitotyö ollut ensisijainen uravalintasi

1. kyllä
2. ei, ensisijainen valintasi olisi ollut _____

Koulutus- ja urapolkusi

9. Kuvaa tällä lomakkeella olevalle janallesi urapolkuasi: koulutuspolkua (miten nykyiseen ammattiin) ja työuraasi (missä olet urasi eri vaiheissa työskennellyt). Voit merkitä janalle poikkiviivan ja esim. vuosiluvun ja kirjoittaa sanallisen kommentin siihen viereen (mitä tapahtui kyseisenä vuonna).

Kiitos kyselyyn vastaamisesta! Käsittelen antamiasi tietoja luottamuksellisesti!

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

Työtehtävät

- millaista työnne on, kuvailkaa millaisia työtehtäviä teille kuuluu
- millaisia kodinhoidollisia (kotityöt), terveyden- ja sairaanhoidollisia (lääkehoito, hoitotoimenpiteet, ohjaus, arviointi ja neuvonta), asiakkaan taloudelliseen turvallisuuteen (mm. turvapalveluiden järjestäminen, sosiaaliturvaetuuksien haku) liittyviä tehtäviä työssänne on (kuka ottaa vastaan palvelupyynnön uudesta asiakkaasta, tekee hoidon/palveluntarpeen arvioinnin, kuka tekee hoito- ja palvelusuunnitelman, kuka tekee toimintakykytestit erilaisin mittarein mm. RAVA ja MMSE)
- millainen työnjako-malli on käytössä: tehtäväkeskeinen työnjako (lääkkeenjako vuoro, kylvetysvuoro, kauppavuoro jne.) vai vastuuhuoltajanalli (jokaisella asiakkaalla nimetty vastuuhuoltaja)
- miten päätätte arkipäivän työnjaosta ja suunnittelette työpäivän (kuka antaa työtehtävät, voitteko vaikuttaa työtehtäviinne)
- vastaako työ/tehtävänkuvanne sitä miten haluaisitte työssänne toimia? (missä suhteessa vastaa, missä ei)

Työntekijöiden saatavuus

- kuka sijaistaa kotihoitajia, kotiavustajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia
- miten tämä vaikuttaa työnjakoon
- sijaistaako kodinhoitaja lähihoitajaa, millaisin rajoituksin
- sijaistaako lähihoitaja sairaanhoitajaa, millaisin rajoituksin

Työnjakoon liittyvät haasteet

- millaiset tilanteet ongelmallisia työnjaon kannalta
- kuka tekee sen mitä työntekijät eivät tee (esim. siivous, ruoanlaitto, verinäytteet, nestehoidot, vaikeat haavat, saattohoito)