

# Työnjako vanhusten kotihoidossa

TUULA SUOMINEN – LEA HENRIKSSON

## Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kiteytyy yhteiskunnallisen työnjaon järjestys: naiset toimivat naisten töissä ja naistyön ehdoin (Henriksson & Wrede 2004; Stacey 1984, 174; Tedre 1999). Hyvinvointivaltion hoito- ja palvelujärjestelmässä tehtävä palkkatyö on toisaalta mahdollistanut naisten taloudellisen riippumattomuuden, työsäkännin ja ammattien kehittymisen, ja toisaalta tämä kehitys on vahvistanut julkisen vallan vastuuta, kun naisten perinteisesti kotona tekemää työtä on muutettu palkkatyöksi (Anttonen & al. 1994; Anttonen & Sointu 2006; Henriksson 1998).

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuuri on tunnetusti jähmeä, hidaslukkinen ja työnjaollisilta suhteiltaan tiukan hierarkkinen, sosiaali-, terveys-, koulutus- ja työvoimapolitiittiset linjaukset ja työorganisaatioiden muutokset ovat viime vuosina tuottaneet uusia työnjaollisia rakenteita ja ammatteja. Koulutusuudistukset ja koulutustason yleiset kohottamispyrkimykset ovat kuitenkin entisestään hierarkisoineet sosiaali- ja terveysalan ammatillista järjestystä (ks. Laiho & Ruoholinna 2008, 48). Esimerkiksi sairaanhoitajien ammatillisen aseman nousu on liittynyt siihen, että heille on siirretty lääkäreille kuuluneita tehtäviä, ja toisaalta heidän työtehtäviään on delegoitu alemmille työntekijäryhmille (ks. Hughes 1971, 307; Thornley 2003, 156; Witz 1990). Argumenttimme on, että muutos yhden ammattiin työtehtävissä ja toimivallassa vaikuttaa koko ammattien järjestelmään ja ammattien väliseen työnjakoon (Abbott 1988).

Ammattiryhmien välisen työnjaon näkökulmasta vanhuspalvelut ovat erityisen kirjava kenttä (Tedre 2007, 95; Wrede & Henriksson 2004). Aiemmin kotipalvelussa työskenteli pääsääntöisesti sosiaalialan koulutuksen saaneita kodinhoitajia ja kotiavustajia (Rauhala 1991; Simonen 1990). Kotisairaanhoidossa on työskennellyt terveydenhuollon ammattilaisia: sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, apu- ja perushoitajia sekä diakonissoja (Sinkkonen 1967; Pyykkö 2004). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisissa järjestyksissä on se merkittävä ero, että sosiaalihuollossa on työskennellyt runsaasti kouluttamattomia työntekijöitä, kun taas terveydenhuollossa on vaadittu ammatillista koulutusta (STM 2001).

Uusi laaja-alainen sosiaali- ja terveystalouden perustutkinto, lähihoitajakoulutus, käynnistettiin vuonna 1993 (Tiilikkala 1995; Vuorensyrjä 2006). Lähihoitajauudistus sijoittuu aikakauden, jolloin vanhusten palvelurakennemuutoksessa korostettiin kotona asumisen tukemista (Vaarama & Lehto 1996; Vaarama & al. 2001). Tässä uudistuksessa näkyvät erityisen selvästi hyvinvointivaltion suunnanmuutoksen periaatteet (ks. Julkunen 2001): työelämälähtöisyys ja elinikäisen oppimisen vaatimukset, jotka korostavat työvoiman joustavuutta ja liikkuvuutta sektorien välillä ja työtehtävästä toiseen. Terveydenhuollossa tämän mahdollisti lähihoitajien rekisteröinti Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen (TEO). Lähihoitajakoulutuksen alkutaival oli taloudellisen laman vuoksi kivikkoinen ja valmistuneiden työllistyminen heikkoa. Samanaikaisesti uusien ammattilaisten rinnalla koulutettiin pa-

---

Kiitokset FT, yliassistentti Tapio Kirsille hyvistä kommentteista artikkelia kirjoittaessamme.

---

Artikkelin rahoittajana on ollut Suomen Akatemian projekti 214430 sekä Jenny ja Antti Wihurin rahasto.

rin vuoden ajan ns. vanhoihin ammatteihin, kuten esimerkiksi perus- ja kodinhoitajiksi. Koulutusuudistuksen toimeenpanoa hankaloitti myös se, että sosiaali- ja terveydenhuollon sektorit toimivat pääsääntöisesti erillään eikä työvoiman liikkuvuudelle ollut heti selkeää tarvetta.

Lähihoitajakoulutuksen laajuutta ja sisältöjä on viimeisten 15 vuoden aikana muutettu useita kertoja. Ammattilaisten ei ole ollut helppoa löytää paikkaansa työnjaossa, eikä ammattia edelleenkään tunneta kovin hyvin (Henriksson 2008). Lähihoitajakoulutuksen kirjavuus on osa tätä vaikiutumattomuutta. Koulutusta toteutetaan toisen asteen oppilaitoksissa, aikuisopistoissa ja konsulttiyritysten järjestämänä (MTV3 2007). Tutkinnon voi suorittaa myös oppisopimuksena joko nuorten perusopetuksena tai aikuisten näyttötutkintoina (OPH 2001). Lähihoitajakoulutus on kuitenkin edelleen ainoa sosiaali- ja terveysalan sektorirajat ylittävä ammatillinen koulutus. Suurin osa valmistuneista sijoittuu sosiaalialalle, mutta sijoittuminen terveydenhuoltoon ja sairaaloihin on ollut heikompaa (Henriksson 2008; Rintala & Elovainio 1997; Vuorensyrjä 2006).

Vaikka lähihoitajat sijoittuvat hyvin vanhustyöhön, palvelujen ja työnjaon kehittämisessä on toistaiseksi kiinnitetty melko vähän huomiota lähihoitajien työtehtäviin. Heidän asemansa 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 & al. 2007a, 38). Ikäihmistien palveluiden laatusuosituksen (STM 2008a & 2008b) tavoitteena on se, 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 työskentelevien kelpoisuusehtoihin. Työnjaollinen järjestys on näin ollen neuvoteltava työpaikka- ja tilannekohtaisesti, koska kotihoidossa toimitaan institutionaalisissa olosuhteissa, jotka antavat löyhät ja vain osittain täsmennetyt toimintapuitteet ammattien väliselle työnjaolle.

Tapaustutkimus Helsingin kotihoidon tehostamishankkeesta osoittaa, että vanhusten kotihoito on hallinnollisen yhdistämisen myötä sairaanhoidollistunut ja lääketieteellistynyt (Wrede &

Henriksson 2004 & 2005; Henriksson & Wrede 2008). Myös työpaikkatason työnjaossa on tapahtunut työn sisällöllistä muuttumista siten, että lääkehuollon, asiakkaiden hygieniasta huolehtimisen ja ruokailussa avustamisen osuudet ovat kasvaneet, kun taas siivous- ja asiointiapu ovat vähentyneet (esim. Paljärvi & al. 2003). Kotihoidon yhdistämisestä huolimatta kotihoitoa koskevissa politiikka-asiakirjoissa ja tutkimuksen sanastoissa toistuu jako sosiaali- ja terveysalan työhön. Valtakunnallisesti voi todeta, että henkilöstörakenne on muuttunut sairaan-, terveyden- ja lähihoitajapainotteiseksi samalla kun kodinhoitajien sekä kotiaavustajien määrä on vähentynyt (Voutilainen & al. 2007b, 38). Yhdistetyn kotihoidon työnjakoa koskevista tutkimuksista käy lisäksi ilmi, että ammattiryhmien välillä esiintyy kilpailua, luottamuksen puutetta ja työnjaollisia ongelmia, jotka vaikeuttavat esimerkiksi asiakkaan ”palvelua ja hoitoa” (Perälä & al. 2006, 35; Tenkanen 2003, 182–189). Jopa ammattiliitot kiistelevät siitä, kenen toiminta-aluetta kotihoito on (Wrede & Henriksson 2004). Vanhusten kotihoidon työnjakoa on tärkeää tutkia ja kehittää, koska työnjaon selkeys lisää asiakaskeskeisyyttä ja palveluorientoitumista (Andersson & al. 2004, 492), mutta myös työntekijöiden osaamista, motivaatiota ja jaksamista (ks. Wrede & al. 2008). Välillisesti työnjaollisen järjestyksen selkiyttäminen vaikuttaa myös vanhustyön vetovoimaisuuteen työpaikkana, jossa voi osoittaa osaamistaan ja kiinnostustaan ihmisten kanssa tehtävään eettisesti korkeatasoiseen työhön.

Tämän artikkelin lähtökohta korostaa kahdensuuntaista tulkintaotetta. Yhtäältä hyvinvointivaltion suunnanmuutos eli talouden ja politiikan linjaukset muovaavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa, toisaalta näiden institutionaalisten toiminta-alueiden ja ammattien järjestyksen tutkiminen voi syventää ymmärrystä yhteiskunnasta (Davies 2003, 177). Tämä lähestymistapa rakentaa keskusteluyhteyksiä hyvinvointipolitiikan, työorganisaatioiden ja työnjakoa koskevien kysymysten 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.

**Taulukko 1. Kotihoidon toimintayksiköiden henkilöstörakenne tehtävänimikkeittäin ja haastatteluihin osallistuneiden määrä (n = 16) suhteessa koko toimintayksikön työntekijämäärään**

| Kotihoito A           |                                | Kotihoito B      |                                |
|-----------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|
| Tehtävänimike         | Haastatellut (koko henkilöstö) | Tehtävänimike    | Haastatellut (koko henkilöstö) |
| Terveystenhoitaja     | 4 (6)                          | Hoitaja          | 6 (12)                         |
| Lähihoitaja           | 2 (5)                          | – sairaanhoitaja | 1                              |
| Kodinhoitaja          | 1 (10)                         | – lähihoitaja    | 3                              |
| Kotipalvelutyöntekijä | 3 (3)                          | – kodinhoitaja   | 1                              |
| – kotiavustaja        | 2                              | – kouluttamaton  | 1                              |
| – kouluttamaton       | 1                              |                  |                                |
| yhteensä              | 10 (24)                        | yhteensä         | 6 (12)                         |

## Tutkimusasetelma ja -aineistot

Tässä tutkimuksessa kotihoidon työnjako ymmärretään neuvoteltuna sosiaalisena järjestyksenä (Goffman 1969 & 1981). Empiirisenä tutkimuskohteena ovat näin ollen arkielämän vuorovaikutussuhteet, niissä syntyvät työnjakoa koskevat merkitykset ja niihin liittyvät ammatilliset ajattelu- ja toimintatavat sekä työorganisaation toimintakulttuuri. Kirjoittajien kokemukset lähihoitajien opettajana ja ohjaajana kotihoidon työkentillä (Tuula Suominen) ja aiemmasta työnjaon ja kotihoidon tutkimuksesta (Lea Henriksson) ovat suunnanneet tutkimuskohteen ja aineistojen valintaa. Tutkimuksen tavoitteena on empiiristen 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. Pohdintaosassa kotihoidon työnjakoa ja lähihoitajan asemaa peilataan hyvinvointipoliittisten ohjelmien ohjaukseen.

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 saatiin syksyllä 2007. Tutkimuskohteena olevat kunnat olivat väestörakenteeltaan hieman erilaisia, mikä vaikuttaa kotihoidon kohderyhmään ja työntekijöiden määrään (taulukko 1). *Kotihoito A* sijaitsi kunnassa, jossa yli 64-vuotiaiden osuus väestöstä on 22,3 prosenttia, kun kunnassa B vastaava osuus on 14,2 prosenttia (Tilastokeskus 2007).

Tutkimusaineiston muodostavat terveydenhoitajien, perus- ja lähihoitajien, kodinhoitajien, kotipalvelutyöntekijöiden sekä ns. hoitajien neljä ryhmähaastattelua, haastateltavien täyttämät taustatietolomakkeet sekä kotihoidon toimintayksiköiden työvuorotaulukot kolmen viikon ajalta. Haastatteluryhmät muodostettiin sen mukaan, millä tehtävänimikkeellä työntekijät toimivat kotihoidossa (taulukko 1). Ryhmähaastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, ja työntekijät saivat osallistua siihen työajalla. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 16 työntekijää. Ryhmissä oli keskimäärin neljä osallistujaa (vaihteluväli 3–6 osallistujaa). Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelu sopii hyvin organisaatioiden ja ryhmien kulttuurin tutkimukseen (Moilanen 1995; Pörsönen & Välimaa 1998). Ryhmähaastattelun etuna on se, että osallistujat ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiansa muistamaan asioita, joita yksilöhaastattelussa ei välttämättä tulisi esille. Ryhmän jäsenten keskinäinen vuorovaikutus korostaa heidän mielipiteitään, mutta yhteisön paine voi myös yhdenmukaistaa puhetta tai jotkut osallistujat voivat jäädä taka-alalle. Ryhmähaastattelu eteni teemahaastattelurunkoa mukaillen (ks. Eskola & Suoranta 2003; Wilkinson 2004). Teemat koskivat kotihoidon työtehtäviä, työnjakoa ja työnjakoon liittyviä haasteita. Ennen haastatteluja tutkimukseen osallistuneet täyttivät taustatietolomakkeen, josta kävi ilmi työntekijän työkokemus kotihoidossa, työsuhteen laatu, ammatillinen koulutus sekä lyhyt kuvaus työhistoriasta.

*Kotihoito A*:n kodinhoitajat ja lähihoitajat haastateltiin esimiehen toivomuksesta yhtä aikaa. Perusteluna oli se, että ”työntekijät tekevät käy-

tännössä samaa työtä”. *Kotihoito A*:sta muodostui kolme ryhmää: terveydenhoitajat, kodinhoitajat ja lähihoitajat sekä kotipalvelutyöntekijät. Haastatteluihin osallistui 42 prosenttia kotihoidon työntekijöistä (taulukko 1). Tutkimukseen osallistuneista vain yhdellä oli määräaikainen työsuhde, muut olivat vakituisia työntekijöitä. Haastateltavien keski-ikä oli 39 vuotta, ja heidän työkokemuksensa kotihoitotyöstä vaihteli kahdesta viikosta 27 vuoteen, keskimäärin se oli 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 pääasiassa kotiavustajakurssin käyneitä. Työhistorioiden perusteella useilla työntekijöillä oli monipuolinen työkokemus hoitoalalta sekä laitos- että kotihoidon puolelta ja/tai työkokemusta muilta aloilta, esimerkiksi toimistotyöstä.

*Kotihoito B*:ssä kaikki työskentelivät samalla tehtävänimikkeellä, hoitaja, joten haastateltavista muodostui vain yksi ryhmä. Kuntaliiton (1998) suosituksen mukaan hoitajanimikettä käytetään lähinnä kouluasteen tutkintonimikkeistä. Kyseessä on ennen kaikkea työvoimapoliittinen työnjakomalli, jonka tarkoitus on mahdollistaa työpaikkojen mahdollisimman joustava täyttämisen erilaisen ammatillisen tutkinnon suorittaneilla työntekijöillä. *Kotihoito B*:ssä hoitajanimikettä käytettiin kuitenkin myös korkeamman asteen tutkinnon suorittaneista, kuten sairaanhoitajista. Haastatteluihin osallistui puolet työntekijöistä (taulukko 1). Yhtä lukuun ottamatta kaikilla haastatteluihin osallistuneilla oli vakituinen työsuhde. Keski-ikänsä he olivat 47-vuotiaita, ja työkokemus kotihoitotyöstä vaihteli 1,5 vuodesta 25 vuoteen. Keskimäärin se oli 10 vuotta. Vain yhdellä hoitajalla ei ollut ammatillista 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.

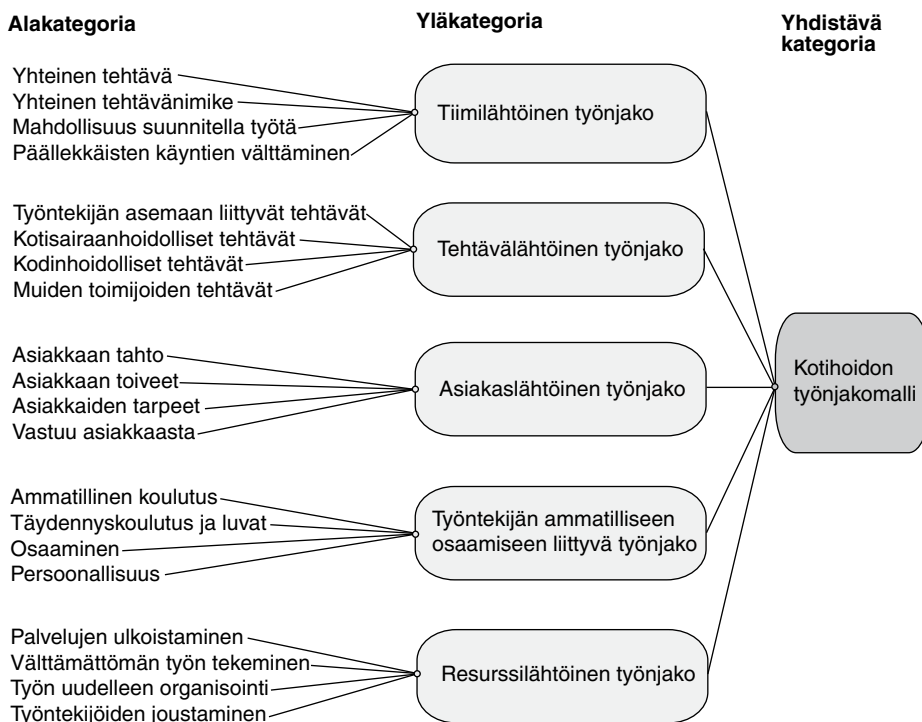
Molemmissa kotihoidon yksiköissä kaikki työntekijät olivat naisia, mutta toisen kotihoidon toimintayksikön esimiehenä oli mies. Naisten työhistoriassa vuorottelivat työ, opiskelu, äi-

tiyslomat ja hoitovapaat. Sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla oli selkeästi sosiaali- ja terveydenhuoltoalaan painottuva työhistoria. Puolet muilla tehtävänimikkeillä toimivista oli jossakin työuransa vaiheessa siirtynyt muilta aloilta hoitoalalle. Tutkimukseen osallistuneiden sitoutuminen vanhustyöhön näkyi siinä, että he arvelivat työskentelevänsä kotihoidossa vielä viiden vuoden kuluttua. Muutamissa taustatietolomakkeissa oli kuitenkin lisäkommentti: ”Jos terveys kestää”. Työvuorotaulukoita käytettiin työnjakoa koskevissa ryhmähaastatteluissa keskustelun virittäjänä, ja ne antavat tukea myös työnjakomallien tulkintaan.

Molemmissa kotihoidon toimintayksiköissä haastatteluun osallistuneiden katoa selittää vuorotyö. Vapaapäivältä ei osallistuttu tutkimukseen. Myös paine työtehtävien suorittamiseen työvuoron aikana karsi osallistujia. Kummassakaan kotihoidon yksikössä lähihoitajia ei haastateltu erillisenä ryhmänä, joko esimiehen toivomuksesta tai koska työntekijät toimivat muulla tehtävänimikkeellä. Tällä voi olla vaikutusta siihen, miten lähihoitajat puhuivat omasta asemastaan ryhmähaastattelutilanteissa muiden ammattiryhmien aikana. Erityisesti on huomioitava *kotihoito A*:n kodinhoitajien ja lähihoitajien vähäinen osallistuminen haastatteluun. Pertti Alasuutari (1999, 154) on todennut, että analyysi ryhmätilanteesta ja sen vuorovaikutuksesta voi kuvata myös organisaation hierarkkisuuutta. Näin ollen voisi todeta, että yhtä lailla se, kuka organisaatiosta osallistuu ryhmähaastatteluun, voi kuvata organisaatiossa tapahtuvaa toimintaa ja toimijoita.

Ryhmähaastattelut kestivät keskimäärin tunnin (55–80 minuuttia), ne nauhoitettiin ja litteroitiin tekstiksi (79 sivua). Ryhmähaastattelut analysoitiin hyödyntäen laadullista sisällönanalyysia, joka mahdollistaa tutkimusaineiston merkitysrakenteiden tarkastelun (Silverman 2001; Tuomi & Sarajarvi 2003). Haastattelutekstistä luettiin aineistolähtöisesti alleviivaten kotihoidon työnjakoon liittyviä lausumia, joista pelkistettiin työnjakoon liittyviä ilmaisuja alustavaa luokittelua varten. Nämä ilmaisut ryhmiteltiin kategorioiksi kotihoidon työnjakoa kuvaavan analyttisen mallin rakentamiseksi (kuvio 1). Työnjakomallien nimeämisessä käytettiin deduktiivista päättelyä siten, että kategoriat nimettiin pääosin tutuilla käsitteillä. Haastattelupuheesta abstrahoidut työnjakomallit elävät arkitodellisuudessa limittäin ja lomittain. Tuloksia esittäessä käytetään tutki-

Kuvio 1. Kotihoidon työnjakoa kuvaavien mallien rakentuminen



muksen luotettavuuden tukena myös suoria lainauksia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.) Luotettavuutta lisää myös se, että tehdyt tulkinnat vastaavat aiempien tutkimusten tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2003). Anonymiteetin säilyttämisen vuoksi tutkimuksessa ei mainita kuntien nimiä, haasteltaviin viitataan tehtävänimikkeillä ja murresanat on muutettu mahdollisimman yleiskieliseksi ilmaisuiksi.

## Kotihoidon työnjakomallit

Tutkimuksen tulokset esitetään työnjakomalleina. Työnjakomallilla emme kuitenkaan tarkoita ideaalimalleja tai käytännön työyksiköissä vallitsevia käytäntöjä, vaan työyhteisön toiminnan ja puheen kautta tilannekohtaisesti tuotettuja merkityksiä ja niiden variaatiota työnjaon toteutuksessa.

### Tiimilähtöinen 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* jakaminen neljäksi tiimiksi oli melko uusi asia, joten työntekijöillä oli suuria odotuksia työnjaon selkiytymisen ja yhteisten käytäntöjen luomisen suhteen. *Kotihoito B:ssä* oli toiminut useita vuosia samat kaksi tiimiä. Kummankin yksikön tiimit sopivat itsenäisesti työnjaosta joko viikoittain tai työvuoroittain, jos joku työntekijä puuttui. *Kotihoito A:n* terveydenhoitajat eivät välttämättä osallistuneet muun tiimin työnjakoon, mikä muiden työntekijäryhmien mukaan vaikeutti tiedonkulkua. *Kotihoito A:ssa* tiimit kuvasivat työtään siten, että joissakin oli käytössä ns. omahoitajamalli, toisissa käytettiin ns. kiertävää omahoitajamallia, jolloin yhden työntekijän hoitamat asiakkaat vaihtuivat esimerkiksi kolmen viikon välein.

Tiimilähtöisen työnjaon keskeiseksi lähtökohdaksi miellettiin se, että kaikki työntekijät tekevät kaikkia työtehtäviä. Näin pyritään välttämään se, etteivät eri ammattiryhmät tee päällekkäisiä kotikäyntejä. Työvuorotaulukoiden tulkinta ja työntekijöiden kertomukset osoittivat, että *kotihoito A:ssa* lähiohitoija tai kouluttamaton kotipalvelutyöntekijäkin saattoi viikonloppuna vastata yk-

sin kaikista työvuoron töistä, asiakkaan pesusta insuliinin pistämiseen ja haavanhoitoon. Kun terveydenhoitaja teki arkipäivänä kotikäynnin asiakkaan luokse lääkinällisten asioiden vuoksi, myös hän hoiti käyntinsä aikana kaikki muut työtehtävät:

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

Viikonloppuisin terveydenhoitajat eivät kuitenkaan tehneet kotikäyntejä, vaan pitivät lauantaisin vastaanottoa terveysasemalla. *Kotihoito B*:ssä korostettiin tiimin yhtenäisyyttä sekä työtehtävien että aseman suhteen käyttämällä kaikista työntekijöistä nimikettä hoitaja 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, mikä tarkoittaa työtehtävien jakamista työntekijöille ammatillisen koulutuksen tai aseman perusteella (Larmi & al. 2005, 75–79). *Kotihoito A*:ssa työntekijöiden puhetta sävytti edelleen sektorilähtöinen erottelu kotisairaanhoidon ja kotipalveluun sekä työtehtävien että työntekijöiden suhteen, vaikka kotihoidon yhdistämisestä oli kulunut jo useita vuosia.

Esimiehenä tai tiimin vastuuhoidajana toimiminen vaikutti siten, että näillä työntekijöillä oli erityisiä asemaan liittyviä työtehtäviä, kuten sijaisten hankkiminen, hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen tai vastuu töiden jakamisesta. *Kotihoito A*:ssa näitä tehtäviä saattoi esimiehen lisäksi tehdä myös tiimin vastuuhenkilö tai muut työntekijät. *Kotihoito A*:ssa tiimin vastuuhenkilönä toimi yleisimmin lähihoitaja tai kodinhoitaja. *Kotihoito B*:ssä vastuuhoidajat olivat lähihoitajia.

Sairaanhoidolliset tehtävät ja yhteydenpito lääkäriin kuuluivat *kotihoito A*:ssa pääosin terveydenhoitajille. Heille oli siirtynyt tehtäviä myös lääkäreiltä, esimerkiksi verenohennuslääkityk-

sen annosten määritykset (ks. Buchan & Calman 2004, STM 2002; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 12–15). Terveydenhoitajat mielsivät tiimiroolinsa asiantuntijaksi ja opettajaksi:

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

Vaikka terveydenhoitajilla oli omat sairaanhoidollisesti painottuneet työtehtävänsä, joitakin sairaanhoidollisia tehtäviä saattoi siirtyä myös muille työntekijöille. Lääkkeiden jako säilyi kuitenkin pääosin terveydenhoitajien tehtävänä. Muun tiimin jaettavaksi jäävien tehtävien sisältö riippui näin ollen pitkälti terveydenhoitajien henkilökohtaisista mieltymyksistä ja vakiintuneista käytännöistä.

*Kotihoito B*:ssä sairaanhoidolliset tehtävät kuuluivat kaikille hoitajille. Lääkkeisiin liittyvät tehtävät kuuluivat kuitenkin vain niille, joilla oli siihen vaadittava ammatillinen koulutus. Vastuuhoidaja osallistui kerran viikossa lääkärin kanssa pidettävään palaveriin, jossa lääkäri uusi reseptit, kävi läpi laboratoriovastaukset ja otti kantaa sairaanhoidollisiin asioihin:

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

Työnjako hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa toteutui siten, että työtehtäviä saatettiin siirtää myös muille toimijoille (myös Larmi & al. 2005). Molemmissa kotihoidon yksiköissä käytettiin kotisairaalan palveluja, kun asiakas tarvitsi esimerkiksi erityisen vaativaa haavanhoitoa, verensiirtoa tai suonensisäistä antibioottilääkitystä. Suomen Punaisen Ristin ystäväpalvelusta pyrittiin hankkimaan asiakkaalle saattaja sairaalareissulle. *Kotihoito B*:ssä saatiin apuvälineet sekä hoitotarvikkeet terveyskeskuksesta. Neuvolan terveydenhoitaja puolestaan otti verinäytteet asiakkailta kerran viikossa. Omaisten tai yksityisten palveluntuottajien tehtäväksi saattoivat jäädä esimerkiksi kodinhoito- ja puhtaanapitotehtävät (ks. Tedre 2007), koska molemmissa kunnissa siivous ja ruoanlaitto olivat siirtyneet pois kotihoidolta:

Meillä ei enää tehdä pelkkiä siivouksia ja muutkin kuuksaus 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 omaisen 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)

### Asiakaslähtöinen työnjakomalli

Asiakkaan tarpeet vaikuttivat työnjakoon siten, että työn organisointia pyrittiin muuttamaan esimerkiksi työvuorojärjestelyillä, työvuorojen henkilöstömitoituksella tai huomioimalla asiakkaan työntekijöille esittämät toiveet. *Kotihoito B*:ssä esimerkiksi työpäivän aloitusajankohtaa oli aikaistettu asiakkaiden pyynnöstä. Huolehtiminen asiakkaan hyvinvoinnista vaikutti myös siihen, montako asiakasta yksi työntekijä saattoi mielestään työvuoroa kohden hoitaa:

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 kahdeksan 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 pysyvyyttä ja tuttuutta pidettiin asiakkaan kannalta tärkeänä asiana. Molemmissa kotihoidon yksiköissä oli kokemuksia siitä, että asiakkaat haluavat tietyn työntekijän käyvän luonaan. Nämä toivomukset pyrittiin huomioimaan. Erityisesti *kotihoito A*:n kotipalvelutyöntekijät korostivat asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden ensisijaisuutta. He joustivat työvuoroissa, tekivät peräkkäisiä työvuoroja, tulivat vapaapäivältä töihin työtoverin sairastuttua tai söivät ateriansa kiireesti automatkalla, koska *asiakkaat odottivat heitä*. Asiakkaan hyväksi joustettiin osin oman perheen ja työssä jaksamisen kustannuksella (ks. Waerness 1984 & 1987):

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

Kotihoidon työntekijät tekivät asiakkaiden luona myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan kuulumattomia tehtäviä, koska he kokivat olevansa *vastuussa asiakkaasta*, jolla ei välttämättä ollut omaisia,

joiden puoleen kääntyä. Työntekijä saattoi olla ainoa henkilö, joka viikon aikana kävi asiakkaan luona. Vastaavanlaisia tuloksia on esittänyt myös Maili Malin (1996) Helsingin kotihoitoa koskevassa tutkimuksessaan. Työntekijät kertoivat, että he hankkivat esimerkiksi saattajan sairaalakäynnille, siivosivat tai tilasivat siivousapua sekä asioivat postissa ja pankissa. Vaikka asiakkailla olisi ollut omaisia, he eivät välttämättä halunneet näiden hoitavan asioitaan:

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

Jenni Blomgren tutkijakollegoineen (2006, 176) on todennut myös, että vaikka vanhuksilla yleensä on epävirallista apua käytettävissään, he ottavat mieluummin apua viralliselta taholta kuin läheisiltään. Kuitenkin osa vanhuksista on lähes yksinomaan virallisen avun varassa, koska esimerkiksi iäkkäiltä naimattomilta yksin asuvilta miehiltä voi kokonaan puuttua verkosto, joka toimii avunantajana tai avun saannin varmistajana.

### Työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä työnjakomalli

Yksi kotihoidon työnjakomalleista perustuu työntekijän ammattitaitoon ja osaamiseen, joka muodostuu työssä tarvittavista tiedoista ja taidoista sekä työntekijän persoonallisuudesta (ks. Helakorpi 2006). Koulutuksella on tärkeä merkitys ammatillisen identiteetin kehittämisessä, ja se on perinteisesti toiminut merkittävänä työnjaon kriteerinä (Kolehmainen 2002; Laiho & Ruoholinna 2008, 36–39). Kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta ja elinikäisen oppimisen tavoitteista on tullut merkittäviä kysymyksiä, kun hoidettavana on entistä huonokuntoisempia vanhuksia (Hassi 2005; STM 2006). Myös tämän tutkimuksen kohteena olleissa toimintayksiköissä pidettiin tärkeänä sitä, että kaikilla kotihoidossa työskentelevillä olisi ammatillista koulutusta alalle:

Kyllä jonkinlainen koulutus täytyy olla, ettei ihan kuka vaan pysty lähtee tekeen tätä työtä, et tietää tän sosiaali- ja terveystieteiden 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...  
(Kodinhoitaja, A)

Kotihoidon toimintayksiköissä ei välttämättä

tunnettu eri työntekijäryhmien ammatillisia tutkintoja, mikä näkyi osaamisen kyseenalaistamisena (myös Hassi 2005; Tenkanen 2003; Vuorensyrjä 2006). Esimerkiksi *kotihoito A*:n terveydenhoitajat eivät juuri tunteneet lähihoitajakoulutusta ja rinnastivat sen lähinnä kodinhoitajakoulutukseen. Myös kouluttamattomista työntekijöistä saatettiin käyttää nimitystä *kodinhoitaja*. Lähihoitajien osaamiseen suhtauduttiin usein ristiriitaisesti. Toimintayksiköissä ei juuri huomioitu ammatillisen koulutuksen tuottamia valmiuksia tai ”Turvallinen lääkehoito”-oppaan (OPH 2001; STM 2005) ohjeistusta lääkehoidon toteuttamisesta, vaikka lähihoitajat itse kokivat, että heiltä kyllä tätä osaamista löytyy:

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

Korkea-asteen ammatillinen koulutus ja vastaava tehtävänimike turvasivat *kotihoito A*:ssa terveydenhoitajan keskeisen roolin työyhteisössä ja antoivat heille toimivaltaa rajata myös muiden työntekijöiden tehtäviä:

Meidän tiimissä, ne ovat olleet ihan satunnaisia ne kerat, kun joku muu kuin minä, on jakanut lääkkeet. En tiedä, että olenko vaan sellainen, että pidän kiinni siitä lääkkeiden jakamisesta, mutta kyllä siinä on sitä vastuukysymystäkin... (Terveydenhoitaja, A)

Ammatillisen koulutuksen tai esimerkiksi lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavien lupien puute vaikeutti haastateltavien mukaan työnjakoa. Toisaalta esimerkiksi *kotihoito A*:ssa pyrittiin antamaan myös kouluttamattomille työntekijöille lääkehoitoa koskevia lupia muun muassa insuliinin pistämiseen, jolloin heidän työnsä ei oikeastaan eronnut kodinhoitajan ja lähihoitajan työstä, *palkka vain oli huonompi*:

Ihan koulutuksen myötä heillä (kodinhoitajat ja lähihoitajat) on subcutaanisesti pistämisoikeus, ja ne kellenä ei ole koulutusta, ne on työpaikkakoulutettuja. (Terveydenhoitaja, A)

*Kotihoito B*:ssä hoitaja-nimikkeellä toimivalla sairaanhoitajalla ei puolestaan ollut erityistä työnjaollista asemaa suhteessa muihin hoitajiin. Työnjaollisesti selkeä raja oli kuitenkin lääkehoidon toteuttamisessa, sillä kouluttamattomat työntekijät eivät jakaneet lääkkeitä eivätkä pistäneet insuliinia.

Kotihoidon työtehtäviä jaettiin myös työntekijän erityisosaamisen mukaan. *Kotihoito A*:ssa tietokoneella tehtävät työt jäivät yleensä niille, jotka hallitsivat tietokoneen käytön muita paremmin. *Kotihoito B*:n työntekijät puolestaan kertoivat, että omat ammatilliset taidot vaikuttavat työnjakoon siten, että kaikkea saa tehdä *taitojen ja oman halun mukaan*.

Kotihoidossa työskentelemisen edellytyksenä pidettiin myös soveltuvaa *persoonallisuutta* ja sitä, että on *silmää työlle*. *Kotihoito A*:ssa ne, jotka eivät henkilökohtaisista tai perhesyistä kyenneet joustamaan työssään, olivat yleensä oma-aloitteisesti 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)

Työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet ja kestävyys on nostettu esiin tärkeänä ammatillisena tekijänä, jonka perusteella työntekijöitä arvotetaan ja asetetaan paremmuusjärjestykseen (ks. Riska & Wrede 2004).

### Resurssilähtöinen työnjakomalli

Tässä tutkimuksessa resurssilähtöinen malli viittaa kotihoidon yksiköiden työntekijöiden määrään ja sijaisjärjestelyihin. Nämä seikat tuotiin haastattelupuheessa esille keskeisinä työnjakoon vaikuttavina tekijöinä. Molemmissa toimintayksiköissä työntekijöiden sairauslomat hoidettiin yleensä sisäisin järjestelyin, kuten tiivistämällä työtahtia, karsimalla työtehtäviä tai edellyttämällä työntekijöiden joustavuutta, jolloin heidät veloitettiin tekemään peräkkäisiä työvuoroja tai ylitöitä. *Kotihoito A*:n työvuorotaulukoiden sekä haastattelupuheen perusteella toimintakäytännöissä oli myös tiimikohtaisia eroja työntekijävajeen ratkaisemisen suhteen. Esimerkiksi yhdesä kuuden työntekijän tiimissä, jossa oli kolmen viikon aikana ollut 16 sairauslomapäivää, työntekijät olivat tulleet neljä kertaa vapaapäivältä töihin tai siirtäneet vapaapäiviään. Terveydenhoitajalla oli paljon ylityökertymää. Joissakin tiimeissä esiintyi vain vähän ylitöitä tai vapaapäivien siirtämistä. *Kotihoito B*:ssä ei haastatteluhetkellä ollut erityistä työpainetta, mutta tarpeen vaatiessa lisätyövoimaa saatiin koti- ja päivähoidon yhteisestä varahenkilöstä. Yksikön selkeänä toimin-



taperiaatteena oli, että joskus vapaapäiviä voitiin siirtää etukäteen, mutta vapaalla olevaa ei pyydetä töihin:

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

*Kotihoidon A:n* terveydenhoitajat paikkasivat yleensä toistensa poissaoloja. He liikkuivat tiimistä toiseen päivittäin kuin muut työntekijäryhmät, jotka liikkuivat pääasiassa tiimin sisällä joko vapaapäiviä vaihtaen tai tullen vapaapäivältä töihin. Kesäloman aikana lähihoitaja oli kuitenkin toiminut terveydenhoitajan sijaisena. Tuolloin lähihoitaja oli huolehtinut sekä lääkkeiden jaosta että monista sairaanhoidollisista tehtävistä, vain verinäytteiden ottaminen jäi muiden tiimien terveydenhoitajille:

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

Sijaisten puute ja tarve työtähdin kiristämiseen vaikuttivat kummassakin kotihoidon yksikössä työnjakoon myös siten, että kiireisten työvuorojen aikana karsittiin tehtäviä ja keskityttiin välttämättömään. Tämä vastaa hyvin Anna-Liisa Niemelän (2006, 209) käsitystä siitä, että kotipalvelutyöstä on tulossa massatuotantoa ja että käynnit asiakkaan luona muuttuvat ”hyppykäynneiksi”. Välttämättömiksi tehtäviksi kotihoidon työntekijät nimesivät esimerkiksi kaupassa käynnin, pesemisen, verikokeiden ottamisen, haavanhoidon ja lääkkeiden jaon. Karsittavia työtehtäviä olivat muun muassa ulkoilu, keskustelu ja verenpaineen mittausta:

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

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

Sirkka-Liisa Palomäki ja Timo Toikko (2007, 271–272) ovat kiinnittäneet huomiota siihen, miten voimakkaasti vanhustyön arjessa näkyy tekemisen kulttuuri ja miten tämä tehostaminen näyttää yhä enemmän leimaavan työvoimavajeen myötä muuttuvaa työnjakoa.

## Kotihoidon neuvotellut työnjakomallit

Tämä tutkimus vahvistaa käsitystä siitä, että vanhusten kotihoidon työnjakoa koskevat ratkaisut ovat usein varsin paikallisia ja riippuvat työorganisaatioiden toimintakulttuurista ja neuvotelluista käytännöistä (myös Wrede & Henriksson 2004, 214–215). Tutkimuksen kohteena olleiden kahden kotihoidon toimintayksikön työntekijöiden kuvauksissa esiintyi rinnakkain ja päällekkäin kaikkia työnjakomalleja sekä niiden tilanne- ja tehtäväkohtaisia yhdistelmiä. Kotihoidon toimintayksiköiden välillä löytyi vain muutamia eroja (taulukko 2). Erot eivät kuitenkaan liity puhtaasti siihen, onko kyse sosiaalihuollon vai terveyskeskuskuntayhtymän alaisesta kotihoidosta, vaikka esimerkiksi työntekijöiden tehtävämikkeitä koskevat käytännöt tässä suhteessa eroavatkin huomattavasti toisistaan. Erityisen kiinnostavalta tulokselta näyttäisi kuitenkin se, päivittäin kuin työvoimatarpeen ennakointityöryhmä aikanaan esitti (STM 2001), että sosiaalihuollon alaisessa kotihoidossa ammatillisen koulutuksen puutteella oli enemmän työnjaollista merkitystä kuin terveydenhuollon alaisessa kotihoidossa, esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisessa.

*Kotihoidon A:n* työntekijöiden puheessa ammattiryhmien välinen työnjako koski lähinnä rajanvetoa terveydenhoitajien ja muiden työntekijöiden välillä. Työnjako kotisairaanhoidollisiin työtehtäviin ja kotipalveluun oli tässä yksikössä ilmeinen, mikä kuvaa tehtävälähtöisen työnjaon vankkaa valta-asemaa kotihoidon toimintakulttuurissa. Toimintayksikön tiimirakenteesta huolimatta terveydenhoitajat pitivät tiukasti kiinni ammatillisesta reviiiristään ja tekivät varsin vastahakoisesti myönnytyksiä muiden ammattiryhmien suuntaan (myös Wrede & Henriksson 2004, 214–215). Ryhmähaastattelussa tosin korostuivat myös asiakaslähtöisen työnjaon perusteet voimakkaasti hoivarationaalilla sävyllä (Nätkin 1986; Simonen 1986; Waerness 1984 & 1987), jonka mukaan asiakaslähtöinen työ edellyttää, että työntekijä asettaa asiakkaan toiveet etusijalle ja on valmis tinkimään omista työehdoistaan. Asiakaslähtöisyyden ehdot kotihoidon toimintayksikössä olivat kuitenkin organisaatiolähtöisiä. Tämän tutkimuksen valossa näyttää ilmeiseltä, että sekä niukat henkilöstöresurssit että työvoimavaje näyttävät haastavan ammattiryhmien välistä työnjakoa aivan omalla tavallaan. Resurssilähtöisen työnjakomallin perusteella vaikuttaa siltä,

| Taulukko 2. Yhteenvedo työnjakomallien keskeisistä piirteistä kotihoidon toimintayksiköissä |  |   |
|---|--|---|
| Työnjakomalli   | Kotihoito A  | Kotihoito B   |
| Tiimi-lähtöinen   | Lähihoitajat, kodinhoitajat ja kotipalvelutyöntekijät muodostavat perustiimin. He tekevät kaikkia töitä koulutuksesta riippumatta. Terveydenhoitaja on pikemminkin tiimin "asiantuntijajäsen".   | Sairaanhoitajat, lähihoitajat ja kodinhoitajat tekevät samoja töitä, samalla tehtävänimikkeellä "hoitaja".                            |
| Tehtävä-lähtöinen   | Terveydenhoitaja tekee pääosin sairaanhoidollisia tehtäviä. Lähihoitaja, kodinhoitaja ja kotipalvelutyöntekijä tekevät pääosin kodinhoidollisia tehtäviä.  | Kouluttamaton työntekijä tekee pääosin vain kodinhoidollisia tehtäviä.  |
| Asiakas-lähtöinen   | Työ organisoidaan asiakkaan tarpeista ja toiveista käsin tinkimällä omista tarpeista ja hyvinvoinnista asiakkaan hyväksi.  | Työ organisoidaan asiakkaan tarpeista ja toiveista käsin työvuorojärjestelyin ja henkilöstömitoituksin.                               |
| Työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä   | Ammatillisella koulutuksella merkitystä erityisesti terveydenhoitajan aseman ja työtehtävien kannalta, muiden työntekijöiden kohdalla merkitys on vähäinen. Ammatillisen koulutuksen puute kompensoidaan toimipaikkakohtaisella koulutuksella.   | Ammatillisella koulutuksella ei ole suurta vaikutusta työnjakoan. Ammatillisen koulutuksen puute estää esim. lääkehoidon toteutuksen. |
| Resurssi-lähtöinen  | Koulutetun henkilökunnan puute vaikuttaa siihen, että kouluttamattomat tai alemmin koulutetut kotipalvelutyöntekijät tekevät samoja töitä lähihoitajien ja kodinhoitajien kanssa. Lähihoitajat voivat toimia terveydenhoitajan sijaisena, ellei pätevää sijaista saada. Kiire ja sijaisten puute lisäävät työtahtia ja karsivat työtehtäviä. | Kiire ja sijaisten puute lisäävät työtahtia ja karsivat työtehtäviä.  |

että sekä kouluttamattomat että alemman ammatillisen kurssin tai tutkinnon suorittaneet tekevät samoja työtehtäviä kuin entiset kodinhoitajat tai nykyiset lähihoitajat. Kussakin työvuorossa on suoriuduttava työtehtävistä käytettävissä olevilla henkilöstöresursseilla, oli työntekijällä sitten koulutusta tai ei. Lähihoitajat saattavat tilanteen niin vaatiessa siirtyä myös terveydenhoitajan työtehtäviin.

*Kotihoito B:ssä* ammattiryhmien välisen työnjaon järjestelyt kiteytyivät koulutettujen ja kouluttamattomien työntekijöiden välille. Toimintayksikössä korostui tiimilähtöinen työnjakomalli, jossa pyrittiin huomioimaan työntekijöiden ammatillisen koulutuksen tai täydennyskoulutuksen tuottama osaaminen sekä henkilökohtaiset toiveet työn suhteen. Eri ammattiryhmät toimivat samalla tehtävänimikkeellä ja tekivät pääosin samoja kotihoidon työtehtäviä. Merkittävin työnjaollinen raja vedettiin suhteessa kouluttamattomiin työntekijöihin, jotka tekivät etupäässä vain entisiä kotipalvelun tehtäviä, kuten kodinhoitoa, asiointia ja asiakkaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista. *Kotihoito B:ssä* ei ollut henki-

löstöpulaa, mikä johtui osin kunnan suotuisammasta väestörakenteesta. Väestörakenne vaikutti ehkä myös siihen, että asiakaslähtöisyys ei korostunut tässä yksikössä eikä työntekijöiden uhrautumista tai jatkuvaa joustamista edellytetty. *Kotihoito B:n* työnjaollinen malli vastasi pitkälti sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtäväraakennusosuudesta (Sarvimäki & Siltaniemi 2007) ja sen antamaa kuvaa esimerkiksi lähihoitajan monipuolisista työtehtävistä.

## Lähihoitaja kotihoidon työnjaossa

Tutkimuksen taustaksi tarkastellut hyvinvointipoliittiset ohjelmat nostavat lähihoitajan usein esille ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisen ongelmiin. Vanhusten kotihoidossa lähihoitajien työtehtäviin vaikuttaa kuitenkin se, millaisessa työorganisaatiossa he työskentelevät ja minkä ammatti- tai työntekijäryhmän kanssa työnjako neuvotellaan (ks. SuPer 2007). *Tiimilähtöisessä työnjaossa* lähihoitajien ammatillisen osaamisen tunteminen ja tunnustaminen

on henkilöstöresurssien tehokasta käyttöä, mikä voidaan olettaa lisäävän sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvointia. Monipuolisen osaamisen hyödyntäminen vaikuttaa myös siihen, että vältetään päällekkäisiltä käynneiltä ja aikaa jää asiakkaan kohtaamiseen. (ks. Heinola 2008; Tenkanen 2003, 182–183). Tämän tutkimuksen valossa lähihoitajalle voi *työntekijän ammatilliseen osaamiseen nojaavassa työnjaon mallissa* kuulua erityisiä tehtäviä, joissa hänen henkilökohtainen osaamisensa ja persoonallisuutensa huomioidaan. Peruskoulutuksella ei sitä vastoin näyttänyt olevan suurta merkitystä työnjaon suhteen. Lähihoitajien työnjaolliseen rooliin ei tiimityössä näyttäisi niinkään vaikuttavan hyvinvointipoliittinen ohjaus, kuten esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisohjeet (STM 2005), vaan työpaikalla neuvotellut toimintakäytännöt. Pikemminkin on niin, että terveydenhoitajan työnjaollinen rooli ja asema työorganisaatiossa määrittää ne toimintamahdollisuudet, joiden rajoissa lähihoitajan työnjaollinen rooli voi toteutua. *Tehtäväkeskeisessä työnjaon mallissa* lähihoitajan rooli voi vaihdella työpaikalla neuvotellun käytännön mukaan tiimin vastaavasta hoitajasta avustavaan työntekijään. *Resurssilähtöisessä työnjaon mallissa* lähihoitaja voi saada hoidettavakseen työtehtäviä, jotka ovat aikaisemmin kuuluneet terveydenhoitajalle tai esimiehelle. Toisaalta lähihoitajan ammatillisen koulutuksen tuottamaa toimivaltaa esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisessa voidaan työvoimapulan aikana antaa myös kouluttamattomille tai osatutkinnon suorittaneille työntekijöille toimipaikkakohtaisilla erityisluvilla (ks. Pitkänen 2005). Ammatillinen koulutus näyttää kuitenkin kasvattavan lähihoitajien tietoisuutta siitä, että asiakaslähtöisyyttä eli asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin vastaamista ei tule toteuttaa työntekijän oikeuksista tinkimällä. Asiakaslähtöisyyttä ei pidä ”repiä hoivaajan selkänahasta” (ks. Kuronen 2007). *Asiakaslähtöisessä työnjaon mallissa* lähihoitajat saattoivat kiinnittää huomiota omaan työssä jaksamiseensa. Toisin kuin esimerkiksi vähemmän koulutetut tai kouluttamattomat työntekijät, lähihoitajat pystyivät tässä mallissa asettamaan työntekijän joustamiselle selkeitä rajoja.

Lähihoitajat ja myös kodinhoitajat jäävät kotihoidon työyksiköissä ammatilliselta profiililtaan ja työnjaolliselta asemaltaan hahmottomiksi. Samoin kävi tässäkin tutkimuksessa. Terveydenhuollon alaisen kotihoidon toimintayksikön arkisissa käytännöissä lähihoitajien työ on kotipal-

velua ja lähihoitajista puhutaan edelleen pääasiassa kodinhoitajina, vaikka heidät on koulutettu ja palkattu lähihoitajiksi. Sosiaalihuollon alaisessa kotihoidon toimintayksikössä lähihoitajia kutsutaan ”hoitajiksi”, kuten muitakin työntekijöitä. Lähihoitajien näkymättömyys ja piiloutuminen erilaisten nimikkeiden taakse voidaan nähdä myös ammattikunnan yhtenäisyyttä ja julkisuuskuvaava murentavana tekijöinä, jotka alentavat ammatillisen koulutuksen merkitystä ja vaikuttavat ammatin vetovoimaisuuteen.

## Pohdinta

Tässä tutkimuksessa kotihoidon työpaikkatason työnjakoa tarkasteltiin peilaamalla sitä valtakunnallisiin hyvinvointipoliittikaohjelmiin ja niiden työnjakoa koskeviin ohjeistuksiin. Erityistä huomiota kiinnitettiin lähihoitajan rooliin kotihoidon työnjaossa. Kotihoidon yhdistäminen on toteutettu paikallisina hallinnollisina ratkaisuin, jolloin myös työnjakomallit vaihtelevat (Wrede & Henriksson 2004, 221). Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelupuheen analyysi toi esille useita asiakas-, työntekijä- ja organisaatiolähtöisiä työnjaon malleja. Tutkimuksessa identifiointiin viisi työnjaon mallia: tiimi-, tehtävä- ja asiakaslähtöiset mallit sekä työntekijän ammatilliseen osaamiseen ja työorganisaation henkilöstöresurssiin liittyvät työnjaon mallit. Kotihoidossa toimitaan institutionaalisessa toimintaympäristössä, jossa eri ammatti- ja työntekijäryhmien välinen työnjako neuvotellaan tehtävä-, työpaikka- ja tilannekohtaisesti henkilöstörakenteen ja toimintakulttuurin asettamissa rajoissa. Arkipäivän kotihoitotyössä tämä tarkoittaa sitä, että erilaiset mallit elävät rinnakkain ja limittäin. Työntekijät tukeutuvat erilaisiin toiminta- ja ajatusmalleihin, joiden avulla he neuvottelevat ja tekevät ymmärrettäväksi työnjaollista paikkaansa ja ammatillisesta asemaansa vanhusten kotihoidossa.

Tutkimus vahvistaa, että sektorijako sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on edelleen voimissaan sekä käytännön puhetavoissa että työnjaon käytännöissä. Vaikuttaa siltä, että koulutuspoliittinen yritys ylittää näitä sektorirajoja lähihoitajakoulutuksen avulla ei yksin riitä madaltamaan tätä jähmeää toimintakulttuurista rajaa. Lähihoitajakoulutuksen 15-vuotisesta historiasta huolimatta lähihoitajat joutuvat edelleen hakemaan työnjaollista paikkaansa etenkin terveysalan työpai-

koissa (ks. Henriksson 2008). Lähihoitajien rooli vanhusten kotihoidon työnjaossa on jatkuvan neuvottelun kohteena niin säädösten, ohjeistusten kuin julkisuuskuvaankin suhteen. Tutkimuksemme osoitti, että lähihoitaja voi toimia työnjaollisesti eri tehtävissä ja rooleissa. Matti Vuorensyrjä (2006, 154–155) kaipaa lähihoitajien omaa osallistumista työrooliensa kehittämiseen. Hänen mukaansa lähihoitajien laaja-alainen osaaminen on tulevaisuuden valttikortti.

Tässä tutkimuksessa näkyi lähihoitajien vähäinen osallistuminen ryhmähaastatteluun terveyskeskuksen alaisessa kotihoidossa, minkä voi osaltaan tulkita ilmentävän heidän äänettömyyttään ja hahmotonta ammatillista profiliaan työyhteisössä. Ne, jotka ovat hiljaa ja joista ei puhuta, jäävät työnjaollisten keskustelujen ulkopuolelle. Vaikka lähihoitajien ääntä ei saatu tutkimuksessa täysin kuuluville, heidän tuulinen paikkansa työnjaollisissa neuvotteluissa käy ilmi muiden haastateltavien puheesta ja kuvauksista. Ammatin hierarkiassa korkeammin koulutetut työntekijät rajaavat vähemmän koulutettujen mahdollisuuksia hyödyntää koulutuksen antamia valmiuksia, toisaalta alalle kouluttamattomat työntekijät voivat joustavasti siirtyä lähihoitajien tehtäviin lyhyillä toimipaikkakohtaisilla koulutuksilla ja toimenpideluvilla.

Kotihoidon työnjaon kehittämisen haasteena on käynnistää vuoropuhelu hyvinvointipoliittisten linjausten, työpaikkatasoisten toimintakäytäntöjen sekä ammatillisen koulutuksen ja ammattikulttuurien välillä. Poliittikan eri lohkot, kuten työvoima-, koulutus- ja hyvinvointipalveluja koskeva politiikka, kulkevat eri tahdissa ja osin omia teitänsä. Palveluja tuntevat eivät välttämättä tunne koulutusta ja työvoimapolitiikkaa ja päinvastoin. Vaikka lähihoitajien asema on edelleen sangen vakiintumaton ja koulutus vähän tunnettua, samanaikaisesti on esitetty toimenpiteitä, joiden perusteella olisi tarkoitus käynnistää uusia lyhyitä osatutkintoja vanhuspalvelujen työvoimapolitiikan torjumiseksi (ks. STM 2007). Vanhustyön kentälle halutaan uusia pika- ja lyhytkoulutettuja työntekijöitä, vaikka tämän tutkimuksen valossa

koulutettujen lähihoitajien asema suhteessa kouluttamattomiin työntekijöihin näyttää huolestuttavalta. Mielikuvat siitä, että lähihoitajan ammatillinen asema on epäselvä ja työ raskasta ja että saman tehtävänimikkeen voi saada myös ilman koulutusta, eivät houkuttele rekrytoitumaan alalle. Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa (STM 2007) esitetty huoli työntekijöiden saamisesta heikosti palkattuun, raskaaksi miellettyyn työhön ja etenkin syrjäseuduille on perusteltu myös tämän tutkimuksen valossa.

Anne Laiho ja Tarita Ruoholahti (2008, 49) ovat esittäneet kriittisen kysymyksen siitä, kuka koulutusjärjestelmän kokonaissuunnittelusta vastaa. Toisaalla on puolestaan kysytty, miten luoda järjestelmä, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimakehitystä voisi arvioida ajantasaaisesti sekä valtakunnallisella että alueellisella tasolla (STM 2001) tai miten eri toimijatahot voisivat ottaa kokonaisvastuuta työvoiman rekrytointia koskevista kysymyksistä (STM 2002). Samantyyppisiä yhteensovittamisen kysymyksiä pohditaan ILO:n (2007) maailmanlaajuisessa ohjelmassa, jonka tavoitteiden valossa kaivataan laaja-alaista dialogia eri poliittikalinjausten 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 1980-luvulla todetessaan, että vanhusten hyvinvoinnin lisääminen edellyttää myös työntekijöiden hyvinvoinnin tarkastelua: kuka vastaa vanhusten huolenpidosta ja millaisin voimavaroin? Tässä artikkelissa olemme painottaneet työnjakoa koskevien kysymysten merkitystä ja jakaneet pohjoismaisten tutkijoiden huolen hyvinvointipoliittikan rapautuvasta hoivaetoksesta (ks. Wrede & al. 2008). Vanhusten kotihoidon suhteen tämä tarkoittaa sitä, että hyvä palveluja koskeva politiikka ottaa huomioon sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden.

## KIRJALLISUUS

- ABBOTT, ANDREW: *The System of Professions. An Essay on the Division of Experts Labor*. Chicago: University of Chicago, 1988
- ALASUUTARI, PERTTI: *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino, 1999

- ANDERSSON, SIRPA & HAVERINEN, RIITTA & MALIN, MAILI: Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (2004): 5, 481–94
- ANTONEN, 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, TUUJA & KOSKINEN, SEPPÖ: 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)
- DAVIES, CELIA: Some of our concepts are missing: reflections on the absence of sociology of organisations. *Sociology of Health & Illness* 25 (2003): (Silver Anniversary Issue) 172–190
- ESKOLA, JOUNI & SUORANTA, JOUNI: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 2003
- FINLEX: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Saatavilla <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (Luettu 7.8.2007)
- FINLEX: 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, Ammatikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus, 2005
- HEINOLA, REIJA (toim.): Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakesin oppaita 70. Helsinki: Stakes, 2008
- HELAKORPI, SEPPÖ: Työn ja ammattitaidon muutos. 2006. <http://ope.aokk.fi/~shelakorpi/tyonmuutos.ppt> (Luettu 17.3.2008)
- HENRIKSSON, LEA: Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. 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 (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, Sirpa & Henriksson, Lea & Høst, Håkon & Johansson, Stina & Dybbroe, Betina (toim.): Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care. Tukholma: Studentlitteratur, 2008
- HUGHES, EVERETT C.: The Sociological Eye. Selected Papers of Everett Hughes. Chicago: Aldine-Atherton, 1971
- HUKKANEN, EIJA & VALLIMIES-PATOMÄKI, MARJUKKA: Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteiden työntekijöiden. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005
- ILO: Decent work for a fair globalization. Overview Paper. 2007. [http://www.ilo.org/global/What\\_we\\_do/Events/Symposiumsandworkshops/lang-en/WCMS\\_084179/index.htm](http://www.ilo.org/global/What_we_do/Events/Symposiumsandworkshops/lang-en/WCMS_084179/index.htm)
- JULKUNEN, RAIJA: Suunnanmuutos. Tampere: Vastapaino, 2001
- KOLEHMAINEN, SIRPA: Koulutus, sukupuoli ja työnjako. *Sosiologia* 39 (2002): 3, 200–214
- KURONEN, TANJA: Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? Teoksessa: Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus, 2007
- 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](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;23856;23857;32222) (Luettu 25.2.2008)
- KYNGÄS, HELVI & VANHANEN, LIISA: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1999): 1, 3–12
- LAIHO, ANNE & RUOHOLINNA, TARITA: Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: erontekoja, nostalgialla 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. Helsinki: Paintmedia Oy, 1996
- MOILANEN, LIISA: Ryhmähaastattelu työyhteisössä – tiedonkeruun ja vaikuttamisen väline. Helsinki: Työterveyslaitos, 1995
- MTV3: Lähihoitajaksi kirpputoritiloissa. 31.10.2007. <http://www.mtv3.fi/uutiset/45min/jaksot.shtm?576386> (Luettu 15.5.2008)
- NIEMELÄ, ANNA-LIISA: Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206. Helsingin yliopisto. Väitöskirjatutkimus, 2006
- NÄTKIN, RITVA: Naisten vastuun ja kotien ylläpitämisen ristiriidoista. Teoksessa: Rantalaiho, Liisa (toim.): Miesten tiede, naisten puuhat: Yhteiskuntatieteen kritiikkiä naisten työn näkökulmasta. Tampere: Vastapaino, 1986
- OPH: Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2001. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Opetushallituksen määräys 7/011/2001
- PALJARVI, SOILI & RISSANEN, SARI & SINKKONEN, SINIKKA: Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Seuranta-

- tutkimus Kuopion kotihoidosta. *Gerontologia* 2 (2003): 17, 85–97
- PALOMÄKI, SIRKKA-LIISA & TOIKKO, TIMO: Tekemisen ja kohtaamisen ristiriita vanhustyössä. Teoksessa: Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus, 2007
- PERÄLÄ, MARJA-LEENA & GRÖNROOS, EIJA & SARVI, ANU: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8/2006. Helsinki: Stakes, 2006
- PITKÄNEN, MARITA: Raskasta mutta antoisaa. Työvoimapolitiiseen 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, Lea & Wrede, Sirpa (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 yhteiskunnallista ehdoista ja työn sisällöstä. Työelämän tutkimuskeskus sarja T 10. Tampereen yliopisto. Tampere: Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos, 1991
- RINTALA, TAINA & ELOVAINIO, MARKO: Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. Stakesin tutkimuksia 86. Helsinki: Stakes, 1997
- RISKA, ELIANNE & WREDE, SIRPA: Kuka on kestävä sairaanhoitaja? Teoksessa: Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.): Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 2004
- SARVIMÄKI, PIIRJO & SILTANIEMI, AKI: Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtäväraakennusosuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007
- SILVERMAN, DAVID: Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing talk, Text and Interaction. Lontoo: Sage Publications, 2001
- SINKKONEN, SIRKKA: Diakonissan rooli. *Sosiologia* 4 (1967): 1, 13–28
- SIMONEN, LEILA: Naisten huolenpityö ja kodinhoitajan ammatti. Teoksessa: Rantalaiho, Liisa (toim.): Miesten tiede, naisten puuhut: Yhteiskuntatieteen kritiikkiä naisten työn näkökulmasta. Tampere: Vastapaino, 1986
- SIMONEN, LEILA: Contradictions of the Welfare State, Women and Caring: Municipal Homemaking in Finland. *Acta Universitatis Tamperensis A* 259. Tampere: Tampereen yliopisto, 1990
- STACEY, MARGARET: Who are the health workers? *Economic and industrial democracy* 5 (1984): 2, 157–184
- STM: Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001
- STM: Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002
- STM: Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005
- STM: Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006
- STM: Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007
- STM: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008a
- STM: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008b
- SUPER: Hierarkia haittaa työntekoa. *SuPer-lehti* 10/2007
- TEDRE, SILVA: Hoivan sanattomat sopimukset. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja, No.40. Joensuu: Joensuun yliopisto, 1999
- TEDRE, SILVA: Vanhusten avoahuollon avaamattomat kysymykset. *Gerontologia* 2 (2003): 17, 98–102
- TEDRE, SILVA: Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa: Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: Ps-kustannus, 2007
- TENKANEN, RAIJA: Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 62. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2003
- THORNLEY, CAROLE: What Future for Health Care Assistants: High road or Low Road? Teoksessa: Davies, Celia (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, Riitta & Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: Stakes, 1996
- VAARAMA, MARJA & LUOMAHARJU, JAAKKO & PEIPONEN, ARJA & VOUTILAINEN, PÄIVI: Koko kunta ikääntyneiden asialla. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palveluiden kehit-

- tämiseen. Raportteja 259. Helsinki: Stakes, 2001
- WAERNES, KARI: Rationality of caring. Economic and Industrial Democracy. Special Issue on the Public Sector. 5 (1984): 2, 185–211
- WAERNES, KARI: On the Rationality of Caring. Teoksessa: Sassoon, Anne Showstack (toim.): Women and the State. London: Unwin Hyman, 1987
- WILKINSON, SUE: Focus group research. Teoksessa: Silverman, David (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, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 2007a
- VOUTILAINEN, PÄIVI & KAUPPINEN, SARI & SINERVO, TIMO & FINNE-SOVERI, HARRIET & LAINE, MARJUKKA & AILASMAA, REIJO: Ikääntyneiden palveluisa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa: Voutilainen, Päivi (toim.): Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja pal-

- veluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakesin raportteja 2/2007. Helsinki: Stakes, 2007b
- VUORENSYRJÄ, MATTI: Lähihoitajat 2015. Teoksessa: Vuorensyrjä, Matti & Borgman, Merja & Kempainen, Tarja & Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli (toim.): 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, Lea & Wrede, Sirpa (toim.): Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 2004
- WREDE, SIRPA & HENRIKSSON, LEA: The Changing Terms of Welfare Service Work. Finnish Home Care in Transition. Teoksessa: Dahl, Hanne Marlene & Rask Eriksen, Tine (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 (toim.): Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care. Tukholma: Studentlitteratur, 2008.

## ENGLISH SUMMARY

*Tuula Suominen & Lea Henriksson: Division of labour in home care for the elderly (Työnjako vanhusten kotihoidossa)*

The division of labour in home care for the elderly is currently a question of much national interest, heightened by the trends of accelerating population ageing and dwindling resources and an impending labour shortage. This study examines the division of labour in home care from the perspective of welfare policy and at the workplace level. The theoretical framework is based on the notion of division of labour as a negotiated social order. We set out to address the question of how social relations related to the division of labour are shaped by welfare policies and changes in vocational education and work organizations. Our specific focus is on the practical nurse's role in the division of labour.

Empirical data were collected from home care units in two municipalities in southern Finland. One of the units was organized under a municipal federation of health care, the other under social services. Differences in local strategies of integrating home nursing and home services into home care mean that the modes of division of labour vary. The data comprise four group interviews with public health nurses, practical nurses, homemakers and the so-called carers; background information sheets filled out by the interviewees; and the staff roster schedules of the home care units for a three-week period. A total of 16 workers took part in the group interviews. The data were subjected to qualitative content analysis. Five modes of division of labour were identified: the team mode, the task-centred mode,

client-centred mode, competence-based mode, and resource-based mode. These modes concur and overlap in the home care units by work shifts and as situationally negotiated solutions.

The position and role of practical nurses in the home care division of labour is blurred. Although attention has been called to practical nurses as multiskilled workers crossing sectoral boundaries and as key to a flexible division of labour, they easily remain an amorphous occupational group operating under different occupational labels and moving from one work task to another. Although it is almost 15 years since the educational reform was completed, it appears that the occupational label of practical nurse is still not fully established in the work units under study; old job titles such as homemaker or new ones such as carer are used concurrently with that of practical nurse. Practical nurses not only perform the same tasks as registered nurses, public health nurses and homemakers, but untrained workers certified through a unit-specific special licence often perform nearly the same care tasks as practical nurses.

The major challenge with regard to developing the division of labour in home care is to initiate a dialogue between welfare policies and workplace-level solutions on the basis of premises that simultaneously consider the well-being of both clients and workers, the quality of home care services and the attractiveness of the occupational field.

## KEY WORDS

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