TIETOA TYÖSTÄ

Työterveyslaitos | Arbetshälsoinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Hyvä veto!

HENKILÖSTÖN SAATAVUUDEN JA ALAN VETOVOIMAISUUDEN TURVAAMINEN IÄKKÄIDEN PALVELUISSA

Tiina Koivisto
Jaana Laitinen
Timo Sinervo

Työterveyslaitos | Arbetshälsoinstitutet
Finnish Institute of Occupational Health

Hyvä veto!

HENKILÖSTÖN SAATAVUUDEN JA ALAN VETOVOIMAISUUDEN TURVAAMINEN IÄKKÄIDEN PALVELUISSA

Kirjoittajat:

Luku 1
Koivisto, T., Laitinen, J., Koivunen, M., Selander, K., Mänttäri, S., Säynäjäkangas, P. (Työterveyslaitos)
Pesonen, T., Sinervo, T. (THL)

Luku 2
Sulander, J., Pesonen, T., Sinervo, T. (THL)

Luku 3
Selander K., Korkiakangas E., Mänttäri S., Säynäjäkangas P., Laitinen J. (Työterveyslaitos)
Ruotsalainen, S., Pesonen, T., Sulander, J., Corneliusson, L., Sinervo, T. (THL)

Luku 4
Huotari P., (LAB-ammattikorkeakoulu)
Kangas, H., Mäkelä, L., Nikunlaakso, R., Paavolainen, M. (Työterveyslaitos)

Luku 5
Koivisto, T., Olin, N., Rydman, V., Saari, E., Weiste, E. (Työterveyslaitos)
Huotari, P., Behm, M-M., Kokkonen, M. (LAB-ammattikorkeakoulu)
Männikkö, M. (Xamk)

Luku 6
Koivisto, T., Laitinen, J., Saari, E. (Työterveyslaitos)

Osallistunut Hyvä veto -hankkeen toteutukseen:
Hyppönen, E., Makkonen, H. (Karelia), Suikkanen, A. (LAB), Harmoinen, M. (Xamk)

Työterveyslaitos
Tiina Koivisto
Timo Sinervo
Jaana Laitinen

PL 40
00251 Helsinki
www.ttl.fi

Toimitus: Tiina Koivisto, Timo Sinervo, Jaana Laitinen, Vilja Rydman
Taitto: PunaMusta
Kuviot ja taulukot: Toimitus ja kirjoittajat

© 2023 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Hanke on Kansallisen Ikäohjelman toimeenpanohanke ja toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-391-076-8 (nid.)
ISBN 978-952-391-075-1 (PDF)

PunaMusta Oy, Vantaa, 2023

TIIVISTELMÄ

Ikäohjelman Hyvä veto -toimeenpanohanke vastaa henkilöhaasteeseen vanhustyössä

Henkilöstön saatavuuden ja alan vetovoimaisuuden turvaaminen iäkkäiden palveluissa (Hyvä veto) -hanke oli kansallisen Ikäohjelman toimeenpanohanke. Hankkeen tavoitteena oli kehittää vanhustyön vetovoimaisuutta, parantaa työhyvinvointia ja työkykyä sekä pidentää työuria. Tavoitteita toteutettiin alueellisilla monitoimijaisilla kehittämishankkeilla hyödyntäen olemassa olevaa tutkimustietoa ja tutkimustyöllä, joka hyödynsi määrällistä ja laadullista tutkimusotetta. Hankkeessa kehitettiin valmentavaa johtamista, eettistä organisaatiokulttuuria ja työuran hallintaa eri-ikäisillä sekä vahvistettiin tietopohjaa työurien pidentämiseksi vanhustyössä. Lisäksi hanke vaikutti yhteiskunnalliseen keskusteluun ja päätöksentekoon vuorovaikutuksen ja viestinnän keinoin. Työterveyslaitoksen ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lisäksi hanketta toteutti kolme ammattikorkeakoulua.

Iäkkäiden palveluita on kehitetty sekä asiakkaiden että henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta

Hyvä veto –hankkeessa toteutetussa katsauksessa selvitettiin Suomessa aiemmin toteutettuja hankkeita, joissa iäkkäiden palveluita on kehitetty henkilöstön ja osin asiakkaiden hyvinvoinnin näkökulmasta. Hankkeiden kehittämisteemoina ovat olleet toimintamallien kehittäminen, henkilöstön psykososiaalinen hyvinvointi, työaikakokeilut, ergonomia ja fyysinen terveys sekä hyvinvointiteknologia hoivatyössä. Vaikka henkilöstön hyvinvointia iäkkäiden palveluissa on kehitetty pitkään, on ala edelleen kuormittava, johtuen muun muassa vallitsevasta henkilöstöpulasta. Yhtenä haasteena vanhustyön kehittämishankkeissa on ollut toimintamallien ja tuottavuuden sekä työhyvinvoinnin kehittäminen toisistaan erillisissä hankkeissa. Jatkossa iäkkäiden palveluiden toimintamalleja tai tuottavuutta on kehitettävä siten, että ne sisältävät myös henkilöstön hyvinvoinnin edistämistä ja parantavat alalle sitoutumista.

Iäkkäiden palveluissa työskentelevien työhyvinvoinnin tilannekuva

Jo 1990-luvulta alkaen suomalaisen ikääntymispolitiikan tavoitteena on ollut kotiin annettavan tuen ja palveluiden lisääminen ja laitoshoidon vähentäminen. 2000-luvun kuluessa asumis- ja laitospalveluiden asiakkaat ovat siirtyneet tehostetun palveluasumisen piiriin, joka on kasvanut koko ajan, kun vastaavasti laitoshoito vanhainkodeissa ja ter-

veyskeskusten vuodeosastoilla on vähentynyt ja pitkäaikaishoitona nyt loppunut. Myös iäkkäiden palvelujen asiakasrakenteessa on tapahtunut muutoksia. Tämän päivän tehostetun palveluasumisen asiakkaat vastaavat kuntoisuudeltaan aiempia vanhainkotien asiakkaita. Kotihoidon asiakkaiden kuntoisuus on puolestaan heikentynyt viimeisten vuosikymmenten aikana.

Iäkkäiden palveluissa työskentely koetaan henkisesti ja fyysisesti kuormittavaksi, tosin ainakin kotihoidon työntekijöillä työ oli sykevälivaihtelulla mitattuna kuitenkin suhteellisen kevyttä. Psykososiaaliset kuormitustekijät, kuten eettinen kuormitus, työstressi ja asiakasväkivalta, ovat yleisiä varsinkin kotihoidon ja palveluasumisen työntekijöillä. Työn kuormittavuus näkyy suhteellisen monella työntekijällä heikentyneeksi koettuna työkykynä. Haitallisinta työkyvyn näkökulmasta on työn kuormitustekijöiden kasautuminen, mikä on yleistä iäkkäiden palveluiden työntekijöillä. Työn kuormitustekijöiden vähentäminen ja hallinta ovat keinoja edistää työurien pituutta. Toisaalta iäkkäiden palveluissa esihenkilön koetaan johtavan usein valmentavalla otteella ja työyhteisöjen yhteistyö koetaan usein toimivaksi. Nämä tukevat työkykyä ja työurien pituutta.

Työpäivät koti- ja ympärivuorokautisessa koostuvat pääosin asiakastyöstä ja työpäivät ovat tiiviitä, minkä vuoksi työn kehittämiselle uhkaa jäädä liian vähän aikaa. Työpäivän aikainen kiire ja työtä sekoittavat tekijät, kuten kollegan poissaolo, lisäävät työntekijöiden stressiä. Myös asiakkaiden suuri vaihtuvuus lisää stressiä ja vähentää työtyytyväisyyttä. Lisäämällä työyhteisöjen itsenäisyyttä ja hoidon jatkuvuutta voidaan vähentää työpäivän kuormittavuutta ja parantaa työtyytyväisyyttä.

Hyviä käytäntöjä työhyvinvoinnin kehittämiseen vanhustyössä

Hankkeessa tutkittiin ja kehitettiin vanhustyön työhyvinvointia edistäviä käytäntöjä. Työyhteisön hyvinvointia voidaan tukea eettisemmän organisaatiokulttuurin sekä moraalisen toimijuuden vahvistamisen kautta, jotka molemmat vähentävät työssä koettua eettistä kuormitusta. Organisaatio- ja yksilötason lisäksi esihenkilöllä on merkittävä rooli eettisenä roolimallina, mikä luo osaltaan mahdollisuuksia eettisemmälle organisaatiokulttuurille ja työntekijöiden moraaliselle toimijuudelle. Hankkeessa tutkittiin ja kehitettiin esihenkilötyötä valmentavan johtamisen ja siihen liittyvien käytäntöjen, esteiden ja mahdollisuuksien kautta.

Työolojen ongelmista työntekijälähtöisiin kokeiluihin

Tutkimuksen interventiovaiheessa toteutettiin useita eettiseen kuormitukseen liittyviä työyhteisökohtaisia työpajaprosesseja ja valmentavaa johtamista käsitteleviä työpajaprosesseja. Lisäksi työyhteisöissä käynnistettiin mentorointia, jolla pyrittiin edistämään kokeneiden ja nuorten työntekijöiden välistä yhteistyötä ja oppimista. Työpajoissa keskusteltiin ensin työyhteisön kokemuksista liittyen eettiseen kuormitukseen ja uudenlaisten johtamiskäytäntöjen tarpeisiin. Sen jälkeen osallistujat kehittivät näihin ongelmiin ja tarpeisiin vastaavia kehittämiskokeiluja.

Työyhteisön toimivuuteen ja kollegojen väliseen yhteistyöhön liittyvät kysymykset herättivät tunteita eettistä organisaatiokulttuuria käsittelevissä työpajoissa. Vanhustyön arjessa saattaa olla enemmän rakenteita vaikeiden asiakastilanteiden käsittelylle ja purkamiselle, mutta työpaikan ja kollegoiden väliset erilaiset ongelmatilanteet jäävät helposti käsittelemättä. Itse työpajavaihe toimi hyvin näiden ennestään vähemmän käsiteltyjen teemojen esille nostajana.

Sote-alueilla toteutettu kokeilujen kehittävä arviointi toi esiin, että työntekijöistä lähtevien eettistä kuormitusta vähentävien kokeilujen edistyminen oli haastavaa, koska arviointivaiheessa koettiin henkilöstövajetta ja työyhteisöissä oli poikkeuskäytäntöjä korona-ajan vuoksi. Sen sijaan valmentavan johtamisen kokeilut olivat edenneet hyvin. Kokonaisuudessaan analyysi kokeilujen edistymisestä toi esiin, että työntekijälähtöinen kehittäminen voi olla mahdollista haastavissakin olosuhteissa, kunhan uusien toimintatapojen kokeiluun varataan aikaa arjessa ja kokeilujen arviointi ei tapahdu liian pian niiden muodostamisesta.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET:

Hyvä veto -hanke tuotti tilannekuvan iäkkäiden palvelujen henkilöstön työhyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Hankkeen tuloksena syntyi Vanhustyön vatupassi -malli, joka on iäkkäiden palvelujen esihenkilöille tarkoitettu verkko-oppimismateriaali eettisen kuormituksen parempaan hallintaan. Hyvä veto -hankkeen toimintamallin kehittämiseen ja pilotointiin osallistui vanhustyön työntekijöitä ja esihenkilöitä neljältä sotealueelta. Toimintamalli muokattiin sellaiseksi, että sitä voidaan käyttää työhyvinvoinnin ja työn kehittämisen välineenä uusilla hyvinvointialueilla. Vanhustyön vatupassi julkistetaan tammikuussa 2023 Työterveyslaitoksen nettisivuilla. Sitä levitetään laajasti vanhustyön käyttöön vuoden 2023 aikana. Hyvä veto -hankkeen suositukset liittyvät työhyvinvoinnin kehittämiseen ja siihen liittyvään johtamiseen. Suositukset on esitetty tämän raportin lopussa.

ABSTRACT

Hyvä Veto, an implementation project of the age programme, responds to a personal challenge in elderly care

The Hyvä veto project was aimed at implementing the national age programme to secure the availability of elderly care personnel and the attractiveness of the field. The aim of the project was to develop the attractiveness of elderly care work, improve well-being at work and work capacity, and to extend work careers. The goals were implemented through regional multifunctional development projects utilising existing data from research, and through research work which implemented a quantitative and qualitative approach to research. Executive coaching ethical organisation culture and control over one's work career were developed in the project among people of different ages, as was the strengthening of the knowledge base for extending work careers in elderly care. In addition, the project influenced societal debate and decision-making through interaction and communications. In addition to the Finnish Institute of Occupational Health and the Finnish Institute for Health and Welfare, three universities of applied sciences were involved in implementing the project.

Services for the elderly have been developed from the point of view of the well-being of both customers and personnel

A survey conducted as part of the Hyvä veto project examined projects that had previously been implemented in Finland in which services for the elderly had been developed from the point of view of personnel, and to some degree, from the point of view of customer well-being. Development themes of the projects have included the development of operating models, the psycho-social well-being of personnel, working time trials, ergonomics, and physical health, as well as well-being technology in care work. Although well-being of personnel in elderly care services has been under development for a long time, the field continues to impose a considerable burden on people, especially because of the prevailing personnel shortage. One of the challenges in projects aimed at developing elderly care has been the development of operating models and productivity, as well as well-being at work, in separate projects. In the future, operating models or productivity must be developed to also include promotion of well-being and improving commitment to the field.

Situational picture of workplace well-being in services for the elderly

Since the 1990s a goal of the goal of Finnish policy on ageing has been to increase services provided to people's homes and to reduce institutional care. In the 21st century residents getting housing services and institutional services have moved to enhanced residential care housing, which has been growing constantly while correspondingly, institutional care in homes for the elderly and in inpatient wards of health care centers has decreased and is no longer a form of long-term care. There have also been changes in the customer structure of services for the elderly. In terms of fitness, residents of today's enhanced residential care services correspond to previous residents of homes for the elderly. Meanwhile, the fitness of customers of home care services has declined in recent decades.

Working with services for the elderly is seen to be psychologically and physically taxing, although at least with home care employees, the work was judged to be relatively light when measured by the variation in heart rates. Psycho-social burdening factors, such as ethical burden, work stress, and customer violence are common especially for people working in home care and enhanced residential care. The burden placed by the work on employees is reflected among many as a perceived decline in the ability to work. Most harmful from the point of view of an ability to work is the accumulation of stress factors, which is common among those employed in service work for the elderly. Reducing and controlling these occupational burdens are ways of promoting longer work careers. On the other hand, in elder care services forepersons are often seen to lead with a coaching approach, and cooperation among working communities is often seen to function well. These support working skills and the duration of work careers.

Workdays in home and around-the-clock care primarily comprise work with customers, and the workdays are intense, which is why the danger exists that little time will be left over for developing the work itself. Haste during the workday and factors that complicate the work, such as colleague absenteeism, add to employee stress. A high customer turnover rate also adds to stress, while reducing work satisfaction. Making work communities more independent and the continuity of treatment can reduce the burdens of work and improve job satisfaction.

Good practices for developing well-being at work in elderly care

The project was used to study and develop practices supporting well-being at work. Well-being in a working community can be supported by reinforcing a more ethical organisation culture and moral agency, both of which reduce the ethical stress experienced at work. In addition to the organisational and individual level, forepersons play a significant role as ethical role models, which helps create opportunities for a more ethical organisation culture and moral agency among employees. Executive coaching and related practices, obstacles, and opportunities were used in the project to study and develop foreperson work.

From problems with working conditions to employee-based trials

In the intervention stage of the study, several workshop processes related to ethical burdens, as well as executive coaching, were implemented. In addition, mentoring was launched in the work community, aimed at promoting both cooperation between experienced and young employees, and learning. First discussed in the workshops were experiences of the work community connected with ethical burdens and the need for new types of management practices. Later, the participants advanced development trials for these problems and needs corresponding to these problems and needs.

Questions related to the functionality of the work community and cooperation among colleagues sparked emotions in workshops dealing with ethical organisation culture. Day-to-day work in elderly care may have more structures for dealing with and deconstructing difficult situations with customers but handling different kinds of problematic situations at the workplace and among colleagues is easily neglected. The actual workshop phase is useful for raising these themes that have not been sufficiently raised before.

Evaluation aimed at developing trials implemented in social and health care revealed that progress in trials of employee origin aimed at reducing their ethical burden was challenging, owing to an ongoing a shortage of personnel in the evaluation stage, and exceptional practices stemming from the COVID-19 situation were in force in the working communities. However, executive coaching trials had made good progress. The analysis of progress in the trials showed that development may be possible for individual employees even under challenging conditions as long as time is set aside on workdays for trials of new working methods, and that the evaluation of the trials does not happen too soon after their formation.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS:

The Hyvä veto project produced a situational picture about well-being at work among personnel working in elderly care services and on the factors affecting it. The project led to the model called "Vanhustyön vatupassi", which involves online educational material for forepersons in elderly care services for the better management of ethical burdens. Taking part in the development and piloting of the operating model of the Hyvä veto project were employees and forepersons of elderly care in four social and health care regions. The operating model was modified to enable its use as a tool in developing work and well-being at work in the new wellbeing services counties. The "Vanhustyön vatupassi" model will be made public in January 2023 on the Finnish Institute of Occupational Health website. It is to be extensively distributed for use in elderly care in 2023. The recommendations in the Hyvä veto project are related to the development of well-being at work and related management. The recommendations are explained at the end of the report.

KIITOKSET

Henkilöstön saatavuuden ja alan vetovoimaisuuden turvaaminen iäkkäiden palveluissa (Hyvä veto) -hanke oli kansallisen Ikäohjelman toimeenpanohanke. Kiitämme Sosiaali- ja terveysministeriötä hankkeen rahoituksesta ja erityiskiitokset haluamme osoittaa neuvotteleva virkamies Satu Karppaselle ja projektipäällikkö Marjaana Pennaselle. Kiitokset Hyvä veto -hanketta rahoittaneille Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselle sekä Työterveyslaitokselle. Kiitämme Hyvä veto -hankkeen ohjausryhmän jäseniä erinomaisesta yhteistyöstä ja hankkeen tukemisesta. Suuret kiitokset mukana olleille sote-organisaatioille: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Siun sote), Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä (Phhyky), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) ja Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Essote). Kiitämme lämpimästi myös hankkeen osatoteuttajia LAB – ammattikorkeakoulusta, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta ja Karelia-ammattikorkeakoulusta. Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneille yksiköille haluamme osoittaa vilpittömät kiitokset hankkeen onnistumisesta. Mukana olleiden yksiköiden esihenkilöt ja työntekijät sitoutuvat tiedonkeruuseen, jolla saatiin tärkeää tietoa hoitotyön kokonaisuudesta iäkkäiden palveluissa. Lisäksi haluamme kiittää THL:n RAI-asiantuntijoita hankkeen aikana saadusta avusta ja tuesta. Kiitämme myös kansallisen Ikäohjelman Henkilöstöpaneelin osallistujia kiinnostuksesta ja aktiivisuudesta hankettamme ja sen tuloksia kohtaan.

SISÄLTÖ

Luku 1: Ikäohjelman Hyvä veto -toimeenpanohanke vastaa henkilöhaasteeseen vanhustyössä
1.1. Johdanto ... 11
1.2. Hanke yhteiskunnallisena vaikuttajana ... 13
1.3. Hankkeeseen osallistuneet tahot ja yhteistyöverkostot ... 15
1.4. Tutkimuksen kulku ja tutkimusaineistot ... 16

Luku 2: Iäkkäiden palveluita on kehitetty sekä asiakkaiden että henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta
2.1. Johdanto ... 24
2.2. Menetelmät ... 24
2.3 Toimintamallien kehittäminen ... 27
2.4 Henkilöstön psykososiaalinen hyvinvointi ... 31
2.5 Työaikakokeilut ... 32
2.6 Ergonomia, työntekijän fyysinen kunto ... 33
2.7 Henkilöstön osaaminen, hyvinvointiteknologia ... 34
2.8 Meneillään olevia hankkeita ... 35
2.9 Yhteenveto ... 36

Luku 3: Iäkkäiden palveluissa työskentelevien työhyvinvoinnin tilannekuva
3.1 Muutokset iäkkäiden palveluissa ... 39
3.2. Vanhustyön ominaispiirteet ... 43
3.3 Työ iäkkäiden palveluissa on monipuolista ... 49
3.4 Tiimin itsenäisyys ja hoidon jatkuvuus ovat avainasemassa ... 54
3.5. Vanhustyössä työskentelevien hoitajien ja esihenkilöiden näkemyksiä vanhustyön vetovoimaisuutta edistävistä tekijöistä ... 68

Luku 4: Hyviä käytäntöjä työhyvinvoinnin kehittämiseen vanhustyössä
4.1. Eettinen työkulttuuri työhyvinvoinnin tukena ... 70
4.2 Moraalinen toimijuus vanhustyössä ... 73
4.3. Valmentava johtaminen sote-alalla ... 76

Luku 5: Työolojen ongelmista työntekijälähtöisiin kokeiluihin
5.1 Työyhteisöt uusien toimintatapojen käynnistäjinä ... 79
5.2 Työpajakeskustelut eettisten kysymysten herättäjänä ... 89
5.3 Kokeilut uusien käytäntöjen rakentajina ... 93
5.4 Yhteenveto työntekijälähtöisistä kokeiluista ... 103

Luku 6: Johtopäätökset ja suositukset

Lähteet ... 112

LUKU 1
Ikäohjelman Hyvä veto -toimeenpanohanke vastaa henkilöhaasteeseen vanhustyössä

1.1. Johdanto

Marinin hallitusohjelmaan (2020) kuuluvan Kansallisen Ikäohjelman 2030 keskeisinä vaikuttavuustavoitteina on suunnata ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä parantavia toimia iäkkäälle väestölle ja riskiryhmille, pidentää ikääntyvien työikäisten toimintakykyä ja työuria, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, lisätä ja mahdollistaa vapaaehtoistyötä, varmistaa iäkkäiden palvelujen yhdenvertaisuus, tehokkaampi koordinaatio ja taloudellinen kestävyys, lisätä asumisen ja asuinympäristöjen ikäystävällisyyttä ja nostaa esille suomalaista ikäteknologian kehittämistä ja hyödyntämistä.

Iäkkäiden määrä lisääntyy ja samanaikaisesti työelämään astuvien ikäluokat pienenevät lisäten työvoiman tarvetta vanhuspalveluissa, jossa jo tällä hetkellä kärsitään työvoimapulasta. Lisäksi henkilöstön riittävyyttä ja töiden sujuvuutta heikentävät sairauspoissaolot ja työkyvyttömyyseläkkeet, joita vanhuspalveluissa on keskimääräistä enemmän. Täten työhyvinvoinnin vahvistaminen on yksi ratkaisu henkilöstön riittävyyteen. Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön työhyvinvointi ja työkyky vaikuttavat myös heidän asiakkaidensa hyvinvointiin ja palvelujen laatuun.

Vanhustyötä tekevät työntekijät voivat muita sote-ammattilaisia huonommin. Työterveyslaitoksen Mitä kuuluu? -työhyvinvointikyselyssä vanhustyön yksiköiden tulokset ovat kautta linjan muita sote-alan yksiköitä heikommat. Tarvitaan enemmän tietoa tilanteeseen johtavista syistä, mutta ennen kaikkea tarvitaan ratkaisuja, joilla vanhustyöntekijöiden hyvinvointia tuetaan, työn arvostusta nostetaan ja varmistetaan, että vanhustyöllä riittää jatkossakin tekijöitä. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa uhkaava työvoimapula tulee kärjistymään erityisesti vanhustyössä.

Henkilöstön saatavuuden ja alan vetovoimaisuuden turvaaminen iäkkäiden palveluissa (Hyvä veto) -hanke on kansallisen Ikäohjelman toimeenpanohanke ja vastaa sen tavoitteeseen pidentää ikääntyvien työikäisten toimintakykyä ja työuria, erityisesti iäkkäiden palveluissa. Lisäksi se vastaa kahteen muuhunkin tavoitteeseen: digitalisaatio ja uudet teknologiat ovat lisänneet hyvinvointia ja palvelut toteutetaan sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävällä tavalla. Hyvä veto -hankkeen tavoitteena oli erillisten tutkimusosioiden lisäksi tarkastella sekä asiakkaiden palvelutarvetta että henkilöstön hyvinvointia ja jaksamista samoissa toimintayksiköissä. Näin oli mahdollista koota laajempaa näkemystä ikäihmisten palveluiden kokonaisuudesta ja johtamisen haasteista Työterveyslaitoksen ja

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyönä. Hanke kohdistui vanhuspalveluissa työskentelevien työhyvinvoinnin kehittämiseen.

Iäkkäiden palveluja uudistavan työryhmän (2020) henkilöstöjaos esitti raportissaan kehitettäväksi henkilöstön osaamista ja osallistamista sekä uudenlaisia toimintamalleja, johtamisen tapoja ja itseohjautuvia toimintamalleja tutkimus- ja kehittämishankkeiden avulla. Myös uudistetussa laatusuosituksessa (2020) suositellaan erilaisia johtamisen ja yhteisen tekemisen tapoja, joilla voidaan tukea henkilöstön jaksamista ja erityisesti lähijohtajia.

Hyvä veto -hankkeen tavoitteena oli

- tuottaa Mitä kuuluu? -työhyvinvointitiedot kussakin osallistuvassa yksikössä sekä aineistosta tehtyjen lisäanalyysien tulokset kehittämistoiminnan lähtökohdaksi. Tämä auttaa kohdentamaan kehittämistyön keskeisimpiin työkykyyn ja työhyvinvointiin vaikuttaviin tekijöihin.
- toteuttaa yhteiskehittämisenä työhyvinvointia parantavaa kehittämistoimintaa sote-organisaatioissa, tuottaa kehittämistyön ja sen arviointiprosessin tuloksena levitettävä Hyvä-veto –toimintamalli avuksi kehitettäessä henkilöstön hyvinvointia ja alan vetovoimaisuutta. Kuvata ja levittää hankkeissa havaittuja hyviä käytäntöjä.
- tuottaa laajempaa tutkimustietoa ja analyysejä sekä asiakastasolta että henkilöstön hyvinvoinnista ja niiden välisistä yhteyksistä palveluntuottajille, järjestäjille ja kansallisen päätöksenteon tueksi
- nostaa eettinen kuormitus osaksi laajempaa yhteiskunnallista keskustelua
- luoda Hyvä veto- toimintamalli, joka koostuu hankkeen kuluessa organisaatioiden kanssa yhdessä kehitetyistä hyvistä käytännöistä liittyen eettiseen organisaatiokulttuuriin, valmentavaan johtamiseen sekä nuorten ja kokeneiden yhteistyöhön. Hyvä veto -toimintamallia voidaan levittää laajasti iäkkäiden palveluiden työyksiköihin.
- tuottaa laajemmin suomalaisessa työelämässä ja ammatillisessa koulutuksessa hyödynnettäviä suosituksia ja käytäntöjä ja oppaita (esim. opas vanhuspalveluiden hyvien käytäntöjen arviointiin ja levittämiseen)
- tuottaa alalle opiskelevien opetukseen verkko-opetusmateriaalia yhteiskehittäen koulutustahojen kanssa yhdessä tarkennettavista aiheista, jotka voivat liittyä esimerkiksi itseohjautuvuuden vahvistamiseen, tiimityötaitojen ja johtamisen tukemiseen sekä vähentämään vanhuspalveluissa työskentelevien keskeisimpiä työn psykososiaalisia kuormitustekijöitä.

Tavoitteita toteutettiin alueellisilla monitoimijaisilla kehittämishankkeilla hyödyntäen olemassa olevaa tutkimustietoa sekä tutkimustyöllä, joka tuotti uutta tietoa ja hyödynsi jo

olemassa olleita aineistoja uudella tavalla. Työterveyslaitoksen ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lisäksi hanketta toteuttivat ammattikorkeakoulut. Hyvä veto -hanke tuotti tilannekuvan iäkkäiden palvelujen henkilöstön työhyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä kuten johtamisen haasteista ja siitä, miten työntekijöiden työpäivän rakenne ja asiakkaiden kuntoisuus vaikuttavat työntekijöiden työn kuormittavuuteen. Hankkeen tuloksena kehitettiin verkko-oppimismateriaali iäkkäiden palvelujen esihenkilöille: Vanhustyön vatupassi -malli.

1.2. Hanke yhteiskunnallisena vaikuttajana

Hyvä veto -hankkeen tavoitteena oli nostaa eettinen kuormitus osaksi laajempaa yhteiskunnallista keskustelua. Hanke levitti tutkimustietoa iäkkäiden palvelujen työhyvinvoinnista, jota voi hyödyntää päätöksenteossa sekä sote-organisaatioiden ja niiden työyksiköiden työhyvinvoinnin tiedolla johtamisessa. Yksi merkittävä ponnistus oli elokuussa 2022 järjestetty Työterveyslaitoksen ja THL:n vanhustyöhankkeiden Vetovoimaa ikäihmisten hoivatyöhön -yhteiswebinaari, johon ilmoittautui yli 800 osallistujaa, lähinnä vanhustyön ammattilaisia. Webinaarissa esiteltiin tuloksia Hyvä veto -hankkeen eri osahankkeista/osioista.

Koska Hyvä veto -hanke on Kansallisen Ikäohjelman toimeenpanohanke, on Ikäohjelman ohjausryhmä ja toimeenpanoryhmä seuranneet hankkeen etenemistä ja toteutumista. Työterveyslaitos ja THL ovat kumpikin esittäneet omaa toimintaansa ja sen tuloksia kokouksissa määrävälein. Lisäksi hankkeella on ohjaus- ja seurantaryhmä, jossa on edustettuna keskeiset ministeriöt, laajasti työelämävaikuttajia, sote-organisaatiot ja toteuttajaorganisaatiot Työterveyslaitos, THL ja ammattikorkeakoulujen edustaja. Näitä edustuksia oli seuraavasta laajasta yhteistyöverkostosta: Sosiaali- ja terveysministeriö, Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat, Hyvinvointiala Hali ry, Tehy, Superliitto, Vanhustyön keskusliitto, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Siun sote), Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä (Phhyky), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) ja Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Essote), Teknologiateollisuus, Opetus- ja kulttuuriministeriö, Sailab – MedTech Finland ry, Opetushallitus, Kuntaliitto, LAB – ammattikorkeakoulu, Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Työterveyslaitos. Ohjausryhmä kokoontui neljä kertaa.

Hankkeen ohjaus- ja seurantaryhmän jäsenet kutsuttiin myös Ikäohjelman Henkilöstöpaneelin jäseniksi. Ikäohjelman toimeenpanossa henkilöstöpaneelin tavoitteena oli osallistaa toimintaan keskeisten tahojen edustajia. Se kokoontui yhdeksän kertaa ja siinä oli edustajia laajasta yhteistyöverkostosta. Lisäksi hankkeen tutkijat ovat esitelleet henkilöstöpaneelille hankkeen tuloksia.

Vuorovaikutus poliittisten päätöksentekijöiden kanssa. Koska työkyvyn ja terveyden edistämistä työpaikoilla ohjaa lainsäädäntö ja yhteiskunnalliset päätökset, hankkeen toimintaa ja tutkimustuloksia on esitelty ministeri Sarkkiselle, ministeri Tuppuraiselle, sekä kansanedustajille, puoluetoimistojen edustajille ja työelämävaikuttajille.

Hanke julkaisi syyskuussa 2022 sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille sekä iäkkäiden palveluiden johtajille ja esihenkilöille suunnatun politiikkasuosituksen: Vanhustyön eettinen kuormitus vähenee panostamalla työhyvinvointiin. Politiikkasuositus sisälsi seitsemän suositusta:

1. Liitetään eettisen kuormituksen arviointi ja hallinta osaksi vanhustyön omavalvontaa
2. Kehitetään vanhustyön työhyvinvointia tietoon perustuen
3. Luodaan eettiset periaatteet ja toimintakäytänteet työpaikoille
4. Varataan aikaa työn ja työhyvinvoinnin kehittämiselle
5. Varmistetaan merkityksellisen työn edellytykset
6. Lisätään vanhustyön työntekijöiden ja johdon eettistä osaamista
7. Tuodaan esille vanhustyön onnistumiset ja myönteiset näkökulmat

Politiikkasuosituksesta viestittiin medialle, kohderyhmän avainhenkilöille, verkostoille ja laajasti Työterveyslaitoksen eri viestintäkanavissa.

Hyvä veto -hankkeen viestinnällisenä tavoitteena on ollut vanhustyöhön liittyvän julkisen keskustelun seuraaminen ja siihen osallistuminen. Tätä on tehty aktiivisesti erilaisissa tilaisuuksissa, mediaesiintymisillä sekä yleisönosastokirjoitusten ja blogitekstien kautta. Hanke on viestinnällään halunnut myös identifioitua vanhustyöntekijöiden puolestapuhujaksi. Tavoitteen osalta näyttävin ulostulo oli Työterveyslaitoksen #HyvääSotea-kampanja esihenkilöille marras–joulukuussa 2021.

Hanke on osallistunut aktiivisesti vanhustyöhön liittyvään julkiseen keskusteluun. Tätä on tehty erilaisissa tilaisuuksissa, mediaesiintymisillä sekä yleisönosastokirjoitusten ja blogitekstien kautta.

Hankkeessa syntyneen tutkimustiedon ja muiden tuotosten levittämisessä on hyödynnetty pääasiallisesti mediaviestintää, hankkeen verkkosivua ja Työterveyslaitoksen viestintäkanavia: sosiaalisen median laajasti tavoittavia kanavia, yleistajuisia verkkouutisia, Työpiste-verkkolehteä, uutiskirjeitä ja blogijulkaisuja. Hankkeen tuotoksena syntyvä Hyvä veto -malli on saanut mallin levittämiseen ja juurruttamiseen sopivamman nimen: Vanhustyön vatupassi. Se julkaistaan tammikuussa 2023, minkä jälkeen käynnistyy mit-

tava markkinointi- ja viestintäkampanja. Pohjatyötä lanseeraukselle on tehty koko hankkeen ajan.

THL:n Hyvä veto -osahankkeen tuloksia on levitetty yhdessä Aikamittaus-hankkeen tulosten kanssa THL:n omien viestintäkanavien kautta, esimerkiksi THL:n nettisivuilla sekä sosiaalisessa mediassa. Lisäksi tuloksia on esitetty kotimaisissa konferensseissa, kuten kansallisilla hoitotiedepäivillä, RAI- johtoryhmän kokouksessa sekä tulevaisuuden sote-keskus ohjelman webinaarissa, jossa kerrottiin tuloksista liittyen asiakkaan saamaan hoitoaikaan ja toisaalta myös työntekijän työpäivän rakenteeseen. Uudessa, THL:n koordinoimassa, Ikätukiverkoston webinaarissa on myös esitetty hankkeen tuloksia. Hankkeen tuloksista on myös annettu TV-, radio- ja lehtihaastatteluja.

Lisäksi tuloksia on esitelty kansainvälisissä konferensseissa, niin suullisina esityksinä kuin postereinakin, pääosin liittyen henkilöstön hyvinvointiin ja siihen yhteydessä oleviin tekijöihin. Tuloksia esiteltiin esimerkiksi International Long-Term Care Policy Networkin konferenssissa Lontoossa, Social Inequalities in Aging networkin seminaarissa Tukholmassa ja European Public Health konferenssissa Berliinissä. Tuloksia on julkaistu kansainvälisissä, vertaisarvioiduissa lehdissä sekä kotimaisissa lehdissä, esimerkiksi Muistiliiton lehdessä.

1.3. Hankkeeseen osallistuneet tahot ja yhteistyöverkostot

Hyvä veto -hankkeessa hyödynsimme jo olemassa olevia yhteistyöverkostoja. Iäkkäiden palveluissa työskentelevän henkilöstön seurantaa on toteutettu Työterveyslaitoksen erilaisissa Kunta10 sekä Mitä kuuluu? -hyvinvointikyselyjen liittyvissä hankkeissa. Nämä hankkeet ovat paitsi tuottaneet tietoa henkilöstön hyvinvoinnista, myös mahdollistaneet monenlaisia kehittämishankkeita esimerkiksi johtamisen tueksi. Myös Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen erilaiset tutkimushankkeet ovat tuottaneet tietoa iäkkäiden palveluissa toimivasta henkilöstöstä sekä iäkkäistä ja heidän omaisistaan. THL:ssä keskeinen yhteistyöverkosto on RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointivälineen käyttäjien vertailukehittämisen verkosto. Aikamittauksiin, joihin THL:n osahanke pitkälti perustuu, osallistujat kutsuttiin tästä RAI-verkostosta.

Hankkeen toteutusta valmisteltaessa selvitettiin saman tematiikan ympärillä toimivia muita hankkeita sekä mahdollista synergiaa näiden hankkeiden välillä. Jotta henkilöstön sitoutumista ja työn vetovoimaa voidaan lisätä ja kehittää, on otettava huomioon myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutukseen liittyvät tekijät. Tämän vuoksi hankkeeseen kytkettiin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden lisäksi vastaavilla alueilla toimivat ammattikorkeakoulut. Hanketyöhön osallistui neljä sote-organisaatiota: Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Siun sote), Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (PHHYKY), Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote),

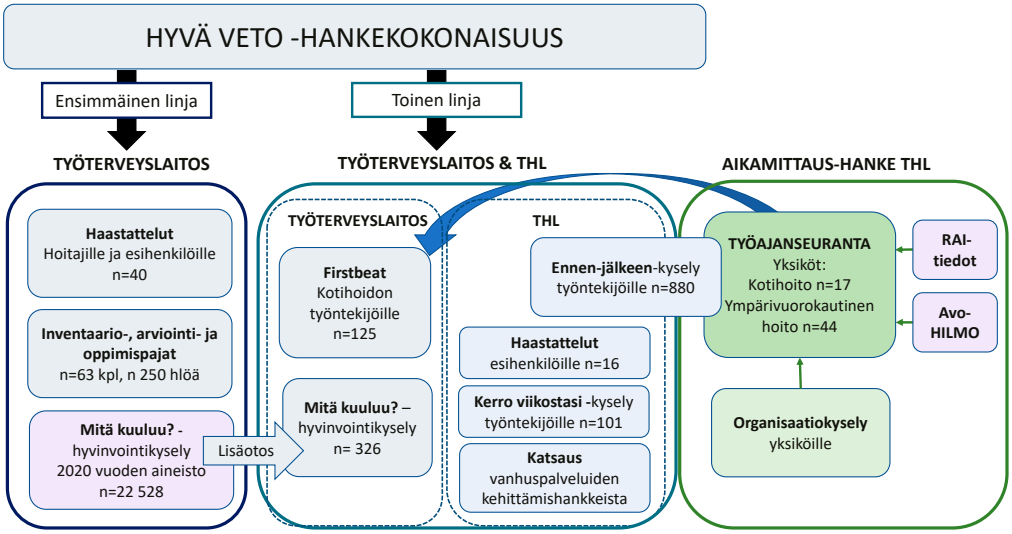
Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (Essote) ja samoilla alueilla toimivat ammattikorkeakoulut: Karelia-ammattikorkeakoulu, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu (XAMK) ja LAB-ammattikorkeakoulu.

Lisäksi Hyvä veto –hankeen tiedonkeruita toteutettiin yksiköissä, jotka osallistuivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaan Aikamittaus-hankkeeseen. Aikamittaus-hankkeeseen osallistui kutsuttuna 17 kotihoidon ja 44 ympärivuorokautisen, pääosin tehostetun palveluasumisen yksikköä. Kotihoidon yksiköt olivat julkisen palvelutuottajan yksiköitä, kun taas ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä 17 oli yksityisen palvelutuottajan yksiköitä. Aikamittaus-hankkeen yhtenä tavoitteena oli päivittää asiakkaiden toimintakykyä ja palvelutarvetta arvioivan RAI (Resident Assessment Intrument) -välineen kustannuspainot, joten kaikki osallistuneet yksiköt olivat mukana RAI-vertailukehittämisessä. Yksiköitä oli yhteensä viideltätoista tulevalta hyvinvointialueelta.

1.4. Tutkimuksen kulku ja tutkimusaineistot

Hyvä veto -hankekokonaisuus voidaan jakaa tiedonkeruiden suhteen kahteen eri linjaan. Työterveyslaitos toteutti ensimmäisen linjan tiedonkeruut. Toinen linja toteutettiin Työterveyslaitoksen ja Terveyden ja hyvinvoinnin (THL) laitoksen yhteistyönä, jossa molemmilla oli omia tiedonkeruita. Tiedonkeruun toteuttaja vastasi omien aineistojen analysoinnista. Työterveyslaitokset ja THL:n aineistot on myös yhdistetty, mutta niiden tulokset raportoidaan myöhemmin.

Hankekokonaisuus ja siihen liittyvät kaksi eri tiedonkeruun linjaa ovat kuvattu kuviossa 1.1. Työterveyslaitoksen toteuttamassa ensimmäisessä linjassa kerättiin eri vanhustyön organisaatioissa ja sote-aluilla mittava työpaja-aineisto sekä haastatteluaineisto työntekijöiden ja esihenkilöiden teemahaastatteluilla. Lisäksi ensimmäisen linjan tutkimusaineistona käytettiin Työterveyslaitoksen keräämää vuoden 2020 Mitä kuuluu? -työhyvinvointiaineistoa, johon tehtiin lisäotos hankkeen toisen linjan tiedonkeruissa. Hyvä veto -hankkeen tutkimustyön eettisen ennakkoarvioinnin ensimmäisen linjan osalta toteutti Työterveyslaitoksen eettinen työryhmä (ETR 12/2020).



Kuvio 1.1. Hyvä veto -hankekokonaisuudessa kerätyt ja hyödynnetyt aineistot.

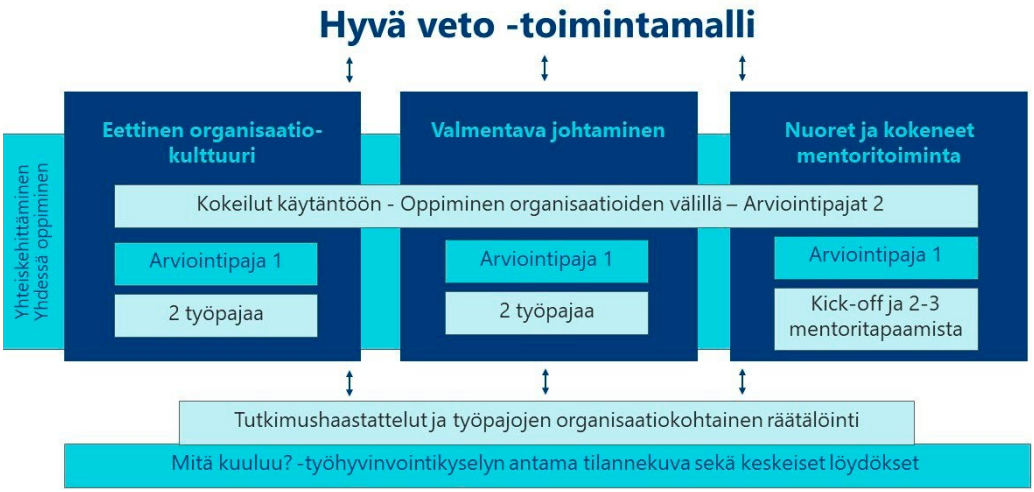
Toisen linjan tiedonkeruut toteutettiin yksiköissä, jotka osallistuivat THL:n toteuttamaan Aikamittaus-hankkeeseen. Aikamittaus-hanke on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama tutkimus, jossa selvitettiin ikäihmisten palveluissa työskentelevien työntekijöiden työajan jakautumista asiakastyöhön ja muihin tehtäviin sekä mitä eri toimintoja työaikana tarkemmin tehtiin (Pesonen ym. 2022a). Samalla selvitettiin kuinka paljon hoitoaikaa asiakas keskimäärin saa ja miten asiakkaan kuntoisuus oli yhteydessä saatuun hoitoaikaan. Aikamittaus-hanke tarjosi mahdollisuuden tuottaa uudenlaista tietoa myös henkilöstön hyvinvoinnista. Yhdistämällä Aikamittaus- ja Hyvä veto -hankkeiden aineistoja tutkittiin muun muassa, miten työntekijöiden työpäivän rakenne, asiakkaiden kuntoisuus ja työn organisointimallit ovat yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin.

Hyvä veto –hankkeen toisen linjan tiedonkeruita toteuttivat sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos että Työterveyslaitos (kuvio 1.1). THL toteutti Aikamittaukseen osallistuneissa yksiköissä kyselyt esihenkilöille ja työntekijöille sekä haastattelut esihenkilöille. Lisäksi vanhuspalveluiden kehittämishankkeista laadittiin katsaus. Työterveyslaitos puolestaan toteutti toisen linjan tiedonkeruuna Firstbeat-sykevälivaihtelumittauksia kotihoidon työntekijöille sekä keräsi lisäotoksen Mitä kuuluu? -työhyvinvointikyselyyn. Toisen

linjan tiedonkeruiden eettisen ennakkoarvioinnin toteutti THL:n Tutkimuseettinen työryhmä (THL/1447/6.02.01/2021).

1.4.1 Ensimmäisen linjan tutkimusaineistot

Työterveyslaitos vastasi ensimmäisen linjan tutkimusaineistojen keräämisestä ja analyyseistä. Ensimmäisen linjan aineistoihin kuuluivat Työterveyslaitoksen aiemmin keräämä vuoden 2020 Mitä kuuluu? -työhyvinvointikyselyn aineisto sekä hankkeen aikana kerätyt haastattelu-, interventiotyöpaja- ja arviointityöpaja-aineistot (kuvio 1.2).



Kuvio 1.2 Hyvä veto -toimintamallin kehittämisasetelma

Mitä kuuluu? -työhyvinvointikyselyä on toteutettu vuodesta 2018 alkaen vaihtuvissa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan organisaatioissa. Kyselyn toteuttaa Työterveyslaitos vuosittain loka-marraskuun välisenä aikana. Kysely mittaa työn psykososiaalisia kuormitus- ja voimavaratekijöitä hyödyntäen tutkimukseen perustuvia valideja mittareja. Tutkimukselle on Työterveyslaitoksen eettisen työryhmän puoltava lausunto.

Hyvä veto -hankkeessa hyödynnettiin anonymisoitua Mitä kuuluu? -kyselyaineistoa vuodelta 2020. Mitä kuuluu? -kyselystä poimittiin vain ne vastaajat, jotka olivat antaneet suostumuksensa vastausten hyödyntämiseen tutkimuskäytössä. Vuonna 2020 Mitä kuuluu? -kysely toteutettiin yhdeksässä eri kokoisessa julkisen sektorin sote-organisaatiossa (sote-kuntayhtymiä ja sairaanhoitopiirejä). Kyselyhetkellä niissä työskenteli aktiivisesti 36 549 työntekijää. Heille kaikille lähetettiin kyselylinkki työnantajan toimittamaan työ-

sähköpostiin. Kutsutuista 24 459 vastasi kyselyyn (vastausprosentti 67 %) ja 92 % antoi suostumuksen tutkimuskäyttöön (N=22 528). Hyvä veto hanketta varten nämä vastaajat luokiteltiin edelleen iäkkäiden palveluissa työskenteleviin (N=4 347) ja muihin sote-työntekijöihin (N=18 155). Iäkkäiden palveluihin sisällytettiin työyksiköt, joissa työtä tehdään läheisessä kontaktissa iäkkäisiin. Hallinnolliseen, ylempään johtotasoon tai muuhun sote-organisaatioiden toimintaan viittaavat työyksiköt sisällytettiin "muuhun soteen". Iäkkäiden palvelut luokiteltiin edelleen kotihoitoon (N=1 683), palveluasumiseen (N=1 649), poliklinikka- ja osastohoitoon (N=650) sekä palveluohjaus-, tuki- ja virkistystoimintaan (N=365). Luokittelu tehtiin käyttäen työyksiköiden nimiä ja se vahvistettiin asiakasorganisaatioiden yhteyshenkilöiltä.

Iäkkäiden palvelujen sisällä – kotihoidossa, palveluasumisessa, poliklinikka- ja osastohoidossa, palveluohjaus-, tuki- ja virkistystoiminnassa – työntekijärakenne oli keskenään hyvin samankaltainen. Suhteessa muuhun soteen vanhustyötä tekevät ovat kuitenkin useammin naisia (96 % vs. 85 %) ja keskimääräistä iäkkäämpiä (yli 50-v. prosenttiosuus 45 % vs. 38 %). Lisäksi iäkkäiden palveluissa on vähemmän esihenkilöasemassa toimivia kuin muualla sotessa (4 % vs. 9 %). Iäkkäiden palvelut ei ole kuitenkaan ammattirakenteeltaan yhtenäinen joukko. Kotihoidossa (82 %) ja palveluasumisessa (83 %) valtaosa työntekijöistä on lähi- ja perushoitajia tai muita hoitajia. Myös poliklinikka- ja osastohoidossa lähi- ja perushoitajien osuus on lähes puolet (45 %), kun taas palveluohjaus-, tuki- ja virkistystoiminnassa (21 %) ja muualla sotessa (11 %) osuus on pienempi. Toiseksi suurimpana ammattiryhmänä ovat sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (kotihoito 13 %, palveluasuminen 12 %, poliklinikka- ja osastohoito 37 %, palveluohjaus-, tuki- ja virkistystoiminta 12 %, muu sote 38 %).

Työterveyslaitoksen keräämä **haastatteluaineisto** koostui vanhustyössä työskentelevien hoitajien ja esihenkilöiden teemahaastatteluista (N=40). Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista. Haastateltavaksi ilmoittauduttiin Webropol-kyselyllä, joka lähetettiin kohdeorganisaatioihin. Kyselyssä kysyttiin vastaajan kiinnostusta osallistua haastatteluun (kyllä, ei), vastaajan taustatiedot (työyksikkö, työsuhteen laatu, työkokemus, ammattinimike ja koulutustausta) sekä yhteystiedot (sähköposti). Tutkijat valitsivat kyselyyn vastanneista vapaaehtoisista haastateltavat. Haastateltavaksi valittiin hoitajia (n=23) ja esihenkilöitä (n=17) kotihoidosta, asumis- ja laitospalveluista neljältä eri alueelta, jotta saatiin kokonaisvaltainen kuva vanhustyöstä.

Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Haastattelut toteutettiin koronarajoitusten vuoksi Teamsin välityksellä. Haastattelut toteutti kolme tutkijaa itsenäisesti (xx/6 haastattelua, yy/21 haastattelua ja zz/13 haastattelua). Ennen haastattelujen käynnistymistä tutkijat kävivät yhdessä läpi haastattelurungon ja kysymykset yhteisen ymmärryksen varmistamiseksi. Haastattelurungon lähtökohtana olivat Mitä kuuluu? -kyselytulokset sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työhyvinvoinnista.

Haastattelurungon teemat olivat *työnkuva ja työhyvinvointi* (työnkuva, työn voimavara- ja kuormitustekijät, palautuminen), *nuorten ja kokeneiden yhteistyö* (osaaminen, työssä kohdatut epäasiallista kohtelua sisältäneet kokemukset, osaamisen kehittäminen ja jakaminen), *esihenkilö – työntekijäsuhde* (johtaminen, muutostilanteet, vaikutusmahdollisuudet omaan työhön, työstä suoriutuminen), *organisaatiokulttuurin eettisyys* (eettiset periaatteet, eettisesti haastavat tilanteet, eettinen toiminta) sekä *työn muutos vanhuspalveluissa* (muutokset vanhustyössä, tulevaisuuden näkymät, syyt työskennellä vanhustyössä, vetovoimaisuutta lisäävät tekijät, teknologia vanhustyössä). Haastattelut toteutettiin maaliskuun ja toukokuun 2021 välisenä aikana, ne tallennettiin ja litteroitiin. Haastattelujen kesto vaihteli 45–68 minuutin välillä.

Hankkeessa kerättiin myös mittava **työpaja-aineisto** tutkimustyöhön, jonka tarkempi tutkimus- ja kehittämisprosessin kuvaus on luvussa 5. Hankkeessa toteutettiin yhteensä 63 työpajaa, jotka jakautuivat seuraavasti:

- Eettinen organisaatiokulttuuri: 14 erillistä prosessia, joissa jokainen sisälsi kaksi kahden tunnin työpajaa.
- Valmentava johtaminen: 8 erillistä prosessia, joista jokainen sisälsi kaksi kahden tunnin työpajaa.
- Mentorointi: 7 prosessia, joiden toteutus vaihteli.
- Arviointi- ja oppimispajat: 12 pajaa, joiden kesto vaihteli 2,5 tunnista viiteen tuntiin.

Aineisto kerättiin äänittämällä (livepajat) ja Teams-nauhoitteina. Kaikki tallennettu aineisto litteroitiin ja sen yhteenlaskettu tuntimäärä on 135. Pajoja ei lähtökohtaisesti tallennettu kokonaan, vaan ainoastaan vuorovaikutteiset osiot, kuten yhteiskeskustelut ja pohdinnat. Lisäksi työpajoista kertyi muuta kirjallista materiaalia (diaesitykset, padlet-alustat, kirjalliset pohdinnat ym.).

Taulukko 1.1. Työpaja-aineiston kerääminen palvelumuodoittain

	Tehostettu palveluasuminen	**Kotihoito**	**Vuodeosasto**	**Yhdistelmä**	**Osallistujamäärä yhteensä**
Valmentavan johtamisen prosessit	4 esihenkilöryhmää	3 esihenkilöryhmää	1 esihenkilöryhmä		~140
Eettisen organisaatiokulttuurin prosessit	7 työyhteisöä	4 työyhteisöä	3 työyhteisöä		~100
Mentoroinnin prosessit					~30

Lisäksi sote-aluekohtaisiin arviointipajoihin osallistui yhteensä 140 henkilöä ja sote-alueiden välisiin oppimispajoihin 105 henkilöä. Osallistujat olivat pääosin samoja henkilöitä kuin työpajavaiheessa. Nämä pajat äänitallennettiin kokonaisuudessaan.

1.4.2 Toisen linjan tutkimusaineistojen keruu

Hyvä veto –hankkeen toisen linjan tiedonkeruita toteutettiin yksiköissä, jotka osallistuivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaan Aikamittaus-hankkeeseen. Tiedonkeruita toteuttivat sekä THL että Työterveyslaitos ja ne on tarkemmin kuvattu kuviossa 1.1. Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos laati katsauksen Suomessa toteutetuista kehittämishankkeista, jotka olivat käsitelleet henkilöstön hyvinvointia ja alan vetovoimaisuutta.

Aikamittaus-hankkeen keskeisin tiedonkeruu oli **työajanseuranta** (kuvio 1.1), jossa yksiköiden työntekijät kirjasivat työaikaansa toiminnoittain ja asiakkaittain päivän/viikon ajan. Työajanseurantaan osallistui 17 kotihoidon yksikköä ja 44 ympärivuorokautisen hoidon, pääosin tehostetun palveluasumisen yksikköä. Aineistoon liitettiin asiakkaiden toimintakykyä ja palvelutarvetta kuvaavat tiedot THL:n ylläpitämästä RAI (Resident Assessment Instrument) -tietovarannosta. Lisäksi työajanseurannan tietoja täydennettiin THL:n hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) tiedoilla.

Työajanseurannan ensimmäisenä päivänä työntekijät täyttivät vapaaehtoisen työhyvinvointikyselyn (jatkossa **Ennen-jälkeen-kysely**). Kyselyn ennen työpäivää täytettävässä osiossa työntekijöiltä kysyttiin palautumisesta ja työpäivän jälkeen työpäivän aikaisesta kuormituksesta. Lisäksi työajanseurantaan osallistuneiden yksiköiden esihenkilöille (n=61) lähetettiin erillinen **organisaatiokysely**, jolla kerättiin taustatietoja tutkimukseen osallistuneista yksiköistä. Kyselyllä selvitettiin esimerkiksi henkilöstön ja asiakkaiden lukumääriä, tiimirakennetta sekä työn organisoinnin tapoja. Ennen-jälkeen -kyselyn ja organisaatiokyselyn tiedot yhdistettiin työajanseuranta-aineistoon, johon oli liitetty myös asiakkaiden toimintakykyä ja palvelutarvetta koskevat tiedot. Luvussa 3.4 on raportoitu tämän yhdistelmäaineiston tulokset siitä, miten työajan jakautuminen, asiakkaiden toimintakyky ja työn organisointi ovat yhteydessä työntekijöiden kokemaan kuormitukseen ja työtyytyväisyyteen.

Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvä veto -osahankkeessa **haastateltiin** Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneiden yksiköiden esihenkilöitä ja selvitettiin heidän näkemyksiä yksikkönsä vallitsevasta resurssitilanteesta ja hoidon laatuun liittyvistä tekijöistä. Työntekijöille toteutettiin täydentävä **Kerro viikostasi -kysely**, jossa työntekijöitä pyydettiin kuvaamaan heidän edellistä työviikkoansa. Sekä haastattelut että Kerro viikostasi -kysely toteutettiin tunnisteettomasti erillistiedonkeruina työajanseurannan jälkeen. Näiden tiedonkeruiden tuloksista on raportoitu tämän raportin luvussa 3.4.

THL selvitti osana Hyvä veto -hanketta, minkälaisia henkilöstön hyvinvointiin ja alan vetovoimaisuuteen kohdistuneita kehittämishankkeita Suomessa on toteutettu aiemmin. Kehittämishankkeiden kartoittamiseksi toteutettiin **katsaus**, jossa haettiin tietoa kehittämishankkeista eri tietokannoista, sivustoilta ja rahoittajien www-sivuilta. Tiedonhaussa löydettiin yhteensä 46 henkilöstön hyvinvointiin kohdistunutta hanketta. Katsauksen tulokset ovat raportoitu luvussa 2.

Työterveyslaitos puolestaan toteutti osana Hyvä veto -hanketta **Firstbeat-sykevälivaihtelumittaukset** osalle Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneiden kotihoidon yksiköiden työntekijöistä. Firstbeat-sykevälivaihtelumittaukset tehtiin työajanseurannan kanssa samaan aikaan ja ne toteutettiin yhdeksässä kotihoidon yksikössä Pirkanmaalla ja Uudellamaalla. Mittauksiin osallistui yhteensä 125 kotihoidon työntekijää, joista 9 oli miehiä ja 116 naisia. Iältään he olivat keskimäärin 43-vuotiaita ja olleet alalla noin kymmenen vuotta. Tutkittavista 95 oli lähihoitajia, 20 sairaanhoitajia ja 10 työskenteli jollain muulla nimikkeellä (fysioterapeutti, hoiva-avustaja, esihenkilö, terveydenhoitaja tai työnsuunnittelija). Tutkittavien taustatiedot on esitetty taulukossa 1.1. Ennen mittauksia tutkittavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta.

Taulukko 1.2. Sykevälivaihtelumittauksiin (HRV-mittaukset) osallistuneiden ja sekä sykevälivaihtelumittauksiin että Mitä Kuuluu? -kyselyyn (MK-kysely) vastanneiden työntekijöiden taustatiedot (keskiarvo ± keskihajonta).

	HRV-mittaukset (n = 125)	**HRV-mittaus ja MK-kysely (n = 91)**
Ikä (v)	43,3 ± 11,9	43,7 ± 11,9
Työkokemus (v)	10,2 ± 8,3	9,9 ± 7,7
BMI (kg/m^2)	27,0 ± 5,7	27,6 ± 6,2
Aktiivisuusluokitus	4,4 ± 1,9	4,2 ± 1,9
VO_2max (ml/kg/min)	28,7 ± 8,5	27,4 ± 8,4

BMI = painoindeksi; aktiivisuusluokitus arvioitu asteikolla 0–10, jossa arvo 5 tarkoittaa 30–60 minuuttia viikossa raskasta liikuntaa (esim. hölkkäämistä, aerobicia tai korkean intensiteetin pyöräilyä); VO_2max = arvioitu maksimaalinen hapenottokyky (aerobinen kuntotaso).

Työn fyysistä kuormitusta mitattiin sykevälivaihtelumittauksella yhden työvuoron aikana. 104 mittausta tehtiin aamuvuorossa, 20 iltavuorossa ja yksi mittaus välivuorossa (klo 11–19).

Sykettä ja sykevälivaihtelua mitattiin Bodyguard 2 -mittarilla (Firstbeat Technologies Oy, Suomi). Laite kiinnitettiin tutkittavan rintakehälle kahdella elektrodilla (BlueSensor

VL-00-S, Ambu, Tanska). Ihokarvat ajeltiin pois rintakehältä ennen elektrodien kiinnittämistä. Mittalaite kiinnitettiin tutkittavalle ennen työvuoron alkua ja mittalaitetta pidettiin päällä yhtäjaksoisesti työvuoron alusta seuraavaan aamuun. Tutkittavia neuvottiin ottamaan mittalaite pois vain peseytymisen, saunomisen tai uimisen ajaksi.

Mittauksista analysoitiin sykevälivaihtelua kuvaava parametri RMSSD (root mean square of successive differences between R-R intervals) millisekunteina. Työn fyysistä kuormitusta arvioitiin työvuoron keskimääräisen sykkeen ja mittauksista laskennallisesti arvioidun aineenvaihdunnallisen kuormituksen (hapenkulutus, metabolinen ekvivalentti ja energiankulutus) perusteella (Firstbeat Techonologies Oy 2012a,b). Syke ja hapenkulutus suhteessa maksimiin laskettiin prosentteina laskennallisesta maksimisykkeestä ja maksimaalisesta hapenottokyvystä (VO2max), jotka laskettiin seuraavilla kaavoilla:

Maksimisyke (krt/min) = 208 – 0,7 * ikä (Tanaka ym. 2001)

VO_2max (ml/kg/min) = 56,363 + 1,921 * aktiivisuusluokka – 0,381 * ikä – 0,754 * BMI + 10,987 * sukupuoli (mies = 1, nainen = 0) (Jackson ym. 1990)

Ennen Firstbeat-mittauksen alkua tutkittavat täyttivät taustatietolomakkeen, jossa kysyttiin ikää, sukupuolta, ammattia, työkokemusta, pituutta, painoa, ja aktiivisuusluokitusta, ja suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Mittauksen päätyttyä tutkittavat täyttivät kyselyn, jossa kysyttiin unen kestoa (nukkumaanmeno- ja heräämisaika) ja unen laatua asteikolla hyvin – melko hyvin – kohtalaisesti – melko huonosti – huonosti.

Lisäksi osa Aikamittaus-hankkeeseen osallistuneista yksiköistä osallistui Työterveyslaitoksen toteuttamaan Mitä kuuluu? -työhyvinvointikyselyyn, josta muodostui toisen linjan **Mitä kuuluu? -kyselyn täydennysotos**. Se kerättiin Hyvä veto hankkeeseen osallistuvista työyksiköistä, jotka eivät aiemmin olleet osallistuneet Mitä kuuluu? -kyselyyn. Kysely toteutettiin loka-marraskuussa vuonna 2021. Lisäotos kerättiin yhteensä 20 työyksiköstä, jotka jakautuivat kymmeneen eri kaupunkiin. Suurin osa yksiköistä toimi pääkaupunkiseudulla. Kyselyyn osallistuneissa työyksiköissä työskenteli aktiivisesti yhteensä 610 henkilöä, joista 326 vastasi tutkimukseen (vastausprosentti 53). Kyselyssä käytettiin Mitä kuuluu? -kyselyn mittareita.

LUKU 2
Iäkkäiden palveluita on kehitetty sekä asiakkaiden että henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta

Tässä luvussa kerrotaan hankkeista, joissa on kehitetty iäkkäiden palveluita. Hankkeita tarkastellaan työntekijöiden työhyvinvoinnin, ja osin asiakkaiden, näkökulmasta. Mukana on valtakunnallisia, monen toimijan (kuntayhtymät, oppilaitokset) ja yksittäisten kuntien kehittämishankkeita. Hankkeet on jaoteltu kehittämisteemoittain seuraavasti: toimintamallien kehittäminen, henkilöstön psykososiaalinen hyvinvointi, työaikakokeilut, ergonomia ja fyysinen terveys sekä hyvinvointiteknologia hoivatyössä.

2.1. Johdanto

Hyvä veto -hankkeen yhtenä tehtävänä oli kartoittaa Suomessa toteutettuja kehittämishankkeita, joissa kiinnitetään huomiota henkilöstön hyvinvointiin ja alan vetovoimaisuuteen.

Koottua tietoa iäkkäiden palvelujen kehittämishankkeista ei juurikaan ole saatavilla. Iäkkäiden palveluihin liittyviä kehittämishankkeita on kuitenkin ollut lukuisia, mutta raportointi niiden tuloksista on ollut vaihtelevaa tai tuloksista on raportoitu esimerkiksi vain kunnan sisäisillä kanavilla. Pienin rahoituksin toteutetuissa hankkeissa kehittämistyön tulosten levittämiselle oman organisaation ulkopuolelle ei ole löytynyt enää aikaa eikä resursseja hankkeen päätyttyä.

Tässä luvussa kuvataan ensin valtakunnallisia hankkeita. Sen jälkeen kuvataan pienempiä hankkeita, jotka on jaoteltu sen mukaan, mikä niissä on ollut kehittämisen painopistealue. Iso osa hankkeista sijoittuu psykososiaalisen hyvinvoinnin kehittämisen teemaan, mikä on usein käytännössä tarkoittanut, että työntekijät ja esihenkilöt ratkovat työyhteisönsä ongelmia esimerkiksi työpajatyöskentelynä tai kehittämispäivien kaltaisissa yhteisissä kokoontumisissa.

2.2. Menetelmät

Tietoa kehittämishankkeista haettiin eri tietokannoista ja sivustoilta sekä rahoittajien www-sivuilta. Suurin rahoittaja oli sosiaali- ja terveysministeriö, joka on rahoittanut hallitusten kärkihankkeissa tai ohjelmissa pääosin kuntien tai kuntayhtymien hankkeita. Hankkeet olivat yleensä laajoja. Euroopan sosiaalirahasto ESR on ollut toinen merkittävä rahoittaja. Työsuojelurahasto on kolmas tunnettu rahoittaja, jonka myöntämät kehittä-

misavustukset olivat kuvatuissa hankkeissa suuruusluokaltaan kuitenkin melko pieniä, mutta tutkimus- ja kehittämishankkeet suurempia. Kuntien omin rahoituksin toteutetuista hankkeista ei pystytty saamaan erikseen tietoa, joten niitä on mahdollisesti jäänyt katsauksen ulkopuolelle. Ulkopuolelle jäi myös lukuisia hankkeita, joilla ei nähty olevan selkeitä yhteyksiä henkilöstön hyvinvointiin. On myös mahdollista, että eri tahojen rahoittamissa tutkimuksissa oli kehittämisosioita, joista emme löytäneet tietoa.

Taulukkoon 2.1 on koottu henkilöstön hyvinvointihankkeet sen mukaan, kuka oli rahoittaja, minkä suuruisesta hankkeesta oli kysymys hankkeelle myönnetyn avustuksen mukaan ja mitä hankkeessa pääasiassa kehitettiin. Osa hankkeista oli kohdistunut sekä kotihoitoon että ympärivuorokautiseen hoitoon. Erityisesti pienten kuntien hankkeissa on usein tavallista, että kunnan iäkkäiden palveluita kehitetään kokonaisuutena erottelematta kotihoitoa ja ympärivuorokautista hoitoa.

Taulukko 2.1. Yhteenveto kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön kehittämishankkeista (yht. 46 hanketta). Lukumäärä taulukossa ylittyy rahoittajien osalta, koska sama hanke saattoi saada tukea useammalta kuin yhdeltä rahoittajalta ja alittuu hankkeen koon osalta, koska joidenkin hankkeiden kohdalla ei ole mainittu kehittämisavustuksen suuruutta.

	Kotihoito	**Ympärivuorokautinen hoito**	**Sekä kotihoito että ympärivuorokautinen hoito**
Rahoittaja			
Sosiaali- ja terveysministeriö STM	7		1
Euroopan sosiaalirahasto ESR	8	2	8
Työsuojelurahasto TSR	7	1	8
Opetus- ja kulttuuriministeriö OKM	1		
Tekes/Business Finland	1		
Strategisen tutkimuksen neuvosto STN	1		
Muu tai oma rahoitus	2	2	1
Teema			
Toimintamallien kehittäminen			
Asiakas- ja palveluohjaus	3		
Kotikuntoutus	3		
Tarvepohjainen toimintamalli	2		
Palvelumuotoilu	1		2
Itseohjautuva tiimityö	1		1
Henkilöstön hyvinvointi ja terveys			
Psykososiaalinen hyvinvointi	8	1	7
Työaikakokeilut	2		
Ergonomia, fyysinen kunto			2
Hyvinvointiteknologia hoivatyössä			
Työntekijöiden digitaaliset taidot	5	1	2
Ikäteknologiaosaaminen, monitoimijuus	1		
Teknologiavälitteinen viestintä			1
Etäjohtaminen	1		
Hankkeen koko			
Suuri (> 500 000 €)	11		3
Keskisuuri (100 000–500 000 €)	6	2	6
Pieni (< 100 000 €)	4	1	7
Hankkeen kesto			
Yli 2 vuotta	9	1	10
1–2 vuotta	16	2	4
Alle 1 vuosi	1	1	2

2.3 Toimintamallien kehittäminen

2.3.1 Asiakas- ja palveluohjaus

Sosiaali- ja terveysministeriön *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O) - kärkihankkeessa* 2016–2018 yhtenä osahankkeena oli Keskitetyn alueellisen asiakas- ja palveluohjauksen (KAAPO) toimintamallin kehittäminen. Tarkoituksena oli, että maakuntaan/ itsehallintoalueelle perustetaan neuvontapiste, joka on asiakkaan palvelujen järjestäjä, koordinoija ja palvelupolkujen seuraaja. Iäkkäiden palvelutarpeet käsitellään KAAPOn kautta, vaikka palveluntarve olisi havaittu muualla – "yhden luukun periaatteella". Mallilla on tavoiteltu kustannustehokasta eri toimintojen koordinointia, mikä on hyödyllistä varsinkin moni- ja muistisairaiden palvelukokonaisuuden hallinnassa. (Noro & Karppanen 2019, 28.)

Asiakas- ja palveluohjauksen kokeilut toteutettiin kolmessa maakunnassa: *Ikäopastin* (2018) Kymenlaaksossa, *Ikäneuvo* Pirkanmaalla (Mäki-Hallila 2018) ja *KomPassi* Varsinais-Suomessa (Ritvanen 2018). Näissä kaikissa kolmessa kokeilumaakunnassa julkaistiin asiakas- ja palveluohjaukseen liittyvät käsikirjat. Asiakasohjaajille tehtiin osaamiskartoituksia, koska asiakasohjaajalta edellytetään hyvää osaamista asiakkaiden palveluista, palvelutarpeesta, palvelukokonaisuuksista, alueen palveluntuottajista ja järjestöistä. Ylikunnallista puhelinneuvontaa kehitettiin Pirkanmaalla ja Kymenlaaksossa. Ikäopastin- hankkeessa kehitetty toimintamalli siirtyi osaksi vuonna 2019 perustettua Kymsote-kuntayhtymän asiakasohjausta. Varsinais-Suomessa kehitetty malli jatkoi kuntien yhteispäätöksellä toimintaansa. Kaikissa kokeiluissa asiakkaat osallistuivat kehittämiseen ja tiesivät kokeilun jälkeen paremmin, mihin ottaa yhteyttä. (Noro & Karppanen 2019.)

Hankkeissa ei ole suoraa yhteyttä henkilöstön hyvinvointiin, mutta asiakas- ja palveluohjaus on muodostanut uuden ikäihmisten palvelukokonaisuuden ja muokannut samalla muiden palveluiden työtä. Palveluohjauksella voi olla myös siinä mielessä merkitystä kotihoidon tai palveluasumisen suhteen, että palveluohjauksessa määritellään asiakkaan palveluntarve ja sovelletaan palveluun pääsyn kriteereitä, millä voi olla merkitystä henkilöstön hyvinvoinnille näissä palveluissa.

2.3.2 Toimivan kotihoidon malli

I & O -kärkihankkeen toinen keskeinen kehittämisalue asiakas- ja palveluohjauksen ohella oli *Toimivan kotihoidon* mallin kehittäminen, jotta voidaan turvata ikäihmisen kotona asuminen sairaana ja toimintakykyrajoitteisena. Kotihoidon toimintamalli sisältää neljä peruspilaria: kotihoitoa on saatavilla 24/7 eli jokaisena viikonpäivänä ja kaikkina vuorokauden aikoina, kotihoidon henkilöstö osallistuu oman työnsä ja kotihoidon johtamisen kehittämiseen, kuntouttavat toimintamallit, kuten kotikuntoutus ja etäkuntoutus otetaan

laajasti käyttöön ja akuuttitilanteiden toimintamalli on määritelty ja käytössä, esimerkiksi lääkärikonsultaatio on mahdollista ja saatavilla.

Toimivan kotihoidon kokeilut toteutettiin kolmessa maakunnassa: *Kukoistava kotihoito Keski-Suomessa* (Groop ym. 2018; Paltamaa, Pikkarainen & Janhunen 2018), *Toimiva kotihoito Lapissa* (POSKE 2018) ja *AVOT* (2018) Pohjois-Karjalassa. Painotukset vaihtelivat osahankkeittain. Keski-Suomessa ohjaavina periaatteina olivat asiakaslähtöinen, tavoitteellinen ja toimintakykyä tukeva työskentelytapa, johon sisältyi sekä kotihoidon työntekijöiden että kotihoidossa työskentelevien kuntoutustyöntekijöiden osaaminen. Keski-Suomessa tehtiin osaamiskartoituksia ja osana johtamista tehostettiin kotihoidon toiminnanohjausta siten, että henkilöstö oli mukana suunnittelemassa sitä. Keski-Suomen hankkeessa tehokkuus parantui noin kuusi prosenttia, mikä tarkoitti kahden miljoonan euron laskennallisia säästöjä. Muutos näkyi myös asiakkaan luona vietetyn ajan lisääntymisenä.

Keski-Suomessa otettiin käyttöön tarvepohjaisen toimintamallin periaatteita (kuvataan tarkemmin seuraavassa luvussa). Keski-Suomessa tehokkuuden lisääntymisen lisäksi myös hoidon jatkuvuus on parantunut tai pysynyt ennallaan useassa kotihoidon yksikössä.

Lapin maakunnassa luotiin tavoitteeksi parasta elämää kotona – kotihoidon huoneentaulu, joka muistuttaa palvelulupausta. Lapin hankkeessa kokeiltiin etäkuntoutuksen malleja. Lapin oloissa ongelmallista oli ajoittain tietoliikenneyhteyksien toiminta, joka toi epävarmuutta teknologian hyödyntämiseen.

Pohjois-Karjalan erityispiirteenä oli ensihoidon ja kotihoidon yhteistyön kokeileminen. Ensihoidon ja kotihoidon yhteistyötä kokeiltiin vaiheittain ja otettiin käyttöön WebMediatri-potilastietojärjestelmä, jolloin ensihoidolla ja kotihoidolla oli käytössä samat asiakasta koskevat tiedot.

I&O-kärkihankkeen kokonaisarvioinnissa Noro ja Karppanen (2019; STM 2016) toteavat, että maakunnissa ikäihmisten ja muiden palveluiden toimijat löysivät toisensa. Jokaiseen maakuntaan palkattiin I & O-kärkihankkeen ajaksi myös muutosagentti (Uudellemaalle kaksi, joista toinen Helsinkiin), jotka ovat organisoineet omalla alueellaan toimivat tahot keskusteluun ja suunnitteluun ikäihmisten palvelukokonaisuudesta. Kokeiluhankkeissa luotiin uudet toimintamallit, jotka jäivät elämään paikallisesti. Pysyvään muutokseen

tähtäävä toiminta edellyttää kuitenkin yli hallituskausien ulottuvaa sitoutumista (valtakunnallinen taso, maakunnat/kuntayhtymät/kunnat).

2.3.3 Tarvepohjainen toimintamalli

Laajin kotihoidon toimintamallien kehittäminen lienee tarvepohjainen toimintamalli (Groop 2014), jota kehitettiin kahdessa NHG:n (Nordic Healthcare Group) hankkeessa (Kotihoito 2020; SAKARI 2014). Mallissa keskeisenä sovelluksena on digitaalinen toiminnanohjausjärjestelmä.

Groopin (2014) mukaan valtaosan kotihoidon ongelmista voi kiteyttää sanoin ”väärä määrä hoitajia väärässä paikassa väärään aikaan”. Ruuhkahuiput sijoittuvat muutamaan aamupäivän ja illan tuntiin, jolloin isona ongelmana on, miten työvuorossa olevat hoitajat ehtivät kaikkien asiakkaiden luokse. Aikakriittisten tehtävien (esim. paastokoe) ohella saatetaan tehdä myös ei-aikakriittisiä tehtäviä (esim. kylvettäminen) yksittäisten hoitajien työn osaoptimoinnin vuoksi eli hoidetaan samalla käynnillä monta tehtävää.

Tarvelähtöisessä käyntilistasuunnittelussa käynnit jaetaan hoitajien kesken niin, että välittömän työajan tavoite täyttyy jokaisella käyntilistalla. Käyntilistojen suunnittelussa pyritään minimoimaan tarvittava hoitajamäärä, mutta varmistamaan, etteivät yksittäiset hoitajat ylikuormitu. Hoitajien kuormitus pysyy suurin piirtein samana päivästä toiseen. Mallissa osa hoitajista ei työskentele tietyssä kotihoidon tiimissä vaan ns. henkilöstöpoolissa. Kun käytännössä aina tiimien kuormitus vaihtelee, henkilöstöpoolin työntekijät menevät sinne, missä on eniten tarvetta. Tällä pystytään tasaamaan kotihoidon tiimien kuormitusta. (Groop 2014.)

Esimerkiksi Porvoossa (Kivimäki 2016, 19; SAKARI 2014) kokemukset olivat rohkaisevia. Tuottavuus nousi ja sijaistarve väheni. Vastaavaa kehittämistä tehtiin myös *Kotihoito 2020* -hankkeessa, jossa peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa (Ylivieska, Alavieska, Nivala ja Sievi) toiminnanohjausjärjestelmän muutoksen myötä lyhyessä ajassa saatuina tuloksina peruspalvelukuntayhtymä Kallion kotihoidon tuottavuus nousi neljä prosenttia vuodesta 2013 ja lyhytaikaisten sijaisten käyttö laski 34 prosenttia.

Tarvepohjaisella toimintamallilla on pystytty parantamaan tuottavuutta, vähentämään sijaistarvetta sekä lisäämään välitöntä hoitoaikaa. Yhteyksiä henkilöstön hyvinvointiin tai

sairauspoissaoloihin ei ole näissä hankkeissa havaittu. Toisaalta sairauspoissaolot eivät ole lisääntyneet huolimatta nousseesta tuottavuudesta.

2.3.4 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilun avulla hoivapalveluja voidaan kehittää paremmiksi, käyttökelpoisemmiksi ja paremmin asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Palvelumuotoilu tapahtuu yhteiskehittämisen keinoin ja siinä pyritään kehittämään palvelua kokonaisuutena. Palvelumuotoilu sisältää jatkuvan kehittämisen ajatuksen. Toisin sanoen puhutaan iteratiivisuudesta. Käytännössä se tarkoittaa jatkuvaa parantamista, sitä että toimintaa kehitetään kierros toisensa jälkeen. (Hyvinvoiva hoiva–Välmående omsorg 2022.)

Palvelumuotoilun menetelmiä on käytetty joissakin hankkeissa (Time2Grow 2020) yhdistämällä palvelumuotoilun menetelmiä ja simulaatiopedagogiikkaa. Palvelumuotoiluprosessin alkuvaiheessa käytetään tyypillisesti tutkimustiedon jäsentely- ja ryhmittelymenetelmiä, jotka sopivat simulaatiopajojen jälkipuinti- eli debriefing-vaiheen keskusteluihin. Työpajan työstöosuudessa osa henkilöistä näyttelee sovitun tilanteen ja osa on tarkkailijan roolissa. *Time2Grow*-hankkeen työpajoissa käsiteltiin hoivatyössä esiintyneiden haasteellisten tilanteiden ohella myös siviilielämän haasteita.

Keski-Suomessa *Pa-Mu*-hankkeen (Janhunen, Pikkarainen & Salminen 2022) tuloksena muodostui looginen ja tarkoituksenmukainen viitekehys kotihoidon toimintakulttuurin ymmärtämiseen ja kehittämiseen niin sosiokulttuurisena rakenteena kuin yksittäisten toimijoiden kokemuksena. Tulosten pohjalta laaditaan ehdotus Keski-Suomen maakunnalliseksi kotihoidon palvelumuotoilun malliksi, joka täydentää I&O-kärkihankkeessa (Kukoistava kotihoito) laadittua Keski-Suomen asiakaspolkua. Palvelumuotoilun hyötyjä henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta ei ole tiedossa.

2.3.5 Itseohjautuvan tiimityön malli

Hollantilaisessa *Buurtzorg*-mallissa hoitajatiimit huolehtivat ja ovat vastuussa oman alueensa vanhusten kotihoidon järjestämisestä ja ainoastaan tarvittaessa konsultoivat asiantuntijoita, kuten lääkäreitä (Monsen & de Blok 2013). Buurtzorg-mallin soveltuvuutta on tutkittu Suomessa mm. Surakan ja kollegoiden hankkeessa (2020), jossa kehitettiin itseohjautuvan tiimityön mallia kahdessa kunnassa ja tutkittiin sen vaikutuksia henkilöstön hyvinvointiin.

Tulosten perusteella suomalaisissa ikäihmisten palveluiden yksiköissä itseohjautuva tiimityö oli yhteydessä työntekijöiden kuormitukseen, työssä viihtymiseen ja koettuun laatuun. Vaikka Buurtzorg-malli keskittyy kotihoitoon, tulokset olivat Suomessa selkeimmät tehostetussa palveluasumisessa. Kotihoidossa tulokset olivat epävarmempia, koska tiimit

eivät olleet saaneet juurikaan kontrolliryhmää enempää vaikutusmahdollisuuksia. Lisäksi toiminnanohjausjärjestelmien oletettiin vähentävän vaikutusmahdollisuuksia.

Järvenpään kotihoito lähti kehittämään itseohjautuvuutta henkilöstölähtöisellä kehittämisotteella vuonna 2017 (Järvenpään hanke 2019). Projektin tavoitteena oli tuoda Buurtzorg-mallista suomalaiseen julkiseen organisaatioon soveltuva itseohjautuvan tiimityön malli kotihoidossa, jossa tiimit vastaavat itseohjautuvasti työn keskeisistä asioista kuten asiakastyön suunnittelusta ja organisoinnista, resurssien kohdentumisesta, palvelujen laadusta, tiimin osaamisen kehittämisestä ja työhyvinvointitoiminnasta.

Itseohjautuvuuden vahvistamisella oli positiivisia vaikutuksia henkilöstön sairauspoissaoloihin, jotka vähenivät koko kehittämishankkeen ajan. Työhyvinvointikyselyn perusteella työn mielekkyys sekä mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa oman työn kehittämiseen ja päätöksiin kasvoivat.

Esihenkilöiden rooli muuttui valmentajiksi, jotka luovat suuntaa, selkeyttävät raameja, mahdollistavat kokeiluja, auttavat työn suunnittelussa, poistavat esteitä sekä edistävät oppimista ja onnistumisen tunnistamista.

2.4 Henkilöstön psykososiaalinen hyvinvointi

Työhyvinvoinnin heikentyminen ja ongelmat havaitaan työtyytyväisyyskyselyissä ja kehityskeskusteluissa. Sairauspoissaolojen kasvu antaa syyn kiinnittää huomiota työhyvinvointiin. Isommissa kehittämishankkeissa, kuten *Vetovoimainen kotihoito* -hankkeessa (2022) kehitettiin monipuolisesti työntekijöiden osaamista, hyvinvointia ja työprosesseja. Kehittämistyötä tehtiin kotihoidon tiimien työpajoissa, joissa tiimit saivat valmennusta itse- ja yhteisöohjautuvuuteen. *Vetovoimainen kotihoito* -hankkeen tuloksina raportoitiin työn hallinnan tunteen kasvamista. Työhyvinvoinnissa tapahtui parantumista myös Työterveyslaitoksen Mitä kuuluu? -kyselyn tulosten perusteella.

Työpajatyöskentelyä on käytetty ongelmien tunnistamisen ja yhteisen ratkaisun löytämisen välineenä. Perusajatuksena niissä on, että työntekijät ja esihenkilöt käsittelevät valitsemaansa tärkeää aihetta/ongelmaa ja hakevat siihen yhdessä ratkaisua. (Keskitalo & Palmu 2017; Niiranen ym. 2018; Simonen 2012). *Kuntamuutoksen tekijät* (Saari ym. 2013) -hankkeessa työhyvinvointia edistävään ja tutkivaan kehittämiseen perustuvassa prosessissa esimiehet ja työntekijät kehittivät yhdessä ratkaisuja liittyen päivittäiseen työnhallintaan, palveluiden väliseen yhteistyöhön ja tietojärjestelmien kanssa toimimiseen. Espoon vanhusten palvelujen kotihoidon esimiehet ja osa henkilöstöä valmennettiin oman muutoksensa aktiivisiksi tekijöiksi.

Työterveyslaitoksen *Toimi*-hankkeessa (Ylisassi ym. 2016) tavoitteena oli edistää työntekijöiden kehittämistoimijuutta. ITU! Innovaattorin työkirjan ja kehitysvuoropuhelu-menetelmän käyttöä kokeiltiin neljässä iäkkäiden palveluorganisaatiossa. ITU!-kirja rohkaisi työntekijöitä yhteisiin pieniin parannuksiin ja nopeaan toimeen tarttumiseen. Kehitysvuoropuheluun rakennettu oman ammatillisen tilanteen pohtiminen yhteisen työn muutoksen käsittelyn rinnalla antoi eväitä työntekijäkohtaisiin kehitystehtäviin. Tulosten perusteella kokeiltujen menetelmien avulla voidaan luoda edellytyksiä ja pieniä askeleita kohti uudenlaista kehittämiskulttuuria. Hanke vahvisti työntekijöiden kehittämistoimijuutta, sai aikaan voimaantumista ja aloitteellisuutta, konkreettisia toimintatapamuutoksia palvelutoimintaan sekä ideoita kehittämiskäytäntöjen parantamiseen.

Monen varsinkin pienen kehittämishankkeen kohdalla vaikuttavuuden arviointi on jäänyt melko ohueksi tai vaikuttavuutta on ollut hankalaa arvioida lyhyellä aikajaksolla tai mikä tärkeimpänä, kuinka pitkään kehittämisessä synnytetyt myönteiset kokemukset ja vaikutukset hankkeen päätyttyä säilyvät. Tavanomainen toteamus on, että työpajat (tai yhteiset kehittämispäivät) koetaan virkistävinä sekä voimavaroja ja jaksamista edistävinä. Uusien asioiden opettelu ja omaksuminen vie aikaa, kuten esimerkiksi stressinhallintakeinojen, joiden vaikutuksia ei nähdä heti vaan päästään arvioimaan myöhemmin (Keskitalo & Palmu 2017). Liedon kunnan (Laalo 2020) kehittämishankkeessa konkreettisina tuloksina mainitaan sairauspoissaolokustannusten euromääräiset säästöt. Lopen kunnan (2015) hankkeessa tavoitteena oli mm. sairauspoissaolojen vähentäminen, mutta täyttä varmuutta ei saatu, kuinka paljon kehittämishanke ja kuinka paljon runsaasti sairastelleiden henkilöiden eläkkeelle jääminen on vaikuttanut kehittämisen kohteena olleen yksikön sairauspoissaolojen vähenemiseen.

Caritaksen asumispalveluissa (Ilmakangas & Pyykkönen 2020) ja Palvelukeskus Helsingissä (Nevalainen & Kojonen 2020) rakennettiin muutosagenttitoiminta pitkäjänteisen kehittämisen tueksi. Tarkoituksena on, että henkilöstöstä kootut muutosagentit ovat muutosten motivaattoreita ja innostajia. Palvelukeskus Helsingin muutosagenttitoiminta lisäsi henkilöstön tyytyväisyyttä ja kehitti johtamista myönteisesti. Muutosagenttien ja esihenkilöiden yhteiset, säännöllisesti toistetut työpajat rakensivat yhteistoimintaa ja varmistivat kehittämistoiminnan jatkuvuuden.

2.5 Työaikakokeilut

Työaikakokeiluja on tehty kahdessa hankkeessa. *Voima*-hankkeessa (2016; Kristensen & Peiponen 2016) kokeiltiin uusia työaikamalleja, joissa oltiin pääsääntöisesti 2–4 päivää työssä, 2–4 päivää vapaalla ja työpäivän pituus oli n. 9 tuntia. Kokeilu mahdollisti jokaiselle henkilökohtaisen kiertävän listan. Suunnitteluun ja toteutukseen osallistui koko henki-

löstö. Vastuut oli jaettu niin, että esimies suunnitteli uudenlaiset työvuorot ja henkilöstö vastasi asiakaskäyntien uudelleen sijoittelusta ja sisällön tarkastelusta.

Päätuloksina raportoitiin, että työn ja vapaa-ajan yhteensovittaminen helpottui, kuormittavasta työstä palauduttiin tehokkaammin ja vapaapäiviä syntyy kaksi enemmän kolmessa viikossa.

Pitkiä vuoroja pidettiin toisinaan rasittavina. Varsinkin kolmen peräkkäisen työpäivän jälkeen pidemmät vuorot alkoivat tuntua fyysisenä uupumuksena. Kotihoidossa säännöllisen rytmin mukaan toistuvat vuorot toimivat hyvin ja olivat työntekijöiden suosiossa, mutta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä säännöllisen rytmin noudattaminen koettiin liian hankalaksi. Johtopäätöksenä oli, että työvuorojen sopiva pituus ja töiden järjestämisen tapa riippuvat asiakkaiden tarpeista ja yksikön rakenteesta.

Kuopion kaupungin *4T*-hankkeessa (2021) kokeiltiin pidennettyä työvuoroa (9–10 tuntia) kotihoitotyöntekijöillä. Hankkeen lähtökohtana oli kotihoidon tarve kehittää työaikaratkaisuja palvelemaan paremmin kotihoitoa ja siinä esiintyviä ruuhkahuippuja. Tuloksena oli, että oma ja työyhteisön työhyvinvointi heikkenivät. Työ koettiin ruumiillisesti ja henkisesti kuormittavaksi aamu- ja iltavuorossa. Kokeilulla ei ollut riittävästi myönteisiä vaikutuksia, jotta se olisi kannustanut työvuorokokeilun jatkamiseen.

2.6 Ergonomia, työntekijän fyysinen kunto

Hoitotyön yksi fyysisesti kuormittavimpia työvaiheita on asiakkaan/potilaan liikkumisen avustaminen eli potilassiirrot. Varsinkin palvelutaloissa, jossa asiakkaat ovat keskimäärin huonokuntoisempia kuin kotihoidossa, ergonomia ja fyysinen kunto korostuvat. Ergonomiasta on järjestetty koulutusta, johon on liitetty mahdollisuus suorittaa ergonomia-kortti (Ranta 2014). Ergonomia-koulutuksen tuloksina on raportoitu sairauspoissaolojen ja työtapaturmien vähentymistä.

Työntekijöiden fyysistä kuntoa on kohennettu laatimalla työntekijöille mm. hyvinvointipolkuja, jotka sisältävät sekä henkistä hyvinvointia että liikunta- ja painonhallintaohjelmia (Voimaa vanhuspalveluihin 2015). Muutoksia fyysisessä kunnossa, liikuntasuoritteissa ja painonhallinnassa mitattiin hankkeen alussa ja lopussa tehdyillä (lihas)kuntotesteillä ja muilla fyysisen kunnon mittareilla. Työntekijöille laaditut kunto-ohjelmat todettiin onnistuneiksi, kun mittaustulokset paranivat ja sairauspoissaolot vähenivät.

2.7 Henkilöstön osaaminen, hyvinvointiteknologia

Henkilöstön saatavuusongelmaan on etsitty ratkaisua mahdollisuudesta palkata henkilöstöä sote-ammattilaisten (lähi- ja sairaanhoitajat) ulkopuolelta. THL tiedusteli kuntien, kuntayhtymien, yhteistoiminta-alueiden (jatkossa julkisten) ja yksityisten palveluntuottajien halukkuutta hoiva-avustajien palkkaamiselle ikääntyneiden ympärivuorokautiseen hoitoon (Kainiemi, Kauppinen & Kehusmaa 2022). Keskeisimpänä esteenä sekä julkisilla että yksityisillä palveluntuottajilla oli hoiva-avustajien huono saatavuus. Hoiva-avustajien palkkaamisessa nähtiin myös monia muita ongelmia, kuten työnjaolliset ongelmat liittyen hoiva-avustajien rajoitettuun työnkuvaan ja siihen, etteivät he voi osallistua lääkehoitoon. Lisäksi palkkaamisen esteinä pidettiin hoiva-avustajien osaamiseen ja kielitaitoon liittyviä puutteita sekä negatiivisia asenteita: hoitohenkilöstö ei suhtaudu positiivisesti muiden kuin sote-ammattihenkilöiden palkkaamiseen.

Iäkkäiden hoivapalveluissa työskentelevän henkilöstön osaamisvaatimukset ovat moninaiset. Kun palveluja tarvitsevien iäkkäiden määrä nousee, samalla palvelujärjestelmästä on tullut entistä monitahoisempi ja palveluja tuottavien toimijoiden määrä nousee. Kun palvelujen löytäminen monimutkaistuu, tarvitaan neuvontapisteitä, joissa annetaan ohjausta kaikkiin alueen palveluihin. Muutos edellyttää henkilöstöltä uudenlaista osaamista ja vanhuspalveluihin muodostuu uusi keskitetyn neuvonnan ja asiakasohjauksen henkilöstö. (Kehusmaa, Alastalo, Marjeta & Mielikäinen 2018.) Asiakasohjausta on kehitetty aiemmin kuvatuissa STM:n hankkeissa.

Iäkkäiden palveluissa toimivan henkilökunnan ja johtajien tueksi haetaan näyttöön perustuvia toimintamalleja, geroteknologisia ja digitaalisia ratkaisuja sekä robotisaatiota. Nämä keinot muuttavat perinteistä henkilöstön toimenkuvaa ja samalla luovat iäkkäille ihmisille enemmän mahdollisuuksia sekä itsenäiseen selviytymiseen omissa kodeissaan ja lähiympäristössään että ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä.

Ammattikorkeakoulut ovat luoneet oppimisympäristöjä ja räätälöineet digitaitojen erikoistumiskoulutusta terveydenhoitoalan ammattilaisille. Hankkeet ovat vaihdelleet sisällöltään ja laajuudeltaan. Joissakin hankkeissa (DigiTaito 2021) on keskitytty digitaalisten sovellusten peruskäytön opettamiseen – työntekijöiden teknisen osaamisen kehittämiseksi ja toisissa (esim. AATOS 2021) hyvinvointiteknologia on liitetty osaksi laajempaa työntekijöiden osaamisen kehittämistä.

Vasta osassa hankkeista (DIKO 2019; Saari ym. 2013) digitaalisten ratkaisujen ja hyvinvointiteknologinen osaaminen on liitetty tukemaan sekä esimies- ja tiimityötä että asiakkaiden ja työntekijöiden autonomian ja hoidon laadun parantamista. *Kuntamuutoksen tekijät* (Saari ym. 2013) -hankkeessa tietotekniikka nähtiin esimiestyön ja johtamisen apu-

välineenä. Tietotekniikan näkökulmasta käsiteltiin yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen luomista ja esimiestyön haasteita tietoteknisen muutoksen toimeenpanijoina.

Entistä enemmän digitaalisten taitojen oppimisen osalta tarvitaan monitoimijuutta, jolloin esimerkiksi kunnat, yritykset ja koulutusorganisaatiot toimivat yhteistyössä ja kouluttavat henkilöstöä. *IkäOTe*-hankkeessa (Sihvo ym. 2017) monitoimijuus tarkoitti, että ratkaisuja kotona asuvien ikäihmisten, kotihoidon henkilöstön ja hoitotyön opiskelijoiden kohtaamiin teknologiaosaamista koskeviin kysymyksiin etsittiin yhdessä, jolloin mukana oli asiakkaita, heidän läheisiään, kotihoidon esihenkilöitä ja henkilöstöä sekä Karelia-ammattikorkeakoulun opettajia ja opiskelijoita. Teknologiakokeilut toimivat yhteisöllisen oppimisen paikkoina.

2.8 Meneillään olevia hankkeita

Meneillään oleville hankkeille on tyypillistä, että alan vetovoima ja teknologia ovat nousseet voimakkaasti esille. Terveydenhoitoalan opiskelijoissa on esimerkiksi yritetty saada aikaan myönteisiä mielikuvia vanhustyötä kohtaan niin, että opiskelijat saavat jo harjoittelujaksoilla vanhusten parissa työskentelystä myönteisen kokemuksen alalle hakeutuakseen. Toisena keskeisenä keinona työn ja työvoimavajeen helpottamiseksi on Kansallisen ikäohjelman (STM 2020) osana suunniteltu teknisiä apuvälineitä ja teknologisia ratkaisuja, kuten etäkäyntejä, lääkeannostelijoita sekä erilaisia sensoreita asiakkaan kuntoisuuden seurantaan (KATI-hanke 2022). Hyvinvoinnin tekoäly- ja robotiikkaohjelma kokoaa yhteen ja koordinoi alan kehitystä (Hyteairo 2022).

Kun palvelurakenne on muuttunut, on kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen väli osoittautunut liian suureksi. Tämän ongelman vuoksi *JOPA* (2021) *Joustavan palvelun asumismalli iäkkäille* -hankkeessa edistetään ikääntyville sopivien asumisratkaisujen toteuttamista, kuten esimerkiksi välimuotoista ja yhteisöllistä asumista.

Vetovoimainen vanhustyö (2022) -hankkeessa kehitetään Pohjois-Savon alueen hoiva- ja vanhuspalvelualan työyksiköitä vetovoimaisiksi Magneetti-yksiköiksi yksiköiden työympäristöä ja johtamista parantamalla. *Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon* (2022) -hankkeessa tavoitteena on rakentaa puolestaan Satakunnassa ja Pirkanmaalla opiskelijoille väylä, joka lisää kotihoidon vetovoimaisuutta ja tukee opiskelijan siirtymistä kotihoidon tehtäviin. Yhteistyössä kotihoidon ammattilaisten ja alalle valmistuvien opiskelijoiden kanssa kehitetään työn tekemisen tapoja ja organisoinnin käytäntöjä. Useassa hankkeessa (mm. DigiIn 2022; Digimentori 2022) kehitetään digitaalisia ja sähköisiä palveluja käyttäjäystävällisemmiksi sekä opetellaan etäjohtamista, etävertaistukea ja etätyönohjausta (Etänä enemmän 2022).

SoteDialogit muutoksessa (2022) kehittämistyön avulla lisätään moniammatillisessa ja verkostoituneessa työkontekstissa tarvittavia dialogisia ja reflektiivisiä eri toimijoiden

kohtaamisia. Hankkeen konkreettisia tuotoksia ovat dialogisuuteen ja yhteistoiminnallisuuteen kannustavia ja ohjeistavia videoita ja infograafeja sekä Dialoginen toimintatapaopas, johon kootaan konkreettisia työkaluja hyödynnettäviksi työpaikoilla kehittämisen tueksi ja apuvälineiksi.

2.9 Yhteenveto

Sosiaali- ja terveysministeriön hankerahoitukset ovat olleet laajimpia iäkkäiden palveluiden kehittämiseen keskittyneitä rahoituksia. Valtakunnallisen ikäihmisten koti- ja omaishoidon (I&O) -kärkihankkeen painopistealueina oli kehittää asiakasohjausmalli, jossa asiakas ohjataan ”yhden luukun periaatteella” palvelujen pariin ja kotihoidon mallia, jossa ikäihmisten kotona asuminen turvataan sairaana ja toimintakykyrajoitteisena. Painopistealueina olivat asiakkaat ja tuottavuus. Henkilöstön osallistaminen kehittämiseen oli yhtenä näkökulmana.

Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeiden arvioinneissa (STM 2019) todetaan, että STM:n kärkihankkeiden onnistumisena pidetään pirstaleisen palvelujärjestelmän ja erilaisten toimintatapojen yhtenäistämistä. Tavoitteet eivät toteutuneet siltä osin, että muutoksen juurruttaminen ei onnistunut täysin toivotusti. Keskeisenä haasteena pidettiin käytännön toteutusta, joka edellyttää toimintaa ylläpitävää tai juurruttamista tukevaa rahoitusta. Tämä sama haaste koskee myös muita kehittämishankkeita. Kärkihankkeissa pyrittiin lisäksi luomaan alueellisia toimintatapoja, mikä senhetkisen sote-uudistusmallin kaaduttua oli kuitenkin vaikeaa.

Ehkä suurin ja laajimmalle levinnein yksittäinen kehittämiskohde ovat olleet tarvelähtöiseen toimintamallin kehittämishankkeet (Groop 2014). Lyhyesti kysymys on toiminnanohjausjärjestelmästä, jolla pyritään optimoimaan henkilöstön tehokas käyttö ja jossa osa henkilöstöstä on sijoitettu henkilöstöpooliin, millä pyritään tasaamaan tiimien kuormituksen epätasapainoa. Henkilöstöpoolin työntekijät voidaan sijoittaa siihen tiimiin, jossa kuormitus on korkeinta. Keskeistä on myös se, että tehtäviä, joita ei ole pakko toteuttaa aamupäivällä, on sijoitettu muihin aikoihin, jolloin pystytään vähentämään aamun kiirettä. Mallilla on pystytty parantamaan tuottavuutta, vähentämään sijaistarvetta sekä lisäämään välitöntä hoitoaikaa. Vaikutuksia henkilöstön hyvinvointiin ei ole selvitetty, mutta sairauspoissaolot eivät ole lisääntyneet – joskaan eivät vähentyneetkään.

Hollantilaista itseohjautuvan tiimityöskentelyn Buurtzorg-mallia (Järvenpään hanke 2019; Surakka ym. 2020) on kokeiltu kotihoidossa ja palveluasumisen yksiköissä. Se on lähtökohdaltaan ja lähestymistavaltaan erisuuntainen ja osin ristiriitainen tarvepohjaisen toimintamallin kanssa. Kun tarvelähtöisessä toimintamallissa hyödynnetään teknologiaa toiminnanohjauksessa ja pyritään optimoimaan toimintaa, itseohjautuvien tiimien kehit-

täminen puolestaan pyrkii hyödyntämään tiimien itsenäistä hoidon ja toiminnan suunnittelua asiakkaan tarpeiden mukaan sekä hoidon jatkuvuutta. Kun tiimit ovat kohtalaisen pieniä ja tiimit voivat itse suunnitella käynnit ja käyntien sisällön, on paremmin mahdollista huolehtia siitä, että asiakkaat ovat tuttuja ja toisinpäin, työntekijät ovat tuttuja asiakkaille. Myös tarvelähtöisessä toimintamallissa on lisätty hoitotiimit yhdeksi tekijäksi, jonka mukaan käyntejä suunnitellaan. Hollannissa Buurtzorg on yksi nopeimmin kasvavista yrityksistä (voittoa tavoittelematon) ja yritys on valittu maan parhaaksi työpaikaksi; henkilöstön hyvinvointi ja asiakastyytyväisyys ovat korkealla tasolla (de Bruin, Doodkorte, Sinervo & Clemens 2022).

Itseohjautuvuudesta on saatu myös Suomessa jonkin verran näyttöä, että malli voi parantaa henkilöstön hyvinvointia ja tyytyväisyyttä, selkeimmin palveluasumisessa (Surakka ym. 2020). Hollannissa malli on kuitenkin kehitetty erityisesti kotihoidossa, mutta malli sisältää useita muitakin elementtejä kuin tiimityön (henkilöstön toimintaa tukeva ICT-ratkaisu, lähiyhteisön tuki). Lisäksi Hollannin rahoitusmalli, palvelujärjestelmä ja henkilöstön koulutustaso sekä osin tehtävät ovat erilaisia kuin Suomessa. Suomessa Buurtzorg-mallin yhdeksi ongelmaksi soveltamisen suhteen on nähty se, että kotihoidon tiimeille ei jää paljoa vaikutusmahdollisuuksia, koska työ on tarkasti aikataulutettu toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Itseohjautuvuutta olisikin syytä tutkia edelleen ja selvittää, miten sitä voidaan hyödyntää toiminnanohjausjärjestelmien kanssa ja miten toiminnanohjausjärjestelmiä voidaan kehittää.

Useille henkilöstön hyvinvointihankkeille on tyypillistä, että ne ovat organisaatiolähtöisiä siinä mielessä, että niissä lähdetään liikkeelle organisaation toiminnan sekä kehittämiskohteiden analysoimisesta. Tyypillisesti hankkeissa kehitetään ratkaisuja työpajoissa tai työkonferensseissa. Hankkeiden teemat ovat liittyneet psykososiaaliseen hyvinvointiin, osallistavan vuorovaikutusta tukevan toimintakulttuurin ja johtamisen kehittämiseen. Lisäksi on kehitetty työaika-autonomiaa ja uudenlaisia työaikamalleja sekä ergonomiaa.

Hoivateknologia ja digitaalisten taitojen kehittäminen ovat hankkeissa hyvin edustettuina, mikä on pitkälti seurausta ESR-ohjelmakaudesta, jolla rahoitettiin useita tähän liittyviä hankkeita. Samoin digitaalisten välineiden kehittämistä ja asiakkaiden kotona asumisen tukemista rahoitetaan meneillään olevan Kansallisen Ikäohjelman (2020) rahoituksella. Uusilla teknologisilla ratkaisuilla pyritään yhtäältä tukemaan kotihoidon asiakkaiden kotona asumista ja toisaalta helpottamaan ja sujuvoittamaan työtä sekä helpottamaan kiirettä. Esimerkiksi kotihoidon etäkäynneillä tai lääkeannostelijoilla on voitu vähentää merkittävästi kotikäyntejä. Lisäksi koronaviruspandemia vauhditti etähoidon ja etäkontaktien käyttöä. Digitaalisiin palveluihin ja apuvälineisiin liittyvissä hankkeissa on tähän asti selvitetty melko vähän niiden vaikutuksia henkilöstön työhyvinvointiin.

Uusissa hankkeissa on otettu esille alan vetovoiman lisääminen sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden keskuudessa. Jo opiskeluaikana vanhustyöstä pyritään tehdä entistä houkuttelevampi luomalla hyvää henkeä ja ilmapiiriä nuorten opiskelijoiden ja asiakkaiden välillä ja siten aikaansaada opiskelijoissa myönteisiä kokemuksia. Sama koskee jo alalla toimivia ammattilaisia ja opiskelijoita. Opiskelijat pitävät tärkeänä, että heidät otetaan työyhteisöihin mukaan täysivaltaisina jäseninä.

Iäkkäiden palvelujen henkilöstön hyvinvointia on kehitetty pitkään, mutta ala on edelleen erittäin kuormittava. Alan ongelmat näkyvät henkilöstöpulana, korkeina sairauspoissaolojen sekä työkyvyttömyyseläkkeiden määrinä. Tämän hetken suurimmat ongelmat näyttäisivät olevan kotihoidossa, kun palveluasumiseen on lisätty ja lisätään edelleen henkilöstöä. Tämä ei toki poista tarvetta kehittää työn organisointia ja johtamista palveluasumisessa. Huolimatta siitä, että keskimääräisesti alan kuormitus on korkea, toisaalta on paljon työyksiköitä, joissa kuormitus on kohtuullista, eikä henkilöstöpulaakaan erityisesti ole. Alan ongelmiin on siis ratkaisuja, kuten työntekijöiden ja tiimien vaikutusmahdollisuuksien lisääminen.

Useiden hankkeiden arviointi on vaikeaa, koska hankkeet ovat olleet melko lyhyitä, kehitetyt ratkaisut vaihtelevat organisaatioittain, eikä vaikutuksia ole laajemmin arvioitu. Kun hankkeet ja uudet toimintatavat tai kehittämisen kohteet ovat hyvin erilaisia, on vaikea arvioida, mitkä toimintamallit ovat vaikuttavia henkilöstön hyvinvoinnin tai asiakkaiden näkökulmasta.

Kun henkilöstöpula on keskeinen ongelma, on toimintamalleja tai tuottavuutta kehitettävä siten, että myös henkilöstön hyvinvointi ja työssä viihtyminen paranee. Hankkeiden on oltava nykyistä laajempia ja niissä tulisi nykyistä paremmin arvioida, miten kehittäminen on vaikuttanut henkilöstön hyvinvointiin, ja mitkä ovat henkilöstön hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä.

Katsaukseen valikoitui suurimmaksi osaksi merkittävien rahoittajien kuten Sosiaali- ja terveysministeriön, Euroopan sosiaalirahaston (ESR) ja Työsuojelurahaston (TSR) hankkeita. Vaikka katsauksen ulkopuolelle jäi todennäköisesti pienimpiä hankkeita, katsaus kertonee pääpiirteissään, miten vanhuspalvelutyön ongelmia on ratkaistu ja henkilöstön hyvinvointia kehitetty.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kehittämishankkeiden on oltava riittävän laajoja. Niissä tulisi nykyistä paremmin arvioida, miten kehittäminen on vaikuttanut henkilöstön hyvinvointiin, ja mitkä ovat henkilöstön hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Hankkeissa työntekijöiden kanssa yhdessä kehitettyjen toimintakäytäntöjen juurtumista työpaikkojen arkeen on tuettava jo kehittämisvaiheessa, esimerkiksi muutosagenttitoiminnan avulla tai liittämällä uudet käytännöt osaksi työprosesseja ja omavalvontaa. Hankkeiden tuloksellisuuden arviointi auttaa osaltaan hyvien käytäntöjen ja innovaatioiden leviämistä laajasti.

LUKU 3
Iäkkäiden palveluissa työskentelevien työhyvinvoinnin tilannekuva

Tässä kappaleessa tarkastellaan vanhustyötä tekevien työhyvinvoinnin ja työskentely-ympäristön tilannekuvaa sekä sen kehitystä viimeisten vuosikymmenten aikana. Kappaleessa tarkastellaan vanhustyön fyysistä ja psykososiaalista kuormittavuutta sekä erilaisia työhyvinvoinnin indikaattoreita, kuten työkykyä ja työstä palautumista. Lisäksi kuvataan hoitajien työpäivän jakautumista asiakastyöhön ja muihin tehtäviin sekä miten työpäivän jakautuminen on yhteydessä työn kuormitustekijöihin ja työtyytyväisyyteen yhdessä päiväaikaisen kuormituksen, työn organisoinnin ja asiakasrakenteen kanssa. Kappaleen lopussa esitellään vanhustyöntekijöiden näkemyksiä alan vetovoimatekijöistä.

3.1 Muutokset iäkkäiden palveluissa

Vanhustyö on muuttunut viime vuosituhannen kunnalliskotiasumisesta ja sittemmin vanhainkodeista ja terveyskeskusten vuodeosastoista tämän päivän kotona annettaviin palveluihin ja palveluasumiseen. Palvelujärjestelmän lisäksi asiakasrakenteessa ja hoitajien työajan jakautumisessa on tapahtunut muutoksia.

Laitoshoidon 60 vuotta sitten rakennetun perustan tavoitteena oli iäkkäiden asumisen ja sairaanhoidon järjestäminen sekä perhesuhteisiin perustuvista elatussuhteista irtautuminen. Laitoshoidon mahdollisuus haluttiin turvata laajalle joukolle. Silloisia kunnalliskoteja kritisoitiin jo 1950-luvulla laitosmaisiksi eivätkä ne tarjonneet asukkailleen yksityisyyttä. Myös avohuollon kehittymättömyys tunnistettiin jo tuolloin (Voutilainen 2013.).

Terveyskeskusjärjestelmää luotaessa 1970-luvulla perustettiin myös terveyskeskusten vuodeosastot. Laitoshoitoa pyrittiin lisäämään 1980-luvulle asti. Nykyinen kotihoito puolestaan oli 1990-luvulle asti jaettu kotisairaanhoitoon ja kotipalveluun. (Kokko & Valtonen 2008.)

Iäkkäiden laitoshoitoa pyrittiin kehittämään 1990-luvulla kodinomaisemmaksi, pois sairaalamaisesta hierarkiasta ja rutiininomaisuudesta. Isoista osastoista siirryttiin pienempiin osastoihin tai pieniin moduuleihin osastojen sisällä, mikä mahdollisti joustavamman päivärytmin, jossa asiakkaiden yksilöllisiä tapoja voitiin paremmin huomioida (Mäkitalo 2006; Sinervo 2000). Samalla perustettiin erillisiä dementiaosastoja, mikä mahdollisti muistisairauksia sairastavien paremman hoidon. 1990-luvulla perustettiin myös runsaasti palveluasumista ja osa vanhainkodeista muutettiin palveluasumiseksi liittyen osin asiak-

kaiden saamiin Kelakorvauksiin, joiden avulla kunta pystyi siirtämään osan asumiskustannuksista Kelan maksettaviksi (Kokko & Valtonen 2008; Mäkitalo 2006).

1990-luvulta alkaen suomalaisen ikääntymispolitiikan tavoitteena on ollut kotiin annettavan tuen ja palveluiden lisääminen sekä laitoshoidon vähentäminen (Kokko & Valtonen 2008). Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) sekä laatusuosituksessa (STM 2020) korostetaan iäkkäiden kotona asumisen tukemista. Kotihoitoa saavien ikäihmisten osuudessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana, mutta väestön ikääntymisen myötä kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet samalla kun laitoshoidon asiakasmäärät ovat pienentyneet. Myös asiakasprofiilit kotihoidossa ovat muuttuneet niin, että paljon hoitoa (yli 60 käyntiä kuukaudessa) saavien osuus on selvästi lisääntynyt (Sotkanet 2022). Vielä 1990-luvulla kotihoidon tai silloisen kotipalvelun piirissä oli runsaasti asiakkaita, joiden luona käytiin suhteellisen harvoin ja palvelu keskittyi ruoanlaittoon ja siivoukseen, mikä tällä hetkellä on ulkoistettu tukipalveluksi.

Käytännössä 2000-luvun kuluessa asumis- ja laitospalveluiden asiakkaat ovat siirtyneet tehostetun palveluasumisen piiriin, joka on kasvanut koko ajan, kun vastaavasti laitoshoito vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähentynyt ja pitkäaikaishoitona nyt loppunut. Nykyään ympärivuorokautiseen hoitoon, käytännössä tehostettuun palveluasumiseen, muutetaan vasta vaikeiden toimintakyvyn ongelmien, erityisesti muistisairauksien vuoksi (Topo 2013; Voutilainen 2013).

Väestön ikääntymisen myötä myös säännöllistä hoitoa ja hoivaa tarvitsevien henkilöiden määrä kasvaa. Palvelujen tarve kasvaa 75 ikävuoden jälkeen (Mielikäinen & Kuronen 2019), keskittyen erityisesti elämän viimeisiin vuosiin (Pulkki ym. 2015; Pot ym. 2009). Vuoden 2018 lopussa kotihoitoa sekä laitos- ja asumispalveluja sai 20 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. Vuonna 2000 luku oli noin 25 %. Vaikka osuus on pienentynyt, on asiakkaiden lukumäärä kasvanut ikääntymisen seurauksena.

Kun asiakasrakenteen muutoksia tarkastellaan fyysisen toimintakyvyn ja kognition (ADL-H[1] ja CPS[2]) perusteella, huomataan, että 2000-luvun alun vanhainkotien asiakasrakenne vastaa tämän päivän tehostetun palveluasumisen asiakasrakennetta (Noro 2005; THL 2021). Kotihoidossa puolestaan asiakkaiden keskimääräinen fyysinen toimintakyky ja kognitio ovat selvästi heikentyneet vuodesta 2004 (Laine ym. 2006; THL 2022).

1 ADL-H (Activities of Daily Living Hierarchy) mittari kertoo asiakkaan kyvystä suoriutua neljästä arjen perustoiminnoissa, joita ovat liikkuminen, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Mittarin asteikko on 0-6, jossa 0 tarkoittaa hyvää arkisuoriutumista (Asikainen 2021a; Asikainen 2021b).

2 CPS (Cognitive Performance Scale) mittari kertoo asiakkaan kognition tasosta. Mittarin asteikko on 0-6, jossa 0 tarkoittaa hyvää kognitiota (Asikainen 2021a; Asikainen 2021b).

Taulukko 3.1. Asiakasrakenteen muutokset 2004–2022 fyysisen toimintakyvyn ja kognition mukaan tarkasteltuna

	Ympärivuorokautinen hoito		**Kotihoito**	
	2004* Vanhainkoti	2022** Tehostettu palveluasuminen	2004***	2022****
Fyysinen toimintakyky (suoriutuminen arjen perustoiminnoista, ADL-H asteikko 0-6)	3,6	3,5	0,5	0,9
Kognition taso (CPS, asteikko 0-6)	3,4	3,3	1,2	1,5
Ikä (keskiarvo)	83	84	-	82

*Noro 2005 **RAI-LTC EasyRAIder tietokanta, aineisto 2022/1
***Laine ym. 2006 ****RAI-HC EasyRAIder tietokanta, aineisto 2022/1

Aikamittaustutkimusten tuloksista ilmenee myös, että ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden päivittäinen hoitoaika on hieman lisääntynyt viimeisten 20 vuoden aikana. Vuonna 2002 ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden keskimääräinen hoitoaika oli 111 minuuttia vuorokaudessa, kun vuoden 2021 aikamittaustutkimuksessa se oli 117 minuuttia. (Laine 2005; Pesonen ym. 2022). Kotihoidon osalta vertailutietoa ei ole saatavilla, koska aikaisempi aikamittaus tehtiin vain ympärivuorokautisessa hoidossa.

Laineen ja kollegoiden (2011) sosiaali- ja terveysalan työoloja käsitelleessä selvityksessä todetaan työn kuormittavuuden lisääntyneen 1990-luvulta lähtien sosiaali- ja terveysalalla. Tähän saattoi vaikuttaa 1990-luvun alun syvä lama, jolloin resursseja leikattiin myös sosiaali- ja terveyspalveluista. Toiseksi väestön ikääntymisen myötä asiakkaiden määrä on lisääntynyt. Kahden vuosikymmenen tarkastelussa ilmeni kielteistä kehitystä asiakkaiden moniongelmaisuuden, asiakkaista tunnetun vastuun ja väkivallan uhkan lisääntymisenä. Vastuu koettiin rasittavimpana vuodeosastoilla ja kotipalvelussa. Terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa työ koettiin kuormittavimmaksi. (Elovainio 1994; Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo 1999; Sinervo 2000; Pekkarinen ym. 2004.)

Iäkkäiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa keskeisiä kuormitustekijöitä olivat kiire, työn rutiininomaisuus, vähäiset vaikutusmahdollisuudet sekä työn fyysinen kuormittavuus, jossa hankalat nostot ja työasennot sekä tilojen puutteet olivat keskeisiä ongelmia. Kun perinteisistä suuria (yli 30 paikkaa) osastoja jaettiin pienemmiksi tiimeiksi tai muodostettiin erikoistuneita dementiayksiköitä, voitiin rutiininomaisuutta ja kiirettä jossakin määrin vähentää (Sinervo 2000). 2000-luvulla vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot säilyivät kuitenkin edelleen kuormittavimpina sosiaali- ja terveyspalveluina. (Pekkarinen ym. 2004; Wickström ym. 2000, 46, 61–62; Laine ym. 2010.) Samaan aikaan laitoshoitoa vähennettiin ja tehostettua palveluasumista lisättiin.

Tehostetussa palveluasumisessa henkilöstön kuormitus ei kuitenkaan vielä 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä noussut laitoshoidon tasolle. Mutta 2010-luvulla, vuodesta 2005 vuoteen 2015, kun laitoshoito väheni ja asiakkaat siirtyivät tehostettuun palveluasumiseen, kuormitus nousi selvästi myös palveluasumisessa. Suomessa on ympärivuorokautisessa hoidossa asiakkaita yhtä työntekijää kohti selvästi enemmän kuin muissa Pohjoismaissa (Kröger ym. 2018; Vehko ym. 2017.)

Kotihoidon tilanne oli 1990-luvulla laitoshoitoon verrattuna paremmalla tasolla, kun verrattiin stressitekijöitä (ergonomiset ongelmat, kiire, potilaista johtuva stressi). Kotihoidossa ainoastaan vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa ja tyytyväisyys johtamiseen oli vähäisempää ja yhteistyössä esiintyi useammin ongelmia laitoshoitoon verrattuna. (Sinervo 2000, 51–52.) Kuitenkin Laineen ja kollegoiden seurannassa (viiden vuoden välein toteutettu otokseen perustuva tutkimus sosiaali- ja terveysalalta) (2010a) kiireen havaittiin lisääntyneen kotihoidossa koko 2000-luvun ajan. Myönteisenä piirteenä havaittiin työn ruumiillisen rasituksen vähentyneen, mikä lienee seurausta mm. siitä, että siivous siirrettiin tukipalveluksi ja muutenkin työn sisältö keskittyi enemmän asiakkaan auttamiseen.

Krögerin ja kollegojen tutkimuksessa (2018) kotihoidon työpaine (”työssä on liian paljon tekemistä”) nousi vuodesta 2005 (29 %) vuoteen 2015 (42 %) Pohjoismaiden korkeimmalle tasolle. Asiakasmäärien nousu on näkynyt kotihoidon työpaineen nousuna ja sekä palkallisen että palkattoman ylityön kasvamisena vuodesta 2005 vuoteen 2015 (Kröger ym. 2018, 31–32.) Vuonna 2022 vakituiset kotihoidon työntekijät tekivät ylitöitä usein ja neljännes yksiköistä työskenteli viikoittain liian vähäisellä henkilöstöllä. Vastaavasti ympärivuorokautisessa hoidossa riittämättömällä henkilöstöllä työskenteli viikoittain vain 4 % yksiköistä. (Kehusmaa & Alastalo 2022).

Vehkon ja kollegojen (2018) tutkimuksessa todettiin myös, että kotihoidossa erilaisia kuormitustekijöitä oli vuonna 2015 enemmän kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Yksi tulkinta oli se, että kotihoidossa työtä on samanaikaisesti tehostettu aiempaa enemmän, asiakkaat vaativat entistä enemmän hoitoa, eikä resursseja ole siirtynyt yhtä paljon ympärivuorokautisesta hoidosta kotihoitoon, kun ympärivuorokautista hoitoa on vähennetty. Aikamittaustutkimusten mukaan ympärivuorokautisessa hoidossa työntekijöiden asiakastyön osuus työajasta on kasvanut merkittävästi. Vuonna 1995 asiakastyön osuus oli 40 %, vuonna 2002 48 % ja vuonna 2021 62 % (Laine 2005; Pesonen ym. 2022b). Kotihoidon osalta vastaavaa vertailukohtaa ei ole, koska aikamittausta ei ole aiemmin tehty kotihoidossa.

3.2. Vanhustyön ominaispiirteet

Työn psykososiaalinen kuormitus on vanhustyössä suurempaa kuin muualla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisesti kotihoito on todettu kuormittavaksi työympäristöksi (Kröger ym. 2018; Vehko ym. 2018). Muun muassa tiukat aikataulut ja kiire kuormittavat kotihoidossa työskenteleviä, ja johtamisessa ja tiimityössä on havaittu ongelmia. Toistaiseksi tutkimusta eri vanhuspalvelumuotojen – kotihoidon, palveluasumisen, laitoshoidon ja palveluohjauksen – välisistä hyvinvointieroista on kuitenkin ollut vain vähän saatavilla.

Tutkimme Hyvä veto -hankkeessa psykososiaalisen kuormituksen lisäksi vanhustyön fyysistä kuormitusta. Koska luotettavin tulos kuormituksesta saadaan yhdistämällä subjektiiviset (kyselyvastaukset) ja objektiiviset mittarit, mittasimme Mitä kuuluu? -kyselyn lisäksi sykevälivaihtelumittausten avulla kotihoidon työntekijöiden työssä kuormittumista ja siitä palautumista. Mittauksiin osallistui yhteensä 125 kotihoidon työntekijää. Tarkastelimme lisäksi Mitä kuuluu? -kyselyn aineistolla, kuinka iäkkäiden palveluissa työskentelevien kokemus työoloista eroaa muusta sotesta sekä millaisia eroja iäkkäiden palvelujen sisällä on. Tarkastelimme työn fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä sekä työntekijöiden työkykyä ja palautumista.

3.2.1 Työ kotihoidossa on vain ajoittain fyysisesti kuormittavaa

Mitä kuuluu? -kyselyn perusteella vanhustyötä tekevien kokemus omasta terveydentilastaan on heikompi kuin muualla sotessa. Lisäksi he kärsivät enemmän unettomuudesta sekä psyykkisestä rasittuneisuudesta. Unettomuus ja psyykkinen rasittuneisuus koskettavat palveluohjausta lukuun ottamatta kaikkia vanhustyötyyppejä, kun taas heikoksi koettu terveys on yleistä erityisesti kotihoidossa ja palveluasumisessa.

Ihmisen oma arvio terveydentilasta ennustaa hyvin terveyden kehittymistä suhteessa erilaisiin objektiivisiin mittareihin. Objektiivinen mittaus antaa kuitenkin luotettavaa tietoa terveydentilasta, työkyvystä ja työssä kuormittumisesta. Koska parhaan tuloksen saamiseksi suositellaan käyttämään sekä objektiivista että subjektiivista mittaria yhdessä, Mitä kuuluu -kyselyn lisäksi mittasimme objektiivisesti kotihoidon työntekijöiden työssä kuormittumista ja siitä palautumista.

Selvitimme osana hyvä veto -hanketta tarkemmin kotihoidossa työskentelevien työn fyysistä kuormitusta sykevälivaihtelumittausten avulla. Toteutimme 104 mittausta aamuvuorossa, 20 iltavuorossa ja yhden mittauksen niin sanotussa välivuorossa. Mittauksiin osallistui yhteensä 125 kotihoidon työntekijää, joista 9 oli miehiä ja 116 naisia. Tarkemmat tiedot tutkittavista on esitetty aineiston kuvauksen yhteydessä.

Kotihoidon työntekijöiden taustatiedot ja sykevälivaihtelumittausten tulokset on esitetty taulukossa 3.2. Taustatietojen perusteella nuoremmilla työntekijöillä (≤ 44-vuotiaat) oli vähemmän työkokemusta ja he olivat paremmassa fyysisessä kunnossa verrattuna iäkkäämpiin (≥ 45-vuotiaat) työntekijöihin, eli arvioitu aerobista kuntoa kuvaava maksimaalinen hapenottokyky oli suurempi. Nuoremmat työntekijät myös arvioivat vapaa-ajan aktiivisuutensa ja terveydentilansa vanhempia kollegoitansa paremmaksi. Nuorten ja iäkkäämpien työntekijöiden välillä ei kuitenkaan ollut eroja itse arvioidussa työn sisältämässä raskaan ruumiillisen työn määrässä. 43 % kaikista mitatuista työntekijöistä ilmoitti työhönsä kuuluvan raskasta fyysistä työtä usein tai hyvin usein.

Hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormitusta arvioitiin sydämen sykkeen sekä sen perusteella laskennallisesti arvioidun hapenkulutuksen ja MET-arvon perusteella. MET on lyhenne sanoista metabolinen ekvivalentti (engl. metabolic equivalent) ja se kuvaa fyysisen aktiivisuuden aiheuttamaa lisääntynyttä energiankulutusta verrattuna lepotasoon. Palautumista arvioitiin sykevälivaihtelun perusteella. Sykevälivaihtelu kuvaa parasympaattisen hermoston aktiivisuutta ja on sitä suurempaa, mitä rentoutuneemmassa tilassa ollaan ja päinvastoin sitä pienempää, mitä suurempaa on psyykkinen tai fyysinen kuormitus.

Sydämen syketaso oli tässä aineistossa mukana olleilla kotihoidon työntekijöillä työpäivän aikana keskimäärin 88 ± 12 kertaa minuutissa ja keskimääräinen MET-arvo työntekijällä oli 1,7 ± 0,5. Keskimääräisen MET-arvon perusteella vanhustyö on hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormituksen osalta kevyttä (Ainsworth ym. 2011), eikä ylitä hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormitukselle asetettuja raja-arvoja. Hyvin tauotetun 8 tunnin työpäivän keskiarvo ei saisi ylittää 33 % maksimaalisesta hapenottokyvystä (Bonjer 1971), kun näissä mittauksissa työpäivän keskiarvo oli 20,1 ± 4,3 %. Hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormitus oli kuitenkin ajoittain keskiraskasta (Ainsworth ym. 2011), sillä työpäivän korkeimmat hetkelliset kuormituspiikit olivat 5,3 ± 1,5 MET.

Syke, hapenkulutus sekä keskimääräiset ja maksimaaliset MET-arvot olivat korkeammat alle 45-vuotiailla työntekijöillä, mutta suhteessa maksimaaliseen hapenkulutukseen (fyysiseen kapasiteettiin) työn fyysinen kuormitus oli korkeampaa vanhemmilla työntekijöillä. Syke suhteessa maksimiin oli niin ikään korkeampi vanhemmilla työntekijöillä, mutta ero ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sykevälivaihtelu oli kaikissa mitatuissa aikapisteissä (työpäivä, hereillä olo, uni ja koko mittaus) matalampaa vanhemmilla työntekijöillä, mutta unen pituudessa tai unenlaadun arviossa ei ollut eroja ikäryhmien välillä. Unen pituus oli keskimäärin 7,5 ± 1,2 h ja unenlaatu kohtalainen.

Aamu- ja iltavuoroja verrattaessa iltavuoro oli fyysisesti kuormittavampaa. Keskimääräinen MET-arvo oli aamuvuorossa 1,7 ± 0,5 ja iltavuorossa 2,1 ± 0,6 ($p = 0,002$). Keskimääräinen hapenkulutus oli 5,9 ± 1,6 ja 7,2 ± 2,2 ml/kg/min ($p = 0,002$) ja energiankulutus 846,3 ± 239,4 ja 1053,4 ± 218,9 kcal ($p = 0,000$) aamu- ja iltavuoroissa. Aamu- ja iltavuo-

rojen välillä ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sykkeessä tai sykevälivaihtelussa (87,0 ± 11,5 vs. 92,2 ± 12,3 krt/min ja 21,0 ± 10,1 vs. 18,1 ± 7,8 ms).

Taulukko 3.2. Mitattujen kotihoidon työntekijöiden (kaikki mitatut ja ≤ 44-vuotiaat ja ≥ 45-vuotiaat) taustatiedot (ikä, työkokemus, painoindeksi, aktiivisuusluokka, maksimaalinen hapenottokyky ja Mitä Kuuluu? -kyselystä koettu terveys ja raskaan ruumiillisen työn määrä) ja työvuoron aikana mitatut syke, MET, hapenkulutus ja sykevälivaihtelu (keskiarvo ± keskihajonta).

	Kaikki (n = 125)	**≤ 44-vuotiaat (n = 67)**	**≥ 45-vuotiaat (n = 58)**	**p-arvo[a]**
Ikä (v)	43,3 ± 11,9	34,0 ± 7,2	54,3 ± 5,1	
Työkokemus (v)	10,2 ± 8,3	**8,0 ± 6,1**	**12,8 ± 9,8**	**0,002**
Aktiivisuusluokka (0–10)	4,4 ± 1,9	**4,7 ± 1,9**	**4,0 ± 1,9**	**0,050**
VO_2max[c] (ml/kg/min)	28,7 ± 8,5	**32,6 ± 8,4**	**24,2 ± 6,3**	**0,000**
Koettu terveys[de]	2,2 ± 0,8	**2,0 ± 0,7**	**2,4 ± 0,9**	**0,047**
Raskaan työn määrä[df]	3,2 ± 1,2	3,2 ± 1,1	3,1 ± 1,3	0,701
Syke (krt/min)	87,9 ± 11,7	**89,8 ± 11,4**	**85,7 ± 11,6**	**0,047**
Syke % maksimista	48,4 ± 6,2	47,8 ± 5,9	49,1 ± 6,5	0,265
MET[g]	1,7 ± 0,5	**1,9 ± 0,6**	**1,6 ± 0,4**	**0,001**
MET[g], korkein arvo	5,3 ± 1,5	**5,7 ± 1,7**	**4,7 ± 1,0**	**0,000**
MET[g], korkein 15 min	2,9 ± 0,9	**3,1 ± 1,0**	**2,7 ± 0,8**	**0,021**
MET[g], korkein 60 min	2,2 ± 0,7	**2,4 ± 0,7**	**2,0 ± 0,6**	**0,003**
VO_2[h] (ml/kg/min)	6,1 ± 1,8	**6,6 ± 2,0**	**5,6 ± 1,4**	**0,000**
VO_2[h] % maksimista	20,1 ± 4,3	**19,1 ± 4,2**	**21,1 ± 4,2**	**0,009**
HRV[i] (ms)	20,5 ± 9,8	**23,3 ± 10,4**	**17,3 ± 7,9**	**0,000**

[a]tilastollinen ero ≤ 44-vuotiaiden ja ≥ 45-vuotiaiden välillä
[b]painoindeksi
[c]laskennallinen maksimaalinen hapenottokyky
[d]MK-kysely, n=91 (kaikki), n=47 (≤ 44-vuotiaat) ja n=43 (≥ 45-vuotiaat)
[e]koettu terveys asteikolla 1–5 (1=hyvä, 5=huono)
[f]raskaan ruumiillisen työn määrä asteikolla 1–5 (1=ei lainkaan tai hyvin harvoin, 5=hyvin usein)
[g]metabolinen ekvivalentti
[h]hapenkulutus
[i]sykevälivaihtelu (RMSSD)

Hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormituksen perusteella vanhustyö voidaan luokitella kevyeksi työksi, mutta mitatun ja koetun kuormituksen välillä on kuitenkin ristiriitaa, sillä lähes puolet kotihoidon työntekijöistä kokee työnsä sisältävän raskasta ruumiillista kuormitusta usein. Tässä tutkimuksessa mitattiin vain hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormitusta, mikä voi vaikuttaa mitatun ja arvioidun kuormituksen ristiriitaan, mikäli fyysinen kuormitus on suurempaa tuki- ja liikuntaelimistön kuin hengitys- ja verenkiertoelimistön osalta. Vanhustyön tuki- ja liikuntaelimistön kuormituksen selvittäminen vaatii lisätutkimusta. Lisäksi voitaisiin myös vertailla esimerkiksi kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen työntekijöiden kuormitusta, koska tehostetussa palveluasumisessa tarkoituksenmukaisia apuvälineitä on yleensä paremmin käytössä. Myös psyykkinen kuormitus ja aikapaine voivat osaltaan vaikuttaa kuormituksen kokemukseen, vaikka työn absoluuttinen intensiteetti on kevyt.

Vaikka vanhemmilla työntekijöillä absoluuttinen työintensiteetti on matalampi, on suhteellinen työkuormitus korkeampaa, eli vanhemmat työntekijät kuormittuvat enemmän suhteessa fyysiseen kapasiteettiinsa. Lisäksi vanhemmilla työntekijöillä palautumista kuvaava sykevälivaihtelu oli matalampaa. Iän lisäksi iltavuorossa työskentely on fyysistä kuormitusta lisäävä tekijä. Fyysiseen kuormitukseen ja palautumiseen vaikuttavat tekijät (ikä, ilta- vs. aamuvuoro, työn intensiteetti) tulisi ottaa huomioon työvuorojen suunnittelussa ja työnjaossa työvuorojen sisällä, jotta riittävä palautuminen voitaisiin varmistaa. Lisäksi kannustaminen fyysisen kapasiteetin ylläpitoon, esimerkiksi liikuntatuntien tai -etujen avulla, on tärkeää erityisesti ikääntyneillä työntekijöillä, sillä fyysinen kapasiteetti lähtee laskuun 45 ikävuoden jälkeen (WHO 1993). Fyysisen kapasiteetin lasku nostaa fyysistä kuormitusta suhteessa omaan maksimiin, vaikka absoluuttinen työn intensiteetti pysyisikin samana.

3.2.2 Vanhustyön psykososiaalinen kuormitus korostuu kotihoidossa ja palveluasumisessa

Työn fyysisten kuormitustekijöiden ohella tarkastelimme Mitä kuuluu? -aineiston avulla työn psykososiaalisia kuormitustekijöitä. Havaintomme vahvistivat pitkälti aiempaa huolta vanhuspalveluiden muuta sotea korkeammasta työn psykososiaalisesta kuormituksesta. Esimerkiksi kokemukset seksuaalisesta häirinnästä ja väkivaltakokemukset ovat tavanomaisempia kuin muualla sotessa työskentelevien keskuudessa. Lisäksi kokemus työn eettisestä kuormituksesta on yleisempää vanhuspalveluissa kuin muualla sotessa.

Iäkkäiden palveluissa työskentelevistä 65 prosenttia kertoi kohdanneensa eettisesti haastavia tilanteita vähintään viikoittain, kun muualla sotessa osuus oli 50 prosenttia. Lisäksi 39 prosenttia kertoi joutuneensa toimimaan vähintään viikoittain omien arvojensa vastaisesti ja 22 prosenttia organisaation sääntöjen ja normien vastaisesti. Muualla sotessa vastaavat osuudet olivat 18 ja 10 prosenttia.

Iäkkäiden palvelut eivät kuitenkaan ole yhtenäinen ryhmä. Palveluohjaus-, tuki- ja virkistystoiminnassa työskentelevillä työn psykososiaaliset kuormitustekijät ovat pitkälti samalla tasolla kuin muualla sotessa. Työn psykososiaaliset kuormitustekijät ovat erityisen yleisiä kotihoidossa ja palveluasumisessa eli tehostetussa ja tavallisessa palveluasumisessa, sekä melko yleisiä laitoshoidossa.

Seksuaalisen häirinnän, väkivallan ja eettisen kuormituksen ohella kotihoidossa, palveluasumisessa ja laitoshoidossa työn hallintaan liittyy muuta sotea enemmän puutteita. Kotihoidossa ja palveluasumisessa työskentelevillä vaikutusmahdollisuudet työaikoihin ovat vähäisemmät, minkä lisäksi työpaineet ovat suurempia kuin muualla sotessa. Liialliset työpaineet yhdistettynä vähäisiin työn hallintamahdollisuuksiin muodostavat Karasekin stressiteoriassa (1979) parin, joka on nähty erityisen haitallisena työhyvinvoinnille.

Toinen tutkimuskirjallisuudessa usein esiin nostettava stressiteoria on niin sanottu Siegristin panosten ja palkkioiden välinen suhde. Sen mukaan stressi on vähäisempää, mikäli työn vaatimat ponnistukset ovat tasapainossa työstä saatavien palkkioiden kanssa. Palkkiot voivat olla rahallisia, kuten palkka, mutta myös aineettomia, kuten arvostus ja työstä saatu kiitos. Havaintojemme perusteella vanhuspalveluissa työskentelevät kokevat panostavansa työhönsä muuta sotea enemmän ja saavansa siitä vähemmän vastineeksi. Epäsuhta on voimakkain palveluasumisessa, mutta merkittävä myös kotihoidossa ja laitoshoidossa.

Toisaalta vanhustyössä on työhyvinvoinnin suhteen myös vahvuuksia. Esimerkiksi kotihoidossa ja palveluasumisessa epävarmuus työtehtävien lakkautuksesta tai pelko siirrosta toiseen tehtävään on vähäisempää kuin muualla sotessa. Sen sijaan laitoshoidossa ja palveluohjauksessa epävarmuuskokemukset ovat muuta sotea yleisempiä. Epävarmuuden ohella vanhustyön vahvuutena korostuvat tietyt johtamiseen ja työyhteisöön liittyvät ulottuvuudet. Erityisesti kotihoidossa on viime vuosina pyritty vahvistamaan tiimien itseohjautuvuutta (ks. Surakka ym. 2020). Valmentava johtaminen ja itseohjautuvuus ovat olleet viime vuosien puhutuimpia aiheita johtamisen ja organisaatioiden kehittämisen saralla, eivätkä syyttä. Modernin, kannustavan ja yksilön omia vaikutusmahdollisuuksia korostavan johtamisen kautta voidaan paitsi vahvistaa henkilöstön hyvinvointia myös saavuttaa erinomaisia toiminnallisia tuloksia.

Havaintojemme perusteella iäkkäiden palvelujen vahvuutena muuhun soteen verrattuna näyttäytyykin valmentava johtaminen. Mitä kuuluu? – aineiston perusteella iäkkäiden palveluissa työskentelevät kokevat muuta sotea useammin, että lähiesimies vahvistaa alaistensa kyvykkyyttä, kannustaa yhteistyöhön ja rohkaisee alaisia itsenäiseen työskentelyyn. Voimakkaimmin valmentava johtaminen korostuu palveluasumisessa, mutta myös muissa iäkkäiden palvelumuodoissa. Tulevaisuudessa itseohjautuvuutta olisi tärkeää vahvistaa entisestään.

Valmentava johtaminen on kuitenkin vain yksi johtamisen osa-alueista ja se keskittyy voimakkaasti lähiesihenkilöön. Muutoin johtaminen jakaa enemmän iäkkäiden palvelujen yksiköitä. Valmentavan johtamisen ohella kirjallisuudessa on tarkasteltu johtamisen oikeudenmukaisuutta (Moorman 1991). Työstressin ja eettisen kuormituksen ohella kokemus oikeudenmukaisuudesta on yhteydessä esimerkiksi työkykyyn (Selander et al. 2022). Erityisesti kotihoidon ja palveluasumisen vahvuutena on valmentavan johtamisen lisäksi kokemus päätöksenteon oikeudenmukaisuudesta ja päätösten johdonmukaisuudesta. Näillä viitataan esimerkiksi siihen, kuinka oikeudenmukaisina tehtyjä päätöksiä pidetään ja voidaanko niitä tarvittaessa muuttaa. Sen sijaan lähiesimiehen toimintaa pidetään palveluasumisessa ja laitoshoidossa muuta sotea epäoikeudenmukaisempana.

Johtamisen ohella työyhteisö toimii tietyissä iäkkäiden palvelumuodoissa voimavarana. Erityisesti palveluohjaus-, tuki- ja viriketoiminnassa sekä kotihoidossa työskentelevät kokevat työyhteisön yhteistyön muuta sotea toimivampana. Toisaalta kotihoidossa ja palveluasumisessa työyhteisö koetaan vähemmän tavoitteellisena kuin muussa sotessa. Palveluasumisessa korostuvat myös työyhteisön toimivuuteen liittyvät ongelmat. Siten työyhteisöä ei voi pitää vahvuutena kaikissa iäkkäiden palveluissa automaattisesti, mutta tutkimustemme perusteella se on yksi osa-alue, johon panostamalla työhyvinvointia voitaisiin kehittää.

Kokonaisuudessaan, vaikka kotihoidossa ja palveluasumisessa työskentelevien vastauksissa korostuvat useat työkuormituksen ulottuvuudet, on näissä muuta sotea enemmän työntekijöitä, jotka olisivat valmiita suosittelemaan työnantajaansa. Tämä kertoo siitä, että työyhteisö ja johtaminen ovat voimavaroja, jotka auttavat työntekijöitä jaksamaan kuormituksen keskellä. Näihin on tärkeää panostaa myös jatkossa.

3.2.3 Vanhustyötä tekevillä muuta sotea enemmän haasteita palautumisen kanssa

Vanhustyössä työskentelevien työkyky ja työstä palautuminen ovat heikommalla tasolla kuin muualla sotessa. Molempien osalta heikoin tilanne on kotihoidossa ja palveluasumisessa. Heikkoon palautumiseen ja huonoon työkykyyn olisi tärkeää puuttua, sillä aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että huono työkyky ennakoi esimerkiksi sairauspoissaoloja ja ennenaikaista eläköitymistä (Ahlström ym. 2010; Betghe et al. 2021; Jääskeläinen ym. 2016).

Huono työkyky liittyy yksilön terveyteen ja elintapoihin, mutta havaintojemme perusteella myös työn psykososiaaliseen kuormitukseen. Yksittäiset kuormitustekijät, kuten liiallinen työmäärä, eettinen kuormitus, vähäiset työn hallintamahdollisuudet, puutteet johtamisessa ja työyhteisön tuessa ovat yhteydessä huonoon työkykyyn. Kaikkein haitallisinta

työkyvyn näkökulmasta on kuitenkin työn kuormitustekijöiden kasautuminen, mikä on yleistä iäkkäiden palveluiden työntekijöillä. (Selander et al. 2022.)

Työkyvyn edistäminen on keskeinen keino, jonka avulla voidaan työntekijöiden työuria pidentää ja iäkkäiden palvelujen pitovoimaa parantaa. Havaintojemme perusteella työkykyä tulee tukea edistämällä työterveyttä ja vähentämällä työn psykososiaalista kuormitusta. Painotuksissa on kuitenkin eroja ikäryhmien välillä. Vanhemmissa ikäryhmissä korostuu voimakkaammin terveyden merkitys, eettinen kuormitus sekä kokemus organisaation oikeudenmukaisuudesta. Nuoremmissa ikäryhmissä korostuu valmentava johtajuus.

Palautumisen tukemiseksi ja työkyvyn edistämiseksi vanhustyössä tulee tukea terveellisiä elintapoja edistäviä keinoja: mahdollistaa riittävät tauot sekä edistää työkulttuuria, joka tukee terveellisiä elintapoja. Fyysiseen kuormitukseen ja palautumiseen vaikuttavat tekijät (ikä, työvuoron ajankohta, työn intensiteetti) on hyvä ottaa huomioon työvuorojen suunnittelussa ja työnjaossa työvuorojen sisällä. Esimerkiksi parin kanssa työskentely jakaa työkuormitusta ja edistää palautumista vapaa-ajalla. Työterveydestä huolehtimisen merkitys korostuu erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä, joissa terveysongelmia on jo ennättänyt ilmaantua. Toisaalta myös nuorten jaksamiseen on tärkeää kiinnittää huomiota, jottei terveysongelmia ilmaannu.

Työterveyden edistämisen ohella vanhustyössä on tärkeää vähentää kaikkien ikäryhmien työn psykososiaalista kuormitusta. Erityisesti siihen tulee puuttua kotihoidossa ja palveluasumisessa. Yksittäisten kuormitustekijöiden poistaminen ei kuitenkaan riitä vaan on löydettävä keinot puuttua kasautuvaan kuormitukseen. Tässä työyhteisö ja valmentava johtaminen ovat keskeisiä voimavaroja.

3.3 Työ iäkkäiden palveluissa on monipuolista

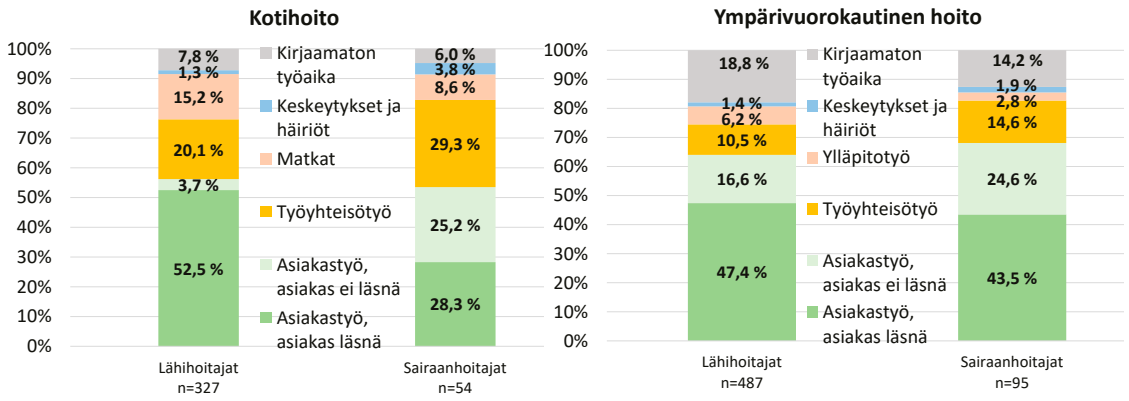
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamassa Aikamittaus-hankkeessa selvitettiin työntekijöiden työajan jakautuminen asiakas- ja muihin tehtäviin koti- ja ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Ympärivuorokautisen hoidon yksiköt olivat pääosin tehostetun palveluasumisen yksiköitä. Tiedon keruun toteutus on kuvattu kappaleessa 1.4. Tässä raportissa työajan jakautuminen kuvataan suurimpien ammattiryhmien eli lähi- ja sairaanhoitajien osalta. Tarkemmin työntekijöiden työajan jakautumisesta on raportoitu julkaisussa *Hoitohenkilöstön työajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta* (Pesonen ym. 2022a) sekä Aikamittaus-hankkeen loppuraportissa (Väisänen ym. 2022).

Hoitajien kirjaama työaika luokiteltiin viiteen työaikaluokkaan, jotka olivat:

1. **Asiakastyö, asiakas läsnä** (työaika, jossa asiakas oli mukana, ml. etäkäynnit kotihoidossa)
2. **Asiakastyö, asiakas ei läsnä** (työaika, joka kohdistui asiakkaaseen, ilman asiakkaan läsnäoloa, kuten asiakastietojen kirjaaminen toimistolla)
3. **Työyhteisötyö** (työyksikköön kohdistunut työaika, kuten palaverit, yleiset tarviketilaukset sekä suunnittelu- ja kehittämistyö. Sisälsi myös valmistelevia tehtäviä, kuten työssä tarvittavien tavaroiden kerääminen)
4. a) **Matkat**, vain kotihoidossa (siirtymisiin kulunut työaika)
   b) **Ylläpitotyö**, vain ympärivuorokautisessa hoidossa (yleinen yksikön siivous, pyykki- ja ruokahuolto)
5. **Keskeytykset ja häiriöt** (puhelut, tai muut toiminnan keskeyttävät häiriöt)
6. Lisäksi **kokonaistyöajan ulkopuolelle jäänyt aika**, mitä työntekijä ei ollut kirjannut mihinkään toimintoon, laskettiin kirjaamattomaksi ajaksi. Kirjaamaton aika sisälsi todennäköisesti suurimmilta osin työyhteisötyötä, taukoja ja keskeytyksiä. Kirjaamatonta työaikaa selvitettiin vertailemalla paljon ja vähän työaikaa kirjanneiden työntekijöiden työajan osuuksia.

3.3.1 Hoitajien työajasta suurin osa on asiakastyötä

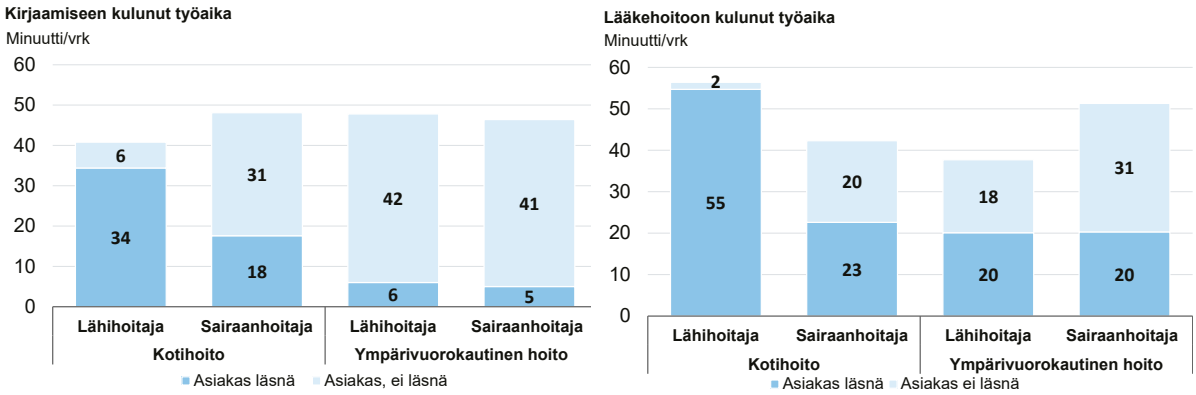
Koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa lähi- ja sairaanhoitajien työajasta suurin osa oli asiakastyötä (54–68 %) (kuvio 3.1). Asiakastyön, asiakas läsnä ja asiakas ei läsnä -osuudet jakautuivat lähi- ja sairaanhoitajilla kuitenkin eri tavalla, erityisesti kotihoidossa. Kotihoidon lähihoitajilla asiakastyö tapahtui pääosin asiakkaan luona, kun puolestaan sairaanhoitajilla lähes puolet asiakastyöstä tapahtui muualla kuin asiakkaan luona. Ilmiö näkyi myös ympärivuorokautisessa hoidossa, joskin ero ei ollut siellä niin selkeä kuin kotihoidossa. Suurin osa asiakkaan kanssa tehtävästä työajasta kului hoitajilla arkitoiminnoissa, kuten pukeutumisessa, syömisessä ja hygieniassa auttamiseen. Poikkeuksena tästä olivat kotihoidon sairaanhoitajat, joilla suurin osa asiakaskäynnin ajasta kului sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Seuraavaksi eniten aikaa kului kotihoidossa lääkehoitoon ja kirjaamiseen ja ympärivuorokautisessa hoidossa lääkehoitoon ja sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin.



Kuvio 3.1. Hoitajien työajan jakautuminen koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa.

Asiakastyö sisälsi myös sellaista asiakasaikaa, jossa asiakas ei ollut läsnä, joskin kotihoidon lähihoitajilla tällaista työaikaa oli hyvin vähän. Molemmissa palvelutyypeissä sekä lähi- että sairaanhoitajilla tämä aika kului pääsoin kirjaamiseen ja lääkehuoltoon. Lisäksi sairaanhoitajilla korostui asiakkaan asioiden hoitaminen ja hoidon suunnittelu sekä moniammatillinen yhteistyö ja konsultointi. Sairaanhoitajilla työaikaa kului lähihoitajia enemmän työyhteisötyöhön, kuten palavereihin, toimistotyöhön sekä suunnittelu- ja kehittämistyöhön.

Lääkehoitoon ja kirjaamiseen kului hoitajilla suhteellisen paljon työaikaa päivittäin (kuvio 3.2). Kirjaamiseen kului päivittäin suurin piirtein yhtä paljon aikaa riippumatta toimintaympäristöstä tai ammattiryhmästä (40–49 minuuttia). Kirjaamisen tavoissa oli kuitenkin eroja. Kotihoidon lähihoitajat kirjasivat pääasiassa asiakkaan luona, kun muutoin hoitajat kirjasivat enemmän muualla kuin asiakkaan luona.



Kuvio 3.2. Kirjaamiseen ja lääkehoitoon asiakkaan läsnä/ei läsnä ollessa kulunut työaika kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon hoitajilla.

läkkäiden palvelujen asiakkailla on usein moninaisia sairauksia ja lääkityksiä, mikä näkyi lääkehoitoon ja -huoltoon kohdistuneessa päivittäisessä ajassa, johon kului 38–57 minuuttia päivässä. Lähihoitajilla kului suurempi osa lääkehoidon kokonaisuudesta asiakkaan luona, erityisesti kotihoidossa. Sairaanhoitajat puolestaan vastasivat enemmän asiakkaiden lääkehuollon järjestämisestä, joka tapahtuu muualla kuin asiakkaan luona.

3.3.2 Hoidon jatkuvuus ei aina toteudu kotihoidossa

Lähihoitajien työssä korostui asiakkaiden päivittäinen hoitaminen ja arkitoiminnoissa auttaminen. Lähihoitajilla oli keskimäärin 10 ja sairaanhoitajilla puolestaan 4 asiakaskäyntiä päivässä. Sairaanhoitajien käynnit olivat keskimäärin pidempiä kuin lähihoitajien käynnit (33 ja 24 minuuttia). Lähihoitajilla oli viikon aikana keskimäärin 26 (±12) eri asiakasta ja asiakasmäärä vaihteli 0 ja 90 välillä. Sairaanhoitajilla eri asiakkaiden määrä vaihteli 0 ja 43 välillä, keskiarvon ollessa 18 (±10). Eri asiakkaiden keskiarvot koskevat kaikkia yksikön lähi- ja sairaanhoitajia, joista osa saattoi työskennellä hallinnollisissa tehtävissä, esimerkiksi työsuunnittelun parissa, mikä voi selittää suorien asiakaskontaktien puuttumista.

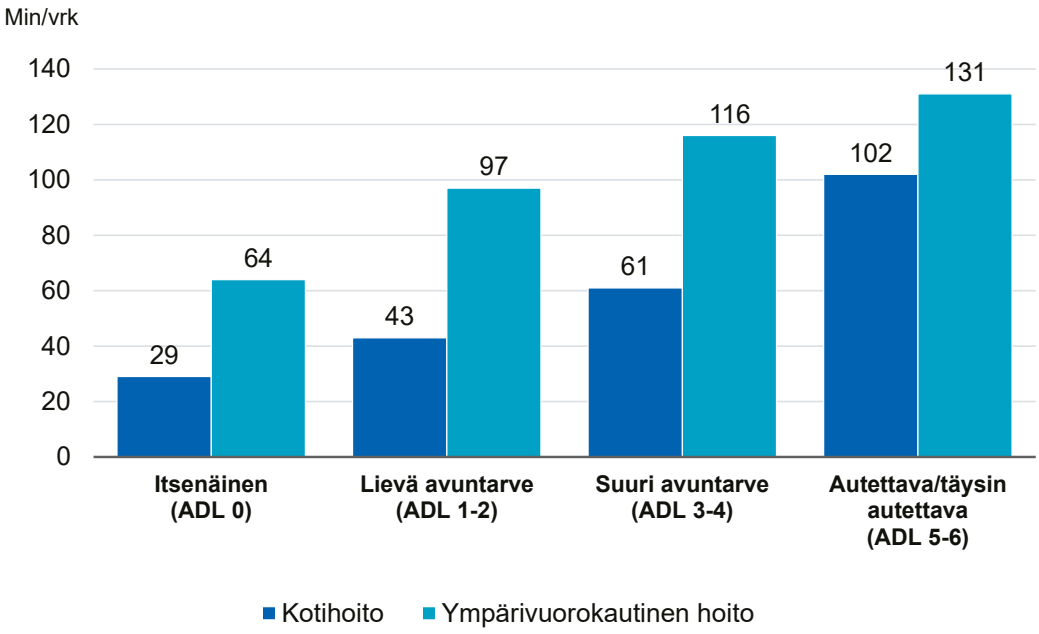
Kotihoidon asiakaskäyntien tarkastelu osoitti, että suurella osalla kotihoidon asiakkaista kotihoidon tarve oli suhteellisen pieni. Lähes puolella asiakkaista (46 %) asiakaskäyntejä oli harvemmin kuin joka päivä. Toisaalta osalla asiakkaista (13 %) hoidon ja hoivan tarve oli suurta ja käyntejä oli 3 tai enemmän päivässä. Kun asiakkaan käyntimäärät kasvoivat, lisääntyi myös hänen luonaan käyvien eri työntekijöiden lukumäärä. Asiakkaat, joiden luona käytiin 3 kertaa tai enemmän, kohtasi viikon aikana keskimäärin yli kymmenen eri kotihoidon työntekijää ja suurimmillaan 20. Näiden lisäsi osalla kotihoidon asiakkaista

kävi viikon aikana myös kotihoidon yksikön ulkopuolisia työntekijöitä sekä tukipalvelujen henkilöstöä.

3.3.3 Asiakkaan kuntoisuus ja hoitopaikka ovat yhteydessä hoitoaikaan

Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden saaman hoitoajan suhdetta tarkasteltiin asiakkaiden kuntoisuuden mukaan, joiden tiedot saatiin asiakkaille tehdyistä RAI-arvioinneista. Kuntoisuutta mitattiin arjen perustoiminnoista suoriutumista kuvaavalla ADL-mittarilla, joka kuvaa kykyä suoriutua arjen perustoiminnoista, kuten pukeutumisesta tai WC:ssä käynnistä.

Asiakkaat, joiden kuntoisuus oli heikompi, saivat enemmän hoitoaikaa sekä koti- että ympärivuorokautisessa hoidossa (kuvio 3.3.). Kuitenkin keskimäärin saman kuntoiset asiakkaat saivat kotihoidossa vähemmän hoitoaikaa kuin ympärivuorokautisessa hoidossa. Itsenäisesti arjen perustoiminnoista suoriutuvat asiakkaat (ADL 0) sekä lievän (ADL 1-2) ja suuren (ADL 3-4) avuntarpeen asiakkaat saivat ympärivuorokautisessa hoidossa keskimäärin kaksi kertaa enemmän hoitoaikaa kotihoitoon verrattuna. Ympärivuorokautisessa hoidossa itsenäisesti suoriutuvia asiakkaita oli vähän, kun taas kotihoidossa täysin autettavien lukumäärä oli pieni. Tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, ettei kotihoidon hoitoajoissa ei ole huomioitu asiakkaan saamia tukipalveluita tai omaisilta saatua aikaa.



Kuvio 3.3. Asiakkaiden saama hoitoaika kuntoisuuden mukaan koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa.

Asiakkaiden saamissa hoitoajoissa oli yksikkökohtaista vaihtelua. Yksiköiden kokonaisasiakasmäärä vaihteli kotihoidossa 33–169 välillä, ja ympärivuorokautisessa hoidossa 9–80 välillä. Yksiköiden keskimääräinen kokonainen hoitoaika vaihteli kotihoidossa 23–63 minuutin välillä, ja ympärivuorokautisessa hoidossa 53–172 minuutin välillä. Vaihtelu yksiköiden välillä ei kuitenkaan näytä, etenkään kotihoidossa, selittyvän yksinomaan asiakkaiden keskimääräisellä kuntoisuudella. On tosin tärkeää huomioida, että tässä on tarkasteltu vain yhtä kuntoisuusmittaria, joka ei kuvaa asiakkaan kokonaisvaltaista kliinistä terveystilaa ja toimintakykyä. On myös mahdollista, että hoitoaikojen vaihtelu yksiköiden välillä saattaa selittyä käytettävissä olevilla resursseilla tai eroavista käytännöistä palvelutarpeen arviointien suhteen.

Sekä ympärivuorokautisessa että kotihoidossa lähihoitajien työpäivästä suurin osa on asiakastyötä. Kansallisena tavoitteena on ollut lisätä työtekijöiden asiakastyön osuutta, mikä näyttää toteutuneen ympärivuorokautisessa hoidossa. Toisaalta työpäivä näyttää ympärivuorokautisessa hoidossa tiivistyneen, jolloin on huomioitava, että myös muille tehtäville, kuten kehittämiselle tai asiakastyötä valmisteleville tehtäville, jää riittävästi aikaa. Kotihoidossa puolestaan asiakas- ja käyntimäärät ovat suuria, jolloin hoidon jatkuvuus ei aina toteudu.

3.4 Tiimin itsenäisyys ja hoidon jatkuvuus ovat avainasemassa

Tässä luvussa kuvataan työntekijöiden päivänaikaisen kuormituksen, työpäivän rakentumisen, työn organisoinnin ja asiakasrakenteen yhteyksiä työn kuormitustekijöihin sekä työtyytyväisyyteen.

Iäkkäiden palveluissa on tapahtunut viime vuosien aikana rakennemuutos, jossa laitoshoitoa on vähennetty ja palveluita siirretty kotiin. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaat asuvat kotonaan entistä pidempään ja heikompikuntoisina. Myös ympärivuorokautisen hoidon (lähinnä tehostettu palveluasuminen) asiakkaat ovat heikkokuntoisia ja tarvitsevat elämän loppuvaiheessa melko paljon palveluja. Iäkkäiden palveluissa henkilökunnan vaihtuvuus ja aikeet vaihtaa työpaikkaa ovat korkeita (Van Aerschot ym. 2022). Lisäksi aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstö kokee kuormitusta, erityisesti stressiä ja kiirettä (Surakka ym. 2020; Vehko ym. 2018). Toisaalta tutkimuksissa on havaittu työn voimavaroiksi työn itsenäisyys sekä tiimityöhön liittyvät asiat (Vehko ym. 2018). Ikääntyneiden palveluissa on otettu käyttöön myös itseohjautuvia tiimejä, joiden käytöstä, erityisesti kotihoidossa, on saatu hyviä kokemuksia maailmalta. Tunnetuin itseohjautuvan tiimityön malli kotihoidon kontekstissa on hollantilainen Buurtzorg-malli, jossa itseohjautuva, korkeintaan 12 hoitajan tiimi suunnittelee esimerkiksi asiakkaiden hoidon sekä uusien työntekijöiden rekrytoinnin itsenäisesti. Mallissa tavoitellaan niin parempaa työntekijöiden tyytyväisyyttä, asiakkaiden hoidon laatua kuin hoidon jatkuvuuttakin. (Monsen

ja de Blok, 2013) Suomessa mallia on kokeiltu muutamilla alueilla ja siitä on saatu lupaavia tuloksia, kuitenkin pääosin palveluasumisen puolella (Surakka ym. 2020).

3.4.1 Menetelmät

Hankkeeseen osallistui 17 yksikköä kotihoidosta ja 44 yksikköä tehostetusta palveluasumisesta. Yksiköt olivat 15:ltä eri hyvinvointialueelta. Tehostetusta palveluasumisesta mukaan saatiin yksikköjä niin julkiselta kuin yksityiseltäkin sektorilta. Aikamittaus toteutettiin niin, että työntekijät kirjasivat työaikaansa ja toimintoja, joita he kyseisellä ajalla tekivät, joko viikon (kotihoidossa) tai yhden päivän (tehostettu palveluasuminen) ajan. Lisäksi aikamittauksen yhteydessä heidän oli mahdollista osallistua erilliseen työhyvinvointi kyselyyn (Ennen-jälkeen-kysely), jossa tutkittiin esimerkiksi työn kuormitustekijöitä sekä voimavaratekijöitä. Vastaajat täyttivät työvuoron loputtua kyselylomakkeen, jossa kysyttiin työn kuormitus- ja voimavaratekijöistä, sekä siitä menikö työpäivä suunnitellusti. Lisäksi tämän luvun tuloksiin yhdistetään tietoa yksikköjen esihenkilöille lähetetystä kyselystä, johon heitä pyydettiin vastaamaan esimerkiksi työn organisointia, tiimien kokoonpanoa, tiimien päätösvaltaa ja toiminnanohjausjärjestelmän käyttöä koskeviin kysymyksiin. Tutkimuksessa aineistoon yhdistettiin myös asiakkaiden RAI-tietoja, joista saatiin esimerkiksi tietoa kunkin työntekijän asiakkaiden kuntoisuudesta. Hankkeeseen osallistuneiden yksiköiden esimiehille toteutettiin lisäksi erilliset haastattelut (N=16). Näiden haastattelujen tarkoituksena oli selvittää muun muassa esihenkilöiden näkemyksiä työn organisointiin liittyvistä tekijöistä, hoidon laatua edistävistä tekijöistä ja henkilöstön kuormituksesta. Työntekijöille taas lähettiin aikamittauksen jälkeen erillinen sähköinen kysely, johon he saivat kuvailla työtään vapaamuotoisesti muutamien avoimien kysymysten avulla. Kyselyyn vastasi yhteensä 47 henkilöä kotihoidosta ja 55 tehostetusta palveluasumisesta.

3.4.2 Perustietoja vastaajista

Yhteensä Ennen-jälkeen työhyvinvointi kyselyyn vastasi 1216 työntekijää, joista 448 työskenteli kotihoidossa ja 768 ympärivuorokautisessa hoidossa. Vastaajien ikä oli keskimäärin 43 vuotta ja he olivat työskennelleet nykyisessä tehtävässään yleisimmin 5 vuotta (mediaani). Suurin osa vastaajista oli vakituisessa työsuhteessa (78 %) ja työskenteli kokoaikaisesti (85 %). Työntekijöiden jakauma tutkimuksessa vastasi pääosin ikääntyneiden palvelujen työntekijäjakaumaa. Suurin osa vastaajista (N=870, 71 %) oli lähihoitajia (sisältäen myös perus- ja kodinhoitajat) ja noin 13 % (N=157) sairaanhoitajia. Esihenkilöitä oli 3 %, terapeutteja (fysio-, toiminta- puheterapeutit ja geronomit) 1,6 % ja avustavaa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen suorittanutta henkilöstöä (esim. hoiva-avustajat) oli 6 %.

Jatkossa tulokset esitetään niiden vastaajien osalta, jotka ilmoittivat ammattinimikkeekseen lähi- tai sairaanhoitaja ympärivuorokautisessa hoidossa, joilla oli vähemmän kuin

50 % kirjaamatonta työaikaa ja vähintään 10 % kirjatusta työajasta oli asiakasaikaa, jossa asiakas oli läsnä. Kotihoidon osalta aineisto rajattiin niihin henkilöihin, jotka ilmoittivat ammattinimikkeekseen lähihoitaja, sillä sairaanhoitajien ja lähihoitajien työnkuvat poikkeavat toisistaan kotihoidossa, esimerkiksi asiakkaan luona tehtävän työn osalta. Kun aineisto rajattiin koskemaan henkilöitä, jotka täyttivät nämä kriteerit, oli lopullinen vastaajien lukumäärä 880 henkilöä (338 kotihoidossa ja 542 ympärivuorokautisessa hoidossa). Vastaajien perustiedot sekä työnkuormitusta ja voimavaratekijöitä mittaavien väittämien arviot on esitetty palvelutyypeittäin taulukossa 3.3.

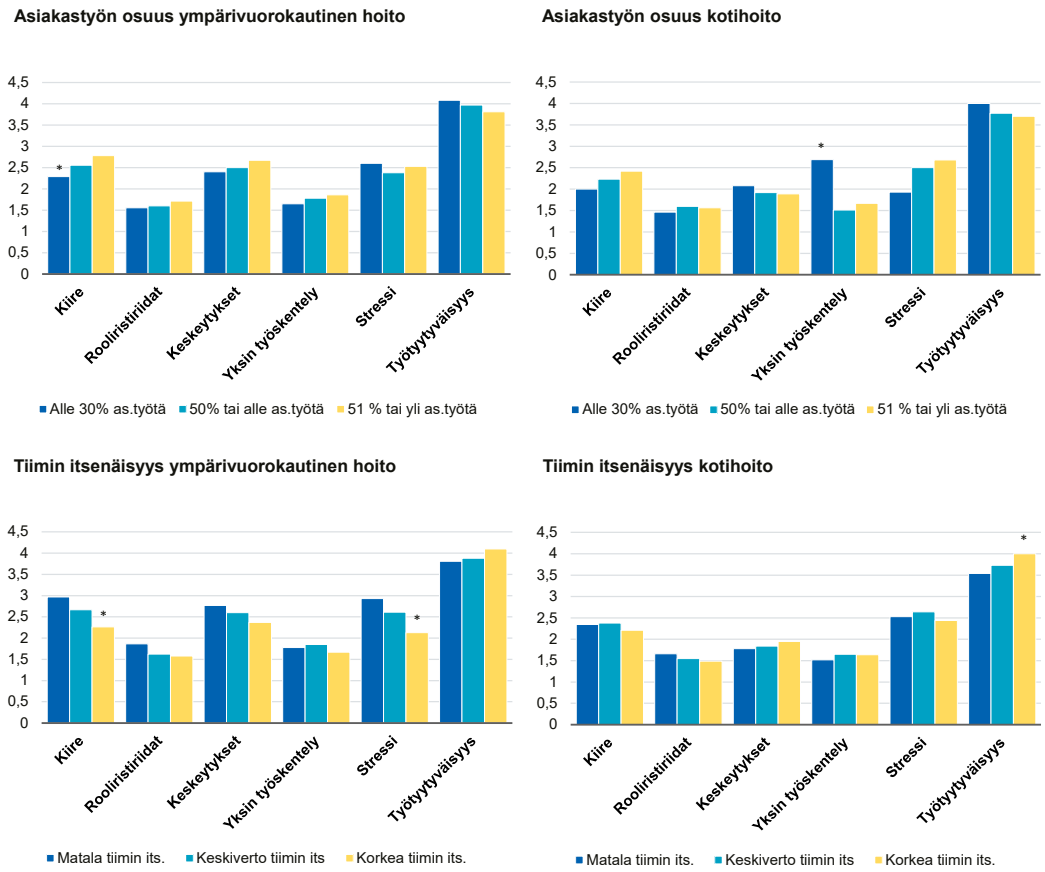
Taulukko 3.3. Vastaajien perustietoja sekä työnkuormitus- ja voimavaratekijämuuttujien arviot palvelutyypeittäin.

	Kotihoito (N=338)	**Ympärivuorokautinen hoito (N=542)**
Sukupuoli		
Nainen (%)	283 (92)	503 (94)
Mies (%)	26 (8)	30 (6)
Muu/en halua ilmoittaa		1(<1)
Ikä (ka)	43	44
Kuinka paljon kukin alla mainittu asia häiritsi, huolestutti tai rasitti sinua tänään? Melko paljon tai erittäin paljon (% vastaajista)		
Jatkuvat keskeytykset, työtehtäviä ei voinut tehdä yhtäjaksoisesti alusta loppuun	10	17
Konsultointimahdollisuuksien ja avun puute tarvittaessa	8	9
Kiire		
Työtä ei ehtinyt tehdä kunnolla	18	19
Minulla oli liian vähän aikaa potilaille / asiakkaalle yksilönä	27	18
Minun oli joissakin tilanteissa toimittava vastoin sääntöjä tai toimintaperiaatteita saadakseni tehtäväni suoritettua	25	26
Stressi (Osuus vastaajista, jotka tunsivat melko tai erittäin paljon stressiä)	20	20
Yleisesti tyytyväinen työhönsä, jokseenkin tai täysin samaa mieltä (% vastaajista)	72	79
Mahdollisuus tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssä, jokseenkin tai täysin samaa mieltä (% vastaajista)	84	88

3.4.3 Tiimin itsenäisyys on yhteydessä työntekijöiden hyvinvointiin

Seuraavassa tarkastellaan eroja kuormitustekijöissä asiakastyön osuuden, tiimin itsenäisyyden ja hoidon jatkuvuuden suhteen.

Asiakastyön osuus vaihtelee organisaatioittain selvästi ja myös työntekijäryhmittäin. Vastaajat jaettiin kolmeen ryhmään sen perusteella, kuinka suuri osuus heidän päivästään oli asiakastyötä, jossa asiakas oli läsnä. Ensimmäiseen ryhmään kuuluivat ne, joilla asiakastyön osuus työpäivästä oli 10–30 %, seuraavaan kuuluivat ne, joilla asiakastyötä oli 31–50 % ja viimeiseen ne, joiden asiakastyön osuus oli 51 % tai yli. Työntekijät kokivat kiirettä sitä enemmän, mitä suurempi oli asiakasajan osuus työstä, kuten loogista (kuvio 3.1). Samoin stressi lisääntyi suuremman asiakasajan osuuden myötä kotihoidossa. Keskeytysten ja yksintyöskentelyn osalta yhteys oli epäloogisempi kotihoidossa, erityisesti ryhmä, jossa asiakasaikaa oli vain alle 30 % työajasta poikkesi oletuksesta. Todennäköisesti tässä ryhmässä työ on erilaista kuin niissä ryhmissä, joissa asiakastyön osuus on suurempi. Tehostetussa palveluasumisessa yhteydet olivat lievempiä. Erot työtyytyväisyydessä asiakasajan suhteen olivat lieviä, mutta niillä, joilla asiakasaikaa oli eniten, olivat hieman tyytymättömämpiä työhönsä molemmissa palvelutyypeissä.



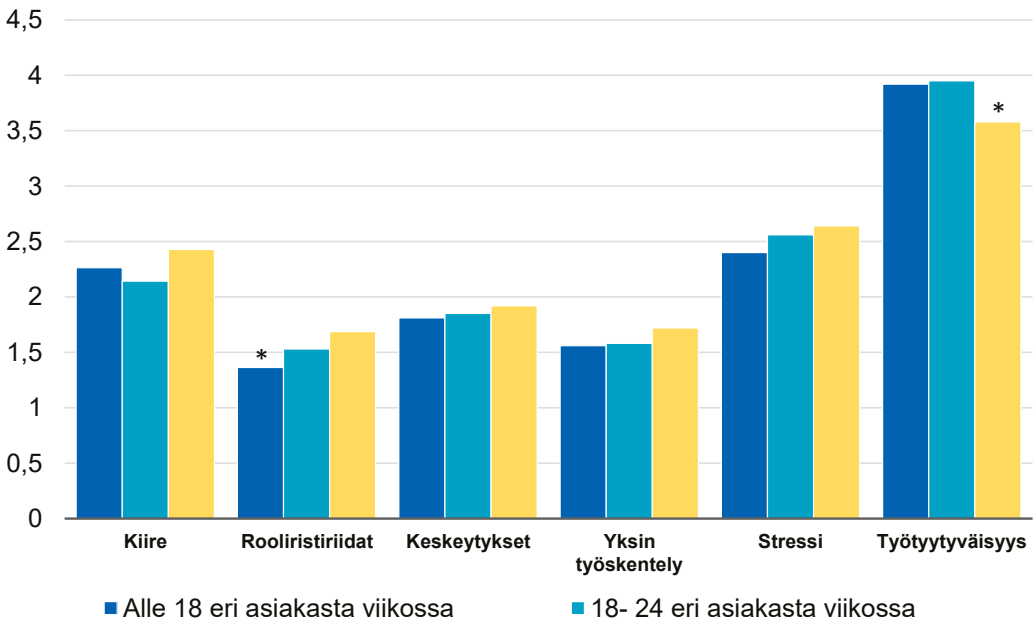
Kuvio 3.4. Asiakastyön määrän ja tiimin itsenäisyyden yhteys työn kuormitustekijöihin sekä työtyytyväisyyteen esitettyinä palvelutyypeittäin. Tilastollisesti merkitsevät erot on osoitettu asteriskilla (*).

Kuormitustekijöissä havaittiin hieman eroa niiden vastaajien osalta, joiden tiimin itsenäisyys oli korkeampaa (kuvio 3.4). Tiimityötä tarkasteltiin esihenkilöiden kyselyn vastausten perusteella. Kiire ja stressi olivat matalampia ympärivuorokautisessa hoidossa niissä tiimeissä, joissa itsenäisyys oli korkeampaa, verrattuna vähemmän itsenäisiin tiimeihin. Erot olivat kuitenkin yleisesti suurempia ympärivuorokautisessa hoidossa kuin kotihoidossa. Ainoastaan työtyytyväisyys erosi kotihoidossa niiden vastaajien välillä, jotka kokivat tiimin itsenäisyyden matalana vs. korkeana. Kotihoidossa työn itsenäisyys nähdään usein juuri työn vetovoimatekijänä, esimerkiksi tiimien itsenäisyyden on todettu olevan

yhteydessä korkeampaan työtyytyväisyyteen ja matalampaan työpaikanvaihtohalukkuuteen, matalamman työn kuormituksen kautta (Ruotsalainen, ym. 2022).

3.4.4 Hoidon jatkuvuudella voidaan lisätä työhyvinvointia

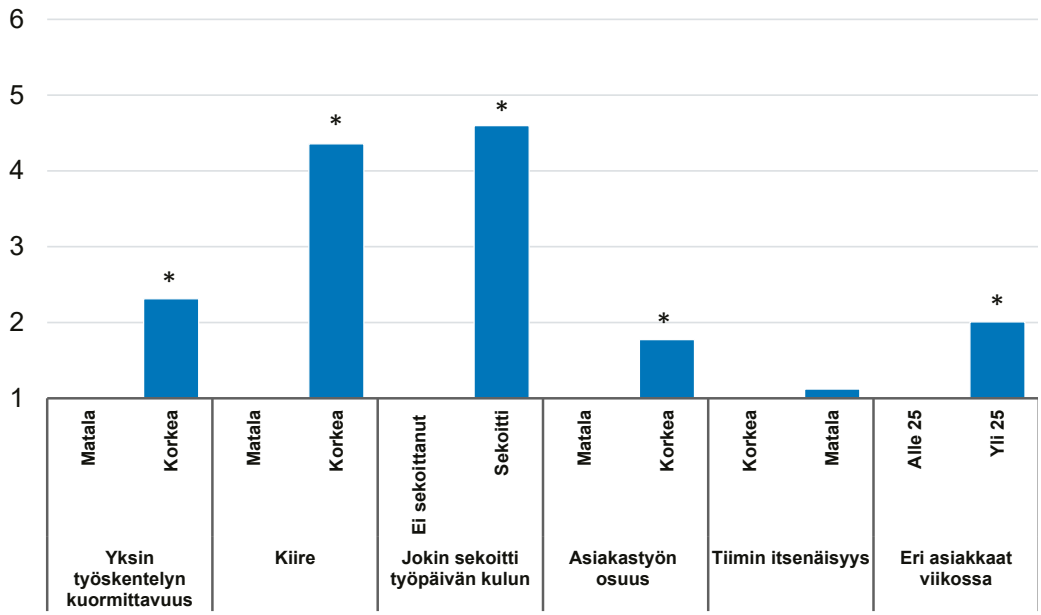
Kotihoidon kohdalla kuormitustekijöitä tarkasteltiin myös sen mukaan, kuinka monta eri asiakasta työntekijällä (sisältäen vain lähihoitajat) oli ollut työviikon aikana (Kuvio 3.5). Asiakkaan RAI-tietojen perusteella voitiin aikamittauksesta yhdistää työntekijäkohtainen eri asiakkaiden määrä, samasta nähtiin myös se, oliko työntekijä käynyt kyseisen asiakkaan luona aiemmin työviikkonsa aikana. Keskimäärin työntekijöillä oli 26 eri asiakasta viikossa. Muuttuja, joka kuvasi eri asiakkaiden määrää viikon aikana, rakennettiin niin, että ne, joilla oli alle 18 eri asiakasta työviikon aikana, saivat arvon yksi. Ne, joilla oli eri asiakkaita 18–24, saivat arvon kaksi, ja ne, joilla oli eri asiakkaita enemmän kuin 24, saivat arvon kolme. Tarkasteltaessa kuormitustekijöitä ja työtyytyväisyyttä asiakasmäärien mukaan, nähtiin, että rooliristiriitoja ja stressiä koettiin enemmän niiden keskuudessa, joilla oli suurempi määrä eri asiakkaita, toisin sanoen, hoidon jatkuvuus oli heikompi. Lisäksi työtyytyväisyys oli heikompi niillä, joilla oli eniten asiakkaita.



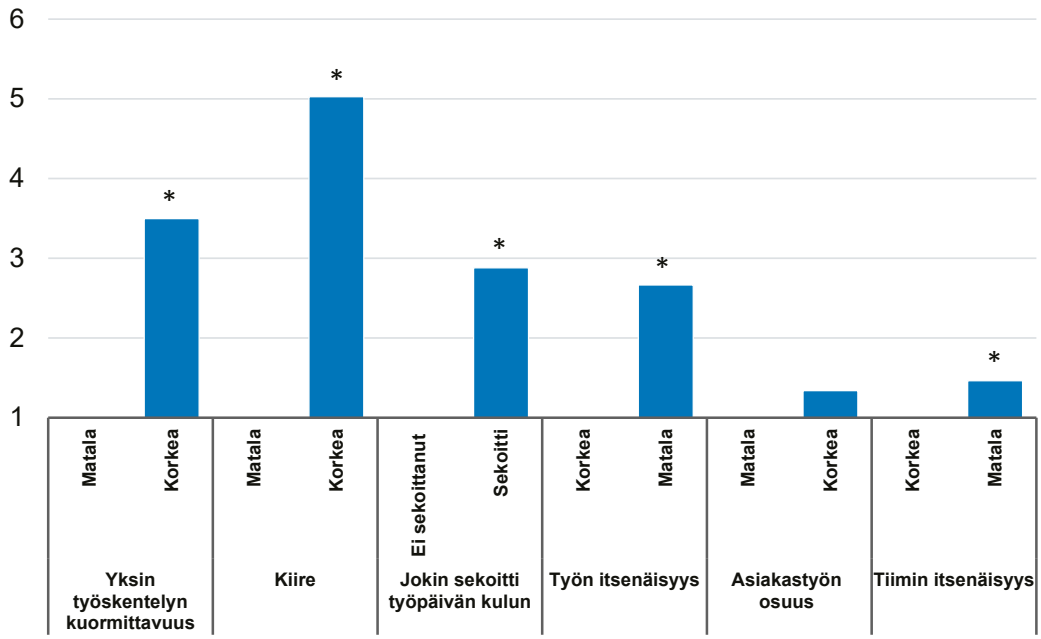
Kuvio 3.5. Hoidon jatkuvuuden yhteys kuormitustekijöihin ja työtyytyväisyyteen kotihoidossa. Tilastollisesti merkitsevät erot on osoitettu asteriskilla (*).

Kotihoidossa hoidon jatkuvuuteen olisi syytä kiinnittää huomiota: Jos työntekijä tuntee ennestään ne asiakkaat, joiden luona hänen täytyy käydä, voi se mahdollisesti lieventää kiireen tuntua, verrattuna siihen, että asiakas on työntekijälle täysin vieras. Myös asiakkaan kannalta on todennäköisesti mielekkäämpää, että työntekijä on ennestään tuttu. Asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus todennäköisesti myös helpottuu, kun molemmat tuntevat toisensa. Niissä tapauksissa, joissa vuorovaikutus asiakkaan kanssa on vaikeaa tai asiakas on väkivaltainen tai hänellä on muita käytösoireita, voi olla kuitenkin hyvä kierrättää asiakkuutta (vrt. Corneliusson, ym. 2022). Hoidon jatkuvuuden on nähty olevan yhteydessä esimerkiksi pienempään todennäköisyyteen joutua sairaalahoitoon sekä fyysisen toimintakyvyn kohenemiseen (Russell, ym. 2011). Lisäksi hoidon jatkuvuuden on nähty olevan yhteydessä työssä pysymiseen kotihoidon työntekijöiden keskuudessa (Tourangeau, ym. 2017).

Lisäksi tutkittiin, miten eri kuormitustekijät ennustavat stressiä, kiirettä ja työtyytyväisyyttä. Tätä analysoitiin logistisella regressioanalyysillä, jossa mallissa käytettiin yhtä selittävää muuttujaa, selittävän muuttujan kanssa. Kaikki mallit vakioitiin iällä ja sukupuolella sekä ympärivuorokautisen hoidon malleissa ammattinimikkeellä (sairaanhoitaja/lähihoitaja). Tulokset esitetään kuvioissa niin, että verrokkiryhmän arvo on yksi ja jos jokin tekijä ennusti stressiä, kiirettä tai työtyytyväisyyttä näytetään sen todennäköisyys, jos kyseinen muuttuja saa korkeamman arvoin kuin verrokkiryhmä. Esimerkiksi todennäköisyys stressiin kotihoidossa on suurempi, jos eri asiakkaita on viikossa yli 25. Kotihoidossa stressiä ennusti eniten kiire tai jos jokin tekijä sekoitti työpäivän kulun (kuvio 3.6). Myös ympärivuorokautisessa hoidossa edellä mainitut tekijät ennustivat stressiä, lisäksi yksin työskentelyn kuormittavuus oli merkittävä tekijä (kuvio 3.7). Kotihoidossa myös suurempi asiakastyön osuus, yksin työskentelyn kuormittavuus ja suuri eri asiakkaiden määrä viikossa, eli heikompi hoidon jatkuvuus, ennustivat stressiä. Lisäksi matalampi työn itsenäisyys lisäsi stressin todennäköisyyttä ympärivuorokautisessa hoidossa hieman.

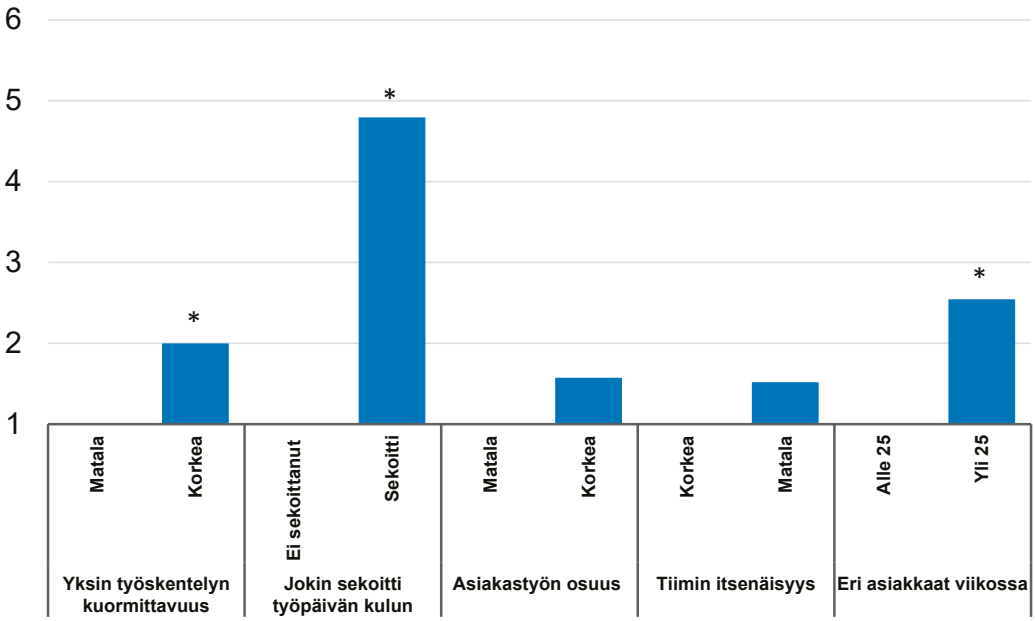


Kuvio 3.6. Stressiä ennustavat koetut muuttujat (kolme ensimmäistä vasemmalta) sekä objektiiviset muuttujat kotihoidossa. Vasemmalla oleva asteikko kuvaa todennäköisyyttä (Odds Ratio ja numero 1 on verrokkiryhmän arvo. Tilastollisesti merkitsevä ero verrokkiryhmään on osoitettu asteriskilla (*).

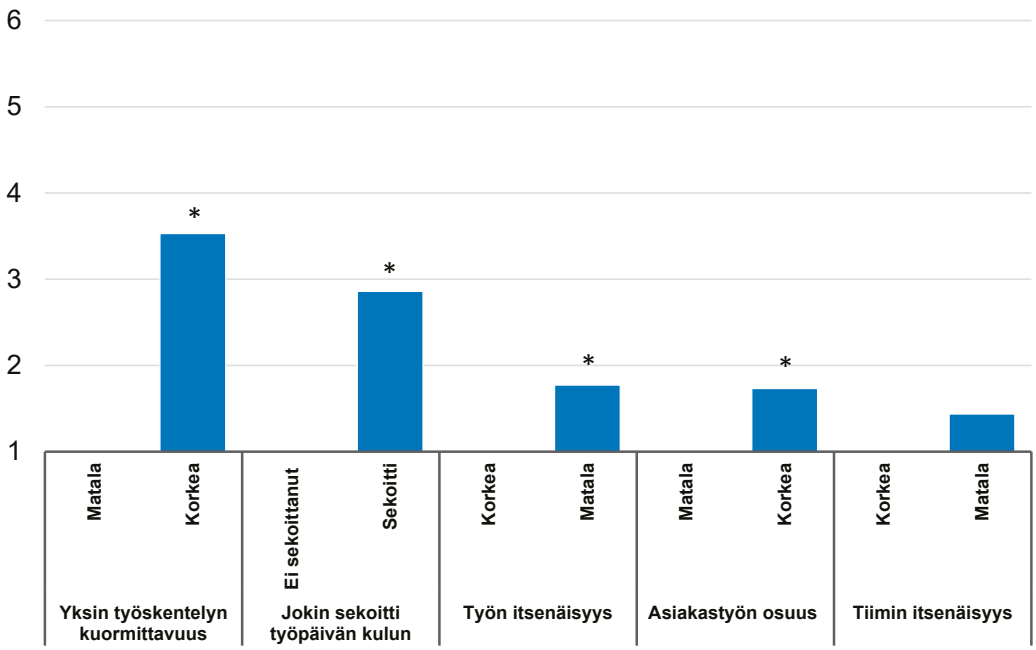


Kuvio 3.7. Stressiä ennustavat koetut muuttujat (neljä ensimmäistä vasemmalta) sekä objektiiviset muuttujat ympärivuorokautisessa hoidossa. Vasemmalla oleva asteikko kuvaa todennäköisyyttä (Odds Ratio), ja numero 1 on verrokkiryhmän arvo. Tilastollisesti merkitsevä ero verrokkiryhmään on osoitettu asteriskilla (*).

Korkeampaa kiireen kokemusta ennusti molemmissa palvelutyypeissä yksin työskentelyn kuormittavuus sekä se, jos jokin tekijä sekoitti työpäivän kulun (kuvio 3.8 ja kuvio 3.9). Kotihoidossa lisäksi suurempi eri asiakkaiden (eli heikompi hoidon jatkuvuus) määrä ennusti korkeampaa kiirettä. Lisäksi ympärivuorokautisessa hoidossa matala työn itsenäisyys ennusti kiirettä.

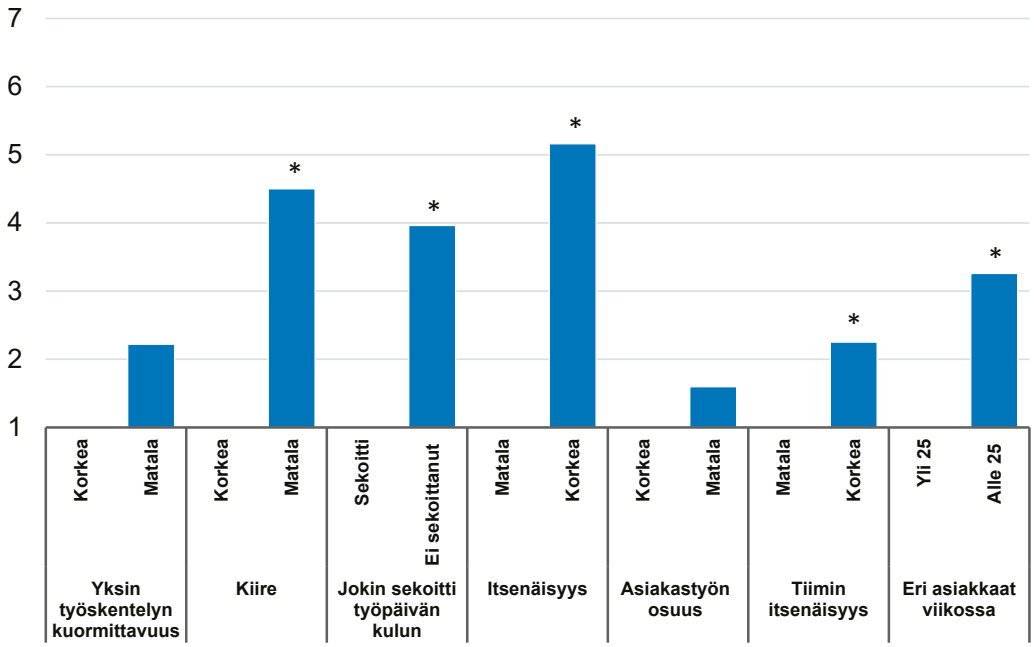


Kuvio 3.8. Kiirettä ennustavat koetut muuttujat (kaksi ensimmäistä vasemmalta) sekä objektiiviset muuttujat kotihoidossa. Vasemmalla oleva asteikko kuvaa todennäköisyyttä (Odds Ratio), ja numero 1 on verrokkiryhmän arvo. Tilastollisesti merkitsevä ero verrokkiryhmään on osoitettu asteriskilla (*).

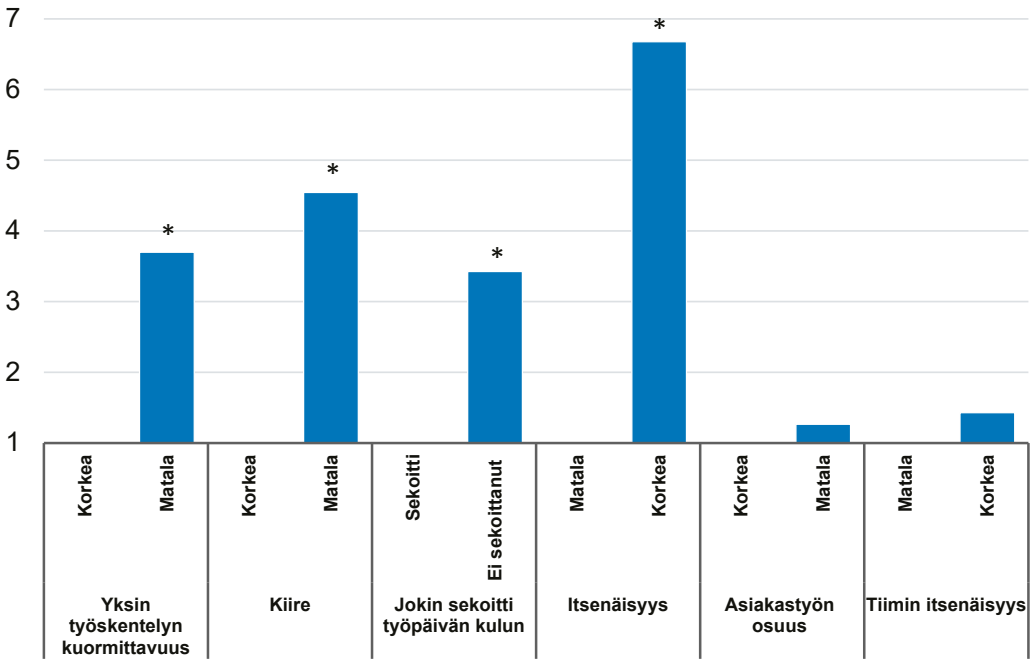


Kuvio 3.9. Kiirettä ennustavat koetut muuttujat (kolme ensimmäistä vasemmalta) sekä objektiiviset muuttujat ympärivuorokautisessa hoidossa. Vasemmalla oleva asteikko kuvaa todennäköisyyttä (Odds Ratio), ja numero 1 on verrokkiryhmän arvo. Tilastollisesti merkitsevä ero verrokkiryhmään on osoitettu asteriskilla (*).

Työtyytyväisyyttä tutkiessa, matalampi kiire ennusti korkeampaa työtyytyväisyyttä molemmissa palvelutyypeissä (kuviot 3.10 ja 3.11). Myös työpäivän sujuvuus ja korkeampi työn itsenäisyyden kokemus ennusti työtyytyväisyyttä molemmissa palvelutyypeissä. Kotihoidossa lisäksi tiimin itsenäisyys sekä parempi hoidon jatkuvuus, eli vähemmän kuin 25 eri asiakasta viikossa, ennustivat työtyytyväisyyttä.



Kuvio 3.10. Työtyytyväisyyttä ennustavat koetut muuttujat (neljä ensimmäistä vasemmalta) sekä objektiiviset muuttujat kotihoidossa. Vasemmalla oleva asteikko kuvaa todennäköisyyttä (Odds Ratio), ja numero 1 on verrokkiryhmän arvo. Tilastollisesti merkitsevä ero verrokkiryhmään on osoitettu asteriskilla (*).



Kuvio 3.11. Työtyytyväisyyttä ennustavat koetut muuttujat (kolme ensimmäistä vasemmalta) sekä objektiiviset muuttujat ympärivuorokautisessa hoidossa. Vasemmalla oleva asteikko kuvaa todennäköisyyttä (Odds Ratio), ja numero 1 on verrokkiryhmän arvo. Tilastollisesti merkitsevä ero verrokkiryhmään on osoitettu asteriskilla (*).

Se, että jokin tekijä sekoitti työpäivän kulun, oli yhteydessä niin korkeampaan stressiin kuin kiireeseenkin. Lisäksi sen nähtiin olevan yhteydessä heikompaan työtyytyväisyyteen. Tulosten perusteella emme kuitenkaan voi sanoa, mitkä tekijät milloinkin sekoittivat työpäivän kulkua. Tätä voi mahdollisesti selittää se, että jos työntekijöitä oli poissa, sekoitti se toisten työntekijöiden työpäivää. Silloin, jo ennestään täysien asiakaslistojen päälle, saattoi tulla vielä lisää asiakkaita, jos sijaisia ei saatu. Tämän on havaittu olevan erityisesti kotihoidon ongelma myös aiemmassa tutkimuksessa (Ruotsalainen, ym. 2020). Hieman yllättäen työntekijöiden päivän aikaisten asiakkaiden kuntoisuudella ei ollut yhteyttä kuormitukseen, minkä vuoksi yhteyksiä ei ole tässä raportoitu.

3.4.5 Kiire ja henkilöstöpula heikentävät hoidon laatua, mutta tilanne vaihtelee yksiköiden välillä

Esimiesten haastattelut ja työntekijöiden laadullinen kysely täydensivät kvantitatiivisen aineiston kuvaa työn kuormituksesta. Hankkeessa toteutettujen esihenkilöiden haastattelujen sekä työntekijöille suunnatun laadullisen kyselyn perusteella vaikuttaa siltä, että

työntekijäpula sekä sijaisten käyttö nähtiin hoidon laatua heikentävinä asioina. Työntekijöiden rekrytointivaikeudet kuormittivat niin esihenkilöitä, kuin työntekijöitäkin. Vaikka useilla alueilla on henkilöstöpooleja tai yhteisiä sijaispooleja, jouduttiin sijaisia etsimään monella eri tavalla. Esimiehet kokivat ongelmalliseksi myös se, että vuokratyöntekijät – joita jouduttiin myös käyttämään – eivät tunne asiakkaita ja yksiköiden toimintatapoja, mikä kuormitti vakituisia työntekijöitä ja heikensi palvelun laatua (Corneliusson, ym. 2022).

Molemmista aineistoista kävi ilmi, että erityisesti pitkät sairaslomat olivat hankalia (Corneliusson ym. 2022). Työntekijät kertoivat, että se, että sijaisia ei saatu, kuormitti entisestään jo kuormittuneita työntekijöitä ja esihenkilöt taas toivat esiin, että vaikka sijaisia yritettiin rekrytoida, hakijoita avoimiin paikkoihin ei välttämättä ollut. Lisäksi molemmissa aineistoista nousivat esiin toiminnanohjausjärjestelmien hankaluudet, esimerkiksi niissä tilanteissa, joissa henkilökuntaa on poissa tai jotakin muuta yllättävää tapahtui kesken päivän. Näissä tilanteissa työntekijät kokivat, että työn kuormitus lisääntyi entisestään, kun muutosten tekeminen toiminnanohjausjärjestelmän listoihin oli hankalaa. Erityisesti silloin, kun toiminnanohjausjärjestelemien käyttö tapahtui kaupungissa tai laajalla alueella keskitetysti, oli esimiesten hankala keskustella työnjakajien kanssa. Esimiehet kokivat ongelmaksi myös se, että toiminnanohjausjärjestelmät eivät tunnistaneet asiakkaan omahoitajaa tai käyntejä suunniteltiin tiimirajojen yli (Corneliusson ym. 2022).

Esimiesten ja työntekijöiden kokemukset eivät suinkaan olleet niin negatiivisia kuin julkinen keskustelu antaa ymmärtää (Corneliusson ym. 2022). Tilanne kuitenkin vaihteli voimakkaasti yksiköittäin ja esimerkiksi työvoimapula oli varsin hankala ja kovaa kiirettä oli osassa tutkituista yksiköistä. Niissä yksiköissä, joissa oli työvoimapulaa, esimiesten aika kului sijaisten hankkimiseen ja jatkuva sijaisten puute, työvuorojen vaihtuminen sekä ylimääräisten vuorojen teko kuormittivat työntekijöitä. Kiireessä ei kuitenkaan aina ollut kyse siitä, että henkilöstöä oli vähän (Corneliusson ym. 2022).

Työn organisoinnilla oli paljon merkitystä. Kyse oli esimerkiksi siitä, että kotihoidon käyntilistat koettiin epärealistisiksi, eikä niitä ollut suunniteltu työntekijöiden mielestä loogisesti tai käyntejä oli suunniteltu päällekkäin. Vaikka useissa kunnissa ja alueilla on viime vuosina pyritty karsimaan aamusta sellaisia käyntejä, joita ei ole pakko toteuttaa aamulla, sekä työntekijät että esimiehet kritisoivat aamupainotteisuutta ja kiirettä aamuisin.

Kuitenkin sekä esihenkilöiden, että työntekijöiden aineistoista nousi esiin useita tekijöitä, jotka lisäsivät voimavaroja työssä ja kokemusta paremmasta hoidon laadusta.

Esihenkilöiden aineistosta esiin nousi positiivinen työilmapiiri ja esimerkiksi avoin kommunikaatio, joka lisäsi työntekijöiden tyytyväisyyttä työssään (Corneliusson, ym. 2022).

Myös työntekijöiden aineistosta nousi samankaltaisia tuloksia: hyvin toimiva työyhteisö koettiin suurena voimavarana, joka auttoi jaksamaan suuren työtaakan kanssa.

Valmentavan johtamisen ajatukset nousivat esihenkilöiden haastatteluista esiin yhtenä keskeisenä resurssitekijänä. Työntekijöiden itsenäisyyttä ja mahdollisuuksia työn itsenäiseen suunnitteluun pidettiin tärkeänä. Samoin työntekijöiden sitoutumista asiakkaiden itsenäisyyden ja omien voimavarojen käyttöön pidettiin tärkeänä.

Vaikka edellä toiminnanohjausjärjestelmät nousivat esiin kielteisessä mielessä, niiden todettiin myös helpottavan esimiehen työtä, mikäli työn suunnittelijat olivat lähellä työyksikköä ja tunsivat paikalliset olot.

3.4.6 Hoitajat rikkovat sääntöjä tarjotakseen kokonaisvaltaista hoitoa

Aikamittaus, ennen-jälkeen ja organisaatiokyselyn tietoja hyödyntäen tutkittiin myös mitkä tekijät ovat yhteydessä sääntöjen ja toimintaperiaatteiden noudattamatta jättämiseen kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Kotihoidossa lisääntyvät päivittäiset asiakasmäärät, vähenevä määrä välillistä työtä, niiden asiakkaiden hoitaminen, jotka vaativat vähemmän resursseja ja työntekijän korkeampi ikä lisäsivät todennäköisyyttä sääntöjen ja toimintaperiaatteiden noudattamatta jättämiseen. Ympärivuorokautisessa hoidossa lisääntyvä keskeytysten määrä, tiimin pienempi itsenäisyys ja yksityisellä puolella työskenteleminen lisäsivät todennäköisyyttä sääntöjen ja toimintaperiaatteiden noudattamatta jättämiseen. Sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoidossa koettu stressi ja koettu resurssipuute olivat myös yhteydessä sääntöjen ja toimintaperiaatteiden noudattamatta jättämiseen.

On mahdollista, että kotihoidossa työntekijät joutuvat jättämään sääntöjä ja toimintaperiaatteita noudattamatta, etenkin niiden asiakkaiden kanssa, jotka vaativat vähemmän resursseja. Tämä voi johtua siitä, että työntekijät pyrkivät saamaan lisää aikaa asiakkaille, jotka vaativat enemmän resursseja. Ympärivuorokautisessa hoidossa saatu hoitoaika ei ollut yhteydessä sääntöjen ja toimintaperiaatteiden noudattamatta jättämiseen, mutta koettu kiire ja resurssipuute oli. On näin ollen mahdollista, että ympärivuorokautisessa hoidossa jätetään sääntöjä ja toimintaperiaatteita noudattamatta, jotta voidaan tarjota hoitoa, joka *koetaan* kokonaisvaltaiseksi ja riittäväksi. Vaikka aiheesta tarvitaan lisää tutkimuksia, resurssien lisääminen voi lisätä mahdollisuuksia sääntöjen ja toimintaperiaatteiden noudattamiseen sekä lisätä työntekijöiden työhyvinvointia.

Tässä alaluvussa tarkasteltiin kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon työntekijöiden arvioita työstään ja sitä, mitkä tekijät selittävät koettua kuormitusta ja toisaalta tyytyväisyyttä työhön yhden työvuoron aikana. Muuttujina käytettiin niin kokemuksellisia muuttujia kuin objektiivisia mittareita, esimerkiksi suoran asiakasajan osuutta sekä tiimin it-

senäisyyttä. Tässä tutkimuksessa kiire ja stressi olivat erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa matalammalla tasolla niissä tiimeissä, joissa oli korkeampi itsenäisyys. Kotihoidossa tiimin itsenäisyys näkyi korkeampana työtyytyväisyytenä. Lisäksi tarkasteltiin hoidon jatkuvuuden yhteyttä eri kuormitustekijöihin sekä työtyytyväisyyteen. Tulosten perusteella näyttäisi, että kotihoidossa hoidon jatkuvuuteen olisi syytä kiinnittää huomiota, sillä sen, että työntekijällä oli viikon aikana vähemmän eri asiakkaita, havaittiin olevan yhteydessä moniin eri tekijöihin. Jos työntekijä tuntee ennestään ne asiakkaat, joiden luona hänen täytyy käydä, voi se mahdollisesti lieventää kiireen tuntua, verrattuna siihen, että asiakas on työntekijälle täysin vieras. Myös asiakkaan kannalta on todennäköisesti mielekkäämpää, että työntekijä on ennestään tuttu. Se, että jokin tekijä sekoitti työpäivän kulun, oli yhteydessä niin korkeampaan stressiin kuin kiireeseenkin. Lisäksi sen nähtiin olevan yhteydessä heikompaan työtyytyväisyyteen. Tulosten perusteella emme kuitenkaan voi sanoa, mitkä tekijät milloinkin sekoittivat työpäivän kulkua.

3.5. Vanhustyössä työskentelevien hoitajien ja esihenkilöiden näkemyksiä vanhustyön vetovoimaisuutta edistävistä tekijöistä

Haastattelimme 40 vanhustyössä työskentelevää hoitajaa ja esihenkilöä selvittääksemme keinoja, joita heidän mukaansa tarvitaan vanhustyön vetovoiman lisäämiseksi. Haastatteluiden perusteella vanhustyön vetovoimaisuuden edistämiseksi tarvitaan samanaikaisesti keinoja yksilö-, työyhteisö- ja yhteiskuntatasoilla. Eri tasoilla samanaikaisesti tarvittavia keinoja ovat myönteisten näkökulmien esille tuominen vanhustyöstä, resurssien riittävyyden varmistaminen ja työhyvinvoinnin edistäminen. (Korkiakangas ym. 2022.)

Vanhustyön vetovoimaisuutta edistävät keinot liittyvät toisten arvostamiseen, myönteisen ilmapiirin luomiseen työpaikalla sekä hyvän ammatillisen ohjauksen ja tuen antamiseen alan opiskelijoille ja uusille työntekijöille. Työyhteisön merkitys on iso myös siinä, että opiskelijat ja uudet työntekijät saavat alasta ja työyksiköstä myönteisen kuvan ja hyvän perehdyttämisen. Mikäli kiire estää tätä, sijaiset ja opiskelijat hakeutuvat toisiin yksiköihin. Työ on muuttunut kuormittavammaksi ja asiakkaat ovat huonompi kuntoisia. Kiireen, hoitajien vähyyden ja uupumisen koetaan näkyvän siinä, että riittävään kollegiaaliseen ohjaukseen ei ole voimavaroja. Työyhteisössä, jossa ilmapiiri on turvallinen, kannetaan yhdessä vastuuta työstä ja sen sujuvuudesta. Myös se, että työyhteisössä huomioidaan onnistumisia, vahvistaa hyvää työilmapiiriä. (Korkiakangas ym. 2022.)

Myönteisten asioiden esille tuominen vanhustyöstä (asiakkaiden ja omaisten kohtaaminen ja heiltä saatu palaute, monipuolinen työnkuva, erilaiset työn sisällöt ja työtehtävät, kehittymis- ja etenemismahdollisuudet ja mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön) sekä julkinen arvostus ja kiitos lisäävät vetovoimaa. Koska vanhustyöstä nostetaan esille lähinnä kielteisiä asioita, on alalle muodostunut ikävä maine, jossa myönteiset asiat jäävät

syrjään. Se vähentää alan vetovoimaisuutta. Vanhustyön kielteinen maine aiheuttaa ristiriitaisia tunteita myös alalla työskentelevissä, mikä saa miettimään uran vaihtoa. (Korkiakangas ym. 2022.)

Yhteiskunnallisina keinoina nousi esille myös palkkaus, mutta sen ei koettu olevan yksin ratkaisu alan vetovoimaisuuden lisäämisessä. Riittävien resurssien varmistaminen kuvattiin välttämättömäksi keinoksi vanhustyön vetovoimaisuuden edistämisessä. Riittämättömät resurssit aiheuttavat kiireen ja sen, että työtä ei pystytä tekemään, kuten haluttaisiin. Työn vaatimusten ja resurssien epäsuhta aiheuttaa työn hallinnan heikentymistä, riittämättömyyden tunnetta ja eettistä kuormitusta, joka on yksi syy alalta pois siirtymiseen. (Korkiakangas ym. 2022.)

Vanhustyön vetovoimaisuutta edistävät laadukas johtaminen sekä ajanmukainen, viihtyisä työympäristö ja turvallisuutta lisäävät työvälineet. Kun työyhteisössä on mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja työaikoihin, se koetaan hyvinvointia lisääväksi piirteeksi. Johtamisessa koetaan tärkeäksi huomioida työn ja muun elämän yhteensovittaminen keinona tukea työhyvinvointia ja työn mielekkyyttä. Esihenkilöiden työssä korostuu se, että aikaa kuluu riittävän hoitajien määrän järjestämiseen. Riittävä määrä työntekijöitä työyhteisössä koetaan tärkeäksi myös hoitajien mielestä ja hoitajat tunnistavat henkilöstön saatavuuden vaikeudet. Resurssien riittävyys koetaan edellytykseksi sekä alan vetovoimaisuuden että alalla jaksamisen kannalta. Työntekijöiden osallistaminen arkityön kehittämiseen vahvistaa myös työhyvinvointia. Työhyvinvoinnista ja työntekijöistä huolehtiminen koetaan tärkeäksi. (Korkiakangas ym. 2022.)

LUKU 4
Hyviä käytäntöjä työhyvinvoinnin kehittämiseen vanhustyössä

Tässä kappaleessa esitellään työhyvinvoinnin edistämiseen liittyviä käytäntöjä. Aluksi tarkastellaan eettistä organisaatiokulttuuria ja eettistä kuormitusta vanhustyössä, sekä työntekijöiden moraalista toimijuutta. Organisaatio- ja yksilötason lisäksi tässä kappaleessa käsitellään esihenkilötyötä valmentavan johtamisen ja siihen liittyvien käytäntöjen, esteiden ja mahdollisuuksien kautta. Tämän kappaleen moraaliseen toimijuuteen ja valmentavaan johtamiseen liittyvät tutkimustulokset perustuvat neljällä sote-alueella toteutettuihin haastatteluihin. Näitä haastatteluja tehtiin yhteensä 40. Haastatelluista 23 toimi hoitajana (sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä hoiva-avustajat), ja 17 johtavassa asemassa (johtajat + lähiesihenkilöt).

4.1. Eettinen työkulttuuri työhyvinvoinnin tukena

4.1.1. Eettinen organisaatiokulttuuri

Eettinen organisaatiokulttuuri rakentuu työyhteisössä sosiaalisesti (Huhtala 2013). Se sisältää työyhteisössä jaetut näkemykset oikeasta ja hyväksyttävästä toiminnasta (Kaptein 2008). Eettinen organisaatiokulttuuri voikin tarjota selkeät normit siitä, millaista käyttäytymistä odotetaan (Huhtala 2013, 65) ja toisaalta selkeät normit edistävät epäeettisten käyttäytymisen tunnistamista (Cabana & Kaptein 2021, 775).

Kulttuurisia normeja ja arvoja siis tarvitaan. Ne luovat mahdollisuuksia avoimeen keskusteluun eettisistä asioista, tukevat eettistä päätöksentekoa ja vähentävät näin epävarmuutta eettisten ongelmatilanteissa, mikä edelleen vähentää eettistä kuormittumista. (Huhtala 2013, 65.) Ideaalitilanteessa eettinen organisaatiokulttuuri tukee päätöksentekoa moraalisesti vaikeissa tai stressaavissa tilanteissa, ja toimii näin resurssina ja mahdollisesti suojaavana tekijänä ehkäisten sairauspoissaoloja ja poissaoloja. (Kangas ym. 2017, 141.) Eri yksiköissä jäsenet sosialisoituvat todennäköisemmin oman yksikön alakulttuuriin ja omaksuvat yhteisiä, jaettuja käsityksiä organisaatiokulttuurin eettisyydestä (Kangas ym. 2017). Myös Cabana ja Kaptein (2021, 774) esittävät, että organisaatioissa eri tiimien eettinen kulttuuri voi erota muiden tiimien eettisestä kulttuurista. Vaikka organisaation eettinen kulttuuri onkin juurtunut jäseniin sekä prosesseihin ja rakenteisiin, voidaan työntekijöiden käsityksiin ja käyttäytymiseen vaikuttaa (Colaco & Loi 2019). Huhtala korostaakin, että organisaatioiden tulee varmistaa myös työssä, jossa on paljon painetta ja rajalliset resurssit, että työntekijöillä on mahdollista toimia eettisten arvojen mukaisesti. Eettisten

hyveiden ylläpitäminen organisaatiossa voi helpottaa kestäviä ratkaisuja myös taloudellisten kriisien aikana (Huhtala 2013, 63).

Eettisen ongelmat ovat osa organisaation päivittäistä arkea ja nousevat esiin työntekijöiden ja johdon toiminnassa organisaation kaikilla tasoilla (Hiekkataipale & Lämsä 2017, 464). Kun työntekijät kokevat esihenkilön toimivan eettisenä roolimallina, he voivat olla halukkaampia raportoimaan epäeettisestä käyttäytymisestä ja rohkaistumaan toimimaan itse epäeettisessä tilanteessa, kun heillä on oman esihenkilön tuki (Cabana & Kaptein 2021, 775–776). Kankaan ym. (2017) mukaan erityisesti lähityönjohtajan eettinen roolimallius ja mahdollisuus keskustella eettisistä kysymyksistä ovat tärkeitä tekijöitä sairaslomien ehkäisyssä organisaatioissa. Eettinen johtajuus lisää työntekijöiden halukkuutta raportoida eettisistä ongelmista, mikä heijastaa työntekijöiden luottamusta organisaation johtamiseen ja siihen, että johto ryhtyy asianmukaisiin ja korjaaviin toimiin (Hassan ym. 2014, 340). Toisaalta, jos työntekijöitä ei johdon tasolta rohkaista käyttäytymään eettisesti, se voi johtaa kyynisyyteen ja vähentää sitoutumista organisaation tavoitteisiin ja eettisen käyttäytymisen heikkenemiseen (Hiekkataipale & Lämsä 2019, 157.) Koska eettiset ongelmat tuottavat ristiriitaa ja saattavat aiheuttaa työntekijöille ja johtajille stressiä, yksilöt voivat myös rationalisoida tilannetta ja alitajuisesti välttää eettisiä kysymyksiä neutraloidakseen eettisestä näkökulmaa päätöksentekotilanteissa. Näin työntekijä tai johtaja voi etäännyttää itsensä eettisestä vastuusta. (Huhtala 2013, 65.)

Yksittäisen työntekijän käsitys organisaation eettisyydestä vaikuttaa työmotivaatioon. Vaikka ylin johto vastaa eettisen kulttuurin määrittelystä, työntekijän välitön työympäristö vaikuttaa motivaatioon enemmän. Vahvasti motivoituneet työtekijät edellyttävät arvojen ja uskomusten yhdenmukaistamista omassa työympäristössään sekä etiikkaan liittyviä selkeitä ja toteutettavissa olevien odotuksia. (Colaco & Loi 2019, 1045-1046.) Kankaan ym. (2017, 141) mukaan eettisellä organisaatiokulttuurilla onkin muiden psykososiaalisten työtekijöiden ohella merkittävä rooli työntekijöiden hyvinvoinnin edistämisessä sairauspoissaoloilla mitattuna. Epäeettinen kulttuuri johtaa yksilön sairaslomiin johtuen esimerkiksi ristiriidasta yksilön ja organisaation arvojen välillä, epätasapainosta vaatimusten ja resurssien välillä, eri tilanteiden tulkinnasta ja yksilön persoonallisuudesta.

Vaikka työntekijät voivat kokea työyksikön eettisen kulttuurin jokseenkin samalla tavalla, tämä ei välttämättä johda poissaoloihin yksikkötasolla, mutta voi johtaa yksittäisen työntekijän jäämiseen sairauslomalle. Onkin tärkeää kiinnittää huomiota yksilöihin, koska he ovat viime kädessä muodostavat työryhmät ja pitkällä aikavälillä alakulttuurit työpaikalla. (Kangas ym. 2017, 141.) Yksilötasolla voidaan jo organisaation rekrytoinnissa koota tietoa hakijan moraalisesta ja eettisestä käyttäytymisestä sen sijaan, että keskitytään vain suo-

ritukseen tai osaamiseen. Rekrytoimalla hyveitä ylläpitäviä moraalisia agentteja voidaan edistää eettistä organisaatiokulttuuria. (Hiekkataipale & Lämsä 2019, 157.)

4.1.2. Eettinen kuormitus

Vaikka eettisen organisaatiokulttuurin hyödyt ovat kiistattomat, saattavat työntekijät kohdata työssään useita eettisesti ja moraalisesti ristiriitaisia tilanteita, jotka voivat johtaa eettiseen kuormitukseen. Eettisellä kuormituksella tarkoitetaan stressireaktiota, joka syntyy, kun ei voi toimia oikeaksi katsomallaan tavalla. Ymmärtääksemme eettisen kuormituksen käsitettä ja sen vaikutuksia laaja-alaisesti, toteutimme systemaattisen kartoittavan katsauksen aiemmasta tutkimuskirjallisuudesta. Kartoitimme

1. syitä iäkkäiden palveluiden työntekijöiden eettisen kuormituksen kokemiselle;
2. seurauksia, joita eettinen kuormitus aiheuttaa iäkkäiden palveluiden työntekijöille sekä
3. interventioita, joilla voidaan lieventää iäkkäiden palveluissa työskentelevien eettistä kuormitusta.

Kirjoitimme kartoituksen tuloksista tieteellisen artikkelin Understanding Moral Distress among Eldercare Workers: A Scoping Review. Löysimme kartoituksessa kattavilla hakukriteereillä yhteensä 200 vertaisarvioitua artikkelia, joista kartoituksen kannalta oleellisiksi seulottiin 14 artikkelia. Kartoituksen tuloksena havaitsimme, että luotettavaa näyttöä eettisen kuormituksen syistä tai seurauksista iäkkäiden palveluiden työntekijöillä ei löydetty, koska aiemmat tutkimukset ovat olleet joko kvalitatiivisia tai kvantitatiivisia pienillä aineistoilla. Myöskään yhtään interventiotutkimusta eettisen kuormituksen lieventämisestä ei löytynyt.

Löysimme kuitenkin erityisesti kvalitatiivisista tutkimuksista selitysmalleja eettisen kuormituksen syille ja seurauksille iäkkäiden palveluiden työntekijöillä (ks. kuva 4.1). Paikansimme katsaukseen valittujen artikkeleiden perusteella eettisen kuormituksen syiksi työpaikan organisatoriset rajoitteet, kuten epäreilu johtaminen ja alimitoitettu aika asiakkaiden kanssa; henkilö- ja valtasuhteet, esimerkiksi muiden ammattiryhmien tai epäpäteviksi koettujen kollegoiden kanssa; potilaiden hoitoon liittyvät haasteet, kuten potilaiden kärsiminen ja turha hoito sekä työntekijöiden osaamattomuuden ja turvattomuuden tunteet. Seurauksiksi on havaittu poissaolo työstä, ongelmat mielenterveyden kanssa, epäterveelliset ja epäsosiaaliset elämäntavat sekä fyysiset oireet.

Kuva 4.1. Eettisen kuormituksen syitä ja seurauksia iäkkäiden palveluiden työntekijöillä.

Kartoituksen tulokset osoittavat, että iäkkäiden palveluiden työntekijöiden kokemasta eettisestä kuormituksesta, sen syistä ja seurauksista, tarvitaan lisää luotettavaa tutkimustietoa. Tutkimustietoa interventioita, joilla voidaan vähentää heidän työssään kokemaa eettistä kuormitusta, tarvitaan myös lisää.

4.2 Moraalinen toimijuus vanhustyössä

Kuten aiemmin jo totesimme, rakentuu eettinen organisaatiokulttuuri jaetusti, työyhteisön sosiaalisessa toiminnassa (Huhtala, 2013), jossa jokaisella yksittäisellä toimijalla on merkittävä rooli. Voidaankin sanoa, että eettisesti vastuullinen toiminta edellyttää yksilöiltä moraalista toimijuutta. Toimijuus liitetään yleisesti kykyyn toimia: toimija ei ole vain passiivisesti ympäristön vaikutuksen kohteena, vaan pystyy toimimaan jollain tavoin suunnitelmallisesti (Mayr 2011 6-12; 18-19; Himma, 2009). Toimijuus muodostuu ihmisen kyvystä asettaa itselleen mielekkäitä tavoitteita, kyvystä ymmärtää kausaalisuhteita ja

tehdä rationaalisia päätöksiä sekä kyvystä tavoitella hyvinä pitämiään päämääriä toiminnallaan (Hallamaa 2017, 21-24.) Kun toimija on osa jotain eettistä normistoa ja alisteinen moraalisille velvollisuuksille ja oikeuksille, voidaan häntä pitää lisäksi moraalisena toimijana. Hänen toimintaansa arvioidaan suhteessa siihen, millaisia vaikutuksia sillä on muiden ihmisten hyviin. Vain aitoa moraalista toimijaa eli agenttia voidaan pitää vastuullisena valinnoistaan ja teoistaan. (Hallamaa & Kalliokoski 2020.)

Yksilön sisäiset ominaisuudet vaikuttavat siihen, missä määrin hän on kykenevä tai halukas toimimaan moraalisesti oikein (Hallamaa 2017 26; 37-42; 70-72). Ympäristö- ja tilannetekijöillä on kuitenkin merkittävä vaikutus siihen, missä laajuudessa ihminen voi toimia eettisten periaatteiden mukaisesti. Voidakseen tehdä vapaita valintoja, on ympäristön tunnistettava ihmisen tarve toimijuuteen ja tuettava sen toteutumista. (Laitinen ym. 2019; Hallamaa 2017, 28; 261-263.)

Hoitotyön tutkijat ovat esittäneet, että moraalisen toimijuuden rajoittuminen on ennakkoehto eettiselle kuormitukselle (McCarthy & Monterverde 2018; Jameton 2013; Lutzen & Kvist 2012; Peter & Liaschenko 2004). Eettistä kuormitusta syntyy, kun hoitaja ei voi toimia tai ei tiedä varmuudella toimiiko omien arvojensa mukaisesti (Fourie 2015; Feldt ym. 2012). Työntekijöiden toimintamahdollisuuksia ja autonomian toteutumista vanhustyössä on tutkittu runsaasti (ks. esim. Olakivi 2018; Carstensen ym. 2022). Sen sijaan eettisen kuormituksen ja moraalisen toimijuuden ulottuvuuksia on tarkasteltu vanhustyön kontekstissa hyvin niukasti. Ymmärtääksemme näitä ilmiöitä syvemmin, tarkastelimme Hyvä veto -hankkeessa vanhustyössä työskentelevien hoitajien kohtaamia moraalisia ristiriitoja heidän moraalisen toimijuutensa toteutumisen näkökulmasta. Analyysimme pohjautui vanhustyössä työskentelevien hoitajien ja esihenkilöiden yksilöhaastatteluihin.

Tutkimuksessa havaittiin, että useat seikat rajoittivat vanhustyöntekijöiden mahdollisuuksia asettaa tavoitteita, tehdä moraalisia valintoja sekä toimia moraalin mukaisesti. Moraalista toimijuutta rajoittavia tekijöitä olivat esimerkiksi puutteellisten resurssien aiheuttama kiire, hoitajan asema organisaation hierarkiassa, ongelmat tiedonsaannissa ja organisaatiokulttuurissa, osaamisen puutteet sekä vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen vaatimus.

Lisäksi todettiin, että työntekijöiden kohtaamissa moraalisissa ristiriidoissa ei aina ollut kyse hoitajan oman moraalisen toimijuuden selvästä rajoittumisesta. Hoitotyön arjessa esiintyi useita eettisiä rajapintoja, joiden äärellä hoitajien toiminnan moraaliset perusteet ikään kuin hämärtyivät. Osa hoitajista koki syyllisyyttä omasta toiminnastaan silloinkin, kun he olivat täyttäneet kaikki työhönsä liittyvät velvollisuudet. Hoitajat saattoivat jopa kokea häpeää ja syyllisyyttä muiden työyhteisönsä jäsenten toiminnasta, vaikka olivat tehneet voitavansa virheiden korjaamiseksi estämiseksi. Voimakas halu auttaa ja edistää vanhusten hyvää saattoi johtaa pohjattomaan riittämättömyyden kokemukseen. Toisaal-

ta sama tarve sai osan hoitajista ylittämään omat oikeutensa ja tekemään moraalisia valintoja vanhusten puolesta silloinkin, kun sille ei ollut riittäviä perusteita. Vanhuksen näkemys esimerkiksi hänelle parhaasta asuinpaikasta ohitettiin, jos sen koettiin uhkaavan vanhuksen hyvinvointia. Suojellessaan vanhusta tämän omilta päätöksiltä hoitajat eivät kuitenkaan tunnistaneet vanhuksen oman moraalisen toimijuuden tärkeyttä.

Tutkimuksemme alleviivaa hoitotyön arjessa koettujen moraalisten kysymysten epämääräisyyttä ja oikein toimimisen herkkää tasapainoa. Laadukkaassa hoivassa hoitajien moraalisen toimijuuden on ajoittain rajoituttava, jotta vanhusten toimijuus voisi toteutua. Eettinen kuormitus on siten ajoittain väistämätöntä ja hoitotyön eettisten arvojen mukaista. Toisaalta tutkimuksemme perusteella useat vanhustyössä koetut moraaliset ristiriidat olisi mahdollista välttää tai niiden aiheuttamaa hämmennystä ja ahdistusta voitaisiin lieventää eettistä organisaatiokulttuuria vahvistamalla.

Työyhteisöissä tulisi ensinnäkin luoda yhteiset eettiset periaatteet ja toimintaohjeet vaikeiden moraalisten tilanteiden varalle. Hoitajien moraalinen päätöksenteko helpottuisi, jos heillä olisi valmiiksi selvä näkemys eettisistä raameista, joihin tukeutua ongelmien noustessa, ja joita vasten peilata oma oikeuksia, vastuita ja valintoja. Yhteisten eettisten periaatteiden juurruttamiseksi olisi myös taattava säännölliset keskustelumahdollisuudet moraalisten kysymysten käsittelemiseksi. Vaikeiden ja epäselvien tilanteiden purkaminen esihenkilön tai työyhteisön kanssa voisi auttaa sietämään työn herättämiä negatiivisia tunteita. Lisäksi moraalisten ristiriitojen tuominen yhteiseen keskusteluun tukisi päätöksenteon läpinäkyvyyttä ja loisi mahdollisuuksia yhdessä oppimiselle.

Vielä viimeiseksi on kiinnitettävä huomiota siihen, mitä hoitajilta voidaan vaatia resurssien ollessa niukkoja. Tarvitaan laajempaa yhteiskunnallista keskustelua siitä, tulisiko hoitajille asetettuja tavoitteita suhteuttaa vastaamaan realistisia toimintamahdollisuuksia. Nykyisessä tilanteessa hoitajat joutuvat liian usein kohtamaan puutteellisten resurssien aiheuttamat seuraukset ja kokemaan syyllisyyttä ongelmista, joihin heidän ei ole mahdollista vaikuttaa.

Aiempi tutkimus on osoittanut, että ammatillinen toimijuus parantaa työn imua, jolla taas on myönteisiä vaikutuksia työntekijän hyvinvointiin, työsuoritukseen sekä työyhteisöön sitoutumiseen (Hakanen 2002). Myös vanhustyössä työskentelevät ovat itse nostaneet työhön vaikuttamisen yhdeksi työn vetovoimatekijäksi (Korkiakangas ym. 2022). Moraalisen toimijuuden toteutumista voidaan pitää erityisen tärkeänä, sillä moraalisessa toiminnassa on viime kädessä kyse ihmisten kaikkein perimmäisistä hyvistä.

4.3. Valmentava johtaminen sote-alalla

Kun tarkastellaan toimintaa työyhteisöissä, on esihenkilötyöllä suuri merkitys niin organisaatiokulttuurin rakentumisessa kuin työntekijöiden tukemisessa esimerkiksi eettisten dilemmojen ratkaisemisessa. Valmentavalla johtajuudella viitataan tyypillisesti esihenkilötyöhön, joka tunnistaa ja hyödyntää työntekijän potentiaalia, kehittää hänen kykyjään ja auttaa oppimaan, pyrkimyksenä sekä alaisen että koko organisaation suorituskyvyn edistäminen (kts esim. Bond & Seneque, 2013; Ellinger, Hamlin, & Beattie, 2008; Tanskanen et al., 2018; Viitala, 2004). Valmentavassa johtajuudessa uskotaan työntekijän kapasiteettiin ja kykyyn kehittyä (McCarthy & Milner, 2013) ja tarjotaan hänelle mahdollisuus ottaa itsenäisempää ja vastuullisempaa roolia työssään (Rapp-Ricciardi, Garcia, & Archer, 2018). Valmentavan esihenkilön toiminnalle on ominaista kysymisen, kuulemisen ja havainnoinnin taito ja taito analysoida asioita. Näiden kautta valmentava esihenkilö voi tunnistaa alaisten tarpeita ja rohkaista tätä löytämään vahvuutensa ja hyödyntämään niitä kuhunkin tilanteeseen sopivimmalla tavalla (Batson & Yoder, 2012; Ellinger, Ellinger, & Keller, 2003). Valmentava johtajuus toteutuu ohjauksen, fasilitoinnin ja inspiroinnin kautta (Heslin et al., 2006). Ohjauksella tarkoitetaan selkeiden suoriutumisodotusten kommunikointia ja rakentavan palautteen antamista suoriutumisesta sekä siitä, miten sitä voidaan parantaa. Fasilitoinnin kautta esihenkilö pyrkii auttamaan ja tukemaan työntekijöiden ongelmanratkaisutaitoja, ja inspiroinnilla viitataan työntekijöiden haastamiseen hyödyntämään ja kehittämään potentiaaliaan (Wang, Gu, Luo, Huang & Liao, 2022).

Esihenkilötyöllä voidaan vaikuttaa myös työntekijöiden työhyvinvointiin, ja esimerkiksi työntekijöiden työn imuun (Breevaart ym. 2015). Työn kontekstissa merkittävä työhyvinvoinnin ja motivaation lähde on yksilön psykologisten perustarpeiden (autonomia, kompetenssi ja yhteisöllisyys) täyttyminen. Esihenkilö voi toiminnallaan edesauttaa näiden perustarpeiden täyttymisessä, ja tämän kaltaista johtajuutta kutsutaan sitouttavaksi johtajuudeksi (engaging leadership). Sitouttava johtaja valtuuttaa alaisiaan osallistamisen ja autonomian tukemisen kautta, lisää näiden kompetenssia vaikutusmahdollisuuksien ja kiinnostavien työtehtävien avulla, ja yhdistää yhteisöllisyyttä kannustamalla ihmisiä yhteistyöhön ja pitämällä yllä positiivista työilmapiiriä. (Schaufeli, 2015.)

Tämän tutkimuksen tulokset perustuvat hankkeessa tehdyille haastatteluille. Haastatteluista tunnistettiin neljä johtajuuteen liittyvää osa-aluetta, joiden voidaan nähdä liittyvän valmentavan johtajuuden ilmenemiseen tai sen puuttumiseen työpaikoilla; yksilöllistäminen, tasapuolisuus, itseohjautuvuuden tukeminen ja luotettavuus. Yksilöllistävä valmentava johtajuus näyttäytyi yksilön vahvuuksien ja osaamisen tunnistamisena ja tukemisena sekä ihmisille tarjottuina mahdollisuuksina vahvuuksien ja osaamisen hyödyntämiseen työssä. Yksilönä huomiointiin kuului oleellisena osana myös huolehtiminen, eli esihenkilö kysyi työntekijöiden kuulumisia ja oli tietoinen kullekin merkityksellisistä asioista. Tasapuolinen kohtelu tiiminä liittyi puolestaan muun muassa työvuorolistojen tasapuoliseen

suunnitteluun sekä erilaisten vastuualueiden jakamiseen kaikkien työntekijöiden kesken. Valmentava johtajuus oli myös tiimien yhteisöohjautuvuuden tukemista, eli hyvä esihenkilötyö vahvisti tiimien tasolla tapahtuvaa päätöksentekoa ja vaikutusmahdollisuuksia ja oli asenteeltaan valtuuttavaa. Luotettavuus ja aitous olivat tärkeitä hyvää johtajuuteen liitettyjä osa-alueita, ja ne ilmenivät läsnäolona, tavoitettavuutena, kuunteluna, avoimuutena ja 'omien puolella olemisena'.

Valmentavan johtajuuden mahdollistajat ja esteet: Haastatteluista löytyi myös tekijöitä, jotka joko mahdollistivat tai estivät valmentavan johtajuuden toteutumisen. Ensimmäinen ja useimmin aineistossa toistuva kontekstuaalinen tekijä oli työnteon organisointi, ja siihen liittyi oleellisena resurssit ja niistä huolehtimiseen käytetty aika (esim. sijaisten etsintä, henkilöstön saatavuus, työvuorolistat, sekä korkea esihenkilöiden että työntekijöiden vaihtuvuus). Myös tiimin koko, esihenkilön työnkuvan laajuus ja ajan jakaminen tehtäväkenttien välillä nousivat esiin, kun haastateltavat pohtivat tekijöitä, jotka liittyivät valmentavan johtajuuden ilmenemiseen (tai sen puuttumiseen) työpaikalla. Etenkin esihenkilöt mainitsivat tärkeänä tekijänä sen, millaista tukea he itse työhönsä saivat sekä tiimiltään, kollegoiltaan, omilta esihenkilöiltään ja organisaatiolta. Tiimin sisäinen diversiteetti tarjosi mahdollisuuksia ja haasteita valmentavan johtajuudelle; eri ikäiset työntekijät, ihmisten erilaiset vahvuudet ja kiinnostuksen kohteet ja osaaminen tarkoittivat esihenkilötyössä ajantasaista ymmärrystä omasta tiimistä yksilöinä sekä taitoa vastata erilaisiin tarpeisiin sekä lisäksi kykyä luoda siltoja erilaisten toimijoiden kesken. Tiimin moninaisuuteen liittyi myös eri ammattiryhmien yhteistyöskentely sekä sijaisten ja varahenkilöiden rooli työyhteisössä.

Kolmantena osa-alueena tunnistettiin tiimin hajautuminen, joka tyypillisesti liittyi työn luonteeseen, esimerkiksi kotihoidossa työ oli luonteeltaan liikkuvaa ja monipaikkaista ja tuli huomioida esihenkilötyössä. Esihenkilön saavutettavuuteen liittyviä tekijöitä olivat esihenkilön vastuualueen laajuus ja mahdolliset hänen eri toimipaikkojensa sijainnit. Tähän liittyi myös kokemukset siitä, kuinka esihenkilön ajankäyttö jakaantui esimerkiksi kokousten ja oman tiimin keskuudessa vietetyn ajan kesken. Esihenkilön saatavilla oloon liittyy vahvasti myös psykologisen etäisyyden kokemus, esimerkiksi kuinka avoin esihenkilö oli yhteydenotoille ja vuorovaikutukselle ja kuinka vahva hierakia työyhteisössä vallitsi. Esihenkilön ja työyhteisön jäsenten aikataulujen synkronisuus, eli esimerkiksi ilta-, yö- ja viikonloppujen aikainen eriaikaisuus liittyi siihen, miten valmentavan johtajuuden koettiin työpaikalla toteutuvan. Lisäksi valmentavan johtajuuden mahdollistaviin tai estäviin tekijöitä liittyi organisaatiokulttuuriin, eli työyhteisössä ajan saatossa muodostuneisiin käytänteisiin ja juurtuneisiin tapoihin toimia. Tällöin nousi esiin esimerkiksi varjojohtajuus, eli joidenkin epävirallisten vahvojen vaikuttajien toiminta tai työyhteisön jäsenten keskeinen auttamisen kulttuuri.

Valmentavaan johtajuuteen liitettiin haastatteluissa myös monia positiivisia seurauksia, kuten työpaikkaan sitoutumista, työssä onnistumisen kokemuksia, parempaa työssä jaksamista ja pärjäämisen tunnetta. Onkin tärkeä tunnistaa mahdollisuuksia sekä työympäristötekijöistä kumpuavia haasteita valmentavan johtamisen toteutumiselle. Toteutuessaan valmentava johtaminen on sidoksissa moniin positiivisiin ulostulemiin, jotka hyödyttävät työyhteisöä niin yksilö- kuin tiimitason hyvinvoinnin ja toimivuuden kautta.

LUKU 5
Työolojen ongelmista työntekijälähtöisiin kokeiluihin

Hyvä veto -hankkeessa lähdettiin kehittämään ratkaisuja hoitohenkilöstön työhyvinvointiin kokeilevan kehittämisen keinoin. Hankkeessa toteutettiin neljällä sosiaali- ja terveydenhuollon alueella työyhteisökohtaisia työhyvinvointia ja alan vetovoimaisuutta kohentavia interventiota, joista kehittyneitä toimintatapakokeiluita arvioitiin osallistavasti alueittain.

Hankkeessa toteutettiin 14 eettiseen kuormitukseen liittyvää työyhteisökohtaista työpajaprosessia ja 8 valmentavaa johtamista käsittelevää työpajaprosessia. Lisäksi kuudessa työyhteisössä käynnistettiin kokeneiden ja nuorten välille vertaismentorointia. Työpajoissa keskusteltiin ensin työyhteisön kokemuksista liittyen eettiseen kuormitukseen sekä uudenlaisten johtamiskäytäntöjen tarpeisiin. Työpajojen toisessa vaiheessa osallistujat kehittivät näihin ongelmiin ja tarpeisiin vastaavia kehittämiskokeiluja. Interventiovaiheen työpajat toteutettiin pääosin verkkovälitteisesti johtuen korona-ajan rajoituksista, mutta osanotto oli niihin kokonaisuudessaan laajaa ja innostunutta.

Tässä luvussa esitetään miten eettisen kuormituksen vähentämiseen, valmentavaan johtamiseen sekä mentorointiin liittyvät työpajat toteutettiin. Sen jälkeen nostetaan esiin millaisia tunteita ja näkökulmia eettisen kuormituksen tilanteiden käsittely työpajoissa osallistujissa herätti. Lopuksi avataan, miten työpajoissa muodostettuja työn kehittämiskokeiluita arvioitiin sekä miten kokeilut etenivät käytäntöön.

5.1 Työyhteisöt uusien toimintatapojen käynnistäjinä

Työpajatyöskentely

Toteutimme työpajatyöskentelyn yhteistyössä LAB-ammattikorkeakoulun (LAB), Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun (XAMK), Karelia -ammattikorkeakoulun ja Työterveyslaitoksen kanssa. Työskentely suunnattiin eri ryhmille. Eettisen organisaatiokulttuurin työpajat olivat vanhustyön työyksiköille esim. kotihoidon tiimille, tehostetun palveluasumisen yksikölle tai vuodeosastolle. Pajoihin osallistuivat yksikön hoitohenkilökunta ja esihenkilö. Valmentavan johtamisen työpajat olivat puolestaan suunnattu vanhustyön esihenkilöille. Mentorointiin osallistui vanhustyössä työskenteleviä hoitajia ja esihenkilöitä.

Työpajatyöskentelyn tavoitteena oli edistää työntekijöiden kykyä ratkaista eettiseen kuormitukseen liittyviä haasteita yhdessä työyhteisötasolla. Toisaalta interventioilla tavoitteena oli rakentaa valmentavan johtamisen kulttuuria esihenkilöille. Mentoroinnilla pyrittiin

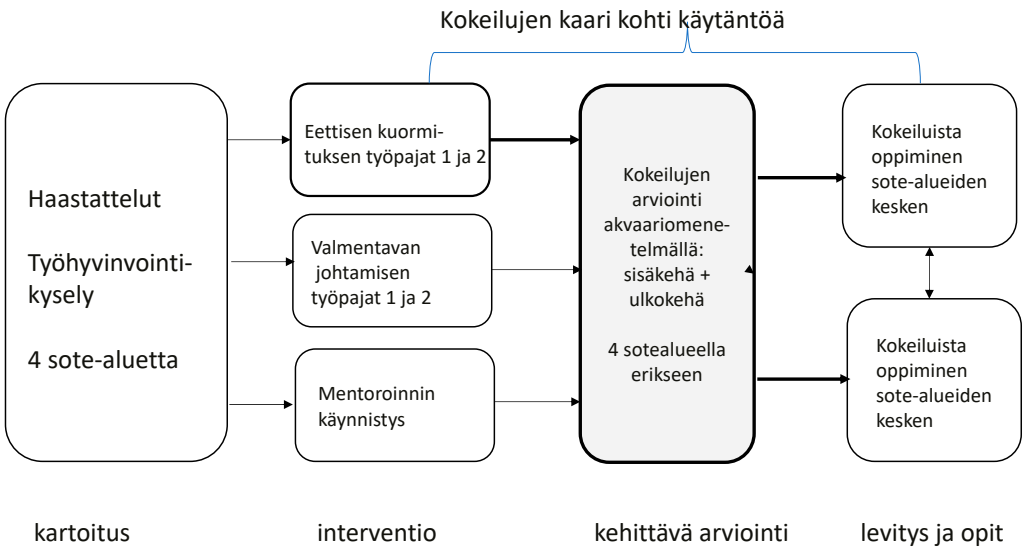
edistämään erityisesti vanhustyössä pitkään työskennelleiden konkareiden ja alan tulokkaiden yhteistyötä, Nämä lähestymistavat valittiin koska Hyvä veto -hankkeen kartoitusvaiheessa nämä tunnistettiin työhyvinvoinnin kannalta olennaisiksi tekijöiksi. Vanhustyön työpaikoilla tarvitaan käytäntöjä ja osaamista, joilla edistetään rinnakkain esihenkilötyötä ja työntekijöiden työn yhteistä kehittymistä. Työpajatyöskentelyllä pyrittiin luomaan käytäntöjä, joilla tuetaan toimintakulttuurin muutosta vanhustyössä.

Taulukko 5.1 Työpajojen ja mentoroinnin käynnistysten toteutunut aikataulu

	SOTE A	**SOTE B**	**SOTE C**	**SOTE D**
Eettinen organisaatiokulttuuri (2 x työpajaa/yksikkö)	3 yksikköä (teams) syyskuu 2021	5 yksikköä (lähi) syyskuu 2021	3 yksikköä (teams) syys-lokakuu 2021	3 yksikköä (lähi) syys-lokakuu 2021
Valmentava johtaminen (2 x työpaja/ esihenkilöryhmä)	2 ryhmää (teams) huhtikuu 2021	3 ryhmää (teams) syyskuu 2021	2 ryhmää (teams) toukokuu, syys-lokakuu 2021	1 ryhmä (teams) toukokuu 2021
Mentorointi kick off -tilaisuus (teams)	1 ryhmä huhtikuu – syyskuu 2021	2 ryhmää syyskuu – marraskuu 2021	2 ryhmää tammikuu 2022	1 ryhmä marraskuu 2021 – tammikuu 2022

Tutkimuksen interventiovaiheessa toteutettiin yhteensä 14 eettiseen kuormitukseen liittyvää työyhteisökohtaista työpajaprosessia ja 8 valmentavaa johtamista käsittelevää työpajaprosessia. Kukin työpajaprosessi piti sisällään 2 työpajaa. Yhden työpajan kesto oli kaksi tuntia. Luvussa olevissa esimerkeissä on tarkemmin kuvattu eettisen organisaatiokulttuurin ja valmentavan johtamisen työpajatyöskentely.

Lisäksi työyhteisöissä käynnistettiin mentorointia, jolla pyrittiin edistämään kokeneiden ja nuorten työntekijöiden välistä yhteistyötä ja oppimista. Interventio-työpajoissa keskusteltiin työhyvinvoinnin nykytilanteesta ja muodostettiin kokeiluja, joilla mm. eettiseen kuormitukseen liittyviä haasteita pyrittäisiin jatkossa ratkaisemaan. Mentorointi käynnistyi hankkeen vetäjien pitämällä kick off -tilaisuudella, jonka kesto vaihteli 1-1,5h välillä. Kick off -tilaisuus toteutettiin Teamsin välityksellä. mentorointiin osallistuneet pari sopivat itselleen sopivan tapaamismuodon joko etäyhteyksin tai lähitapaamisina. Luvussa on kuvattu esimerkein mentorointiprosessin eteneminen. Seuraavassa kuvassa on kuvattu tutkimuksen eteneminen.



Kuva 5.1 Hyvä-veto tutkimuksen asetelma ja eteneminen

Seuraavassa on tarkasteltu tarkemmin työpajoissa käytettyjä menetelmiä.

Eettinen organisaatiokulttuuri – työpajat työyksiköille

Työyksiköiden työpajatyöskentely perustuu muutosvuoropuhelumenetelmään (Heikkilä ym. 2021, Ahonen ym. 2020). Menetelmä pohjautuu kehittävän työntutkimuksen metodologiaan (Engeström 2015) ja tutkittuun tietoon työn sujuvuuden ja kehittämisen vaikutuksesta työhyvinvointiin (Ahonen ym. 2020, Mäkitalo 2005, Mäkitalo & Launis 2007, Launis & Pihlaja 2015, Ylisassi & al. 2016)

Muutosvuoropuhelutyöskentelyn taustalla on työn muutoksen jäsentäminen yhdessä työntekijöiden kanssa työn näkökulmasta. Tunnistamalla yhdessä työn tavoitteita ja työntekemisen tapoja saadaan näkymä tämän hetkisestä ja lähitulevasta työstä; millaista ammatillista osaamista meiltä jo löytyy ja mitä tarvitsemme lisää, minkälaisia työn kehittämisen tarpeita tunnistamme? (esim. Ylisassi ym. 2016, Ahonen ym. 2020).

Työskentelyn periaatteita ovat työntekijöiden osallistaminen, toimijuuden vahvistaminen sekä voimavara- ja ratkaisukeskeisyys. Työpajatyöskentelyssä oli mahdollista keskustella työhön liittyviä jännitteitä ja ongelmakohtia sekä pohtia työn kehittämistarpeita. Tämän pohjalta suunniteltiin sellaisia ratkaisuja, jotka pystyisivät vastaamaan näihin kehi-

tystarpeisiin. Kutsuimme näitä kehittämiskokeiluiksi (Heikkilä ym. 2021, Ylisassi ym. 2016, Ahonen ym. 2020).

Kullekin työyksiköille (esim. osastolle tai kotihoidon tiimille) suunnattu työpajatyöskentely sisälsi kaksi työpajaa. Yhden työpajan kesto oli kaksi tuntia. Työpajoja toteutettiin yhteensä 14 työyksikössä neljässä sote-organisaatiossa syksyllä 2021. Koronatilanteesta johtuen osa tilaisuuksista toteutettiin Teamsillä osallistuvia menetelmiä hyödyntäen; osa taas lähitoteutuksena.

Osallistuneiden työntekijöiden määrä vaihteli 4-19 henkilön välillä per työpaja. Osa työyksiköistä on henkilöstömäärältään isoja, osa taas pienempiä, mikä vaikutti osallistujien määrään. Eettisen organisaatiokulttuuriin työpajoihin osallistui työyksikön hoitohenkilöstö ja esihenkilö. Yhden yksikön työskentelyyn osallistui myös työsuojeluvaltuutettu.

Työpajatyöskentely eteni seuraavasti. Ensimmäisen työpajan tavoitteena oli tunnistaa eettisen kuormituksen tilanteita sekä niiden vaikutuksia työtekijä- ja työyhteisötasolla. Toisessa työpajassa ideoitiin ratkaisuja ja toimintatapoja, joilla voidaan vaikuttaa eettisen kuormituksen hallintaan työyksikkötasolla. Työskentelyn pohjalta valittiin 1-3 kehittämiskokeilua, joita lähdettiin yhdessä viemään käytäntöön. Näiden kokeilujen kokemuksia sekä siirtymistä arvioitiin sote-aluekohtaisissa arviointi- ja oppimispajoissa (luku 5.3.).

Seuraavassa on kuvattu kaksi esimerkkiä eettisen työkulttuurin työpajaprosessista, toinen toteutettiin lähitapaamisena ja toinen etäyhteydellä.

Esimerkki 1: Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon työpajat sote B:ssä

LAB-ammattikorkeakoulu vastasi eettisen organisaatiokulttuurin kehittämisen työpajoista kahdessa tehostetun palveluasumisen yksikössä ja yhdellä vuodeosastolla. Työpajat toteutettiin kunkin yksikön tiloissa kussakin kaksi kertaa. Osallistujia oli kussakin työpajassa 8-13 työntekijää. Jokaisessa työpajassa oli läsnä myös yksikön esihenkilö ja yhdessä yksikössä oli läsnä molemmilla kerroilla myös työsuojeluvaltuutettu. Koronarajoitusten vuoksi kaikilla osallistujilla oli kasvomaskit.

Ensimmäisissä työpajoissa työpajan vetäjä piti lyhyen luennon hankkeen taustasta, työpajan tavoitteista, eettisestä organisaatiokulttuurista ja eettisestä kuormituksesta. Tämän jälkeen osallistujat jaettiin kahteen tai kolmeen ryhmään, joiden tehtävänantona oli keskustella ja pohtia omista kokemuksista arjen työn ja työyhteisön eettisyydestä. Keskusteluissa oli tavoitteena pohtia erityisesti, onko työntekijät kokeneet eettisiä ristiriitatilanteita ja lisäksi minkälaisia eettisesti kuormittavia tilanteita he kohtaavat työssään.

Osallistujille tiedotettiin kaikkien keskustelujen tallentamisesta ja siitä, että työntekijä voi myös poistua keskustelusta.

Ensimmäisten työpajojen jälkeen työpajojen vetäjä teemoitteli toista työpajaa varten kunkin yksikön keskusteluista eettistä ristiriitaa ja eettistä kuormitusta aiheuttavat tilanteet. Yksiköiden keskusteluissa näyttäytyi vahvana työntekijöiden yhteinen tahto asukkaan hyvään hoivaa ja hyvää omaisen kohtaamiseen. Yksiköissä esiintyi samankaltaisia eettistä ristiriitaa ja kuormitusta aiheuttavia tilanteita, joista useimmin esiintyivät:

- Haastavan omaisen kohtaaminen ja omaisten haastavan käyttäytymisen rajat
- Asiakkaan hyvä hoito ja tasapuolinen kohtelu.
- Työyhteisön pelisäännöt ovat epäselvät.
- Muutosten tuottamat haasteet sekä muutoksiin ja uudistuksiin liittyvä päätöksenteko ja toimeenpano tuottaa erilaisia näkemyksiä hyvästä hoivasta.
- Erilaiset työn tekemisen tavat ja erilainen käsitys hyvästä hoidosta/hoivasta, erilainen tapa tehdä ja priorisoida työtä
- Työntekijöiden asioiden käsittely niin, ettei asianomainen tule kuulluksi tai saa palautetta
- Työyhteisön pelisäännöt – toisen auttaminen, toisille tekeminen
- Työntekijöiden tasa-arvoinen kohtelu.
- Ajan riittämättömyys sekä asukkaiden hoidon ja muiden tehtävien keskeneräisyys.

Toiset työpajat toteutettiin kussakin yksikössä kaksi viikkoa ensimmäisten työpajojen jälkeen. Myös niiden alussa kerrottiin työpajojen tavoitteet ja lisäksi työpajan vetäjä esitteli ensimmäisen työpajan teemoittelun pohjalta nousseet kyseisen yksikön eettistä ristiriitaa ja kuormitusta aiheuttavat tilanteet. Osallistujat valitsivat teemoista ne tilanteet ja asiat, joihin he ryhmissä innovoivat ja kehittävät ratkaisua. Kussakin yksikössä valittiin kaksi teemaa, ja molemmille teemoille muodostettiin oma ryhmä. Ryhmä kirjasi ratkaisun sovittuun taulukkoon: eettinen ristiriita tai kuormittava tilanne, kokeilun tavoite ja toivottava muutos, kokeilussa eteneminen, vastuutoimijat ja aikataulu. Työskentelyssä käytettiin muistilappuja erilaisten innovaatioiden ja kokeiluehdotusten keräämiseen, ja näiden pohjalta kukin ryhmä tuotti kokeilun tai ratkaisumallin. Työpajoissa syntyi kaikkiaan kuu-

si kokeilua, joita lähdettiin yksiköissä kokeilemaan. Myöhemmin kokemuksia kokeiluista arvioitiin koko sote-alueen työyhteisöjen kesken.

Esimerkki 2: Kotihoidon, tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon työpajat sote A:ssa

LAB – ammattikorkeakoulu toteutti eettisen organisaatiokulttuurin kehittämisen työpajat kolmessa työyksiköissä, jokaisessa kaksi kertaa. Työpajat järjestettiin iltapäivisin, kaksi tuntia kerrallaan. Koronapandemiaan liittyvien ohjeistusten vuoksi työpajat järjestettiin Teams-yhteydellä. Työpajoissa hyödynnettiin Teamsin ryhmätyötiloja ja chat-ominaisuutta sekä Padlet-sovellusta. Koronapandemia ja henkilöstötilanne vaikuttivat työtyöpajojen osallistujamääriin. Osallistuneiden työntekijöiden määrä vaihteli 4-16 työpajoittain.

Ennen työpajojen käynnistymistä luotiin Moodleen ns. kurssialusta. Siellä osallistujien toivottiin tutustuvan etukäteen Hyvä veto -hankkeeseen ja sen materiaaleihin, sekä työpajoissa tehtävään kehittämistyöhön ja eettisen organisaatiokulttuuriin liittyviin käsitteisiin. Ennakkomateriaali sisälsi lyhyen videon ja ppt-diat sekä linkkejä hankkeesta. Lisäksi ennakkomateriaali sisälsi ennakkotehtävän, joka toivottiin palautettavan etukäteen Moodle-alustan palautuslaatikkoon. Tehtävänä oli pohtia, mitkä ovat itselle eettistä kuormitusta aiheuttavat tekijät työssä ja miten työpaikalla ratkaistaan eettisesti kuormittavia tilanteita.

Ensimmäisten työpajojen teemana olivat kokemukset hyvistä käytänteistä ja uuden toimintamallin kehittely. Työpajatyöskentely käynnistyi Työterveyslaitoksen tervehdyksellä ja LABin vetäjän alustuksella sekä ennakkotehtävien koosteella. Tämän jälkeen hyödynnettiin Teams- ja/tai työpaikan pienryhmäkeskusteluja sekä niiden yhteenvetoja sähköisten työvälineiden avulla. Hyvien käytäntöjen kuvauksista edettiin uuden toimintamallin ideointiin ja alustavaan kehittelyyn sekä mitä toimintamalleja alustavasti valittaisiin kokeiluihin.

Ensimmäisen ja toisen työpajan välisenä aikana osallistujat jatkoivat toimintamallien ideoiden kehittelyä sekä toteuttivat käytännön kokeiluja työyksiköissään. Työyksikköä kohden kehittelyn ja kokeilujen alla oli useita toimintamalleja. Välityöskentelyn ohjeistuksena oli tarkentaa ja keskusteluttaa mallia työyhteisössä (mitä, miksi, tavoite, eteneminen, konkreettiset askeleet, ketkä, vastuu/tuki, seuraaminen). Välitehtävänä oli myös tehdä keskustelunavaus työyksikössä työn tai työpaikan jostakin eettisestä ongelmasta tai kysymyksestä sekä miten sen yhteydessä voisi hyödyntää oman organisaation eettisiä ohjeita. Välityöskentelyn kokemukset ja tuotokset pyydetiin kirjaamaan Moodle-alustalle.

Toisten työpajojen teemana olivat eettiseen kuormitukseen ja organisaatiokulttuuriin vaikuttavan toimintamallin kehittäminen ja kokeilut. Orientoitumisen ja alustusten jälkeen yhteistä työskentelyä jatkettiin sekä pienryhmäkeskusteluiden että yhteenvetojen avulla.

Työpajassa käytiin läpi välityöskentelyn ja kokeilujen antia sekä jatkettiin uusien toimintamallien kehittelemistä. Tavoitteena korostui eettistä kuormitusta vähentävien ja eettistä organisaatiokulttuuria edistävien toimintamallien luominen ja kehittäminen kokeilujen avulla. Kokeilujen kuvaukset ohjeistettiin palauttamaan työpajojen jälkeen Moodle-alustalle. Kokeiltavia ja jatkokehiteltäviä toimintamalleja syntyi ensimmäisen ja toisen työpajakerran jälkeen yhteensä kahdeksan kappaletta

Toisten työpajojen jälkeen toimintamallien kokeilut ja kehittelyt jatkuivat työyksiköissä. Kokeilujen käsittelyä, arviointia ja jatkokehittelyä jatkettiin Työterveyslaitoksen järjestämissä, edustuksellisissa hybridityöpajoissa eli eettisen organisaation kehittämisen arviointipajassa ja oppimispajassa.

Valmentava johtaminen – työpajat esihenkilöille

Sobackin (2021) mukaan valmentava johtajuus on vuorovaikutussuhde, joka tukee työntekijää mahdollisuutta kehittää omaa työtään. Valmentavassa johtamisessa painottuu perinteisten johtamistyylien sijaan kuunteleminen, kysyminen ja kannustaminen. Näiden myötä työntekijä voi löytää ja rakentaa työhönsä uusia ratkaisuja ja ideoita. Valmentavan johtamisen voidaan katsoa edustavan uudenlaista johtamiskulttuuria, tavanomaisen toimintatavoiltaan säädellyn ja hierarkkiseksi mielletyn sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskulttuuriin nähden.

Tutkimuksen kartoitusvaiheessa todettiin, että työntekijälähtöinen kehittäminen vaatii johtamiskulttuuria, joka tukee työntekijöiden autonomisuutta ja pystyvyyttä ratkaista työhön liittyviä ongelmatilanteita. Valmentavaa johtamista pidettiin tärkeänä kaikissa sote-organisaatioissa, vaikka ainoastaan yhdessä oli toteutettu pitkäkestoinen, kaikille esihenkilöille suunnattu valmentavan johtamisen kokonaisuus muutamaa vuotta aiemmin.

Työpajatyöskentelyllä lähdettiin tunnistamaan ja vahvistamaan valmentavan johtamisen piirteitä vanhuspalveluiden esihenkilötyössä. Työskentelyn tavoitteena oli tukea valmentavaa johtamista vanhustyössä eettisen kuormituksen hallinnan ja työurajohtamisen työkaluna. Esihenkilöiden vertaisryhmässä oli mahdollista jäsentää valmentavan johtamisen keskeisiä kysymyksiä oman esihenkilötyön ja yhteisten johtamislinjausten näkökulmasta.

Valmentavan johtamisen vertaisryhmiä toteutettiin kahdeksan (8). Yhteen ryhmään osallistuivat esim. kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen kaikki esihenkilöt. Osallistujien määrä vaihteli 7-25 osallistujan välillä per esihenkilöryhmä. Yhteensä 111 esihenkilöä oli mukana valmentavan johtamisen kokonaisuudessa.

Valmentavan johtamisen työskentely sisälsi kaksi työpajaa. Yhden työpajan kesto oli kaksi tuntia. Työpajat toteutettiin huhtikuussa 2021 - lokakuussa 2021. Kaikki valmentavan

johtamisen työpajat toteutettiin Teamsillä, jotta mahdollisimman monen esihenkilön olisi helppoa osallistua työpajoihin.

Ensimmäisessä työpajassa rakennettiin yhteinen näkymä tämän hetken esihenkilötyöstä vanhuspalveluissa. Tässä teoreettisena viitekehyksenä käytettiin muutosvuoropuhelumenetelmää ja GROW-mallia (Whitmore 1992, Ibarra & Scoular 2019). Nykytilanteen rinnalla tarkasteltiin esihenkilötyön lähikehitystä: mihin suuntaan johtamisen toimintatapoja on tarpeen kehittää, jotta ne vastaavat vanhustyön tulevaisuuden haasteisiin henkilöstön ja asiakkaiden näkökulmasta. Toisessa työpajassa työstettiin ensimmäisen työpajan ideoita ja oivalluksia kehittämiskokeiluiksi: millaisilla kokeiluilla vahvistamme valmentavaa johtajuutta esihenkilötyössämme.

Seuraavassa on kuvattu esimerkki valmentavan johtamisen työskentelyprosessista.

Esimerkki etävälitteisesti toteutetusta valmentavan johtamisen työpajaprosessista sote B:ssa

Valmentavan johtamisen työpajat järjestettiin LAB – ammattikorkeakoulun vetämänä sote B:n vanhustyön esihenkilöille. Työpajoja oli kaksi kertaa jokaiselle kahdelle ryhmälle, jotka olivat asumispalveluiden ja vuodeosastojen esihenkilöt. Asumispalvelujen työpajoihin osallistui 12 esihenkilöä ja vuodeosastojen esihenkilöiden työpajoihin osallistui seitsemän esihenkilöä.

Sekä asumispalvelujen että vuodeosastojen työpajoissa edettiin samantyyppisen ohjelman mukaisesti. Keskustelulle jätettiin kuitenkin tilaa, mikä teki työpajoista keskenään hieman erilaisia.

Työpajoissa sovellettiin Whitmoren GROW – mallia, joka on valmentavassa johtamisessa käytetty menetelmä tavoitteiden, nykytilan, ideoiden ja konkreettisten tekojen kirkastamiseksi ja edistämiseksi.

Ensimmäisen valmentavan johtamisen työpajan kesto oli kaksi tuntia ja se koostui osallistujien esittäytymisestä, valmentavan johtamisen esittelystä, tavoitteiden asettamisesta valmentavaan johtamiseen liittyen ja valmentavan johtamisen nykytila-analyysistä. Työpajassa alustettiin ja keskusteltiin johtamisajattelun muutoksista, mihin peilaten asetettiin tavoitteita ja arvioitiin nykytilaa. Työpajassa työskenneltiin kolmen hengen pienryhmissä ja muistiinpanot kirjattiin Padletille.

Jälkimmäinen osa GROW – mallista eli ideat ja konkreettiset teot olivat toisen työpajan keskeistä sisältöä. Myös sen kesto oli 2 tuntia. Esihenkilöt kirjasivat myös tämän tapaamisen muistiinpanot Padletille eli kuvasivat valmentavan johtamisen edistämiseksi kehittelemiään ideoita ja konkreettisia tekoja.

Asumispalveluiden työpajoissa esille nousivat erityisesti asukaslähtöisyyden, vastuullisuuden ja itseohjautuvuuden teemat. Työntekijän vastuu on tutustua asukkaaseen kokonaisvaltaisesti ja siihen, mitä palvelulupaukset tarkoittavat kunkin asukkaan kohdalla. Asukaslähtöisyyteen panostetaan niin, että yksi nimetty työntekijä kerrallaan vastaa siitä esihenkilön tuella ja toisten asumispalveluiden työntekijöiden kanssa. Työntekijöitä tulee kannustaa rohkeuteen tuoda omia näkemyksiä ja niiden käytäntöön viemisessä sekä päätösten loppuunsaattamisessa. Esihenkilöt suunnittelivat erilaisia kokeiluja keinoista vastuullisuuden vahvistamiseksi kuten uudistettuja kokouskäytäntöjä, joissa esihenkilö on mukana vain tarvittaessa. Työntekijät tuottavat itse aiheet kokouksiin ja työstävät niitä yhdessä.

Vuodeosastojen työpajoissa erityisenä kehittämisen kohteena nähtiin erityisesti esihenkilön ja työntekijöiden välisen ja työntekijöiden keskinäisen yhteistyön parantaminen sekä kokouskäytäntöjen kehittäminen. Näitä olisivat säännölliset keskusteluhetket työntekijöiden kanssa ennalta sovitusta teemasta. Myös sen kalenterointi ja sisällyttäminen vuosikelloon koettiin tärkeäksi sekä henkilökunnan perehdyttäminen niissä työskentelyyn. Yhteisten kehittämisaiheiden yhteinen keskustelu, arviointi ja tehdyn kehittämistyön esittely olisi myös tarpeellista. Näiden tapaamisten valmisteluun osallistetaan työryhmiä. Konkreettisina keinoina nähtiin yhteisen työajan mahdollistaminen työvuorosuunnittelun keinoin. Osastokokouksissa tulisi olla painotus yhteiselle keskustelulle kehittämisasioista, työhyvinvoinnista ja niiden seurannasta. Tiedottamisen voi hoitaa muilla keinoilla. Sähköisiä alustoja, kuten Teamsia voi käyttää entistä enemmän tiedon jakamiseen ja esihenkilöiden keskinäiseen yhteistyöhön.

Nuorille ja ikääntyville pidempiä työuria: Vertaismentorointiprosessi

Mentorointi valittiin yhdeksi työskentely muodoksi, koska hankkeen alkukartoitusvaiheessa Mitä kuuluu? -kyselyn tuloksista nousi esiin huoli vanhustyössä työskentelevien nuorten työntekijöiden työssä jaksamisesta ja työhyvinvoinnista. Samalla tuloksista tunnistettiin, että vanhemmissa sote-alan ammattilistan ikäryhmissä esimerkiksi työstä palautuminen oli paremmalla tasolla kuin nuorilla työntekijöillä. Alan konkareiden ja nuorten yhteistyön tukeminen mentoroinnilla voisi olla yksi keino vahvistaa alan veto- ja pitovoimaa.

Mentorointiprosessin tavoitteena oli vahvistaa kokeneiden ja aloittelevien työntekijöiden sekä esihenkilöiden yhteistyötä, työhön sitoutumista, osaamista ja motivaatiota. Vertaismentoroinnissa molemmat osapuolet ovat tasavertaisia oppijia; molemmilla on osaamista, josta toinen hyötyisi. Esimerkiksi kaksi esihenkilöä saattavat olla mentorointipari. Molemmilla on mahdollisuus jakaa ajankohtaisia ja reflektoida omaa esihenkilötyötä sekä saada toiselta uusia näkökulmia omaan työhön.

Mentorointi on yhteistyösuhde, jonka keskeisenä tavoitteena on edistää oppimista ja osaamista. Mentorointi perustuu aktorin (aloitteleva työntekijä) ja mentorin (kokenut työntekijä) väliseen luottamukselliseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. Työn reflektointi mentorointiparin kanssa avaa uusia näkökulmia oman työn voimavaratekijöistä, kuormitustekijöiden hallinnan keinoista sekä oman osaamisen kehittämistarpeista. Mentoroinnissa on keskeistä tavoitteiden asettaminen ja niihin pyrkiminen. (Kanniainen ym. 2017.)

Mentorointiprosessissa on vahvasti läsnä kehittymislähtöisyys. Molemmat mentorointiin osallistuvat oppivat uutta vuorovaikutteisessa suhteessa (Kanniainen ym. 2021). Yhteinen työn tarkastelu vahvistaa myös työntekijän ammatti-identiteettiä ja oman työn arvostusta (Maula 2021). Ammatillinen osaaminen on keskeinen tekijä työkyvyn, työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen näkökulmasta (Hilden 2002, 85).

Mentorointiprosessit toteutettiin huhtikuussa 2021 –tammikuussa 2022. Mentorointimahdollisuutta esiteltiin esihenkilöille yhteisessä esihenkilöpalaverissa. Esihenkilöt puolestaan esittelivät mentorointimahdollisuutta omissa työyksiköissään Hyvä veto –hankkeen videolla ja esittelymateriaalilla, joka oli laadittu yhteistyössä Työterveyslaitoksen, ammattikorkeakoulujen ja sote-organisaatioiden kanssa. Mentoroinnista kiinnostuneet työntekijät ja esihenkilöt ilmoittautuivat hankkeen yhdyshenkilölle omassa organisaatiossa.

Mentoroinnin toteutus koettiin haasteelliseksi toteuttaa. Vaikka mentorointi herätti kiinnostusta, oli vapaaehtoisia haastava löytää. Kiristynyt resurssitilanne ja korona vaikeuttivat mentoroinnin toteutusta yksiköiden välillä. Yhdessä sote-organisaatiossa päädyttiin ratkaisemaan tilanne niin, että mentorointiin valittiin tietyt työyksiköt. Tämä näyttäytyi toimivalta tavalta, koska samankaltaista työtä tekevä pari löytyi helposti ja tapaamisten käytännön järjestäminen oli vaivatonta. Lisäksi mentorointiprosessin tukena oli koko työyhteisö.

Mentorointi käynnistyi kick off -tilaisuudella, jossa olivat kaikki mentorointiparit. Tilaisuudessa käytiin läpi työskentelyn periaatteita, parit tutustuivat toisiinsa ja saivat tukimateriaalin mentorointitapaamisia varten. Tukimateriaali sisälsi mm. tehtäviä ja vinkkejä tapaamisiin. Parit tapasivat 2-3 kertaa. Jokainen pari asetti työskentelylleen tavoitteet; mihin toivon saavani tukea ja uusia näkökulmia tämänhetkisessä ammatillisessa tilanteessani. Tapaamisissa käsiteltiin esimerkiksi seuraavia teemoja: ammatillinen osaaminen, motivaatio, ammatillinen kehittymisen suunta.

Seuraavassa on kuvattu esimerkki mentorointiprosessista.

Esimerkki etävälitteisesti toteutetusta mentoroinnin käynnistyksestä sote D:ssa

Mentorointi kick off pidettiin marraskuussa Teamsin -välityksellä sote-organisaation toiveesta. Tilaisuudessa mukana oli 9 henkilöä. Mentorointi aikataulu oli suunniteltu marraskuu 2021 – tammikuu 2022.

Tilaisuudessa kävimme läpi hankkeen esittelyn, mentorointiprosessin etenemisen ja aikataulut sekä pohdimme mitä mentorointi ja vertaismentorointi on, mitä sillä voi saavuttaa ja kuinka siinä onnistua. Lopuksi sovimme kuinka parit etenevät omissa prosesseissaan. Osallistujilla oli mahdollisuus päättää tilaisuuden pääteeksi lähtevätkö he mukaan mentorointityöskentelyyn.

Kick off -tilaisuuden jälkeen mentoritoimintaan lähti mukaan kaksi mentoriparia (yhteensä neljä henkilöä). Mentorointiparit saivat erillisen ohjeistuksen ja työkirjan työskentelynsä tueksi. Heille tarjottiin myös mahdollisuutta yhteisiin Teams -sparrauksiin, mutta niitä ei lopulta pidetty tarpeellisina.

Mukaan lähteneiden kahden parin mentorointiprosessit etenivät aikataulussa siten, että arviointi valmistui suunnitelman mukaisesti tammikuun 2022 loppuun mennessä. Parit olivat tavanneet toisiaan 2-3 kertaa. He olivat itse määritelleet heille sopivat tapaamisten määrän ja tavan (lähi-/teams-tapaaminen). Parit olivat hyödyntäneet Hyvä veto miniopasta mentorointiparille ja kokemukset vertaismentoroinnista olivat pelkästään positiivisia. "Ei ollut itsestäänselvyyksiä vaan ajoittain myös suurta ihmetystä siitä, kuinka paljon keskustelut mentorin kanssa auttoivat hankalienkin työtehtävien eri vaiheissa." Mentoroinnin avulla saatiin uutta näkökulmaa asioille ja työtavoille sekä sitä kautta uuden kehittämiselle. Kuulumisten vaihtamista pidettiin tärkeänä ja joku kokikin keskustelut työnohjauksena. Mentoriparin kanssa haluttiin edelleen jatkaa ja toiveena oli, että voisi joskus toimia mentorina myös jollekin uudelle työkaverille.

5.2 Työpajakeskustelut eettisten kysymysten herättäjänä

Käsittelemme seuraavaksi tarkemmin eettisen kuormituksen työpajoja tarjotaksemme esimerkin siitä, millaista keskustelua hankkeessa järjestetyt työpajat olivat omiaan herättämään ja millaista arjen työkäytäntöjen kehittämistä niiden avulla käynnistyi. Luvus-

sa analysoidaan, millaista keskustelua eettisestä kuormituksesta käytiin Hyvä veto- hankkeen eettisen organisaatiokulttuurin työpajoissa.

Eettinen kuormitus puheen aiheena

Aikaisemmista, pääosin laadullisista haastattelututkimuksista tiedetään, että eettistä kuormitusta aiheuttaa asiakastyöhön liittyvät moraalisesti haastavat tilanteen, esimerkiksi erimielisyydet kliinisessä päätöksenteossa, potilaan tahdon vastaisten hoitotoimenpiteiden toteuttaminen sekä potilaan oman tahdon ilmauksen ja tietoisen suostumuksen puuttuminen (mm. Pakkanen ym. 2022). Asiakastyöhön liittyvien haastavien tilanteiden lisäksi kuormitusta aiheuttavat myös organisaatiokulttuuriin ja työpaikan toimintatapoihin liittyvät tekijät, kuten vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön, puutteellinen osaaminen sekä puutteelliset resurssit ja työvoima, mistä johtuen työntekijä joutuu toimimaan vastoin omaa moraaliaan hoitotilanteissa (mm. Morley ym. 2019). Myös erilaiset konfliktit työpaikan henkilösuhteissa tai esihenkilö-alaissuhteissa ovat omiaan aiheuttamaan eettisesti kuormittavia tilanteita työssä (mm. Spenceley ym. 2017; 2019).

Eettisen kuormituksen tiedetään aiheuttavan negatiivisia tunnekokemuksia, kuten avuttomuutta, syyllisyyttä, turhautumista, vihaa ja emotionaalista uupumista (Morley 2020; Spenceley ym. 2019). Jos eettistä kuormitusta aiheuttavat seikat jäävät työpaikalla huomioimatta ja kuormitus pitkittyy, voi seurauksena olla työhyvinvoinnin merkittävä heikentyminen, uupumisoireet ja alalta pois hakeutuminen (Korkiakangas 2022; Selander ym. 2022;). Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden mukaan yksi tapa vähentää eettistä kuormitusta on lisätä moniammatillista dialogia eettisistä kysymyksistä, kehittää eettisiä toimintatapoja ja ohjeistuksia sekä lisätä aikaa eettisistä ongelmista keskustelemiselle kollegoiden ja johtajien kesken (Hyatt 2017; Young ym. 2017). Tällaista kollegiaalista keskustelua ja toimintatapojen yhteistä kehittämistä Hyvä veto -hankkeen eettisen organisaatiokulttuurin työpajat pyrkivät osaltaan synnyttämään.

Aineisto ja menetelmät

Tässä luvussa analyysimme kohdistuu Hyvä veto -hankkeen eettisen organisaatiokulttuurin ensimmäiseen työpajaan, jossa osallistujien tehtävänä oli pohtia eettisesti kuormittavia tilanteita omassa työssään (ks. työpajakuvaukset edellä). Aineistona on sote-alue B:llä toteutettujen työpajojen seitsemän ääninauhoitettua ja litteroitua pienryhmäkeskustelua, joista kukin kesti noin 50 minuuttia. Alue B valikoitui tutkimuksen kohteeksi, koska myös pienryhmäkeskustelut ääninauhoitettiin. Muilla alueilla nauhoitettiin vain yhteiset keskustelut. Keskusteluaineisto analysoitiin hyödyntäen menetelmiä diskursiivisesta fokusryhmien tutkimuksesta, keskustelunanalyysistä ja diskursiivisesta psykologiasta (mm. Stevanovic & Weiste, 2018). Kiinnostuksen kohteenamme oli, miten vanhustyöntekijät itse puhuvat eettisestä kuormituksesta ja sitä aiheuttavista tekijöistä työpajojen pienryh-

mäkeskusteluissa, kun heille annetaan luottamuksellinen tila ja aika keskinäiselle keskustelulle.

Eettistä kuormitusta aiheuttavat seikat työpajaosallistujien puheessa

Työpajaosallistujien puhuessa eettisesti kuormittavista tekijöistä työssään, keskustelun aihepiirit kiinnittyivät kahteen kontekstiin: asiakastyöhön sekä organisaatioon ja työpaikkaan liittyviin kysymyksiin (kuten työtehtävien jakautuminen, johtaminen ja työpaikan ihmissuhteet). Näissä molemmissa konteksteissa aihepiirit jakautuivat kolmeen teemaan: mahdollisuuksiin vaikuttaa, ihmisten tasavertaiseen kohteluun sekä yhteistyön käytänteisiin.

Puhuessaan mahdollisuuksista vaikuttaa, osallistujat nostivat esille esimerkiksi päätöksenteko-osallisuuteen liittyviä kysymyksiä, mutta myös mahdollisuutta sanoa ja tulla kuulluksi sekä mahdollisuutta vaikuttaa omaan toimintaansa. Ihmisten tasavertainen kohtelu piti sisällään puhetta oikeuksien ja resurssien tasavertaisesta jakautumisesta.

Yhteistyön teema puolestaan sisälsi pohdintoja muiden ihmisten hyvästä kohtelusta, avun antamisesta ja vastaanottamisesta sekä luottamuksen rakentamisesta. Suurin osa keskusteluista liittyi organisaation kannalta olennaisiin kysymyksiin, erityisesti päätöksentekomahdollisuuksiin ja yhteistyöhön. Asiakastyössä puhututti erityisesti yhteistyöhön liittyvät kysymykset, kuten asioista sopiminen omaisten kanssa, luottamus asiakassuhteessa tai avun tarjoaminen asiakkaille.

Hankalat asiakastilanteet herättävät moraalista pohdintaa

Vaikka samat aihepiirit toistuivat puhuttaessa asiakastilanteista ja organisaatioon liittyvistä kysymyksistä, tavat, joilla niistä puhuttiin, erosivat systemaattisesti. Kun työpajaosallistujat puhuivat asiakastyöstä, keskustelua määritti neuvottelu sosiaalisista normeista: he kysyivät kysymyksiä, esittivät väitteitä, perustelivat niitä ja esittivät erimielisiä kannanottoja.

Alla oleva aineisto-ote näyttää esimerkin tilanteesta, jossa työpajaosallistujat puhuvat asiakkaiden hyvään kohteluun ja yhteistyöhön liittyvistä kysymyksistä. Osallistuja esittää haastavana tilanteen, jossa asiakas pyysi apua turvapuhelimella soittamalla, mutta moitti sitten hoitajaa ”huutamisesta”, kun tämä tiedusteli mikä asiakkaalla on hätänä.

Puhuja 1: Tai sitten se, että sä meet yöllä sinne huusholliin, ja se asukas on soittanu monta kertaa turvapuhelinta, ja sit sä meet siihen lähelle, että tuota et mikä hätänä? Niin sit sanoo et älä huuda. Ja sit kuitenkin tytär siellä sanoo että pitää pu-

hua kuuluvasti, kun ei kuule. Niin mitä sä teet, puhutko sä hiljaa vai puhuks sä... tota...

Puhuja 3: Nää on niitä ristiriitatilanteita, mitä tuossa työssä just tulee, et kun sä et voi tietää millon on hyvä ja huono.

Puhuja 2: Ja sit aamulla voidaan sanoa, et se oli vihainen se hoitaja, kun se huusi.

Puhuja 3: Joo, just tätä mä tarkotin, et tulee näitä tälläsiä väärinkäsityksiä.

Puhuja 1: Vaikka enkä mä, mä laitan aina yöllä, yritän vetää oven kiinni ettei mun kova ääni kuulu käytävälle, mutta että sitten kuitenkin et älä huuda. Ja mä en tarkota sillä kuitenkaan mitään pahaa.

Kuten voimme esimerkistä huomata asiakastilannetta koskevan dilemman esittäminen nimetään "ristiriitatilanteeksi". Osallistujat esittävät erilaisia näkökantoja ja pohtivat oman toimintansa seuraamuksia ja vaikuttamia tilanteessa, jossa ei ole yhtä oikeaa toimintatapaa vaan sama, hyvää tarkoittava toiminta voidaan tulkita sekä huonoksi että hyväksi. Tällainen pohdiskeleva puhe on tyypillistä silloin, kun osallistujat puhuvat eettisesti haastavista asiakastilanteista, joihin ei ole yksiselitteisesti oikeaa vastausta.

Työpaikan vaikeat tilanteet nostattavat tunteita

Kun osallistujat puhuivat organisaatioon liittyvistä kysymyksistä, vuorovaikutus oli varsin erilaista kuin asiakastilanteista puhuttaessa. Työpaikan vaikeista tilanteista puhumista leimasi voimakkaat emotionaaliset ilmaukset, jotka tulivat jaetuiksi osallistujien kesken.

Oheisessa aineisto-otteessa työpajaosallistujat puhuvat palautteen antamisesta ja saamisesta työpaikalla. Kysymys nousee esille keskeisenä yhteistyöhön ja muiden kohteluun liittyvänä kysymyksenä, jolla osoitetaan arvostusta työyhteisön jäseniä kohtaan. Yksi työntekijöistä kertoo alussa tilanteesta, jossa lähiesihenkilö oli moittinut muille työntekijöille yhtä hoitajista. Tämä aiheutti negatiivisten tunteiden ilmaisua osallistujien keskuudessa, jotka käsittelivät esihenkilön toimintaa epäreiluna ja loukkaavana.

Puhuja 2: Meillä on mahtavia hoitajia koko tämä talo täynnä ja hän tulee sanomaan esim. [nimi], että hän ei auta. Me ei voida kukaan hoitajista kirjoittaa tätä alle, että [nimi] ei auta meitä, hän on ihan äärettömän hyvä hoitaja, niin hän sanoo päin näköä tuolla.

Puhuja 3: Hän loukkaantui ihan sikapaljon oikeesti.

Puhuja 2: Hän loukkaantui, hän ei yhtään ymmärrä, että tuli paha olla.

Puhuja 4: Tai ihan sama, mitä vaan, kuka hyvänsä täällä tekee, niin mistään sä et saa kiitosta. Tuolla kehityskeskusteluissa, kun on ollu, niin meistä on kaikki sanonu, vähän yhdessä sovittiin, että sanotaan siitä, että me haluttas välillä kiitosta. Kaikki on sanonut, että esimiestasolta tuleva kiitos olisi tosi tärkeää, että se auttaisi jaksamaan. Ei, niistä on 1,5 vuotta niistä keskusteluista, niin ei kertaakaan, mistään.

Työpaja-aineistoissamme oli tyypillistä, että työpaikan hankaliin tilanteisiin liittyi paljon tunteiden jakamista. Kuten aineistoesimerkki näyttää, tunteita ilmaistiin niitä sanoittamalla "loukkaantui ihan sika paljon", "tuli paha olla", voimailmauksilla (esimerkiksi kiroilemalla) sekä kiihtyneellä, äänen voimakkuudelta kovalla ja painotetulla puheella. Muut osallistujat tyypillisesti yhtyivät tunneilmauksiin ja näin puheen kohteena olevasta asiasta tuli yhteisesti jaettu.

Johtopäätökset

Tuloksemme osoittavat, että erityisesti työpaikan päätöksentekoon, yhdenvertaisuuteen ja yhteistyöhön liittyvät ongelmat nostettiin työpajaosallistujien keskuudessa esille kuormitusta aiheuttavina seikkoina. Näistä puhuminen nostatti osallistujissa tunnepurskahduksia, mikä saattaa olla myös yksi uupumuksen merkki. Se, että juuri työyhteisön toimintaan liittyvät seikat nousivat enemmän esille, voi johtua myös siitä, että vanhustyön arjessa on enemmän rakenteita vaikeiden asiakastilanteiden käsittelylle ja purkamiselle, mutta työpaikan ja kollegoiden väliset erilaiset ongelmatilanteet jäävät helposti käsittelemättä. Kun osallistujille tarjottiin aika ja paikka puhua työnsä pulmakohdista, tunnekuorma purkautui.

Osallistujat eivät tehneet erityistä eroa sen välillä, oliko kyse nimenomaisesti eettisesti jännitteitä aiheuttavasta tilanteesta vai muunlaisista epätarkoituksenmukaisista tai toimimattomista työpaikan käytänteistä; keskusteluun nousi kaikki se, mikä koettiin työssä raskaana. Toisaalta tunnepitoinen puhe osoittaa, että keskustelun kohteeksi nousivat juuri sellaiset aiheet, jotka koettiin tärkeiksi työpajaan osallistuneiden vanhuspalveluiden työntekijöiden parissa. Näin ollen ensimmäisessä työpajassa saatiin luotua hyvä pohja työntekijälähtöisille kehittämiskokeiluille, joiden edistymistä ja siirtymistä työn arkeen analysoimme seuraavassa osaluvussa.

5.3 Kokeilut uusien käytäntöjen rakentajina

Kokeilut työntekijälähtöisenä kehittämisenä

Kokeilukulttuuri ja kokeileva kehittäminen on lähtenyt juurtumaan Suomessa julkisen hallinnon toimintatapojen uudistamiseen 2010-luvulta lähtien aikaisemman projekti- ja

ohjelmallisen kehittämisen rinnalle (Vataja & Seppänen-Järvelä 2018). Kokeilevan kehittämisen ja kokeilujen arvioinnin teoreettisina viitekehyksinä nojaamme ekspansiivisen oppimisen teoriaan (Engeström 1987), minkä pohjalta on kehitetty organisaation oppimiseen perustuvaa tapaa arvioida kokeiluja osallistavasti, niiden kokemuksista oppien sekä ohjaten kokeiluja paikallisesta kontekstista kohti laajempaa käyttöönottoa (Saari ym. 2008; Kallio & Saari 2011; Hyytinen ym. 2019). Verrattuna tavanomaisiin kehittävän arvioinnin menetelmiin (kuten Patton 1997; Robinson &Cousins 2004; Fetterman 2001) ekspansiiviseen oppimiseen perustuvat menetelmät tarjoavat kokeilujen kehittävään arviointiin arviointikehikon, minkä kautta kokeilujen vaikutuksia punnitaan.

Lisäksi menetelmässä organisoidaan rakentava vuoropuhelu kokeilua kehittäneiden työntekijöiden ja sellaisten valtaa omaavien toimijoiden kanssa, jotka voivat kokeiluja asemastaan käsin edistää (Hyytinen ym. 2019). Hyvä veto -hankkeessa kokeilujen arvioinnin prosessi ulotettiin myös sote-alueiden välisen kokeiluista oppimisen areenalle, mikä tarjoaa mahdollisuuden paikallisten toimintatapojen yleistyksiin ja uusiin variaatioihin uudessa kontekstissa.

Ruohonjuuritason työntekijöiden osuutta on perinteisesti laiminlyöty innovaatioiden ja kokeilujen käynnistäjinä (Kesting and Ulhoi 2010, Hasu, Saari & Mattelmäki 2011). Erityisen haasteellista työntekijöiden aloitteiden eteneminen saattaa olla juuri sosiaali- ja terveyden huollon hierarkkisiksi kulttuureiksi mielletyissä ympäristöissä. Työntekijälähtöinen innovaatio tarkoittaa, että työntekijän resurssit: luovuus, ideat, osaaminen ja ongelmanratkaisukyvyt, ovat uudistuksia edistävä voima. Jotta ideat jalostuisivat uudistuksiksi, vaaditaan johtajilta ruohonjuurelta lähtevien prosessien huomaamista, niiden kannustamista ja tukemista (Høyrup 2010). Asiakasrajapinnassa työskentelevät työntekijät aistivat käyttäjien muuttuvia tarpeita, ja toimivat siten eräänlaisena käyttäjäymmärryksen tuottajana organisaatiossa. Kun työntekijöiltä alkaa syntyä uusia ideoita ja ratkaisuja, voi johtotaso kokea tämän kaaokseksi ja uhkaksi vakiintuneelle systeemille.

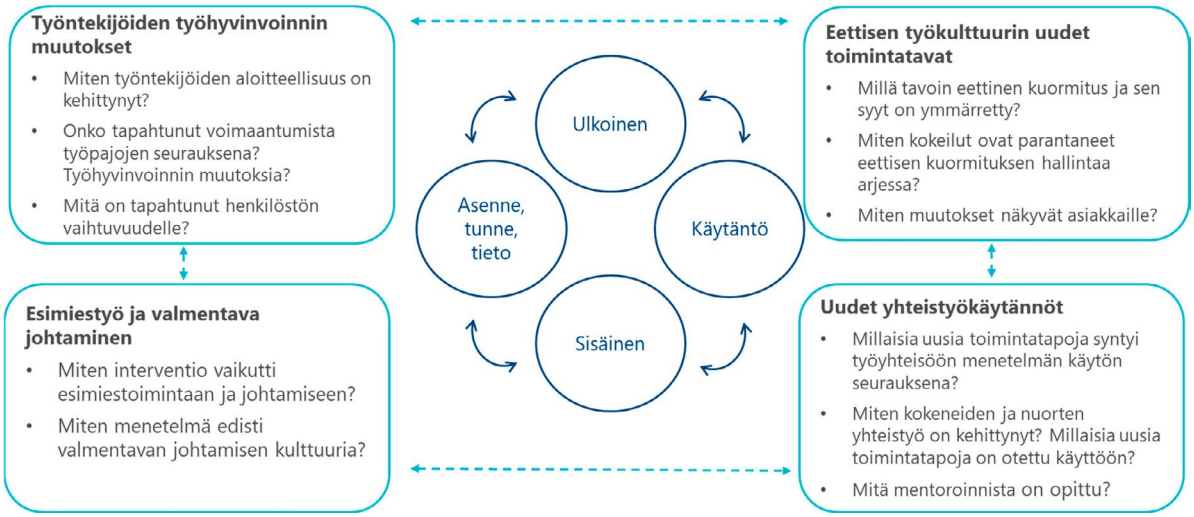
Työntekijälähtöinen innovaatiotoiminta kukoistaa todennäköisimmin sellaisissa organisaatioissa, joissa johtajat allokoivat aikaa uudistusten suunnittelemiselle, tarjoavat tunnustusta ja tukea sekä sallivat työntekijöiden osallistuvan verkostoihin ja areenoille myös organisaation ulkopuolella (Høyrup &al. 2012). Työntekijälähtöistä innovaatiota lähelle tulee käsite ”bricolage”, jolla viitataan yhdessä luomista kulloinkin saatavilla olevista niukoistakin resursseista käsin. (Baker & Nelson 2005). Näiden käytäntölähtöisten lähestymistapojen näkökulmasta työntekijöistä lähtevä kokeilutoiminta ei siis välttämättä tarvitse kontrolloituja prosesseja ja isoja voimavaroja, vaan enemminkin lupaa kehittää, aikaa kehittämistyölle ja johtajien kannustavaa asennoitumista käytännöstä kumpuaviin ideoihin. Työntekijälähtöinen kehittäminen perustuu melko optimistiseen käsitykseen siitä,

että ruohonjuurityöntekijä pystyisi jopa haasteellisesta resurssiniukoista työolosuhteista huolimatta olemaan muutosta käynnistävä toimija.

Kokeilujen kehittävän arvioinnin menetelmä

Noin 1-6 kk interventiovaiheen jälkeen kunkin sosiaali- ja terveydenhuollon alueen vanhuspalveluja tarjoavat työyhteisöt kokoontuivat arvioimaan yhdessä kokeilujen edistymistä. Arvioinnin menetelmänä käytettiin kehittävää arviointia ja akvaariomenetelmää. Noin 0,5-5 kk arviointipajan jälkeen tutkimuksessa organisoitiin ns. oppimispaja, mikä oli kokeiluista oppimisen areena kahden sote-alueen välillä. Seurasimme kokeilujen edistymistä siis kaksi kertaa; sote-aluekohtaisissa arviointipajoissa ja sote-alueiden välillä järjestetyssä oppimispajavaiheessa.

Kokeiluja arvioitiin neljällä sote-alueella erikseen eettisen kuormituksen kokeilujen sekä valmentavan johtamisen kokeilujen osalta. Molemmissa kehittävän arvioinnin työpajoissa käytettiin ns. arviointiakvaariomenetelmää. Menetelmässä fasilitoijat rytmittävät kenen vuoro on kulloinkin arvioida ja kenen vuoro on kuunnella, jotta kaikkien äänet pääsevät tasavertaisina kuuluviin (Hyytinen ym. 2019). Lisäksi tarjosimme arviointikeskusteluun neljä näkökulmaa kattavan kehikon jäsentämään keskustelua. Näkökulmat johdettiin Hyvä veto -hankkeen tavoitteista:



Kuva 5.2 Kehittävän arvioinnin näkökulmat

Kokeilujen kehittävän arvioinnin työpajoissa organisoitiin sellainen keskustelu, jossa ensin sisäkehällä olevat kokeilujen kehittämiseen osallistuneet työntekijät arvioivat kokeilujen toteutumista ja vaikutuksia työhyvinvoinnin muutosten, eettisen työkulttuurin edistymisen, valmentavan johtamisen edistymisen sekä uusien yhteistyökäytäntöjen näkökulmista. Ulkokehälle pyydettiin sellaisia johdossa, HR:ssä ja työsuojelussa toimivia henkilöitä, jotka pystyivät näitä kokeiluja osaltaan tukemaan. Kun sisäkehä keskusteli, ulkokehä kuunteli, eikä saanut osallistua keskusteluun. Ulkokehän tehtävä oli sisäkehäkeskustelun jälkeen keskustella, mitä keskustelusta voi oppia kokonaisuudessaan, sekä muodostaa kolme konkreettista ehdotusta, miten kokeiluja voisi tukea jatkossa. Tämän jälkeen sisäkehä sai vielä ottaa kantaa ehdotuksiin, sekä lisätä oman ehdotuksensa.

Aineisto ja menetelmät

Luvun aineistona on neljällä sosiaali- ja terveydenhuollon alueella järjestettyä 2,5 tuntia kestänyttä eettisen kuormituksen kokeilujen kehittävän arvioinnin työpajaa, sekä neljä 2,5 tuntia kestänyttä valmentavaa johtamista ja mentoroinnin käynnistymistä arvioivaa työpajaa. Lisäksi kokeilujen edistymistä tarkasteltiin myös neljässä sote-alueiden välillä järjestetyssä oppimispajassa.

Seuraavassa taulukossa on kuvattu arvioinnin rytmittyminen ajallisesti eri sote-alueilla.

Taulukko 5.2 Arviointi- ja oppimispajojen toteutunut aikataulu

	SOTE A	SOTE B	SOTE C	SOTE D
Eettinen / interventio	Syyskuu 2021	Syyskuu 2021	Syys-lokakuu 2021	Syys-lokakuu 2021
Eettinen arviointi (läsnäpaja)	**Marraskuu 2021**	**Marraskuu 2021**	**Maaliskuu 2022**	**Marraskuu 2021**
Valmentava / interventio	Huhtikuu 2021	Syyskuu 2021	Toukokuu, syys-lokakuu 2021	Toukokuu 2021
Valmentava + mentorointi arviointi	**Marraskuu 2021 / Teams**	**Marraskuu 2021**	**Helmikuu 2022 / Teams**	**Helmikuu 2022 / Teams**
Vaihe 2: oppimispajat (eettinen)	**Toukokuu 2022**		**Maaliskuu 2022**	
Vaihe 2: oppimispaja (valmentava + mentorointi)	**Toukokuu 2022**		**Maaliskuu 2022**	

Luvun kirjoittajat toimivat kaikkien työpajojen fasilitoijina. Kaikki työpajat tallennettiin digitallentimella, mihin kaikki osallistujat antoivat etukäteen kirjallisen suostumuksensa. Työpajojen kerronnasta analysoitiin, miten neljän sote-alueen kokeilut etenivät arviointipajoissa ja oppimispajoissa kertoman mukaan. Kokeilujen sisällön luonnehdinnassa oli apuna myös aikaisempien työpajojen muotoilut kokeilujen sisällöistä, vastuuhenkilöistä ja sovituista aikatauluista. Lisäksi aineistona olivat kaikki arviointivaiheessa käytetyt esitysmateriaalit.

Kokeilujen käynnistymisen analyysi

Seuraava taulukko kuvaa kuinka monta kokeilua määriteltiin joko eettisen kuormituksen vähentämiseen, valmentavan johtamisen edistämiseen tai mentorointiin liittyen eri sote-alueilla sekä miten kokeilut arviointipajojen kertoman mukaan siirtyivät käytäntöön.

Taulukko 5.3 Kokeilujen kaari eri sote-alueilla – käyntiin lähteneiden kokeilujen määrät

Sote-alue	Aihe	Kokeilujen määrä	Edistynyt arviointi-pajassa	Edelleen olemassa oppimispajassa	Parastettu toisella sote-alueella
A	Eettinen	7	5	4	4
A	Va + ment	5	5	3	2
B	Eettinen	9	4	4	4
B	Va + ment	9	6	4,5	3
C	Eettinen	7	7	5	3
C	Va +ment	7	5	4	3
D	Eettinen	3	2	2	2
D	Va + ment	3	2	2	2
YHTEENSÄ		**50**	**36**	**28,5**	**23**

Eettinen= eettisen kuormituksen vähentämiseen liittyvät kokeilut, Va= valmentavaan johtamiseen liittyvät kokeilut, Ment=mentorointikokeilut

Kaiken kaikkiaan Hyvä veto -hankkeen aikana kehitettiin 50 kokeilua, joista 36 kokeilun kerrottiin edenneen kokeiluun ensimmäisessä arviointivaiheessa. Kehitetyistä kokeiluaiheista 72% kerrottiin edenneen käytännön kokeiluksi ensimmäisessä arviointivaiheessa. Myöhemmässä sote-alueiden välisessä oppimispajavaiheessa esiteltiin ja kerrottiin olevan käytännössä 28,5 kokeilua ja näistä 23 osalta toinen sote-alue otti kokeilusta ideoita omaan toimintaympäristöönsä. Ottaen huomioon haasteellisen toimintaympäristön korona-ajan rajoituksineen, sekä käynnissä olleen hoitajien työtaistelun ja YT- tilanteen osalla sote-alueista, voidaan kokeilujen etenemistä ainakin rajatun ajan pitää varsin hyvänä. Kokeilujen edistyminen oli kuitenkin erilaista liittyen työntekijälähtöisiin eettisen

kuormitukseen liittyvien ja esihenkilövetoisten valmentavan johtamisen kokeilujen osalta. Siksi katsomme seuraavaksi tarkemmin kokeilujen aiheita erikseen eettiseen kuormitukseen ja toisaalta valmentavaan johtamiseen ja mentorointiin liittyen.

Arviointipajoissa käsitellyt eettisen kuormituksen kokeilut aiheittain

Seuraavaan taulukkoon on koottu kaikki eettisen kuormituksen hallintaan liittyvät 26 kokeilua, jotka määriteltiin hankkeen interventiovaiheessa. Kokeilujen otsikointi on pääosin sellaisessa muodossa kuin se alun perin esitettiin, mutta mikäli otsikkona oli ratkaistava ongelma, eikä ratkaisu, kirjoittajat muokkasivat sitä enemmän siihen muotoon, mitä kokeilussa tehtiin.

Taulukko 5.4 Eettisen kuormituksen kokeilujen edistyminen, sotealueilla (A, B, C ja D)[3]

Kokeilun aihe	Kokeilun nimi	Sote-alue	Käytäntöön kyllä/ei/osittain
Teknologian käyttö			
	Kirjaaminen/päivärivit (varahenkilöstölle säännöllinen päivitys asiakkaiden tilanteista)	B	ei
	Mittareiden yksinkertaistaminen liittyen asiakaskirjauksiin	A	ei
Asiakas ja hyvä hoiva			
	Viikoittaiset asukaspalaverit	A	kyllä
	Tasapuolinen asiakkaiden kohtelu ja hoiva	B	osittain
	Ajan tasapuolinen jakautuminen erilaisten asiakkaiden kesken (kuormittavat asiakkaat)	C	osittain
Omaissuhteet			
	Omaisten haastava käyttäytyminen/erilaiset näkemykset hoidosta	B	osittain

3 **kyllä** jos kokeilu on edelleen olemassa myös oppimispajavaiheessa, tai mennyt käytäntöön joko ensimmäisessä arviointivaiheessa tai oppimispajavaiheessa, **osittain** jos saanut uuden muodon tai vain osa edistynyt tai ensimmäisessä vaiheessa edistynyt mutta pysähtynyt oppimispajavaiheessa, eli ei siirtynyt käytäntöön, **ei** jos ei ole esitelty, tai sanottu suoraan, ettei ole edistynyt, ei ole mennyt käytäntöön tai omistaja ei paikalla.

Kokeilun aihe	Kokeilun nimi	Sote-alue	Käytäntöön kyllä/ei/osittain
Työyhteisön toimintatavat			
	Avoin vuorovaikutus	A	ei
	Viestinnän ja tiedonkulun parantaminen, hiljaisen tiedon jakaminen	A	osittain
	Saattohoidon kokonaisvaltainen kehittäminen osastolla	A	osittain
	Hiljainen raportointi vuorojen välillä	A	osittain
	Työvuorosuunnittelu työhyvinvoinnin näkökulmasta	A	kyllä
	Työn tasapuolisesti jakaantuminen työntekijöiden kesken (ml. viikko-ohjelma asukkaille)	B	osittain
	Muutoksiin ja uudistuksiin liittyvä toimeenpano osallistavasti	B	ei
	Työyhteisön pelisäännöt ja palaute (liittyy myös asukkaiden hyvinvoinnin priorisointiin)	B	kyllä
	Yhteistyö keskitetyn työnjaon ja alueiden kesken	B	kyllä
	Työnjako varahenkilöstön ja vakituisten kesken	B	ei (aikomus)
	Uuden työntekijän vastaanotto	B	ei (aikomus)
	Palautteen antaminen ja vastaanottaminen rakentavalla tavalla	D	kyllä
Eettisiä jännitteitä ratkaisevat ja resurssien niukkuutta käsittelevät			
	Nostetaan keskusteluun työvuoron aikana esiin tulleita eettisiä ongelmia	D	ei
	Työkaverin epäasialliseen käyttäytymiseen puuttumisen keinot	C	osittain
	Avoimempi keskustelukulttuuri, yhtenäisempi linjaus eettisten haasteiden ratkomiseksi	D	kyllä
	Riittämättömyyden tunteeseen vastaaminen koulutuksilla ja asennemuutoksilla	C	osittain
	Työkaverin ammattitaidon arvosteluun puuttuminen (erilaiset tavat antaa palautetta)	C	kyllä
	Kiireen ja kiireen tunteen vähentäminen resursseilla ja työpäivän aikaisen palautumisen merkityksen korostaminen (taukojen rauhoittaminen)	C	kyllä
	Työtehtävien tasapuolinen jakautuminen ja koulutustarpeiden huomioiminen	C	kyllä
	Henkilöstön keskinäisten ristiriitatilanteiden tasapuolinen ja puolueeton selvittäminen	C	kyllä

Kaiken kaikkiaan eettistä kuormitusta vähentämään pyrkiviä kokeiluja oli 26, joista 10 siirtyi käytäntöön, 9 kokeilua siirtyi osittain tai sai uudenlaisen muodon ja 7 kokeilua ei edistynyt ollenkaan. Eri sote-alueilla määriteltiin eri määrä kokeiluja, joten niitä ei voi suoraan vertailla keskenään määrällisessä mielessä. Taulukosta voidaan kuitenkin tulkita, että haasteellisinta kokeilujen edistyminen oli sote-alueella A ja B. Puolestaan parhaiten edistyivät sote-alue C:n kokeilut. Osittain tätä selittää se, että alueiden A ja B arviointivaihe alkoi vain runsaan kuukauden kuluttua kokeilujen aiheiden määrittelystä, kun taas korona-ajan kokoontumisrajoitusten vuoksi sote-alueen C arviointivaihe alkoi vasta 4–6 kuukautta interventiovaiheen jälkeen. Heillä oli siis pidempi aika viedä kokeiluja käytäntöön kiireisen hoito- ja hoivatyön rinnalla.

Kokeilujen aiheita katsottaessa ne näyttivät liittyvän vuorovaikutuksen kehittämiseen, yhteisiin käytäntöihin, joissa voidaan keskustella asiakkaista ja omaisista, sekä suoremmin eettisistä ristiriidoista käytävän keskustelun lisäämiseen ja yhteisten pelisääntöjen luomiseen. Teknologisiin työvälineisiin ja kirjaamistapoihin liittyvät ratkaisut eivät edenneet.

Kaikkien sote-alueiden ensimmäisissä arviointipajoissa toistuvaksi puheenaiheeksi nousi **kehittämisen ajan riittävyys**, mikä tuntui estävän uusien toimintatapojen yhteistä suunnittelua, niiden kokeilua ja niiden arviointia. Se on myös kriittisin kysymys sen suhteen, voidaanko työntekijälähtöistä kokeilevaa kehittämistä jatkaa työyhteisöissä hankkeen jälkeenkin. Keskusteluissa nousi esiin myös ratkaisuja, joilla kehittämisen aikaa saataisiin arkeen. Tällaisina nostettiin esiin esimerkiksi kehittämisen ajan varaaminen hoitajille työvuorosuunnittelun yhteydessä, vakituisen sijaishenkilön saaminen poikkeustilanteisiin, kehittämisen ripottelu viikkopalavereiden osaksi, henkilöstön ottaminen mukaan ideoimaan millä keinoin kiirettä hallitaan. Vaikutti myös siltä, että erityisesti korona-ajan vaatimukset siitä, että eri työvuorolaiset eivät saisi kohdata fyysisesti toisiaan vaikeutti normaalia tiedonkulkua asiakkaiden tilanteista sekä keskustelua uusien toimintatapojen kokeiluista.

Arviointipajoissa käsitellyt valmentavan johtamisen ja mentoroinnin kokeilut aiheittain

Seuraavaan taulukkoon on koottu kaikki valmentavaan johtamiseen ja mentorointiin liittyvää 24 kokeilua, jotka määriteltiin hankkeen interventiovaiheessa.

Taulukko 5.5 Valmentavan johtamisen ja mentoroinnin kokeilujen edistyminen sotealueilla (A, B, C ja D)[4]

Kokeilun aihe	Kokeilun nimi	Sote-alue	Käytäntöön kyllä/ei/osittain
Mentorointi ja vertaistuki			
	Mentorointi	D	kyllä
	Esimiesten vertaistuki, mentorointiparit ja kysymyskortit	D	kyllä
	Eri-ikäisten johtaminen mentoroinnin keinoin	C	kyllä
	Mentorointi	A	kyllä
	Mentorointi	B	kyllä
	Verkostotoiminta (esimiesten osaamisen hyödyntäminen yli yksikköjen)	A	Kyllä
	Esihenkilöiden yhteinen keskusteluhetki (vertaismentorointi)	C	kyllä
Työyhteisön muutokset			
	Muutosjohtaminen, muutosten konkretisointi ja näkyväksi tekeminen	A	kyllä
	Valmentava johtaminen uuteen työyhteisöön	C	kyllä
	Uusien digitaalisten palveluiden käyttöönotto työntekijöille ja asiakkaille	B	kyllä
Työntekijöiden hyvinvoinnin tukeminen			
	Palautumisen tukeminen työssä säännöllisten keskusteluiden kautta, ohjeistusten kehittäminen uupumistilanteisiin	C	kyllä
	Tasapaino omaan työhön ja näkyvyyden lisääminen työntekijöille, tehtävänkuvat	A	kyllä
	Riittävyyden kokemus	B	kyllä
	Työn ja muun elämän yhteensovittaminen	D	ei

4 **kyllä** jos kokeilu on edelleen olemassa myös oppimispajavaiheessa, tai mennyt käytäntöön joko ensimmäisessä arviointivaiheessa tai oppimispajavaiheessa, **osittain** jos saanut uuden muodon tai vain osa edistynyt tai ensimmäisessä vaiheessa edistynyt mutta pysähtynyt oppimispajavaiheessa, eli ei siirtynyt käytäntöön, **ei** jos ei ole esitelty, tai sanottu suoraan, ettei ole edistynyt, ei ole mennyt käytäntöön tai omistaja ei paikalla.

Kokeilun aihe	Kokeilun nimi	Sote-alue	Käytäntöön kyllä/ei/osittain
Työn käytäntöjen tarkastelu valmentavan johtamisen kautta			
	Yhteiset linjat, säännöt kaikissa työyhteisöissä vs. työyhteisön kanssa muovattavat ohjeet	A	kyllä
	Esihenkilön läsnäolo ja henkilöstön kuuleminen, palautteen antamisen ja vastaanottamisen kehittäminen	C	kyllä
	Ammattitaidon hyödyntäminen työssä	C	ei
	Työkäytäntöjen toteutuksen seuranta	B	osittain
	Digiosaamisen kehittäminen	C	osittain
	Ideointitapaamiset	B	kyllä
	Varttikeskustelu	B	kyllä
	Itseohjautuvuus	B	kyllä
	Vastuullisuuden vahvistamisen keinot	B	kyllä
	Työntekijät asukaslähtöisyyden edistäjinä	B	kyllä

Kaiken kaikkiaan valmentavaan johtamiseen ja mentorointiin liittyviä kokeiluja oli 24, joista 21 siirtyi käytäntöön, yksi kokeilu siirtyi osittain tai sai uudenlaisen muodon ja 2 kokeilua ei edistynyt ollenkaan. Taulukosta voidaan nähdä, että kokeilujen aiheet liittyivät mentoroinnin kokeiluihin, työyhteisön muutosten hallintaan, työntekijöiden työhyvinvoinnin tukemiseen sekä erityisesti valmentavan johtamisen käytäntöjen edistämiseen. Verrattuna työntekijöistä lähteneisiin eettistä kuormitusta koskeviin kokeiluihin nämä esihenkilöiden aloittamat kokeilut siis edistyivät huomattavasti paremmin. Tässä voi olla syynä se, että esihenkilöiden rooliin ja tehtäviin kuuluu luontevammin kehittämiseen liittyvät tehtävät. Myös aiheena valmentava johtaminen saattaa olla vähemmän ongelmallinen kuin eettinen kuormitus.

Ensimmäisen vaiheen arviointipajat toteutettiin Teamsilla, joten fasilitoijat eivät voi olla varmoja, kuinka paljon se vaikutti siihen, kuinka myönteisinä kokeilujen edistäminen saatettiin esittää. Esihenkilöillä saattoi olla kovempi paine esittää kokeilujen edistyminen onnistumisen valossa, kun kuulolla oli ylempää palvelujohtoa. Fasilitoijien näkökulmasta arviointivaihe sekä ensimmäisessä että oppimispajavaiheessa sujuivat innostuneessa ilmapiirissä.

5.4 Yhteenveto työntekijälähtöisistä kokeiluista

Avasimme tässä luvussa työyhteisötasolla tapahtuvaa mahdollisuutta toteuttaa työntekijä- ja esihenkilölähtöistä kokeilevaa kehittämistä. Yhteistä kehittämispyrkimyksille oli, että ne tapahtuivat hoivatyön kannalta hyvin haasteellisissa olosuhteissa korona-aikana sekä sosiaali- ja terveysalueilla, joissa vanhustenpalveluissa koettiin hoitajapulaa ja joista osassa oli meneillään arviointivaiheessa YT-prosessi.

Interventiovaiheessa, erityisesti työyhteisön toimivuuteen ja kollegojen väliseen yhteistyöhön liittyvät kysymykset herättivät tunteita eettistä organisaatiokulttuuria käsittelevissä työpajoissa. Vanhustyön arjessa saattaa olla enemmän rakenteita vaikeiden asiakastilanteiden käsittelylle ja purkamiselle, mutta työpaikan ja kollegoiden väliset erilaiset ongelmatilanteet jäävät helposti käsittelemättä. Näin ollen itse työpajavaihe toimi hyvin näiden ennestään vähemmän käsiteltyjen teemojen esille nostajana.

Tutkimuksessa arvioitiin kehittävän arvioinnin keinoin, miten kehittämistyöpajoissa muodostuneet eettistä kuormitusta vähentävät sekä valmentavaa johtamista ja mentorointia edistävät kokeilut etenivät käytäntöön. Kaiken kaikkiaan kehitettiin 50 kokeilua, joista 36 kokeilun kerrottiin edenneen kokeiluun ensimmäisessä arviointivaiheessa. Vielä sote-alueiden kesken järjestetyissä oppimispajoissa 28,5 kokeilua oli edelleen arjen käytäntönä. Kokeilujen kehittävä arviointi toi esiin, että työntekijöistä lähtevien eettistä kuormitusta vähentävien kokeilujen edistyminen oli haastavaa, koska arviointivaiheessa koettiin henkilöstövajetta, työyhteisöissä oli poikkeuskäytäntöjä korona-ajan vuoksi ja osassa YT-prosessi meneillään. Sen sijaan valmentavan johtamisen kokeilut olivat edenneet hyvin. Yhteiseksi huoleksi nousi kaikilla sote-alueilla riittävän ajan varaaminen kehittämiseen ja uuden oppimiseen, mikä on edellytys sille, että kokeileva kehittäminen juurtuu jatkuvaksi käytännöksi.

Kokeilujen kehittävä arviointi toi esiin, että työntekijöistä lähtevien **eettistä kuormitusta vähentävien** kokeilujen edistyminen oli haastavaa, ja arviointivaiheessa esiintyi paljon huoli- ja ongelmapuhetta siitä, mistä löytää aikaa kehittämiseen ja uusien toimintatapojen kokeilemiseen asiakastyön rinnalla. Analyysi osoitti myös, että työyhteisön toimintatapakokeilut vaativat aikaa: vähintään 4–6 kuukautta, että niitä ehditään kokeilla. Kuitenkin osa kokeiluista oli ajankohdan haasteellisuudesta riippumatta lähtenyt liikkeelle. Kehittämisen ajan turvaamiseen oli näissä työyhteisöissä pystytty luomaan toimintatapoja, kuten kehittämisen ajan varaaminen hoitajille työvuorosuunnittelun yhteydessä, vakituisen sijaishenkilön saaminen poikkeustilanteisiin, kehittämisen ripottelu viikkopalavereiden osaksi, henkilöstön ottaminen mukaan ideoimaan millä keinoin kiirettä hallitaan.

Analyysi osoitti, että **valmentavaan johtamiseen ja mentorointiin** liittyvät kokeilut olivat edistyneet esihenkilöiden vetäminä hyvin ja niistä kerrottiin innostuneessa ilmapiiris-

sä. Mentorointia oli kokeiltu monessa työyhteisössä pistemäisesti, ei vielä kovin laajassa mittakaavassa. Kokemukset siitä olivat kuitenkin yksinomaan myönteisiä. On huomattava, että on todennäköisempää, että esihenkilötasolla ja videovälitteisesti on taipumus antaa kokeilujen edistymisestä parempi kuva kuin se todellisuudessa onkaan. Tällainen ns. hyvän vaikutelman esittäminen voi korostua, kun kuulolla on ylempää johtoa ja puhe on julkisella areenalla tapahtuvaa (Bolino ym. 2016, 382). Parhaimmillaan valmentavan johtamisen uudet käytännöt tukevat työntekijöiden mahdollisuutta innovoida ja kokeilla uusia toimintatapoja.

Kokonaisuudessaan analyysi kokeilujen edistymisestä toi esiin, että työntekijälähtöinen kehittäminen voi olla mahdollista haastavissakin olosuhteissa, kunhan uusien toimintatapojen kokeiluun varataan aikaa arjessa ja kokeilujen arviointi ei tapahdu liian pian niiden muodostamisesta. Tämä löydös antaa toivoa siitä, että rakenteelliseen, hoivan kriisiin liittyvään kysymykseen heikentyvistä työolosuhteista voidaan vaikuttaa työyhteisöstä käsin. Sen edellytyksenä on, että hoitajilla on lupa ja mahdollisuus käyttää aikaa toiminnan kehittämiseen ja rutiinien rikkomiseen kaiken edelle menevän asiakastyön rinnalla.

Helposti työyhteisötasoisia toimintatapamuutoksia vähätellään ns. laastariratkaisuina hoiva-alan vetovoimaisuuden lisäämisessä ja alan rakenteellisten epäkohtien korostaminen julkisessa keskustelussa luovat ilmapiirin kehittämisen mahdottomuudesta (Kröger 2019, Hoppania ym. 2016). Siksi tämän kaltaisten työntekijöistä lähtevien kehittämisprosessien tukemista organisaation eri tasoilla (Høyrup ym. 2012) tarvittaisiin jatkossa enemmän. On oltava varovainen, ettei työntekijälähtöisestä kehittämisestä tehdä työntekijöille uutta yksilöllistä osaamisvaadetta ja ettei siitä muodostu uutta työn kuormitustekijää jo ennestäänkin kuormittuneille työntekijöille. Näin voi käydä, ellei kehittämiseen varata riittävästi aikaa tai nähdä sitä yhteisenä toimintatapana.

LUKU 6
Johtopäätökset ja suositukset

Iäkkäiden palveluja on kehitetty sekä asiakkaiden että henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta

Kehittämisen painopistealueet ovat katsauksessa tarkastelluissa aiemmissa hankkeissa vaihdelleet asiakas- ja toiminnanohjauksesta itseohjautuvaan tiimityöhön ja työntekijöiden psykososiaaliseen hyvinvointiin. Työhyvinvoinnin edistämistä ei ole sisällytetty tai integroitu toimintamallien kehittämiseen, vaan hankkeet ovat olleet toisistaan erillisiä. Johtamisen ja työyhteisön ongelmia on ratkottu yhdessä työntekijöiden ja esihenkilöiden kanssa mm. työpajoissa ja työkonferensseissa.

Hankkeiden onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointi on vaikeaa, koska monet hankkeet ovat olleet lyhytkestoisia ja ratkaisut organisaatiokohtaisia, vaikkakin ne voivat olla paikallisesti merkittäviä. Tällä hetkellä käynnissä olevissa hankkeissa yhtenä keskeisenä kehittämiskohteena on työntekijöiden osaaminen, erityisesti digitaaliset taidot. Uusilla teknologisten ratkaisujen kehittämisellä ja etäkäynneillä pyritään tukemaan kotihoidon asiakkaiden kotona asumista ja helpottamaan työntekijöiden kiirettä.

Iäkkäiden palveluissa työskentelevien työhyvinvoinnin tilannekuva

Asiakas- ja käyntimäärien kasvu sekä säädetty henkilöstömitoitus ovat lisänneet työvoiman tarvetta iäkkäiden palveluissa. Tällä hetkellä työvoimapula näkyy erityisesti kotihoidossa, jossa vakituiset työntekijät tekevät usein ylitöitä ja neljännes yksiköistä työskentelee viikoittain liian vähäisellä henkilöstöllä. 2000-luvun alkuun verrattuna kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet, asiakkaat ovat sekä fyysisesti että kognition osalta huonokuntoisempia ja varsinkin kiire kuormittaa työntekijöitä. Lisäksi ympärivuorokautisessa hoidossa asiakastyön osuus on lisääntynyt viimeisen 20 vuoden ajan, mikä tarkoittaa työpäivän tiivistymistä. Toisaalta asiakkaan saama hoitoaika ei ole lisääntynyt samassa suhteessa, mikä voi kertoa siitä, että työntekijöiden aika jakautuu useammalle asiakkaalle kuin aikaisemmin. Asiakastyön osuuden lisääntymisen myötä muiden työtehtävien tekemiseen jää entistä vähemmän aikaa, mikä voi vaikuttaa myös työhyvinvointiin.

Tiimien mahdollisuudet itsenäiseen suunnitteluun ja päätöksentekoon ovat yhteydessä koettuun kiireeseen ja stressiin erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa. Kotihoidossa puolestaan tiimin itsenäisyys näkyy korkeampana työtyytyväisyytenä. Kotihoidossa hoidon jatkuvuudella on yhteys moniin eri tekijöihin. Jos työntekijä tuntee ennestään ne asiakkaat, joiden luona hän käy, se voi lieventää kiireen tuntua, verrattuna siihen, että asiakas on työntekijälle täysin vieras. Työpäivän toteutuminen suunnitellusti puolestaan

vähentää koettua kiirettä ja stressiä sekä lisää työtyytyväisyyttä. Myös asiakkaan kannalta on todennäköisesti mielekkäämpää, että työntekijä on ennestään tuttu.

Vanhustyön työntekijöiden fyysistä kuormittumista ja työstä palautumista mitattiin vuorokauden mittaisilla Firstbeat- eli sykevälivaihtelumittauksilla. Mittausten perusteella vanhustyö on hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormituksen osalta kevyttä eikä ylitä fyysisen kuormituksen suositusrajoja. Subjektiivisten arvioiden perusteella työntekijät kuitenkin arvioivat työnsä sisältävän raskasta ruumiillista työtä usein. Ristiriita mitatun ja arvioidun fyysisen kuormituksen välillä voi johtua tuki- ja liikuntaelimistön kuormituksesta, jota ei tässä tutkimuksessa mitattu, tai psyykkisestä kuormituksesta, joka lisää subjektiivisen kuormittumisen tunnetta. Fyysinen kuormitus oli korkeampaa iäkkäämmillä työntekijöillä ja iltavuorossa. Työstä palautumiseen vaikutti työntekijän ikä ja työvuoron fyysinen kuormitus. Palautuminen oli hitaampaa iäkkäämmillä työntekijöillä ja fyysisesti kuormittavamman työvuoron jälkeen.

Eettinen kuormitus on työn psykososiaalinen kuormitustekijä, joka heikentää työkykyä. Eettistä kuormitusta syntyy moraalisesti ristiriitaisissa tilanteissa, joita ovat esimerkiksi työn resursointiin ja työpaikan ilmapiiriin liittyvät asiat, sekä hoitotyöhön tai omaan osaamiseen liittyvät ristiriidat. Suurempi osa vanhuspalveluiden työntekijöistä kokee eettistä kuormitusta ja muita työn psykososiaalisia kuormitustekijöitä kuin muut sotealan työntekijät, johto tai esihenkilöt. Työn kuormitustekijöitä ei voida kokonaan poistaa, joten työyhteisöjen ja työntekijöiden hallintakeinoja on parannettava työn kuormituksen vähentämiseksi.

Eettisen kuormituksen hallinnassa keskeinen tekijä on eettinen organisaatiokulttuuri. Sekä työntekijöillä että esihenkilöillä on vastuu rakentaa eettistä organisaatiokulttuuria ja siihen liittyviä toimintakäytäntöjä. Koska esihenkilö toimii työnantajan edustajana, häntä velvoittaa työturvallisuuslain velvoite huolehtia työhyvinvoinnin kehittämisestä.

Eettisen kuormituksen hallinnassa tärkeässä osassa on myös työntekijän moraalinen toimijuus, joka on eettisesti vastuullisen toiminnan perusta. Jos työntekijän moraalista toimijuutta syystä tai toisesta rajoitetaan, johtaa se osaltaan eettiseen kuormitukseen.

Työntekijälähtöinen kehittäminen on mahdollista niukkojen resurssien olosuhteissa, jos sille turvataan tukea ja aikaa

Työntekijälähtöinen kehittäminen voi olla yksi keino luoda sellaisia työntekijöiden omasta aloitteesta lähteviä muutoksia ja parannuksia työn arjessa kohdattuihin epäkohtiin, jotka vähentävät eettistä kuormitusta. Tutkimuksen arviointivaihe osoitti, että työntekijälähtöinen kehittäminen voi olla mahdollista haastavissakin olosuhteissa, kunhan uusien toimintatapojen kokeiluun varataan aikaa arjessa ja kokeilujen arviointi ei tapahdu liian

pian niiden muodostamisesta. Rakenteelliseen, hoivan kriisiin liittyvään kysymykseen heikentyvistä työolosuhteista voidaan vaikuttaa työyhteisöstä käsin. Sen edellytyksenä on, että hoitajilla on lupa ja mahdollisuus käyttää aikaa toiminnan kehittämiseen ja rutiinien rikkomiseen kaiken edelle menevän asiakastyön rinnalla.

Työntekijöistä lähtevien kehittämisprosessien tukemista organisaation eri tasoilla tarvitaan jatkossa enemmän. On huolehdittava, että työntekijälähtöisessä kehittämisessä varmistetaan työntekijöiden osaaminen ja mahdollisuus käyttää tähän työaikaa. Mahdollisuus viedä työntekijöiden aloitteista syntyneitä kokeiluja käytäntöön vahvistaa työn mielekkyyttä, pystyvyyden tunnetta ja motivaatiota. On kuitenkin oltava varovainen, ettei työntekijälähtöisestä kehittämisestä tehdä työntekijöille uutta yksilöllistä osaamisvaadetta ja ettei siitä muodostu uutta työn kuormitustekijää jo ennestäänkin kuormittuneille työntekijöille. Näin voi käydä, ellei kehittämiseen varata riittävästi aikaa tai nähdä sitä yhteisenä toimintatapana.

Vertaismentorointi vahvistaa osaamista ja kuormitustekijöiden hallintaa nuorilla ammattilaisilla

Mitä kuuluu? -kyselyn tuloksista nousi esiin huoli vanhustyössä työskentelevien nuorten työntekijöiden työssä jaksamisesta ja työhyvinvoinnista. Samalla tuloksista tunnistettiin, että vanhemmissa sote-alan ammattilaisten ikäryhmissä esimerkiksi työstä palautuminen oli paremmalla tasolla kuin nuorilla työntekijöillä. Alan konkareiden ja nuorten yhteistyön tukeminen mentoroinnilla on yksi keino vahvistaa alan veto- ja pitovoimaa.

Mentorointi on yhteistyösuhde, jonka keskeisenä tavoitteena on edistää oppimista ja osaamista. Työn reflektointi mentorointiparin kanssa avaa uusia näkökulmia oman työn voimavaratekijöistä, kuormitustekijöiden hallinnan keinoista sekä oman osaamisen kehittämistarpeista ja vahvuuksista. Yhteinen työn tarkastelu vahvistaa myös työntekijän ammatti-identiteettiä ja oman työn arvostusta. Ammatillinen osaaminen on keskeinen tekijä työkyvyn, työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen näkökulmasta.

Valmentavalla johtamisella työhyvinvointia vanhustyöhön

Hyvä veto -hankkeen yhteydessä tehdyistä haastatteluista nousi esiin esihenkilötyön merkitys työntekijöiden työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukena. Haastatteluissa tunnistettiin erityisesti vahvuuksia ja yksilöllistä osaamista hyödyntävän johtamisen, valmentavan johtamisen, tärkeys, jonka kautta voitiin tukea niin yksilö- kuin tiimitason autonomiaa ja päätäntävaltaa. Kokemus omia vahvuuksia tukevasta ja kehittävästä johtamisesta lisäsi työntekijöiden innostusta omasta työstään sekä tunnetta oman työn merkityksellisyydestä. Myös esihenkilöiden puheesta oli tunnistettavissa työn merkityksellisyyttä, jos he pääsivät toteuttamaan valmentavaa johtajuutta. Haastatteluista oli tunnistettavissa ti-

lanteeseen ja työympäristöön liittyviä esteitä mutta myös mahdollistavia tekijöitä. Muun muassa työaikataulujen samanaikaisuus, työyhteisön ilmapiiri sekä työpisteiden fyysinen sijainti vaikuttavat siihen, kuinka tehokkaasti valmentavaa johtamista voidaan toteuttaa.

Suositukset

Työhyvinvoinnin kehittäminen pitää olla osa iäkkäiden palvelujen ja vanhustyön kehittämistä sekä strategista tiedolla johtamista, josta johto vastaa. Työhyvinvoinnista huolehtiminen on keino pidentää työuria ja parantaa alan vetovoimaisuutta. Kun henkilöstöpula on keskeinen ongelma, on toimintaa ja sen tuottavuutta kehitettävä siten, että henkilöstön hyvinvointi ja alalla pysyminen paranevat. Alan vetovoimaisuutta ja työhyvinvointia vahvistaa vanhustyön myönteisten näkökulmien esiin tuominen.

Työhyvinvoinnin ja työn kehittäminen on jatkuva prosessi, johon esihenkilöt tarvitsevat tukea ja osaamista. Kehittämisen vaikutuksia tulee arvioida organisaation kaikilla tasoilla säännöllisesti ja käyttää vertailtavuuden parantamiseksi yhtäläisiä mittareita, esimerkiksi kansallista työhyvinvointikyselyä. Seurantatulokset kuvaavat toiminnan vaikutuksia ja tilannetta verrattuna oman organisaation muihin yksiköihin ja kansallisesti. Arviointia tulee hyödyntää kehittämisen suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Työhyvinvoinnin kehittämiseen pitää järjestää työyksiköissä yhteistä aikaa. Työhyvinvoinnin kehittämisessä tulee kiinnittää huomiota hoitotyön organisointiin, fyysiseen jaksamiseen, lisääntyvän eettisen kuormituksen vähentämiseen mm. valmentavan johtamisen, mentoroinnin ja työntekijälähtöisen kehittämisen keinoin.

Ikääntyviä työntekijöitä tulee kannustaa fyysisen kunnon ylläpitoon. Kotihoidon työntekijöiden hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormitus on maltillista, mutta iäkkäämmillä työntekijöillä kuormittuminen suhteessa omaan maksimiin on suurempaa ja palautuminen hitaampaa. Ikääntyviä työntekijöitä tulisi kannustaa omasta fyysisestä kunnosta huolehtimiseen, jotta fyysinen kapasiteetti suhteessa työn vaatimuksiin pysyy riittävällä tasolla. Parempi fyysinen kunto myös tukee rasituksesta palautumista. Iltavuoro oli fyysisesti kuormittavampaa verrattuna aamuvuoroon, mikä tukee ergonomista työvuorosuunnittelua. Kotihoidon tuki- ja liikuntaelimistön kuormituksen määrittäminen vaatii lisätutkimusta, jotta saadaan määritettyä tuki- ja liikuntaelimistön kuormituksen määrä ja kuormittavimmat työvaiheet.

Tiimien päätösvaltaa työn organisoinnista ja asiakkaiden hoidosta tulee lisätä. Tällöin varmistetaan hoidon jatkuvuus ja voidaan vaikuttaa työn veto- ja pitovoimaan. Toiminnanohjausjärjestelmien vaikutusta hoidon jatkuvuuteen tiimitasolla ja työntekijöiden työhyvinvointiin pitää seurata ja kehittää säännöllisesti. Vaikka asiakastyön osuutta lisättäisiin, on huomioitava työhyvinvointi ja varmistettava, että työssä on riittävästi mahdol-

lisuuksia taukoihin ja muihin tehtäviin, esimerkiksi kehittämiseen, kokouksiin tai asiakastyötä valmisteleviin tehtäviin.

On tärkeää kehittää toimintaa ottamalla työntekijät mukaan ratkaisujen tekijöiksi työn arjessa. Kehittämistä voidaan toteuttaa johdon tai työntekijöiden aloitteista. Työntekijöiden valtuuttaminen uusien toimintakäytäntöjen kehittäjiksi osoittaa, että heitä, heidän osaamistaan ja ammattitaitoaan arvostetaan. Yhteinen kehittäminen luo myös yhteisöllisyyttä. Nämä kaikki tekijät vahvistavat sisäistä motivaatiota työhön, hyvinvointia ja sitoutumista työpaikkaan.

Työntekijälähtöinen kokeileva kehittäminen vaatii työyhteisön, esihenkilöiden sekä johdon tukea ja kannustusta, aikaa kokeilujen käytäntöön viemiseen sekä niiden yhteistä arviointia. Työntekijälähtöinen kehittäminen ja kokeilut eivät onnistu yksin tekemällä.

- Jotta kokeileva ja työntekijälähtöinen kehittäminen juurtuvat jatkuvaksi käytännöksi työn arkeen, oppimisen ja kokeilujen edistämisen aikaa tulee varata asiakastyön rinnalle, mm. työvuoroihin, kokouskäytäntöihin ja henkilöstöresurssien kautta.
- Lisäksi on tärkeää arvioida vuosittain työn kehittämisen vaikutuksia ja etenemistä esimerkiksi työhyvinvointikyselyn tulosten avulla.

Valmentavalla johtamisella voidaan tukea työyhteisön yhteistä työn kehittämistä. Työntekijöiden vahvuuksien ja aloitteiden pitkäjänteinen esiin nostava johtaminen luo hyvää perustaa työolosuhteiden parantamiselle ja työhyvinvoinnin kehittämiselle.

Eettisen kuormituksen hallintaan tulee panostaa vanhustyössä, koska se on yleinen ja merkittävä työkykyä heikentävä työn psykososiaalinen kuormitustekijä.

- **Organisaation yksiköissä tulee olla kirjalliset eettiset toimintaperiaatteet**, jotka ovat selkeitä ja työyhteisössä yhdessä arvioituja yksikön töiden tekemisen kannalta. Yhteiset toimintaperiaatteet helpottavat yksilöitä toimimaan haastavissa tilanteissa, mikä vähentää työkuormitusta.
- **Organisaatioissa tulee vahvistaa eettistä osaamista**, jotta työntekijät tunnistavat eettisesti ristiriitaisia tilanteita ja löytävät yksin ja yhdessä ratkaisuja niiden ratkaisemiseen. Eettisten toimintaperiaatteiden tarkastelu on tärkeää liittää yksikön toiminnan vuosikelloon, sekä keskustella säännöllisesti esimerkiksi viikoittaisissa palavereissa ja perehdyttää toimintaperiaatteisiin uudet työntekijät ja sijaiset. Työntekijöiden moraalisen toimijuuden tukeminen luomalla säännöllisesti aika ja paikka yksittäistenkin tapausten käsittelylle.

Vertaismentorointia työyhteisöissä niin työntekijä kuin esihenkilötasolla kannattaa hyödyntää esimerkiksi eettisen kuormituksen käsittelyn kanavana. Työn reflektointi mentorointiparin kanssa avaa lisäksi uusia näkökulmia oman työn voimavaratekijöistä,

oman osaamisen kehittämistarpeista. Yhteinen työn tarkastelu vahvistaa myös työntekijän ammatti-identiteettiä ja oman työn arvostusta.

Työhön liittyviä tunteita on tärkeä käsitellä työyhteisössä säännöllisesti.

Tunteiden jakaminen työyhteisössä edellyttää psykologisen turvallisuuden tunnetta.

Työpaikoilla on tärkeää olla tilaa ja paikkoja, joissa voi kohdata ja tulla kuulluksi. Myönteinen, avoin ja toisia kunnioittava vuorovaikutus kuuluu psykologiseen turvallisuuteen. Se ei kuitenkaan tarkoita, että kaikesta täytyy olla samaa mieltä.

- Johto, esihenkilöt ja ryhmien vetäjät ovat keskeisiä henkilöitä ja esimerkkejä turvallisen ilmapiirin luomisessa.
- Kaikkien on tärkeää käyttäytyä toisia kohtaan kunnioittavasti, arvostavasti, huomioiden ja kuunnellen. Tämä vahvistaa työyhteisön psykologista turvallisuutta. Kuormituksesta keskusteleminen voi jo sinänsä olla helpottavaa, mutta ratkaisujen kehittäminen niihin tuo toivoa asioiden muuttumisesta parempaan suuntaan.
- Työolojen ongelmista, kuten eettisestä kuormituksesta keskusteleminen voi herättää työyhteisössä voimakkaitakin tunteita. Työpaikoilla tulisi järjestää säännöllisesti viikoittaisia tapaamisia, joissa voi purkaa kielteisiä tunteita

Vanhustyön vatupassi -malli tarjoaa vanhustyön esihenkilöille ja johdolle konkreettisia ja vanhustyön arjessa toimivia ratkaisuja eettisen kuormituksen hallintaan ja eettisen työkulttuurin luomiseen mentoroinnin, valmentavan johtamisen ja kokeilevan kehittämisen keinoin. Se perustuu hankkeen tutkimus- ja kehittämistyöhön sekä vanhustyön ammattilaisten kanssa yhteiskehittämiseen. Se on pilotoitu käytettävyyden ja toimivuuden varmistamiseksi.

Kuvio 6.1. Vanhustyön vatupassi

Vanhustyön vatupassi löytyy Työterveyslaitoksen verkkosivustolta ttl.fi/vanhustyon-vatupassi ja se on kaikkien vanhustyön ammattilaisten hyödynnettävissä. Vanhustyön vatupassi -toimintamalli muokattiin sellaiseksi, että sitä voidaan käyttää työhyvinvoinnin ja työn kehittämisen välineenä uusilla hyvinvointialueilla, joille sitä levitetään vuoden 2023 aikana.

LÄHTEET

4T. 2021. Työhyvinvointia ja terveyttä tukevat työaikaratkaisut kotipalvelutyössä 2019–2020. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/tyohyvinvointia-ja-terveytta-tukevat-tyoaikaratkaisut-kotihoitotyossa/. [Luettu 15.12.2022].

AATOS. 2021. Ammattilainen ja asiakas tulevaisuuden sotessa. Saatavilla: https://socom.fi/aatos/. https://yritma.fi/uutiset/sosiaali-ja-kuntatalous/aatos-hankkeen-avulla-loydettiin-ratkaisuja-kotihoidon-ammattilaisten-ja-asiakkaiden-autonomian-vahvistamiseen-seka. [Luettu 15.12.2022].

Ahlstrom, L., Grimby-Ekman, A., Hagberg, M. & Dellve, L. 2010. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms and health – a prospective study of women on long-term sick leave. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 36, 404–412.

Ahonen, H., Virolainen, L. & Gardemeister, S. 2020. Havahdu oppimaan alati kehkeytyvää – oppimisesta kompleksisessa työelämässä. Teoksessa Vartiainen, P. & Raisio, H. (toim.). Johtaminen kompleksisessa maailmassa. Viisautta pirullisten ongelmien kohtaamiseen. Gaudeamus. Helsinki.

Ainsworth, B., Haskell, W., Herrmann, S., Meckes, N., Bassett, D., Tudor-Locke, C., Greer, J., Vezina, J., Whitt-Glover, M, & Leon, A. 2011. Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Medicine & Science Sports & Exercice, 43(8), 1575–1581.

Asikainen, J. 2021a. HC-easyRAIder-tietokanta: RAI-vertailutietokannan kuvaus ja tietosisältö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Asikainen, J. 2021b. LTC-easyRAIder-tietokanta: RAI-vertailutietokannan kuvaus ja tietosisältö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

AVOT. 2018. Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea Pohjois-Karjalassa 2016–2018. A. Jämsén (toim.) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 48/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4018-5. [Luettu 15.12.2022].

Baker, T. & Nelson, R.E. 2005. Creating Something from Nothing: Resource Construction through Entrepreneurial Bricolage. Administrative Science Quarterly, 50, 329–366.

Batson, V. & Yoder, L. 2012. Managerial coaching: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 68(7), 1658–1669.

Bethge, M., Spanier, K., Köhn, S. & Schlumbohm, A. 2021. Self-reported work ability predicts health-related exit and absence from work, work participation, and death: longitudinal findings from a sample of German employees. International Archives of Occupational and Environmental Health, 94(4), 591–599.

Bolino, M., Long, D. & Turnley, W. 2016. Impression management in organizations: Critical questions, answers, and areas for future research. The annual review of organizational psychology and organizational behavior, 3, 377–406.

Bond, C. & Seneque, M. 2013. Conceptualizing coaching as an approach to management and organizational development. Journal of Management Development, 32(1), 57–72.

Bonjer, FH. 1971. Energy Expenditure. Teoksessa Parmeggiana, L (toim.) Encyclopedia of Occupational Health and Safety, 2. painos. International Labour Organisation. Geneve. 458–460.

Breevaart, K., Bakker, A. B., Demerouti, E., & van den Heuvel, M. 2015. Leader-member exchange, work engagement, and job performance. Journal of Managerial Psychology, 30, 754–777.

Cabana, G. C. & Kaptein, M. 2021. Team ethical cultures within an organization: A differentiation perspective on their existence and relevance. Journal of Business Ethics, 170(4), 761–780.

Carstensen, K., Burau, V., Dahl, H. & Nielsen Hald, A. 2022. How Welfare Professions Contribute to the Making of Welfare Governance: Professional Agency and Institutional Work in Elder Care. Journal of Social Policy, 51(4), 900–919.

Colaco, B. & Loi, N. 2019. Investigating the relationship between perception of an organisation's ethical culture and worker motivation. International Journal of Organizational Analysis, 27(5), 1392–1408.

Corneliusson, L., Pesonen, T., Ruotsalainen, S., Sulander, J., Noro, A. & Sinervo, T. 2022. Managers' perspectives of quality of care in service housing and home care services- a qualitative study. Gerontology & Geriatric Medicine. In press.

de Bruin, J., Doodkorte, R., Sinervo, T. & Clemens, T. 2022. The implementation and outcomes of self-managing teams in elderly care: A scoping review. Journal of Nursing Management, 2022 Oct 03.

DigiIn. 2022. Palvelukulttuuria uudistamalla kaikki mukaan digitaaliseen yhteiskuntaan. Saatavilla: https://www.aka.fi/strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuoressa/ohjelmat-ja-hankkeet/cult/digiin/. [Luettu 15.12.2022].

Digimentori esimiesosaamisen vahvistajana. 2022. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere. Saatavilla: https://www.tuni.fi/tlc/projects/dimes/. [Luettu 15.12.2022].

DigiTaito. 2021. Digiosaamisella työssä tulevaisuuteen 1.12.2018–28.2.2021. Oppimisympäristö. Saatavilla: https://www.digitaito.fi/. [Luettu 15.12.2022].

DIKO. 2019. Työhyvinvointia digitaalisuuden ja kokeilukulttuurin keinoin 1.3.2016–28.2.2019. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Jyväskylä. Saatavilla: https://blogit.jamk.fi/diko-tuloksia/diko-hankkeen-kuvaus/. [Luettu 15.12.2022].

Ellinger, A. D., Ellinger, A. E., & Keller, S. B. 2003. Supervisory coaching behavior, employee satisfaction, and warehouse employee performance: A dyadic perspective in the distribution industry. Human Resource Development Quarterly, 14(4), 435–458.

Ellinger, A. D., Hamlin, R. G., & Beattie, R. S. 2008. Behavioural indicators of ineffective managerial coaching: A cross-national study. Journal of European Industrial Training, 32(4), 240–257.

Elovainio, M. 1994. Vanhainkotien työ ja työntekijät muutoksessa. Teoksessa Elovainio, M. & Sinervo, T. (toim.). Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus. Tutkimuksia 44. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes (nyk. THL). Helsinki.

Engeström, Y. 1987. Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research. Orienta-konsultit. Helsinki.

Engeström, Y. 2015. Learning by Expanding. An Activity-theoretical approach to Developmental research. Second edition. Cambridge University Press. Cambridge.

Etänä Enemmän – sote-työ uudistuu. 2022. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere. Saatavilla: https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/etana-enemman-sote-tyo-uudistuu. https://www.etanaenemman.fi/uploads/2019/09/c68008b7-theinonen_esittely.pdf. [Luettu 15.12.2022].

Feldt, T., Grönroos, M. & Hirvonen, A. 2012. Eettinen kuormittuneisuus ja eettisten dilemmojen sisällöt kaupunkiorganisaation eri ammattiryhmillä. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos. Jyväskylä

Fetterman, D. 2001. The transformation of evaluation into a collaboration: A vision of evaluation in the 21 st century. American Journal of Evaluation, 22, 381–385.

Firstbeat Technologies Oy. 2012a. Energy Expenditure Estimation – Firstbeat White Paper. Saatavilla: https://www.firstbeat.com/en/energy-expenditure-estimation-firstbeat-white-paper/. [Luettu 27.9.2022].

Firstbeat Technologies Oy. 2012b. Oxygen Consumption Estimation – Firstbeat White Paper. Saatavilla: https://www.firstbeat.com/en/oxygen-consumption-estimation-firstbeat-white-paper/. [Luettu 27.9.2022].

Fourie, C. 2015. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. Bioethics, 29(2), 91–97.

Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus -projektin julkaisu nro 1. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Saatavilla: https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2014/1623-miten-vastata-kotihoidon-kasvavaan-kysyntaan. [Luettu 15.12.2022].

Groop, J., Hakala, A-M., Ikonen, M., Janhunen, E., Jokela, L., Juntunen, K. & Tiikkainen, P. 2018. Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. Kukoistava kotihoito -hankkeen loppuarviointi 9/2018. Nordic Healthcare Group. Helsinki. Saatavilla: https://docplayer.fi/105729802-Kirjoittajat-manninen-suvi-kehittamiskoordinaattori-th-amk-kukoistava-kotihoito-hanke-mulari-mikko-projektipaallikko-di.html. [Luettu 15.12.2022].

Hakanen, J. 2002. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Työ ja ihminen tutkimusraportti 27. Työterveyslaitos. Helsinki.

Hallamaa, J. 2017. Yhdessä toimimisen etiikka. Gaudeamus. Helsinki.

Hallamaa, J. & Kalliokoski, T. 2020. How AI Systems Challenge the Conditions of Moral Agency? In Rauterberg, M. (eds.) Culture and Computing. HCII 2020. Lecture Notes in Computer Science, 12215. Springer. Cham.

Hassan, S., Wright, B. E. & Yukl, G. 2014. Does ethical leadership matter in government? Effects on organizational commitment, absenteeism, and willingness to report ethical problems. Public Administration Review, 74(3), 333–343.

Hasu, M., Saari, E & Mattelmäki, T. 2011. Bringing the employee back in: Integrating user-driven and employee-driven innovation in public sector. In Sundbo, J. & Toivonen, M. (eds.). User-based innovation in services. Edward Elgar. Cheltenham. 251–277.

Heikkilä, H., Ylisassi, H., Olin, N. & Uusitalo, H. 2021. Muutosvuoropuhelu: miten kehittää yhteistä ja omaa työtämme. Työterveyslaitos. Saatavissa: https://www.julkari.fi/handle/10024/141234. [Luettu 15.12.2022].

Heslin, P.A., Vandewalle, D. & Latham, G.P. 2006. "Keen to help? Managers' implicit person theories and their subsequent employee coaching". Personnel Psychology, 59(4), 871-902.

Hiekkataipale, M. M. & Lämsä, A. M. 2017. What should a manager like me do in a situation like this? Strategies for handling ethical problems from the viewpoint of the logic of appropriateness. Journal of Business Ethics, 145(3), 457–479.

Hiekkataipale, M. M. & Lämsä, A. M. 2019. (A) moral agents in organisations? The significance of ethical organisation culture for middle managers' exercise of moral agency in ethical problems. Journal of Business Ethics, 155(1), 147–161.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammer-paino Oy. Tampere.

Himma, K. E. 2009. Artificial agency, consciousness, and the criteria for moral agency: What properties must an artificial agent have to be a moral agent? Ethics and Information Technology, 11(1), 19–29.

Hoppania, H-K., Karsio, O., Näre, L., Olakivi, A., Sointu, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. 2016. Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä. Gaudeamus. Tallinna.

Hyatt, J. 2018. Recognizing moral disengagement and its impact on patient safety. Journal of Nursing Regulation, 7, 15–21.

Hyteairo. 2022. Hyvinvoinnin tekoäly ja robotiikkaohjelma. Loppuraportti 2022. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022021619558. [Luettu 15.12.2022].

Hyvinvoiva hoiva – Välmående omsorg. 2022. Työhyvinvointi ja muutosvalmiudet ikäihmisten sote-palveluissa 1.1.2019–31.12.2022. Åbo Akademi. Turku. Saatavilla: https://blogs2.abo.fi/hyvinvoivahoiva/. [Luettu 15.12.2022].

Hyytinen, K., Saari, E. & Elg, M. 2019. Human-centered co-evaluation method as a means for sustainable service innovations. In Toivonen, M. & Saari, E. (eds.). Human-Centered Digitalization and Services. Springer. Singapore. 57–75.

Høyrup, S. 2010. Employee-driven innovation and workplace learning: basic concepts, approaches and themes. Transfer, 16, 143–154.

Høyrup, S., M. Bonnafous-Boucher, C. Hasse, M. Lotz & Moller, K. 2012. (eds.). Employee-driven innovation. A new approach. Palgrave Macmillan. New York. 127–148.

Ibarra, H. & Scoular, A. 2019. The Leader as Coach. How to unleash innovation, energy, and commitment. Harvard Business Review.

IkäOpastin. 2018. Asiakasohjaus Kymenlaaksossa. Periaatteet ja toimintamalli. Kettunen, M. (toim.) Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 54/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4010-9. [Luettu 15.12.2022].

Ilmakangas, V. & Pyykkönen, U. 2020. Muutosagenttien avulla työhyvinvointi nousuun Caritaksen asumispalveluissa. Valmennustrio & Caritas. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/muutosagenttien-avulla-tyohyvinvointi-nousuun-caritaksen-asumispalveluissa/. [Luettu 15.12.2022].

Jackson, AS., Blair, SN., Mahar, MT., Wier, LT., Ross, RM. & Stuteville, JE. 1990. Prediction of functional aerobic capacity without exercise testing. Medicine & Science in Sports & Exercise, 22(6), 863–870.

Jameton, A. 2013. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. Bioethical Inquiry, 10(3), 297–308.

Janhunen, E., Pikkarainen, A. & Salminen, S. 2022. Kotihoitohenkilöstön uudistuva osaaminen. Työn sisältöjen kehittäminen yhteistoiminnallisella palvelumuotoilulla (Pa-Mu-tutkimushanke). Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/kotihoitohenkiloston-uudistuva-osaaminen-tyon-sisaltojen-kehittaminen-ja-tyossa-jaksamisen-edistaminen-yhteistoiminnallisella-palvelumuotoilulla/. [Luettu 15.12.2022].

JOPA. 2021. Joustavan palvelun asumismalli iäkkäille 2021–2022. Saatavilla: https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallinen-joustavan-palvelun-asumismalli-jopa-hanke. [Luettu 15.12.2022].

Järvenpään hanke. 2019. Itseohjautuva kotihoito – kehittämishanke Järvenpäässä. Järvenpään kaupunki: kotihoito. Saatavilla: https://www.kuntatyo2030.fi/katso/884. [Luettu 15.12.2022].

Jääskeläinen, A., Kausto, J., Seitsamo, J., Ojajärvi, A., Nygård, C-H., Arjas, E., et al. 2016. Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. Scandinavian Journal of Work, Enivironment and Health, 42(6):490–9.

Kainiemi, E., Kauppinen, S. & Kehusmaa, S. 2022. Hoiva-avustajia halutaan palkata lisää – esteenä heikko saatavuus. Tutkimuksesta tiiviisti: 2022_045. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavilla: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-939-9. [Luettu 15.12.2022].

Kallio, K. & Saari, E. 2008. Mitä tutkijat oppivat tutkimuksensa hyödyntäjiltä? Kehittävän vaikuttavuusarvioinnin kokeilu soveltavan tutkimustyön kehittämisessä. Hallinnon tutkimus. Arvioinnin teemanumero 4(27), 80–94.

Kangas, M., Muotka, J., Huhtala, M., Mäkikangas, A., & Feldt, T. 2017. Is the ethical culture of the organization associated with sickness absence? A multilevel analysis in a public sector organization. Journal of Business Ethics 140(1), 131–145.

Kanniainen, M-R., Nylund, J. & Kupias, P. 2017. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Karasek, R. A. 1979. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Administrative Science Quarterly, 24(2), 285–308.

KATI. 2022. Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille 2021–2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavissa: https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kotona-asumisen-teknologiat-ikaihmisille-ohjelma-kati-. [Luettu 15.12.2022].

Kehusmaa S. & Alastalo H. 2022. Vanhuspalvelujen työvoimapula kärjistyy kotihoidossa – neljännes yksiköistä tekee joka viikko töitä riittämättömällä henkilöstöllä ja ylityöt ovat yleisiä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Kehusmaa, S., Alastalo, H., Marjeta, N. & Mielikäinen, L. 2018. Asiakasohjaus päättää tulevaisuudessa iäkkään palveluista - työntekijöiden koulutusta pitää lisätä. Tutkimuksesta tiiviisti: 2018_037. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-217-8. [Luettu 15.12.2022].

Keskitalo, H. & Palmu, M. 2017. Vähemmällä stressillä parempaa tulosta -kehityshanke. Kouvolan kaupungin kotihoito. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/vahemmalla-stressilla-parempaa-tulosta/. [Luettu 15.12.2022].

Kesting, P. & Ulhøi, J.P. 2010. Employee-driven innovation: extending the licence to foster innovation. Management decision, 48, 65–84.

Kivimäki, T. 2016. Vanhusten palveluketju uudistui Porvoossa - kotihoito keskiöön. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 7. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Saatavilla: https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2016/1788-vanhusten-palveluketju-uudistui-porvoossa-kotihoito-keskioon. [Luettu 15.12.2022].

Kokko, S. & Valtonen, H. 2008. Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. Yhteiskuntapolitiikka, 73(1), 12–23.

Korkiakangas, E., Koivisto, T., Olin, N. & Laitinen, J. 2022. Vanhustyössä työskentelevien hoitajien ja esihenkilöiden näkemyksiä vanhustyön vetovoimaisuutta edistävistä tekijöistä. Tutkiva Hoitotyö, 20(1), 3–11.

Kotihoito 2020. 2014. 10 askeleen ohjelma kotihoitoon 2012–2014. Tekes-raportti yhdessä Peruspalvelukuntayhtymä Kallion, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän ja Kalajoen kaupungin kanssa. Tekes. Helsinki. Saatavilla: https://docplayer.fi/380306-Kotihoito-2020-10-askeleen-ohjelma-kotihoitoon.html. https://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014_03_25__Kotihoito_2020_-_10_askeleen_ohjelma_kotihoitoon.pdf. [Luettu 15.12.2022].

Kristensen, M. & Peiponen, A. 2016. VOIMA. Asiakkaiden ja asukkaiden aktiivista arkea sekä henkilökunnan hyvinvointia tukeva työvuorosuunnittelu. Sosiaali- ja terveysviraston tutkimuksia ja raportteja 5/2016. Helsingin kaupunki: Sosiaali- ja terveysvirasto.

Kröger, T. 2019. Looking for the Easy Way Out: Demographic Panic and the Twists and Turns of Long-Term Care Policy in Finland. In Jing, T., Kuhnle, S., Pan, Y. & Chen, S. (eds.). Aging Welfare and Social Policy: China and the Nordic Countries in Comparative Perspective International Perspectives on Aging, 20. Springer International Publishing. Cham. 91–104.

Kröger, T., van Aerschot, L. & Puthenparambil, J. M. 2018. Hoivatyö muutoksessa: Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. YFI julkaisu 6/2018. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Saatavilla: https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/57183. [Luettu 15.12.2022].

Laalo, K. 2020. Kehityshanke Liedon kunnan vanhus- ja puhtaanapitopalveluiden työhyvinvoinnin edistämiseksi ja sairaspoissaolojen vähentämiseksi. Liedon kunta & Hyvinvointivalmennus Hälsa. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/kehityshanke-liedon-kunnan-vanhus-ja-puhtaanapitopalveluiden-tyohyvinvoinnin-edistamiseksi-ja-sairaspoissaolojen-vahentamiseksi/. [Luettu 15.12.2022].

Laine, J. 2005b. Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki

Laine, J., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. 2006. Kotihoidon organisointi, henkilöstö ja tuottavuus. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Helsinki.

Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M. & Suomi, M. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos. Helsinki.

Laitinen, A., Niemelä, M. & Pirhonen, J. 2019. Demands of Dignity in Robotic Care: Recognizing Vulnerability, Agency, and Subjectivity in Robot-based, Robot-assisted, and Teleoperated Elderly Care. Research in Philosophy and Technology, 23. Techne.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta 980/2012. Saatavilla: https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980. [Luettu 15.12.2022].

Launis, K., Virkkunen, J. & Mäkitalo, J. 2004. Auttavatko työn kuormittavuuden mittarit hallitsemaan kasvavaa työuupumuksen ongelmaa? Työelämän tutkimus, 2, 36–45.

Launis, K., Schaupp, M., Koli, A. & Rauhas-Huuhtanen, S. 2010. Muutospajaohjaajan opas. Tykes-raportteja 71. Helsinki.

Lopen kunta. 2015. Kotipalveluhenkilöstön työhyvinvoinnin ja kotihoidon käytäntöjen kehittäminen 2013–2015. Loppuraportti. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/kotipalveluhenkiloston-tyohyvinvoinnin-ja-kotihoidon-tyokaytantojen-kehittaminen-2013-2015/. [Luettu 15.12.2022].

Lutzen, K. & Kvist, B. E. 2012. Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. HEC Forum, 24(1), 13–25.

Maula, J. 2021. Mentorointi työhyvinvoinnin ja ammatillisen kasvun tukena – Mentorointimallin kehittäminen. Opinnäytetyö YAMK. Turun ammattikorkeakoulu.

Mayr, E. 2011. Understanding human agency. Oxford University Press.

McCarthy, G. & Milner, J. 2013. Managerial coaching: challenges, opportunities and training. Journal of Management Development, 32(7), 768–779.

McCarthy, J. & Monteverde, S. 2018. The standard account of moral distress and why we should keep it. HEC Forum 30(4), 319–328.

Mielikäinen, L. & Kuronen, R. 2019. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2018. Tilastoraportti 41/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019111337862. [Luettu 15.12.2022].

Monsen, K. A. & de Blok. J. 2013. Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. Creative Nursing, 19(3), 122–127.

Moorman, RH. 1991. Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship? Journal of Applied Psychology, 76, 845–55.

Morley, G., Field, R., Horsburgh, C. C. & Burchill, C. 2021. Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature. International Journal of Nursing Studies, 121, 103984.

Mäki-Hallila, E. 2018. Ikäneuvo-kokeiluhankkeen tulokset. Loppuraportointi PowerPoint -esityksenä. Tampere. Saatavilla: https://valtioneuvosto.fi/-//1271139/pirkanmaan-ikaneuvo-hankkeessa-kuuluu-asiakkaan-aani. [Luettu 15.12.2022].

Mäkitalo, J. & Launis, K. 2007. Häiriökuormitus – työn kuormittavuuden uusi muoto muuttuvassa työssä. Tapaustutkimus vanhainkotityöstä. Työ ja ihminen, 21(1), 70—90.

Mäkitalo, J. 2005. Work-related well-being in the transformation of nursing home work. Oulu University Press. Oulu.

Nevalainen, T. & Kojonen, J. 2020. Palvelua ja hyvinvointia muutosagenttitoiminnalla. TSR Loppuraportti. Palvelukeskus Helsinki & Valmennustrio. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/palvelua-ja-hyvinvointia-muutosagenttitoiminnalla/. [Luettu 16.12.2022].

Niiranen, P., Pöllänen, M., Vainikka, S., Kallioinen, R. & Kyllönen, T. 2018. Työhyvinvoinnin edistäminen työntekijöitä osallistaen. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, Essote, Mäntyharjun palvelukeskus Ruskahovin ja kotihoidon yksiköt. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/tyohyvinvoinnin-edistaminen-tyontekijoita-osallistaen-essote-mantyharjun-ruskahovi-ja-kotihoito/. [Luettu 15.12.2022].

Noro, A. & Karppanen, S. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4060-4. [Luettu 15.12.2022].

Olakivi, A. 2018. The relational construction of occupational agency: performing professional and enterprising selves in diversifying care work. University of Helsinki, Department of Social Research.

Pakkanen, P., Häggman-Laitila, A. & Kangasniemi, M. 2022. Ethical issues identified in nurses´ interprofessional collaboration in clinical practice: a meta-synthesis. Journal of Interprofessional Care, 36(5), 725–773.

Paltamaa, J., Pikkarainen, A. & Janhunen, E. 2018. Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset. Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 52/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4008-6. [Luettu 15.12.2022].

Patton, M- Q. 2011. Developmental evaluation: Applying complexity concepts to enhance innovation and use. Guilford. New York.

Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Aiheita 11/ 2004. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes (nyk. THL). Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193606. [Luettu 15.12.2022].

Pesonen, T., Väisänen, V., Corneliusson, L., Ruotsalainen, S., Sinervo, T. & Noro, A. 2022a. Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta. Tutkimuksesta tiiviisti 37/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Pesonen, T., Väisänen, V., Corneliusson, L., Ruotsalainen, S., Sinervo, T. & Noro, A. 2022b. Asiakkaiden saama hoitoaika suhteessa asiakkaan palvelutarpeeseen ikäihmisten palveluissa - tuloksia Aikamittaushankkeesta. Tutkimuksesta tiiviisti 37/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Peter, E., & Liaschenko, J. 2004. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. Nursing inquiry, 11(4), 218–225.

POSKE. 2018. Pohjois-Suomen Sosiaalialan Osaamiskeskus Lappi. Toimiva kotihoito Lappiin – monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen. Toimivan kotihoidon käsikirja. Grano. Rovaniemi. Saatavilla: https://sentina.savelsirkku.fi/public/kotihoidon_kasikirja.pdf. [Luettu 15.12.2022].

Pot, A. M., Portrait, F., Visser, G., Puts, M., Van Groenou, M. I. B., & Deeg, D. J. H. 2009. Utilization of acute and long-term care in the last year of life: Comparison with survivors in a population-based study. BMC Health Services Research, 9(1), 139.

Pulkki, J., Jylhä, M., Forma, L., Aaltonen, M., Raitanen, J., & Rissanen, P. 2016. Long-term care use among old people in their last 2 years of life: Variations across finland. Health & Social Care in the Community, 24(4), 439–449.

Ranta, S. 2014. Koskenrinteen ergonomia. Siirtoergonomia hoitohenkilöstön tuki- ja liikuntaelinsairauksien vähentämisessä ja työolojen parantamisessa Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:ssä 2012–2014. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu & Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry. Kotka. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/koskenrinteen-ergonomia-projekti/. [Luettu 15.12.2022].

Rapp Ricciardi, M. & Garcia, Danilo & Archer, Trevor. 2018. Personal Attributes Linked to Empowerment that Influence Receptivity to Coaching Leadership. Coaching An International Journal of Theory Research and Practice, 11, 30–45.

Ritvanen, J. 2018. KomPAssi-hanke. Maakunnallisen iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin perustaminen Varsinais-Suomeen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 12/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4009-3. [Luettu 15.12.2022].

Robinson, T.T. & Cousins, J. B. 2004. Internal participatory evaluation as an organizational learning system: A longitudinal case study. Studies in Educational Evaluation, 30, 1–22.

Ruotsalainen, S., Elovainio, M., Jantunen, S. & Sinervo, T. 2022. The mediating effect of psychosocial factors in the relationship between self-organizing teams and employee wellbeing: A cross-sectional observational study. International Journal of Nursing Studies, 104415.

Ruotsalainen, S., Jantunen, S. & Sinervo, T. 2020. Which factors are related to finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - a mixed method study. BMC Health Services Research, 20(1), 896.

Russell, D., Rosati, R. J., Rosenfeld, P. & Marren, J. M. 2011. Continuity in home health care: Is consistency in nursing personnel associated with better patient outcomes? Journal for Healthcare Quality, 33(6), 33–39.

Saari, E., Hyytinen, K. & Lähteenmäki-Smith, K. 2008. Kehittävä vaikuttavuusarviointi menetelmänä tutkimus- ja kehitystoiminnan suuntaamisessa ja oppimisessa. Hallinnon tutkimus, 1(27), 35–48.

Saari, E. & Kallio, K. 2011. Developmental impact evaluation facilitating learning in innovation networks. American Journal of Evaluation, 2(32), 227–245.

Saari, E., Kalliomäki-Levanto, T., Kurki, A-L., Tuomivaara, S., Kalavainen, S., Valtanen, E., Kasanen, E. & Nuorivaara, S. 2013. Kuntamuutoksen tekijät. Espoon vanhusten palvelujen kotihoidon esimiesten muutostuki – kehittämishankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos. Tampere. Saatavilla: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-367-7. [Luettu 15.12.2022].

SAKARI. 2014. Sujuva arki kotihoidossa asiakaslähtöisellä resurssoinnilla. Saatavilla: https://docplayer.fi/4447653-Tarvepohjainen-toimintamalli-kotihoitoon-mika-se-on-ja-miten-se-otetaan-kayttoon.html. [Luettu 15.12.2022].

Schaufeli, W.B. 2015. Engaging leadership in the job demands-resources model. Career Development International, 20(5), 446–463.

Schein, E. H. 2010. Organizational culture and leadership. 4th ed. John Wiley & Sons. San Francisco.

Selander, K., Nikunlaakso, R. & Laitinen, J. 2022. Association between work ability and work stressors: cross-sectional survey of elderly services and health and social care service employees. Archives of Public Health, 80, 83.

Sihvo, P., Koskela, T., Nykänen, J., Tarkiainen, A., Krohns, J., Kiviniemi, T., Pihlainen, K. & Kärnä. E. 2017. Teknologiaa ikäihmisen hyvän arjen osaksi IkäOte-hankkeessa. Ikäosaamisen verkkojulkaisu 2/2017. Karelia-ammattikorkeakoulu. Joensuu. Saatavilla: https://ikanyt.karelia.fi/2017/11/13/ikaote/. [Luettu 16.12.2022].

Simonen, M. 2012. Uuraisten vanhuspalveluiden johtamisjärjestelmän sekä henkilöstön kehittäminen, työtehtävien psykososiaalisen kuormittavuuden näkökulmasta. Uuraisten kunta: vanhuspalvelut. Saatavilla: https://www.tsr.fi/hankkeet-ja-tutkimustieto/uuraisten-vanhuspalveluiden-johtamisjarjestelman-seka-henkiloston-kehittaminen-tehtavien-psyko-sosiaalisen-kuormittavuuden-nakokulmasta/. https://oma.tsr.fi/api/projects/3b579fa3-8986-400e-a7f2-6676756da7e1/attachment/7947e0ff-9d94-4a4a-a995-baf93f0a0f50.https://oma.tsr.fi/api/projects/3b579fa3-8986-400e-a7f2-6676756da7e1/attachment/7947e0ff-9d94-4a4a-a995-baf93f0a0f50. [Luettu 15.12.2022].

Sinervo, T. 2000. Work in Care for the Elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures. Academic dissertation. University of Helsinki, Faculty of Social Sciences. Research report 109. Stakes (nyk. THL). Helsinki. Saatavilla: https://urn.fi/URN:ISBN:951-33-0938-X. [Luettu 16.12.2022].

Soback, D. 2021. Valmentava johtajuus: opas voiman, viisauden ja myötätunnon herättämiseen. Basam Books. Helsinki.

SoteDialogit muutoksessa. 2022. Johtaminen, työhyvinvointi ja tuloksellisuus 2.1.2019–31.12.2022. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere. Saatavilla: https://projects.tuni.fi/sotedialogit/ihmiset/esittely/. https://projects.tuni.fi/sotedialogit/sotedialogit-tuotokset/. [Luettu 15.12.2022].

Sotkanet. Säännöllinen kotihoito 2000–2021. Saatavilla: https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=RctNCsIwGAbhE71CfmojszY0XqDLj9JQQc3CVfH2prhwN_AwuGdE-x1_cijagJbVfG9vwVHe1vPzQAdsf1gSusy_q020YpnxhtILhTNhpGZUr-5QVuS8=&region=s07MBAA=&year=sy5zts7V0zUEAA==&gender=t&abs=-f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202211091024. [Luettu 16.12.2022].

Spenceley, S., Caspar, S., & Pijl, E.M. 2019. Mitigating moral distress in dementia care: Implications for leaders in the residential care sector. Nursing Leadership, 30, 45–59.

Spenceley, S., Witcher, C.S., Hagen, B., Hall, B., & Kardolus-Wilson, A. 2017. Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. Dementia, 16, 815–834.

Stevanovic, M. & Weiste, E. 2018. Keskustelunanalyysi ja fokusryhmien diskursiivinen tutkimus. Teoksessa Haapanen, L., Kääntä, L. & Lehti, L. (toim.) Diskurssitutkimuksen menetelmistä. AFinLA-e. Soveltavan kielitieteen tutkimuksia, 11, 114–136.

STM. 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihanke 2016–2018. Hakujulistus 6.5.2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3816-8. [Luettu 16.12.2022].

STM. 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeiden arviointi. Viiden kärkihankkeen yhteinen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:36. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4071-0. [Luettu 16.12.2022].

STM. 2020. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3. [Luettu 16.12.2022].

STM. 2020b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1. [Luettu 16.12.2022].

Surakka, J., Burström, T., Jantunen, S., Jeglinsky-Kankainen, I., Piippo, J., Rosengren, Å., Ruotsalainen, S. & Sinervo T. 2020. Itseohjautuvuus ikäihmisten palveluissa. Arcada publikation 1/2020. Arcada. Helsinki. Saatavilla: https://www.arcada.fi/fi/artikkeli/2020-11-03/itseohjautuvat-hoitotiimit-ratkaisu-vanhusten-hoitoon-osoittaa. [Luettu 16.12.2022].

Tanaka, H., Monahan, KD. & Seals, DR. 2001. Age-predicted maximal heart rate revisited. Journal of the American College of Cardiology, 37(1), 153–156.

Tanskanen, J., Mäkelä, L. & Viitala, R. 2018. Linking Managerial Coaching and Leader-Member Exchange on Work Engagement and Performance. Journal of Happiness Studies, 20, 1217–1240.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. EasyRAIder tietokannat. Saatavilla: https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat. [Luettu 16.12.2022].

Time2grow. 2020. Hoitotyöntekijöiden burnoutin ehkäisy pienissä suomalaisissa hoivayksiköissä. 1.4.2017–-31.12.2019. Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu. Saatavilla: https://www.xamk.fi/tutkimus-ja-kehitys/time2grow/. [Luettu 15.12.2022].

Topo, P. 2013. Köyhyyden torjunnasta toimintakyvyn edistämiseen: vanhuspolitiikka terveyspolitiikan näkökulmasta. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. 139–144. Saatavilla: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8. [Luettu 15.12.2022].

Tourangeau, A. E., Patterson, E., Saari, M., Thomson, H. & Cranley, L. 2017. Work-related factors influencing home care nurse intent to remain employed. Health Care Management Review, 42(1), 87–97.

Vaarama, M., Kainulainen, S., Perälä, M-L. & Sinervo, T. 1999. Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita-monistesarja 46/1999. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes (nyk. THL). Helsinki.

Van Aerschot, L., Puthenparambil, J., Olakivi, A. & Kröger, T. 2022. Psychophysical burden and lack of support: Reasons for care workers' intentions to leave their work in the nordic countries. International Journal of Social Welfare, 31(3), 333–346.

Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. 2018. Kokeilut kehittämisotteena – mitä uutta ja erilaista? Hallinnon tutkimus, 37(4), 291–295.

Vehko, T., Josefsson, K., Lehtoaro, S. & Sinervo, T. 2018. Vanhuspalveluiden henkilöstö ja työn tuloksellisuus rakennemuutoksessa. Raportti 16/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavilla: http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-241-3. [Luettu 15.12.2022].

Vehko, T., Sinervo, T., Josefsson, K., 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11, kesäkuu 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon. 2022. 3-vuotinen ESR-hanke 1.4.2020–31.3.2023. Toteuttajat: SAMK Satakunnan ammattikorkeakoulu (hallinnoija), TAMK Tampereen ammattikorkeakoulu, Sataedu Satakunnan koulutuskuntayhtymä ja SASKY koulutuskuntayhtymä. Saatavilla: https://vetojapitokotihoito.samk.fi/. [Luettu 15.12.2022].

Vetovoimainen kotihoito. 2022. Tehdään hyvä arki yhdessä ESR-hanke 2020–2022. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, Essote. Saatavilla: https://www.essote.fi/vetovoimainen-kotihoito-hankkeessa-rakennettiin-vahvaa-perustaa/. [Luettu 15.12.2022].

Vetovoimainen vanhustyö. 2022. Alan veto- ja pitovoiman kehittäminen. Vanhustyön toimialan uudistaminen Pohjois-Savossa. Savonia-ammattikorkeakoulu. Kuopio. Saatavilla: https://vetovoimainenvanhustyo.fi/. [Luettu 15.12.2022].

Viitala, R. 2004. Towards knowledge leadership. Leadership & Organization Development Journal, 25(6), 528–544.

VOIMA. 2016. Asiakkaiden ja asukkaiden aktiivista arkea sekä henkilökunnan hyvinvointia tukeva työvuorosuunnittelu 9.2.2015–8.2.2016. Sosiaali- ja terveysvirasto. Helsinki. Saatavilla: https://www.kuntatyo2030.fi/katso/asiakkaiden-aktiivista-arkea-ja-henkilokunnan-tyohyvinvointia-tukeva-voima. [Luettu 15.12.2022].

Voimaa vanhuspalveluihin (2015). Oulunkaaren kuntayhtymä. Saatavilla: https://www.oulunkaari.com/oulunkaari/kehittaminen-kuuluu-kaikille/hankkeet/paattyneet-hankkeet/voimaa-vanhuspalvelujen-tyontekijoiden-hyvinvointi/. [Luettu 15.12.2022].

Voutilainen, P. 2013. Iäkkäiden ihmisten palvelut. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. 299–304. Saatavilla: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8. [Luettu 15.12.2022].

Väisänen, V., Pesonen, T., Corneliusson, L., Ruotsalainen, S., Sinervo, T. & Noro, A. 2022. Hoitoajan jakautuminen ikäihmisten palveluissa ja päivitetty RUG-luokitus: Aikamittaus-hankkeen loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 12/2022. Helsinki.

Wang, J., Gu, Y., Luo, Y., Huang, Y. and Liao, L. 2022. The mechanism of the influence of coaching leadership behavior on subordinate's sense of gain at work, Leadership & Organization Development Journal, 43(4), 638–652.

WHO (World Health Organization). 1993. Ageing and working capacity. Technical Series no. 835. WHO. Geneve.

Wickström, G., Laine, M., Pentti, J., Elovainio, M. & Lindström, K. 2000. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla muutokset 1990-luvulla. Työterveyslaitos. Helsinki.

Ylisassi, H., Hasu, M., Heikkilä, H., Käpykangas, S., Saari, E., Seppänen, L. & Valtanen, E. 2016. Työntekijöiden kehittämistoimijuutta edistämässä. Kehittämismenetelmäkokeilujen tuloksia vanhuspalveluissa. Työterveyslaitos. Saatavilla https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-605-0 [Luettu 1.12.2022].

Young, A., Froggatt, K., & Brearley, S.G. 2017. 'Powerlessness' or 'doing the right thing' - Moral distress among nursing home staff caring for residents at the end of life: An interpretive descriptive study. Palliative Medicine, 31(9), 853–860.

Henkilöstön saatavuuden ja alan vetovoimaisuuden turvaaminen iäkkäiden palveluissa (Hyvä veto) -hanke oli kansallisen Ikäohjelman toimeenpanohanke. Se tuotti tilannekuvan iäkkäiden palvelujen henkilöstön työhyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

Työhyvinvoinnin ja työn kehittäminen on jatkuva prosessi, jolle pitää järjestää yhteistä aikaa. Työn kehittämisen pitää olla osa iäkkäiden palvelujen ja vanhustyön kehittämistä sekä strategista tiedolla johtamista, josta johto vastaa. Hyvä veto -hankkeen suositukset liittyvät myös ikääntyvien fyysisen kunnon ylläpitoon, tiimien päätösvaltaan työn organisoinnissa sekä valmentavaan johtamiseen ja vertaismentorointiin. Suositukset esitellään tämän raportin lopussa.

Hankkeen tuloksena syntyi Vanhustyön vatupassi -malli, joka on iäkkäiden palvelujen esihenkilöille tarkoitettu verkko-oppimismateriaali eettisen kuormituksen parempaan hallintaan. Toimintamallin kehittämiseen ja pilotointiin osallistui vanhustyön työntekijöitä ja esihenkilöitä neljältä sotealueelta.

Työterveyslaitos

Arbetshälsoinstitutet

Finnish Institute of Occupational Health

PL 40, 00032 Työterveyslaitos

www.ttl.fi

ISBN 978-952-391-076-8 (nid.)

ISBN 978-952-391-075-1 (PDF)