

# Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään?

Johan Groop

**Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus**  
**Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE)**  
**Projektin julkaisu nro 1**

Julkaisusarjan on toimittanut Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-projektiryhmä:

Teija Mikkola, erityisasiantuntija, projektipäällikkö

Tarja Myllärinen, johtaja, projektin ohjausryhmän puheenjohtaja

Hannele Häkkinen, erityisasiantuntija

Päivi Koivuranta-Vaara, hallintoylilääkäri

Tero Tyni, erityisasiantuntija

Sami Uotinen, johtava lakimies

Eevaliisa Virnes, erityisasiantuntija

Kuvat: Sarri Kukkonen  
Taitto: Nina Palmu-Pietilä

ISSN 2342-3757  
ISBN 978-952-293-218-1 (pdf)

Helsinki 2014  
© Suomen Kuntaliitto  
Toinen linja 14, 00530 Helsinki  
Puh. 09 7711  
[www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)

# Sisältö

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Esipuhe</b>                                                            | <b>5</b>  |
| <b>1 Johdanto</b>                                                         | <b>7</b>  |
| <b>2 Ilmiö 1: Ruuhkahuippu</b>                                            | <b>11</b> |
| 2.1 Miksi ruuhkahuippuilmiöön tulisi kiinnittää huomioita?                | 11        |
| 2.2 Perustuuko ruuhkahuippu todelliseen asiakastarpeeseen?                | 14        |
| 2.3 Ruuhkahuipun syistä                                                   | 15        |
| 2.4 Palvelutuotannon tasaaminen                                           | 17        |
| <b>3 Ilmiö 2: Väärä määrä hoitajia väärässä paikassa väärään aikaan</b>   | <b>23</b> |
| 3.1 Alueiden hoitajakapasiteetti ei perustu kysyntään                     | 23        |
| 3.2 Asiakastarve ja hoitajamäärä vaihtelevat                              | 25        |
| 3.3 Vallitsevan mitoitus-ajattelun sudenkuopat                            | 27        |
| 3.4 Tarvepohjainen resursointi: kuinka monta hoitajaa alueella tarvitaan? | 30        |
| 3.5 Ratkaisuna resurssipooli?                                             | 33        |
| 3.6 Kuinka paljon resurssipooliin tulisi siirtää hoitajia?                | 37        |
| <b>4 Yhteenveto</b>                                                       | <b>39</b> |
| 4.1 Ruuhkahuipun purkaminen                                               | 40        |
| 4.2 Hoitajien liikkuvuuden edistäminen                                    | 42        |
| 4.3 Johtaminen                                                            | 42        |
| <b>Viitteet</b>                                                           | <b>45</b> |
| <b>Kirjoittaja</b>                                                        | <b>47</b> |



# Esipuhe

Ikäihmisten palvelujen kysyntä kasvaa lähivuosina väestörakenteen muutoksen vuoksi. Vuoteen 2040 mennessä yli 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kaksinkertaistuu. Palvelujen kysynnän kasvaessa työikäisen väestön määrä pysyy ennallaan. Samanaikaisesti eläkkeelle siirtyy runsaasti sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöä. Miten tuleviin palvelutarpeisiin pystytään vastaamaan niukkenevin resurssein?

Tavoitteena on tukea ikäihmisten toimintakykyä ja kotona asumista mahdollisimman pitkään. Kotona pärjääminen tarvittavien palvelujen avulla on myös ikäihmisten oma toive. Vanhuspalvelulaki ja hallituksen rakennepoliittinen ohjelma painottavat laitoshoidon vähentämistä ja kotona annettavan tuen lisäämistä. Palvelujen rakennetta ja toimintatapoja on kunnissa muutettava edelleen niin, että kotiin annettavaa tukea lisätään ja monipuolistetaan. Toimintakykyinen vanhuus vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntää ja hillitsee hoitokustannusten kasvua.

Kotihoidolla on merkittävä asema sosiaali- ja terveystoimen palvelujen kokonaisuudessa. Sillä, miten kotihoidossa onnistutaan, on ratkaiseva vaikutus palvelujen kokonaiskustannuksiin. Miten kotihoito kykenee palvelujen tuottavuuden kasvattamiseen koetun henkilöstövajeen ja kiireen keskellä? Miten estetään kotihoidon asiakkaiden epätarkoituksenmukainen ohjautuminen päivystykseen, perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon? Miten varmistetaan, että asiakkaiden hoitopaikka on palvelutarpeen mukainen? Nämä ovat ajankohtaisia kysymyksiä, joihin kaivataan vastauksia monissa kunnissa.

Suomen Kuntaliitto on käynnistänyt projektin *Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus* (Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing). Projektin tavoitteena on omalta osaltaan antaa aineksia ratkaisujen tekemiseen. Projektissa selvitetään valtakunnallisten rekisteriaineistojen ja muiden tietojen avulla vastauksia edellä esitettyihin kysymyksiin. Projektissa myös levitetään tietoa siitä, miten palvelutuotantoa kehittämällä voidaan parantaa tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Vuosina 2014–2016 toteutettavan projektin yhteistyökumppaneina ovat Kela, STM ja Sosiaalialan Työnantajat ry.

Projektin julkaisusarjassa julkaistaan tuloksia ja ajankohtaisia kirjoituksia ikääntyneen väestön palveluista. TkT Johan Groopin kirjoitus *Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään?* on projektin ensimmäinen julkaisu. Kirjoituksessa pohditaan erilaisten käytäntöjen merkitystä kotihoidon palvelujen tehokkuuden lisäämiseksi. Se perustuu Groopin vuonna 2012 Aalto-yliopistossa julkaistuun väitöskirjaan *Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care operations* (*Kapeikkoteoria kenttäpalveluissa: kotihoidon tuottavuutta rajoittavat tekijät*) ja hänen käytännön kokemuksiinsa kunnissa tehdystä kotihoidon kehittämistyöstä.

Groopin tutkimuksissa on paljastunut, että kysynnän kasvaessa kotihoito taistelee koetun henkilöstövajeen ja kiireen kanssa ja että kotihoitoyksikköjen tuottavuus on yleensä alhainen. Hän onkin pyrkinyt selvittämään sitä, miksi tilapäinen henkilöstövaje ja kiire syntyvät ja tuottavuus on heikko. Erityisesti Groop on selvittänyt sitä, miten nykykapasiteettia voitaisiin hyödyntää paremmin. Groopin johtopäätös on, että valtaosa organisaatioiden ongelmista on seurausta yksittäisistä taustalla piilevistä ydinongelmista. Tyypillisesti ydinongelmat ovat käytäntöjä tai sääntöjä, jotka vaikuttavat tehokkailta ja järkeviltä, mutta joiden vaikutukset ovat päinvastaiset.

Kotihoidon ydinongelmat aikaansaavat Groopin mukaan keinotekoisen ruuhkahuipun aamuisin, mikä aiheuttaa tilapäisen henkilöstövajeen (ilmiö 1: Ruuhkahuippu). Lisäksi ydinongelmat rajoittavat kotihoidon kykyä kohdentaa henkilöstöresursseja eri maantieteellisten kotihoitoalueiden välillä todellisen tarpeen mukaan: vaikka yhdellä alueella on ylikapasiteettia, joudutaan toisella alueella turvautumaan vuokratyövoiman käyttöön (ilmiö 2: Väärä määrä hoitajia on väärässä paikassa väärään aikaan). Näiden ilmiöiden seurauksena tarvitaan suhteettoman paljon kapasiteettia vastamaan kysyntää. Samalla hoitajien kiire pahenee, eivätkä he ehdi viettää tarpeeksi aikaa asiakkaiden kanssa. Kirjoituksessaan Groop avaa näiden ilmiöiden sisältöä ja syntyä. Ratkaisuna hän esittää erityisesti kotihoidon tiimien joustavaa asiakastarpeen mukaan vaihtelevaa resursointia keskitetyn resurssipoolin avulla sekä aikasidonnaisten palvelujen aikasidonnaisuuden kriittistä arviointia.

Toivomme Groopin kirjoituksen edistävän kotihoidon toimintatapojen kehittämistä myönteiseen suuntaan siten, että jatkossa kasvavalle asiakasmäärälle pystytään turvaamaan tarvittavat palvelut käytössä olevilla resursseilla.



Tuula Haatainen  
varatoimitusjohtaja  
Suomen Kuntaliitto



Tarja Myllärinen  
johtaja, sosiaali ja terveys  
Suomen Kuntaliitto

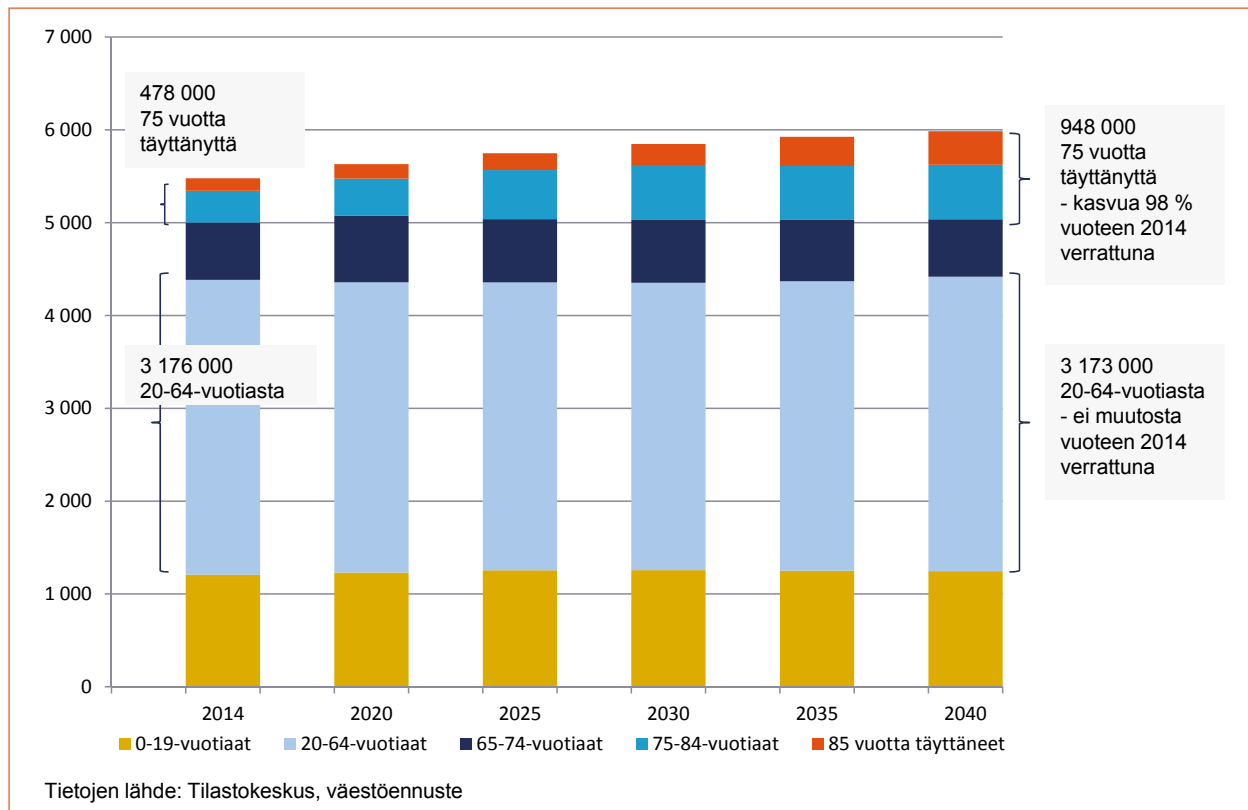


# 1

## Johdanto

Suomen väestön nopeasta ikääntymisestä ja tämän muutoksen aiheuttamasta palvelutarpeen kasvusta on puhuttu jo vuosikymmeniä. Useimmat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tiedostavat, että jonkinlainen hyökyaalto hämöttää erityisesti ikään-tyneille suunnattujen palvelujen kysynnässä. Harva tietää kuitenkin, kuinka suuri aalto lopulta on odotettavissa ja milloin se iskee. Jollakin tasolla ehkä hyväksytään, ettei työvoimaa voida palkata lisää samassa suhteessa asiakastarpeen kasvun kanssa. Asiakkaiden kanssa työskentelevien yleinen oletus vaikuttaa kuitenkin olevan se, että *”kyllä sitten saadaan lisää työvoimaa, kun poliitikot tajuaavat, etteivät nämä kädet riitä palvelun turvaamiseen”*.

Kuvassa 1 on esitetty suomalaisten määrän ennustettu muutos vuosina 2014–2040. Yli 75-vuotiaiden osuus väestöstä kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä. Samalla aikavälillä työikäisten (20–64 v) määrä pysyy lähes muuttumattomana. Suomessa on myös kuntia, joissa 75 vuotta täyttäneiden määrä yli kolminkertaistuu samalla aikavälillä.



Kuva 1. Väestörakenteen ennustettu muutos vuosina 2014-2040. Yli 75-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä.<sup>1</sup>

Miksi yli 75-vuotiaiden määrän kasvu on niin tärkeä huomio? Kotihoidon asiakkaista valtaosa (n. 75–90 %) on 75 vuotta täyttäneitä. Jos tämän ikäryhmän koko kaksinkertaistuu heitä palvelevan työikäisen väestön pysyessä muuttumattomana, törmätään seuraaviin haasteisiin:

- Kun työssäkäyvien osuus väestöstä pienenee, samalla supistuu veropohja, jolloin kunnilla on vähemmän varoja käytettävissä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin.
- Hoitohenkilökunnan saatavuus heikkenee. On erittäin epätodennäköistä, että hoitoalalle hakeutuvien määrä kaksinkertaistuisi nykyisestä.

On siis mahdotonta lisätä työvoiman määrää samassa suhteessa palvelutarpeen kasvun kanssa. Mikäli emme ole valmiita sijoittamaan huomattavasti suurempaa osuutta bruttokansantuotteestamme ikäihmisten palveluihin, tulisi nykytyövoimalla pystyä tulevaisuudessa palvelemaan jopa kaksinkertainen määrä asiakkaita. Kotihoidon tuottavuuden parantaminen eli kotihoidon kyky vastata kasvavaan asiakastarpeeseen työvoimaa lisäämättä on siis välttämätöntä.

Palvelujen laadusta ja asiakaslähtöisyydestä ei kuitenkaan haluta tinkiä. Pikemminkin päinvastoin. Palvelujen laatua ja asiakaslähtöisyyttä pitäisi kehittää. Hoitohenkilökunta jää tässä yhtälössä usein puun ja kuoren väliin. Yritetään parasta, mutta vajaamiehi-

tyksestä ja kiireestä johtuvaa uupumusta ja työhyvinvoinnin heikkenemistä koetaan jo tällä hetkellä monessa kotihoitoyksikössä.<sup>2</sup>

Joidenkin mielestä kotihoidon tuottavuuden, työhyvinvoinnin sekä palveluiden laadun samanaikainen parantaminen on mahdotonta. Tutkimus- ja kehittämistyön tuoman tiedon ja kokemuksen pohjalta on perusteltua väittää sen kuitenkin olevan mahdollista. Osa-alueiden samanaikainen parantaminen vaati kuitenkin perustavanlaatuisia muutoksia nykyrakenteissa, toimintatavoissa ja erityisesti toimintakulttuurissa.

Tällä hetkellä kotihoidossa vallitsee niin rakenteellisia kuin toimintatapoihin ja -kulttuuriin liittyviä haasteita tuottavan, asiakaslähtöisen ja laadukkaan kotihoidon toteuttamiseksi. Nämä toiminnalliset haasteet heikentävät samalla kotihoidon henkilöstön hyvinvointia ja työssä jaksamista sekä kotihoidon palveluiden taloudellista kestävyyttä.

Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata yleisellä tasolla, mistä kotihoidon nykyhaasteet johtuvat, ja ehdottaa toimenpiteitä niiden ratkaisemiseksi. Tässä esitetyt väittämät ja oivallukset pohjautuvat vuonna 2012 ilmestyneeseen väitöskirjaani<sup>3</sup> sekä käytännön kokemuksiini kotihoitoyksiköistä, joiden kanssa olen tehnyt yhteistyötä.

Keskeisenä teesinä esittämässäni argumentissa on, että valtaosa ilmeisistä nykyongelmista ei ole toisistaan riippumattomia, vaan ne johtuvat muutamista taustalla piilevistä ydinongelmista<sup>4</sup>. Nähtävissä olevat ongelmat ovat pelkkiä hättäväreitoja muutamasta taustalla piilevästä ydinongelmasta eli juurisyyistä. Toiminnan kehittäminen siten, että yksittäinen hättäreito häviää, siirtää ongelman käytännössä usein vain muualle. Toisaalta, poistamalla ydinongelman voidaan samanaikaisesti poistaa myös valtaosa hättäväreitoista ”yhdellä iskulla”.

Ydinongelmien määrittäminen alkaa hättäväreitojen (ilmeisten ongelmien) ja niiden taustojen ymmärtämisestä. Tämän artikkelin keskiössä on kaksi ilmiötä, jotka samanaikaisesti heikentävät kotihoidon tuottavuutta, palvelun laatua ja hoitajien työssä jaksamista. Toinen niistä on palvelutuotannon epätasainen jakautuminen päivän aikana eli ruuhkahuippujen esiintyminen. Toinen ilmiö liittyy hoitajien kohdentumiseen lähipalvelualueiden tai tiimien välillä. Molemmat ilmiöt ovat sidoksissa toisiinsa.

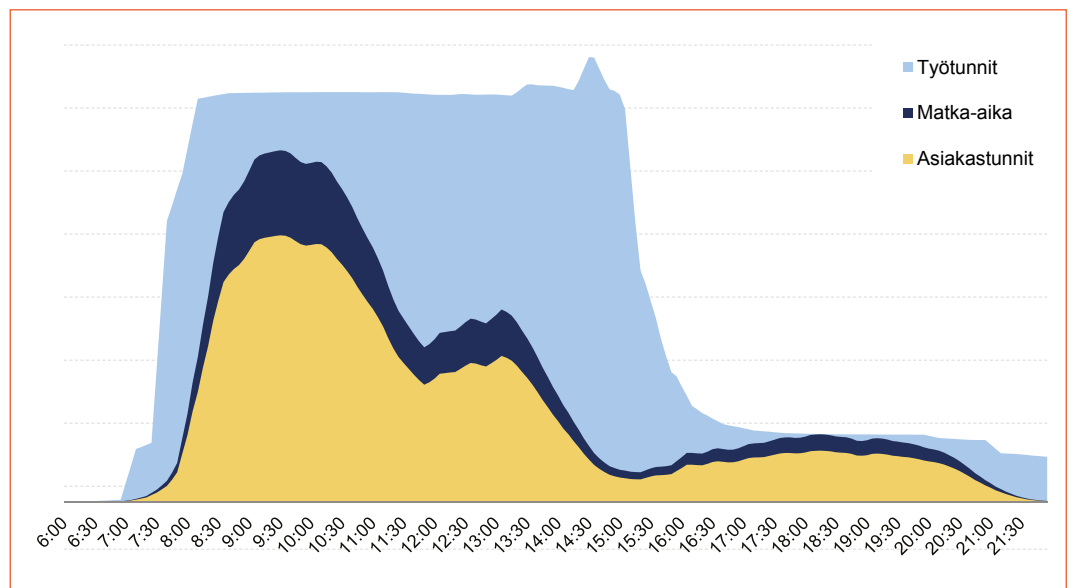




## 2

# Ilmiö 1: Ruuhkahuippu

Kuvassa 2 on esitetty esimerkki kotihoidon ns. kuormitusanalyysistä. Kuva näyttää välittömien asiakastuntien<sup>5</sup> sekä hoitajien käytettävissä olevien työtuntien suhteen eri kellonaikoina. Lisäksi kuvassa huomioidaan hoitajien matka-ajan arvioitu jakautuminen päivän aikana. Kyseessä on oikea esimerkki eräästä kunnasta, mutta ilmiö on hyvin yleinen. Toiminta on kovin aamupainotteista. Merkittävä osa koko vuorokauden välittömästä asiakasajasta kohdentuu aamuun, 2–3 tunnille. Tätä ilmiötä kutsutaan ruuhkahuipuksi. Vaikka ilmiö esiintyy monesti myös iltavuorossa, sen merkitys on aamuvuorossa suurempi.



Kuva 2. Kuormitusanalyysi: välittömät asiakastunnit, matka-aika ja työtunnit päivän eri kellonaikoina. Ruuhkahuippu on yleinen ilmiö kotihoidossa.<sup>6</sup>

## 2.1 Miksi ruuhkahuippuilmioon tulisi kiinnittää huomioita?

Ruuhkahuippu on keskeistä, koska valtaosa kotihoidon merkittävimmistä ongelmista ja haasteista johtuu joko suoraan tai epäsuorasti ruuhkahuipusta. Seuraavaksi tarkastellaan sen aiheuttamia haittoja yksi kerrallaan.

### Ruuhkahuippu määrittää hoitajatarpeen koko työvuorolle

Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa on määrätty reunaehdot palvelujen tuottamiselle. Ne koskevat palvelujen tyyppiä, määrää ja ajankohtaa. Asiakkaiden hoito-

ja palvelusuunnitelmat muodostavat siis kotihoidon kysynnän. Julkisilla kotihoitoyksiköillä on velvollisuus varmistaa, että asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien ja päätösten mukaiset palvelut toteutuvat (huomioiden mahdollisia muutoksia asiakkaan tilassa). Korkein kuormituspiikki kysynnässä määrittää, kuinka monta hoitajaa työvuorossa vähintään tarvitaan. Koska valtaosa hoitajista on täysipäiväisiä ja työaikalaki sekä virka- ja työehtosopimus (KVTES) asettavat omat reunaehdonsa työvuorojen pituuksille, työvoiman määrää on vaikea vähentää, kun asiakastarve iltapäivällä laskee. Ruuhkahuippu määrittää siis hoitajatarpeen koko työvuorolle. Näin vuorossa tarvitaan hoitajia sitä enemmän, mitä korkeampi ruuhkahuippu on. Ruuhkahuippu siis kasvattaa työvoiman suhteellista tarvetta ilman, että tätä työvoimaa voidaan hyödyntää asiakkaan toimintakykyä edistävään välittömään asiakastyöhön.

### **Ruuhkahuippu määrittää kotihoidon kykyä vastata kasvavaan asiakastarpeeseen nykytyövoimalla**

On tyypillistä, että asiakastuntien ja matka-ajan yhdessä muodostama kenttätyön kuormituskäyrä kohtaa kapasiteettikäyrän pahimpina ruuhka-aikoina. Kotihoitoyksikön kaikki hoitajat ovat samanaikaisesti varattuina, eli kukaan ei ole vapaa vastamaan asiakastarpeen kasvuun.

Kotihoito on ja tulee todennäköisesti aina jossakin määrin olemaan aamupainotteista. Aamulla on paljon aikaan sidottuja käyntejä, joita pitää suorittaa tiiviin aikaikkunan puitteissa. Esimerkki aikakriittisestä käynnistä on asiakkaan auttaminen aamutoimissa.

### **Ruuhkahuippu aiheuttaa hoitajille kiirettä ja heikentää työhyvinvointia**

Jatkuva kiireen tunne ja siihen liittyvä hoitajien työhyvinvoinnin heikkeneminen koetaan suurena ongelmana monessa kotihoitoyksiköissä. Hoitajien jaksamisesta olisikin syytä huolehtia asiakastarpeen kasvaessa, koska hoitajien saatavuus ei lisäännä.

Kuvassa 2 esitetyssä yksikössä kiire on ilmeinen: peräti 38 % koko päivän (klo 7–22) välittömästi asiakastyöstä tehdään aamuisin kahden tunnin sisällä.<sup>7</sup> Ei ihme, jos hoitajat kokevat kiirettä.

Erityisesti lyhyiden (alle viisi päivää kestävien) sairauspoissaolojen määrää pidetään yhtenä työhyvinvoinnin indikaattorina. Kotihoidossa sairauspoissaolojen osuus työvoimasta on tyypillisesti jopa 5–10 prosentin luokkaa.

### **Ruuhkahuippu lisää sijaisten tarvetta**

Ruuhkahuippujen vuoksi tarvitaan hetkellisesti suuri määrä hoitajia. Toiminnan aamupainotteisuuden takia sairauspoissaoloja on usein vaikeata paikata omalla työvoimalla, jolloin joudutaan turvautumaan sijaisten tai vuokratyövoiman käyttöön.

Sijaisten käyttöä kannattaa välttää seuraavista syistä:

- 1 Sijaisten käyttö lisää kotihoiton kustannuksia. Sijaistyövoiman kustannus on usein myös yksi niistä harvoista menoeristä, joita voidaan vähentää. Valtaosa kotihoitoyksikön vuosibudjetista koostuu kiinteistä menoeristä.
- 2 Sijaisten käyttö lisää asiakkaiden hoitajien vaihtuvuutta.
- 3 Vakituisten hoitajien työaikaa kuluu sijaisten perehdyttämisessä, jolloin vakituksilla hoitajilla on vähemmän aikaa käytettävissä välittömään asiakastyöhön.
- 4 Joidenkin arvioiden mukaan uusi, asiakkaalle entuudestaan tuntematon hoitaja saa vakituista hoitajaa vähemmän aikaiseksi samassa ajassa. Käynnin sisäinen tehokkuus on siis alhaisempi.
- 5 Virheiden määrä kasvaa sijaisten määrän lisääntyessä.

### Ruuhka-ajan kiire heikentää palvelun laatua

Yksi yleisimpiä asiakkaiden ja heidän omaistensa tyytymättömyyden syitä on hoitajien suuri vaihtuvuus. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen<sup>8</sup> mukaan samaa asiakasta saisi palvella korkeintaan viisi eri työntekijää. Käytännössä ei ole harvinaista, että kotihoiton asiakkaista jopa viidenneksen luona käy yli 20 eri hoitajaa.<sup>9</sup>

Kun valtaosa käynneistä tehdään lyhyessä ajassa ruuhkahuipun aikana, on vaikeampaa taata, että asiakkaan luona kävisi juuri hänelle tuttu hoitaja. Tätä ilmiötä on ehkä helpompi hahmottaa yksinkertaistetun esimerkiksi avulla. Ajatellaan, että valtaosa yksikön kaikista aamuvuoron käynneistä (yht. 40 kpl) tulee suorittaa ensimmäisen kolmen tunnin sisällä klo 8–11. Hoitajaa kohden on käytettävissä noin seitsemän tuntia työaikaa, mutta käynnit on mahduttettava kolmeen ensimmäiseen tuntiin. Hoitajaa kohden on siis vain kolmen tunnin verran aikaa hoitaa ”tuttuja” asiakkaita, koska käynnit ovat sidottuja kolmeen ensimmäiseen tuntiin. Jos käynnit olisivat tasaisesti jaettavissa koko työvuorolle, huomattavasti suurempi osuus hoitajan työajasta voitaisiin käyttää tuttujen asiakkaiden hoitamiseen.

Tasaamisen seurauksena myös hoitajien kokonaismäärän tarve olisi alhaisempi. Jos vuorossa on kahdeksan hoitajaa, jokainen hoitaja tekee aamulla keskimäärin viisi käyntiä. Jos palvelutuotantoa tasataan siten, että käyntien suorittamiseen tarvittaisiin vain viisi hoitajaa, hoitajaa kohden käyntejä kertyisi vastaavasti kahdeksan kappaletta. Todennäköisyys sille, että asiakasta palvelee tuttu hoitaja, on sitä suurempi, mitä suuremman osan kaikista käynneistä yksittäinen hoitaja tekee.

Jos valtaosa käynneistä tulisi tehdä seitsemän tunnin sijaan ensimmäisen kolmen tunnin aikana, samojen käyntien suorittamiseen tarvitaan enemmän hoitajia. Kun sama tilanne toistetaan päivästä toiseen, hoitajien vaihtuvuus kasvaa.

Usein olen kuullut hoitajien kertovan, ettei ruuhka-aikana ei ole aikaa kohdata asiakasta, vaan ”*silloin juostaan äkkiä paikasta toiseen*”. Huolena on, että kotihoito muuttuu tarjontalähtöiseksi sairaanhoidolliseksi suorittamiseksi, inhimillisen ja asiakaslähtöisen hoivan sijasta.

## Kyky vastata asiakastarpeen ja hoitajien vaihteluun heikkenee

Aluetasolla palvelun kokonaistarve (”asiakastarve”) vaihtelee usein merkittävästi sekä viikko- että päivätasolla. Vaihtelu johtuu muun muassa uusien asiakkaiden tulosta ja vanhojen poistumisesta sekä kotihoidon tilapäisestä keskeytyksestä esimerkiksi sairaalajakson ajaksi. Alueen hoitajien määrä saattaa myös vaihdella äkillisesti muun muassa sairauspoissaolojen takia.

Nykymallissa kotihoidon toimintaa suunnitellaan usein niin, että tietyn työvuoron kaikki hoitajat tarvitaan samanaikaisesti asiakastyössä, ainakin ruuhka-aikana. Kun kukaan ei ole vapaana, on vaikeaa vastata äkillisiin muutoksiin. Tämän seurauksena tarve turvautua sijaisiin tai vuokratyövoimaan kasvaa.

Palaamme kohta tarkastelemaan asiakastarpeen ja hoitajien päivittäisestä vaihtelusta johtuvia haasteita. Ennen sitä pohditaan kuitenkin erästä hyvin keskeistä kysymystä. Jos valtaosa kotihoidon merkittävimmistä haasteista voidaan katsoa johtuvan suoraan tai epäsuorasti ruuhkahuippuilmioista, perustuuko ruuhkahuippu vain todelliseen asiakastarpeeseen?

## 2.2 Perustuuko ruuhkahuippu todelliseen asiakastarpeeseen?

Kotihoitoyksikköjen hoitajien kanssa keskustellessa on tullut vahvasti esille, että osa käynneistä on aikakriittisiä (tiettyyn kellonaikaan sidottuja), osa taas ei. Toisessa ääripäässä on käyntejä, joita täytyy suorittaa hyvin tiiviin aikataulun puitteissa, esimerkiksi klo 7.30–8.00 ja toisessa ääripäässä taas niitä, joita periaatteessa voidaan tehdä mihin kellonaikaan tahansa. Käytännössä näiden välillä on monta välimuotoa, esimerkiksi käyntejä, joita tulee tehdä kolmen tunnin sisällä. Useimmiten hoitajien mukaan ei-aikakriittiset käynnit on siirretty ruuhka-aikojen ulkopuolelle. Onko todella näin?

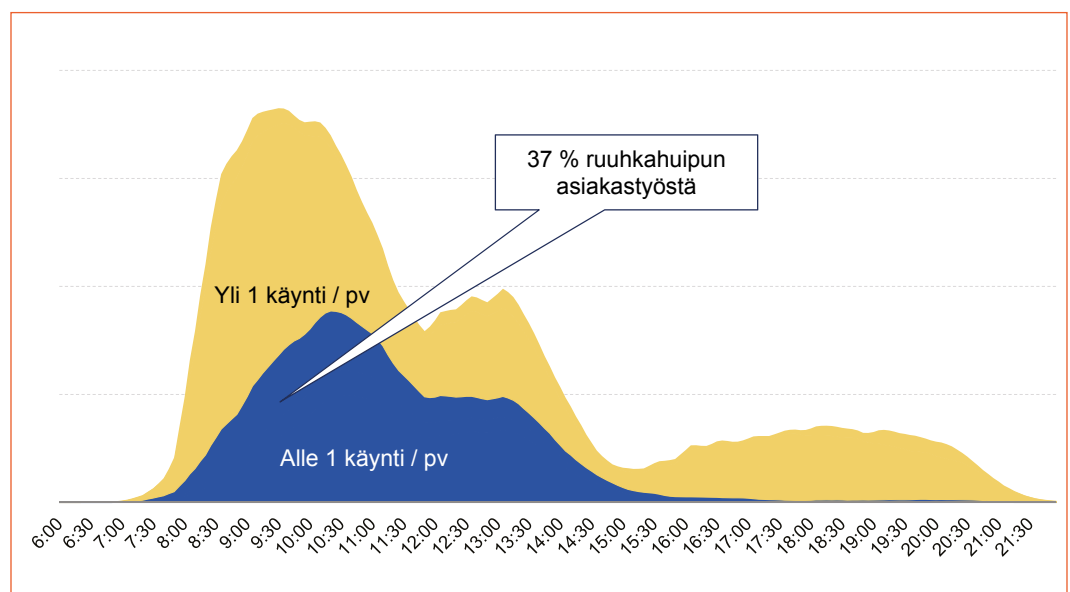
On vaikea arvioida täsmällisesti aikakriittisten käyntien todellista osuutta. Siksi täytyy turvautua arvioon. Yksi lähestymistapa on seuraava: jos asiakas on niin hyvässä kunnossa, ettei hän tarvitse hoitoa joka päivä, on epätodennäköistä, että hänen käyntinsä olisivat aikakriittisiä. Tällöin keskeinen kysymys on: tehdäänkö käyntejä tällaisille asiakkaille myös ruuhka-aikana?

Kuvassa 3 tarkastellaan aikaisemmin esitetyn esimerkin ruuhkahuipun koostumusta, eli millaisia käyntejä ruuhka-aikana tehdään. Kuvasta nähdään, että ruuhkahuipun asiakastunneista jopa 37 % on kohdistunut asiakkaisiin, joiden luona käydään harvemmin kuin kerran päivässä. Puolen heistä luona on käyty alle kaksi kertaa viikossa. Toki osa näistä käynneistä liittyy aamulla otettaviin paastokokeisiin. Toisaalta, vaikka

asiakkaalla käydään jopa kerran päivässä, se ei automaattisesti tarkoita sitä, että hänen käyntinsä olisivat sidottuja juuri pahimpaan ruuhka-aikaan.

Yllä kuvattua esimerkkiä voi verrata erääseen Etelä-Ruotsissa sijaitsevan kotihoitoyksikköön, jossa tehdyn tutkimuksen mukaan vain noin neljännes käynneistä oli aikakriittisiä.<sup>10</sup> Palvelutuotantoa olikin onnistuttu tasaamaan koko päivälle.

Jos ruuhkahuippu ei perustu pelkästään todelliseen asiakastarpeeseen, mikä tai mitkä nykykäytännöt sitten ovat niin voimakkaita ja arkeen juurtuneita, että ne johtavat ruuhkahuipun syntymiseen?



Kuva 3. Ruuhkahuipun koostumus. Välittömät asiakastunnit eri kellonaikoina kotihoidon käyntitiheyden mukaan.<sup>11</sup>

## 2.3 Ruuhkahuipun syistä

Osa kotihoidon asiakastarpeesta on ja tulee todennäköisesti aina olemaan aamupainotteista. On esimerkiksi asiakkaita, jotka tarvitsevat apua sängystä nousemiseen, pukeutumiseen ja muihin aamutoimiin. Hoitajien käyntilistoja suunniteltaessa täytyy siis huomioida, että näiden asiakkaiden luona käydään heti heräämisen jälkeen.

Päivittäisten käyntilistojen suunnittelussa hyödynnetään myös periaatteita, jotka alkujaan vaikuttavat hyvin järkeviltä ja tehokkuutta edistäviltä: hoitajien käyntilistat suunnitellaan minimoimalla matka-aika. Näin pyritään säästämään aikaa. Oletuksena on, että matkoista säästettyä aikaa voidaan käyttää asiakastyöhön. Onko näin? Säästääkö tämä todella aikaa?

Otetaan esimerkki. Herra Matti Meikäläinen tarvitsee apua aamutoimissa, joten hoitaja Sini Särnä aloittaa päivänsä hänen luotaan. Käynti on aikakriittinen siten, että se tulee tehdä kello 8–9. Olisi kohtuutonta jättää Herra Meikäläistä sänkyyn odottamaan pidemmäksi aikaa. Naapurissa asuu rouva Maija Myrskyluoto, joka

tarvitsee apua kylvetyksessä. Tämä ei ole aikakriittinen käynti. Käynnin voisi tehdä iltapäivällä tai jopa samana iltana, mutta uuttera hoitaja Särnä on päättänyt käydä Rouva Myrskyluodon luona heti herra Meikäläisen jälkeen. Näin hoitaja säästää matka-aikaa.

Kotihoitaja Särnä yritti ymmärrettävästi tehostaa työpäiväänsä. Hoitajan näkökulmasta hänelle jäi matka-aikaa säästämällä enemmän aikaa välittömään asiakastyöhön. Käytännössä hän kuitenkin siirsi keinotekoisesti ei-aikakriittisen käynnin ruuhka-aikaan. Mitä tapahtuu, jos kaikki aamuvuoron hoitajat toimivat samalla tavalla? Merkittävä osa ei-aikakriittisistä käynneistä siirtyy ruuhka-aikaan. Kun ruuhkahuipun korkeus määrittää hoitajien vähimmäistarpeen koko työvuorolle, tämä hyvin looginen ja tehokkaaksi kuviteltu yleinen käytäntö kasvattaa hoitajamäärän tarvetta koko aamuvuorolle. Tavoitteena oli säästää aikaa välittömään asiakastyöhön, mutta lopputuloksena kotihoitoyksikkö tarvitsee enemmän hoitajia samojen asiakkaiden hoitamiseen.

Ihmisten ja organisaatioiden luontainen halu ja pyrkimys tehostaa toimintaansa ja ympäristöään tunnetaan ns. ”tehokkuussyndroomana”. Joskus asioita tehostetaan ympäristön vaatimana ja joskus sitä tehdään oman vaivan vähentämiseksi. Lyhyesti tehokkuussyndrooma viittaa siihen, että mielivaltaisen asioiden tehostaminen johtaa useimmiten osa-optimointiin, jonka seurauksena kokonaisuus itse asiassa muuttuu tehottomammaksi. Monta tehokkaasti toimivaa osakomponenttia ei ole yhtä kuin tehokkaasti toimiva kokonaisuus. Tämä tunnetaan systeemi-ajatteluna. Ei siis ole olennaista, että yksittäisten kotihoitajien toiminta on tehokasta, vaan että kaikki hoitajat toimivat tehokkaasti yhdessä asiakkaiden hyväksi. Mielivaltaisen toiminnan tehostaminen johtaa usein vain siihen, että ihmiset ylikuormittuvat.

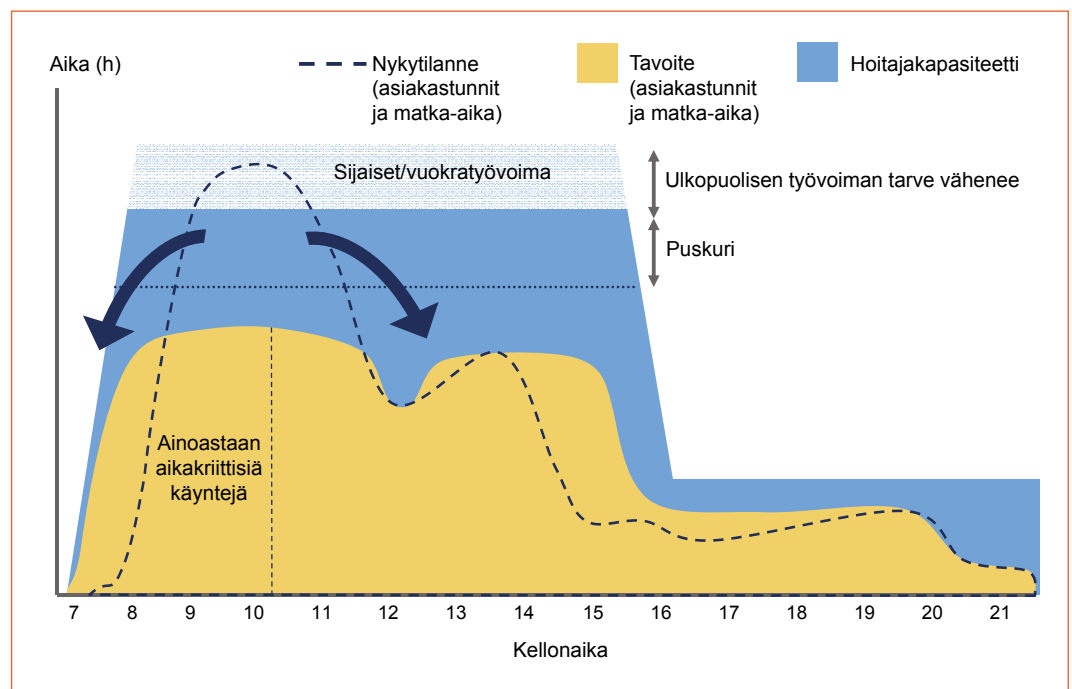
Käyntilistojen osa-optimointia voidaan vähentää keskittämällä suunnittelu yhdelle ihmiselle. Monissa kotihoitotiimeissä hoitajat suunnittelevat käyntilistansa yhdessä. Taustalla on usein ajatus itseohjautuvista tiimeistä. Käytännössä kuitenkin kotihoidon kysynnän ja tarjonnan yhteensovittaminen, eli asiakaskäyntien optimaalinen ja asiakaslähtöinen kohdentaminen eri hoitajien käyntilistoille, on hyvin monimutkaista. Jos kaikki tiimin hoitajat osallistuvat suunnitteluun ja yrittävät tehostaa omaa toimintaansa, lopputulos ei useinkaan ole optimaalinen koko tiimin ja sen asiakkaiden näkökulmasta.

Lähekkäin asuvien asiakkaiden palveleminen peräkkäin on esimerkki taustalla piilevästä ydinongelmasta. Se on merkittävä tekijä keinotekoisesti korkean ruuhkahuipun muodostumisessa, ja vaikuttaa näin sekä palvelun laatuun, henkilöstön jaksamiseen että tuottavuuden heikkenemiseen.

Onko viesti siis se, että hoitajien matka-aika tulisi jättää huomioimatta? Ei tietenkään. Matkoihin ei tule kuluttaa enempää aikaa kuin on pakko. Tasainen palvelutuotanto on kuitenkin syytä priorisoida ennen matkojen minimoimista, koska ruuhkahuippu määrittää kapasiteetin<sup>12</sup> tarpeen. Toisaalta matkoihin kuluu keskimäärin vain noin 10–15 % hoitajien työajasta, joten matka-aikaa lyhentämällä ei saavuteta ihmeitä.<sup>13</sup>

## 2.4 Palvelutuotannon tasaaminen

Koska ruuhkahuippu määrittää kapasiteetin tarpeen, palvelutuotantoa tulee tasata kasvavaan asiakastarpeeseen vastaamiseksi (kuva 4). Kun palvelutuotantoa tasataan, selvitään pienemmällä työvoimalla. Toisin sanoen kapasiteettia vapautuu kasvavaan asiakastarpeeseen vastaamiseen. Samalla voidaan vähentää sijaisten tai vuokratyövoiman käyttöä. Miten tämä kaikki tehdään?



Kuva 4. Asiakastunnit ja käytettävissä oleva hoitajakapasiteetti (työtunnit) eri kellonaikoina. Kasvavaan asiakastarpeeseen vastaamiseksi palvelutuotantoa pitää tasata.

### Aikakriittisyyden määrittely

Kaikki alkaa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista, jossa asiakkaan palvelut, kotikäynnit ja erityisesti näiden ajankohdat määritellään. Hoito- ja palvelusuunnitelma luo siis reunaehdot palvelutuotannon tasaamiselle. Jos valtaosa käynneistä on määriteltä tehtäväksi muutamassa tunnissa, palvelutuotannon tasaaminen ei onnistu.

Siksi palvelutuotannon tasaaminen alkaa käyntien aikataulutuksen kriittisellä tarkastelulla ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisellä. Tämä on ensimmäisellä kerralla työläs prosessi ja päivittäminen jää siksi usein kertaluontoiseksi. Asiaa tulisi kuitenkin lähestyä iteratiivisesta näkökulmasta. Kun tarkastellaan käyntien aikakriittisyyttä, vertailukohteena on nykykäytäntö. Kun on totuttu toimimaan tietyllä tavalla ja näkemään tietyt käynnit aikakriittisinä, voi olla vaikeaa kyseenalaistaa tätä näkemystä.<sup>14</sup> Tämän vuoksi ollaan joskus liian varovaisia, jolloin moni ei-aikakriittinen käynti määritellään heppoisin perustein aikakriittiseksi. Siksi prosessin tulisi olla iteratiivinen. Päivitetään hoito- ja palvelusuunnitelmat ja tarkastellaan lopputulosta.



Jos ruuhkahuippua edelleen esiintyy, täytyy ehkä kiristää aikakriittisyyden periaatteita.

Onko tämä nyt sitten asiakaslähtöistä? Kyseessä on kaksipiippuinen juttu. Täydellisesti maailmassa kotihoito voisi palvella kaikkia asiakkaitaan juuri näiden toivomaan aikaan. Niin kauan, kun palvelu on pääosin julkisesti rahoitettua,<sup>15</sup> julkisen palvelutuottajan täytyy kuitenkin optimoida asiakkaiden yleistä hyvää, jopa yksittäisten asiakkaiden mieltymysten kustannuksella. Jos teemme ei-aikakriittisiä käyntejä ruuhka-aikana, se pahentaa ruuhkahuippuilmiotä, mikä puolestaan heikentää ruuhka-ajan palvelun laatua. On monia asiakkaita, jotka todella tarvitsevat apua ruuhka-aikana. Onko kohtuullista heikentää näiden asiakkaiden palvelun laatua vedoten siihen, että kaikki muutkin haluavat palvelunsa ruuhka-aikaan? Täytyy siis arvioida kriittisesti, jos yksittäisten asiakkaiden haluja asetetaan asiakkaiden yhteisen hyvän edelle. Yksittäisten asiakkaiden mieltymyksiä tulisi huomioida silloin kun se on mahdollista, eli kun se ei heikennä kotihoidon yleistä kykyä vastata todellisiin tarpeisiin laadukkaalla palvelulla.

Asiakastarpeet ja siten myös hoito- ja palvelusuunnitelmat muuttuvat ajan mittaan ja vaativat jatkuvaa päivittämistä. Ei ole harvinaista, että käyntien aikakriittisyyden päivitys jää kertaluontoiseksi harjoitukseksi tai että hoito- ja palvelusuunnitelmia päivitetään harvoin. Jos asia mielletään kertaluontoiseksi ”patenttiratkaisuksi”, toiminta palaa usein takaisin vanhaan malliin. Esimerkiksi eräässä yksikössä osa ruuhka-ajan käynneistä oli jaettu kahtia siten, että vain aikakriittiset tehtävät suoritettiin aamulla ja ei-aikakriittiset tehtävät vasta myöhemmin iltapäivällä toisella käynnillä. Pian tämän jälkeen tiimin esimies huomasi, että hoitajat olivat alkaneet yhdistää käyntejä muun muassa matka-ajan vähentämiseksi. Kehittynyt toimintakulttuuri on vahva tekijä, jota ei pidä aliarvioida.

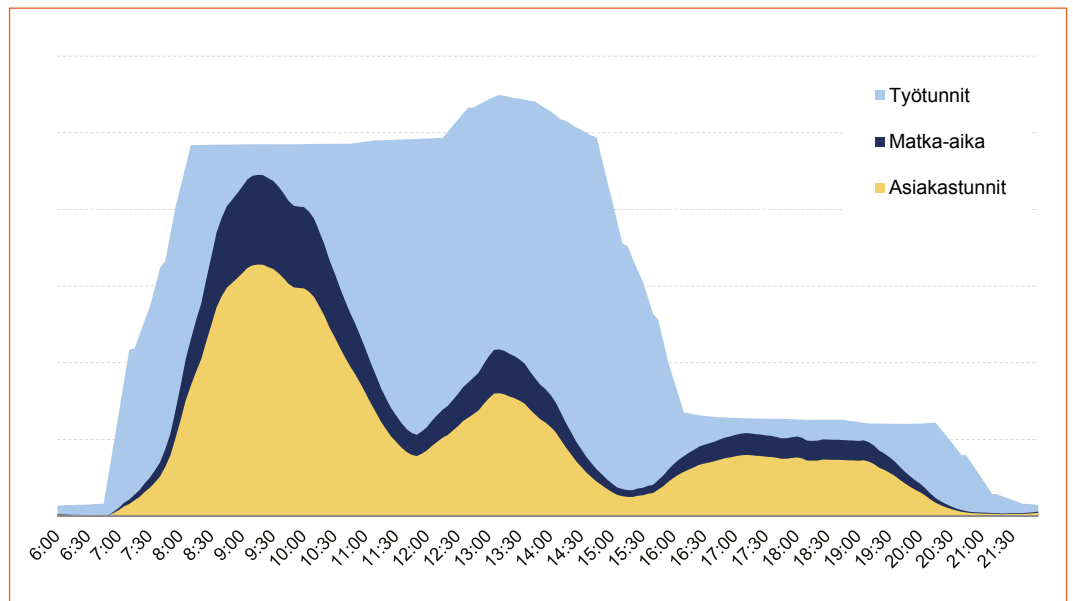
Usein olen kuullut hoitajien toteavan: ”*taas yksi hanke, eikä mikään muuttunut*”. Onko kehitystyö ehkä liian usein riippuvaista määräaikaisesta hankerahoituksesta, jonka kesto on liian lyhyt, jotta muutokset ehtisivät juurtua toimintakulttuuriin? Kehitystyö mielletään ehkä myös perustehtävää haittaavana kertaluontoisena askeltyyppisenä muutoksena; kun se on tehty, palataan arkeen (tai vanhaan toimintamalliin), ja toiminta pysyy muuttumattomana seuraavaan muutosaskeleeseen saakka. Jos tavoitteena on koko ajan edistää kotihoidon asiakkaiden kykyä elää arvokkaasti omassa kodissaan (tai kodinomaisesti) mahdollisimman pitkään, kehitystyöhön tulisi suhtautua eri tavalla. Askelmaisen kehityksen sijasta tulisi pyrkiä jatkuvaan parantamiseen, jossa kaikki aktiivisesti pyrkivät koko ajan kehittämään toimintaansa. Useimmilla aloilla tätä pidetään itsestäänselvyytenä, mutta ei julkisessa kotihoidossa.

### Miten palvelutuotantoa voidaan tasata?

Palvelutuotannon tasaamisessa ensimmäisenä mieleen tulee käyntien myöhäistäminen. On myös toinen mahdollisuus: käyntien aikaistaminen. Aamutunnit tulisi hyödyntää tehokkaammin neljästäkin syystä:

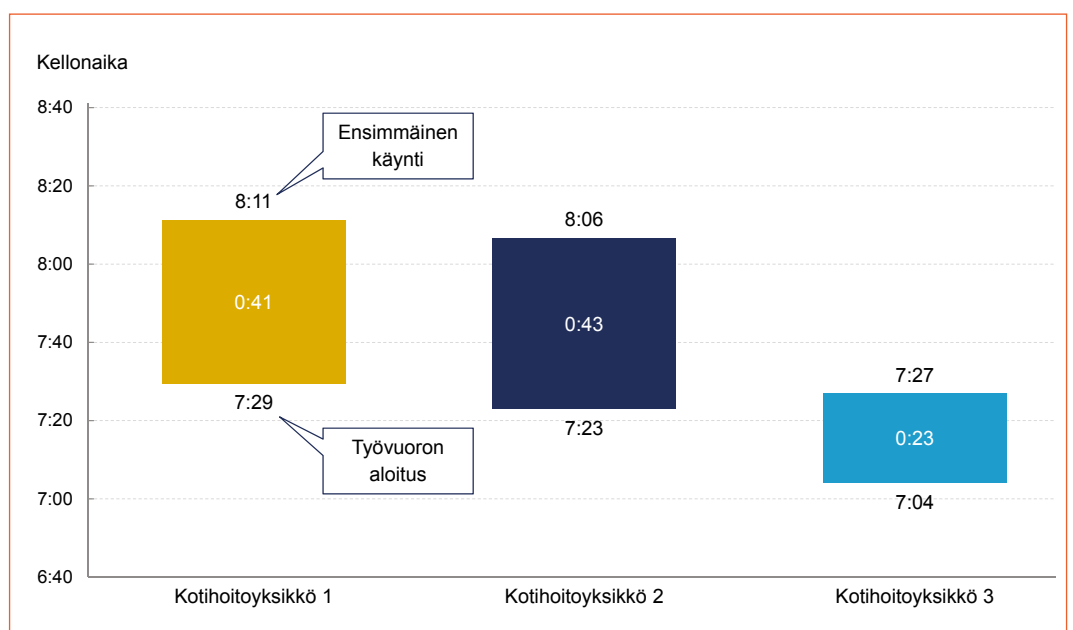
- 1 **Asiakaslähtöisyys.** Moni asiakas herää aamulla hyvin aikaisin. Aikakriittisyys ei aina ole sidoksissa ruuhka-aikoihin, vaan se riippuu asiakkaan vuorokausirytmistä. Jos paljon apua tarvitseva asiakas herää kello viideltä aamulla, niin päivän ensimmäinen kotikäynti olisi syytä tehdä hyvin pian tämän jälkeen. Vastaavasti jotkut asiakkaat haluavat nukkua pidempään, jolloin kotihoidon on turha kuormittaa itseään käymällä pahimpana ruuhka-aikana herättämässä heitä turhan aikaisin. Aikaistamalla osan käynneistä voidaan paremmin vastata asiakkaiden vuorokausirytmien mukaisiin tarpeisiin.
- 2 **Aamuisin asiakastarve on suurempi.** Yleinen trendi on yhä raskashoitotempien asiakkaiden hoitaminen kotona. Suomi on tässä asiassa vielä muita Pohjoismaita jäljessä, mutta kehityksen suunta on selkeä. Voidaan olettaa, että aikakriittisten aamukäyntien määrä kasvaa yhtä aikaa raskashoitotempien asiakkaiden osuuden kanssa. Aikaistamalla osan aamukäynneistä pidennetään aamun aikaikkunaa aikakriittisille käynneille.
- 3 **Hoitajakapasiteetin vapauttaminen.** Asiakastarve on suurimmillaan aamulla ennen kello kymmentä. Oletetaan, että kaikki aamukäynnit perustuvat todelliseen aikakriittiseen asiakastarpeeseen, jota on yhteensä 100 tunnin verran. Hoitajat pääsevät aloittamaan kotikäynnit kello 7.30, eli 2,5 tunnin aikana kello 7.30–10.00 tulee tuottaa 100 asiakastuntia. Tähän vastaamiseen tarvitaan vähintään 40 hoitajaa (100 asiakastuntia / 2,5 aamutuntia). Jos kaikki 40 hoitajaa aloittaisivat työnsä puoli tuntia aikaisemmin (kello 7.00), niin 100 aikakriittistä asiakastuntia voitaisiin jakaa kolmelle tunnille. Tällöin aamun asiakastarpeen vastaamiseen tarvittaisiin enää noin 33 hoitajaa, eli seitsemän vähemmän<sup>16</sup>. Tällöin pärjättäisiin todennäköisesti hyvin ilman tilapäistä ulkopuolista apua (sijaiset/vuokratyövoima), jolloin muun muassa hoitajien vaihtuvuus asiakkailla vähenisi. Voidaan myös ajatella, että käytettävissä olisi 20 tuntia enemmän aikaa ( $40 \text{ hoitajaa} \times 0,5 \text{ tuntia}$ ) kasvavaan asiakastarpeeseen vastaamiseksi.
- 4 **Työvuorojen päällekkäisyyden vähentäminen.** Aamu- ja iltatyövuorot ovat iltapäivisin tyypillisesti osan aikaa päällekkäisiä (kuva 5). Hoitajakapasiteetti on suurimmillaan, kun asiakastarve on pienimmillään. Työvuorojen päällekkäisyyttä on vaikea kokonaan välttää esimerkiksi yhteisien tiimipalaverien takia. Lisäksi sekä aamu- että iltavuoro tulee yleensä asettua kello 7 ja 22 väliselle ajalle. Työvuorojen päällekkäisyyttä voidaan vähentää aamuvuoron aloitusta aikaistamalla. Lisäksi tulisi erityisesti kiinnittää huomioita siihen, että osa-aikaiset lyhennettyä työvuoroa tekevät hoitajat hyödynnettäisiin ruuhka-ajan kuormituksen purkamiseen, eikä esim. iltapäivisin kello 12 ja 16 välisenä aikana.

Palvelutuotannon tasaamiseksi ja palvelutuntien hyödyntämiseksi jotkut kotihoitoyksiköt ovat päättäneet aikaistaa aamuvuorojen aloitusajankohtaa. Tämä ei kuitenkaan ole aina realistinen vaihtoehto. Joskus aamuvuoron hoitajat aloittavat työnsä niin aikaisin, ettei vielä aikaisempi vuoron aloittaminen ole mahdollista.



Kuva 5. Esimerkki erään kunnan kuormitusanalyysistä. Työvuorojen päällekkäisyyttä esiintyy erityisesti kello 12.30–15.00.<sup>17</sup>

Käyntejä voidaan kuitenkin myös aikaistaa lyhentämällä työvuoron aloituksen ja ensimmäisen käynnin välistä viivettä. Kuva 6 vertailee tätä viivettä kolmessa kotihoitoyksikössä eri puolilla Suomea. Kuvasta ilmenee, että kotihoitoyksiköissä on toisistaan eroavia käytäntöjä. Kotihoitoyksikössä 3 aamuvuoro aloitetaan jo kello seitsemän jälkeen ja ensimmäisellä asiakkaalla ollaan jo ennen kuin työvuoro on ehtinyt alkaa kotihoitoyksikössä 1. Aamuun liittyvät käytännöt eroavat usein myös saman kotihoitoyksikön eri alueiden tai tiimien välillä.



Kuva 6. Aamuvuoron aloitusajan ja ensimmäisen käynnin välinen viive (keskimäärin) kolmessa kotihoitoyksikössä.<sup>18</sup>



## 3

## Ilmiö 2: Väärä määrä hoitajia väärässä paikassa väärään aikaan

Edellä tarkasteltiin ruuhkahuippuilmiötä: palvelutuotannon vaihtelua työvuoron sisällä. Tämä on ollut tiedossa pitkään, mutta yrityksistä huolimatta sitä on harvoin onnistuttu purkamaan. Yhdeksi ydinongelmaksi ruuhkahuipun juurtuneisuuden taustalla löydettiin liiallinen keskittyminen matka-ajan minimoimiseen. Voisiko taustalla piillä joku toinenkin ruuhkahuipun syntyä vahvistava käytäntö?

Ensin on kuitenkin syytä tarkastella erästä toista ilmiötä ja sen aiheuttamia haitta-vaikutuksia. Ilmiö on asiakastarpeen merkittävä vaihtelu päivästä tai viikosta toiseen. Samalla kuitenkin työvuoroihin suunniteltu hoitajamäärä pysyy muuttumattomana. Seurauksena tästä on väärä määrä hoitajia väärässä paikassa väärään aikaan.

### 3.1 Alueiden hoitajakapasiteetti ei perustu kysyntään

Toisin kuin ehkä kuvitellaan, kotihoitoyksikön kapasiteetti ei yleensä perustu todelliseen kysyntään. Ilmiö korostuu siirryttäessä yksikkötasosta lähipalvelualue- tai tiimitasolle. Kapasiteetti perustuu vakansseihin, jonka määrä ja kohdennus eri alueille on usein jäänne historiallisesta kehityksestä. Esimerkiksi kun aikaisemmin erillään olleet kotipalvelu ja kotisairaanhoido on liitetty yhteen kotihoidoksi, lähipalvelualueita ja tiimejä on usein yhdistetty tai pilkottu. Kehityksen lopputuloksena vakansseja on siirretty paikasta toiseen. Tämä ei ole tapahtunut välttämättä asiakastarpeen kehityksen, vaan organisaatiomuutoksien sanelemana.

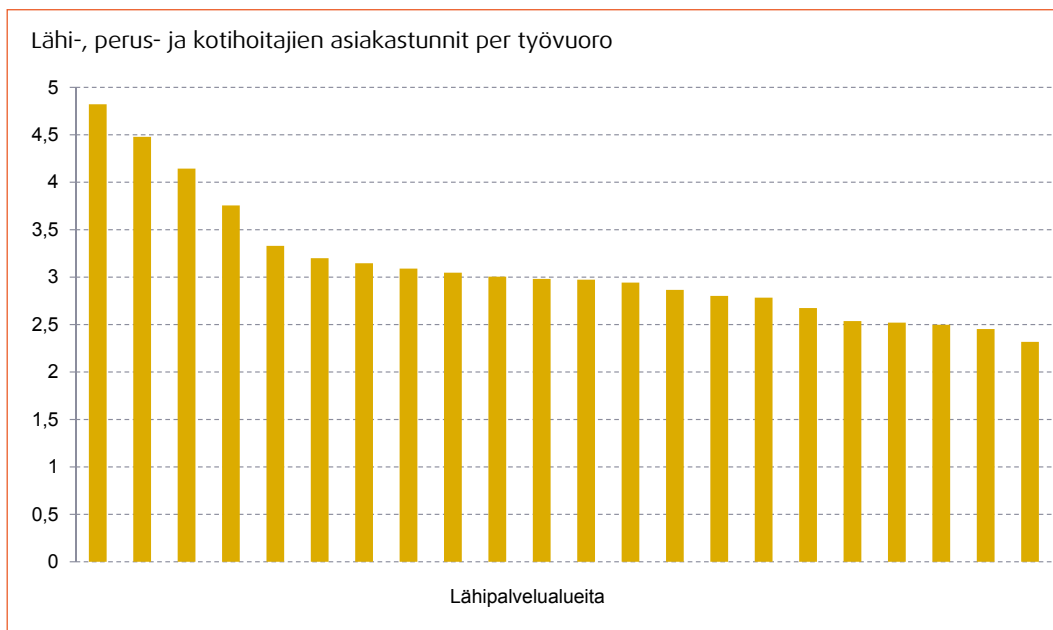
Entä uudet vakanssit? Käytännössä mittaaminen (tiedolla johtaminen) on suuressa osassa kotihoitoyksiköitä vielä lapsenkengissä. Sen vuoksi toiminta on kaikkea muuta kuin läpinäkyvää, jolloin päätöksentekokin perustuu ”mutu-tuntumaan” objektiivisen tiedon sijasta. Objektiivisen tiedon puutteessa johdon on usein turvauduttava henkilöstön kertomuksiin faktan sijasta. Sen sijaan, että uusia vakansseja kohdennettaisiin tasavertaisesti alueille näiden todellisen kuormituksen mukaan, uudet vakanssit kohdennetaan usein niille alueille, jotka ovat ”valittaneet resurssipulaa kuuluvimmin ja pisimpään”. Valitettavasti tämä kannustaa alueita luomaan tai vahvistamaan kuvaa vallitsevasta resurssipulasta.

Miten tämä ilmenee käytännössä? Välittömän työajan osuus<sup>19</sup> vaihtelee usein merkittävästi kotihoitoyksikön eri lähipalvelualueiden tai tiimien välillä.

## Kuormitus vaihtelee eri alueiden välillä

Käytännön esimerkki kuormituksen vaihtelusta on esitetty kuvassa 7, joka kuvaa lähi-, perus- ja kotihoitajien välittömiä asiakastunteja (täyttä) työvuoroa kohti eräässä kunnassa. Kuormittuneimmalla alueella välittömän työajan osuus on noin 61 % (4,8 tuntia) kapasiteetista ja vähiten kuormittuneella alueella noin 30 % (2,3 tuntia). Parhaalla alueella hoitajat tekevät siis keskimäärin kaksi kertaa enemmän välitöntä asiakastyötä työvuoron aikana heikoimpaan alueeseen verrattuna.

Johtuvatko erot pidemmistä etäisyyksistä? Eivät – itse asiassa pisimmät ajomatkat löytyvät parhaista alueista. Kotihoitoyksikön johdon mukaan heikoimmat alueet puolestaan valittavat eniten vajaamiehitystä. Nämä ovat myös eniten ulkopuolista työvoimaa (sijaisia) käyttäneitä lähipalvelualueita. Kotihoidon johdon mukaan näillä alueilla työilmapiiri oli selkeästi ”jännittynyt”, minkä uskottiin johtuvan ainakin osittain puutteellisesta johtamisesta. Hoitajien työhyvinvointi oli siis heikompi alueilla, joissa tehokkuus oli alhainen. Tilanne oli puolestaan päinvastainen tehokkailla alueilla.<sup>20</sup>



Kuva 7. Kuormitus vaihtelee monesti saman kotihoitoyksikön eri lähialueiden välillä. Käytännön esimerkki erästä kunnasta.

Todettakoon, että kaikki kyseisen kotihoitoyksikön alueet ja erityisesti alhaisimman kuormituksen alueet katsoivat heillä olevan vajaamiehitystä. Miten tämä voi pitää paikkaansa? Toisella alueellahan tuotettiin kuitenkin tuplasti enemmän palvelua samoilla resursseilla.<sup>21</sup> Voisiko kenties olla niin, että joillakin alueilla on vain totuttu alhaisempaan kuormitustasoon kuin toisilla?<sup>22</sup> Alueiden keskimääräinen kuormitus joka tapauksessa vaihtelee.

### Johtuuko alhainen välittömän työajan osuus välillisen työn runsaudesta?

Keskustellessa hoitajien kanssa välittömän työajan osuudesta, hyvin tyypillinen vastalause on, että ”*työkuvaan kuuluu niin paljon välillistä työtä, ettei ehdi tehdä enempää välitöntä asiakastyötä*”. Välillinen työ ei rekisteröidy mihinkään eikä sitä seurata samoin kuin välitöntä työaikaa. Välillisiin tehtäviin kuuluu muun muassa toimistotehtäviä, kuten käyntien tilastointi ja kirjaaminen, lääkärikonsultaatiot, kauppa- ja ateriatilauksia, sekä asiointi asiakkaan puolesta (esimerkiksi apteekissa).

Vasta-argumentti on osittain perusteltu, mutta vain osittain. Monessa yksikössä hoitajien työkuvaan kuuluu paljon välillisiä tehtäviä, joskin tapa järjestää tehtävät vaihtelee yksiköiden välillä. Argumentti välillisten tehtävien runsaudesta voisi ainakin osittain selittää sitä, miksi välittömän työajan osuus eroaa eri kotihoitoyksiköjen välillä. Se ei kuitenkaan kerro, miksi välittömän työajan osuus vaihtelee saman yksikön eri alueiden välillä, jossa välilliset tehtävät ovat samat.

Voisikohan taustalla olla ns. Parkinsonin laki: ”työ vie sille varatun ajan”? Parkinsonin lain mukaan työllä on tapana laajentua niin, että kaikki käytettävissä oleva aika tulee kulutetuksi. Jos jo pidemmän aikaa on totuttu käyttämään kolme tuntia per työvuo-ro välillisiin tehtäviin, niin toimintatavatkin muokkautuvat sellaisiksi, että niiden suorittamiseen myös tarvitaan kolme tuntia. Alueella, jossa on vain tunti käytettävissä välillisiin tehtäviin, näin ei puolestaan välttämättä ole päässyt käymään.

## 3.2 Asiakastarve ja hoitajamäärä vaihtelevat

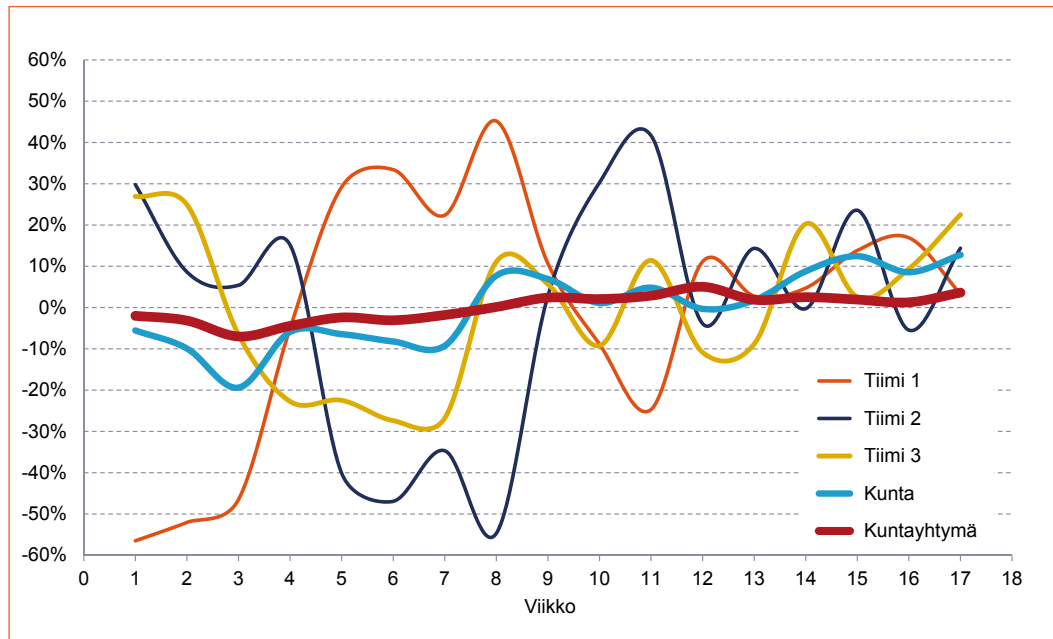
Asiakastarve vaihtelee sekä viikoittain että päivittäinkin. Vaihtelu johtuu muun muassa uusien asiakkaiden tulosta kotihoidon piiriin, vanhojen asiakkaiden poistumisesta ja nykyisten asiakkaiden kotihoidon tilapäisestä keskeytymisestä esimerkiksi sairaalajakson ajaksi. Tämän lisäksi käytettävissä oleva hoitajamäärä vuoroa kohti vaihtelee sairauspoissaolojen, vuosilomien ja hoitajien työaikalyhennyksien seurauksena. Kuinka merkittävä tämä vaihtelu on ja miten se vaikuttaa kotihoidon arjen sujuvuuteen?

### Asiakastuntien vaihtelu viikkotasolla

Kuvassa 8 on esitetty käytännön esimerkki siitä, kuinka paljon välittömien asiakastuntien määrä vaihtelee viikoittain. Kuvassa vaihtelua tarkastellaan suhteessa tarkastelujakson keskiarvoon. Esimerkki on peräisin eräästä kuntayhtymästä, ja se kuvaa asiakastuntien vaihtelua kolmella eri tasolla: kuntayhtymätasolla (=koko kotihoitoyksikön tasolla), yhden kunnan tasolla (kuntayhtymässä on neljä kuntaa) ja saman kunnan kotihoidon tiimien tasolla.

Esimerkissä nousee esille tärkeä tilastollinen ilmiö, jota vastaan taistellaan useammilla aloilla, ei pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollossa: vaihtelu kasvaa tarkasteltavan yksikkötason pienentyessä. Kuntayhtymätasolla asiakastunnit eivät juuri vaihtele viikosta toiseen. Yhden kunnan tasolla vaihtelua on jo enemmän; esimerkissä viikoittainen vaihtelu on noin +10 % ja -20 % välillä. Tiimitasolla puolestaan vaihtelua on jo huomattavasti. Esimerkiksi ”Tiimi 1” kohdalla vaihtelua on jo -60 % ja +40 %.

Mitä tästä opimme? Koko kotihoitoyksikön tasolla asiakastarve pysyy tasaisena, mutta tiimitasolla, jossa palvelua käytännössä tuotetaan, asiakastarve vaihtelee. Jos asiakastarve on tasainen yksikkötasolla, tämä tarkoittaa asiakastarpeen siirtymistä tiimien välillä. Yhteensä asiakastarve pysyy tasaisena, mutta se kuormittaa eri tiimejä eri viikkoina.



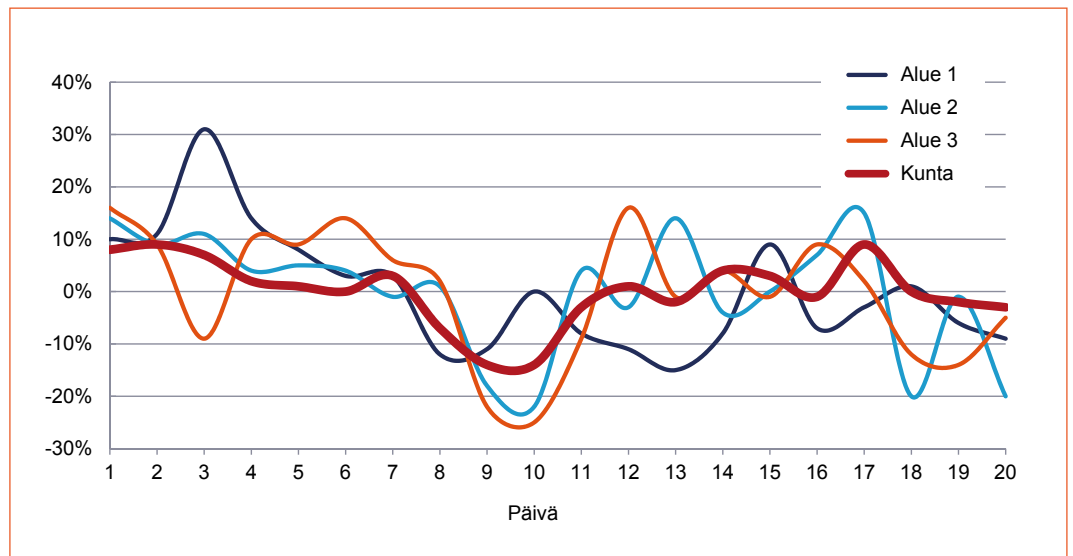
Kuva 8. Asiakastuntien viikoittainen vaihtelu (poikkeama tarkastelujakson keskiarvosta) eräässä kuntayhtymässä. Vaihtelu kasvaa kun tarkasteltava yksikkötaso pienenee.<sup>23</sup>

## Asiakastuntien vaihtelu päivätasolla

Kuvassa 9 samaa ilmiötä on tarkasteltu päivätasolla yhden kuukauden ajalta (helmikuu). Tämä on se taso, jolla resursointipäätökset käytännössä tehdään, eli päätetään hoitajien määrä vuoroa kohden. Kuvan esimerkki on isosta kunnasta. Yksinkertaisuuden vuoksi kuvassa on esitetty vain kolmen alueen asiakastuntien vaihtelua.

Myös tästä esimerkistä näkee, että aluetasolla asiakastuntien vaihtelu on paljon suurempaa kuin kuntatasolla. Alueella 1 asiakastunteja on kiireisimpänä päivänä 30 % enemmän ja hiljaisimpana päivänä 15 % vähemmän kuin kuukaudessa keskimäärin. Tämä on tietenkin paljon vähemmän kuin edellisessä esimerkissä (kuntayhtymä). Ero johtuu siitä, että jälkimmäisen esimerkin alueet (kunta) ovat huomattavasti suurempia kuin tiimit edellisessä esimerkissä, ja pienemmissä yksiköissä vaihtelua on enemmän.

Asiakastarpeen määrä siis vaihtelee. Mutta koska kyseessä on kotihoito, ei asiakastarpeen vaihtelua voi kokonaan poistaa. Entä sitten?



Kuva 9. Asiakastuntien päivittäinen vaihtelu (poikkeama kuukauden keskiarvosta) arkipäivisin eräässä kunnassa.<sup>24</sup> Vaihtelu kasvaa kun tarkasteltava yksikkötaso pienenee.

### 3.3 Vallitsevan mitoitus-ajattelun sudenkuopat

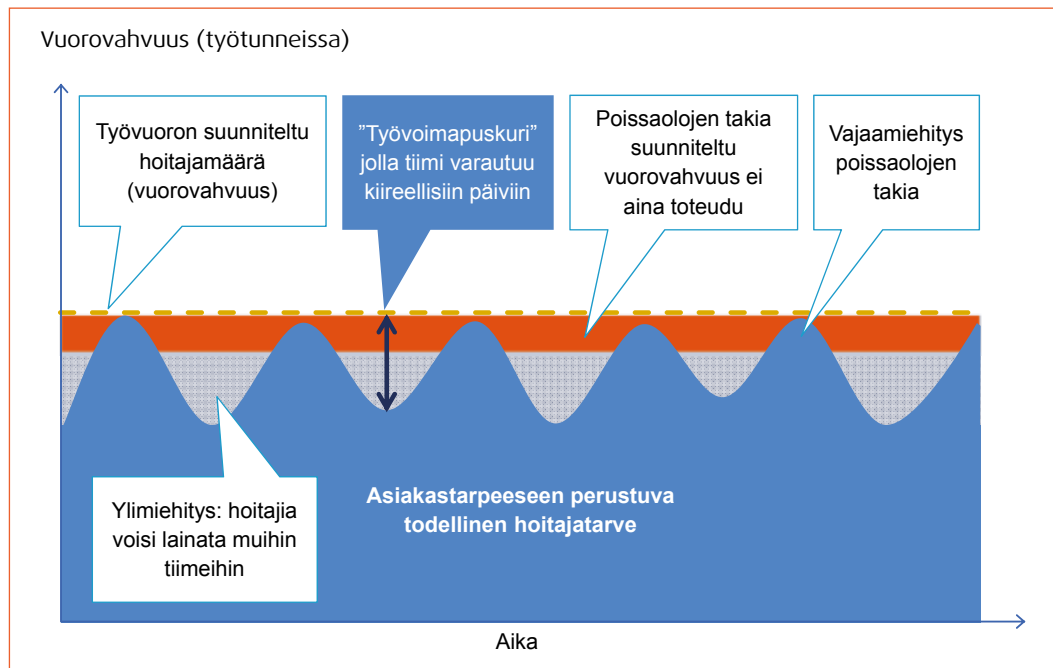
Miten alueen tai tiimin resursointia tällä hetkellä suunnitellaan? Onko ehkä kotihoitoalueella tai tiimissä ennalta määrätty käsitys siitä, kuinka monta hoitajaa tietyssä työvuorossa tarvitaan? Esimerkiksi kuulee usein sanottavan: ”*aamuvuorossa meillä tulee olla kahdeksan täysipäiväistä hoitajaa*”.

Kutsun tätä staattiseksi mitoitus-ajatteluksi. Asiakastarve vaihtelee jopa päivittäin, mutta suunniteltu hoitajamäärä pysyy muuttumattomana. Vuorovahvuus suunnitellaan aina oletuksella, että paikalla on kahdeksan hoitajaa, vaikka välillä tarvitaan kymmenen ja välillä kuusi. Miten tällainen suunnittelu voi toimia!?

#### Kiireellisiin päiviin varaudutaan paikallisella puskurilla

Todellinen hoitajatarve vaihtelee asiakastarpeen mukaan. Perinteisesti kotihoitoalueet kuitenkin haluaisivat suunnitella vuorovahvuutensa siten, että se olisi riittävä myös kiireellisimpinä päivinä. Asiaa on havainnollistettu kuvassa 10. Vahvastikin resursoiduissa yksiköissä äkillinen kasvu asiakastarpeessa tai hoitajien yllättävät sairauspoissaolot saattavat johtaa siihen, että oma työvoima ei riitä, vaan tarvitaan ulkopuolista apua sijaisten tai vuokratyövoiman muodossa. Helpoimpina päivinä hoitajia puolestaan riittäisi lainattaviksi asti alueille, joissa tarve on suurempi.

Jossain määrin resurssien joustava käyttö on jo nykypäivää. Hoitajien lainaaminen alueelta toiselle on useimmiten kuitenkin satunnaista ja pienimuotoista, eikä toiminta perustu objektiiviseen tietoon siitä, kuinka monta hoitajaa alueilla pitäisi olla todellisen asiakastarpeen perusteella. On myöskin melko tyypillistä, että hoitajien liikkuvuus pohjautuu tiettyjen alueiden lähiesimiesten läheisiin väleihin. Hoitajien liikuttaminen alueelta toiselle asiakastarpeen mukaan on siis harvoin systemaattista.



Kuva 10. Kotihoitoalueen/-tiimin todellinen hoitajatarve vaihtelee asiakastarpeen mukaan. Kiireellisiin päiviin varaudutaan usein paikallisella hoitajapuskurilla.

Jos vuorovahvuutta suunnitellaan kiireellisimpien päivien mukaan, alueiden vuorovahvuuksissa on sisäänrakennettu työvoimapuskuri. Sinänsä puskurissa ei ole mitään vikaa, mutta haaste syntyy, kun paikallisen puskurin ylläpitäminen yhdistyy toiseen hyvin yleiseen käytäntöön.

### Kuormitusta pyritään jakamaan tasan tiimin hoitajien kesken

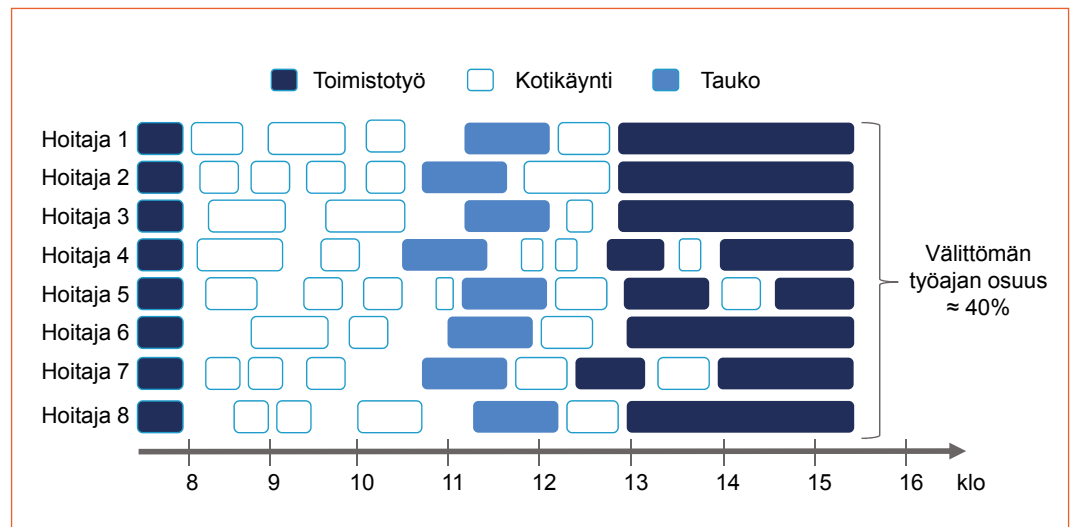
Tasavertaisuuden nimissä päivän asiakastarve pyritään tyypillisesti jakamaan suurin piirtein tasan tiimin työvuorossa olevien hoitajien kesken. Näin ollen kaikille jaetaan oma käyntilista. Tässä tarjontalähtöisessä mallissa työt jaetaan siten, että kaikki käytettävissä olevat hoitajat työllistyvät omalla alueella. Välillä kotikäyntejä listaa kohden on enemmän, välillä vähemmän. Käytännön vilpityn tavoite lienee hoitajien jaksamisen parantaminen. Sen haittana on kuitenkin se, että kaikki hoitajat ovat myös varattuja omalla alueella, jolloin kukaan ei ole vapaa siirrettäväksi niille alueille, joissa tarve tietynä aikana olisi suurempi.

Tasauuskäytäntöä on havainnollistettu yksinkertaistetun esimerkin avulla kuvassa 11. Esimerkki kuvaa yhden tiimin aamuvuoron hoitajien rinnakkaiset käyntilistat. Käyntilistat on suunniteltu tarjontalähtöisesti; käyntilistoja on kahdeksan, koska vuorovahvuus arkiaamussa on kahdeksan hoitajaa ja kaikille annetaan oma lista. Kyseinen päivä on hiljainen, joten hoitajien käyntilistoille mahtuisi enemmän asiakastyötä. Koska kaikille hoitajille jaetaan oma käyntilista, asiakastyön määrä per lista on alhainen.

Esimerkkipäivänä alueelle muodostuu hoitajapuskuria. Kun kaikille hoitajille jaetaan oma käyntilista, puskur ei pysy vapaana, jolloin puskurityövoimaa ei voida käyttää

asiakastarpeeseen vastaamiseen muualla. Vaikka hoitajapuskuria olisi, sitä ei voi käyttää asiakastyöhön, vaan se häviää. Samalla muualla joudutaan turvautumaan ulkopuoliseen apuun.

Vaikka kuormituksen tasaaminen oman tiimin hoitajien kesken on periaatteessa järjestyksellistä, se sitoo hoitajia väärään paikkaan, ellei vuorovahvuus vastaa todellista asiakastarvetta.

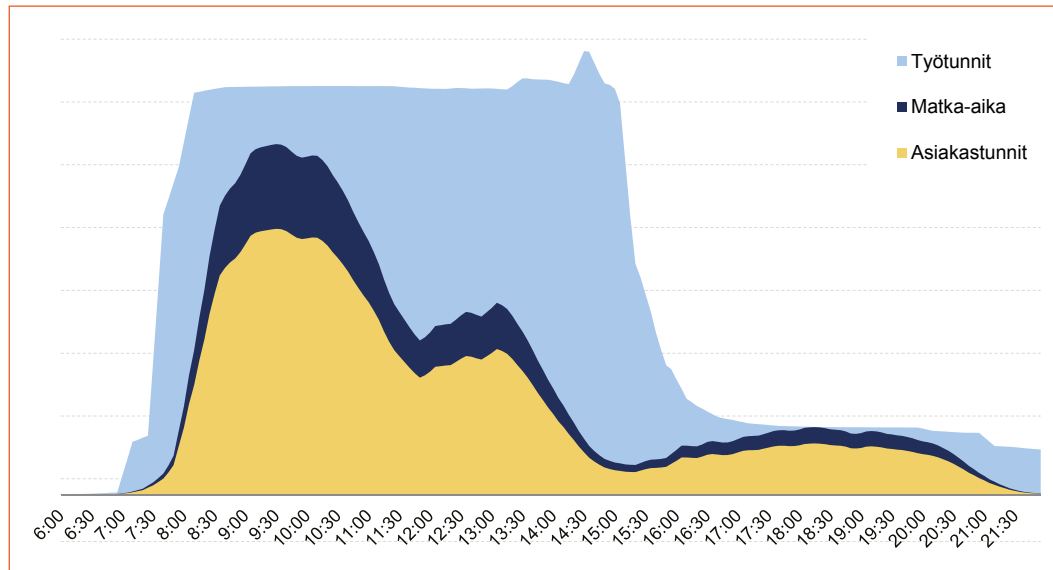


Kuva 11. Esimerkki yhden tiimin aamuvuoron työn jakautumisesta päivän aikana. Nykytilassa jokaiselle hoitajalle jaetaan oma käyntilista.

### Miten kuormituksen tasaaminen hoitajien kesken vaikuttaa ruuhkahuipun syntymiseen?

Kuvan 11 esimerkissä kaikki hoitajat aloittavat aamuvuoronsa kello 7.30. Kyseisessä tiimissä on edelleen käytössä vanha aamupalaverikäytäntö, joten kaikki hoitajat lähtevät kentälle saman aikaan noin klo 8. Tiimissä on tänä aamuna ylimiehitys, joten puolen päivän jälkeen useimmat hoitajat ovat suorittaneet käyntilistansa loppuun. Tällöin asiakastyön osuus laskee voimakkaasti (kuva 12).

Kun pyritään jakamaan työt tasan kaikkien (käytävissä olevien) hoitajien kesken hoitajatarpeesta riippumatta, aamupainotteinen toimintakulttuuri usein vahvistuu. Kaikki hoitajat lähtevät kentälle samaan aikaan ja moni myös haluaa tehdä kotikäyntinsä mahdollisimman nopeasti. Näin ruuhkahuippu pysyy päivästä toiseen saman korkuisena. Sen sijaan, että hiljaisempi päivä vapauttaisi hoitajia muualle, ruuhkahuippu on näinä päivinä normaalia terävämpi. Vaikka hoito- ja palvelusuunnitelma sallisikin asiakaskäyntien tasaisen jakamisen läpi päivän, vallitseva tasaisen kuormituksen käytäntö siirtää ne väkisin aamuun.



Kuva 12. Välittömän asiakastyön osuus laskee vahvasti aamuruuhkan jälkeen.

Tällaisessa aamupainotteisessa toimintamallissa totutetaan asiakkaita aamukäynteihin, ehkä turhaankin. Kun ihminen tottuu johonkin, hän ei mielellään muuta rutiineja. Usein kuulee sanottavan, että asiakas haluaa käynnin aamuisin. Voisiko osasyllinen tähän olla tarjottu toimintamalli? Ruuhkahuippu on merkittävä ongelma, mutta siitä on syntynyt myös itseään toteuttava kierre. Koska tiimin vuorovahvuus perustuu ruuhkahuippuun, ja vaikka tämä ei perustukaan pelkästään todelliseen asiakastarpeeseen, ruuhkahuippua on käytännössä vaikea purkaa.

### 3.4 Tarvepohjainen resursointi: kuinka monta hoitajaa alueella tarvitaan?

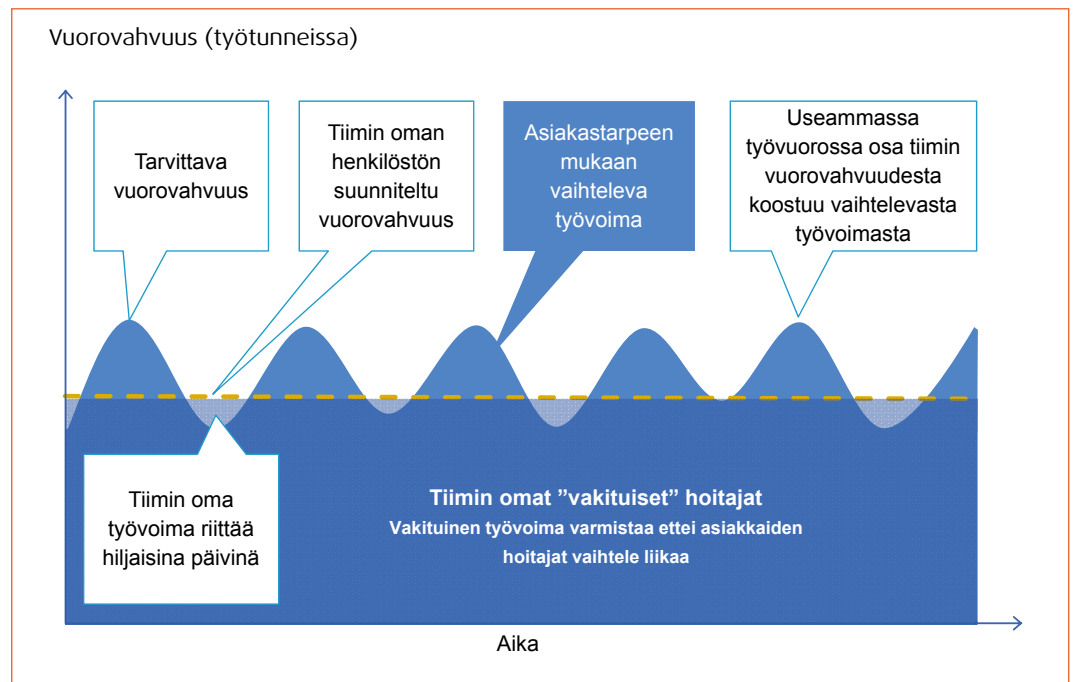
Jos tiedetään, että asiakastarpeessa on nähtävissä merkittävää vaihtelua, jota ei voida kokonaan poistaa, ainoa vaihtoehto on etsiä keinoja vaihtelun hallitsemiseksi. Miten voimme varmistaa, että oikea määrä hoitajia on oikeassa paikassa oikeaan aikaan – asiakastarpeen vaihtelusta huolimatta?

#### Staattisesta mitoitus-ajattelusta kohti asiakastarpeen mukaan vaihtelevaa vuorovahvuutta

Vaikka kotihoitoyksikön hoitajatarve pysyy suhteellisen tasaisena päivästä toiseen, aluetasolla esiintyy merkittävääkin vaihtelua. Nykymallissa, jossa hoitajapuskuria sidotaan alueille, hoitajapuskuri menetetään, koska käyttämätöntä hoitajakapasiteettia (hoitajien aikaa) ei voida säästää. Tämän seurauksena joillakin alueilla saattaa olla ylikapasiteettia samalla, kun toiset joutuvat turvautumaan ulkopuoliseen apuun, sijaisiin tai vuokratyövoimaan. Jotta kotihoito omaa työvoimaa kyettäisiin hyödyntämään täysimääräisesti, sitä pitäisi voida liikuttaa sinne, missä tarve kulloinkin on suurin. Paikallisten hoitajapuskureiden tulisi olla käytettävissä keskitetysti.

Kuva 13 havainnollistaa toimintamallia, jossa työvoiman määrä vaihtelee asiakastarpeen mukaan. Tässä toimintaympäristössä tiimin vuorovahvuus suunnitellaan siten,

että omat vakituiset työntekijät riittävät yksistään vain hiljaisimpina päivinä. Tiimin oma työvoima mitoitetaan niin, että se kattaa hoitajien minimitarpeen. Tämän lisäksi käytetään vaihtelevaa työvoimaa asiakastarpeen vaihtelun mukaan. Koska oma työvoima riittää kattamaan hoitajatarpeen vain hiljaisimpina päivinä, useimmiten tarvitaan vaihtelevaa työvoimaa. Näin vältetään siltä, että hoitajapuskuri jää alueilla käyttämättä; koska aikaa ei voida säästää, käyttämätön hoitajakapasiteetti häviää.



Kuva 13. Oman työvoiman lisäksi käytetään vaihtelevaa työvoimaa asiakastarpeen mukaan. Asiakastarpeen vaihtelu määrittää kuinka suuri osa hoitajakapasiteetista tulisi olla vaihtelevaa.

## Tarvelähtöinen käyntilistojen suunnittelu

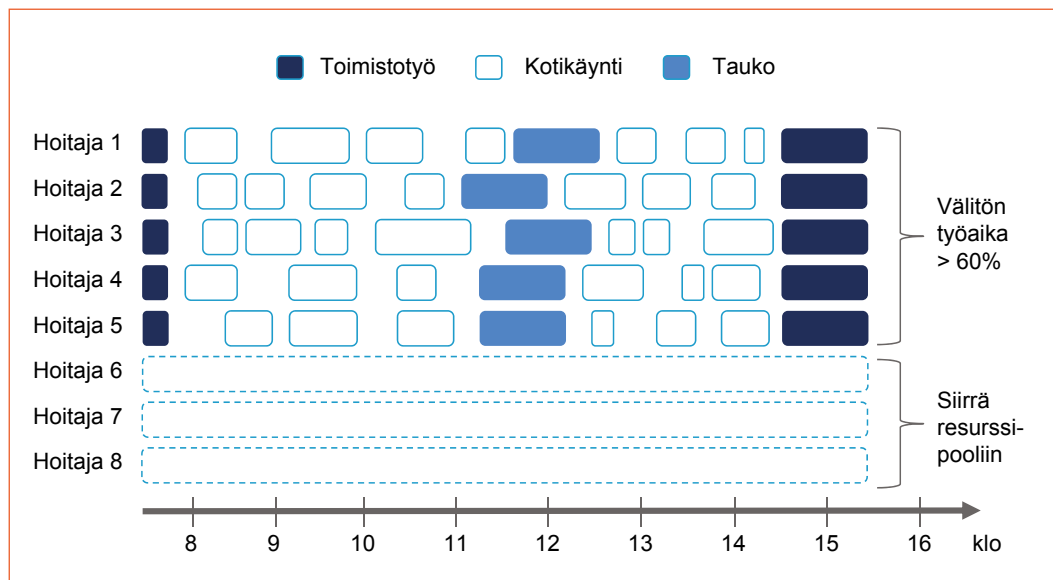
Mitä vaihtelevan työvoiman hyödyntäminen tarkoittaa käyntilistojen suunnittelussa?

Tarvelähtöinen käyntilistojen suunnittelu perustuu siihen, että omalla alueella pyritään käyttämään vain asiakastarpeen vaatima määrä hoitajia. Ensin täytyy sopia jokaisen hoitajan kuormitustaso: kuinka paljon välitöntä asiakastyötä eri hoitajille voidaan jakaa? Tämä tehdään määrittelemällä välittömän työajan tavoite.

Sopiva tavoite riippuu monesta asiasta, kuten välillisten tehtävien järjestelystä ja niiden määrästä, ammattiryhmästä (onko kyseessä ns. perustyöntekijä<sup>25</sup> vai sairaanhoitaja) sekä työvuorosta (esimerkiksi arkiamu, -ilta vai viikonloppu). Esimerkiksi perustyöntekijöiden välittömän työajan osuuden tavoite on usein noin 60 % tilanteissa, joissa kirjaaminen tehdään toimistolla välillisenä työnä. Tavoitteen tulisi luonnollisesti olla korkeampi (esim. 65–75 %), jos kirjaaminen ym. välilliset tehtävät tehdään asiakkaan luona, jolloin tehtävät rekisteröityvät osaksi välitöntä asiakastyötä.<sup>26</sup> Välittömän työajan tavoite voidaan määritellä käänteisesti siten, että kokonaistyöajasta vähennetään välillisiin tehtäviin ja matkoihin varattava aika.

Tarvelähtöisessä käyntilistasuunnittelussa käynnit jaetaan hoitajien kesken niin, että välittömän työajan tavoite täyttyy joka käyntilistalla. Käyntilistojen suunnittelussa pyritään aktiivisesti minimoimaan tarvittava hoitajamäärä samalla kuitenkin varmistuen, etteivät yksittäiset hoitajat ylikuormitu. Sen sijaan, että välittömän työajan osuus hoitajaa kohti vaihtelee asiakastarpeen mukaan, hoitajien kuormitus pysyy suurin piirtein samana päivästä toiseen, mutta hoitajien määrää lisätään tai vähennetään asiakastarpeen mukaan.

Kuva 14 esittää aikaisemman kuvitteellisin esimerkin (vrt. kuva 11) avulla mitä tapahtuisi, jos samat käynnit jaettaisiin siten, että välittömän työajan tavoite (yli 60 %) toteutuisi. Kahdeksasta hoitajasta kolme jäisi tässä esimerkissä ilman käyntejä. Alueen hoitajapuskuria pidetään näin vapaana, jolloin hoitajat ovat kohdennettavissa niille alueille, joissa tarve on suurin. Samalla palvelutuotantoa on onnistuttu tasaamaan läpi työvuoron.



Kuva 14. Tarvepohjainen käyntilistasuunnittelu. Tarjonnan sijasta asiakastarve määrittää omalla alueella käytettävien hoitajien määrän.

Pysyvätkö hoitajat ilman käyntejä vapaina? Tuskin, jos jäävät omalle alueelleen. Halumme työntekijöinä ja työnantajina tasata työmäärää on voimakas, joten vapaillekin hoitajille jaetaan ennemmin tai myöhemmin omia käyntejä. Käytännön esimerkkejä löytyy monissa kotihoitoyksiköissä, joissa on käytössä jonkinlainen varahenkilöjärjestelmä. Vaikka varahenkilöiden on tarkoitus korvata poissaoloja millä tahansa kotihoitoalueella, yksittäiset varahenkilöt kohdennetaan usein käytännössä jollekin alueelle. Valitettavan usein varahenkilöstö mielletään nopeasti osana alueen vakituista työvoimaa. Jos varahenkilölle jaetaan toistuvasti oma käyntilista, hän ei pysy enää vapaana korvaamaan poissaoloja muilla alueilla.

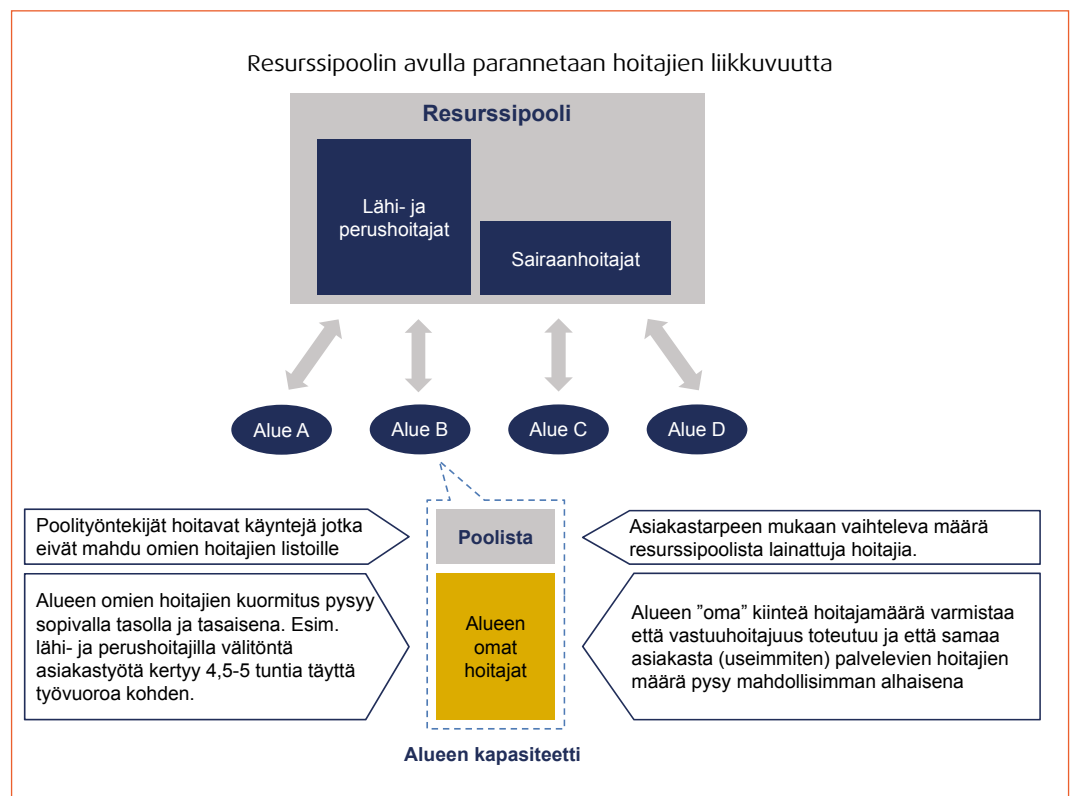
Miten voisimme pitää hoitajapuskurin vapaana, jolloin hoitajat olisivat käytettävissä vajaamiehityksien paikkaamiseen missä tahansa?

### 3.5 Ratkaisuna resurssipooli?

Koska kotihoidon kysyntä kasvaa paljon tarjontaa nopeammin, tuottavuuden parantaminen on ainoa vaihtoehto pitkällä aikavälillä. Ensimmäinen askel tätä kohti on nykytyövoiman hyödyntäminen täysimääräisesti. Silloin työvoiman liikkuvuutta edistetään siten, että työvoima on käytettävissä siellä, missä sitä kullakin hetkellä eniten tarvitaan. Oikea määrä oikeanlaisia hoitajia on oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Mutta miten?

Paikallisten hoitajapuskureiden keskittäminen yhteiseen resurssipooliin on esimerkki ratkaisusta, jolla on pyritty turvaamaan oman henkilöstön riittävyys ja vähentämään ulkopuolisen lisäävun tarvetta. Sen lisäksi, että poolityöntekijät toimivat lisäapuna lähipalvelualueiden asiakastarpeen kasvaessa, he paikkaavat myös alueiden vakituisten henkilökunnan poissaoloja (sairauspoissaolot, lomat, koulutukset ym.).

Resurssipoolimallin suosio kotihoitoyksiköissä on kasvamassa. On kuitenkin perusteltua kysyä, miksi resurssipooli kannattaisi ottaa käyttöön. Onhan mahdollista siirtää hoitajia suoraan alueelta toiselle myös ilman poolirakennetta.<sup>27</sup>



Kuva 15. Resurssipoolilla parannetaan hoitajien liikkuvuutta.

Resurssipoolilla pyritään puuttumaan myös sellaisiin nykyrutiineihin ja käyttäytymismalleihin, joihin hoitajien suora siirtäminen alueelta toiselle ei vaikuta. Mitkä nämä sitten ovat?

## Resurssipooli rauhoittaa kotihoidon arkea tasaamalla eroja hoitajien päivittäisessä kuormituksessa

Toimintamalli tasaa kotipalvelualueen tai tiimin hoitajien kuormitusta päivästä toiseen. Hoitajien kokemaa kiirettä lisää päivittäin vaihteleva kuormitus (kts. loppuviite #13). Mukauttamalla alueen hoitajamäärää todelliseen asiakastarpeeseen tähdätään siihen, että hoitajien välittömän työajan osuus pysyy samana (ja sopivalla tasolla) asiakastarpeen vaihtelusta huolimatta. Hoitajien kiire ei siis kasva asiakastarpeen lisääntyessä.

## Välillisen työn määrällä on taipumus paisua

Myös välilliset tehtävät kuormittavat hoitajia. Kaikki välilliset tehtävät eivät edistä asiakkaiden kykyä elää arvokkaasti omassa kodissaan pidempään. Siksi asiakkaiden palvelutarpeen kasvaessa tulee lisätä välittömän asiakastyön osuutta.<sup>28</sup>

Parkinsonin lain mukaan ”työ vie sille varatun ajan”. Jos aikaa on, se myös käytetään. Välillisten tehtävien määrällä on taipumus lisääntyä, jos näihin jää aikaa eli jos kysyntä hoitajaa kohden on ollut pitkään alhainen. Tapa organisoida välillisiä tehtäviä juurtuu. Kun kysyntä myöhemmin kasvaa, välittömän työajan osuutta on vaikeampaa nostaa, koska välillistä työtä on ehtinyt kertyä paljon.<sup>29</sup> Esimerkkinä tästä ilmiöstä jotkut kotihoitoalueet pystyvät suoriutumaan samoista välillisistä tehtävistä puolessa muilla alueilla kuluvasta ajasta (vrt. kuva 7, s. 24). Usein saakin sen käsityksen, että välitöntä asiakastyötä tehdään välillisen työn ehdoilla eikä toisin päin. Tätä voidaan hillitä pitämällä hoitajien kuormitusta sopivalla tasolla. Matkoihin ja välillisiin tehtä-

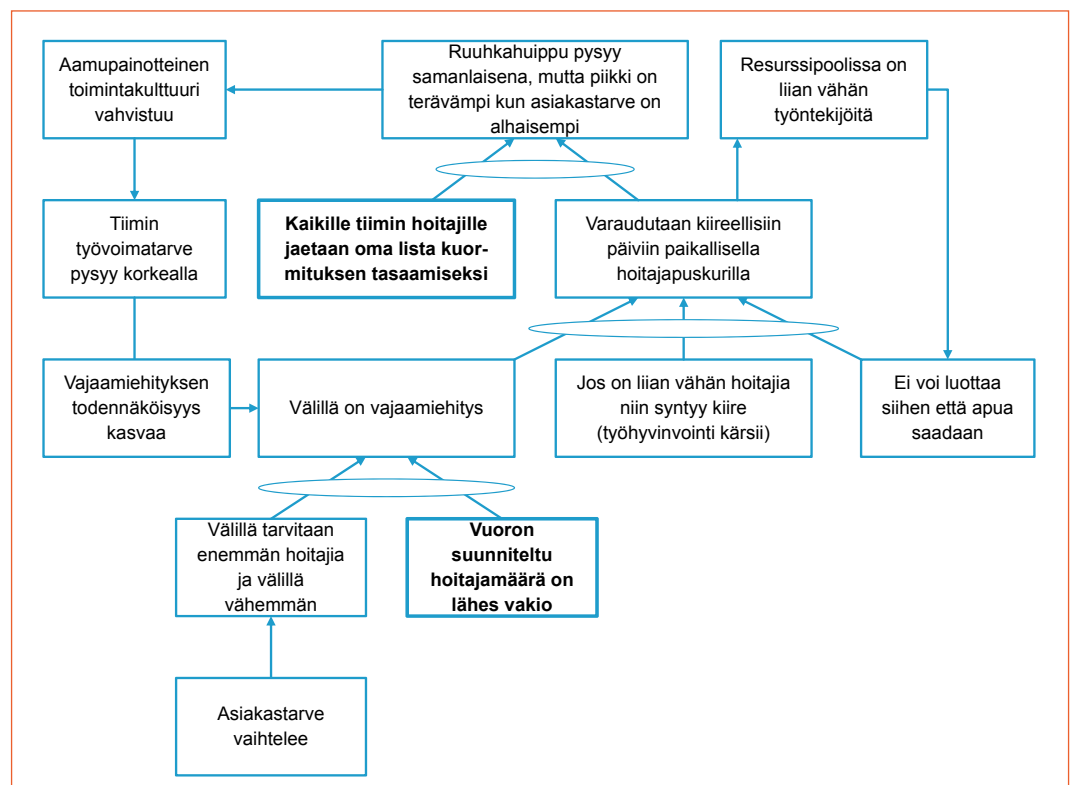


viin varataan sopivasti aikaa, mutta hoitajapuskurin ollessa keskitetyssä resurssipoolissa aikaa ei ole epäterveiden käytäntöjen syntymiseksi.

### Äkilliseen tarpeen vastaaminen vaatii listattomia hoitajia

Vapaan kapasiteetin merkitystä ei tule aliarvioida! Erityisesti monilla palvelualueilla pelätään vapaata kapasiteettia. Ajatusmaailmamme ja työmoraalimme perustuvat oletukseen, että jokaisen työntekijän tulee olla työllistetty 100 prosenttia työajasta. Toisaalta ajatellaan, että ”jokaisella hoitajalla on oikeus tehdä hoitotyötä”. Näin kaikille tiimin vuorossa oleville hoitajille jaetaan oma käyntilista. Hyvän työmoraalin seurauksena kapasiteetin kokonaistarve kuitenkin kasvaa...

Sijaisia ei ole helppo saada äkillisen tarpeen ilmentyessä. Jos ei voida luottaa siihen, että lisäapua tarvittaessa saadaan, joudutaan väkisinkin varautumaan kiireellisiin päiviin paikallisella hoitajapuskurilla. Tällöin syntyy kaksi itseään toteuttavaa vahingollista kierrettä (kuva 16): vahvistetaan ruuhkahuipun syntymistä ja vajaamiehityksen todennäköisyyttä ja toisaalta kasvatetaan tarvetta ylläpitää paikallista hoitajapuskuria.



Kuva 16. Kun tiimin hoitajakapasiteetti ei vastaa asiakastarvetta, syntyy kaksi nykyongelmia vahvistavaa ”kierrettä”<sup>30</sup>.

Kuva 16 havainnollistaa kaksi ydinongelmaa. Suunniteltu vuorovahvuus on lähes vakio, vaikka hoitajatarve vaihtelee.<sup>31</sup> Tämä johtaa nykymallissa paikallisen hoitajapuskurin tarpeeseen. Kun tähän yhdistetään toinen ydinongelma eli se, että kaikille hoitajille jaetaan oma lista kuormituksen tasaamiseksi – mikä on siis toisaalta varsin looginen toimintatapa – ruuhkahuippu pahenee.

Resurssipooli varmistaa hoitajapuskurin pysymisen vapaana siten, että lisääpua on saatavissa myös äkilliseen tarpeeseen. Vapaa tarkoittaa ilman käyntilistaa. Vapaa ei tietenkään tarkoita sitä, ettei näiden hoitajien työpanosta voitaisi hyödyntää arvokkaaseen työhön. Tarkoituksena on kuitenkin, että näiden hoitajien ensisijainen prioriteetti on olla varalla, valmiina reagoimaan tarvittaessa lyhyelläkin varoitusaajalla. Tämä vaatii luonnollisesti muutosta ajatusmallissa. Työntekijöille maksetaan palkkaa varallaolosta. Oma käyntilista ei siis ole itseisarvo.

## Resurssipoolimallin muita hyötyjä

Resurssipoolimallilla pyritään saavuttamaan myös joukko muita hyötyjä:

- 1 **Sijaisten tai vuokratyövoiman tarpeen minimoiminen.** Poolimalli vähentää asiakkaan hoitajien vaihtelua hoitajien kokonaismäärän vähentyessä. Asiakkaiden hoitajien vaihtelua voidaan hillitä käyttämällä tietyllä kotihoitoalueella tai tiimissä samoja poolityöntekijöitä. Ulkopuolisen työvoiman käytön väheneminen säästää lisäksi rahaa ja vähentää omien työntekijöiden sijaisten perehdytykseen sidottua aikaa.
- 2 **Toiminnan läpinäkyvyyden ja johdettavuuden parantaminen.** Ideaalitilanteessa osa poolityöntekijöistä pysyy aina listattomina eli ”vapaina”. Vapaan kapasiteetin määrää seuraamalla nähdään myös, kuinka kauan nykyresursseilla pärjätään, ennen kuin pitää vähentää asiakkaille tuotettua palvelua tai lisätä työvoimaa. Jos tietty alue tarvitsee jatkuvasti lisääpua ja samalla välittömän työajan tavoite täyttyy, kannattaa alueen oman työvoiman määrää nostaa.
- 3 **Kotihoitoalueiden tai tiimien tasavertaisempi kuormitus.** Vuorovahvuus ei enää perustu historialliseen kehitykseen, vaan todelliseen asiakastarpeeseen.
- 4 **Kotihoidon saatavuuden alueellisen tasavertaisuuden edistäminen.** Käytäntö on osoittanut, että kysyntä ei ole riippumatonta tarjonnasta, vaan tarjonta luo usein kysyntää. Esimerkiksi, jos lääkäriaikoja on paljon tarjolla, tuotetaan paljon lääkärikäyntejä. Niin kauan kun kotihoidonalueet itse arvioivat asiakkaansa palveluntarpeen, saattaa kotihoidon piiriin pääsy olla vaikeampaa alueella, jossa tarjontaa on vähemmän (kuormitus on korkeampi).
- 5 **Vaihtelevamman työn mahdollistaminen sitä haluaville.** Osa meistä stressaantuu siitä, että tehtävät vaihtuvat, kun taas toiset stressaantuvat samoista rutiineista ja asiakkaista. Tiimeissä, joissa hyödynnetään staattisia pitkän aikavälin käyntilistoja (reittejä), hoitajat joskus kierrättävät listat keskenään työn monipuolisuuden lisäämiseksi. Tämä on tietenkin hyvin tarjontalähtöistä ja lisää asiakkaan hoitajien vaihtelua. Resurssipooli mahdollistaa vaihtelevampaa työtä sitä haluaville ja ”tuttua ja turvallista” työtä tiimien vakituksille hoitajille. Poolitoiminnasta onkin kertynyt hyvää palautetta hoitajilta. Useissa tiimeissä hoitajat ovat osoittaneet huomattavaa kiinnostusta siirtyä resurssipoolin työntekijäksi.

### 3.6 Kuinka paljon resurssipooliin tulisi siirtää hoitajia?

Miten resurssipooliin saadaan riittävästi hoitajia? Kiireen tunteen takia voi alkuun olla vaikea uskoa, että resurssipooliin voisi olla irrotettavissa työntekijöitä. Ja saattaahan eteen tulla tilanne, jolloin nykyhenkilöstökään ei riitä. On luontevaa ajatella tätäkin tilannetta kiireellisimpien päivien näkökulmasta. Kun toimintaa mitataan, nähdään usein, että välittömän työajan osuus on merkittävästi alle tavoitetason. Pooliin pitäisi siis pystyä irrottamaan työntekijöitä useina päivinä. Ja toisaalta, saahan hoitajia lisää silloin, kun tarve on todellinen.

Kuinka monta hoitajaa resurssipooliin sitten tulisi siirtää? Otetaan esimerkki. Perustyöntekijöiden toteutunut välittömän työajan osuus on 45 % kun tavoitteena on 60 %. <sup>32</sup> Tavoitteen saavuttaminen vaati koko yksikön kysynnän (asiakastunnit) kasvamista kolmanneksella<sup>33</sup> työvoiman pysyessä nykytasolla, tai sitä, että työvoiman määrää vähenee neljänneksellä kysynnän pysyessä muuttumattomana. Kumpikaan näistä vaihtoehdoista tuskin tapahtuu hetkessä. Kysyntä kyllä kasvaa vähitellen. Ulkopuolisesta lisäävusta voidaan puolestaan luopua välittömästi, mikä on perusteltua myös asiakkaiden ja veromaksajien näkökulmasta.

Resurssipoolimallissa pyritään kaikkien kenttätöissä olevien listallisten<sup>34</sup> hoitajien tavoitteen mukaiseen kuormitukseen. Tämä tehdään muun muassa siksi, että totutettiin yksikköä sopivaan kuormitustasoon.

Jotta asiakastunteja perustyöntekijää kohden olisi riittävästi välittömän työajan osuuden täyttämiseksi, tulee neljänneksen tästä ammattiryhmästä siirtyä resurssipooliin. Eräässä kotihoitoyksikössä onnistuttiin siirtämään 14 hoitajaa noin 80:sta keskitettyyn resurssipooliin. Sijaisten käyttö väheni selkeästi uuden toimintamallin seurauksena, vaikka tavoitteena olikin siirtää yli 20 hoitajaa resurssipooliin.

#### Työvoiman saatavuus paranee, vaikka hoitajapuskurin koko olisi pienempi

Resurssipoolimalliin liittyy sama jo aikaisemmin mainittu tilastollinen ilmiö: vaihtelu pienenee yksikkökoon kasvaessa. Suurempi asiakastuntien vaihtelu vaatisi suurempaa hoitajapuskuria (tai pikemminkin pienempää omaa vakituista työvoimaa). Jos hoitajapuskuri on keskitetty, sen ei tarvitse olla yhtä suuri kuin paikalliset puskurit yhteenlaskettuna. Hoitajien saatavuus on siis parempi, vaikka yhteenlaskettu puskurin on pienempi, koska hoitajapuskuri palvelee laajempaa aluetta. Samalla kun jotkut kotihoitoalueet tai tiimit tarvitsevat lisääpua, toiset palauttavat väliaikaiset poolityöntekijänsä resurssipooliin.

#### Oleellista on alueiden oman työvoiman minimivuorovahvuuden määrittely

Usein mitoitusta sorrutaan ajattelemaan resurssipoolin näkökulmasta. Käytännössä asiaa tulisi ajatella toisin päin. Kuinka suuri kotihoitoalueen tai tiimin pysyvän vuorovahvuuden tulisi olla? Jäljelle jäävä kapasiteetti tulisi siirtää pooliin.

Tarvittavan vuorovahvuuden arviointi on usein monimutkaista. Menemättä yksityiskohtiin todettakoon, että vuorovahvuuden arvioinnissa tulee huomioida kolme asiaa:

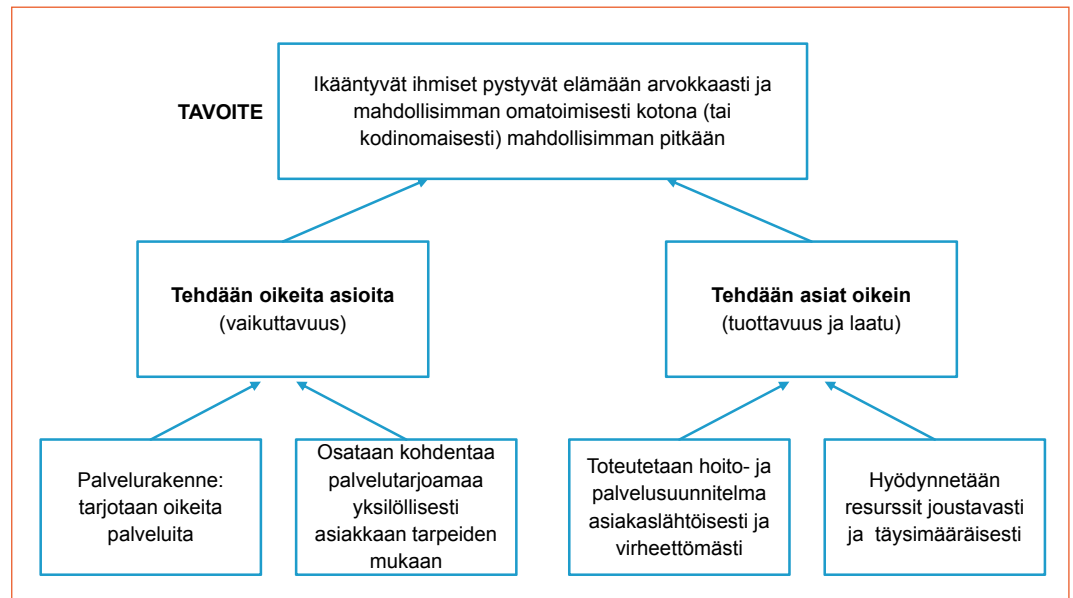
- 1 Asiakastarpeen vaihtelu (päivittäin/viikoittain): mitä enemmän asiakastarve vaihtelee, sitä suuremman osuuden työvoimasta tulisi koostua poolityöntekijöistä.
- 2 Välittömän työajan tavoite (ammattiryhmittäin). Millä tasolla listallisten työntekijöiden välittömän työajan osuus tulisi olla keskimäärin?
- 3 Kuinka usein oma työvoima riittää vastaamaan päivän asiakastarpeeseen ilman, että välitöntä asiakastyötä kertyy liikaa hoitajaa kohden? Jos alueen omaa työvoimaa mitoitetaan riittämään puolet ajasta, toiseen puoliskoon tarvitaan lisäapua poolista. Silloin kun poolityöntekijöitä ei tarvita, kysyntä puolestaan ei riitä täyttämään hoitajien välittömän työajan tavoitetta. Jos oman työvoiman riittävyystaso määritetään liian korkeaksi, ei pooliin siirry tarpeeksi työntekijöitä. Samalla kasvaa osuus ajasta, jolloin kysyntä hoitajaa kohden ei riitä välittömän työajan tavoitteen täyttämiseksi.

Näistä muuttujista riippuen vaihtelevat sekä oman työvoiman minimimäärä että myös resurssipooliin siirrettävien hoitajien määrä. Eräaseen kotihoitoyksikköön tehdyn mitoitusarvion mukaan resurssipooliin siirrettävän työvoiman osuus vaihteli eri tiimeissä 12 ja 52 prosentin välillä. Jälkimmäinen luku voi tuntua hurjalta. Siinä kiteytyy kuitenkin tiimin koon merkitys. Pienen kokonsa takia tiimin asiakastarve vaihteli merkittävästi. Johto päättikin yhdistää kyseisen tiimin toiseen asiakastarpeen vaihtelun hillitsemiseksi. Vaihtelun vähentämisen tulisikin olla aina ensimmäisenä tavoitteena. Eräässä toisessa yksikössä, jossa kotihoitoalueet ovat huomattavasti suuremmat, perustyöntekijöistä 11–26 prosenttia tulisi siirtää pooliin.

## 4

# Yhteenveto

Kotihoidon palvelutarpeen kasvuun ei pystytä vastaamaan nykyisillä toimintamalleilla. Ainoa vaihtoehto on miettiä uudelleen, mitä palveluita tarjotaan ja miten ne tuotetaan. Uudistuksia täytyy tehdä kahdella tasolla (kuva 17). Ensimmäinen täytyy tehdä oikeita asioita. Koska palveluita ei voida lisätä samassa suhteessa palvelutarpeen kasvun kanssa, palvelutarjoaman tulee olla entistä vaikuttavampi saman tai jopa nykyistä paremman lopputuloksen aikaansaamiseksi. Toiseksi asiat täytyy tehdä oikein. Palvelujen tuottavuutta ja laatua pitää parantaa, koska työvoiman saatavuus ja kuntien talous heikkenee.



Kuva 17. Kasvavaan kysyntään vastaaminen vaatii uudistusta eri osa-alueilla.

Esimerkkejä ratkaisuista, joilla kotihoidon palvelujen vaikuttavuutta on pystytty kehittämään, ovat neuvonnan- ja palveluohjauksen keskittäminen erilliseen yksikköön,<sup>35</sup> panostaminen aktiivikuntoutukseen<sup>36</sup> asiakastarpeen vähentämiseksi ja kotihoidon lääkäriyhteistyön parantaminen.<sup>37</sup>

Tässä artikkelissa on keskitytty tarkastelemaan kuvan ”oikein tekemisen” haaraa eli tapoja kehittää kotihoidon palvelutuotantoa. Tähän kotihoidon palvelutuotannossa työskentelevät pystyvät omalla toiminnallaan ensisijaisesti vaikuttamaan.

Tuottavuuden kehittäminen ja samalla kotihoidon arjen sujuvuuden turvaaminen vaatii kahden ilmiön haltuunottoa: 1) palvelutuotannon epätasainen jakautuminen läpi päivän (eli ruuhkahuippu), 2) asiakastarpeen ja käytettävissä olevien hoitajien määrän vaihtelun vaatima hoitajien parempi liikkuvuus. Ilmiöt ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa.

## 4.1 Ruuhkahuipun purkaminen

Ruuhkahuippu lisää työvoiman tarvetta, pahentaa hoitajien kiirettä ja heikentää palvelun laatua. Koska ruuhkapiikki määrittää hoitajien vähimmäismäärän, lähipalvelualueen tai tiimien hoitajatarve vähenee palvelutuotannon tasaantuessa. Tällöin osa hoitajista vapautuu. Samalla saman asiakkaan luona käyvien hoitajien määrä vähenee, mikä parantaa hoidon jatkuvuutta ja asiakastyytyväisyyttä.

Ruuhkahuipun purkaminen alkaa aikakriittisten tehtävien kriteerien määrittelyllä ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivityksellä. Tavoite on, että vain todella aikakriittiset tehtävät sidotaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa suoritettaviksi ruuhka-aikoina. Tällä pyritään siihen, että palvelutuotannon tasaaminen ylipäättään olisi mahdollista.

Tämä ei kuitenkaan riitä. Palvelutuotantoa on vaikeaa tasata, jos vuorovahvuus on väärä. Tämä johtuu luonnollisesta pyrkimyksestä tasata kuormitusta kaikkien vuorossa olevien hoitajien kesken. Sen sijaan, että hiljaisempi päivä vapauttaisi hoitajia muualle, ruuhkahuippu on näinä päivinä vain normaalia terävämpi. Hoitajapuskuria hyödynnetään siis omalla alueella tarpeesta riippumatta.

Hoitajien kuormitusta kannattaa pyrkiä pitämään sopivana ja tasaisena päivästä toiseen. Näin voidaan vähentää hoitajien kiireen tunnetta ja hillitä välillisten tehtävien paisumista. Tiimin vuorovahvuutta täytyy sopeuttaa asiakastarpeen vaihteluun päivätasolla. Tämä tuo uusia haasteita muun muassa käyntilistojen suunnitteluun.

Käyntilistojen suunnittelu kaipaa ketteryyttä reagoida nopeasti muutoksiin asiakastarpeessa ja resursoinnissa. Kotihoitoon suunnitellut (erityisesti käyntilistaoptimoinnilla varustetut) toiminnanohjausjärjestelmät mahdollistavat käyntilistojen nopean uudelleensuunnittelun.

Useissa kotihoitoyksiköissä ollaankin luopumassa vanhasta ns. staattisesta suunnittelumallista, jossa hoitajien käyntilistat suunnitellaan jopa viikoiksi etukäteen. Staattisessa toimintamallissa käyntilistat ovat ikään kuin ennuste tulevasta. Todennäköisyys ennusteen toteutumiselle heikkenee mitä pidemmäksi aikaa ennuste tehdään.<sup>38</sup> Koska asiakastarpeen ja hoitajien määrän vaihtelua esiintyy päivittäin, on monessa kotihoitoyksikössä siirrytty suunnittelemaan käyntilistat uudestaan joka päivä. Kyseessä on iso toimintakulttuurin muutos, joka kuitenkin rauhoittaa palvelutuotantoa ja parantaa toiminnan asiakaskeksisyyttä, muun muassa vähentäen hoitajien vaihtelua asiakkaalla.

Käyntilistojen uudelleensuunnittelu joka päivä siten, että kaikki asiakkaiden käyn-teihin ja hoitajiin liittyvät reunaehdot tulevat huomioiduksi, on paitsi vaikeaa, myös liian hidasta manuaalisesti tehtäväksi, varsinkin isoimmissa tiimeissä. Toiminnan-ohjausjärjestelmän avulla prosessi nopeutuu ja käyntilistojen laatu paranee. Lisäksi suunnittelun keskittäminen yhdelle henkilölle on mahdollista, mikä vähentää osaop-timointia ja vähentää kenttätönte-kijöiden välillisiin tehtäviin varattavaa aikaa.

Palvelutuotannon tasaamisessa tulee kiinnittää erityistä huomioita aamun ensimmäisten tuntien tehokkaaseen hyödyntämiseen. Kotihoidossa on todennäköisesti aina



paljon aikakriittisiä käyntejä. Siksi aamua kannattaa pidentää. Jos lyhentää aamuvuoron ensimmäisen käynnin keskimääräistä viivettä 30 minuutilla ja aamuvuorossa on 50 hoitajaa, saadaan liki 25 tuntia lisää aikaa aikakriittisten käyntien hoitamiseen.

## 4.2 Hoitajien liikkuvuuden edistäminen

Nykymallissa hoitajia on usein yksikkötasolla enemmän kuin riittävästi asiakastarpeeseen nähden. Silti krooninen vajaamiehitys syntyy, kun väärä määrä hoitajia on väärässä paikassa väärään aikaan. Tämä ei ole yksittäisen hoitajan vika, vaan ongelma on rakenteellinen ja johtuu yleisestä käytännöstä: vuorovahvuus on vakio, vaikka asiakastarve vaihtelee.

Kun tähän lisätään toinen käytäntö – kaikille tiimin hoitajille jaetaan oma käyntilista kuormituksen tasaamiseksi (tarpeesta riippumatta) – niin alueella oleva (vuorovahvuuteen sisäänrakennettu) hoitajapuskuri sidotaan omaan tiimiin. Tällöin yksikön hoitajakapasiteetti ei ole käytettävissä siellä, missä sitä kulloinkin eniten tarvitaan. Tämä käytäntö vahvistaa myös aamupainotteista toimintakulttuuria. Suuri osa asiakkaista tottuu saamaan palvelunsa aamupäivällä, mikä vaikeuttaa palvelutuotannon tasaamista.

Keskittämällä alueelliset hoitajapuskurit resurssipooliin varmistetaan, että kapasiteettia pysyy vapaana vastaamaan myös äkilliseen tarpeeseen. Pooliin siirrettävien hoitajien määrä riippuu muun muassa asiakastarpeen vaihtelusta. Mitä enemmän vaihtelua, sitä suuremman osan työvoimasta tulisi olla vaihtelevaa. Yksikkötasolla (resurssipoolin tasolla) asiakastarve vaihtelee huomattavasti alue- tai tiimitasoa vähemmän. Tämän seurauksen resurssipooli voi olla pienempi kuin alueellisten hoitajapuskurien yhteenlaskettu koko, ja silti taata hoitajien saatavuus nykyistä paremmin.

Poolimallissa lähipalveluluiden hoitajakapasiteetti koostuu alueen omasta kiinteästä hoitajamäärästä sekä vaihtelevasta hoitajamäärästä (poolista), jolla reagoidaan hoitajien tarpeen muutoksiin. Valtaosan päivistä lähipalvelualueet tarvitsevat ainakin vähän lisäapua poolista.

Resurssipoolimalli vähentää tarvetta turvautua ulkopuoliseen työvoimaan (sijaisiin tai vuokratyövoimaan). Tämä säästää rahaa ja vähentää samaa asiakasta hoitavien määrää. Ulkopuolisen työvoiman karsiminen on usein ainoa nopea tapa parantaa kotihoidon tuottavuutta tilanteessa, jossa kuntatalous kokee akuuttia kestävyyspainetta. Resurssipoolimalli mahdollistaa myös monipuolisempaa työtä sitä haluaville

## 4.3 Johtaminen

Tässä artikkelissa on käsitelty ensisijaisesti toiminnanohjausperiaatteita. Avainasemassa sekä tässä kuvatus toimintamallin jalkautuksen onnistumisessa että toiminnan sujuvuuden ja asiakaslähtöisyyden kehittämisessä on kuitenkin hyvä ja tavoitteellinen johtaminen. Tavoitteellinen johtaminen edellyttää selkeiden tavoitteiden asettamista ja kehityksen onnistumisen fakta-pohjaista seuranta, tiedolla johtamista. Jatkuvalla seurannalla varmistetaan, että kehitys on tavoitteiden mukaista ja että haluttu muu-

tos jalkautuu osaksi toimintakulttuuria. Seurannalla havaitaan ajoissa, jos kehitys on menossa väärään suuntaan ja toimintaa pitää järjestää uudelleen. Ilman tavoitteellista johtamista ja seurantaa kehitystyö jää usein pelkäksi ”kansio-hankkeeksi”, jolloin uudistukset eivät vakiinnu ja palvelutuotannossa palataan pian takaisin vanhaan toimintamalliin.

Tavoitteellisuus koskee sekä toiminnan tehokkuutta että palvelun laatua. Se koskee myös asiakaskeskeisyyttä ja henkilöstön työhyvinvointia. Oikein valituilla mittareilla ja niiden jatkuvalla seurannalla viestitetään henkilöstölle ja muille sidosryhmille, mitä asioita pidetään tärkeinä ja mitä keneltäkin odotetaan. Toiminnan johtaminen tavoitteiden avulla on tärkeää, koska se vähentää samalla tarvetta johtaa jokaista yksityiskohtaa. Se olisikin mahdottomuus tämäntyyppisessä toimintaympäristössä.

Seurannan jatkuvuus on äärimmäisen tärkeää. On turha puhua esimerkiksi välittömän työajan osuuden tavoitteesta, jos sen toteutumista seurataan muutaman vuoden välein. Samoin esimerkiksi tarvepohjaisen resursoinnin onnistuminen edellyttää, että hoitajien välittömän työajan osuutta seurataan päivittäin käyntilistojen suunnittelun yhteydessä. Vuorovahvuuden määrittäminen vastaamaan työvuoron asiakastarvetta vaatii läpinäkyvää tietoa yksittäisten hoitajien kuormituksesta. Lisäksi on tärkeää seurata suunnitellun palveluajan toteutumista, koska toteuma on usein merkittävästi suunnitelmaa alhaisempi. Tämä johtuu muun muassa kiireen tunteesta ja suoritekeskeisestä toiminnasta, jossa yksittäisten käyntien kestot lyhenevät asiakkaalta toiselle juostessa. Seuraamalla välittömän työajan osuuden toteutumista nähdään, onko palvelusuunnitelman mukainen tavoite toteutunut. Jos sekä välittömän työajan osuuden että hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisen palveluajan toteutumista pidetään erittäin tärkeinä asioina, niiden toteutumista on perusteltua seurata tiiviisti, jopa päivittäin.

Hyvä johtaminen vaatii myös selkeiden ja strategian mukaisten toimintaperiaatteiden ja -linjauksien määrittämistä. Se vaatii myös eri lähipalvelualueiden/tiimien toiminnan yhdenmukaistamista. Selkeät yhdenmukaiset prosessit ja toimintamallit ”rauhhoittavat” toimintaa. Näin hoitajat pystyvät keskittymään entistä paremmin ydintehtäväänsä eli asiakkaiden hoitamiseen. Yhdenmukaisten pelisääntöjen puute voi aiheuttaa muun muassa eriarvoisuuden tunnetta henkilöstön kesken (esim.: ”*miksi joudun tekemään enemmän iltavuoroja kuin muut?*”) heikentäen työyhteisön ilmapii-riä ja työhyvinvointia. Yhdenmukaisten toimintaperiaatteiden puute aiheuttaa myös hoitajien ajan liiallista kulumista pienten arkisten ongelmatilanteiden tulkitsemiseen ja ratkomiseen. Yhdenmukaiset selkeät prosessit ja toimintatavat tunnetaan useilla toimialoilla laadukkaana palvelutuotannon välttämättömänä edellytyksenä.

Tarvepohjaisen resursoinnin ja resurssipoolimallin jalkautuksen yhteydessä huomataan usein, että moni itsestään selvytenä pidetty perusasia on itse asiassa melko rempallaan. Esimerkkejä tällaisista asioista ovat eri ammattiryhmien roolit, asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien ylläpitäminen, asiakkaiden toimintakykymittauksien säännöllisyys ja hoitajien työvuorosuunnittelussa noudatettavat periaatteet. Yhtenä selityksenä on, että perinteinen toimintamalli mahdollistaa toisistaan hyvinkin paljon eroavien käytäntöjen ylläpitämistä eri tiimeissä, mikä samalla lisää välittömän työajan

määrää. Tämä johtuu siitä, että tiimien vuorovahvuuteen on sisäänrakennettu työvoimapuskuri. Sekä tarvepohjaisen resursoinnin, resurssipoolimallin että toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto pakottaa tyypillisesti kotihoitoyksiköitä yhdenmukaistamaan toimintaperiaatteitaan. Vaihtelevan työvoiman ja resurssipoolin hoitajien käytön edellytyksenä on, että toimintamalli on selkeä ja käytännöt ovat samat eri lähipalvelualueilla/tiimeissä.

Tässä artikkelissa kuvatun toimintamallin vaatima toimintatapojen yhdenmukaistaminen aikaansaa merkittävän mahdollisuuden kehittää toimintaa eri tahojen – asiakkaiden, hoitajien että veronmaksajien – näkökulmasta. Toimintamallin jalkauttaminen tuo esiin toimintakulttuuriin juurtuneita piileviä käytäntöjä ja kipukohtia, jotka haittaavat palvelutuotannon sujuvuutta ja heikentävät samalla tuottavuutta, palvelun laatua ja hoitajien työhyvinvointia.

# Viitteet

- 1 Lähde: Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 21.4.2014]. Saantitapa: <http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/index.html>
  - 2 Riitta Vainio, ”Vanhusten kotihoito kriisissä”, *Helsingin Sanomat* (2.2.2011); Merituuli Saikkonen, ”Kotihoitajilla nyt raskas vuosi”, *Helsingin Sanomat* (22.11.2010)
  - 3 Groop J (2012), *”Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations”*. Väitöskirja: Aalto-yliopisto, tuotantotalouden laitos
  - 4 Tämä oletamus perustuu ns. kapeikkoteoriaan (Theory of Constraint, TOC). TOC tunnetaan tehokkaana johtamisfilosofiana ja jatkuvan kehittämisen metodologiana. TOC eroaa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa paremmin tunnetusta *Lean*-kehittämismetodologiasta, siinä että TOC:ssa keskitytään aina määrittelemään ja kehittämään sitä yksittäistä rajoitetta tai ydinongelmaa, jolla on suurin merkitys toiminnan suorituskyvyn kannalta. Toisin sanoen, TOC painottaa, etteivät kaikki potentiaaliset kehityskohdat ole samanarvoisia, ja pyrkii siksi kohdentamaan rajatut kehityspanokset niiden asioiden kehittämisen, joiden vaikutus halutun lopputuloksen kannalta on suurin.
  - 5 Se aika, jolloin hoitajat ovat välittömässä yhteydessä asiakkaisiin, esimerkiksi kotikäynnillä tai puhelimitse. Lisätietoa aiheesta: *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto*. (STM julkaisuja 2013:11, 47–48).
  - 6 Lähde: Nordic Healthcare Group
  - 7 Kolmen tunnin sisällä (klo 8–11) tehdään jopa puolet koko päivän asiakastyöstä.
  - 8 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. (STM julkaisuja 2008:3).
  - 9 Tällaisissa analyyseissä käytetään usein 3kk tarkastelujakso: kuinka monta eri hoitajaa asiakkaan luona on käynyt 3 kuukauden aikana.
  - 10 Kyseessä oli kotipalveluyksikkö – ei yhdistetty kotihoito – eli toiminta oli karkeasti verrattavissa suomalaisen kotihoitoyksikköjen lähi- ja perushoitajien toimintaan.
  - 11 Lähde: Nordic Healthcare Group
  - 12 Kapasiteetilla tarkoitetaan hoitajien yhteenlaskettua työaikaa. Jos työvuorossa on 8 hoitajaa ja työvuoron pituus on 7,65 tuntia, työvuoron kokonaiskapasiteetti on 8\*7,65 tuntia eli 62,2 tuntia. Osa kokonaiskapasiteetista kuluu matkoihin ja taukoihin.
  - 13 Yleisistä käsityksistä poiketen matkoihin ei välttämättä kulu aikaa sen enemmän haja-asutusalueilla kuin taajamissa. Kuljetavalla on suurempi merkitys matka-aikaan kuin etäisyydellä. Maaseudulla etäisyydet saattavat olla huomattavan pitkät, mutta maantiellä nopeusrajoitus on korkeampi, eikä parkkipaikan etsiminen vie aikaa niin kuin kaupungin keskustassa. Taajamissa puolestaan moni kotihoitaja ei edes liiku autolla, vaan kävellen, pyöräillen tai julkisilla kulkuneuvoilla, mikä hidastaa matkantekoa. Myös kaupunkien liikenneluokat pidentävät matka-aikoja. Tähän ”peukalosääntöön” on toki poikkeuksia. Jos asiakkaat asuvat hyvin lähellä toisiaan ja hoitajien toimistoa, matkoihin saattaa kulu vain 5–10 % työajasta. Toisaalta hoitaja saattaa ajaa asiakkaalle lähes puoli tuntia per suunta. Tällaisessa tapauksessa täytynee hoitaa myös ei-aikakriittisiä tehtäviä ruuhka-aikaan. Nämä poikkeukset eivät kuitenkaan ole kovin yleisiä.
  - 14 Käyttämistaloustieteen mukaan suhteutamme asioita aikaisempiin kokemuksiimme, niin sanottuihin *ankkureihin* (Ariely, 2009). Esimerkiksi: jos on totuttu maksamaan polttoaineesta 0,5 euroa per litra (ankkuri), 1 euron litrahinta koetaan hyvin kalliiksi. Jos puolestaan olemme tottuneet maksamaan 1,40 euroa per litra (ankkuri), niin 1,50 euroa ei pidetä erityisen kalliina, vaikka hinta on puolet kalliimpi kuin 1 euro. Vastaavasti jos kotihoitaja on tottunut tekemään 5 tuntia välitöntä asiakastyötä per työvuoro (jonka keskimääräinen pituus on 7 tuntia 39 minuuttia), niin 5,5 tuntia ei välttämättä tunnu kovin paljon kiireellisemmältä päivältä. Mutta jos kotihoitaja on tottunut tekemään 3 tuntia välitöntä asiakastyötä per työvuoro, neljä tuntia voi tuntia hyvinkin raskaalta. Lähde: Ariely, D. (2009), *Predictably irrational, revised and expanded edition: The hidden forces that shape our decisions*, HarperCollins.
- Toinen esimerkki on asiakkaiden hoitoisuus. Eri kotihoitoyksikköjen välillä on suuriakin eroja asiakkaiden hoitoisuudessa (RAI MAPLe:lla mitattuna). Silti myös niissä yksiköissä, joissa asiakkaiden hoitoisuus on keskimääräistä alhaisempi, puhutaan asiakkaiden raskashoitoisuudesta.
- Kaikki on siis suhteellista. Emme välttämättä ajattele asioita niin rationaalisesti kuin kuvittelemme. Vertaamme kaikkea muodostuneisiin ankkureihin. Ankkurin kyseenalaistaminen voi olla vaikeaa. Siksi eri kotihoitoyksiköissä – jopa eri alueilla tai tiimeissä saman yksikön sisällä – on usein hyvinkin eroavia käsityksiä toiminnan ”välttämättömyksistä”. Moni pitää aamupalaveria ehdottoman tärkeänä laadukkaan palvelun tuottamiseksi. Muualla työvuoro aloitetaan asiakkaalla.
- 15 Tilastokeskuksen kuntien ja kuntayhtymien talous- ja toimintatilaston mukaan vuonna 2012 kotipalvelun asiakasmaksut olivat 15,3 % kotipalvelun käyttökustannuksista.
  - 16 Esimerkin selkeyttämiseksi on jätetty matka-aika huomioimatta. Jos matkoihin kuluisi keskimäärin 12% työajasta (noin 15 työtuntia), niin 100 aikakriittisen asiakastunnin tuottamiseen tarvittaisiin oikeasti noin

- 46 hoitajaa (115 työtuntia). Olettaen että matka-aika kasvaa 15 %:iin (noin 18 työtuntiin), kun ruuhka-ajan asiakastunnit jaetaan kolmelle tunnille, niin tarvittaisiin aamun viiveen lyhenemisen jälkeen noin 39 hoitajaa (118 tuntia) kysynnän vastaamiseen (33 tuntia asiakastyöhön + 6 tuntia matkoihin).
- 17 Lähde: Nordic Healthcare Group
- 18 Lähde: Nordic Healthcare Group
- 19 Välittömän työajan osuus = välittömien palvelutuntien (eli asiakastuntien) osuus hoitajien työajasta (esim. kotikäynnit ja puhelinkontaktit). Välittömän työajan osuuden määrittelyssä löytyy eroavia käytäntöjä eri kotihoitoyksiköiden välillä. Erot johtuvat niin työajan – kenen työaikaa huomioidaan – kuin välittömän asiakastyön määrittelystä. Lisätietoa aiheesta: *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STM julkaisuja 2013:11, 47-48*.
- 20 Tulos perustuu vain yhden yksikön otokseen ja siitä ei voi vetää yleisiä johtopäätöksiä.
- 21 Alueiden asiakkaiden hoitoisuudessa ei juurikaan näkynyt eroa.
- 22 Mahdollinen selitys tähän on kuvattu viitteessä nro 15.
- 23 Lähde: Nordic Healthcare Group
- 24 Lähde: Nordic Healthcare Group
- 25 Perustyöntekijä= lähi-, perus- ja kotihoitajat sekä kotiaavustajat.
- 26 Tämä muutos on suotava ja kuvaa yleistä kehitystä. Se parantaa mm. toiminnan läpinäkyvyyttä sekä asiakkaan suuntaan että toiminnan johtamisen ja ohjauksen näkökulmasta.
- 27 Erityisesti kotihoidossa yleistyvät käyntilistaoptimoinnilla varustellut toiminnanohjausjärjestelmät helpottavat työvoiman alueellista kohdentamista tarpeen mukaan.
- 28 Välttämättömät välilliset työt kuten lakisääteiset käyntilistatointi, -kirjaaminen sekä hoito -ja palvelusuunnitelmien ylläpitäminen ym. tulee siirtää asiakasrajapintaan. Tämän onkin yleistymässä oleva käytäntö myös muissa maissa. Tämä parantaa toiminnan läpinäkyvyyttä sekä asiakkaan että toiminnan resursoinnin näkökulmasta.
- 29 Yksi suosittu selitys alhaiselle välittömälle työajan osuudelle on se, että hoitajat joutuvat tekemään töitä, jotka kuuluisivat esimiehille tai johdolle (esim. Merja Salonen, *Helsingin Sanomat* 17.12.2013). Kuten aikaisemmin mainittu, hoitajat ovat usein liiankin aktiivisesti mukana käyntilistojen suunnittelussa ja muissa toiminnan ohjaukseen liittyvissä tehtävissä. Nämä tehtävät on syytä keskittää yhdelle ihmiselle; alueen koosta riippuen joko esimiehelle tai erilliselle työsuunnittelijalle.
- Yksi perustavanlaatuisen ongelma nykymallissa on se, että kun jokainen tekee vähän kaikkea, samojen asioiden tekemiseen menee enemmän aikaa. Siksi tulisi aktiivisesti miettiä, mitkä tehtävät voidaan keskittää yhdelle ihmiselle. On esimerkiksi monta tehtävää, jotka voisi keskittää sosiaalityöntekijälle, tai antaa erilliselle palveluohjausyksikölle hoidettavaksi (vrt. Tampereen Kotitori tai Iisalmen ”Ohjuri”). Näin kenttätöntyöntekijät voisivat paremmin keskittyä välittömään asiakastyöhön, eikä välillisiin tehtäviin tarvitsisi varata niin paljon aikaa.
- 30 Kuvassa esitetään nykytilan eri elementtien syy-seuraus-suhteet kapeikkoteorian ns. ajatteluprosessi-menetelmän avulla. Nuolet kuvaavat loogisia syy-seuraus-suhteista: jos A niin B. Nuolia ylittävä ovaali kertoo, että seuraus vaatii useampaa syytä syntyäkseen: jos A ja B ja C niin D. Menetelmä on tehokas tapa luoda syvempi ymmärrys nykytoiminnasta, sen haasteista ja näiden taustoista ydinongelmien määrittelyä varten. Näin varmistetaan, että ratkotaan oikeita ongelmia, eikä pelkästään ydinongelman oireita. Lisätietoa menetelmästä ja sen käyttämisestä kotihoidon piirissä: Groop, J. (2012), *Theory of Constraints in field service: Factors limiting productivity in home care operations*. Väitöskirja: Aalto-yliopisto, (Espoo).. <https://aaltodoc.aalto.fi/handle/123456789/4427>
- 31 Suunniteltu vuorovahvuus perustuu ennalta määrättyyn (usein vakanssipohjaisesti) tiimiin kohdennettuun hoitajamäärään. Kaikille hoitajille pitää tarjota tietty määrä työtunteja työajan tasausjaksolla, jolloin yksittäisten vuorojen vahvuus on seuraus tarjonnasta, eikä kysynnästä.
- 32 Lähde: *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STM julkaisuja 2013:11*
- 33 Asiakasmäärä tai nykyasiakkaiden palveluntarve kasvaa.
- 34 Hoitajia joille kyseisessä työvuorossa on määrätty oma käyntilista
- 35 Keskitetyllä neuvonta- ja palveluohjauksella ei tarkoiteta pelkästään asiakkaan ensiarviointia, vaan yksikkö seuraa asiakkaiden tarvetta ja päivittää hoito- ja palvelusuunnitelman. Esimerkkejä näistä ovat Tampereen Kotitori, Iisalmen Ohjuri ja Kalajoen VERKKO. Olennaista näissä toimintamalleissa on kysynnän hallinta. Varmistetaan mm. että kotihoidon piiriin ei ohjaudu väärä asiakas, esim. niitä, joiden kotona selviytymistä parhaiten tukisi kotihoidon ulkopuoliset palvelut. Keskitetyllä neuvonta- ja palveluyksiköllä on viimeisin tieto kunnan julkisesta, yksityisestä ja 3. sektorin palveluvalikoimasta, ja se ohjaa asiakasta hänelle sopivimman palvelun piiriin.
- 36 Esimerkiksi Borås:ssa (Göteborg) asiakkaat, joiden uskotaan olevan raskaampien hoitomuotojen tarpeessa, läpikäyvät 30 päivän intensiivikuntoutusjakson, ennen kuin heille myönnetään säännöllistä palvelua. Yksikön kokemuksen perusteella valtaosa asiakkaista voidaan kuntouttaa niin, että he pärjäävät kotona.
- 37 Esimerkki tästä on Porvoon kaupungin kotihoidon lääkäripalvelujen keskittäminen yksityiselle palveluntuottajalle.
- 38 Vertailukohteena voidaan pitää sään ennustaminen. Se onnistuu hyvin lyhyellä aikavälillä, mutta ennusteen horisontin siirtyessä kauemmaksi sen todenmukaisuus heikkenee. Kotihoidossa ilmiö pätee paitsi käyntilistasuunnitteluun myös työvuorosuunnitteluun.

## Kirjoittaja



TkT Johan Groop työskentelee projektipäällikkönä sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen ja toiminnanohjaukseen keskittyneessä Nordic Healthcare Group Oy:ssä (NHG). Hänellä on laaja kokemus muun muassa suurten useampia kotihoitoyksiköjä sisältävien kehitysprojektien suunnittelusta ja läpiviemisestä. Groopin ehdottamia periaatteita, toimintamalleja ja ratkaisuja kotihoidon kehittämiseen implementoidaan parhaillaan lukuisissa kotihoitoyksiköissä ympäri Suomea.

Groopin erikoisosaamiseen kuuluu muun muassa tiedolla johtaminen, prosessien ja toiminnanohjausperiaatteiden kehittäminen, uusien tuottavuutta ja vaikuttavuutta lisäävien toimintamallien suunnittelu ja jalkautus, kannustinpalkkiomallit, kotihoidon teknologia sekä valmennukset.

Tieteellisenä kiinnostuksen aiheena Groopilla on tuotantotaloudesta tuttujen jatkuvan kehityksen menetelmien soveltaminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon (esim. Theory of Constraints). Groop toimii osa-aikaisena tutkijatohtorina Aalto-yliopistossa. Lisäksi hän on toiminut vierailevana tutkijana Stanfordin yliopistossa (Yhdysvallat).

Groopin hyödyntämä lähestymistapa perustuu niiden toiminnassa piilevien ydinongelmien löytämiseen, jotka aiheuttavat valtaosan organisaation merkittävimmistä haasteista. Kehitystyön kohdentaminen näiden ydinongelmien ratkaisemiseen mahdollistaa tuottavuuden, palvelujen laadun ja henkilöstön työhyvinvoinnin samanaikaisen parantamisen.

*”Organisaatioiden merkittävimpien ongelmien ja kipukohtien todelliset syyt ovat harvoin niin ilmeisiä kuin kuvitellaan. Ilmenevät ongelmat ovat pelkkiä taustalla piilevien ”sairauksien” eli ydinongelmien oireita. Esimerkiksi vajaamiehitys ei aina johdu todellisesta resurssivajeesta, vaan tavasta jolla organisaatio käyttää resurssejaan. Oireita voidaan yrittää lieventää yksi kerrallaan, mutta tämä on vain tilapäinen ratkaisu, joka usein myös siirtää ongelmat muualle. Määrittelemällä ja poistamalla ydinongelma voidaan poistaa tai lieventää kaikkia oireita yhdellä iskulla. Ydinongelmien määrittäminen vaatii syvällistä ymmärrystä erilaisten toimintatapojen taustoista ja perusteluista sekä eri käytäntöjen syy-seuraus-suhteista.”*

**Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus  
Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (ELSE)**

Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveystieteiden ELSE-julkaisusarjassa julkaistaan projektin tuloksia ja ajankohtaisia kirjoituksia ikääntyneen väestön palveluista.

Julkaisusarja antaa kuntien päätöksentekijöille, viranhaltijoille ja kaikille iäkkäiden ihmisten palveluista kiinnostuneille tuoretta tietoa kuntien vanhuspalveluista ja edistää hyviksi havaittujen käytäntöjen leviämistä.

TkT Johan Groopin kirjoitus *Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään?* on projektin ensimmäinen julkaisu. Kirjoituksessa pohditaan erilaisten käytäntöjen merkitystä kotihoidon palvelujen tehokkuuden lisäämiseksi. Se perustuu Groopin vuonna 2012 Aalto-yliopistossa julkaistuun väitöskirjaan *Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations (Kapeikkoteoria kenttäpalveluissa: kotihoidon tuottavuutta rajoittavat tekijät)* ja hänen käytännön kokemuksiinsa kunnissa tehdystä kotihoidon kehittämistyöstä.



Kuntaliitto  
Kommunförbundet

Suomen Kuntaliitto  
Toinen linja 14, 00530 Helsinki  
PL 200, 00101 Helsinki  
Puh. 09 7711  
etunimi.sukunimi@kuntaliitto.fi  
www.kunnat.net

Helsinki 2014