

DISSERTATIONS IN
**SOCIAL SCIENCES
AND BUSINESS
STUDIES**

SOILI PALJÄRVI

Muuttuva kotihoito

*15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon
organisoinnista, sisällöstä ja laadusta*

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Social Sciences and Business Studies



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

Muuttuva kotihoito

SOILI PALJÄRVI

Muuttuva kotihoito

*15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon
organisoinnista, sisällöstä ja laadusta*

Publications of the University of Eastern Finland
Dissertations in Social Sciences and Business Studies
No 39

Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta
Kuopio
2012

Kopijyvä Oy
Joensuu, 2012
Sarjan toimittaja: Eija Fabritius
Myynti: Itä-Suomen yliopiston kirjasto

ISBN (nid): 978-952-61-0701-1

ISSN (nid): 1798-5749

ISSN-L: 1798-5749

ISBN (PDF): 978-952-61-0702-8

ISSN (PDF): 1798-5757

Paljärvi, Soili

Homecare in change. A 15-year follow-up study in the organisation, content and quality of homecare in the City of Kuopio, 236 p.

University of Eastern Finland,

Faculty of Social Sciences and Business Studies, 2012

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 39

ISBN: 978-952-61-0701-1 (nid)

ISSN: 1798-5749 (nid)

ISSN-L: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-0702-8 (PDF)

ISSN: 1798-5757 (PDF)

Dissertation

ABSTRACT

The organization, content and quality of homecare as well as central government steering were examined in a 15 year follow-up study conducted in the Finnish city of Kuopio. It comprised a before-after comparison with baseline and four follow-up measurements during the period 1994–2009, using interviews with clients (n = 66–84) and postal inquiries to relatives (n = 73–78) and staff (n = 68–136). Qualitative content analysis was applied to relevant government and local documents.

The impact of central government steering was visible in the changes in the service structure and organization of homecare, local government strategies and in the composition of homecare personnel. The services were increasingly targeted at the most frail old people, who need intensive and comprehensive services in order to manage at home.

Homecare content changed in that it focused increasingly on home healthcare (e.g. nursing procedures, administering medications) and less homemaking. More time was also spent in assisting the clients with important ADL activities such as meals and personal hygiene but less on such IADL activities as cleaning and help with client's errands (e.g. shopping, banking). Homecare quality changed very little during the follow-up period despite the major changes in organizing care. According to the clients, quality was even slightly improved as regards giving time to clients, and in advising and counselling clients.

In conclusion, structure and process integration had influenced the content and quality of home care. The study produced new knowledge on the changes in homecare in respect to coordination and other forms of integration. The results can be applied in homecare practices, and in the development, education, and management of homecare, as well as basis for further research.

Keywords: home care, elderly care, content, quality, organization, integration.

Paljärvi, Soili

Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta, 236 s.

Itä-Suomen yliopisto,

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, 2012

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 39

ISBN: 978-952-61-0701-1 (nid)

ISSN: 1798-5749 (nid)

ISSN-L: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-0702-8 (PDF)

ISSN: 1798-5757 (PDF)

Väitöskirja

ABSTRAKTI

Tutkimuksessa seurattiin kotihoidon organisoinnin, sisällön, laadun ja toimintaympäristön muutoksia sekä valtionohjausta vuosina 1994–2009 muutoksen ja integroinnin teorioiden näkökulmasta. Aineisto koottiin valtionohjausasiakirjoista, tutkimuskunnan asiakirjoista ja tilastoista, kotihoidon asiakkailta (n = 66–84) haastatteluilla sekä omaisilta (n = 73–78) ja työntekijöiltä (n = 68–136) kyselyillä viitenä eri ajankohtana vuosina 1994–2009. Määrälliset aineistot analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadulliset sisällön analyysillä.

Valtionohjauksen vaikutuksesta kotihoitoon tuli monituottajamalli, kehitettiin vanhuspoliittiset strategiat ja henkilöstörakenne muuttui. Palvelujen kohdentaminen muuttui palvelutarpeen kasvaessa ja asiakkaiden ikääntyessä.

Kotihoidon sisältö muuttui lähtötilanteesta niin, että kotipalvelussa keskityttiin lähinnä päivittäisen elämän toimissa kuten ruokailussa ja hygienian hoidossa auttamiseen. Siivous ja asiointiapu olivat seurannan kuluessa lähes loppuneet. Kotisairaanhoidon työssä painottuivat koko seuranta-ajan hoitotoimenpiteet, lääkehoito, keskustelut asiakkaan kanssa ja kirjalliset työt. Kotihoidon laatu kolmen vastaajaryhmän arvioimana oli vain vähän muuttunut. Asiakkaiden mukaan se oli parantunut asiakkaalle annetun ajan riittävyudessa ja hoidon saatavuudessa sekä neuvonnassa, ohjauksessa ja tiedotuksessa.

Tutkimus osoitti valtionohjauksen vaikutusta ja toimintarakenteiden ja –prosessien integroinnin yhteyksiä kotihoidon sisältöön ja laatuun ja tuotti uutta tietoa kotihoidon muutoksista lähinnä koordinoinnin ja muun integroinnin näkökulmasta. Tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon käytäntöön, kehittämiseen, koulutukseen ja johtamiseen sekä jatkotutkimusten lähtökohtana.

Asiasanat: kotihoito, vanhuspalvelut, sisältö, laatu, organisaatio, muutos, integrointi

Esipuhe

Väitöskirjatyöni on viimeinkin päätöksessä. Vuosien aikana oli tilanteita, jolloin tuntui, ettei työ valmistu koskaan. Vähitellen vahvistui se tosiasia, että tutkimuksen loppuun saattaminen tapahtuisi vasta eläkkeellä, työelämästä vapautuneena. Niin on käynyt ja nyt voin huokaista helpotuksesta. Tutkimukseni on ollut pitkäkallinen ja perinpohjainen oppimisprosessi.

Molemmat tutkimukseni ohjaajat ovat olleet Kuopio-projektissa mukana aivan alusta asti. Ohjaajien tukea työn valmistumiselle ei voi kyllin tuoda esille varsinkin silloin, kun on jo irtaantunut yliopiston läheisyydestä. Vanhustutkimuksen laaja-alainen tuntija, pääohjaajani professori Sari Rissanen on asiantuntevalla ja rauhallisella tyyllillään jaksanut kannustaa ja viedä tutkimusta eteenpäin, mistä olen hänelle suuresti kiitollinen.

Toinen ohjaajani professori (emerita) Sirkka Sinkkonen ei varmasti jättänyt yhtäkään tilaisuutta käyttämättä, etteikö olisi muistuttanut minua työstäni aina tavatessamme - milloin uimahallilla, milloin kadulla tai muissa yhteyksissä. Ohjauskeskustelujen kriittistä palautetta seurasi aina jokin rohkaisun sana. Kiitän määrätietoisesti etenevästä otteesta tutkimuksen päätökseen saattamisessa. Tutkimuksen valmistuminen on varmasti ollut suuri helpotus niin ohjaajille kuin ohjattavallekin.

Dosentti, LKT Leo Paljärvi on opastanut tilastollisissa metodeissa käsikirjoitusten eri vaiheissa. Rakentava, ajoittain kovakin kritiikki ja ajatuksia herättävät kysymykset ovat uskoakseni avartaneet molempien näkemyksiä tutkimuksen teosta ja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Pohdinnat ja väittelyt ovat pitäneet ajatukset virkeänä ja herättäneet uusia näkökulmia.

TtT Merja Tepposta kiitän tutkimuksen alkuvaiheen yhteistyöstä. Hänen panoksensa kotihoidon integroinnin tutkimukseen on avannut uudenlaisen oven ja hänen luomansa hyvän kotihoidon malli syventää niin minun kuin monen muunkin ymmärtämystä siitä, mitä ikäihmisten laadukkaaseen kotihoitoon pitää sisällyttää.

Työni esitarkastajia dosentti, sosiaalineuvos Päivi Voutilaista ja professori (emeritus) Juhani Nikkilää kiitän paneutumisesta työhöni ja rakentavasta palautteesta. Korjausehdotukset ovat auttaneet työni viimeistelyssä ja uskoakseni parantaneet ja selkiyttäneet työtäni. Kiitos Päivi Voutilaiselle myös vastaväittäjänä toimimisesta.

Pitkästä tutkimusajanjaksosta johtuen on monia henkilöitä, joita haluaisin kiittää. Osoitan kiitokset yliopiston sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen henkilökunnalle kannustuksesta, kiinnostuksesta ja rohkaisuista työni eri vaiheissa. Sosiaali- ja terveyskeskuksen ja erityisesti kotihoidon vastualueen väestä en mitenkään pysty kaikkia tavoittamaan, joten totean vain olleeni onnekas

saadessani työskennellä kannustavien ja ammattitaitoisten työtoverien kanssa. Tutkimustyön käytännön eri vaiheissa hallintosihteeri Anne Miettinen on jaksanut aina yllättää nopealla ja ammattitaitoisella työllään. Onnekas on se, joka saa työparikseen hänen veroisensa! Kiitän lämpimästi kotihoidon lähijohtajia Sirkka Lintulaa, Anja Kuosmasta ja Tiina Kalliota heidän avustaan tiedonkeruun eri vaiheissa. He ovat myös lisänneet ja avartaneet ymmärrystäni kotihoidon työstä ja sen sisällöstä. Erityiskiitokset osoitan Kati Torkkeli-Haapakankaalle tutkimuksen viimeisen vaiheen yhdyshenkilönä toimimisesta. Sosiaalityöntekijä Leena Pesosta kiitän tuesta ja avusta tutkimuksen eri vaiheissa ja monenlaisista elämän syvällisistä pohdintoista. Hän on rohkaissut minua aina silloin, kun olen rohkaissut ja tukea tarvinnut.

Sydämelliset kiitokseni osoitan myös kaikille Kuopion kotihoidon asiakkaille, omaisille ja työntekijöille jotka ovat eri vaiheissa vastanneet kyselyihin. Tässä työssä raportoidaan vain osa laajasta aineistosta, jolla kotihoidon laatua eri näkökulmista pystytään tarkastelemaan. Kiitän myös sosiaali- ja terveystieteiden väkeä tutkimuksen eri vaiheissa saamastani kannustuksesta ja mielenkiinnosta.

Läheiset ihmiseni ovat eläneet kanssani tätä prosessia ja seuranneet edistymistäni odottaen työn päätökseen saattamista. Perheemme isomummi Helvi on tuonut oman näkökulmansa ikäihmisenä ja kotihoidon asiakkaana. Elämäni auringonpaisteet rakkaat Päivi ja Tapio ovat puolestaan olemassaolollaan tehneet elämäni merkitykselliseksi.

Ikääntyvän tutkimusentekijän kanssa kodin arkielämän jakanut Leo on uskoakseni jopa itseäni enemmän helpottunut työn loppuun saattamisesta. Vanhustenhuollossa tuskin on enää kohtia, joita hän ei olisi joutunut kanssani jakamaan. Voimme keskittyä nyt muihin maailmaa parantaviin aiheisiin. Kiitos avustasi ja tuestasi! Aina olet jaksanut valaa uskoa työni valmistumiseen.

Elämässäni on tutkimusvuosien aikana tapahtunut monia muutoksia. Suurin ja syvällisin on ollut isoäidiksi tuleminen. Ei ole ollut päivää etten ajattelisi ja iloitsisi rakkaasta tyttärenpojastani. Omistan tämän työni Joonatanille osoituksena elinikäisestä oppimisesta.

Hämeenlinnassa maaliskuussa 2012

Soili Paljärvi

Sisällys

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	13
1.1 Kotihoidon muutokset tutkimuksen lähtökohtana	13
1.2 Tutkimusasetelma ja yksilöidyt tutkimustehtävät	15
1.3 Tutkimusraportin rakenne	17
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	19
2.1 Kotihoidon käsite, sisältö ja toimijat	19
2.2 Muutoksen ja integroinnin käsitteet	24
2.2.1 Muutoksen käsite	24
2.2.2 Muutoksen jäsenyys integroinnin käsitteistöllä	25
2.2.3 Vertikaalinen integrointi, strateginen perspektiivi ja poliittishallinnollinen ohjaus	28
2.3 Laadun käsite	29
2.4 Vanhusten kotihoidon muutoksen tutkimus	32
3 AINEISTOT JA MENETELMÄT	37
3.1 Tutkimuksen luonne ja tutkimustyyppit	37
3.2 Aineistot	39
3.2.1 Asiakirja-aineistot ja niiden valintakriteerit	39
3.2.2 Tilastoaineistot	40
3.2.3 Haastattelu- ja kyselylomakkeet	40
3.2.4 Haastattelu- ja kyselyaineistojen keruu	42
3.3 Kato	44
3.4 Analyysimenetelmät	44
3.5 Tutkijan rooli ja tutkimuseettiset kysymykset	47
4 TUTKIMUSTULOKSET	50
4.1 Valtionohjaus kotihoidon muutosten käynnistäjänä	50
4.1.1 Kotihoitoon suuntautuneen valtionohjauksen kohteet ja toteutustavat	50
4.1.2 Palvelujen laatu ja sen edellytykset ohjauksen kohteina	55
4.1.3 Valtionohjauksen integrointityypit ja muutosvoima	57
4.2 Kotihoidon toimintaympäristön muutokset tutkimuskunnassa	59
4.2.1 Kotihoidon organisaatioympäristön muutokset	60
4.2.2 Kotihoidon taloudellisen toimintaympäristön muutoksia	61
4.2.3 Kotihoidon palvelujärjestelmän muutokset: uusi julkisjohtaminen (NPM)	63
4.2.4 Kotihoidon asiakaskunnan muutokset	65
4.3 Kotihoidon vastualueen sisäiset muutokset	68
4.3.1 Kotihoidon vastualueen sisäiset organisaatiomuutokset	68
4.3.2 Vanhuspalvelujen rakennemuutos ja integroivat muutokset	71

4.3.3 Kehittämishankkeet rakenteilla ja prosesseilla integroijina	72
4.3.4 Kotihoidon työntekijöiden osaamisen kehittäminen integroivien toimenpitein.....	75
4.3.5 Muutosten vaikutukset kotihoitoon ja sen integrointiin.....	76
4.4 Kotihoidon sisältö työntekijöiden työajan käytön perusteella	77
4.4.1 Vastanneiden työntekijöiden kuvaus	77
4.4.2 Työntekijöiden työajan käyttö	78
4.5 Kotihoidon laatu ja sen muutokset seuranta-aikana	81
4.5.1 Laadun arviointiin osallistuneiden omaisten kuvaus	81
4.5.2 Yleinen asiakastyytyväisyys kotihoitoon.....	81
4.5.3 Kotihoidon tarvestaavuus	82
4.5.4 Kotihoidon riittävyys	83
4.5.5 Kotihoidon työntekijäkohtainen jatkuvuus	84
4.5.6 Kotihoidon saatavuus ja asiakkaalle annetun ajan riittävyys	84
4.5.7 Ohjaus, neuvonta ja tiedotus	85
4.5.8 Kotihoidon arvioitua laatua selittävät taustatekijät.....	85
4.6 Tulosten tiivistelmä.....	86
5 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	88
5.1 Tutkimuksen luotettavuus	88
5.1.1 Tutkimusasetelma	88
5.1.2 Asiakirja- ja tilastoaineistot ja niiden keruu	89
5.1.3 Kysely- ja haastatteluaineistojen keruu ja analyysi.....	90
5.2 Tulosten tarkastelu.....	94
5.2.1 Kotihoidon käsite ja sisältö.....	94
5.2.2 Valtionohjauksen vaikutukset tutkimuskunnan kotihoitoon ja sen muutoksiin.....	94
5.2.3 Kotihoitoa integroivat muutokset tutkimuskunnassa	96
5.2.4 Kotihoidon sisällön ja työntekijöiden tehtävien muutokset	97
5.2.5 Kotihoidon laadun muutokset	98
5.3 Tulosten merkitys terveyshallintotieteelle ja käytännölle	101
6 PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET	103
6.1 Päätelmät	103
6.2 Suosituksia ja jatkotutkimustarpeita.....	104
LÄHTEET	107
LIITTEET.....	126
LIITETAULUKOT.....	162
ARTIKKELIT.....	174

TAULUKOT

Taulukko 1:	Valtionohjauksen ja tutkimuskunnan asiakirjat 1992–2009.....	40
Taulukko 2:	Lähetetyt lomakkeet / suunnitellut haastattelut (N), vastanneiden luku (n) ja vastausprosentti viidessä tutkimuksessa.....	43
Taulukko 3:	Asiakkaan kokemaa kotihoidon laatua kuvaavat summamuuttujat Rissasen ym. (1999, 74) mukaan (α = faktorin Cronbachin alfa-kerroin).	47
Taulukko 4:	Kotihoidon suunnatun valtionohjauksen kohteet ja toteutustavat vuosien 1992-2009 ohjausasiakirjoissa (n = 45).	51
Taulukko 5:	Uuden julkisjohtamisen (NPM) oppien soveltaminen tutkimuskunnassa 1997–2009 eli palvelujen ulkoistaminen yksityiselle ja kolmannelle sektorille.	64
Taulukko 6:	Tutkimuskunnan väestön ikärakenteen ja kotihoidon asiakaskunnan muutokset 1994-2009.....	67
Taulukko 7:	Kotihoidon vastualueen organisaation sisäiset muutokset vuosina 1994-2009.....	70
Taulukko 8:	Tutkimuskunnan vanhuspalvelujen rakennemuutosta kuvaavia lukuja vuosina 1994-2009.	71
Taulukko 9:	Kotihoidon välittömään asiakastyöhön osallistuvien tehtävänimikkeet tutkimuskunnassa 1994 ja 2009.	76
Taulukko 10:	Taustatietoja työntekijöistä 1994-2009.	78
Taulukko 11:	Taustatietoja omaisista vuosina 1994-2009.....	82

KUVIOT

Kuvio 1:	Tutkimusasetelma	16
Kuvio 2:	Työntekijöiden työajan käyttö viidessä kyselyssä vuosina 1994–2009: % kokonaistyöajasta.....	80
Kuvio 3:	Yleinen tyytyväisyys kotihoidon asiakkaiden ja omaisten arvioimana vuosina 1994–2009: keskiarvo ja 95 %:n luottamusväli (1 = huonoin, 4 = paras).....	82

ALKUPERÄISJULKAISUT

Väitöskirja koostuu seuraavista alkuperäisartikkeleista ja tiivistelmäosasta:

I Sinkkonen Sirkka, Tepponen Merja, Paljärvi Soili & Rissanen Sari (2001): Kotihoidon sisältö ja tapaustutkimukset kotihoidon organisoinnista yhdistetyssä sosiaali- ja terveystoimessa. *Kunnallistieteellinen Aikakauskirja* 3, 177-195.

II Paljärvi Soili, Rissanen Sari & Sinkkonen Sirkka (2003): Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. *Gerontologia* 2, 85-97.

III Paljärvi Soili, Rissanen Sari, Sinkkonen Sirkka & Paljärvi Leo (2007): Monitoimijainen arviointi yhdistetyn kotihoidon sisällöstä ja laadusta. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003. *Gerontologia* 2, 1-12.

IV Paljärvi Soili, Rissanen Sari, Sinkkonen Sirkka & Paljärvi Leo (2011): What happens to quality in integrated home care? A 15-year follow-up study. *International Journal of Integrated Care* 11 (15 June). URL: <http://www.ijic.org/>.¹

Tiivistelmäosa sisältää myös alkuperäisartikkeleissa julkaisemattomia tuloksia.

Alkuperäisjulkaisujen uudelleen painatukseen on saatu julkaisijoiden lupa.

¹ This work is licensed under a Creative Commons Attribution 3.0 Unported License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

1.1 KOTIHOIDON MUUTOKSET TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTANA

Väestön ikääntymisestä on tullut viime vuosina keskeinen sosiaali- ja terveyspoliittinen ja kansantaloudellinen haaste, johon kotihoito pyrkii osaltaan vastaamaan. Muita kotihoidon korostamisen syitä ovat ajattelutapojen ja arvojen muutokset sekä ikäihmisten omat toiveet. Suomalaiset tutkimukset ovat osoittaneet 1980-luvulta alkaen toistuvasti, että valtaosa ikäihmisistä haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Hyvärinen ym. 1995a; Roine ym. 2000; Hyttinen & Kangassalo 2002; Tenkanen 2003; Tepponen 2009.) Samanlaisia toiveita vanhuksilla on muissakin maissa, joista tutkimustietoja on saatavissa (mm. Anderson & Hussey 2000; Gröne & Garcia-Barbero 2001; Stone 2004; Jones ym. 2007; Black 2008; Mitchell ym. 2010).

Huomion kiinnittäminen kotihoitoon on kansainvälinen ilmiö. Monissa muissa maissa vanhuspalvelujen kehittämisen pääpaino on myös kotihoidossa ja esimerkiksi EU-maissa kotihoidosta on tullut nopeasti kasvava palveluala (Alaszewski ym. 2003; Vaarama & Pieper 2006; Tepponen 2009). Samaa osoittavat EU-maiden yhteiset vanhuspalvelujen integrointia käsitelleet hankkeet esimerkiksi Carmen², Procure³, ja CareKeys⁴ tai kotihoidon kehittämistä koskeneet hankkeet esimerkkinä Eurhomap⁵. Niinikään EU-maiden sosiaali- ja terveyspoliittisissa vanhuspalvelujen linjauksissa korostuu yleensä kotona asumisen mahdollistaminen. Yksi esimerkki tästä on käynnissä oleva Ambient Assisted Living Program (AAL) -ohjelma vuosille 2008-2013. Ohjelmaan osallistuu 23 EU-maata ja sen tavoitteena on parantaa ikäihmisten elämänlaatua muun muassa vahvistamalla kotona asumista tukevaa informaatio- ja kommunikaatio teknologiaa (<http://www.aal-europe.eu>).

Suomessa vanhuspalvelut ja kotihoito niiden osana ovat olleet voimakkaiden muutosten kohteena viime vuosina. Muutokset ovat ilmenneet vanhuspalvelu- ja määrittävän politiikan sisällössä erityisesti kotihoidon painottamisena sekä lainsäädännössä ja muussa valtion ohjauksessa esimerkiksi laatusuosituksina ja kehittämishankkeina. Kunta- ja aluetasoilla keskeisiä muutoksia ovat olleet koti-

² Carmen: Belgia, Hollanti, Iso-Britannia, Irlanti, Italia, Espanja, Kreikka, Ruotsi, Suomi, Saksa ja Tanska (Vaarama & Pieper 2006)

³ Procure: Hollanti, Iso Britannia, Italia, Kreikka, Ranska, Saksa, Suomi ja Tanska (Leichsenring 2004, 9).

⁴ Care Keys: Iso Britannia, Ruotsi, Saksa, Suomi ja Viro (Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008).

⁵ Eurhomap: 27 EU-maata, 2 EU-hakijamaata ja 3 Efta-maata (<http://www.eurhomap.eu/>).

hoidon integrointipyrkimykset osana sosiaali- ja terveystointien yhdistämissä ja muita organisaatiomuutoksia. Kotihoidon käytännön työn tasolla muutoksia on tapahtunut esimerkiksi työntekijöiden osaamisvaatimuksissa ja koulutuksessa. Muutoksia on perusteltu yleensä kotihoidon asiakaskunnan muuttumisella ja pyrkimyksillä parantaa palvelujen laatua ja toiminnan asiakaslähtöisyyttä.

Suomessa laitosvaltaisuutta purkava vanhuspalvelujen rakennemuutos aloitettiin 1990-luvun alussa osana koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta (Leskinen 2001, 19-20; Kokko & Valtonen 2008, 12-23). Laitoshoidossa oli yli 75-vuotiaista vuosina 1970-1980 noin 12-14 %. Sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutoksen alkamisen jälkeen kymmenessä vuodessa, vuosina 1995-2005, lakkautettiin noin 4000 pitkäaikaishoidon laitospaikkaa ja tilalle perustettiin lähes 12 000 tehostetun asumispalvelun paikkaa. Osa muutoksista merkitsi vain olemassa olevien rakenteiden ja palvelumuotojen nimen muuttamista, mutta myös uusia yksiköitä avattiin. Laitoshoitoa korvaamaan perustetuissa asumispalvelun yksiköissä henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. (Kokko & Valtonen 2008.) Viime vuosina keskeisenä poliittishallinnollisen ohjauksen kohteena on ollut myös vanhuspalvelujen määrää ja laatua koskevien tavoitteiden asettaminen (esim. STM 2008:3) sekä palvelujärjestelmän rahoituksen kestävyysvarmistaminen (esim. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 13). Samalla kotiin palveluja tuottavien yksityisten yritysten määrä on lisääntynyt tasaisesti koko 2000-luvun. Esimerkiksi vuonna 2000 yksityisiä sosiaalipalveluyksiköitä oli vajaa 2700 ja vuonna 2009 jo lähes 4300. Yksityisen kodinhoitoavun asiakkaista 73 % oli tuolloin ikäihmisiä ja eniten onkin kasvanut vanhusten kotipalveluja tarjoavien yritysten määrä. ([www.thl.fi/yksityinen palvelutuotanto](http://www.thl.fi/yksityinen_palvelutuotanto).)

Säännöllisessä kotihoidossa oli yli 75-vuotiaista 13,8 % vuonna 1995 ja 11,9 % vuonna 2010. Vuoden 2008 valtakunnallisessa Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa asetettiin tavoitteeksi, että yli 75-vuotiaista 13-14 % on säännöllisessä kotihoidossa (STM & Suomen kuntaliitto 2008:3, 30). Vuonna 2010 asiakkaista 56 % tuli palvelujen piiriin kotoaan. Hoitoon tulon syynä oli useimmiten fyysinen syy tai vajavuus itsestä huolehtimisessa. Henkilökunnan arvion mukaan asiakkaista 84 % sai heille sopivaa hoitomuotoa eli kotihoitoa. Asiakkaista runsas 75 % oli yli 75-vuotiaita. Eniten palveluja kohdennetaan yli 85-vuotiaille. Heistä neljännes oli sellaisia, joiden luokse tehtiin yli 60 kotikäyntiä kuukaudessa. Kotihoito kohdennetaan entistä iäkkäämpiin ja huonokuntoisempiin asiakkaisiin. Maakuntakohtaiset erot käyntimäärissä olivat kuitenkin suuret. (SVT, THL 2011.)

Vanhusten psyykkisten ongelmien, päihteiden käytön ja yksin asumisen arvelaan lisäävän haasteita tulevaisuuden palvelujärjestelmälle (Vaarama ym. 2006b; Voutilainen ym. 2007a), jossa kotihoidon asiakkaat ovat vaativampia (Vaarama & Pieper 2006) ja vaatinevat yksilöllisistä tarpeista lähteviä ja uudenlaisia palveluja (Niemelä 2006, 224). Näin asiakasmäärien ja fyysisten toimintakyvyn muutosten lisäksi kotihoidon asiakaskunta on muuttunut ja muuttuu myös lähitulevaisuudessa. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja sen osana kotihoidon henkilöstön riittävyys (Rintala ym. 1997; Vallimies-Patomäki ym. 2002; Vuorensyrjä 2006; Haapakorpi & Haapola 2008; Laine ym. 2009) ja muuttuvan toi-

mintaympäristön vaatiman osaamisen lisääminen on tullut esille useissa tutkimuksissa (Wrede & Henriksson 2004; Grönroos & Perälä 2006; Kivelä 2006, Perälä ym. 2006; Vuorensyrjä 2006; Haapakorpi & Haapola 2008; Niemelä & Simoila 2008; Suominen & Henriksson 2008; Kuusela 2009; Sanerma 2009; Tepponen 2009; Kuusela ym. 2010; Hakala ym. 2011; Muurinen & Mäntyranta 2011).

Edellä kuvattu osoittaa, että kotihoito on ollut jo pitkään voimakkaiden muutosten kohteena. Muutosten vaikutuksista kotihoidon organisointiin, sisältöön ja laatuun on kuitenkin niukasti tutkimustietoa ja näiden muutosten vaikutuksia tai yhteyksiä erityisesti kotihoidon sisältöön ja laatuun on tärkeää tarkastella kotihoidon keskeisten toimijoiden eli asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden näkökulmasta.

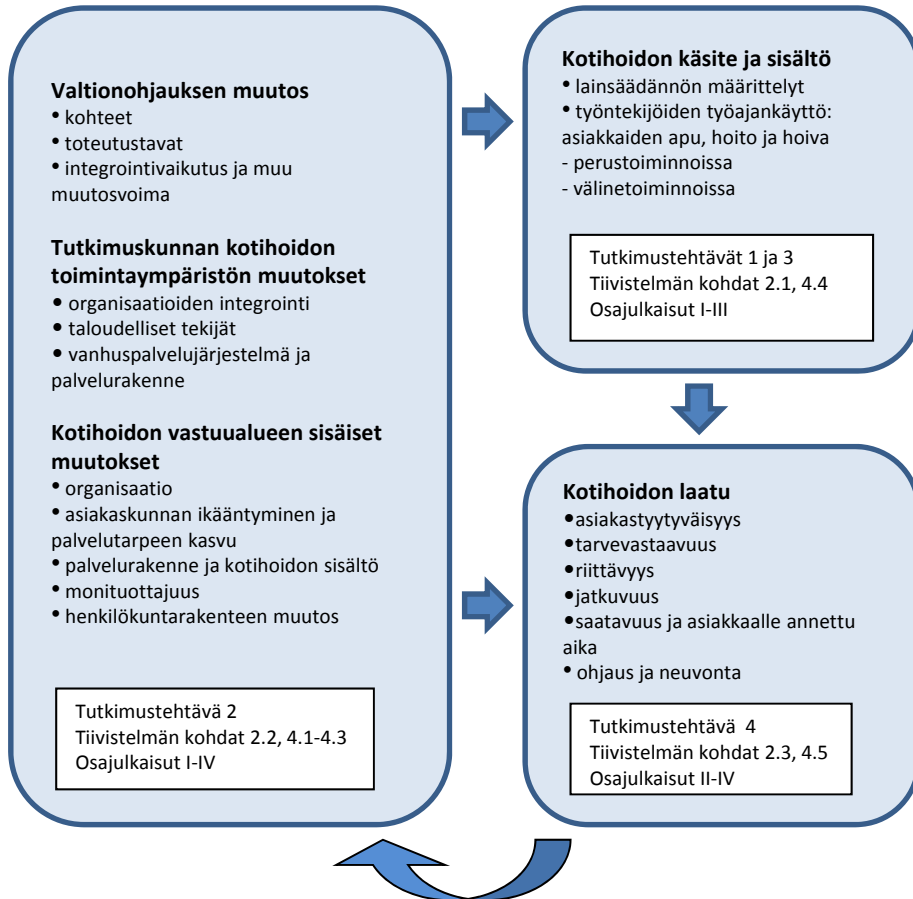
Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata ja arvioida kotihoidon toimintaympäristön muutoksia ja niiden yhteyksiä kotihoidon organisointiin, sisältöön ja laatuun samassa organisaatiossa 15 vuoden seuranta-ajan käsittävällä tutkimuksella, joka sisältää viisi eri mittausta vuosina 1994-2009. Yhä useammin todetaan, että muutos on pysyvää, mutta ovatko myös kotihoidon organisointi, sisältö ja laatu pysyviä muutospyrkimyksistä riippumatta?

1.2 TUTKIMUSASETELMA JA YKSILÖIDYT TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Kuvio 1 tiivistää tutkimusasetelman ja tutkimustehtävät sekä niiden yhteydet alkuperäisiin artikkeleihin ja tiivistelmän lukuihin.

Tutkimuksen lähtöoletuksen mukaan kotihoidon tarpeen muutosten keskeiset syyt ovat asiakkaiden määrän ja avuntarpeiden kasvu ja toimintaympäristön muutokset. Ne muuttavat myös kotihoitoa. Kotihoidon toimintaympäristön muutoksia ovat valtionohjauksen, organisaatioympäristön kuten sen integroinnin, taloudellisen ympäristön, kotihoidon palvelujärjestelmän, asiakaskunnan sekä työntekijöiden riittävyttä ja osaamistarpeita koskevat muutokset. Muutokset huomioon ottaen olen muotoillut tutkimustehtävät seuraavasti.

Muuttuva kotihoito
15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon
organisoinnista, sisällöstä ja laadusta



Kuvio 1: Tutkimusasetelma

Yksilöidyt tutkimustehtävät:

- (1) Analysoida kotihoidon käsitettä ja sisältöä lainsäädännössä ja muissa virallisissa asiakirjoissa sekä aihepiirin kirjallisuudessa esiintyvien määrittelyjen pohjalta (artikkeli I ja tiivistelmä).
- (2) Kuvata ja tulkita kotihoidon ja sen toimintaympäristön sekä niihin kohdistuneen valtionohjauksen muutoksia hyödyntämällä muutoksen ja integroinnin teoreettista ymmärrystä asiakirja-aineiston pohjalta (artikkelit I–IV suppeasti ja tiivistelmä).
- (3) Kuvata kotihoidon sisällön ja organisoinnin muutoksia asiakirja- ja tilastoaineiston pohjalta sekä työntekijöiden eri tehtäviin käyttämällä työajalla mitattuna 15 vuoden aikana 1994–2009 (artikkelit I–III ja tiivistelmä).

- (4) Arvioida kotihoidon laadun muutoksia 15 vuoden aikana keskeisillä laadun olottuvuuksilla vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana ja selittää tulkitsevasti integroinnin yhteyksiä näihin muutoksiin (artikkelit II–IV ja tiivistelmä).

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat sisältävät hoidon laadun, muutoksen ja sen osana integroinnin ja poliittishallinnollisen/valtionohjauksen käsitteet sekä aihepiirin aikaisempaa tutkimustietoa. Kotihoidon ja sen sisällön jäsentämisessä sovelletaan kotihoidon aikaisempia käsiteanalyyssejä. Perustelen valintoja sillä, että kotihoidossa, kuten koko sosiaali- ja terveydenhuollossa, muutos on ollut voimakasta, mutta sitä koskeva tieto ja ymmärrys erityisesti kotihoidon osalta niukkaa. Kokonaisuudessaan kotihoidon integrointipyrkimykset muutoksen tyyppinä ja muu laadun parantaminen ovat olleet viime vuosina keskeisiä vanhuspalvelujen kehittämisen tavoitteita. Erityisesti kotihoidon käsitteen ja sisällön määrittelyjä on kritisoitu, samoin työntekijöiden kiireisyyttä ja palvelujen rajautumista. Valitsemani teoreettiset käsitteet ja näkökulmat tarjoavat mielekkään tutkimusasetelman terveyshallintotieteelliselle tutkimukselle, jolle tieteenalalle tutkimukseni kuuluu.

Tutkimusasetelmasta on tärkeä todeta seuraavat rajoitukset: (1) Hallinto- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa on harvoin mahdollista rakentaa tutkimusasetelmaa, joka mahdollistaa selkeiden syy-seuraussuhteiden empiirisen toteuttamisen, mutta näitä suhteita voidaan selittää ja tulkita ymmärtävästi (Weberin *Verstehen* -metodi). Kuitenkin tällaista tutkimusta on tärkeä pyrkiä edistämään. (2) Tutkimusasetelmani yksinkertaistaa todellisuutta, sillä kotihoitoon vaikuttavat muutkin kuin asetelmassa mainitut tekijät. Terveystieteiden näkökulmasta niistä ovat keskeisiä palvelujärjestelmään sekä sen organisointiin ja johtamiseen liittyvät muut tekijät. (3) Käsitteiden sijoittaminen kuvioon 1 on tulkinnanvaraista. Raportoivat kotihoidon sisällön ja laadun tulokset kuvaavat myös kotihoidon muutoksia, samoin tarkastellut organisaation muutokset, esimerkiksi organisaatorakenteen integrointi yhdistämällä ja muilla tavoilla. (4) Pääosin tulokset kuvaavat vain yhden kunnan, Kuopion, kotihoidon tilannetta vuosina 1994–2009⁶.

1.3 TUTKIMUSRAPORTIN RAKENNE

Luvussa 1 esittelin tutkimuksen lähtökohdat ja yksilöidyt tutkimustehtävät. Luvussa 2 kuvaan tutkimuksen keskeiset käsitteet ja muut teoreettiset lähtökohdat sekä relevantin kotihoidon aikaisemman tutkimuksen. Kotihoidon sisältöä koskeva keskustelu erityisesti lainsäädännön osalta sisältyy kotihoidon käsitteen analyysia kuvaavaan kohtaan 2.1 (tutkimustehtävä 1). Kohdassa 2.2 määrittelen muutoksen, integroinnin ja poliittishallinnollisen ohjauksen käsitteet ja niiden

⁶ Kuopion asukasluku oli 83 096 vuonna 1994 ja 91 750 vuonna 2009. Asukasmäärää kasvatti muun muassa Vehmersalmen kuntaliitos Kuopioon vuonna 2005 (Kuopion kaupungin väestöennuste 2008).

ymmärtämisen tutkimuksessani. Kohdassa 2.3 tarkastelen kotihoidon laatua ja sen määrittelyä ja luku päättyy vanhusten kotihoidon muutoksen tutkimukseen kohdassa 2.4.

Luvussa 3 kuvaan tutkimuksen aineistot ja menetelmät, tutkijan roolin ja tutkimuseettiset kysymykset. Luku 4 sisältää tutkimuksen tulokset: kohdassa 4.1 tarkastelen poliittishallinnollista/valtionohjausta kotihoidon muutosten käynnistäjänä (tutkimustehtävä 2) ja kohdassa 4.2 kuvaan tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristön muutoksia organisaatiomuutoksen ja integroinnin näkökulmista. Kohdassa 4.3 tarkastelen kotihoidon vastuualueen sisäisiä muutoksia integroinnin näkökulmasta. Kohta 4.4 käsittelee kotihoidon työn sisältöä työntekijöiden työajan perusteella (tutkimustehtävä 3). Kohdassa 4.5 raportoin kotihoidon laadun arvioinnin tulokset (tutkimustehtävä 4). Luku 5 sisältää tulosten tarkastelun ja pohdinnan ja luku 6 päätelmät ja käytännön toimenpiteitä ja jatko-tutkimusten aiheita koskevia suosituksia.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 KOTIHOIDON KÄSITE, SISÄLTÖ JA TOIMIJAT

Kotihoidon käsitteen käyttö ja vakiintuminen alkoivat maassamme 1990-luvulla kotihoidon integrointikehityksen myötä. Kotihoidon käsitettä käytetään nykyisin kuvaamaan yhdistettyä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa ja sillä tarkoitetaan sosiaalihuoltoasetuksen 607/1983 9 §:ssä kuvattuja kotipalveluja ja terveydenhuoltolain 1326/2010 25 §:n perusteella järjestettyä kotisairaanhoidoa (ks. artikkeli I).

Sosiaalihuoltolakiin (L 710/1982) liittyvän asetuksen 607/1983 9 §:n mukaan kotipalveluina järjestetään (1) kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työpäivä-, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista ja (2) tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.

Terveydenhuoltolain (L 1326 /2010) 3. luvun 25 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaalahoido on määräämääkaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Vuonna 2001 julkaistussa artikkelissa I politiikka- ja muiden virallisten asiakirjojen analysointi osoitti, että kotihoidon määrittelyssä käytetyt kriteerit olivat epäyhtenäiset, epäselvät, epätarkoituksenmukaiset tai määrittelyt muuten puutteellisia. Lainsäädännöstä puuttui tuolloin kokonaan kotihoidon käsite. Tästä on seurannut kotihoidon, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon käsitteiden epämääräinen ja epäyhtenäinen käyttö ja määrittelemättömyys myös virallisissa asiakirjoissa. Myös muut tutkijat ovat myöhemmin kiinnittänet huomiota tähän epäkohtaan (mm. Vaarama 2004, 175; Hammar 2008, 21; Tepponen 2009, 17). Monet kunnat ja palveluntuottajat eivät pysty erottelemaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon käyntejä, eikä vuoden 2005 valtakunnallisessa kotihoidon laskennassa enää saatu tietoja näiden asiakkaiden ja käyntien jakautumisesta kotipalveluun ja kotisairaanhoidoon (Heinola ym. 2007b, 33).

Vielä lähes kymmenen vuotta myöhemmin myös valtiontalouden tarkastusvirasto (2010, 60) totesi, että kotihoito on käsitteenä sisällöltään epämääräinen ja tästä syystä ikäihmiset saavat alueellisesti eritasoista kotihoitoa. Alueellinen eritasoisuus ja sisällön erot johtavat siihen, etteivät tilastot ole valtakunnallisesti vertailukelpoisia. Vaikka kotihoito mielletään kahden palvelukokonaisuuden yhdistelmäksi, se on käytännössä kuitenkin uusi palvelu. Tämä johtuu siitä, että kunnat saavat itse päättää mitä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toiminto-

ja ne yhdistävät, jolloin kotihoito tarkoittaa eri asioita kunnissa eikä palvelujen yhdenvertainen saatavuus toteudu (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 115). Tarkastusviraston mielestä sosiaali- ja terveysministeriön tulisikin määrittää täsmällisesti, mitä kotihoidolla tarkoitetaan (emt. 2010, 8). Vaikka kotihoidolla ei ole lainsäädännöllistä perustaa, koska sitä ei ole mainittu sosiaalihuoltolaissa eikä terveydenhuoltolaissa eikä sitä edeltävässä kansanterveyslaissa, edellä mainitut lait ohjaavat sen järjestämistä. Tämä on saattanut vaikuttaa siihen, että hallituksen esityksessä eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta (HE 221/2004) kotihoitoa ei mielletty uudeksi tehtäväalueeksi tai palveluksi (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 18).

Vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa mainitaan ensimmäisen kerran kotisairaanhoidon kuuluvana kotisairaalahoido, joka on määräaikaisesta tehostettua kotisairaanhoidoa. Tuolloin lain valmistelun yhteydessä todettiin, että kunnissa on koettu ongelmaksi kotisairaaloimintaa koskevien säännösten puuttuminen erityisesti asiakasmaksuihin, potilastietojen siirtoon ja sairaaläkäyttöön tarkoitettua lääkehoidon kustannuksia koskevissa kysymyksissä. Avoja laitoshoidon määrittelystä on säännökset (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2007/1507 avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista), mutta kotisairaaloiminnassa niitä tulisi selkeyttää edellä mainituissa kysymyksissä (HE 90/2010, esityksen pääasiallinen sisältö). Esimerkiksi kotihoidossa toteutetaan hyvin intensiivistä kotisairaalatyyppistä hoitoa tehostettuna kotihoitona saattohoidon loppuvaiheessa, vaikkei sitä ole nimetty kotisairaaloiminnaksi.

Kotihoito-termi mainittiin ensimmäisen kerran lainsäädännössä vuonna 2004 kokeilulainsäädännön yhteydessä. Kokeilulainsäädäntö ja siinä oleva lakimuutos ajalle 1.1.2005–31.12.2008 sekä sosiaalihuoltolakiin (laki sosiaalihuoltolain 2004/1428 väliaikaisesta muuttamisesta) että kansanterveyslakiin (laki kansanterveyslain 2004/1429 väliaikaisesta muuttamisesta) mahdollisti kotipalvelun ja kotisairaanhoidon järjestämisen joko osittain tai kokonaan kotihoidoksi yhdistettynä myös niissä kunnissa, joissa sosiaali- ja terveystaloutta tai sosiaali- ja terveysvirastoja ei oltu yhdistetty. Kokeilulakia on jatkettu vuoden 2014 loppuun tarkoituksena parantaa kotihoitoon tulevien asiakkaiden palveluja aiheuttamatta haittaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudelle. Vuonna 2009 Suomen kunnista 70 % oli yhdistänyt kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi (Kokko ym. 2010, 66)⁷ ja Paras-hankkeen seuranta tutkimukset osoittavat, että suuntaus on voimistuva (Hänninen ym. 2010; Heinämäki 2011). Osittain kotihoidon lainsäädännölliseen perustaan vaikuttanee lähitulevaisuudessa myös valmisteilla olevan sosiaalihuoltolain (STM 2010; 19) eteneminen.

Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua kodinhoidossa, ruokahuollossa, hygieniassa, lääkehuollossa ja muussa hoidossa. Fyysisen toimintakyvyn aleneminen ja erilaiset sairaudet tuovat usein asiakkaita kotihoitoon (Heinola 2007, 9; Tepponen 2003,100; Sanerma 2009, 53). Kotiin annettavat palvelut ryhmitellään usein sairaanhoidollisiin tehtäviin, perushoittoon ja huolenpitoon, kodinhoitoapuun ja tukipalveluihin (Algera ym. 2004; Paasivaara 2004).

⁷ Suomessa oli 336 kuntaa vuoden 2011 alussa (STM 2011:7).

Kotihoidon palveluihin kuuluu myös apuvälineiden hankintaa, hoitotarvikkejakelua ja kodin muutostöiden järjestelyä. Lääketieteellinen hoito, esimerkiksi terveyskeskuksen omalääkärin ja omahoitajan palvelut, gerontologinen sosiaalityö ja fysioterapiaan liittyvät palvelut tukevat kotihoitoa. Intervallijaksot ja päiväkeskustoiminta tukevat asiakkaan kotona selviytymistä (Hammar 2008, 22).

Tiivistäen: laadukas kotihoito sisältää kotihoidon ympärivuorokautisen saatavuuden päivittäin, kodinhoitoa, hoiva- ja hoitotyötä sekä kuntoutusta, ennaltaehkäisyä, palveluneuvontaa, ohjausta ja lääketieteellistä hoitoa, akuuttitalenteiden sairaanhoitoa ja saattohoitoa (Heinola 2007, 62).

Kotihoito on määritelty tässä tutkimuksessa (artikkeli I) myös toiminnan, sisällön ja toimijoiden mukaan (myös Tenkanen 2003; Thomé ym. 2003; Tepponen 2009). Suomalaisissa tutkimuksissa kotihoito on yleensä määritelty kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistetyiksi palveluiksi, joita annetaan asiakkaan kotona (Rissanen ym. 1999, 72; Tenkanen 2003, 13; Niemelä 2006, 19; Heinola 2007, 11; Hammar 2008, 23; Eloranta 2009, 13; Sanerma 2009, 45; Tepponen 2009, 21; ks. myös artikkeli I). Niihin sisältyy tavallisesti myös sosiaalihuoltoasetuksessa 1983/607 mainitut tukipalvelut. Merja Tepponen (2009, 21) kuvaa kotihoidon tärkeiksi yhteistyöalueiksi muut sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kulttuuri- ja sivistyspalvelut kuten kirjaston ja vapaa-ajan palvelut.

Kotihoidon tarkoitus on mahdollistaa kotona asuminen, tukea sitä ja parantaa asiakkaiden elämänlaatua (artikkeli I; Thomé ym. 2003). Tätä näkemystä tukevat valtakunnalliset linjaukset, suunnitelmat ja kehittämisohjelmat (STM 2007:8; STM & Suomen kuntaliitto 2008:3; STM 2008:6 ja STM 2010:23) sekä näihin perustuen kuntien omat vanhuspoliittiset ohjelmat ja strategiat. Valtakunnallinen suositus on se, että kotona asuvalle asiakkaalle tulisi palveluja tarjota ympärivuorokautisesti ilta- ja yöpartion turvin (STM ja Suomen Kuntaliitto 2008:3, 27).

Kotihoidosta on tarkoitus myös muodostaa ympärivuorokautisesti pitkäaikaishoitoa tarjoava palvelumuoto, jolla korvataan vanhainkotipaikkoja ja terveyskeskusten vuodeosastoja. Pitkäaikaishoiva järjestettäisiin ikäihmisten toiveiden mukaisesti kotona tai kodinomaisissa ympäristöissä kuten tehostetussa asumispalvelussa. Hoidon tarpeen kasvaessa asiakas ei siirry palveluyksiköstä toiseen vaan palveluja siirretään hänen luokseen. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2008:3, 28; STM 2008:47, 18-19; Muurinen ym. 2010, 151-158.)

Kotihoidolla tuetaan asiakkaan itsenäisyyttä hänen omista lähtökohdistaan ja mahdollistetaan siten kotona asuminen. Tavoitteena on optimaalinen terveydentila, elämänlaadun säilyttäminen ja parantaminen ja itsenäisyys asua kotona. Kotihoito tukee tätä ehkäisevällä työllä, vastaamalla asiakkaan yksilöllisiin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja kognitiivisiin tarpeisiin ja arvioimalla ehkäisevän työn tarvetta, yksilöllisten palvelutarpeiden toteutumista ja kotiutuksen jälkeisiä toimenpiteitä. Kotihoidon tuloksina on asiakkaan terveydentilan, elämänlaadun ja hyvinvoinnin paraneminen (Thomé ym. 2003, 865-869). Ikäihmisen kannalta kotihoidon keskeisiä tavoitteita ovat elämänlaatu, hyvinvointi, toimintakyky, terveys, tyytyväisyys elämään ja kotona asumisen mahdollistuminen (Tenkanen 2003, 49; Vaarama ym. 2006b, 11; Tepponen 2009, 167).

Toimijoiden mukaan tarkasteltuna kotihoito osana vanhuspalveluja on ammattiryhmien työnjaon näkökulmasta hyvin vaihtelevaa (Wrede & Henriksson 2004; Tedre 2007, 95). Silva Tedren (2003, 100) mukaan hoivapalveluissa työskentelee hyvin erilainen joukko toimijoita. Julkisen ja yksityisen sektorin työntekijöiden lisäksi on kyläavustajia, omaisia ja vapaaehtoisia. He vastaavat vanhusten hoidon, hoivan ja avuntarpeeseen erilaisin tiedoin ja ammattipätevyyksin.

Pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattirakenteessa on ollut se ero, että sosiaalihuollossa on työskennellyt runsaasti kouluttamattomia työntekijöitä, mutta terveydenhuollossa on vaadittu ammatillinen koulutus (Suominen & Henriksson 2008, 625). Työntekijöiden vahvoja puolia kotihoidossa ovat vuorovaikutukseen ja asiakaslähtöisiin työtapoihin liittyvät taidot ja valmiudet vastata asiakkaiden fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin (Grönroos & Perälä 2006, 495).

Valtakunnallisesti voidaan todeta, että kotihoidon henkilöstörakenne on muuttunut sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja lähihoitajapainotteiseksi samalla kun kodinhoitajien ja kotiavustajien määrä on vähentynyt (Voutilainen ym. 2007b, 41). Näin on tapahtunut myös tutkimuskunnassa, kuten kohdasta 4.3.4 ilmenee.

Lähihoitajan tutkintoon johtava koulutusuudistus alkoi vuonna 1992. Uudistus oli yksi ratkaisuyritys vastata työelämän tarpeisiin kouluttamalla ammattilaisia, jotka kykenevät siirtymään joustavasti sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä toiseen. Tämä merkitsi koulutuksella integrointia ja sijoittui 1990-luvun alun kotihoitoa painottavaan vanhuspalvelujen rakenneuudistukseen. Koulutuspoliittinen ratkaisu ylittää sektorirajat lähihoitajakoulutuksella ei ole kuitenkaan yksinään onnistunut madaltamaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuurien jäykkää rajaa. Sektorirajat ohjaavat edelleen työnjakoa käytännössä (Suominen & Henriksson 2008, 635) ja kotihoitoa koskevissa tutkimuksissa ja politiikka-asiakirjoissa toistuu jako sosiaali- ja terveysalan työhön kotihoidon yhdistämisestä huolimatta. Lähihoitajien omaa osallistumista työrooliensa kehittämiseen kaivataan, jotta koulutuksen laaja-alainen osaaminen tulisi hyödynnettyä (Vuorensyrjä 2006, 154-155). Ammattiryhmien työnjakoa on tarpeen tutkia ja kehittää, koska se vaikuttaa asiakaskeksyyden ja palvelusuuntautumisen toteutumiseen (Andersson ym. 2004, 492).

Työntekijäryhmittäinen tarkastelu nostaa esille myös kotihoitoon sisältyvää hoitoa, hoivaa, huolenpitoa ja palveluja kuvaavia käsitteitä koskevan keskustelun. Terveystieteellisessä tutkimuksessa korostetaan hoidon käsitettä ja sosiaalilitieteellisessä tutkimuksessa hoivan ja huolenpidon käsitteitä. Hoito, hoiva ja huolenpito ovat käsitteitä, joita erityisesti vanhustyössä käytetään. Hoito on hoitotieteelliseen ja lääketieteelliseen tutkittuun tietoon ja taitoon perustuvaa ammatillista työtä. Nykyään siinä korostetaan ehkäisevää työtä kuten neuvontaa, terveyden ylläpitämistä ja ihmisten auttamista sairauden kohdatessa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 11-15; Leino-Kilpi 2003, 292-294; Eriksson ym. 2007, 4.)

Hoivaa ja sen lähikäsitteitä käytetään rinnakkain ja päällekkäisinä ja siksi niiden määrittäminen on vaikeaa (Aarva 2009, 45). Useimmat tutkijat näkevät hoivan laaja-alaisena ja kokonaisvaltaisena huolenpitona ihmisistä, jotka tarvitsevat

päivittäistä apua (Tedre 1999, 41; Sipilä 2003, 23-24; Anttonen & Zechner 2009, 16-18; Zechner 2010, 21). Samansuuntaista näkemystä hoivan määrittelystä on esitetty valmisteilla olevassa lakiluonnoksessa iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta. (ks. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-15130.pdf ; STM tiedote 9.3.2011.)

Hoivan käsitettä käytetään myös puhuttaessa esimerkiksi hoivayrittäjistä. Hoivayrittäjyyttä tutkineet Sari Rissanen ja Sirkka Sinkkonen (2004, 13) toteavat, että hoivan saajia voivat olla yksilöt, joilla on rajallinen toimintakyky esimerkiksi hoitokodeissa tai yksilöt, jotka säätelevät omaa elämäänsä aktiivisesti ostamalla esimerkiksi siivouspalveluja. Kotisiivouksesta onkin tullut monessa kunnassa kriittinen hoivaan liittyvä kysymys (Kuronen 2007, 121-138).

Huolenpidon käsitteellä on perinteisesti kuvattu samantyyppistä toimintaa kuin hoivan käsitteellä nykyisin. Anneli Anttonen ja Minna Zechner (2009, 16–18) näkevät huolenpidon hoivaa laajempänä käsitteenä. Heidän mukaansa hoiva tarkoittaa varsinkin naisten tekemää konkreettista työtä, jota huolenpito edellyttää. Kirsi Juhilan (2006, 151–180) mukaan huolenpito ei välttämättä ole konkreettista työtä. Se on ihmisten keskinäistä vastuuta, välittämistä ja vuorovaikutusta ja ilmenee esimerkiksi silloin, kun läheiset pitävät yhteyttä puhelimitse varmistaakseen toisen elämän turvallisen sujumisen.

Usein on todettu, että kotihoidon palvelujen sujuvuus edellyttää yhteistä palvelunäkemyistä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä muiden palveluntuottajien kesken. Myös asiakkaan omaiset ja läheiset otetaan tähän mukaan. Palvelukokonaisuus sovitetaan yhteen hoito-, palvelu ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa. Näin edistetään eri toimijoiden saumatonta yhteistyötä, pyritään välttämään päällekkäisyyksiä ja tuottamaan laadukasta kotihoitoa (STM & Suomen Kuntaliitto 2008:3, 30). Kotona asumisen mahdollistamiseksi tarvitaan eri hallinnonalojen, kuten asumis-, kulttuuri-, liikunta-, liikennepalvelujen ja yhdyskuntasuunnittelun yhteistyötä. Tätä monipuolista yhteistyötä Merja Tepponen (2009, 166) korostaa ikäihmisten hyvän kotihoidon mallissaan.

Teija Hammarin (2008, 24-25) mukaan kotihoitoa voidaan suunnitella ja toteuttaa eri toimijoiden näkökulmasta. Asiakasnäkökulmassa korostuu kotona asumisen mahdollisuus sairauksista tai toimintavajeista huolimatta. Omaiset pitävät tärkeänä päivittäisessä elämässä suoriutumista ja sitä, miten asiakasta tuetaan. Kotihoidon työntekijät määrittelevät toimintansa asiakkaan tarvitseman palvelun kokonaisuudesta. Lääkäreiden kiinnostuksen kohteena ovat asiakkaiden lääketieteellinen hoito ja toimintakyky sekä potilasvirtojen seuranta ja ohjaus.

Edellä mainituista näkökulmista tässä tutkimuksessa ovat mukana asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden näkökulmat.

Tiivistäen: Tarkoitin kotihoidolla tutkimuksessani sellaisia kotiin annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka sisältävät sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon ja kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen, mutta voivat olla joko kunnan organisaatioiden tuottamia tai kunnan joko yksityiseltä, kolmannelta sektorilta, muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä ostopalveluina hankkimia. Näin

määritellyn kotihoidon työntekijöitä ovat kaikki kotipalvelun työntekijät (mm. kodinhoitajat, kotiaavustajat, kotipalvelun ohjaajat, lähihoitajat) ja kotisairaanhoidon työntekijät (mm. lähihoitajat/perushoitajat/apuhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat).

Kotihoidon palveluihin sisältyvät tässä tutkimuksessa kotiin annettavien palvelujen lisäksi omaishoidon tuki ja tukipalvelut, kuten päiväkeskustoiminnot, ateriapalvelut, asiointi- ja siivouspalvelut ja turvapuhelinpalvelut. Tavallista palveluasumista edustavien palvelutalojen asukkaille kotihoidon palvelut on järjestetty samoilla kriteereillä kuin kotona asuville. Vanhusten perhehoito ja tehostettu asumispalvelu sisältyvät myös kotihoidon vastuualueen palveluihin, mutta niiden sisältöä ei tarkemmin käsitellä tässä tutkimuksessa.

Käytän tutkimuksessani kotihoidon asiakkaista nimitystä asiakas, ikäihminen tai vanhus tilanteesta ja asiayhteydestä riippuen.

2.2 MUUTOKSEN JA INTEGROINNIN KÄSITTEET

2.2.1 Muutoksen käsite

Muutos ja kehittäminen ovat käsitteitä, jotka liittyvät nykyisin julkishallinnon toimintoihin, joiden eteen tehdään paljon työtä ja joiden oletettuihin vaikutuksiin kohdistetaan suuria odotuksia (Kallunki 2008, 4). Muutosten taustalla ovat odotukset paremmista palveluista, taloudellisuudesta ja tuottavuudesta (Savolainen ym. 2011, 19). Muutoksen käsite viittaa laajaan ja moninaiseen ilmiökenttään, josta on vaikea esittää selvää, yksiselitteistä ja tiivistä määritelmää. Juha Vartola (2006, 52-53) toteaaakin, että yleismerkityksellisyytensä vuoksi muutoksen täsmällinen määrittely ei ole edes tarpeen. Hän määrittelee muutoksen minkä tahansa ilmiön rakenteen, olemuksen tai piirteen määrälliseksi tai laadulliseksi siirtymiseksi jonain hetkenä jostakin tilasta toiseen, olipa kyseessä edistyminen tai taantuminen (ks. myös Nyholm 2008, 54-55; Taskinen 2011, 146). Riitta Viitala (2004, 95) kuvaa muutoksen prosessina, jossa on muutoksen tarpeellisuuden tiedostaminen, tilanteen analysointi, muutoksen suunnittelu, toimenpiteiden toteuttaminen ja toteutuneen arviointi.

Aihepiirin kirjallisuudessa muutoksessa on erotettu suunniteltu ja suunnitteleman muutos. Poliitiikan ja hallinnon tutkimuksessa suunniteltua, tarkoitettua muutosta nimitetään usein uudistukseksi eli reformiksi (Taskinen ym. 1995, 32-33; Taskinen 2011, 147). Uudistus on siis tietoisesti suunnitellun ja aktiivisesti toteutetun tavoitteellisen muutoksen tyyppi (Niiranen 2006), joka on merkitykseltään usein myönteinen (Taskinen 2011, 148). Muutos ymmärretään nykykäsitteksen mukaan kuitenkin uudistusta laajemmaksi siten, että muutos sisältää sekä tietoista suunniteltua uudistamista (reformia) ja kehittämistä (*development*) että organisaation ja sen toimijoiden mukautumista esimerkiksi ympäristön muutoksiin. Muutoksen käsite viittaa siis sekä suunniteltuun että suunnittelematomaan organisaatioissa spontaanisti syntyvään muutokseen. (Taskinen 2011, 147-148.) Muutokset ovat joko ulkoa tai sisältäpäin aloitettuja, ohjattuja tai johdettuja.

Organisaation ulkopuolelta aloitettu muutos etenee ylhäältä alaspäin ohjattuna (*top-down*). Suunniteltu, ohjattu tai johdettu muutos voi olla esimerkiksi valtion ohjauksella ulkopuolelta aloitettu tai lailla pakotettu niin, että sen toteutumista valvotaan ja toteuttamattomuudesta seuraa sanktioita (esim. määrärahojen menetys) tai noudattamisesta palkitaan esimerkiksi määrärahoilla. Suunniteltu muutos voi olla myös organisaation sisällä johdon tai henkilöstön/työntekijöiden käynnistämä ja johtama. Alhaalta ylöspäin ohjautuva muutos etenee henkilöstön laajan osallistumisen ja vuorovaikutuksen kautta ja on siksi usein hidas ja työläs toteuttaa. (Stenvall ym. 2007, 27-28.) Laadullisen aineiston analyysissä ja kuvauksessa sovellan edellä mainittuja kahta muutoksen ulottuvuutta: suunniteltu-suunnittelematon sekä ulkoa-sisältäpäin aloitettu, ohjattu tai johdettu muutos.

2.2.2 Muutoksen jäsenyys integroinnin käsitteistöllä

Tutkimuksen empiirisessä osassa tarkastelemiani 15 vuoden seuranta-aikana tapahtuneita muutoksia on tärkeää analysoida kohteen, luonteen ja toteutustavan mukaan myös integroinnin ja poliittishallinnollisen ohjauksen käsitteistöllä. Kotihoidon kuten koko sosiaali- ja terveydenhuollon sisäisiin ja ulkopuolisiin muutoksiin viitataan nykyisin usein integroinnin käsitteellä. Integroinnilla tarkoitetaan eheyttämistä, yhdentämistä ja yhteensovittamista eli koordinaatiota (Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 106). Sirkka Sinkkonen kollegoineen toteaa, että näitä käsitteitä on käytetty organisaatioiden sekä hallinnon ja johtamisen tutkimuksessa 1900-luvun alkupuolelta lähtien. Heidän mukaansa Suomessa integroinnin käsite tuli sosiaali- ja terveydenhuollon organisatoristen kysymysten tutkimukseen 1970-luvun loppupuolella. (Ks. myös Kaitalo 1977; 1979; Kaitalo & Walls 1978.) Terveydenhuollon hallinnon, johtamisen ja organisoinnin tieteelliseen keskusteluun ja analyysiin integroinnin käsite tuli 1980-luvun puolivälissä (Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 106; ks. myös Nikkilä & Sinkkonen 1985).

Termejä integrointi ja koordinointi käytetään usein toistensa synonyymeina, mutta myös niin, että koordinointi ymmärretään yhdeksi integroinnin toteutustavaksi. Koordinoinnilla tarkoitetaan toimintojen yhteensovittamista muttei organisaatioiden tai niiden osien yhdistämistä, joten integroinnilla on koordinointia laajempi merkitys. (Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 113; ks. myös Sinkkonen 1993; Kodner & Speeuwenberg 2002; Kodner 2009; Tepponen 2009.)

Integrointi viittaa moninaiseen, laajaan ja kontekstisidonnaiseen ilmiökenttään. Siten integroinnille ja sen alatyypeille kuten yhteistyön erilaisille muodoille, on annettu kontekstista riippuen erilaisia merkityksiä. Vaihteleva konteksti liittyy esimerkiksi eri maiden erilaisiin kotihoidon organisointi- ja toteuttamistapoihin. Myös eri tieteenaloilla tutkijat ovat kehittäneet ja käyttävät erilaisia käsitteitä. Näin integrointia ja sen eri muotoja kuvaava käsitteistö on laaja, epäyhtenäinen ja käyttö vakiintumaton. Integroinnilla viitataan aihepiirin kirjallisuudessa hyvin erilaisiin hoidon, hoivan, huolenpidon sekä muiden sosiaali- ja terveystalvelujen järjestely-, organisointi- ja toteutustappoihin sekä työväliseisiin. Merja Tepponen (2009, 31) luonnehtii integrointia sateenvarjokäsitteeksi, jonka alle mahtuu erilaisia määrityksiä ja tyyppejä.

Integroinnin toteutustavat on ryhmitelty alan kirjallisuudessa joko kahteen, kolmeen, neljään tai useampaankin luokkaan (Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 115), esimerkiksi seuraavasti:

- (1) Vertikaalinen ja horisontaalinen integrointi (Lawrence & Lorsch 1967, 239; Axelsson & Axelsson 2006).
- (2) Rakenteet ja funktiot, tehtävät (Galbraith 1977; Axelsson & Axelsson 2006).
- (3) Rakenne, prosessi- ja strategiset perspektiivit tai näkökulmat (Pieper 2006, 29-30).
- (4) Rakenteet, prosessit, työvälineet ja muut integroivat menettelytavat (Sinkkonen & Jaatinen 2003; Tepponen 2009).

Käytän muutosten kohteen jäsentämisessä edellä mainittuja luokitteluja soveltuvin osin tutkimuskunnan kotihoidon ja sen toimintaympäristön ja niihin kohdistuneen valtionohjauksen muutosten luokittelussa kohdassa 4.1.1- 4.1.3. Vaikka rakenteet ja prosessit voidaan erottaa käsiteanalyysissä, kotihoidon käytännössä niiden erottaminen joissakin tilanteissa on vaikeaa, jopa mahdotonta, koska esimerkiksi osa kotihoidossa käytetyistä integrointikeinoista sisältää samanaikaisesti sekä rakenteilla että prosesseilla integrointia. Tällaisissa tapauksissa näiden kahden integrointityypin erottamisen vaikeutta ja tulkinnanvaraisuutta osoittaa muun muassa se, että eri tutkimuksissa sama integroinnin tyyppi on tulkittu joko rakenne- tai prosessi-integroinniksi. Esimerkiksi moniammatilliset tiimit ja verkostotyöskentelyn jotkut tutkijat ovat sijoittaneet rakenteisiin (Mur-Veeman ym. 2003, 133; Sinkkonen & Jaatinen 2003,26) mutta toiset (esim. Hardy ym. 2003, 12) ovat sijoittaneet ne prosesseihin (myös Tepponen 2009, 39; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 115).

Rakenteilla integrointi

Tämän ryhmän integrointityypeistä laajin ja onnistuessaan myös syvällisin sekä siten merkityksellisin on organisaatioiden yhdistäminen (Taskinen 2011, 152). Walter Leutz (1999) kutsuukin sitä täydelliseksi integroinniksi (*fully integration under one roof*). Sen alalajeja ovat organisaation alayksiköiden yhdistämiset sekä pysyväisluonteiset verkostot, toimi- ja neuvottelukunnat, moniammatilliset tiimit ja muut pysyvät moniammatilliset yhteistyöryhmät. Näitä integroinnin tyyppejä, siis organisaatorakenteen osia, ovat myös organisaatioon pysyväisluonteisiksi perustetut eri nimiset koordinaattorien vakanssit tai toimenkuvat. Niistä kotihoidossa esimerkkejä ovat kotiutuskoordinaattorit ja muistihoitajat (Tepponen 2009, 43-44; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 115).

Rakenteilla integroinnin uusia muotoja avoimuudessa edustaa asiakasvastaava, joka itsenäisesti koordinoi ja vastaa monisairaiden ja paljon apuja tarvitsevien asiakkaiden kokonaishoidon toteutuksesta hoitosuunnitelman mukaisesti (Muurinen & Mäntyranta 2011, 22). Jos uudessa terveydenhuoltolaissa (2010/710) mainitut ikäihmisten neuvontapalvelut tehdään pysyväisluonteisiksi yksiköiksi tai vakansseiksi (toimenkuviksi) myös ne ovat rakenteilla integrointia. Asiakkaiden

kotihoitoa suorittavat moniammatilliset hoitotiimit, muut tiimit ja erilaiset työryhmät, joiden toiminta on vakiintunut, voidaan ymmärtää rakenteilla integroinniksi. Mutta kuten edellä viitattiin, käytännössä niiden toiminta sisältää myös prosesseilla integrointia. (Hammar 2008; Eloranta 2009; Kuusela 2009; Sanerma 2009; Tepponen 2009; Kuusela ym. 2010.)

Prosesseilla integrointi

Kotihoitoon osallistuvien toimijoiden yhteistyö on prosessi-integroinnin keskeinen tyyppi. Sen sijoittamisen joko rakenteisiin tai prosesseihin määrää toiminnan vakiintuneisuuden ja pysyvyyden aste. Jos kysymyksessä ovat pysyvät yhteistyörakennelmat, kuten edellä mainitut pysyväisluonteiset verkostot, toimi- ja neuvottelukunnat, moniammatilliset tiimit ja muut pysyvät moniammatilliset yhteistyöryhmät, ne on usein nimetty rakenteilla integroinniksi. Kuten edellä totesin, tässä käytännössä on kuitenkin tutkijoiden kesken näkemuseroja. (esim. Hardy ym. 2003, 12; Mur-Veeman ym. 2003, 133; Sinkkonen & Jaatinen 2003, 26.) Yhden tulkinnan mukaan prosessi-integrointiin kuuluvat sosiaali- ja terveysammattilaisten ajoittaiset kohtaamiset, neuvottelut, kommunikointi, puhelinkontaktit ja -konsultaatiot sekä muu henkilökohtaisiin kontakteihin perustuva satunnainen yhteistyö (esim. Tepponen 2009, 46).

Rakenteilla ja prosesseilla integrointi samanaikaisesti

Toimintatavat tulkitaan joko rakenteilla tai prosesseilla integroinniksi sen mukaan kuinka vakiintuneita ne ovat. Toisin sanoen, onko kyseessä toimijoiden satunnaiset kohtaamiset prosesseja vai sellainen pysyväisluonteinen yhteistyö, josta on muodostunut vakiintunut toimintatapa niin, että yhteistyöhön velvoittavat tehtävät säilyvät organisaatiossa, vaikka näiden vakanssien haltijat vaihtuvat. On kuitenkin huomattava näiden rakenteiksi kutsuttujen integrointitapojen sisältävän myös prosesseja. Yksi esimerkki on palveluohjaus, jonka jotkut tutkijat ovat tulkinneet rakenneintegroinniksi silloin, kun palveluohjaajan tai muiden koordinoijien roolit toimenkuvineen on määritelty pysyviksi. Esimerkkejä suomalaisesta kotihoidosta ovat koko- tai osa-aikaiset omahoitajat, muistihoitajat tai laitoksesta kotiuttajat. (esim. Palko-hanke, Hammar 2008; myös Tepponen 2009, 44.) Sekä rakennepiirteitä että prosesseja sisältäviä integroinnin toteutustapoja ovat myös palvelu- ja hoitoketjut. Niillä pyritään saamaan kokonaishallintaan monien toimijoiden toteuttamat palveluprosessit ja näin kehittämään ja takaamaan palvelujen laatu sekä kustannusvaikuttavuus.

Integroivat työvälineet

Integroivia työvälineitä kotihoidossa ovat sosiaali- ja terveysammattilaisten yhteiset asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmat, yhteiset manuaaliset ja sähköiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät, hoito-ohjeet, käypä hoito ja muut hoitosuosituksukset, hoitolinjat, hoito-ohjelmat ja hyvät käytännöt sekä asiakkaan kotona säilytettävät hoitokansiot (Tepponen 2009, 46-48). Integroivia työvälineitä ovat myös hoito- ja palveluketjumallit, jotka sisältävät ohjeita ja suosituksia hyvistä hoito- ja

palvelukäytännöistä sekä laadunhallinnan käytännöt ja välineet kuten laatujärjestelmät ja laatukäsikirjat (Pieper 2006; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011, 121). Integroinnin työvälineisiin voivat kuulua myös kotihoidon palveluihin liittyvät ostopalvelusopimukset ja asiakaskohtaiset maksusitoumukset, joilla määritellään palvelujen sisältöä ja laatua. Sijoitan ne tässä työssä kuitenkin prosesseilla integrointiin, koska ne johtavat tiiviisiin yhteistyöprosesseihin.

Muut integroinnin toteutustavat

Yhteiset toimitilat eli fyysiset rakenteet ovat integroinnin sellaisia välineitä, jotka eivät ole integroivia toimintarakenteita, toimintoja (funktioita), prosesseja tai työvälineitä, joten sijoitan ne luokkaan muut integroinnin toteutustavat. Yhteiset toimitilat eli fyysinen läheisyys edistää esimerkiksi ammattiryhmien keskinäistä vuorovaikutusta ja vahvistaa siten integrointia. (Brow ym. 2003; Davey ym. 2005.)

2.2.3 Vertikaalinen integrointi, strateginen perspektiivi ja poliittishallinnollinen ohjaus

Valtion keskushallinnon ohjauksen ja jossain määrin kuntatason poliittishallinnollisen ohjauksen sekä tutkimuskunnan kotihoidon ja sen muutosten jäsentämisessä (kohdassa 4.1.1-4.1.3) sovellan myös käsitteitä vertikaalinen ja horisontaalinen integrointi (Pieper 2006, 29–30) sekä poliittishallinnollinen ohjaus. Richard Pieperin (2006, 29-30) mainitsema strateginen perspektiivi tarkoittaa suunnitteluja tulevaisuusorientoituneita näkökulmia integrointiin, siis muutos- tai kehittämissuuntautuneisuutta. Tähän ryhmään kuuluvista integrointikeinoista kotihoitoon liittyviä esimerkkejä ovat valtakunnallisen ja kunnallisen tason strategiat, joilla pyritään muun muassa parantamaan integrointia. Ne ovat samalla esimerkkejä vertikaalisesta integroinnista, jota valtion ja kunnan keskushallinnon ohjaavat toimenpiteet edustavat.

Vertikaalinen integrointi tarkoittaa, että hierarkkisessa ohjausketjussa ylempanä olevat antavat alemmille tasoille pystysuuntaisesti enemmän tai vähemmän sitovaa ohjausta. Tämän ohjauksen keskeisiä toteutustapoja ovat valtion kuntien kotihoitoon ja sen organisatoriseen ympäristöön eli koko sosiaali- ja terveystoimeen kohdistama normi-, voimavara/resurssi-, ohjelma- ja informaatio-ohjaus eli tiedolla ohjaus. (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002.) Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2011:7) asiakirjoissa käytetään muun muassa ilmaisuja korvamerkitsemätön resurssiohjaus ja informaatio-ohjaus.

Vertikaaliseen integrointiin kuuluu myös kuntien poliittisessa ja ylemmässä operatiivisessa johdossa laaditut ja päätetyt kotihoitoa koskevat palvelustrategiat ja vastaavat, esimerkiksi tutkimusorganisaatiossani vanhuspoliittiset ohjelmat ja ikäihmisten palvelustrategiat. Käytän valtakunnallisten asiakirjojen sisältämästä ohjauksesta käsitettä valtionohjaus, enkä poliittishallinnollinen ohjaus, joka vaatii täsmentämään onko kyseessä kuntien vai valtion toteuttama ohjaus. Terveyshallintotieteen julkaisuissa on käytetty yleensä käsitettä poliittishallinnollinen ohjaus. (mm. Sinkkonen & Nikkilä 1988; Leskinen 2001, 52-57; Tepponen 2009, 115-116; Dufva 2012, 76.)

Tiivistäen: Muutoksen käsite viittaa laajaan ja moninaiseen ilmiökenttään, josta on vaikea esittää yksiselitteistä määritelmää. Muutoksessa erotetaan suunniteltu ja suunnittelematon muutos. Poliitiikan ja hallinnon tutkimuksessa suunniteltua muutosta nimitetään usein uudistukseksi. Muutos nykykäsityksen mukaan ymmärretään uudistusta laajemmaksi siten, että muutos sisältää sekä tietoista suunniteltua uudistamista että myös mukautumista (suunnittelematon) ympäristön muutoksiin. Muutokset ovat joko ulkoa tai sisältäpäin aloitettuja, ohjattuja tai johdettuja. Integroinnilla tarkoitetaan eheyttämistä, yhdentämistä ja yhteensovittamista eli koordinaatiota. Integrointi viittaa moninaiseen, laajaan ja kontekstisidonnaiseen ilmiökenttään, jossa integroinnille ja sen alatyypeille on annettu kontekstista riippuen erilaisia merkityksiä. Integroinnin toteutustapojen luokittelussa on nähtävissä erilaisia sovelluksia rakenteilla, prosesseilla, työvälineillä ja muilla tavoin integroivista menettelytavoista. Vertikaalisessa integroinnissa hierarkkisessa ohjausketjussa ylempänä olevat antavat alemmille tasoille pystysuuntaisesti ohjausta. Tämän ohjauksen keskeisiä toteutustapoja ovat valtion kuntiin kohdistama normi-, voimavara/resurssi-, ohjelma- ja informaatio-ohjaus eli tiedolla ohjaus. Strateginen perspektiivi tarkoittaa suunnittelu- ja tulevaisuus-orientoituneita näkökulmia, joilla kunnissa esimerkiksi eri tason strategioilla pyritään integrointia parantamaan.

2.3 LAADUN KÄSITE

Palvelujen laatu on ollut keskeinen kehittämisen kohde niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla viime vuosikymmeninä. Laadun kehittämistä pidetään tärkeänä ja osin itsestään selvänä yleisessä keskustelussa, vaikka se käsitteenä ei ole yksiselitteinen. Laadun määrittely on aina kontekstisidonnaista ja ajassa elävää. Laadun ilmiön moninaisuutta ei voi pelkistää muutamiksi laatua kuvaaviksi määritelmiksi, sillä laadun olemuksen osittainen epämääräisyys ja ristiriitaisuus vaikuttavat sille annettuihin merkityksiin. (Mäki 2004, 25.) Samankin yksikön laadun tarkastelussa palvelujen tai hoidon laatu on määritelty eri tavoin eri tieteenaloilla niiden käsitteillä ilmaistuna.

Suomessa laatuajattelua juurrutettiin julkiseen hallintoon 1990-luvun loppupuolella (Oulasvirta 2007). Terveydenhuollossa tosin henkilöstön kiinnostus hoidon laatuun alkoi eri puolilla maailmaa jo 1960-luvulla. Tuolloin laadunhallinnan selkeyttämiseksi hoito eriteltiin rakenne-, prosessi- ja tulostekijöihin. Avedis Donabedianin (1988) mukaan mitä kehittyneemmät rakennetekijät (esimerkiksi henkilöstön ammattitaito) ja prosessitekijät (esimerkiksi kuntouttava työote) ovat, sitä paremmat ovat lopputulokset (esimerkiksi asiakastyytyväisyys).

Terveydenhuollon henkilöstön ja asiakkaiden/potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta on kartoitettu useissa suomalaisissa tutkimuksissa (esim. Sinkkonen ym. 1988; Töyry ym. 2000; Mustajoki ym. 2001; Leinonen 2002; Siponen & Välimäki 2003; Kvist 2004; Voutilainen 2004; Suhonen ym. 2005; Kuosmanen ym. 2006; Kvist ym. 2007; Isola ym. 2008; Siekkinen ym. 2008; Häggman-Laitila & Pietilä A-M 2009).

Terveyspalveluja on lähestytty useammin laadun tarkastelun kautta kuin sosiaalipalveluja. Tähän on osittain vaikuttanut laatujohtamisen korostaminen terveydenhuollon organisaatioissa 2000-luvulla (ks. Mäki 2004). Sosiaalialalla toteutettiin myös 1990-luvulla useita paikallisia ja valtakunnallisia laadun parantamishankkeita vanhustenhuollossa (esim. Tenkanen 1998; Holma & Virnes 1999). Kansalliset laatusuosituksot (mm. ikäihmistien hoidon ja palvelujen laatusuositus ja mielenterveyspalveluiden laatusuositus vuonna 2001 ja vuonna 2002 päihdepalvelujen laatusuositus) olivat valtakunnallinen lähestymistapa julkisten palvelujen laadun parantamiseen sosiaalialalla (Haverinen 2003). Myös lait potilaan (L 1992/785) ja sosiaalihuollon asiakkaan (L 2000/812) asemasta ja oikeuksista korostavat oikeutta hyvään hoitoon ja hyvään sosiaalihuoltoon. Ikäihmistien palvelujen laatusuositus uudistettiin vuonna 2008 ja keväällä 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (L 2010/1326) ja siihen liittyvä asetus (A 2011/341) laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta korostavat myös laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua hoitoa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu sosiaalityön merkitys laadukkaan palvelun tuottamisessa asiakkaiden ja perheiden tukemisessa, rohkaisemisessa ja asiakkaan asiamiehenä tai edustajana toimimisessa (Megivern ym. 2007; Young 2009; Haxton & Boelk 2010) ja eri toimijoiden hyvän yhteistyön merkitys esimerkiksi asiakasvalituksiin vastaamisessa (Whiteley 2010). Suomalaisessa sosiaali- ja terveysjärjestelmässä sosiaalityöntekijät toimivat monesti potilas- tai sosiaali-asiamiehenä ja edistävät osaltaan laadukkaiden palvelujen toteutumista.

Kuten alussa todettiin, käsitteellisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun määrittely ei ole yksiselitteistä. Laadun määrittelyyn aiheuttaa vaikeuksia käsitteiden ja määritelmien lukuisuus ja erilaisuus (esim. Pollitt & Harrison 1994; Lillrank 1998; Øvretveit 1998; Lumijärvi & Jylhäsaari 2000; Grönroos 2001; Oulasvirta 2007). Laadun käsitteellä voidaan viitata esimerkiksi panoksiin, prosessiin, tuotoksiin ja vaikutuksiin (Pollitt & Harrison 1994, 13). Palvelun laadun määrittelyä voidaan selkeyttää jakamalla laatu eri osiin (esim. Parasuraman ym 1985, 1988; Grönroos 2001; STM 2008:3) tai eri ulottuvuuksiksi (ks. artikkelit II-IV). Eryteisesti lopputulosten osalta palvelun laatu on voitu määritellä asiakkaan kokemukseksi palvelujärjestelmästä ja palveluprosessiin sisältyvästä vuorovaikutuksesta.

Määrittelyssä on huomioitava ketkä laatua määrittävät, millä tasolla sitä tarkastellaan ja mitä laadun ominaispiirteitä korostetaan. Samoin se, missä tilanteessa ja mitä varten laatua määritellään ja arvioidaan. Eri tutkijat erottavat asiakkaiden, omaisten, työntekijöiden, muiden asiantuntijoiden, organisaatioiden, johdon ja koko yhteiskunnan näkökulmat. (Donabedian 1988; Sinkkonen ym. 1988; Perälä 1995; Øvretveit 1998; Lumijärvi & Jylhäsaari 2000; Oulasvirta 2007.) Juha Laine toteaa (2005, 25), että eri tahojen määritelmät ja kokemukset laadusta saattavat olla hyvin erilaisia ja vaikka käsitteellisellä tasolla päästäisiinkin jonkinlaiseen yksimielisyyteen, empiirisessä tutkimuksessa tuskin huomioidaan kaikkia laadun ulottuvuuksia. Laatua joutuu tarkastelemaan vain jostakin näkökulmasta.

Valtakunnallisessa ikäihmisten laatusuosituksessa laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata järjestelmällisesti asiakkaiden tarkoituksenmukaisesti arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti (STM ja Suomen Kuntaliitto 2008:3, 50-51). Ikäihmisten laatusuosituksessa painottuvat ne laadun osatekijät, jotka edistävät prosessien toimivuutta ja siten mahdollistavat lopputuloksena hyvän laadun. Laadun parantamisen strategisia linjauksia on tehty kolmelle osa-alueelle: hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelurakenteeseen, henkilöstöön ja johtamiseen sekä asuin- ja hoitoympäristöihin. Laatusuositus koskee erityisesti kotihoitoa, jotta ikäihmisten kotihoito mahdollistuisi (STM 2008:3, 9-10).

Marja Vaaraman (2006, 14) mukaan kotihoidon hyvä laatu huomioi asiakkaiden toiveet, on ammattitaitoista palvelua, arvostaa asiakasta, on ystävällistä kohtelua, ymmärtävää, kuuntelevaa, luotettavaa, rehellistä ja huolehtii myös asiakkaan kodin puhtaudesta. Lopputuloksena on hyvinvointivaikutus, joka näkyy asiakkaan hyvinvointina ja elämänlaatuna.

Tiivistäen: Sosiaali- ja terveydenhuollossa on vaikea määrittellä laatua, koska se on moniselitteistä ja kontekstisidonnaista. Tästä huolimatta on useita erilaisia laadun määritelmiä. On huomioitava ketkä laatua määrittävät, millä tasolla sitä tarkastellaan ja mitä laadun ominaisuuksia korostetaan. Tutkijat erottavat asiakkaiden, omaisten, työntekijöiden, muiden asiantuntijoiden, organisaatioiden, johdon ja koko yhteiskunnan näkökulmat. Asiakkaiden osallisuutta ja vaikutusvaltaa korostetaan palvelujen laadun kehittämisessä.

Tämä tutkimus keskittyy asiakaskeskeiseen laadun näkökulmaan ja siten subjektiivisesti koettuun laatuun. Palvelun laatu ilmenee asiakkaan kokemuksena saamastaan palvelusta ja siihen läheisesti vaikuttavista tekijöistä. Asiakkaiden tulisi entistä enemmän saada vaikuttaa laadun mittareihin, jotta arviointiin saataisiin asiakkaan kannalta tärkeitä laadun ulottuvuuksia. Kyselyissä mitataan usein organisaation asettamia tavoitteita, mutta asiakkaat saattavat asettaa palveluille toisenlaisia tavoitteita ja arvioinnin ulottuvuuksia. (Ks. Gallagher & Hodge 1997; Reid & Pierce 1997; Sixma ym. 2000.) Ikääntyneiden oman näkökulman esiintuomien vanhuspalvelujen kehittämisessä (esim. Kröger ym. 2007; Ylinen & Rissanen 2007) edellyttääkin tietoa siitä, mitä he pitävät hyvänä ja tavoiteltavana palveluna (Voutilainen ym. 2002, 38).

Omaisten ja työntekijöiden arviot tuovat mukaan objektiivista näkökulmaa, mutta nämäkin vastaajaryhmät arvioivat palvelun laatua myös asiakkaan tarpeiden tyydytyksen kannalta. Jotkut kyselytutkimuksen aiheet, kuten henkilöstön koulutus ja työajan käyttö, tuovat tietoa myös palvelutuotannon sisäisen prosessin laadusta.

2.4 VANHUSTEN KOTIHOIDON MUUTOKSEN TUTKIMUS

Kirjallisuuskatsauksia on luokiteltu eri tavoilla muun muassa kuvaileviin ja systemaattisiin (esim. Salminen 2011, 6). Viime vuosina systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat lisääntyneet erityisesti terveystieteissä ja myös yhteiskuntatieteissä (esim. Hart 1998) tavoitteena saada kattavampi kuva aikaisemmasta tutkimustiedosta. Tutkimukseni kirjallisuuskatsaus on kuvaileva. Tosin olen hankkinut aineistoa myös soveltamalla systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menettelytapoja kuten aikakriteeriä aineiston valinnassa. Päädyin kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen siksi, että tutkimukseni toteuttamisaika 15 vuoden seuranta on pitkä. Lisäksi aiheeseen liittyvää tutkimusta on tehty monilla tieteenaloilla, joissa käytetyt indeksoinnit ja perinteet vaihtelevat. Tästä syystä esimerkiksi yksiselitteisiä hakusanoja tutkimuksen keskeisille käsitteille kuten kotihoito tai muutos ei ole. Esimerkiksi muutoksen tutkimuksessa käytetään eri tieteenaloilla erilaisia käsitteitä kuten reformi, uudistus, kehittäminen, suunniteltu ja suunnittelematon muutos. (Hakulinen ym. 2012.)

Vanhuksiin, vanhushuolteen ja yksilöidymminkin kotihoitoon eli kotipalveluun ja kotisairaanhoidon kohdistunut tutkimus on laajentunut tutkimukseni seuranta-aikana vuodesta 1994 vuoteen 2009. Olen koonnut keskeistä kotihoidon tutkimusta kotihoidon (1) asiakkaista, (2) muutoksesta, (3) integroinnista ja (4) laadusta. Tarkastelun ajanjakson olen rajannut vuosiin 1992-2010. Vanhusten kotihoidon muutostutkimusten valinta perustui muun muassa hakusanojen *home care*, *home help*, *home service*, *change*, *quality* ja *integration* vaihtelevilla komennoilla tuottamiin osumiin tutkimukseni eri artikkelien tai tiivistelmäosan kirjoittamisen vaiheissa. Käytetyt kansalliset ja kansainväliset artikkelit olivat saatavissa pääasiassa terveystieteiden (Pubmed, Cinah, Medic) ja yhteiskuntatieteiden tietokannoista (Emerald, CSA, Ebsco, Arto). Aikaisempia tutkimuksia aiheesta etsin myös näistä tietokannoista löytyneiden tutkimusten lähdeluetteloista. Lisäksi tein käsihakuja suomalaisten yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tietokannoista. Kirjallisuushakuja olen tehnyt pitkän tutkimusajan vuoksi useita vuosia. Tästä syystä systemaattisen yhtä kirjallisuuskatsausperinteen mukaista hakutulosta ei voi esittää. (ks. myös Hammar 2008,39.)

Tutkimusten mukaan kotihoidon asiakkaiden enemmistö on iäkkäitä, yksin eläviä naisia, joilla on monia sairauksia ja toimintakyvyn ongelmia (Hyvärinen ym. 1995b; Rissanen ym. 1999; Landi ym. 2001; Waters ym. 2001; Bruce ym. 2002; Tepponen 2003; Algera ym. 2004; Fortinsky ym. 2004; Hellström ym. 2004; Kadushin 2004; Modin & Furhoff 2004; Muurinen & Raatikainen 2005; Hammar 2008; Tepponen 2009; Genet ym. 2011). Asiakkailta on todettu myös lisääntyvästi yksinäisyyttä, masennusta, muistisairauksia ja muita kognitiivisia sairauksia (Hellström ym. 2004; Larsson ym. 2006; Markle-Reid ym. 2006). Asiakkaiden kotona selviytymistä ja siihen liittyen esimerkiksi kotiutumista on tutkittu palveluohjauksen, kotiutushoitajien ja moniammatillisten tiimien yhteistyönä (Lim ym. 2003; Huang & Liang 2005; Miller ym. 2005; Henwood 2006; Steeman ym. 2006; Latour ym. 2007; Hammar 2008; Kwok ym. 2008). Iäkkäiden kotona pärjää-

mistä on tuettu palveluohjauksella, moniammatillisella tiimityöllä ja eri toimijoiden välisellä yhteistyöllä (Barnabei ym. 1998; Landi ym. 2001; Cheuy & Ngan 2005; Black 2008; Rothera ym. 2008; Eloranta 2009; Imaiso ym. 2009; Jenkins ym. 2009; Kuusela ym. 2010; Robinson ym. 2010), tehostetulla kotihoidolla (Hughes ym. 2000; Kinnunen 2002; Murashima ym. 1999; 2002), ehkäisevillä ja ennakoi-villa kotikäynneillä (Dalby ym. 2000; Holma & Häkkinen 2004) ja kotona asuvan toimintakyvyn arvioinnilla ja mahdollisilla tarvittavilla kodin muutostöillä (Gill ym. 2002; Gitlin ym. 2006). Edellä viitatuksi kotihoidon asiakkaita koskevat tutkimukset osoittavat vanhuspalvelujen kotihoitopainotteisuuden ja samalla heijastavat globaalia ikäihmistien määrän kasvua.

Kotihoidon yleinen muutostutkimus on huomattavasti vähäisempää kuin asiakasnäkökulmasta tehty laadun tutkimus. Erityisesti hallintotieteellinen tutkimus, esimerkiksi kotihoidon johtamisen tai organisoinnin muutoksesta oli vähäistä. Lähinnä Suomessa oli tutkittu kotihoidon työntekijöiden työn muutoksia. (esim. Niemelä 2008; Sanerma 2009.) Yhdistetyn kotihoidon työnjaon tutkimuksessa todetaan ammattiryhmien työnjaon ongelmat (Tenkanen 2003, 182-183), kilpailu ja keskinäisen luottamuksen puute, jotka vaikeuttavat asiakkaan palvelua ja hoitoa (Perälä ym. 2006, 35).

Yksi keskeinen muutos on ollut julkisen hallinnon kaventuminen ja markkinoiden vapauden lisääminen. Tämä alkoi Euroopassa 1970-luvun lopulla ja 1980-luvulla alettiin suosia yksityisiä palveluja julkisten sijaan. Tätä julkishallinnon uudistamista kutsutaan uudeksi julkisjohtamiseksi (*New Public Management*, NPM). Sen taustalla on julkisen valinnan teoria (*Public Choice*, PC), joka käsittää monenlaisia pyrkimyksiä julkisen sektorin toiminnan tehostamiseksi. Suomessa näitä ovat esimerkiksi liikelaitostamiset, kilpailutus ja tilaaja-tuottajamallin erilaiset sovellutukset. (Kähkönen 2007, 12.) Jussi Jylhäsaari (2009) toteaa, että ostopalvelut sekä näihin toimintamalleihin liittyvä sopimuksellisuus ovat keskeinen osa julkishallinnon uudistamista, joka mahdollistui ja lisääntyi kunnissa vuoden 1993 valtiosuusuuudistuksen myötä. Kotihoidossa on tutkittu palvelujen kilpailuttamista, ulkoistamista ja yksityissektorin kanssa rinnakkain toimimisen seurauksia osana vanhuspalvelujen tutkimusta. Näennäismarkkinoihin liittyvä ulkoistamisen käsite (*outsourcing*) tarkoittaa, että toiminto siirretään organisaation ulkopuolelle tuotettavaksi. (Kähkönen 2007, 22; myös artikkeli I, 177-178.) Vanhuspalvelujen kilpailuttamisen vaikutuksista niiden tuottamisen tehostumiseen ei Suomessa ole voitu tehdä yksiselitteisiä päätelmiä (Suoniemi ym. 2005; Kähkönen & Volk 2008), koska tällaista tietoa ei juurikaan ole sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstista.

Samoin kotihoidon ostopalveluihin liittyvistä kustannuksista ja tehokkuudesta oli vähän tietoa myös Englannissa ja Walesissa, vaikka ostopalvelut ovat lisääntyneet (Drake & Davies 2007). Ruotsissa yksityisten vanhuspalvelujen osuus vuonna 1990 oli 1 % ja vuonna 2010 jo 16 %. Yksityisten vanhuspalvelujen laatu todettiin paremmaksi, koska niissä korostettiin enemmän palvelusuuntautuneisuutta, vaikka rakenteelliset edellytykset olivat heikkomat. Yksityistäminen ja kilpailu eivät kuitenkaan muuttaneet julkisen puolen toimintatapoja (Stolt ym. 2011).

Mia Vabø (2009) on kuvannut norjalaisen kotihoidon muutoksia 15 vuoden ajalta. Norjalaisessa kotihoidossa on sovitettu yhteen kilpailevia tarpeita, jotka johtuvat ristiriitaisista poliittisista ja hallinnollisista tavoitteista. Tutkimusaineisto koottiin politiikka-asiakirjoista ja raporteista sekä haastatteleamalla kotihoidon johtoa ja työntekijöitä kolmessa tapaustutkimuksessa. Tulosten mukaan kustannussäästöjä korostaviin uudistusohjelmiin sekoittuvat aikaisemmat uudistukset, joita on ohjattu eri tasoilta. Siksi muutoksen dynamiikalla on usein tarkoittamattomia seurauksia, mistä seuraa uusien uudistusten tarve. Usein muutokset, joilla on pyritty kevyeen organisaatioon ja kustannustehokkuuteen, ovatkin johtaneet byrokration kasvuun ja hallitsemattomiin kustannuksiin. Uudistuksiin sisältyy näin sekä ylhäältä että alhaalta ohjattuja monimutkaisia ja vaikeasti hallinnoitavia muutoksia. Vastaavaa ilmenee tämänkin tutkimuksen tuloksista, sillä kohdassa 4.3.1-4.3.2 kuvatut kotihoidon muutokset kertovat monien muutosten päällekkäisyydestä myös Suomessa.

Norjan kotihoidossa on tutkittu asiakkaiden tarvearvioinnin muutoksia. Siellä kotihoidossa käytettiin aikaisemmin yksilöllisistä asiakkaan tarpeista lähtevää arviointia. Muutoksen jälkeen tarvearvioinnissa korostettiin palveluja samanarvoisesti kaikille, mikä heikensi yksilöllisten tarpeiden huomiointia ja sen seurauksena hauraiden ja haavoittuvien ryhmien erityistarpeet saattoivat jäädä huomiotta. (Vabø 2011.)

Myös yhdysvaltalaiset Martin Kitchener ja Charlene Harrington (2004) tutkivat politiikan muutoksia, joissa perinteisestä ja vallitsevasta hoitokotityyppisestä hoivasta on jossain määrin siirrytty pitkäaikaishoitoa tarvitsevien vanhusten itsenäisyyttä tukevaan yhteisölliseen hoivaan kotona. Tutkijat arvioivat maansa kehitystä kahden pitkäaikaishoidon ”arkkityypin” dialektiikkana, joka kytkeytyy muutokseen professioiden hallitsemasta aikakaudesta (ennen vuotta 1965), liittovaltion lisääntyvän roolin (1965-1983) kautta markkinalähtöisyyden ja managerialismin leimaamaan kauteen (1983-). Tutkijat totesivat, että vaikka nämä kaksi hoitolinjaa ovat vuosisadan ajan toimineet rinnakkain, muutos on ollut kuitenkin jähmeää ja aiheuttanut kitkaa. Ketjuuntuvat hoitokotiorganisaatiot ovat pitäneet yllä laitospainotteista lääketieteellisesti ohjattua hoitomallia, vaikka poliittinen päätöksenteko on suosinut viime vuosikymmeninä enenevästi koti- ja yhteisökeskeistä, asiakkaan autonomiaa korostavaa linjaa.

Muutoksen yhden tyyppin eli integroinnin tutkimus vanhusten kotihoidossa on yleistä muutostutkimusta laajempaa. Tätä selittää osittain alan oman lehden olemassaolo (*International Journal of Integrated Care*). Tutkimusten mukaan integroidun hoidon tavoitteissa on painotettu joko vanhuksen, organisaation, palvelujärjestelmän tai rahoittajan näkökulmia. Asiakasnäkökulmasta kotihoidon integroinnin keskeisiksi tavoitteiksi on todettu asiakkaan elämänlaatu ja hoidon laatu elämänlaadun edellytyksenä (Alesszewski ym. 2004, 88-89; Leichsenring 2004, 14-15; Pieper 2006, 26-27; Vaarama 2006, 5-7; Hammar ym. 2007, 2, 6; Vaarama ym. 2008, 104). Yhteiskunnan etuna tavoitellaan kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamista (Johri ym. 2003; Banks 2004; Leichsenring 2004; Meerding 2006) ja asiakkaan hoidon tarpeen kannalta epätarkoituksenmukaisten palvelujen

käytön vähentämistä, mikä vähentää kustannuksia (Brodie 2004, 49; Goodwin & Peet 2004, 54-55; Reed ym. 2005,1-2; Hammar ym. 2007, 2, 5-6).

Englantilaisessa Daveyn ym. (2005) tutkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja moniammatillisten tiimien yhteiset toimitilat (*co-location*) ovat olleet huomion kohteena; niiden on todettu niiden lisäävän työntekijöiden välitöntä keskinäistä yhteydenpitoa, joskaan toimintojen sisällön muuttumista ei havaittu. Samoin Englannissa Louise Brow ym. (2003) totesivat, että lähekkäin toimiva integroitu tiimi arvioi perinteistä työryhmää nopeammin asiakkaiden palvelujen tarpeen, koska kommunikaatio ja yhteistyö olivat parantuneet. Tutkimusajanjakson jälkeen integroidulla tiimillä oli enemmän asiakkaita, mutta asiakkaiden elämänlaatu oli kuitenkin vertailuryhmää huonompi. Vaikutuksesta asiakkaiden hoidon tuloksiin saatiin vain vähän näyttöä 1,5 vuoden aikana. Pelkästään yhteisissä tiloissa toimiminen ei edistä integrointia riittävästi, tarvitaan suurempia muutoksia ja esimerkiksi toimivampia tietojärjestelmiä.

Kouvolassa ennen kotihoidon yhdistämistä tehdyssä tutkimuksessa työntekijöiden mielestä yhdistetty kotihoito toteutuisi parhaiten yhteisissä toimitiloissa. Asiakkaiden hoidon ja palvelun katsottiin parantuvan yhdistyessä samoin kuin tiedonkulun ja työntekijöiden arvostuksen. (Dölling-Hasu 2009, 26-35.) Vuosi kotihoidon yhdistämisen jälkeen tehdyssä tutkimuksessa työntekijät olivat motivoituneet työhön, saivat tukea toisiltaan ja päällekkäiset käynnit olivat vähentyneet. Puutteita oli kuitenkin edelleen tiedonkulussa eikä yhteistyö ollut saumatonta. (Parkko-Hirvonen 2010, 34.)

Marja-Leena Perälän ym. (2006, 3) tutkimuksessa henkilöstö oli tyytymättömämpää yhdistetyssä kuin yhdistämättömässä kotihoidossa. Kotisairaanhoidajat kokivat työnsä haastavammaksi ja voivansa vaikuttaa enemmän työhönsä erillään toimivassa kuin yhdistetyssä kotihoidossa. Tutkijoiden mukaan monia epäkohtia voitaisiin korjata henkilöstön täydennys- tai lisäkoulutuksella. Integroidussa hoidossa on todettu näin myös henkilöstöryhmien välisiä ristiriitoja. Erityisesti vastuunjaon ongelmat aiheuttavat sen, ettei työ ole tehokasta, asiakkaat ovat tyytymättömiä ja kustannukset kasvavat. (Mur-Veeman ym. 2008.) Myös tiedonkulussa on ongelmia ja ne aiheuttavat asiakkaille pidempiä odotusaikoja ja lisäävät siten kustannuksia. Syynä ovat usein riittämättömät resurssit (Rummery & Coleman 2003; Moret ym. 2008).

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon laadusta tutkijat kiinnostuivat 1990-luvun puolivälissä (Tenkanen 2003, 29). Kotihoidon laadun keskeisiksi ulottuvuuksiksi (artikkeli III, 94) tutkimuksissa on todettu vanhukselle annettu ajan riittävyys, työntekijöiden sovittujen aikojen noudattaminen, työntekijäkohtainen hoidon jatkuvuus, asiakkaan kohtelu vuorovaikutustilanteissa sekä neuvonnan, ohjauksen ja tiedotuksen riittävyys ja ymmärrettävyys. (Raatikainen 1991; Edebalk ym. 1995; Hyvärinen ym. 1995b; Perälä 1995; Samuelsson & Wister 1995; Malin 1996; Tenkanen 1998, 2003; Rissanen ym. 1999; Törnkvist ym. 2000; Tepponen 2009.) Vanhusten integroidun kotihoidon sisällön ja laadun yhdistävä tutkimus on vähäistä verrattuna kotihoidon laadun yleiseen tutkimukseen (Tepponen 2009, 37).

Kansainvälisessä Care Key -tutkimusprojektissa (Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Vaarama ym. 2008) asiakaslaadun ulottuvuuksia olivat avun ja hoidon riittävyys, työntekijöiden jatkuvuus, ammattitaito ja vuorovaikutustaidot, asiakas- ja työntekijäsuhteen laatu, asiakkaan itsemäärääminen, kotona asumisen turvallisuus, asiakkaan kokemat sosiaaliset vaikutukset palvelusta ja yleinen tyytyväisyys saamaansa palveluun. Nämä laadun ulottuvuudet ilmenevät myös jo 1994 suunnitellussa Kuopio-mittarissa, jolla on tässä tutkimuksessa arvioitu kotihoidon laatua alkaen vuonna 1994 (tarkemmin kohdassa 3.2.3).

Suomalaisten tutkimusten mukaan kotihoidon laadun puutteita ovat työntekijöiden kiire ja annetun ajan niukkuus. Puutteiksi mainitaan myös sosiaalisen tuen, asioinnin, siivouksen ja liikkumisen tukemisen vähäisyys (Hyvärinen ym. 1995b; Malin 1997; Rissanen ym. 1999; Tepponen 2003; Finne-Soveri ym. 2006; Vaarama 2006; Vaarama ym. 2006b; Vaarama ym. 2008; Tepponen 2009; artikkelit II-IV). Näissä tutkimuksissa hyvä kotihoito oli hyvin kohdennettua, luotettavaa, turvallista, lääkehoito ja hoitotoimenpiteet olivat riittävät ja ympäristö tuki kotona asumista. Kansainvälisissä tutkimuksissa laatutekijöinä mainitaan vuorovaikutus, annetun ajan riittävyys, hoidon jatkuvuus ja luotettavuus. (Samuelsson & Brink 1997; Samuelsson & Wister 2000; Sixma ym. 2000; Francis & Netten 2004.)

Tiivistäen: Vanhusten kotihoidon muutoksen tutkimusten mukaan kotihoidon asiakkaiden enemmistö on iäkkäitä yksinasuvia naisia, joilla on monia sairauksia ja toimintakyvyn puutteita, jotka aiheuttavat monia palvelutarpeita. Erityisesti hallintotieteellinen kotihoidon yleinen muutostutkimus on vähäistä. Tutkimukset liittyvät palvelurakenteen muutoksiin kuten esimerkiksi monituottajuuteen ja siihen liittyvään kilpailuttamiseen. Yleistä muutostutkimusta laajempaa on integroinnin tutkimus muutoksen yhtenä tyyppinä. Sen sijaan vanhusten integroidun kotihoidon sisällön ja laadun yhdistävä tutkimus on vähäistä verrattuna kotihoidon laadun yleiseen tutkimukseen.

3 Aineistot ja menetelmät

3.1 TUTKIMUKSEN LUONNE JA TUTKIMUSTYYPIT

Tutkimukseni sijoittuu terveyshallintotieteeseen, joka on soveltava tiede. Useiden tieteenalojen käsitteitä, menetelmiä ja tutkimusotteita käyttävien hyvin soveltavien tieteiden sijoittaminen perinteisiin tieteenalaluokituksiin on ongelmallista. Tarkasteltavien ilmiöiden moninaisuuden vuoksi työlläni on käsitteiden, tutkimusotteiden ja menetelmien suhteen yhtymäkotia useiden yhteiskuntatieteiden tutkimusperinteeseen. Esimerkiksi valtionohjauksen vaikutusten tarkastelu kotihoidon ja sen toimintaympäristön muutoksiin yhdistää työni hallinnon ja politiikan tutkimuksen toimeenpanotutkimukseen (esim. Teittinen 1985, Leskinen 2001), vaikka en sovelta suoranaisesti tämän tutkimusperinteen käsitteistöä ja teorioita. Tutkimuksellani on jossain määrin yhtymäkohtia myös sosiaalihalintotieteeseen ja sosiaaligerontologiaan ja kotihoidon laadun määrittelyn ja mittaamisen osalta hoitotieteeseen.

Käytän organisaatioiden, politiikan ja hallinnon tutkimuksessa kehitettyjä muutoksen, erityisesti organisaatiomuutoksen ja poliittishallinnollisen ohjauksen käsitteitä ja näkökulmia. Lisäksi käytän viime vuosina kehitettyä sosiaali- ja terveystalvelujen integrointitutkimuksen käsitteistöä, jonka juuret ovat vahvasti hallintotieteissä. (esim. Nikkilä & Sinkkonen 1985; Sinkkonen, Taskinen & Rissanen 2011.) Terveyshallintotiede soveltavana tieteenä on hyvin käytännönläheistä ja käyttää useiden tieteenalojen käsitteitä, teorioita ja menetelmiä (Sinkkonen & Kinnunen 1999).

Edellä viitatus käsitteiden ja tutkimusotteiden triangulaation lisäksi sovellan aineistojen ja menetelmien triangulaatiota, jossa käytän erilaisia aineistotyypppejä, aineistonkeruutapoja ja vastaajaryhmiä sekä eri ajankohtina hankittuja aineistoja. Yhdistämällä erilaisia aineistoja ja näkökulmia saadaan oletettavasti luotettavampaa ja monipuolisempaa tietoa tutkittavista ilmiöistä. Tutkimus sisältää ilmiöitä tunnistavia eli kartoittavia ja kuvailevia sekä arvioivia ja syy- ja seuraussuhteita ymmärtävästi tulkitsevia lähestymistapoja hallintotieteiden klassisen *Verstehen*-metodin tapaan. (Weber 1951.)

Kotihoidon laadun tarkastelun osalta työni on arviointitutkimusta, jossa arviointikriteereinä (Sinkkonen & Kinnunen 1994, 37) ovat laadukkaan kotihoidon ominaisuuksista johdetut kriteerit. Arviointitutkimus on arviointia, jossa yhtyvät niin teoretisointi kuin tiedon tuotanto (Shaw 1999, 17-18) ja tutkimusta tehdään ensisijassa päätöksenteon ja kehittämistyön tueksi tavoitteena toiminnan kehittäminen. Arvioinnin lähestymistapoja on useita ja esimerkiksi Terho Vuorela (1997, 28-31) mainitsee standardi- tai normiperusteiset, tavoiteperusteiset, tehokkuusperusteiset sekä päätöksentekijään tai osapuoliin kytkeytyvät ar-

viointitavat. Erilaisissa lähestymistavoissa näkyvät arvioinnin eri tarkoitukset. Sirkka Sinkkonen ja Juha Kinnunen (1994, 76-78) toteavat arvioinnin tyyppien määrittelyn ja luokittelujen olevan melko samanlaisia luonteeltaan. Suurimmat erot ovat terminologiassa sekä siinä missä määrin peruslähestymistapojen sisällä on omiksi tyypeikseen ryhmitelty vain vähän toisistaan poikkeavia arvioinnin muotoja. Arvioinnin lähestymistavat on heidän mukaansa nimetty usein keskeisen kriteerin (esimerkiksi tavoite- tai standardiperusteinen arviointi) tai kriteerein johtamisen tai valinnan mukaan (monitoimijainen tai osallistava arviointi).

Palvelun laatua moniportaisessa julkisessa organisaatiossa tutkinut Leena Oulasvirta (2007, 109) kuvaa eräänä lähestymistapana asianosaisarviointia, joka syntyi vastapainoksi keskusjohtoiselle ohjelmaevaluoinnille. Asianosaisarvioinnissa eri intressiosapuolet otetaan mukaan arviointiin. Eräs asianosaisarvioinnin muoto on sisällöltään toisiaan vastaavat monitahoarviointi (*multiple constituency evaluation*) tai sidosryhmäperusteinen arviointi (*stakeholder-based evaluation*). (ks. Vartiainen 1994, 98-99.) Arviointiin otetaan mukaan erilaisia sidosryhmiä kuten palvelun käyttäjät, päätöksentekijät tai rahoittajat. Sirkka Sinkkonen ja Juha Kinnunen (1994, 89-92) käyttävät monitahoarvioinnista monitoimijaisen arvioinnin käsitettä. Monitoimijaisen arvioinnin piirre on heidän mukaansa se, että kriteerit ja arvioinnin ulottuvuudet ovat erilaisia arviointiin osallistuvien toimijoiden erilaisuudesta johtuen. Kriteereinä voi olla asianosaisen odotusten tai tarpeiden tyydytyksen aste eli tarvestaavuus (*responsiivisuus*), toiminnalle asetetut tavoitteet tai tehokkuus. Kriteerejä voidaan laatia myös toiminnan tulevaan kehittämiseen tai arvioida meneillään olevaa tai päättynyttä toimintaa. Monitoimijaisessa arvioinnin lähestymistavassa korostuu asianosaisen keskinäinen vuorovaikutus (Sinkkonen & Kinnunen 1994, 89-92). Myös tässä seurantatutkimuksessa on hyödynnetty laadun osalta monitoimijaista arviointia, sillä kotihoidon laadun arvioijina ovat palveluja käyttävät asiakkaat, heidän omaisensa ja palveluja antavat kotihoidon työntekijät (kohta 4.5).

Tutkimuskunnan kotihoidon rakenteilla integroinnin ja muun organisoinnin osalta tutkimukseni voidaan tulkita tapaustutkimukseksi. Tapaustutkimus (*case study*) on yksityiskohtaista, intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia. Yksittäistapausta tutkitaan yhteydessä ympäristöönsä luonnollisissa tilanteissa, josta yksittäistapaus on osa. Aineisto kerätään useita metodeja käyttämällä mm. havainnoin, haastatteluin ja dokumentteja tutkien. Tavoitteena on tyypillisimmin ilmiöiden kuvailu. (Hirsjärvi ym. 2004, 125-126.) Tapaustutkimusta käytetään varsinkin yhteiskuntatieteissä. Sen tavoitteena ei ole löytää yleistyksiä, tyypillisiä piirteitä eikä syy-seuraussuhteita, vaan kuvailla ilmiötä ja tehdä uusia havaintoja. Se auttaa syvällisemmin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, tässä tapauksessa kotihoidon muutoksia integroinnin näkökulmasta ja niiden vaikutusta palvelujen laatuun.

Tutkimukseni on vain siltä osin tapaustutkimus, että se kuvaa yhden kunnan, Kuopion kotihoidon, tilannetta vuosina 1994–2009. Kaikissa viidessä seurantamittauksessa kotihoidon laadun arvioivat kolme arvioitsijaryhmää: asiakkaat, omaiset ja työntekijät. Näissä mittauksissa vastaajien määrät vaihtelivat eri

vuosina välillä 208–292. Kotihoidon sisällön muutoksia mitattiin työntekijöiden työajankäytöllä, ja tutkimuksen näissä osissa vastaajien määrä vaihteli viidessä seurannassa 68–136.

3.2 AINEISTOT

3.2.1 Asiakirja-aineistot ja niiden valintakriteerit

Valtionohjausta ja tutkimuskuntaa koskevien asiakirjojen valintaperusteita oli kolme: julkaisemisajankohta, sisältämän ohjauksen kohde ja taulukossa 1 kuvattu asiakirjatyypin. Ensimmäisenä kriteerinä oli julkaisemisajankohta, vuodet 1992–2009. Aloitamisajankohdaksi valitsin vuoden 1992, koska silloin Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyöryhmä jätti mietintönsä. Palvelurakennetyöryhmän esitykset käynnistivät vanhuspalveluissa kotihoitoa ja sitä tukevia avopalveluja painottavan rakennemuutoksen. Toinen ja tärkein syy kotihoidon ja sen toimintaympäristön muutosten tarkastelun aloittamiseen vuodesta 1992 on se, että tutkimuskunnassa käynnistyi tuolloin perustavaa laatua olevan organisaatiomuutoksen, sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen, suunnittelu valtuuston 24.4.1992 tekemän yhdistämispäätöksen pohjalta (liitetaulukko 1). Myös käyttämäni tilastot ovat edellä mainituista syistä samoilta vuosilta.

Toisena asiakirjojen valintaperusteena oli niiden sisältämän ohjauksen kohde: vanhusten kotihoidon joko toimintaympäristö, sisältö, laatu, integrointi, muu organisointi tai näiden kohteiden erilaiset yhdistelmät. Osa tällä perusteella valituista valtionohjausasiakirjoista ja tutkimuskunnan asiakirja-aineistosta koskee kaikkia sosiaali- ja terveystoimen palveluja, mutta otin niistä analysoitavaksi tutkimuskohteeni mukaisesti vain vanhuspalveluja ja kotihoitoa koskevat osuudet.

Kolmas valintaperuste oli taulukossa 1 kuvattu asiakirjatyypin. Valitsin asiakirjoja, jotka sisälsivät edellä mainittuja kohteita koskevaa normiohjausta välittäviä lakeja ja asetuksia sekä informaatio-ohjausta välittäviä lakisääteisiä suunnitelmia ja ohjelmia. Lisäksi valitsin edellä mainittuja kohteita koskevia asiantuntijaryhmien suunnitteluasiakirjoja ja strategioita sekä valtion viranomaisen antamia suosituksia ja muuta ohjeistusta sisältäviä oppaita. Tutkimuskunnan asiakirja-aineistoon valitsin vanhuspalveluja ja kotihoitoa koskevia valmistelu-, päätös- ja arviointiasiakirjoja.

Aineistoon valitut valtionohjausasiakirjat on kuvattu liitteessä 2 ja tutkimuskuntaa koskevat asiakirjat liitteessä 3. Valtionohjausasiakirjoja oli yhteensä 45 ja tutkimuskuntaa koskevia asiakirjoja 50; niiden jakautuminen asiakirjatyypin mukaan näkyy taulukossa 1.

Taulukko 1: Valtionohjauksen ja tutkimuskunnan asiakirjat 1992–2009

Valtionohjausasiakirjat vuosilta 1992- 2009	Määrä
Lait ja asetukset	18
Lakisääteiset suunnitelmat ja ohjelmat*	7
Muut suunnitteluasiakirjat, strategiat	10
Laatu- ym. suositukset ja oppaat	10
Yhteensä	45
Tutkimuskunnan asiakirjat vuosilta 1992-2009	
Julkaisut, mietinnöt, esitteet/monisteet	8
Strategia-asiakirjat, selvitykset	7
Päätöspöytäkirjat	16
Hankkeisiin liittyvät raportit	7
Sosiaali- ja terveyskeskuksen vuosikertomukset ja toimintakertomukset	12
Yhteensä	50

* Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten ohjausasiakirjojen nimet ovat muuttuneet seuranta-aikana kolme kertaa: valtakunnalliset suunnitelmat 1992-1999, tavoite ja toimenpide ohjelmat TATO:t 2000-2007 ja kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011.

Lisäksi hyödynnän sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien valtakunnallisten ja alueellisten kehittämishankkeiden dokumentteja. Kotihoidon sisällön tarkastelussa tutkimustehtävässä 3 hyödynsin lisäksi aikaisempaa tutkimustietoa.

3.2.2 Tilastoaineistot

Tutkimusaihetta koskevia tilastotietoja kokosin vuosilta 1994–2009 valtakunnallisista Stakesin, SVT:n ja Tilastokeskuksen rekistereistä, THL:n tilasto- ja indikaattoripankin SOTKANet-tiedostoista, KuntaNet- ja KunnatNet- tiedostoista ja Kuopion kaupungin väestöennusteista, henkilöstötilinpäätöksistä, talousarvio- ja toimintasuunnitelmista sekä sosiaali- ja terveyskeskuksen vuosikertomusten suorite- ja kustannustiedoista.

3.2.3 Haastattelu- ja kyselylomakkeet

Tutkimuksessa käytetyt haastattelu- ja kyselylomakkeet (liitteet 4–6) on kehitetty Kuopio-projektissa 1994⁸. Niiden suunnittelussa oli käytetty aikaisempien tutkimusten lomakkeita (esim. Viitala 1990a, Leiwo ja Teräsalmi 1995, Taskinen ym. 1995) ja teoreettista tietämystä laadusta ja sen määrittämisestä erityisesti terveyspalvelujen osalta (Hyvärinen ym. 1995a, 34 ; Rissanen ym. 1999, 73). Mittarin kehittämisessä sovellettiin monitoimijaisen arvioinnin lähestymistapaa (Sinkkonen ja Kinnunen 1994) laatimalla lomakkeet monitieteisessä ryhmässä,

⁸ Ks. myös artikkelit II- IV ja tätä tutkimusta edeltäneiden Kuopio-projektin aikaisemmat julkaisut (Hyvärinen ym. 1995a, 34; Rissanen ym. 1999, 73).

jossa oli mukana kokeneita kotihoidon työntekijöitä. Kuopion kaupungin edustajat arvioivat mittarin ja heidän korjausehdotuksensa pyrittiin ottamaan huomioon. (Hyvärinen ym. 1995, 33.)

Liitteissä 4–6 on vuoden 1994 haastattelu- ja kyselylomakkeet. Vuoden 1994 lomakkeissa asiakkaiden ja omaisten taustatietoja mittasi seitsemän kysymystä, 16 kysymystä osioineen kotihoidon palveluja ja sieltä saatua apua, neljä kysymystä muualta saatua apua ja kaksi palvelujen järjestämistä, joko kunnan tai yksityisen järjestämänä. Työntekijöiden lomakkeessa kysymykset koskivat taustatietoja, kotihoidon palveluja, tiedonkulkua, asiakasmääriä ja palvelujen järjestämistä. Työntekijöiltä kysyttiin lisäksi mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä ja työolosuhteisiinsa, palautetta, omien kykyjen tunnistamista ja mahdollisuuksia toteuttaa niitä työssään. Kysymysten määrä vaihteli seurantavuosina välillä 29–32, joista avoimia kysymyksiä oli 3–5. Vaihtelun aiheuttivat vuodesta 2000 alkaen lisätyt kysymykset. Strukturoiduissa kysymyksissä oli vastausvaihtoehdot sisältäviä monivalintakysymyksiä ja useita (4–9), pääosin positiivisia väittämiä.

Kotihoidon laadun tarkastelussa tässä työssä käytetyt muuttujat on kuvattu liitteessä 8. Kysymysten numerot erosivat hieman kolmen vastaajaryhmän lomakkeissa. Seuraavassa käytetään vuoden 1994 asiakkaiden haastattelulomakkeen kotihoidon laatumittarien kysymysten numeroita.

- (1) Kotihoidon tarvestaavuutta (*responsiivisuutta*) mitattiin kuudella kysymyksen osiolla (18:1, 18:2, 18:13, 18:14, 18:21, 19:1): oliko asiakas saanut tarvitsemansa, pyytämänsä ja luvatus avun sekä oliko asiakkaan tarpeet/ongelmat huomattu, erilaiset elämäntilanteet ymmärretty ja niihin löydetty ratkaisu.
- (2) Kotihoidon avun ja hoidon riittävyttä mitattiin kysymyksellä, jonka osioissa (10:1-10) kysyttiin palvelujen riittävyttä ruokailussa, hygienian hoidossa/ peseytymisessä, kotona liikkumisen tukemisessa, lääkahuollossa, vaatehuollossa, asioimisavussa, siivouksessa, keskustelussa/seurustelussa ja hoitotoimenpiteissä.
- (3) Asiakkaalle annettun ajan riittävyttä ja kotihoidon saatavuutta mitattiin kolmella kysymyksen osiolla: työntekijät ovat varanneet riittävästi aikaa, ovat kiireisiä, tulevat sovittuna aikana (18:10, 18:11, 18:12).
- (4) Kotihoidon työntekijäkohtaista jatkuvuutta mitattiin neljällä kysymyksellä (12, 13, 14, 18:22): onko asiakkaan luona käynyt viimeisen kuuden kuukauden ajan sama kotisairaanhoidon/kotipalvelun työntekijä, haluaisiko asiakas useimmiten saman työntekijän käyvän luonaan, kävätkö työntekijät asiakkaan toivomana aikana ja vaihtuvatko työntekijät liian usein.
- (5) Asiakkaan ohjausta, neuvontaa ja tiedotusta mitattiin viidellä kysymyksen osiolla (18:7, 18:8, 18:9, 18:16, 18:17): työntekijät kertovat tarjolla olevista palveluista, kenelle palvelut on tarkoitettu, miten niitä on mahdollista saada, neuvovat ja ohjaavat terveyteen liittyvissä kysymyksissä ja auttavat pitämään yhteyttä muihin ihmisiin.

Kotihoidon laatumittari kattaa melko laajasti laadun tärkeät ulottuvuudet. Laatu mittavien kysymysten käyttö useissa tutkimuksissa osoittaa tutkijoiden yksimielisyydellä (*face validity*) todettua sisällön validiteettia, vaikka lomakkeissa havaittiinkin tiettyjä puutteita jo vuoden 2000 seurannassa. Osan puutteista ovat aiheuttaneet pitkänä seuranta-aikana kotihoidossa tapahtuneet muutokset. Laatumittareiden luotettavuutta arvioin kohdassa 5.1.3.

Kotihoidon sisältöä ja sen muutoksia seuranta-aikana mitattiin työntekijöiden keskimäärin päivittäin käyttämällä työajalla (21:1-13) yhdeksässä välittömään asiakastyöhön liittyvässä tehtävässä: ruokailuun, hygienian hoitoon, kotona liikkumisen tukemiseen, lääkehoitoon (esim. lääkkeiden jako), vaatehoitoon (esim. pyykinpesu, ompelu), asiointiapuun ja /tai palveluun kodin ulkopuolella (esim. pankissa tai kaupassa käynnit), siivoukseen, keskusteluun/ seurusteluun asiakkaan kanssa ja hoitotoimenpiteisiin kotona (esim. haavanhoitot, pistokset). Tämän lisäksi mitattiin työntekijöiden kokouksiin, kirjallisiin tehtäviin ja työpisteestä toiseen siirtymiseen käyttämä aika.

Alkuaan oli tarkoitus käyttää kaikkina aineistonkeruuvuosina samoja lomakkeita. Pitkän 15 vuoden seuranta-ajan vuoksi lomakkeissa ilmeni muutostarpeita ja niihin tehtiin pieniä tarkennuksia ja lisäyksiä vuodesta 2000 lähtien. Liitteessä 7 on taulukko eri vuosina lomakkeisiin tehdyistä muutoksista, joista suurin osa on lisäyksiä, mutta myös joitakin muita täydennyksiä tai poistoja. Keskeiset lisäykset koskivat kotihoidon ja lääkehoidon turvallisuutta, kivun hoitoa, itsemääräämisoikeuden toteutumista, ulkona liikkumisen tukemista ja omahoitajuutta. Näitä myöhemmin lisättyjä kysymyksiä ei raportoida tässä tutkimuksessa. Työntekijöiden lomaketta lyhennettiin vuoden 2009 seurannassa vastaamishalukkuuden lisäämiseksi poistamalla kysymykset 14–18. Ne koskivat asiakassiirtojen tiedonkulkua kotihoidon ja laitosten välillä eivätkä olleet pitkäaikaisen kotihoidon asiakkailta relevantteja. Kotihoidon laadun muutoksia vertaillaan eri seurantavuosien kesken vain niiltä osin, kun on käytetty samoja kysymyksiä.

3.2.4 Haastattelu- ja kyselyaineistojen keruu

Käytän tutkimustehtävässä 3 osittain ja tutkimustehtävässä 4 kokonaan kolmelta vastaajaryhmältä kyselyillä ja haastatteluilla koottuja aineistoja, jotka koottiin Kuopiossa viitenä ajankohtana vuosina 1994–2009. Yli 65-vuotiailta asiakkailta aineistot koottiin lomakehaastatteluilla, mutta omaisilta ja kotihoidon työntekijöiltä postikyselyllä (taulukko 2). Kolme ryhmää valittiin siksi, että saataisiin laajaa ymmärrystä kotihoidon laadusta keskeisten arvioitsijaryhmien näkökulmasta.

Taulukko 2: Lähetetyt lomakkeet / suunnitellut haastattelut (N), vastanneiden luku (n) ja vastausprosentti viidessä tutkimuksessa

Aineiston keruutavat		1994	1997	2000	2003	2009
Asiakkaiden haastattelut	N	77	81	84	80	80
	n	66	67	84	74	80
	%	86	83	100	93	100
Kyselyt omaisille	N	86	100	100	100	100
	n	74	73	73	78	76
	%	86	73	73	78	76
Kyselyt työntekijöille	N	105	104	100	100	207
	n	84	68	87	76	136
	%	81	65	87	76	66

Asiakkaat tutkimukseen valitsivat heitä päivittäin hoitavat työntekijät ja kotipalveluohjaajat. Asiakkaiksi valittiin niitä, jotka olivat olleet säännöllisessä koti-hoidossa puoli vuotta ja pystyivät vastamaan kyselyyn. Omaisiksi valittiin niitä, joiden vanhus oli ollut koti-hoidossa vähintään puoli vuotta. Omaisista pyrittiin myös valitsemaan niitä, joiden vanhus ei kyennyt itse osallistumaan haastatte-luun. Tämä ei ollut kuitenkaan ehdoton vaatimus vaan se, että omainen oli seu-rannut vanhuksensa hoitoa pystyäkseen arvioimaan kotihoidon laadun.

Työntekijöiden valintakriteerinä oli vähintään puolen vuoden työskentely koti-hoidossa välittömässä ja usein toistuvassa vuorovaikutuksessa vanhusasi-akkaiden kanssa. Kotisairaanhoidosta otettiin kunakin tutkimusvuonna kaikki työntekijät. Kotipalvelusta työntekijät valittiin satunnaisotoksella vuosina 1994 ja 1997 ja tasavälisellä otannalla vuosina 2000 ja 2003. Vuonna 2009 otettiin kaikki marras-joulukuun vaihteessa kolmen viikon aikana työssä olleet ja kriteerit täyt-tävät työntekijät. Asiakkaat, omaiset ja työntekijät edustivat tasapuolisesti kau-pungin eri alueita, paitsi että eteläinen maaseutualue, Riistavesi ja Vehmersalmi rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle.

Aineistot koottiin 1994 ja 1997 huhti-toukokuussa, 2000 touko-kesäkuussa ja 2003 kesä-heinäkuussa. Vuonna 2009 omaisille ja työntekijöille tehtiin kyse-ly marras-joulukuun vaihteessa. Asiakkaista osa haastateltiin marras-joulu-kuussa 2009 ja loput vuoden 2010 tammikuussa ja muutamia helmikuun alussa. Aineistonkeruun ajankohtaan vaikutti haastattelijoina toimineiden lähihoitaja-opiskelijoiden mahdollisuus osallistua siihen työssäoppimisen jaksolla.

Omaisille tehtiin kaikilla kerroilla yksi uusintakysely ja työntekijöille neljäs-sä ensimmäisessä mittauksessa yksi uusintakysely. Vuonna 2009 työntekijöille ei tehty uusintakyselyä seuraavista syistä. Aineistonkeruun ajankohtana sijaistyö-voiman käytölle oli tiukat rajoitukset, arkipyhät vaikuttivat työvuoroihin ja työn-tekijöiden lomautus oli suunniteltu 31.8.–31.12.2009 väliseksi ajaksi. Lisätyötä aiheutti lisäksi H1N1-pandemia. Näiden tekijöiden oletettiin alentavan vastaus-halukkuutta uusintakyselyssä. Työntekijöiden otosta ei rajattu myöskään aikai-

sempien vuosien tavoin sataan, vaan lähijohtajat hoitivat lomakkeiden jakelun kriteerit täyttävillä työssä olevilla viikoilla 48–50.

Vastausaktiivisuus oli kaikissa seurannoissa ja vastaajaryhmissä hyvä. Vuonna 2000 työntekijöiden vuosia 1994, 1997 ja 2003 korkeampi vastausprosentti ei ole täysin vertailukelpoinen, sillä näinä kolmena vuotena kysely lähetettiin tarkistamatta oliko työntekijä aineiston keruun ajankohtana vuosilomalla tai muista syistä pidempään poissa töistä. Vuoden 2009 vastausaktiivisuuteen työntekijöillä on saattanut vaikuttaa uusintakyselyn puuttuminen aiemmin kuvatuista syistä.

Haastattelijoina toimivat yliopiston sosiaalitieteiden ja terveyshallinnon ja -talousopin opiskelijat (4–5 opiskelijaa) muina vuosina paitsi vuonna 2009. Tällöin asiakkaita haastattelivat työssä oppimisjaksolla olleet nuorisosaasteen ylioppilaspohjaiset lähihoitajaopiskelijat, joilla oli noin vuoden opinnot takanaan. Haastattelijoina oli myös muutama aikuisopiskelija. Haastattelu oli näillä opiskelijoilla osa työssä oppimista. Yksi opiskelija haastatteli yleensä 1–4 asiakasta. Korkeimmaksi haastateltavien määräksi oli sovittu 5 asiakasta. Haastattelijoille oli kaikilla kerroilla informaatiotilaisuus ennen haastattelua ja vuonna 2009 informaatiotilaisuuksia oli kaksi, joihin osallistui myös ohjaava opettaja. Informaatiotilaisuudessa käytiin läpi tutkimuskunnan kotihoitoon, haastattelutekniikkaan ja tutkimuseettisiin asioihin liittyviä kysymyksiä sekä kaikki kyselylomakkeen kysymykset. Tarvittaessa opiskelijat saattoivat olla puhelimitse yhteydessä tutkijaan. Vuoden 2009 kyselyssä toimi eräs lähijohtaja tutkimuksen yhdyshenkilönä käytännön järjestelyissä ja osallistui myös molempiin informaatiotilaisuuksiin.

3.3 KATO

Vastaamatta jättäneiden osuudet olivat eri vuosina asiakkailla 7–17 %, omaisilla 14–27 % ja työntekijöillä 13–34 %. Vastaamattomuuden syiksi omaiset mainitsivat useimmiten ajan puutteen, kysymysten suuren määrän, omaisen sairaalassaolon, oman sairauden tai ettei tiennyt riittävästi kotihoidosta. Työntekijöiden mainintoja olivat ”kiire”, ”ei ollut aikaa vastata pitkiin kyselyihin”, ”ei toinna vastata kun ei se kuitenkaan mihinkään johda”, ”taasko kyselyjä”, ”liian pitkä kysely”, ”kyselyillä ei ole merkitystä”. Asiakkailla vastaamattomuuden syitä olivat kieltäytyminen sovitusta haastattelusta, haastattelun keskeytyminen tai asiakasta ei tavoitettu sovittuna aikana eikä kieltäytymisen syytä ilmoitettu.

3.4 ANALYYSIMENETELMÄT

Ensimmäisessä ja toisessa tutkimustehtävässä kuvaan ja tulkitsen kotihoitoon ja sen toimintaympäristöön kohdistuneen valtionohjauksen muutoksia asiakirja-aineistojen pohjalta soveltamalla muutoksen, integroinnin ja laadun teoreettista ymmärrystä. Aineistojen analysoinnissa olen käyttänyt sekä sisällön määrällistä erittelyä että laadullista analyysia. Jouni Tuomi ja Anneli Sarajarvi (2003, 107)

tarkoittavat sisällön erittelyllä dokumenttien analyysia, jossa esimerkiksi tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti ja sisällön analyysilla tarkoitetaan dokumenttien sisältöä kuvataan sanallisesti. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päätelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. He erottavat laadullisessa tutkimuksessa teorialähtöisen, aineistolähtöisen ja teoriasidonnaisen analyysimuodon. Teorialähtöisessä analyysissä luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä ja analyysia ohjaa jokin teema tai käsitekartta. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta ja käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Teoriasidonnaisessa analyysissä on tiettyjä teoreettisia kytkentöjä ja teoria voi toimia apuna analyysin tekemisessä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 97–101.) Omassa analyysissäni tukeudun laadun, muutoksen ja muutoksessa erityisesti integroinnin teorioihin.

Asiakirja-aineistossa ilmenevät muutokset luokittelin kolmeen luokkaan: (1) valtionohjauksen muutokset, (2) tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristön muutokset ja (3) kotihoidon sisäiset sekä kehittämishankkeiden aikaansaamat muutokset.

Muutoksiin sisältyvien integrointitapojen analysoinnissa sovellan aihepiirin kirjallisuudessa esitettyjä luokituksia vertikaalinen-horisontaalinen, strateginen tulevaisuussuuntautuneisuus sekä rakenteilla, prosesseilla, työvälillä ja muilla tavoilla integrointi. Valtionohjauksen integroinnin muutosvoiman kotihoidolle arvioin neliportaisesti: laaja, kohtalainen, suppea ja ei vaikutusta tai sitä on vaikea arvioida.

Tutkimuskunnan kotihoidossa ja sen toimintaympäristössä kuvaamani muutoksia liitetaulukossa 2 luokittelin työn sisältöön, palvelurakenteeseen ja organisointiin liittyviin muutoksiin. Näiden muutosten vaikutukset arvioin kotihoidolle joko laajaksi, kohtalaiseksi tai suppeaksi ja niiden ulottuvuudet sisältä tai ulkoa ohjatuksi. Muutoksiin sisältyvät integrointitavat luokittelin rakenteilla, prosesseilla, työvälillä ja muilla tavoilla integroinniksi ja niiden muutosvoiman arvioin neliportaisesti: vahvasti vahvistava, osittain vahvistava, ei vaikutusta/vaikea arvioida ja heikentävä vaikutus.

Kolmannessa tutkimustehtävässä käytin tilastoja ja kotihoidon muutoksia kuvaavaa edellä mainittua asiakirja-aineistoa, jolla täydennän artikkelissa I kuvattuja tuloksia. Tutkimustehtävän 3 toteutin osittain työntekijöiden työnajan käyttöä kuvaavalla määrällisellä aineistolla, joita koskevat tulokset on kuvattu artikkeleissa II ja III paitsi vuoden 2009 tuloksia, jotka raportoin tässä tiivistelmäosassa ensimmäisen kerran.

Työntekijät arvioivat eri tehtäviin työvuorossa käyttämänsä työajan tunteina ja minuutteina, joita käytettiin sellaisinaan muuttujina Kuopio-projektin ensimmäisissä raporteissa. (ks. Hyvärinen ym. 1995b, Rissanen ym. 1999.) Summaamalla työntekijän ilmoittamat eri tehtäviin käyttämät ajat saatiin kunkin työntekijän työhön käyttämä kokonaisaika, joka saattoi poiketa paljon todellisesta kokonaistyöajasta. Ongelma korjattiin osatyöstä II alkaen käyttämällä muuttujana kunkin tehtävään käytetyn ajan prosenttiosuutta vastaajan kokonaistyöajasta.

Neljännessä tutkimustehtävässä käytetty aineisto koottiin haastatteluilla ja kyselyillä. Vastaajien taustaa, palvelun sisältöä ja laatua kuvaavien muuttujien muutoksia eri vuosina analysoitiin asteikosta riippuen ristiintaulukoinneilla, χ^2 -testillä tai yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). Jos ANOVA osoitti merkitsevää eroa vuosien välillä, post hoc -testinä käytettiin Dunnettin testiä, jossa tutkimusvuoden tulosta verrattiin vuoden 1994 lähtötilanteeseen. Osatyössä III käytettiin Bonferronin testiä. Joissakin kuvioissa on annettu myös keskiarvon 95 %:n luottamusväli merkitsevyyden arvioimiseksi. Jos muuttuja oli järjestysasteikollinen, ANOVAn merkitsevä tulos kontrolloitiin robustimmalla Kruskalin-Wallisin varianssianalyysillä, jonka mahdollinen ei-merkitsevä p-arvo ($\geq .05$) on tällöin raportoitu.

Laadun ulottuvuuksien kuvaamiseksi Sari Rissanen ym. (1999, 74-75) tekivät vuosien 1994 ja 1997 yhdistetystä asiakasaineistosta faktorianalyysin käyttäen varimax-rotatiota ja ominaisarvoa 1. Kolmen faktorin ratkaisu tuotti seuraavat laadun ulottuvuudet: (1) avun ja hoidon tarpeenmukaisuus, (2) asiakkaalle annetun ajan riittävyys ja (3) ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen riittävyys. Näiden pohjalta muodostettiin taulukossa 3 esitetyt summamuuttujat. Esitetyt Cronbachin α -kertoimet kuvaavat summamuuttujien sisäistä kiinteyttä tai johdonmukaisuutta.

Vastaajien taustamuuttujien ja laatua kuvaavien muuttujien yhteyksiä arvioitiin binaarisella logistisella regressioanalyysillä. Seuraavat muuttujat muunnettiin kaksiluokkaisiksi koodaamalla 0:ksi yli 85-vuoden ikä, yksin asuminen ja alle tasoa 3 oleva terveydentila; muille vaihtoehdoille annettiin näissä muuttujissa arvo 1. Laatua kuvaavien riippuvien muuttujien tason 3 ylittävä arvo koodattiin 1:ksi ja muut 0:ksi. Mallin muuttujia karsittiin taaksepäin eliminoivalla menetelmällä.

Taulukko 3: Asiakkaan kokemaa kotihoidon laatua kuvaavat summamuuttujat Rissasen ym. (1999, 74) mukaan (α = faktorin Cronbachin alfa-kerroin).

Faktori 1, α = .85 Avun ja hoidon tarpeen- mukaisuus	Faktori 2, α = .87 Ohjaus, neuvonta, tiedotus	Faktori 3, α = .64 Vanhukselle annettun ajan riittävyys
Vanhus on saanut tarvitsemansa avun	Työntekijät kertovat tarjolla olevista palveluista	Työntekijät tulevat sovittuna aikana
Vanhus on saanut pyytämänsä avun	Työntekijät kertovat kenelle eri palvelut on tarkoitettu	Työntekijät ovat varanneet riittävästi aikaa
Vanhus on saanut luvattun avun	Työntekijät kertovat miten eri palveluja voi saada	Työntekijöillä ei ole kiire
Työntekijät huomaavat vanhuksen tarpeet	Työntekijät ohjaavat terveyteen liittyvissä asioissa	
Työntekijät ymmärtävät vanhuksen elämäntilanteita	Työntekijät auttavat vanhusta pitämään yhteyttä muihin	
Työntekijät löytävät ratkaisut vanhuksen tarpeisiin		

Tilastoanalyysissä käytettiin SPSS-ohjelmistoa (varhaisin versio 13.0, viimeisin 17.0). Visualisoinnissa käytettiin Excel-ohjelmistoa (versiot 2000 ja 2007) ja osatyössä III myös SigmaPlot- ja SmartDraw-ohjelmia. Tilastoanalyysijä varten Likert-asteikkojen arvot 1-5 muunnettiin asteikoille 1-4 siten, että 1 vastasi huonointa tai täysin eri mieltä- ja 4 parasta tai täysin samaa mieltä -vaihtoehtoa. Asteikon arvo 5 "en osaa sanoa" koodattiin arvoksi 2.5. Puuttuvat tiedot jätettiin pois analyysistä.

Raportoin tutkimustulokset prosenttilukuina, taulukkoina ja graafisina esityksinä.

3.5 TUTKIJAN ROOLI JA TUTKIMUSETTISET KYSYMYKSET

Esiymmärrystäni tutkittavasta aiheesta on avartanut vuosikymmenien työskentely vanhusten ja pitkäaikaissairaiden parissa julkisella ja yksityisellä sektorilla. Opintomatkoiilla olen tutustunut vanhushuolteen sisältöön ja organisointiin Yhdysvalloissa, Pohjoismaissa ja Euroopassa. Erilaisissa projekteissa ja verkostoissa olen tehnyt yhteistyötä yksityisen sektorin, yhdistysten ja järjestöjen kanssa monituottajamallissa ja verkostotyössä. Mielenkiintoista ja tutkimus-

kohteesta ymmärrystä lisäävää on ollut poikkihallinnollinen yhteistyö vanhuspalveluissa, vanhusneuvostossa ja eläkeläisjärjestöjen yhteistyötoimikunnassa. Tutkimusaiheestani ymmärrystä lisäävänä pidän myös iäkkäiden vanhusten omaisena saamaani kokemusta.

Tutkijan roolini on osittain erilainen haastattelu- ja kyselyaineiston hankinnassa eri seurantavuosina. Vuosien 1994 ja 1997 haastattelu- ja kyselyaineiston kokosi toinen tutkija ja sain käyttööni aineistot, joilla saatoinkin jatkaa tutkimusta (ks. myös Rissanen 1998). Siirryin tutkimuskunnan kotihoidon vastuualuejohtajaksi vuonna 1998 sosiaali- ja terveystieteiden uudelleen organisoimisen yhteydessä ja työni päättyi keväällä 2009. Näin tutkijan rooli organisaatiossa saattaa vaikuttaa tuloksiin vuosina 2000 ja 2003, mutta ei enää vuonna 2009. Vastaajilla on ollut mahdollista antaa palautetta esimerkiksi avoimiin kysymyksiin vastatessaan. Tutkijan asema tutkimusorganisaatiossa on voinut vaikuttaa työntekijöiden vastauksiin painottaen niitä joko myönteisesti tai kielteisesti. Tätä en kuitenkaan havainnut avointen kysymysten vastauksissa esimerkiksi kysymyksessä ”mitä muuta haluaisitte mainita kotihoidosta”. Vuoden 2009 vastauksissa ei ole sellaisia havaintoja, joista voisi tulkita, että kysymyksiin olisi vastattu aikaisemmasta poikkeavasti. Määrällisten aineistojen hankintaan tutkija ei vaikuttanut, sillä haastattelijat olivat ulkopuolisia ja vastaukset lähetettiin suoraan Kuopion yliopistolle, jossa ne tallennettiin. Tallensin vain vuoden 2009 aineiston, jolloin en ollut enää virkasuhteessa tutkimuskuntaan.

Tutkimuskohteen tuttuus ja sidonnaisuus siihen voivat vinouttaa tai kaventaa näkemystäni tai heikentää tarkastelun objektiivisuutta. Oman vastuualueensa laadun tutkiminen ei ole ongelmatonta. Vähentääkö tutkimusalueen tunteminen ja tutkijan läheinen suhde tutkimuskenttään tutkimuksen luotettavuutta ja onko sillä merkitystä tulosten tulkinnassa? Tutkija on keskustellut ohjaajiensa kanssa roolinsa mahdollisesta vaikutuksesta tutkimustuloksiin ja tiedostanut asian. Todennäköisesti alan tuntemus on mahdollistanut kuitenkin realistisemmat arvioinnit muutosten merkityksestä kotihoidolle.

Tutkijan on huolehdittava tiedon luotettavuudesta kuvaamalla, selittämällä ja tulkitsemalla tarkasteltavia ilmiöitä, missä tutkimuskohteen tuntemus on eduksi. Olen pyrkinyt raportoimaan tulokset selkeästi, minkä toivon auttavan tulosten hyödyntämisessä kotihoitoon.

Tutkimuseettisistä velvoitteista (Vehviläinen-Julkunen 2006, 30) tutkittavien tietoinen suostumus ja vastaamisen vapaaehtoisuus (*informed consent*) varmistettiin asiakkailta, omaisilta ja työntekijöiltä seuraavasti: Asiakkaille lähetettiin ensin tutkimuksesta kertova kirje, jossa mainittiin myöhemmästä yhteydenotosta puhelimitse. Vuoden 2009 seurannassa asiakkaiden osallistumishalukkuus tutkimukseen varmistettiin kotikäynneillä. Vastaajien saatekirjeessä korostettiin vastaajien anonymiteetin säilymistä, osallistumisen vapaaehtoisuutta ja tutkimuksen tärkeyttä kotihoidon laadun kehittämiseksi. Työntekijöiden saatekirjeessä vuosina 2003 ja 2009 mainittiin lisäksi tutkimuksesta julkaistut artikkelit. Tutkittavat vastasivat nimettömänä haastatteluissa ja kyselyissä. Vuoden 2009 työntekijöiden lomakkeessa ei ollut havaintotunnuksia, koska heille ei tehty uusintakyselyä.

Asiakkaat haastateltiin heille sopivana ajankohtana kodissaan ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu. Tutkimuseettisesti on oikein, että palvelujen käyttäjille, eli tässä tutkimuksessa vanhuksille, annetaan myös ääni sanoa mielipiteensä palveluista, jotta ei korostuisi vain työntekijöiden tai johdon näemykset. Saatuja tuloksia voidaan myös hyödyntää nopeammin kotihoidon organisoinnissa ja kiinnittää laatutyössä huomio esille tulleet ongelma-kohtiin.

Tutkimusluvan myönsi vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003 sosiaali- ja terveysjohtaja ja vuonna 2009 koti- ja laitoshoidon vastuualuejohtaja.

4 Tutkimustulokset

Aloitin tutkimustulosten tarkastelun kotihoitoon vuosina 1992–2009 kohdistuneesta valtion ohjauksesta. Sitä koskeva alaluku 4.1 sisältää yksinomaan alkuperäisartikkeleissa julkaisemattomia tuloksia. Tämän jälkeen kuvaan tutkimuskunnan kotihoidon organisoinnissa ja toimintaympäristössä vuosina 1992–2009 tapahtuneita muutoksia. Myös niitä raportoiva alaluku 4.2 sisältää pääasiassa alkuperäisartikkeleissa julkaisemattomia tuloksia. Alaluvut 4.3–4.4 tiivistävät alkuperäisartikkelien tulokset. Ne kuvaavat kotihoidon sisällön ja laadun muutoksia 15 vuoden seuranta-aikana (1994–2009) viitenä eri ajankohtana tehtyjen kysely- ja haastattelututkimuksen pohjalta.

4.1 VALTIONOHJAUS KOTIHOIDON MUUTOSTEN KÄYNNISTÄJÄNÄ

Tämän luvun tarkoituksena on luoda taustaa tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristön sekä organisoinnin, sisällön ja laadun muutosten ymmärtämiselle. Valtionohjausta koskevat tulokset perustuvat 45 ohjausasiakirjaan, jotka sisältävät vanhusten kotihoitoon joko suoraan tai välillisesti kohdistunutta valtionohjausta vuosina 1992–2009. Osa asiakirjoista koski kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta valitsin niistä yksinomaan kotihoitoa ja muita vanhuspalveluja koskeva osat. Asiakirjojen valintakriteerit on esitetty kohdassa 3.2.1. Aineisto ei kata seuranta-ajalta kaikkia kotihoitoon suuntauneen valtionohjauksen asiakirjoja, mutta sisältää kuitenkin monipuolisesti ja edustavasti esimerkkejä kotihoidon keskeisestä valtionohjauksesta.

4.1.1 Kotihoitoon suuntautuneen valtionohjauksen kohteet ja toteutustavat

Tarkastellut valtionohjauksen asiakirjat on luokiteltu taulukossa 4 niiden sisältämän ohjauksen kohteen mukaan viiteen luokkaan. Vaikka luokittelu on jossakin määrin tulkinnanvarainen, keskustelujen ja useiden luokituskertojen jälkeen kahden luokittelijan tulos oli yhdenmukainen. Asiakirjojen sijoittaminen ohjauksen kohteen ja toteutustavan mukaisiin luokkiin on kuvattu liitteessä 1.

Asiakirjoissa oli mahdollista erottaa ohjauksen yksittäisinä kohteina koko vanhuspalvelujärjestelmä, palvelurakenne, kotihoidon sisältö, eri sektorien toimijoiden yhteistyö ja verkottuminen, kotihoidon organisaatiomuutokset, henkilöstön määrä, osaaminen, muut resurssit, työvälineet sekä palvelujen laatu ja sen edellytykset (taulukko 4, liite 1). Sama asiakirja sisälsi yleensä useita ohjauksen kohteita, joten luokat taulukossa 4 ja liitteessä 1 ovat eri kohteiden yhdistelmiä. Monia ohjauksen kohteita sisältävät asiakirjat käsitellään muiden luokkien yhtey-

dessä. Ohjauksen toteutustapoja oli kolme: informaatio-, normi- ja resurssiohjaus. Yleisin oli informaatio-ohjaus, joka oli yksinomainen toteutuskeino yli puolessa (n = 27,60%) analysoiduista 45 asiakirjasta, lisäksi se yhdistyi lakien ja varsinkin asetusten sisältämään normiohjaukseen. Normiohjausta oli yksinomaisena tai yhdessä informaatio-ohjaukseen kanssa kahdeksassatoista (n = 18,40%) asiakirjassa. Silloin kun asetus koski samaa uudistusta kuin laki, se on laskettu luokituissa lain kanssa yhdeksi asiakirjaksi.

Taulukko 4: Kotihoitoon suunnatun valtionohjauksen kohteet ja toteutustavat vuosien 1992-2009 ohjausasiakirjoissa (n = 45).

Kehittämistavoitteissa, toimenpidesuosituksissa ja muissa ehdotuksissa mainitut ohjauksen kohteet*		Ohjauksen toteutustavat			Yhteensä
		Informaatio-ohjaus yksinään	Normiohjaus pääosin	Resurssi-, informaatio- ja normiohjaus	
1. Palvelujärjestelmä yksin, palvelujärjestelmä ja -rakenne yhdessä	N	2	4	-	6
	%	4	9	-	13
2. Palvelurakenne yksin, kh:n sisältö yksin; p.rakenne ja sisältö; p.rakenne, kh:n sisältö ja resurssit yhdessä	N	5	1	-	6
	%	11	2	-	13
3. Yhteistyö; yhteistyö ja kh:n sisältö; yhteistyö, kh:n sisältö ja resurssit yhdessä; kotihoidon organisaatiomuutos	N	7	-	3	10
	%	16	-	7	23
4. Palvelujen laatu ja vaikutukset sekä laadun edellytykset - Palvelujen laadun ominaisuudet ja laadunhallinta - Henkilöstön osaaminen laadun edellytyksenä - Työvälineet laadun edellytyksenä	N	6	8	2	16
	%	13	18	4	35
5. Monia ohjauksen kohteita samassa asiakirjassa: - Palvelujärjestelmä, palvelurakenne, kh:n sisältö, resurssit, henkilöstön määrä ja osaaminen, muut resurssit, palvelujen laatu ja sen edellytykset - Vanhuspoliittiset linjaukset, strategiat/ strategiset tavoitteet	N	7	-	-	7
	%	16	-	-	16
Yhteensä	N	27	13	5	45
	%	60	29	11	100

* Ohjauksen kohteiden ja toteutustapojen sijoittaminen luokkiin on kuvattu liitteessä 1.

Vanhusten palvelujärjestelmän monitoimijaistuminen: Suomen julkispainotteisen vanhuspalvelujärjestelmän muutos kohti yksityistämistä ja samalla monitoimijaistumista alkoi vuonna 1993. Muutoksen käynnisti tuolloin voimaan tullut laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (L 1992/733). Se antoi kunnille vapauden järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut kotihoito mukaan lukien haluamallaan tavalla joko itse, yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostopalveluina sekä päättää tarjottavien palvelujen määrästä ja palveluvalikoimasta. Vuonna 2003 yhdeksi järjestämisvaihtoehdoksi tullut asiakkaalle annettava palveluseteli (L 2003/1309 4§) lisäsi monitoimijaistumista. Koko vanhuspalvelujärjestelmään kohdistunutta ohjausta oli joko yksinään tai palvelurakennetta koskevan ohjauksen kanssa kuudessa asiakirjassa. Lisäksi palvelujärjestelmään ohjausta oli jossain määrin suorasti tai epäsuorasti monia ohjauskohteita sisältävissä asiakirjoissa (luokka 5 taulukossa 4, liite 1). Vuonna 1993 alkanut palvelujärjestelmän ohjaus on ollut vaikuttavaa, sillä kotihoidon ja siihen liittyvien kotiin annettavien palvelujen tuottajarakenne on monitoimijaistunut yksityisten hoivayritysten kasvun seurauksena. (ks. kohta 1.1) Vastaava muutos on tapahtunut myös tutkimuskunnassa, kuten kohdasta 4.2.3 ilmenee.

Vanhuspalvelujen rakenne: Kuten edeltä ilmenee vanhuspalvelujärjestelmää koskevista asiakirjoista osa sisälsi myös palvelurakenteen ohjausta. Tässä ohjauksessa suositeltiin kotihoidon ja sitä tukevien avopalvelujen monipuolistamista ja lisäämistä ja laitoshoidon vähentämistä. Laadullisten tavoitteiden ja periaatteellisten kannanottojen lisäksi palvelurakenteen muutosta on ohjattu määrällisin tavoittein. Seuranta-aikana ensimmäinen määrällinen tavoite on annettu vuonna 1992 julkaistussa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnitelmassa (1993–1996). Sen mukaan 90 % kunnan yli 75 vuotiaista asuu kotona sopivien avohuollon palvelujen turvin ja sama tavoite toistettiin muutama vuosi myöhemmin (STM 1998:1). Kotona asumista tukevien kotipalvelujen kattavuus ehdotettiin lisättäväksi 25 prosentille yli 75-vuotiaista (TATO 2004–2007). Vuoden 2008 Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on annettu valtakunnalliset määrälliset tavoitteet vuoteen 2012 mennessä ja ne koskevat kotona joko itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten palvelujen turvin asuvia, säännöllistä kotihoitoa ja omaishoitoa saavia sekä tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla olevia. Kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehoitetaan asettamaan kuntakohtaiset tavoitteet omissa ikääntymispoliittisissa strategioissaan.

Omaishoidon kehittäminen ja lisääminen sekä omaishoitajien aseman parantaminen ja jaksamisen tukeminen on ollut yksi vanhuspalvelujen rakenteen ohjauskohde vuodesta 1993 (A 1993/318) lähtien. Omaishoidosta laaditussa laissa (L 2005/937) määriteltiin omaishoidon hoitopalkkion vähimmäismäärä ja omaishoitajien vapaapäiviksi kolme päivää kuukaudessa, jolloin kunnan on huolehdittava vapaapäivän mahdollistamisesta palkkaamalla esimerkiksi sijaishoitaja. Myös omaishoitajan oma terveydentilanne ja toimintakyky on huomioitava tuen myöntämistä harkittaessa. Palvelurakenteen muutosta on ohjattu myös asiakkaalle an-

nettavalla palvelusetelillä vuoden 2004 alusta, jolloin palveluseteli otettiin käyttöön erityisesti kotipalveluissa (STM 2005:1). Palvelusetelin arvosta määrättiin erikseen sosiaalihuoltolaissa (L 2003/1309). Palvelusetelin käyttö laajennettiin myöhemmin koskemaan myös kotisairaanhoidoa (L 2007/892, 20§) ja myöhemmin kuntien ja kuntayhtymien järjestämiä sosiaali- ja terveyspalveluja (L 2009/569). Lain tarkoitus oli sekä lisätä potilaiden/asiakkaiden valinnanvapautta ja palvelujen saatavuutta että edistää sosiaali- ja terveyspalvelujen, elinkeinotoimen ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Omaishoidon ja palvelusetelin käytön kasvu lisää järjestelmän monitoimijaistumista. Palvelusetelit lisäävät yksityisten palvelujen käyttöä ja käyttäjiä ja siten yksityisiä palvelun tuottajia.

Palvelurakenteen muutossuosituksia perustellaan yleensä oletetulla kustannusten kasvun hillinnällä, mikä ilman muutosta olisi vaikeaa väestön ikärakenteen muuttuessa nopeasti ja palvelutarpeiden kasvaessa (esim. STM 2008:3,7).

Kotihoidon sisältö: Osa palvelurakenteen ohjauksesta kohdistui samalla kotihoidon sisältöön (luokka 2 taulukossa 4). Kotihoidon sisällön kehittämistavoitteet ja toimenpidesuosituksukset ovat korostaneet ehkäisevää, ennakoivaa ja kuntouttavaa työtettä, varhaista mukaantuloa sekä ikäihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä (mm. STM 2007:3, STM 2008:6, STM 2008:47). Esimerkiksi vuosien 2000–2003 TATO:ssa⁹ ehkäisevän vanhustyön muotoina suositeltiin terveyttä edistävää liikuntaa ja ehkäiseviä kotikäyntejä yli 80-vuotiaille. Seuraavassa TATO:ssa (2004–2007) mahdolliseksi kohderyhmäksi mainittiin myös 75 vuotta täyttäneet ja lisäksi todettiin: ”Kunnat voivat osana sosiaalipalvelua käynnistää ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan palvelumuodon kunnan osoittamalle ikäryhmälle.” Myöhemmin ehkäisevät kotikäynnit on korvattu ilmaisulla hyvinvointia edistävät kotikäynnit, joita Ikäneuvo-työryhmä suosittelee kaikkiin kuntiin (STM 2009:24).

Ehkäisevää, ennakoivaa ja kuntouttavaa työtettä, varhaista mukaantuloa ja uuden teknologian käyttöä (mm. STM 2006:14) on perusteltu useissa ohjausasiakirjoissa keinoina tukea ja parantaa ikäihmisten toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäistä kotona selviytymistä ja ne on todettu vanhusten kotona asumisen edellytyksiksi ja mahdollistajiksi. Myös voimavara- ja lähtöisyyden korostaminen on ollut viime vuosina keskeinen periaate kotihoidon sisällön kehittämissuosituksissa ja laajemminkin vanhus- ja ikääntymispoliittisissa kannanotoissa ja keskusteluissa (esim. VNK 2004: 33; STM 2008:3 ja 2008:47).

Palvelujen järjestäminen yhteistyönä: Ikäihmisten palvelujen järjestämistä eri toimijoiden yhteistyönä on suositeltu analysoiduissa asiakirjoissa informaatio-ohjauksella vuodesta 2001 lähtien. Osa varsinkin ensimmäisistä suosituksista koski yksinomaan kunnan sisäistä poikkihallinnollista yhteistyötä vanhusten kotona asumisen tukemisessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä (STM 2001: 4) ja ikäihmisten terveyden edistämässä (STM 2006:19). Asuinympäristön ja liikenteen esteettömyyden lisäämiseksi on suositeltu kuntasektorin ja sen ulkopuolisten toi-

⁹ TATO = Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma

mijoiden laajaa yhteistyötä (STM 2003:20; STM 2006:19). Vuoden 2008 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus laajentaa yhteistyöosapuolia mm. strategisella linjauksellaan: ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on toimittava tavoitteellisesti yhteistyössä julkisen, kolmannen ja yksityisen sektorin eri toimijoiden kesken.” Lisäksi siinä suositellaan yhteistyöosapuoliksi ikäihmiset itse, muut kuntalaiset, vanhuspalvelun käyttäjät ja heidän läheisensä sekä seurakunnat (STM ja Suomen Kuntaliitto 2008: 3). Yhteistyö on mainittu viimeisessä laatusuosituksessa yhdeksi laadukkaan palvelutoiminnan kahdeksasta ominaisuudesta: ”laadukas palvelutoiminta toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, eri palveluntuottajien sekä omaisten ja lähihenkilöiden kanssa”.

Yhteistyöehdotukset sisältävät sekä yleisiä linjauksia että konkreettisia suosituksia yhteistyön kohteista ja toimijoista. Periaatteellisesta kannanotosta esimerkiksi on asiakirjasta *Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015* (STM 2007:8): ”Hyvinvointi rakentuu yhteistyössä” ja ehdotettujen yhteistyökumppaneiden kirjo on laaja. Esimerkkejä konkreettisista yhteistyökohteista ovat suositukset kunnille ja kansalaisjärjestöille kehittää ikäihmisten toimintakykyä ylläpitävää liikuntaharjoittelua ja parantaa sen edellytyksiä: tiloja, välineitä, ohjausta ja kuljetuspalveluja. Kunnan ja järjestöjen yhteistyön kohteiksi on suositeltu erityisesti ikäihmisten harrastustoiminnan ja aktiivisen yhteiskuntaan osallistumisen edistämistä. Eri hallinnonalojen yhteistyötä ja eri alojen asiantuntemuksen yhteensovittamista suositellaan myös asumis- ja hoitoympäristön esteettömyyden, turvallisuuden ja viihtyisyyden lisäämiseksi (STM 2003:20; STM 2006: 19; STM 2008:3).

Yhteistyön perustelut toistuvat asiakirjoissa hieman erilaisin painoituksin: ikäihmisten omatoimisen suoriutumisen tai itsenäisen kotona selviytymisen tukeminen tai edistäminen ja toimintakyvyn parantaminen. Tavoitteina on lisätä kotona asumista, vähentää laitoshoidon ja muiden palvelujen tarvetta ja käyttöä, minkä oletetaan alentavan kustannuksia. Perustelut sisältävät myös olettamuksia palvelujen laadun, turvallisuuden, saatavuuden, saavutettavuuden ja vaikuttavuuden paranemisesta (esim. STM 2003:20; STM 2006:14, STM 2006:19, STM 2007:3, STM 2008:3).

Kotihoidon organisaatiomuutos: Vuosien 2004–2007 TATO:ssa informaatio-ohjauksella suositellaan, että ”on etsittävä parhaat mahdolliset yhteistyökäytännöt ja organisoitumismallit kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välillä”. Kotihoidon integrointi organisaatioita tai toimialueita yhdistämällä on ollut normeilla toteutetun valtioneohjauksen kohde erityisesti 2000-luvulla. Esimerkiksi lait sosiaalihuoltolain (L 2004/1428) ja kansanterveystyön lain (L 2004/14294) väliaikaisesta muuttamisesta mahdollistavat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen ja siten yhteisen kotihoidon niissäkin kunnissa, joissa on erilliset sosiaali- ja terveysvirastot tai joiden perusterveydenhuollosta vastaa kansanterveystyön kuntayhtymä. Kansanterveystyön kuntayhtymät sekä erilliset sosiaali- ja terveystoimet ovat estäneet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtäväalueiden tai yksikköjen yhdistämisen. Nämä lait poistivat kyseiset esteet kotihoidon organisoinnista (Tepponen 2009, 192). Lakien

voimassaoloaikaa on pidennetty alkuperäisestä päättymisvuodesta 2005 vuoden 2014 loppuun. Myös vuoden 2012 loppuun voimassa oleva Paras-hankkeen toteutumista ohjaava ns. puitelaki (L 2006/155) edistää toimeenpantuna kotihoidon, kuten muidenkin sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointia. Kolmessa viimeksi mainitussa laissa esitetyt muutokset sisältävät toteutuessaan kotihoidon integrointia rakenteilla yhdistämällä joko kokonaisia organisaatioita, niiden alayksiköitä tai tehtäväalueita. Toteutuessaan niiden oletetaan lisäävän eri alojen ammattilaisten, toimialueiden ja sektorien yhteistyötä. Mikäli näin käy, se merkitsee myös prosesseilla ja työvälillä integrointia. Yhdistämispäätöksiä on perusteltu yhteistyötä estävien rajojen poistamisen lisäksi olettamuksella, että yhdistämiset parantavat toiminnan tehokkuutta sekä palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

4.1.2 Palvelujen laatu ja sen edellytykset ohjauksen kohteina

Palvelujen laadun normi- ja informaatio-ohjaus: Voimassa olevan Ikäihmisten laatusuosituksen mukaan laadukas hoito ja palvelutoiminta on asiakaslähtöistä ja yksilöllistä, mahdollistaa asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumisen palvelua koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin (itsemäärääminen). Se on myös turvallista ja huomioi ikäihmisen omat voimavarat palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa (STM ja Suomen Kuntaliitto 2008:3). Samoja laadun ominaisuuksia on mainittu potilaan (L 1992/785) ja sosiaalihuollon asiakkaan (L 200/812) asemaa ja oikeuksia määrittävissä laeissa. Ne ovat toimijaa velvoittavia normeja eivätkä pelkästään informaatio-ohjauksella annettuja suosituksia tai ohjeita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785) määrittää hoidon laadun ominaisuuksiksi mm. asiakaslähtöisyyden, itsemääräämisoikeuden sekä potilaan oikeuden hyvänlaatuiseen, yksilölliseen hoitoon ja riittävään tietoon. Osallisuutta korostava normi, jonka mukaan hoito tulee suunnitella yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, mahdollistaa potilaan vaikuttamisen hoitoonsa ja siten itsemääräämisen. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 200/812) määrittää asiakkaan oikeuden hyvään sosiaalipalveluun ja ihmisarvoa kunnioittavaan kohteluun ja korostaa, että asiakkaan yksilölliset tarpeet ja toivomukset on otettava huomioon ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Asiakaslähtöisyyttä ja muita asiakkaan oikeuksia korostavat myös ns. hoitotakuulaki (L 2004/ 855) ja siihen liittyvä asetus (A 2004/1019), joissa säädetään asiakkaan oikeudesta päästä määräajassa hoitoon. Kotihoidon laatua parantaa toteutuessaan myös sosiaalihuoltolakiin (L 1982/710, 40a § lisätty lailla 2006/125) lisätty normi, jonka mukaan sosiaalipalvelujen tarvearviointi on tehtävä määräajassa.

Palvelujen laadun normiohjausta sisältyy lisäksi lakiin yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (L 1996/603), joka velvoittaa kunnat valvomaan yksityisten sosiaalipalvelujen (ml. kotipalvelut) laatua. Samoin palvelujen laadun normiohjausta on laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (L 2009/569), jonka mukaan kunnan ulkopuolisilta palvelun tuottajilta ostettavien palvelujen laadun on oltava samaa tasoa kuin kunnallisissa palveluissa. Asiakkaalle annettava palveluseteli lisää myös asiakkaan valinnanvapautta ja itsemääräämistä, jotka ovat hyvän laadun ominaisuuksia.

Palvelujen laatusuosituksset ja niiden toimeenpanon kunnissa: Yksinomaan informaatio-ohjusta sisältävä ensimmäinen Ikäihmisten hoidon ja palvelujen laatusuositus (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001:4) julkaistiin 2001 ja toinen, voimassa oleva 2008, nimellä Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM ja Suomen Kuntaliitto 2008:3). Suositusten ohjauskohteet ovat laajat (luokka 5 taulukossa 4) ja niiden tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksilla (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001:4; 2008:3) kuntia ohjataan laatimaan oma ikääntymispoliittinen strategia väestön ikärakenteen muutokseen varautumiseksi ja sen toimeenpano suositellaan kytkettäväksi kunnan talousarvioon ja –suunnitelmaan. Strategian toteutumista neuvotaan seuraamaan säännöllisesti siten, että kunnat keräävät järjestelmällistä arviointitietoa suosituksen asettamien tavoitteiden saavuttamisesta. Vuoden 2008 laatusuosituksessa vanhusneuvostoja kehoitetaan osallistumaan kunnan ikään-tympoliittisten strategioiden laadintaan. Vanhusneuvostojen todettiin olevan tärkeitä vanhuspolitiikan toimijoita (STM 2003:12,16). Valmisteilla olevassa ns. vanhuspalvelulaissa on esitys lakisääteisistä vanhusneuvostoista¹⁰. Kotihoidon ja muiden vanhuspalvelujen laatuun, sisältöön, organisointiin ja laatuun vaikuttavaa ohjausta ovat välittäneet myös 1990-luvulla julkaistut STM:n ja Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveystalvelujen laadunhallinnan nimellä annetut tavoitteet, toimenpidesuosituksset ja ohjeet. Niistä ensimmäinen, *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta* on vuodelta 1995 (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto 1995) ja toinen vuodelta 1999 (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto 1999).

Työntekijöiden osaaminen palvelujen laadun edellytyksenä: Lakinormien määrittelemät työntekijöiden osaaminen, ammattipätevyys ja kelpoisuus ovat hoidon laadun rakennetekijöitä (esim. Donabedian 1988) ja siten laadun edellytyksiä. Työntekijöiden osaamista määrittävät seuranta-aikana säädetyt seuraavat kolme lakia. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 1994/559) määrää terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammattipätevyyden ja ammatinharjoittamisen valvonnan. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksesta (L 2005/ 272) määrää sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuuden. Kummatkin lait parantavat kotihoidon ja muiden vanhuspalvelujen laatua ja turvallisuutta laadun yhtenä osana. Lisäksi laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (L 1996/ 603) määrittää yksityisten palvelujen vastuuhenkilön ammattipätevyyttä ja siten osaamista. Työntekijöiden lääkehoidon osaamista on kehitetty myös informaatio-ohjauksella, jota valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sisältää (STM 2005:32).

Työvälineet palvelujen laadun edellytyksinä: Kotihoidon ja muiden vanhuspalvelujen laadun edellytyksiä ovat myös lakisääteiset hoito- ja palvelusuunnitelmat. Avedis Donabedianin (1988) hoidon laadun mallin mukaan myös ne ovat laadun rakenne-

¹⁰ Manner-Suomessa vanhusneuvostoja toimi 276 kunnassa vuonna 2011. Ensimmäiset perustettiin 1996 (Kunnat.net. 7.3.12).

tekijöitä. Nämä työvälineet on määrätty kahdessa laissa ja kahdessa asetuksessa normiohjauksella laadittavaksi yhdessä asiakkaan ja/tai hänen läheisensä tai edustajansa kanssa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785, muutos 2004/857 4 a §) määrää, että tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma on tarvittaessa laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 2000/812, 7. §:ssä) määrää, että ”palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa, sekä 9 ja 10 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa taikka asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa”. Asetuksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (A 1992/912) mukaan kotona annettavasta palvelusta laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma. Asetus omaishoidon tuesta (A 1993/318) määrää, että omaishoidon sopimukseen liitetään hoidettavan ja hoitajan kanssa laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tulee sisältää hoitajan antaman hoidon lisäksi sen turvaamiseksi välttämättömät muut palvelut sekä niiden määrä ja sisältö. Kaikki edellä kuvatut normit määrittävät asiakkaan mukana olon tai osallisuuden joko potilaana, hoidettavana tai palvelun käyttäjänä sekä lisäksi hänen läheisensä tai edustajansa. Näin ne mahdollistavat myös asiakkaan vaikuttamisen hoidon ja palvelujen suunnitteluun ja siten itsemääräämisen. Niiden toteutuminen parantaa asiakaslähtöisyyttä ja samalla hoidon laatua.

Hoito- ja palvelusuunnitelmien laadintaan ja käyttöön on kohdistettu myös informaatio-ohjausta työntekijöille ja palveluista vastaaville tarkoitettulla Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskevalla oppaalla. Siinä opastetaan ikäihmisten toimintakyvyn (palvelutarpeen) arviointia hoito- ja palvelusuunnitelman säännöllistä tarkistamista varten sosiaalihuollossa (STM 2002:52). Apuvälineiden laatusuositus opastaa työntekijöitä ohjaamaan, neuvomaan ja tukemaan asiakkaita apuvälineiden käytössä. Apuvälineet helpottavat asiakkaan kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä. Näin ne merkitsevät asiakkaalle elämän laadun paranemista (STM 2003:7).

4.1.3 Valtionohjauksen integrointityypit ja muutosvoima

Edellä kuvatut sosiaali- ja terveyssektorien ammattilaisten toimintaa määrittävät normit ja suositukset ohjaavat heitä yhteistyöhön ja niiden määrittämät hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat integroivia työvälineitä ja myös edellyttävät palveluja antavien toimijoiden yhteistyötä. Näin ne johtavat prosesseilla integrointiin ja ovat tällöin hoidon laadun sekä rakenne- että prosessitekijöitä (vrt. Donabedian 1988).

Liitteessä 1 on jäsennetty ja luokiteltu myös integroinnin käsitteistöllä analysoiduissa ohjausasiakirjoissa esitettyjä kotihoidon kehittämisen ja muun muutoksen kohteita. Kehittämisen tai muun muutoksen kohteet sisälsivät eniten prosesseilla integrointia (n = 21, 47% analysoiduista 45 asiakirjasta). Niissä esitettiin sellaisia muutoksia, jotka toisivat toteutuessaan kotihoitoon prosesseilla integrointia käynnistämällä ja/tai lisäämällä palvelujen yhteen sovittamista (koordinointia) ja muuta yhteistyötä. Yksinomaan rakenteilla integrointia oli vain yhdessä asia-

kirjassa. Viidessä asiakirjassa ehdotettu muutos lisäisi toteutuessaan samassa määrin sekä rakenteilla että prosesseilla integrointia. Neljässä asiakirjassa esitetty ohjaus toisi toteutuessaan kotihoitoon lähinnä integroivia työvälineitä ja kahdeksan ohjausasiakirjan välittämä ohjaus toisi sekä prosesseilla että työvälineillä integrointia. Kuuden asiakirjan välittämien linjausten, tavoitteiden ja toimenpidesuosittelusten kohteet olivat sellaiset, ettei niillä olisi toteutuessaankaan kuntien kotihoitoon integrointivaikutusta tai sitä on vaikea arvioida etukäteen.

Richard Pieperin (2006, 29-30) integroinnin tyypittelyä soveltamalla valtionohjaukseen sisältyvä integrointi voidaan tulkita vertikaaliseksi ja strategisen perspektiivin sisältäväksi tulevaisuus- ja kehittämissuuntautuneeksi, jota suunnitelmien, ohjelmien ja kehittämismuistioiden linjaukset, tavoitteet ja ohjelmat välittävät. Valtionohjaus on jo määrittelyn perusteella vertikaalista, sillä kuntiin kohdistuvana se käynnistää julkishallinnon ohjaushierarkiassa keskushallinnosta eli ylhäältä alas (*top-down*) eteneviä muutosprosesseja kuntiin. Kunnissa käynnistyy vuorostaan keskushallinnosta alaspäin suuntautuvat muutosprosessit. Kuntatasolla muutosten toteuttamiseen liittyy vaihtelevassa määrin myös horisontaalista integrointia eli yhteistyötä ja verkottumista samoilla hierarkian tasoilla toimivien kesken. Siten vertikaalinen–horisontaalinen integrointi on ymmärrettävä tässä yhteydessä ulottuvuudeksi eikä kaksiluokkaiseksi jaotteluksi.

Valtionohjauksen muutosvoima: Arvioin ja tulkitsen valtionohjauksen muutosvoimaa kotihoidon integroinnin ja muiden muutosten edistäjänä. Esittämiäni lukuja on tulkittava niin, että valtionohjauksessa esitetyt kotihoidon muutokset sisältäisivät toteutuessaan mainitut integroinnin tyypit tai muodot. Vaikutuksen eli muutosvoiman arvioin neliportaisella asteikolla seuraavasti: laaja, kohtalainen, suppea ja ei integrointia tai sitä on vaikea arvioida.

Laaja integrointia edistävä vaikutus tarkoittaa tässä koko palvelujärjestelmään ja/tai palvelurakenteeseen liittyvää. Toteutuessaan se vaikuttaa moniin kotihoidon palveluihin ja muodostaa useita yhteyksiä niin sosiaali- ja terveystoimen kuin muidenkin hallinnonalojen, eri palveluntuottajien ja sidosryhmien työskentelyyn. Kohtalainen vaikutus kohdistuu vaikutuksiltaan edellä mainittuja rajatumpaan toimintaan kotihoidossa, esimerkiksi tiettyihin asiakokonaisuuksiin kuten esimerkiksi monitoimijaisuuteen ja siihen liittyviin hoito- ja palveluketjuihin. Suppea vaikutus kohdistuu tiettyihin kotihoidon palveluihin kuten esimerkiksi apuvälineisiin, omaishoittoon ja kotitalousvähennyksiin siivouspalveluja hankittaessa.

Analysoimistani 45 asiakirjasta kahdeksalla olisi laaja, puolella ($n = 22$, 49%) olisi kohtalainen ja yhdeksällä suppea integrointia edistävä muutosvoima kotihoitoon. Kuudella ei olisi integroivaa vaikutusta tai sitä on vaikea arvioida etukäteen. On myös huomattava, että joillakin ohjaustoimilla voi olla integrointia heikentävä vaikutus. Esimerkki integrointia heikentävästä ohjauksesta on valtionosuusuudistusta seurannut vanhuksille kotiin annettavien palvelujen monitoimijaistuminen. Heikentävä vaikutus johtuu siitä, että monituottajuus pirstoo saman asiakkaan kotiin tarjottavia palveluja ja lisää yhteensovittamisen eli integroinnin tarvetta.

Valtionohjauksen sisältämien normien, linjausten, tavoitteiden, suositusten, ohjeiden ja muiden uudistusehdotusten integrointivaikutus ja muu muutosvoima on erilainen. Niiden kyky saada aikaan muutoksia vaihtelee velvoittavasta lainsäädännöstä suosituksiin ja oppaisiin. Ohjausmuodoista vaikuttavin muutosten käynnistäjä on lakien ja asetusten välittämä normiohjaus, koska se sisältää sitovia määräyksiä, joiden toimeenpanoa seurataan, valvotaan, arvioidaan ja joiden noudattamatta jättämisestä sanktioidaan.

On huomattava, että kyseessä on asiakirjojen sisältämässä ohjauksessa esitetyn muutoksen arvioitu ja tulkittu integrointivaikutus sillä ehdolla, että esitetty muutos toteutuu. On eri asia toteutuuko ehdotettu uudistus ja parantaako se toteutuessaan kotihoidon integrointia ja sen seurauksena kustannus-vaikuttavuutta ja/tai kotihoidon sisältöä ja tätä kautta laatua.

Tiivistäen: Kotihoitoon kohdistunut valtion ohjaus on ollut lähinnä vertikaalista integrointia, johon on sisältynyt tulevaisuussuuntautunut strateginen perspektiivi. Yleisin ohjaustyyppi on ollut informaatio-ohjaus, jota yli puolet analysoiduista ohjausasiakirjoista välitti kuntiin. Toiseksi yleisintä oli normeilla ohjaus, jota oli runsaassa kolmasosassa asiakirjoista. Voimavara- eli määrärahaohjausta oli vähiten. Kehittämisen tai muun muutoksen kohteet johtaisivat toteutuessaan kuntien kotihoidossa eniten prosesseilla integrointiin ja integrointia edistävän vaikutuksen arvioin yleensä kohtalaiseksi.

Soveltamalla ymmärtävää ja tulkitsevaa otetta selitän edellä kuvatulla valtionohjauksella seuraavissa luvuissa tarkasteltavia tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristön sekä sen organisoinnin, sisällön ja laadun muutoksia.

4.2 KOTIHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖN MUUTOKSET TUTKIMUSKUNNASSA

Tämä alaluku kuvaa tutkimuskunnan kotihoidossa ja sen toimintaympäristössä sekä kuntatason kehittämistyössä seuranta-aikana tapahtuneita muutoksia erityisesti integroinnin näkökulmasta (liitetaulukot 1 ja 2). Liitetaulukossa 1 on kooste tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristön ja kotihoidon vastuualueen sisäisistä keskeisistä muutoksista vuosilta 1992–2009. Ne koskevat asiakkaita, henkilöstöä, taloutta, organisointia ja palvelujen tuottamista. Aineiston näihin tarkasteluihin olen koonnut liitetaulukossa 1 kuvatuista 63 muutoksesta ja liitetaulukossa 2 kuvatuista 10 kehittämishankkeesta, joita koskevat tiedot olen poiminut tutkimuskunnan julkisista asiakirjoista (liite 3).

Kotihoidon toimintaympäristö käsittää organisatorisen ja taloudellisen toimintaympäristön sekä monitoimijaisen palvelujärjestelmän eli kaikki ne, jotka tuottavat palveluja vanhuksille kotiin ja/tai palveluasumiseen. Palvelutarpeen kannalta keskeisen toimintaympäristön osan muodostavat tutkimuskunnan yli 75-vuotiaat ja erityisesti kotihoitoa tarvitsevien ja sitä käyttävien asiakkaiden avun, hoidon ja hoivan tarpeet.

4.2.1 Kotihoidon organisaatioympäristön muutokset

Tutkimuskunnan kotihoidon organisatorisessa toimintaympäristössä on tapahtunut vuosina 1992–2009 neljä suurta muutosta. Ensimmäinen oli tutkimuksen lähtökohdiana ollut 1990-luvun alussa käynnistynyt koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa integroimaan tarkoitettu laaja organisaatiouudistus, jonka osana kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettiin. Muutosprosessin alkuvuosien kehitys syksyyn 2001 asti on analysoitu väitöskirjan ensimmäisessä osajulkaisussa (artikkeli I). Muutos liittyi 1980- ja 1990-lukujen vaihteen vapaakunta- ja hallinnonuudistuskokeiluun sekä tutkimuskunnan hallinnon kokonaisuudistukseen, joka käsitti kaikki hallintokunnat toimintoineen. Kokonaisuudistuksen suunnittelu käynnistyi 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa viranhaltijatyönä. Kaupunginhallitus asetti lokakuussa 1991 luottamushenkilöennemistöisen hallinnonuudistamistoimikunnan jatkaamaan suunnittelua. Toimikunta jätti helmikuussa 1992 mietintönsä (Hallinnon uudistamistoimikunnan mietintö 1992). Se sisälsi ehdotuksen uuden organisaation päälinjoista, joiden mukaisesti kaupunginvaltuusto päätti 24.4.1992 toteuttaa kaupungin hallinnon kokonaisuudistuksen ja sen osana sosiaali- ja terveystoimen luottamushenkilö- ja viranhaltijaorganisaatioiden yhdistämisen.

Ehdotuksen mukaisesti sosiaali- ja terveyslautakunnat yhdistettiin vuoden 1993 alussa, jolloin myös yhteinen toimialajohtaja aloitti. Yhdistetyn lautakunnan johdolla alkoi yksityiskohtainen uuden organisaation suunnittelu kaupunginhallituksen asettamassa kuudessa työryhmässä. Niistä yksi oli vanhustenhuollon työryhmä, jonka esityksen kuvaan myöhemmin tarkastellessani kotihoidon vastuualueen sisäisiä muutoksia.

Muutosprosessi eteni vaiheittain siten, että virasto-organisaatiot ja palvelutoiminnot yhdistettiin vuosien 1994–1995 aikana (Sinkkonen & Niemelä 1998, 5–6; Taskinen, Sinkkonen & Kinnunen 1998, 16). Yhdistämisen yhteydessä useimmat sosiaali- ja terveydenhuollon avopalvelut alueellistettiin perustamalla neljä alueorganisaatiota, jotka aloittivat toimintansa 1.4.1994. Tässä muutosprosessin toisessa vaiheessa sosiaalitoimeen kuulunut kotipalvelu ja terveystoimeen kuulunut kotisairaanhoido yhdistettiin kotihoidoksi ja eriytettiin muiden avopalvelujen tavoin neljälle alueelle aluejohtajien alaisuuteen. Sosiaalitoimen vanhainkodit ja terveystoimen laitoshoido eli terveyskeskusten sairaalahoito yhdistettiin laitoshoidon osastoksi, joka toimi keskitetysti koko kaupungin alueella ja jonka johtaja aloitti toimintansa 1.5.1994. (Sinkkonen & Niemelä 1998, 5–6; artikkeli I.)

Yhdistämissä on yleensä perusteltu palvelujen laadun parantamisen lisäksi toiminnan tehostamisella ja sen tuomilla kustannussäästöillä (Sinkkonen 1993, 15, 21). Esimerkiksi tutkimuskunnan hallinnonuudistustyöryhmä perusteli sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä ”toimintojen päällekkäisyyksien poistamisella, jolla päästään huomattaviin taloudellisiin ja organisatorisiin etuihin” (Hallinnon uudistamistoimikunta 1992, 7).

Alueorganisaatiot herättivät vastustusta erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa (Taskinen, Sinkkonen & Kinnunen 1998, 18–19; Taskinen 2005, 126). Alueorganisaatiot todettiin epäonnistuneiksi muun muassa siksi, että maantieteelliset rajat estivät voimavarojen yliaalueellisen joustavan käytön. Ne jäi-

vätkin lyhytaikaisiksi ja lakkautettiin vain neljä vuotta perustamisensa jälkeen 1.4.1998. Tilalle perustettu tehtäväpohjainen organisaatio kolmannessa muutosvaiheessa oli osittain paluuta sektoriorganisaatioon, sillä uuteen organisaatioon perustettiin kotihoidon vastuualueen lisäksi seitsemän muuta vastaavanlaisessa organisaatioasemassa olevaa tehtäväpohjaista vastuualuetta: päivähoito, avohoito, sosiaalityö, hammashuolto, psykososiaalinen työ, laitoshoido ja hallinto. Kullekin vastuualueelle nimettiin oma johtaja yhteisen sosiaali- ja terveysjohtajan alaisuuteen. Palvelujen alueellistamisesta ei luovuttu kuitenkaan kokonaan, sillä aluejako tuotiin esimerkiksi kotihoidon vastuualueen sisälle perustamalla sinne kolme aluepohjaista tulosyksikköä (artikkelin I taulukko 2).

Vuonna 2009 kotihoidon organisaatioympäristöä muutettiin jälleen. Tässä neljännessä muutosvaiheessa toiminnassa olevat alkuaan kahdeksan sosiaali- ja terveystoimen vastuualuetta supistettiin koti- ja laitoshoidon, terveystalvelujen ja sosiaalipalvelujen vastuualueisiin sekä erikoissairaanhoidon ja toimeentuloturvan tulosalueisiin. Vuoden 2009 alusta lähtien terveystalvelujen vastuualue ryhtyi vastaamaan myös Tuusniemen terveyskeskustoiminnasta (Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystalvelut, toimintakertomus 2009, 1-2).

Kotihoidon organisaatioympäristössä seurantatutkimuksen jälkeen viimeisin muutos oli vuonna 2011, jolloin vasta vuonna 2009 uudistettu sosiaali- ja terveystalvelujen organisaatorakenne muuttui koko kaupunkia koskevassa palvelualueiden uudistuksessa. Siinä kaupunkiin perustettiin kuusi palvelualueetta käsittävä organisaatorakenne tavoitteena asiakasnäkökulman entistä selkeämpi korostaminen palvelutarjonnassa. Uudet palvelualueet ovat hyvinvoinnin edistämisen, kasvun ja oppimisen, kaupunkiympäristön, perusturvan, terveydenhuollon sekä vetovoimaisuuden palvelualueet (www.kuopio.fi). Kotihoidon toimintaympäristöön on vaikuttanut myös Kuopion ja Karttulan vuodenvaihteessa 2010-2011 toteutettu kuntaliitos.

Organisaatiomuutoksen tyyppinä edellä mainitut kotihoidon organisaatioympäristön muutokset ovat olleet suunniteltuja ja kotihoidon vastuualueen ulkopuolelta aloitettuja ja ohjattuja. Nämä rakenteilla integroinnit ovat johtaneet prosesseilla integrointiin toimijoiden yhteistyön, tiedonvaihdon ja toimintojen yhteensovittamisen eli koordinoinnin muodoissa. Yhdistäminen on johtanut myös toimitilojen yhteiskäyttöön, mikä sinällään on toimintoja integroiva tekijä, samoin kuin yhteiset tietojärjestelmät.

4.2.2 Kotihoidon taloudellisen toimintaympäristön muutoksia

Tarkastelen kotihoidon taloudellisen ympäristön muutoksia vain siitä näkökulmasta kuinka ne ovat vaikuttaneet kotihoidon palvelutarjontaan, asiakkaiden hoitoon pääsyyn sekä kotihoidon sisältöön ja laatuun. Monien muiden kuntien tavoin myös tutkimuskunnan talouteen liittyvä keskeinen ongelma on ollut kustannusten jatkuvan kasvun, kroonisesti tiukan kuntatalouden sekä palvelujen tarpeen, kysynnän ja tarjonnan epätasapaino. Tätä epätasapainoa tutkimuskunnan kaupunginvaltuusto ja operatiivinen johto ovat pyrkineet ratkaisemaan 1990-luvun loppupuolelta lähtien muun muassa alla kuvatuilla tavoilla (liitetaulukko 1).

Yksi keino on ollut oman palvelutarjonnan supistaminen tiukentamalla säännöllisen kotihoidon palvelujen piiriin pääsyn kriteerejä. Vuonna 1999 pelkästään siivous- ja asiointipalveluja tarvitsevia alettiin ohjata muille palveluntuottajille ns. kauppakassikoitelun jälkeen ja ohjausta on jatkettu systemaattisesti vuodesta 2000 alkaen. Vuonna 2003 palvelutarjontaa ryhdyttiin rajaamaan siten, että kotihoito kohdennettiin ensisijassa osa- tai ympärivuorokautista hoitoa tarvitseville asiakkaille, joilla ei ollut mahdollisuuksia selviytyä päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla ja joiden hoito- ja huolenpito vaati erityistä ammattitaitoa. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2003, 17.) Näiden muutosten seurauksena säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvien asiakaskohtaisen avun, hoidon ja hoivan tarve on kasvanut ja asiakkaat ovat aiempaa enemmän huolenpitoa ja sairaanhoitoa tarvitsevia (taulukko 6). Vähemmän apua ja hoitoa tarvitsevien asiakkaiden ohjaaminen muille palveluntuottajille on osaltaan edistänyt kotihoidon palvelujärjestelmän monitoimijaisuutta, kuten myöhemmin raportoitavat tulokset osoittavat.

Kiristyvän kuntatalouden sekä palvelujen tarpeen ja kysynnän aiheuttaman kustannusten kasvun epätasapainon muita hallintapyrkimyksiä ovat olleet valtuuston asettamat budjettiraamit säästövaateineen ja henkilöstön supistukset. Esimerkiksi syksyllä 1998 kaupunginvaltuusto asetti säästövaateen, jonka mukaan vuoden 1999–2001 käyttötalousmenot on pidettävä vuoden 1998 tasolla. Tämä merkitsi taloudellisten voimavarojen supistumista, sillä henkilöresurssien tarve kasvoi aiempaa raskashoitaisempien asiakkaiden vuoksi. Vuonna 2009 valtuusto asetti talouden tasapainottamiseksi budjettiraamina sosiaali- ja terveystoimelle 7–8 M€:n säästövaateen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 1.)

Asiakkaiden hoidon tarpeen ja kysynnän kasvun, palvelutarjonnan ja henkilöstön supistusten ja budjettisäästöjen vaikutukset näkyvät myös työntekijä- ja asiakasmäärien suhdetta kuvaavassa luvussa, joka vuonna 1994 oli 0.23 työntekijää asiakasta kohden, mutta vuonna 2009 vain 0.12. Henkilöstöä on supistettu muun muassa vuonna 1999 lakkauttamalla kotihoidosta 37 määräaikaista tehtävää. Liitetaulukossa 1 kuvatuissa muutoksissa henkilöstöä on myös lisätty kotihoitoon esimerkiksi vuosina 1995–2002 yhteensä 10 vakanssia. Kokonaisuudessaan kotihoidon välittömässä asiakastyössä olevasta henkilöstöstä on vähentynyt 24 vakanssia vuosina 1994–2009. Vuonna 2009 heikon kuntatalouden ongelmia ratkaistiin lomauttamalla 158 työntekijää kotihoidosta 31.8.–23.11. välisenä aikana siten, että työntekijäkohtaisten lomautusten kesto vaihteli kahdesta neljääntoista vuorokauteen. Lomautukset oli alun perin suunniteltu vuoden loppuun asti, mutta ne peruttiin 21.11.2009 alkaen, koska työntekijöitä tarvittiin hoitamaan H1N1-pandemian lisäämää hoidon ja palvelun tarvetta. Henkilöstön lomautusuhaksi kotihoitoon pääsyn kriteerejä tiukennettiin 1.5. 2009 lähtien eikä uusia asiakkaita pystytty ottamaan säännöllisen kotihoidon palvelujen piiriin, vaan heidät ohjattiin muille palveluntuottajille. Asiakaskunta väheni vuoden aikana noin 70 asiakkaalla. (Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 15.)

Henkilöstön riittämättömyyden aiheuttamia ongelmia on pyritty ratkaisemaan myös arvioimalla tarkasti asiakkaiden palvelutarve ja sijoittamalla työntekijöitä eri vastuualueille niissä tarvittavan osaamisen edellyttämällä tavalla. Vuonna 2001 lapsiperhetyö ja sitä toteuttavat 24 työntekijää siirrettiin asiakkaineen sosiaalityön vastuualueelle. Psykososiaalisen työn vastuualueelle siirrettiin vuonna 2001 kehitysvammaisten omaishoito ja siihen liittyen omaishoidon määrärahasta 1 Mmk. Vuonna 2003 siirrettiin viisi työntekijää psykososiaalisen työn vastuualueelle vaativaan päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien kotihoitoon, johon myös siirrettiin alle 65-vuotiaita asiakkaita. (Sosiaali- ja terveystalot, toimintakertomus 2003, 17-18.) Oma puuttuvaa toimintaa on täydennetty ostopalveluilla yksityisiltä hoivayrittäjiltä ja talouden tasapainottamiskeinoina on ollut myös kotihoidon palvelujen ulkoistaminen, kuten seuraavasta luvusta ilmenee.

4.2.3 Kotihoidon palvelujärjestelmän muutokset: uusi julkisjohtaminen (NPM)

Kireän kuntatalouden ja kasvavien palvelutarpeiden epätasapainoon tutkimuskunnassa on etsitty myös ratkaisua soveltamalla uuden julkisjohtamisen (*New Public Management*) oppeja (artikkeli I). Markkinamekanismien keskeinen sovellutus tässä yhteydessä on ollut lähinnä yksityisten palveluntuottajien kilpailuttaminen ja sen pohjalta palveluntuottajien kanssa tehdyt osto- ja puitesopimukset sekä asiakaskohtaiset maksusitoumukset kuten taulukossa 5 esitetty tiivistelmä osoittaa.

Näiden markkinamekanismien sovellutuksiin viitataan nykyisin usein epä-määräisellä, heikosti määritellyllä ja epäyhtenäisesti käytetyllä termillä "ulkoistaminen". Syvän talouslaman alkuvaiheessa säädetty vuoden 1992 suunnitelu- ja valtionosuuslaki mahdollisti markkinamekanismin sovellutukset. Lakiin on tehty myöhemmin useita muutoksia ja sen mukaan kunnalla on kotihoidon kuten monien muidenkin hyvinvointipalvelujen järjestämisvastuu muttei tuottamisvastuuta. Kunta voi siten järjestää palvelut haluamallaan tavalla. Kuntien vapaus on kasvattanut yksityisen sektorin palveluntuottajia ja lisännyt samalla palvelujärjestelmään monitoimijuutta.

Kuopion ikäihmisten palvelujen kehittämissuunnitelmassa vuosille 1997-2005 tarkasteltiin yksityisten palvelujen suhdetta kunnan vanhuspalveluihin. Tuolloin toimenpide-ehdotuksina oli selkeyttää työnjakoa, lisätä yhteistyön muotoja ja luoda toimintamallit tilanteisiin, joissa yksityistä palvelua ostetaan. Myös palvelusetelin käyttömahdollisuuksien selvittäminen vanhuspalveluissa oli esillä. Tutkimuskunnan vanhusten kotihoidossa kunnan ulkopuolisia palveluntuottajia ovat olleet lähinnä yksityiset hoivayrittäjät. Edellä kuvatuista kolmestatoista tapauksesta, jossa markkinamekanismeja on sovellettu, vain kaksi ostopalvelusopimusta oli tehty kolmannen sektorin toimijan kanssa ja molemmat vuonna 1997 (ks. taulukko 5). Taulukko 5 ei kuitenkaan kata kaikkia tutkimuskunnan ostopalveluja, kuten esimerkiksi Kuopion Vanhustenkotiyhdistys ry:n ja Kuopion Invalidiliiton Tiihottarentien Inva-talon kanssa tehtyjä päiväkeskustoiminnan ostopalveluja tai ISS:n siivouspalveluja.

Taulukko 5: Uuden julkisjohtamisen (NPM) oppien soveltaminen tutkimuskunnassa 1997–2009 eli palvelujen ulkoistaminen yksityiselle ja kolmannelle sektorille.

Ostopalvelu- ja puitesopimukset, maksusitoumukset ja muut yksityisen sektorin kasvua edistävät toimenpiteet	Sektori, jonka kanssa sopimus tai vastaava on tehty
1. Ostopalvelusopimus kuntouttavasta kotihoidosta muistihäiriöisille Kuopion Kotihoitoyhdistyksen kanssa	3. sektori
2. Ostopalvelusopimus turvapuhelinpalvelusta SPR:n kanssa	3. sektori
3. Asiakaskohtaisia maksusitoumuksia 67 kilpailuttamalla ja osin suoraan yksityisiin hoitokoteihin	Yksityinen
4. Ostopalveluina kilpailuttamalla yksityisiltä palveluntuottajilta ateriakuljetukset asiakkaan kotiin (ei eteläisellä ja pohjoisella maaseutualueilla, jotka eivät kuulu tutkimukseen)	Yksityinen
5. Päivittäistavaraostojen kotiinkuljetuskokeilu 60 asiakkaalla, jonka jälkeen kauppa-asioinnista alettiin luopua ja sitä tarvitsevat ohjattiin muille palveluntuottajille.	”Muu palveluntuottaja asiakkaan valinnan mukaan”
6. Palvelusetelikokeilu omaishoitajien vapaapäiväksi	Yksityinen ja/tai 3.sektori kunnan hyväksymä palveluntuottaja
7. Puitesopimukset kilpailuttamalla yksityisille palveluntuottajille: turvapuhelinpalvelut, siivous, ateriakuljetukset, ilta- ja yöpartio, kokonaisvaltainen ¹ ja tilapäinen ² kotihoito vuosille 2000-2002.	Yksityinen
8. Asiakaskohtaisia maksusitoumuksia 70 kilpailuttamalla ja osin suoraan yksityisiin hoitokoteihin	Yksityinen
9. Asiakaskohtaisia maksusitoumuksia 101 kilpailuttamalla ja osin suoraan yksityisiin hoitokoteihin	Yksityinen
10. Puitesopimukset kilpailuttamalla yksityisille palveluntuottajille turvapuhelinpalvelut, siivous, ateriakuljetukset, ilta- ja yöpartio, kokonaisvaltainen ja tilapäinen kotihoito vv 2003-2005	Yksityinen
11. Puitesopimukset yksityisille palveluntuottajille kilpailuttamalla turvapuhelin, siivous, ateriakuljetukset, ilta- ja yöpartio, kokonaisvaltainen ja tilapäinen kotihoito vv. 2006-2009 ja 1 optiovuotta.	Yksityinen
12. Puitesopimukset kilpailuttamalla tehostettuun asumispalveluun vv. 2006-2008 ja 2 optiovuotta.	Yksityinen
13. Ostopalvelusopimuksia kilpailuttamalla 55 paikkaa tehostettuun asumispalveluun vv. 2009-2016.	Yksityinen
Yhteensä 13, joista ostopalvelusopimuksia 4, puitesopimuksia 4, asiakaskohtaisia maksusitoumuksia 3 ja yksi palvelusetelikokeilu ja yksi muu palvelun järjestäminen.	Yksityinen 10 3. sektori 2 Muu 1

¹ Kokonaisvaltainen hoito: kaikki tarvittavat hoito- ja hoivapalvelut hankitaan asiakkaalle samalta yrittäjältä (esimerkiksi Valtiokonttorin korvaamat sotainvalidien hoito- ja hoivapalvelut).

² Tilapäinen kotihoito: ostetaan tietty tuntimäärä esim. korvaamaan sairauspoissaoloja.

Vuosina 1997–2009 tässä kuvatuista 13 ulkoistamistapauksesta neljä oli ostopalvelusopimusta, neljä puitesopimusta, kolme asiakaskohtaisia maksusitoumuksia yksityisiin hoitokoteihin ja yksi palvelusetelikokeilu. Kuntaliiton Savon Sanomien pyynnöstä tekemän vertailun mukaan ”Kymmenestä suurimmasta kaupungista Kuopio on ulkoistanut eniten vanhusten, kehitysvammaisten, erityisryhmien ja pitkäaikaishoidettavien palveluja” (Savon Sanomat 5.9.2011).

Ulkoistamisen myötä yksityinen sektori on kasvanut. Sen seurauksena palveluntuottajat ovat monitoimijaistuneet, mikä pirstoo samankin asiakkaan palvelut ja synnyttää siten tarvetta sovittaa yhteen eri palveluntuottajien palvelut. Kotihoidon integrointitarpeen kasvun kannalta kotihoidon tuottajarakenteen monitoimijaistuminen hoivayritysten kasvun myötä on tärkeä muutos.

4.2.4 Kotihoidon asiakaskunnan muutokset

Toimintaympäristön keskeiset muutokset kotihoidon palvelutarpeen ja sisällön kannalta liittyvät tutkimuskunnan väestön ikärakenteen ja kotihoidon asiakaskunnan muutoksiin. Yli 75-vuotiaiden osuus tutkimuskunnan väestöstä on kasvanut huomattavasti seuranta-aikana, 4.8 prosentista 7.2 prosenttiin (taulukko 6). Osuus alitti maan keskiarvon, sillä vuoden 2009 lopussa Suomen koko väestössä oli 75 vuotta täyttäneitä 8 prosenttia¹¹.

Taulukon 6 luvut osoittavat yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden määrän kasvaneen tutkimuskunnan väestön yli 75-vuotiaiden määrän kasvun myötä. Sen sijaan palvelujen kattavuus tutkimuskunnan yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista oli lähes sama lähtötilanteessa ja viimeisessä seurannassa (26 % vuonna 1994 ja 27 % vuonna 2009). Asiakaskuntaa kuvaavat viiteen osatutkimukseen vuosina 1994–2009 osallistuneet, joista valtaosa oli yksin asuvia naisleskiä. Miesten osuus oli kuitenkin kasvanut lähtötilanteen 12 %:sta 24 %:iin vuonna 2009. Vuosina 1994–2003 tutkimukseen osallistui 6–7 yli 90-vuotiasta ja vuonna 2009 heitä oli 11, joista vanhin oli 100-vuotias. Asiakkaista kolme oli vuonna 2009 osallistunut vuoden 2003 tutkimukseen, mutta muutoin vuosien 2000–2009 seurantakertoina kaikki asiakkaat olivat vaihtuneet. Ensimmäisessä seurannassa vuonna 1997 oli osa sellaisia, jotka olivat olleet haastattelussa myös lähtötilanteessa. (Rissanen ym. 1999, 79.) Omaisten ilmoitusten mukaan asiakkaat olivat vuosina 2000–2009 olleet säännöllisen kotihoidon piirissä keskimäärin neljä vuotta.

Asiakkaiden ikärakenne oli pysynyt lähes samana, mitä osoittaa keski-ikäen pieni vaihteluväli, 80–82 vuotta. Kaikkina vuosina tutkimuksiin osallistuneista asiakkaista lähes 80 % tarvitsi kotihoitoa sairauden vuoksi. Liikkumisvaikeuksia oli runsaalla 40 prosentilla, paitsi 1997 niitä oli vähemmän. Kuulo-, näkö- ja erityisesti muistamattomuusongelmat olivat kasvaneet alkuvuosista huomattavasti, vuosien 2003 ja 2009 tutkimuksiin osallistuneilla näitä ongelmia oli jo joka viidennellä. Sen sijaan turvattomuuden ja yksinäisyyden tunne ja itse raportoidut sairaudet olivat viimeisinä seurantavuosina vähentyneet (taulukko 6; artikkelin IV taulukko 2).

¹¹ Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005-2010.

Asiakkaiden itse arvioima terveydentila¹² on pysynyt kohtalaisen samanlaisena tutkimusjakson aikana. Koettua terveydentilaa tarkasteltiin tutkimusvuosina jakamalla asiakkaat kolmeen ikäryhmään (1) 65–74 v, (2) 75–84 v ja (3) 85 v. ja vanhemmat. Vuonna 1994 koettu terveydentila heikkeni siirryttäessä nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään, mutta vuonna 2009 tilanne olikin kääntynyt päinvastaiseksi: iäkkäimpien terveydentila oli paras ja nuorimpien heikoin. Erityisesti nuorimmassa eli 65–74-vuotiaiden ryhmässä heillä oli kolmesta ikäryhmästä heikoin terveys viimeisessä seurannassa. Tätä selittää ainakin osittain se, että 2000-luvun alkupuolelta lähtien tutkimuskunnassa säännöllinen kotihoito on kohdennettu pääosin yli 75-vuotiaille ja siten kotihoidon piirissä olevilla alle 75-vuotiailla asiakkailla on palvelun tarvetta erityisen heikon terveydentilan vuoksi. Samansuuntainen tulos oli Marja Vaaraman (2006, 57) Espoon kotihoidon tutkimuksessa, jossa 65–74-vuotiaat olivat huonompikuntoisempia kuin 75–84-vuotiaat. Samoin siellä arveltiin yhdeksi selitykseksi sitä, että vain huonokuntoiset nuoremmat pääsevät säännöllisen hoidon piiriin. Merja Tepposen (2009, 145) tutkimuksessa yli 85-vuotiaat kotihoidon asiakkaat pitivät samoin terveyttään parempana kuin heitä nuoremmat 75–84-vuotiaat.

¹² Tässä tutkimuksessa ei ole tarkasteltu kotihoidon yhteyksiä asiakkaiden toimintakykyyn, hyvinvointiin tai elämisen laatuun. Tietoja on koottu yksinomaan asiakkaiden kokemasta terveydentilasta. Syyt rajaukseen ovat tutkimusekonomiset ja käytännölliset. Tutkimus on rajattava ajan ja muiden resurssien suhteen hallittavaksi. Seurantatutkimuksen alkaessa ei ollut käytettävissä esimerkiksi Rava-mittarilla tutkimuskunnassa vuodesta 1998 lähtien säännöllisin väliajoin koottuja tietoja asiakkaiden toimintakyvystä.

Taulukko 6: Tutkimuskunnan väestön ikärakenteen ja kotihoidon asiakaskunnan muutokset 1994-2009.

Ikärakenne ja kotihoidon asiakkaat	1994	1997	2000	2003	2009	Muutos 1994-2009
Yli 75-vuotiaita tutkimuskunnan väestössä	4 065	4 081	4 796	5 383	6 850	+ 2 785
%-osuus	4.8	5.1	5.5	6.2	7.2	+2.4
Yli 75-vuotiaita kotihoidon asiakkaita	1 052 ^a	966 ^a	1 422 ^a	1 632 ^a	1 647 ^{a,b}	+595
%-osuus (palvelujen kattavuus)	26	22	30	31	27	+1
Kotikäyntejä yli 75-vuotiaiden luo	-	-	311 620	332 761	314 327	+2 707 (2000-2009)
Seurantatutkimuksiin osallistuneiden asiakkaiden ominaisuuksia						
Ikä: keskiarvo ja keskihajonta	80±9	81±6	81±7	82±6	82±6	+2
Naisia %	88	78	85	81	76	-12
Yksin asuvia	84	79	92	85	86	+2
Asiakkaiden itse arvioima terveys: keskiarvo ja keskihajonta (huono = 1, hyvä = 5)	3.4±1.0	3.5±0.8	3.5±0.9	3.4±1.0	3.1± 0.9	-0.3
Liikkumisen vaikeuksia, %	53	26	44	57	41	-12
Kuulo- ja näköongelmia, %	14	11	6	22	21	+7
Muistiongelmia, %	8	6	10	22	21	+13
Yksinäisyyden tunnetta, %	20	5	12	20	8	-12
Turvattomuuden tunnetta, %	-	2	4	22	7	+5 (1997-2009)
Mielenterveyden ongelmia, %	5	2	4	22	7	+2
Itse raportoitu sairaus, %	89	88	75	80	70	-19
Asiakkaiden ilmaisema avuntarve, %						
- klo 16 jälkeen	9	4	37	41	56	+47
- klo 16-21	13	6	40	40	55	+42
- klo 21 jälkeen	5	9	8	9	19	+14

^a Ei sisällä Riistaveden tietoja, koska maaseutualueet jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle.

^b Ei sisällä Vehmersalmen tietoja, kuntaliitos Kuopioon vuonna 2005.

Palvelutarpeen kasvua osoittaa se, että vuonna 1994 asiakkaista 13 % tarvitsi tai koki tarvitsevansa palveluja klo 16–21:n välillä, mutta vuonna 2009 jo 55 %. Samoin yöaikaista palvelua tarvitsevien osuus oli kasvanut lähtötilanteen 5 %:sta 19 %:iin viimeisessä seurannassa. Muutokset ilmentävät ehkä myös palvelutarjonnan paranemista eivätkä yksin asiakkaiden palvelutarpeen kasvua.

Yksi syy asiakaskohtaiseen avun, hoivan ja hoidon tarpeen kasvuun on aiemmin kuvattu säännölliseen kotihoitoon ottokriteerien tiukentaminen. Kuten aiemmin todettiin, vuodesta 2003 lähtien tutkimuskunnan kotihoito ryhdyttiin asiakkaan voimavaralähtöisyyden pohjalta kohdentamaan niille asiakkaille, jotka eivät toimintakykynsä vuoksi selviytyneet itsenäisesti arkielämän toiminnoissa, joilla ei ollut mahdollisuutta läheisten tai muiden tahojen antamaan apuun ja joiden hoito ja huolenpito vaati erityistä ammattitaitoa. Asiakkaiden avuntarve oli säännöllisesti päivittäistä tai viikoittaista hoivaa, huolenpitoa ja /tai sairaanhoitoa. (Kuopion Ikäimmeisten strategia 2003–2012, liite 3.) Näiden muutosten seurauksena kotihoidon asiakkaat ovat aiempaa enemmän hoivaa ja hoitoa tarvitsevia.

Tiivistäen: Kotihoidon organisaatioympäristössä muutokset ovat olleet suunniteltuja, ulkopuolelta aloitettuja ja ohjattuja. Rakenteilla integroinnit ovat johtaneet prosesseilla integrointiin toimijoiden yhteistyön, tiedonvaihdon ja toimintojen yhteensovittamisen eli koordinoinnin muodoissa. Kireän kuntatalouden ohjaamana palveluja on kohdennettu eniten tarvitseville, joka on johtanut asiakaskunnan muutoksiin. Henkilöstömäärän riittämättömyyttä ja oman palvelutoiminnan puuttumista on täydennetty ostopalveluilla yksityisiltä hoivayrittäjiltä ja kotihoitoon on muodostunut monitoimijamalli.

4.3 KOTIHOIDON VASTUUALUEEN SISÄISET MUUTOKSET

Tämä alaluku kuvaa tutkimuskunnan kotihoidon vastuualueen sisällä seuranta-aikana tapahtuneita keskeisiä organisaatorakenteen ja osien sekä palvelurakenteen ja kotihoidon sisällön muutoksia. Erityisesti tarkastellaan muutoksissa integroivia toimenpiteitä ja kuinka liitetaulukossa 2 kuvatut kehittämishankkeet ovat olleet niiden muutosten käynnistäjiä ja vauhdittajia.

4.3.1 Kotihoidon vastuualueen sisäiset organisaatiomuutokset

Huhtikuussa 1992 tekemässään sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleen organisointipäätöksessä tutkimuskunnan kaupunginvaltuusto hyväksyi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen kotihoidoksi. Tämä toteutui kaupunginhallituksen keväällä 1993 asettaman vanhustenhuollon työryhmän ehdotuksen mukaisesti. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettiin kotihoidon tehtäväalueeksi keväällä 1994 laajassa organisaatiouudistuksessa ja hajautettiin neljään alueorganisaatioon aluejohtajien alaisuuteen. Samalla terveyskeskuksen sairaaloiden ja vanhainkotien antama hoito yhdistettiin laitoshoidon-toiminnaksi ja kotihoidon työpanosta päätettiin lisätä ilta- ja yöajaksi.

Taulukossa 7 oleva kooste osoittaa, että kotihoidon vastuualueella on tehty vuosina 1994–2009 yhteensä 12 organisaatorakenteen tai sen osan muutosta. Yhtä lukuun ottamatta nämä rakenteelliset integroinnit ovat sisältäneet vastuualueen laajenemisen ja/tai vastuualueen tulosityksikköjen kasvun ja kahdessa tapauksessa tulosityksikköjen lukumäärän vähenemisen yhden lakkauttamisen vuoksi ja toisessa tulosityksikköjen lukumäärän supistuessa.

Suurimmat vastuualueen sisäisen organisaation muutokset ovat tapahtuneet kotihoidon organisaatioympäristön muutosten yhteydessä. Laajassa vuoden 1994 uudistuksessa kotipalvelu ja kotisairaanhoido integroitiin yhdistämällä ja vuoden 1998 uudistuksessa kotihoidosta perustettiin oma vastuualue, joka sai samanarvoisen aseman sosiaali- ja terveystieteiden organisaatiossa kuin samaan aikaan perustetut seitsemän muuta vastuualueetta. Vuonna 1998 kotihoidon vastuualueen perustettiin kolme alueellista tulosityksikköä: Eteläisen, Keski- ja Pohjoisen tulosityksiköt.

Vuonna 2001 kotihoitoon liitettiin laitoshoidon vastuualueelta isot palvelukeskukset (entiset vanhainkodit) ja kotihoito nimettiin kotihoidon ja vanhustyön vastuualueeksi. Laitoshoido nimettiin sairaalahoidon vastuualueeksi. Tämän muutoksen jälkeen kotihoito alettiin nähdä entistä enemmän vanhustenhuoltona. Vuonna 2007 kotihoidon ja vanhustyön sekä sairaalahoidon vastuualueet yhdistettiin ja nimettiin koti- ja laitoshoidon vastuualueeksi. Samassa yhteydessä vastuualueelle perustettiin kaksi uutta tulosityksikköä: Harjulan (jossa oli akuuttiosastot, poliklinikka ja röntgenyksikkö) ja Valkeisen (jossa oli Valkeisen, Kivelän ja Kevättömän pitkäaikaissairaanhoidon osastot) tulosityksiköt. Yhdistämisen tarkoituksena oli koko vanhuspalveluprosessin sujumuuden lisääminen ja sen myötä kustannusten parempi hallinta.

Vuoden 2009 kotihoidon organisaatioympäristön muutoksessa koti- ja laitoshoidon vastuualueelta lakkautettiin kahdeksan tulosityksikköä ja niiden tilalle perustettiin kolme: asumispalvelujen, kotona asumista tukevien palvelujen ja sairaalahoidon tulosityksiköt. Tulosityksikköjen määrä supistui kahdeksasta kolmeen ja niiden laajuus kasvoi, mutta koti- ja laitoshoidon vastuualueen tehtävät eivät supistuneet.

Edellä mainittujen muutosten yhteydessä kotihoidon tehtäväalueen nimi on muutettu vuosina 1994–2009 neljä kertaa: vuoden 1994 kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisessä tehtäväalue nimettiin kotihoidoksi, kevään 1998 organisaatiouudistuksessa kotihoidon vastuualueeksi, vuonna 2001 kotihoidon ja vanhustyön vastuualueeksi ja vuonna 2007 koti- ja laitoshoidon vastuualueeksi.

Tutkimusajanjakson jälkeen kotihoidon organisaatioympäristön muutokset ovat jatkuneet vuonna 2011 kuten aiemmin on todettu. Tällöin kotihoidon yksikkö nimettiin kotihoidon sekä päivä- ja työtoiminnan palveluyksiköksi, joka sijoitettiin perusturvan palvelualueen vammais- ja vanhuspalvelujen palvelukokonaisuuteen. Perusturvan palvelualueen muut kaksi palvelukokonaisuutta ovat aikuissosiaalityö ja lapsiperhepalvelut. (www.kuopio.fi)

Taulukko 7: Kotihoidon vastuualueen organisaation sisäiset muutokset vuosina 1994-2009.

Organisaatorakenteen muutoksen tyyppi	Vuosi	Tulosityksikköjen määrä ja muita muutoksia
1) 1994 Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtäväalueet yhdistettiin kotihoidoksi. Nimi: Kotihoito.	1994	Tulosityksikköjä 0
2) Perustettiin uusi KH:n vastuualue ja siihen 3 tulosityksikköä: Eteläisen, Keskisen ja Pohjoisen tulosityksiköt. Nimi: Kotihoidon vastuualue.	1998	Tulosityksikköjä 3
3) Alavan vanhainkoti lakkautettiin, asiakkaat ja osa henkilöstöstä siirrettiin Puijonlaakson palvelukeskuksen Iltarusko-ryhmäkotiin ja Vanhustenkotiyhdistyksen Mäntylän palvelutaloon, jonka asukkaille KH:n henkilöstö antaa KH:n palvelut. Lisäys Pohjoisen alueen tulosityksikköön, ei uutta tulosityksikköä.	1999	Pitkäaikaisten laitospaikkojen supistus ja asumispalvelun laajennus. Tulosityksikköjä 3.
4) Riistaveden palvelukeskus (ent. vanhainkoti) siirrettiin kotihoidon vastuualueelle: Riistaveden tulosityksikkö.	2000	Vastuualue laajeni. Tulosityksikköjä 4.
5) Vanhainkodit siirrettiin laitoshoidon vastuualueelta KH:n vastuualueelle, johon perustettiin Leväsen ja Puijonlaakson tulosityksiköt. Alueiden KH siirtyi näihin tulosityksiköihin. Eteläinen tulosityksikkö lakkautettiin, sen toiminnot siirrettiin Leväsen tulosityksikköön. Vastuualueen nimi: Kotihoidon ja vanhustyön vastuualue.	2001	Vastuualue laajeni. Tulosityksikköjä 5.
6) Pohjoisen tulosityksikköön siirrettiin palvelutalojen Alava, Suokatu, Mäntylä ja Petonen. Toiminta oli osa alueiden KH:a, Kaupungin KH:n henkilöstö antaa KH:n palvelut Vanhustenkotiyhdistyksen omistaman Mäntylän palvelutalon asukkaille. Pohjoinen tulosityksikkö kasvoi.	2003	Työnjohto ja organisointi muuttui. Pohjoinen tulosityksikkö kasvoi. Tulosityksikköjä 5.
7) Leväsen palvelukeskuksen tehostetun palveluasumisen yksikköön perustettiin 52 paikkaa ja muistisairaiden yksikköön 15 hoitopaikkaa. Asumispalveluun tuli uusia vakansseja mitoituksella 0.6-0.7. Leväsen tulosityksikkö laajeni.	2004	Tehostettu asumispalvelu uusi kaupungin toiminta. Leväsen tulosityksikkö laajeni. Tulosityksikköjä 5.
8) Vehmersalmen terveyskeskuksen vuodeosasto ja kotihoito siirrettiin kuntaliitoksessa kotihoidon ja vanhustyön vastuu-alueelle. Perustettiin uusi Vehmersalmen tulosityksikkö.	2005	Vastuualue laajeni. Tulosityksikköjä 6.
9) Perustettiin kotihoidon ja vanhustyön vastuualueelle uusi Palvelutalojen tulosityksikkö, johon sijoitettiin Alavan, Suokadun, Mäntylän ja Petosen palvelutaloissa toimiva kotihoidon henkilöstö ja eläkeläisten päiväkeskustoiminta. Nämä eriytettiin Pohjoisen tulosityksiköstä.	2005	Tulosityksikköjen määrä kasvoi yhdellä. Tulosityksikköjä 7.

10) Kotihoidon ja vanhustyön sekä sairaalahoidon vastuualueet yhdistettiin ja laajennettu vastuualue nimettiin Koti- ja laitoshoidon vastuualueeksi . Perustettiin 2 uutta tulosyksikköä Harjulan (akuutiosastot, poliklinikka, rtg) ja Valkeisen tulosyksiköt (pitkäaikaissairaanhoido). Vastuualueen johtajana toimi KH:n johtaja, yhteinen vastuualueen johtoryhmä ja tulosyksiköillä omat johtotiimit tai johtoryhmät.	2007	Vastuualue laajeni. Työnjohto ja organisointi muuttuivat. Tulosyksikköjä 9.
11) Palvelutalojen tulosyksikkö lakkautettiin. KH:n toiminta siirrettiin takaisin alueiden KH:n yksiköihin. Alava ja Suokatu Keski- ja Mäntylä Pohjoisen ja Pyörö Leväsen tulosyksiköihin. Henkilöstö toimi palvelutaloissa kuten aiemmin, työnjohto ja organisointi muuttuivat.	2008	Tulosyksikköjen määrä väheni yhdellä. Vastuualue ei supistunut. Tulosyksikköjä 8.
12) KH:n vastuualueen 8 tulosyksikköä lakkautettiin ja perustettiin kolme uutta 1) asumispalvelujen 2) kotona asumista tukevien palvelujen ja 3) sairaalahoidon tulosyksiköt. Toimintojen uudelleen organisointi.	2009	Vastuualue ei laajentunut eikä supistunut. Tulosyksiköt laajenivat, kun luku supistui. Työnjohto ja organisointi muuttuivat. Tulosyksikköjä 3.

4.3.2 Vanhuspalvelujen rakennemuutos ja integroivat muutokset

Vanhuspalvelujen rakennemuutos koti- ja muita avopalveluja painottavaksi on ollut toistuva teema valtionohjauksessa (kohta 4.1.1). Ohjauksen mukaisesti tutkimuskunnan kotihoidon vastuualueen muutoksista suurin osa on kohdistunut vanhuspalvelujen rakenteeseen kuten taulukosta 8 ilmenee.

Taulukko 8: Tutkimuskunnan vanhuspalvelujen rakennemuutosta kuvaavia lukuja vuosina 1994-2009.

Palvelurakenteen muutoksen osoittimia: yli 75-vuotiaista	1994	1997	2000	2003	2009	Muutos 1994- 2009
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa %	13.2	11.4	8.7	7.5	5.4	-7.8
Kotona/kodinomaisesti asuvia %	87	87	90	92	93	+6
Tehostetussa asumispalvelussa %	..	1.5	1.7	1.3	3.9	+2.4

Yli 75-vuotiaiden pitkäaikainen laitoshoido on vähentynyt ja sekä kotona että tehostetussa palveluasumisessa asuvien osuus on kasvanut valtakunnallisen suosituksen (STM 2008:3) mukaisesti. Tutkimuskunta avasi ensimmäisen oman tehostetun asumispalvelun yksikön loppuvuodesta 2004. Omaishoidon tukea saavia yli 75-vuotiaita oli 2.7 % vuonna 2009. Tukea saavien määrä on tutkimusvuosien aikana kasvanut, mutta yli 75-vuotiaiden tukea saavien määrää ei kailta seurantavuosilta ole eroteltu, joten asiasta ei tältä osin ole saatavissa tietoa koko seuranta-ajalta.

Vanhuspalvelujen rakennemuutos kohti ikäihmisten hyvinvoinnin edistämistä

Ikäihmisten palvelujen rakennetta on muutettu tutkimuskunnassa valtion ja kuntatason poliittishallinnollisen ohjauksen edellyttämällä tavalla myös ehkäisevään työhön. Sitä on kehitetty seuranta-aikana valtionohjauksen pohjalta (esim. STM 1999: 16) käynnistyneissä liitetaulukossa 2 kuvatuissa hankkeissa.

Seniorineuvola aloitti pilottina vuonna 2001 ehkäisevät kotikäynnit, jotka vakiintuivat vuotta myöhemmin kotihoidon normaaliksi toiminnaksi. Ne on korvattu vuonna 2010 aloitetuilla hyvinvointia edistäväillä kotikäynneillä (STM 2009:24), joita edelleen kehittämään perustettiin *HEHKO-pilottihanke* vuoden 2011 alussa.

Kuntouttavaa työtettä, ennakoivia ja varhaista mukaantuloa on kehitetty liitetaulukossa 2 kuvatuissa hankkeissa. Yksi niistä on vuosina 2000-2003 toteutettu *Valssi-koulutus*, jossa kotihoidon työntekijät perehtyivät kuntouttavaan työotteeseen ja ikäihmisten liikuntaa lisääviin menetelmiin. Koulutus aloitettiin valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (STM 1999:16) suositusten pohjalta. Valssi-koulutuksen seurauksena esimerkiksi asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin tuli kuntoutussuunnitelma ja työntekijät ryhtyivät ohjeistamaan aktiivisesti kotihoitoasiakkaita kuntoutusohjeilla.

Ehkäisevää ja ennakoivaa työtettä on kehitetty myös Kuvake -hankkeen (Kuopion vanhuspalvelujen kehittämishanke) jatkona alkaneessa vuosien 2007–2011 *VAMU -hankkeessa* eli varhaisen mukaantulon huomioiminen palvelutarpeen arvioinnissa. Hanke alkoi pilottina 2007-2008 ja pohjautui myös valtakunnallisiin suosituksiin (STM 1999:16; 2006:19) ehkäisevästä ja ennakoivasta työotteesta ikäihmisten palveluissa.

Lisäksi tutkimuskunnassa on poikkihallinnollisesti valtakunnallisiin suosituksiin pohjautuen (esim. STM 2001:1; 2003:20; 2006:19; 2009:24) toteutettu seuranta-aikana useita muita ikäihmisten hyvinvointia edistäviä toimintoja: on alennettu ikäihmisten liikunta- ja kuntoilupaikkamaksuja, tehty rollaattorireittejä, aloitettu sosiaalista toimintaa virkistävät asukastupatoiminnat, tuotu kulttuuria laitoksiin ja kotihoitoon sekä koulutettu lukuisa joukko vertaisohjaajia erilaisiin toimintakäytäntöihin ja sitä edistäviin toimintoihin.

4.3.3 Kehittämishankkeet rakenteilla ja prosesseilla integroijina

Tutkimuskunnassa on ollut seuranta-aikana useita kotihoitoa integroivia hankkeita (liitetaulukko 2). Niissä on kehitetty muun muassa *tiimi- ja ryhmätyötä*, muita palveluja yhteen sovittavia käytäntöjä kuten omahoitajuus, kotiutuskoordinaattori ja kotiutustiimien toiminnat sekä muita yhteistyön muotoja. Ensimmäiset hankkeet aloitettiin 1990-luvulla, jolloin kotipalvelun ja kotihoidon yhdistämisen seurauksena tarve kotihoitoa yhteen sovittavaan tiimi- ja muuhun ryhmä- ja yhteistyöhön kasvoi. Sosiaali- ja terveystoimen organisaatioissa erillään toimineet työntekijät tarvitsivat uudenlaista yhteistyöosaamista. Siihen valmentava koulutushanke, Kuopion kaupungin henkilöstöstrategian pilottiprojekti, toteutettiin vuosina 1997–1999. Hanke oli mukana työelämän kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Hiltunen

2006, 69). Hankkeen vauhdittamana palveluja eheyttävä ja yhteen sovittava tiimityö vakiinnutettiin vuonna 1998 koko kotihoidon kattavaksi toiminnaksi.

Vuosina 2002–2004 tiimityön ja siinä erityisesti *omahoitajuuden osaamista* syvennettiin uudella koulutuksella. Omahoitajia oli alettu nimetä kotihoitoon jo vuodesta 2000 alkaen ja tässä hankkeessa omahoitajan roolia tiimityössä syvennettiin. Hankkeen yhtenä tuloksena syntyi *Kotihoidon ja vanhustyön omahoitajien käsikirja: Omahoitajuus tiimityössä -koulutuksen oppimistehtävät* (Varjoranta & Jalava 2004). Omahoitajan tehtävänä on hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovittujen palvelujen yhteensovittaminen, johon tarvittaessa osallistuu myös kotipalvelunohjaaja ja kotisairaanhoidaja. Hankkeessa kiinnitettiin huomiota myös yhteisesti sovittujen hoitotyön periaatteiden noudattamiseen. Hanke toteutettiin yhteistyössä kotihoidon, vanhustyön ja Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa ja siihen osallistui lähes 300 kotihoidon ja vanhustyön vastuualueen ja yksityisten hoiva-alan yritysten työntekijää. Oppimista tuettiin tutoroinnilla.

Alueiden kotihoitotiimeissä hoidollista osaamista on myös vahvistettu tyydyttämään asiakkaiden lisääntyntä sairaanhoidon tarvetta hajauttamalla kotisairaanhoidon yliaalueellisen perushoitajatiimin jäsenet kotihoidon tiimeihin vuonna 2007.

Kotihoidon monitoimijaistuminen on lisännyt toimijoiden yhteistyön ja muunlaisen integroinnin tarvetta, jota kehittämään syntyi vuosina 1999–2001 toteutettu *Samassa verkossa* -hanke aluksi *Kotihoidon hallittu rakennemuutos* -nimisenä. Siinä kehitettiin yhteisöllisyyden malliin pohjautuva turvaverkosto tyydyttämään vanhusten sosiaalisen tuen tarvetta. Idea syntyi alueen kotihoidon, seurakunnan työntekijöiden ja asukasyhdistyksen yhteistyöstä, jolla tuettiin vanhusten kotihoitoa. Alueen kotihoito ja palvelukeskus antoivat tilat ja kaupunki hankki niihin atk-yhteydet. Tilat ovat edelleen paikallisten asukkaiden monipuolisessa käytössä, esimerkiksi koululaiset voivat viettää siellä iltapäiväänsä. Tutkimuskunnan ja yksityisen kotihoidon hoivatyöntekijät kehittivät hankkeessa kotihoitoon myös laatukriteerit, mikä on tärkeä kotihoitoa jatkuvasti integroiva työväline. Hanke oli pilottina Suomen Kuntaliiton ESR rahoittamassa hankkeessa *Palvelurakenteen muutos ja henkilöstövalifikaatiot sosiaali- ja terveydenhuollossa vuoteen 2010*.

Kotihoidon kenttätöiden ja palvelukeskusten osastojen työntekijöiden yhteistyöhankkeen (palvelukeskusten kehittämishanke) ensimmäisessä vaiheessa vuosina 2000–2003 kehitettiin kotihoidon ja palvelukeskusten osastoilla toimivien yhteistyötä. Kotihoidon toimitilat sijaitsivat alueiden palvelukeskuksissa, joissa järjestetään päiväkeskustoimintaa alueen kotihoidon asiakkaille ja muille ikäihmisille. Hankkeessa pyrittiin poistamaan palvelu- ja hoitoketjujen sekä laitoshoidon ja kotihoidon yhteistyön esteitä. Toimintarakenteilla integrointia oli muun muassa kotihoitoon ja osastolle perustettu yhteinen varahenkilö. Integrointia tapahtui myös tilojen yhteiskäytöllä.

Palvelukeskusten kehittämishanke jatkui vuosina 2004–2005 nimellä *Uusia kompetensseja vanhustyöhön*. Siinä painottui yhteistyö kulttuuritoimen kanssa. Hankkeen koordinoitiryhmään osallistuivat tärkeimpien sidosryhmien edustajat ja luottamushenkilöt kuten esimerkiksi silloinen sosiaali- ja terveyslauta-

kunnan puheenjohtaja ja asiakkaita edustava vanhusneuvoston puheenjohtaja. Hankkeet kuuluivat osana kunnallisen työelämän muutosta ja siinä tarvittavia muutosvalmiuksia kehittävään hankkeeseen, jota rahoitti työministeriö maksamalla Tampereen yliopiston työelämän tutkijoiden palkkiot. Jarmo Lehtonen ja Risto Nakari (2007) ovat kuvanneet hankkeen raportissaan *Pysyvät kehittämiskentteet Kuopion vanhustyössä*.

Hoito- ja palveluketjujen sujuvuuden ja toimivuuden parantaminen. Sairaalaista kotiutumisen on yksikköjen ja muiden toimijoiden rajapintojen kriittisimpiä solmukohtia. Kotiutumisen sujuvuutta kehitettiin osana valtakunnallista kotiutumiskäytäntöjä tehostanutta Stakesin *PALKO -hanketta* vuosina 2001–2004. Tutkimuskunnassa toteutettu toiminta oli Stakesin ohjeistamaa ja osittain vetämää ja siinä laadittiin myös Kuopion Palko-mallin kirjalliset ohjeet. Ohjeistusta tarkistetaan vuosittain ja tarvittaessa useamminkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustajin yhteisissä tapaamisissa.

Kotiutuskoordinaattori, kotiutustiimi ja Kuvake-hanke. Vuonna 2005 kotiutuskoordinaattori aloitti toimintansa tavoitteenaan nopeuttaa erikoissairaanhoidosta kotiutuksia sekä varmistaa hoito- ja palveluketjujen saumattomuus. Toimintaa tehostamaan perustettiin vuonna 2008 kotiutustiimi. Molemmat työmuodot käynnistettiin Kuopion vanhuspalvelujen kehittämishankkeessa (Kuvake-hanke) vuosina 2005–2009. Tämä hanke on liitetaulukossa 2 kuvatusta hankkeista sisällöltään, kohteiltaan, osallistujiltaan ja todennäköisesti myös vaikutuksiltaan laajin. Kuvake-hanke sisälsi useita pieniä kehittämishankkeita, jotka on kuvattu hankkeen loppuraportissa. (Hoffrén 2010.) Niissä kehitettiin laajasti vanhustyötä ottaen erityisesti huomioon kotihoidon ja kotona asumisen mahdollistaminen. Hanke käynnistyi HAUS- kehittämiskeskuksen vanhuspalvelujen selvittämistyön (2004–2005) kehittämisehdotusten pohjalta (ks. Ranta ym. 2005), ja aloite tuli kotihoitoyksikön ulkopuolelta, mutta johdettiin sen jälkeen kotihoidon vastuualueen sisältä osin konsulttiapua käyttäen. Hankkeen ohjausryhmässä oli monipuolinen sidosryhmien, luottamushenkilöiden, työnantajien ja työntekijöiden edustus ja asiakkaiden edustajana vanhusneuvoston puheenjohtaja.

Kuvake-hankkeessa perustettiin vuonna 2006 *Kuvake-tiimi*, joka korvasi aiemman SAS-toiminnan¹³. Kuvaketiimin tehtävänä on vastata asumis- ja hoivapalvelujen kysyntään ja tarjontaan. Tiimiin kuuluu kotiutuskoordinaattori (sairaanhoitaja), sosiaalityöntekijä, lääkäri ja osa-aikainen toimistotyöntekijä. Tiimin työ sisältää asiakkaiden ohjaamista, neuvontaa, tiedon välitystä ja hoitopalvelujen yhteensovittamista sekä palveluohjausta asumispalveluista. Yksityisen kotihoidon palvelujen tuottajien viranomaisvalvonta keskitettiin Kuvake-tiimin sosiaalityöntekijälle, joka hoitaa myös yksityisten hoitokotien ja vanhusten perhehoidon viranomaisvalvonnan. Vuoden 2011 organisaatiouudistuksessa Kuvake-tiimin toiminta on sisällytetty vanhusten ja vammaisten palveluohjausyksikköön.

¹³ SAS = Selvitä – Arvioi – Sijoita- ryhmä arvioi ikäihmisille parhaiten sopivan hoitopaikan.

4.3.4 Kotihoidon työntekijöiden osaamisen kehittäminen integroivien toimenpitein

Suuri osa edellä ja liitetaulukossa 2 kuvatuista hankkeista on kehittänyt tutkimuskunnan kotihoidon työntekijöiden osaamista, mikä on hoidon laadun tärkeä edellytys ja laadun rakennetekijä Avedis Donabedianin (1888) tunnetussa hoidon laadun käsitejärjestelmässä. Työntekijöiden osaaminen on tärkeä myös kotihoidon integroinnin kannalta. Liitetaulukossa 2 kuvatuista kymmenestä hankkeesta kolmeen (Samassa verkossa, Palvelukeskusten kehittämishankkeet, Kuvake) on osallistunut työntekijöiden lisäksi myös asiakkaita tai heidän edustajiaan. Useimmiten hankkeet ovat kohdistuneet koko kotihoidon henkilöstöön tavoitteena lisätä valmiuksia, joita muuttunut työelämä kuten moniammatillisuus ja uusi tietoteknologia vaativat. Kahta koulutushanketta (Ryhmä/tiimityö ja Pegasos) lukuun ottamatta myös yksityisten hoivayrittäjien ja kolmannen sektorin edustajia on osallistunut hankkeisiin kaupungin kotihoidon työntekijöiden ohella. Tämä osoittaa eri sektorien toimijoiden yhteistyön eli prosesseilla integroinnin välttämättömyyden ja tarpeen nykyisessä monituottajaisessa kotihoidossa. Toimijoiden luonteen ja määrän perusteella arvioituna valtionohjauksessa mainittu poikkihallinnollisuus on lisääntynyt tutkimuskunnan kehittämistyössä.

Tietoteknologian hyödyntämisen edellyttämällä Pegasos-koulutuksella (2004–2005) kehitettiin kotihoidon työntekijöiden valmiuksia uuden tietojärjestelmän käyttöön otossa ja tietoteknologian käytössä. Kirjaamiskäytäntöjen muutos ja atk-laitteiden käyttö olivat varsinkin iäkkäämmille työntekijöille heidän kuvaamaan voimia koetteleva ponnistus. Tämä muutoshanke sisälsi kotihoidon integrointia edistävän työvälineen, tietojärjestelmän käyttöönoton. Siihen liittyi myös yhteisillä toimitiloilla integrointia kaupungin varustaessa atk-laitteilla yhteiset tiimitilat.

Kotihoidon työntekijöiden osaamista on kehitetty erityisesti vastaamaan asiakaskunnan muuttuneita palvelutarpeita, joihin vastaamisessa hoidolliset tehtävät ovat lisääntyneet. Tästä syystä kodinhoitajia ja kotiavustajia on koulutettu oppisopimuskoulutuksella lähihoitajiksi. Vuodesta 1999 alkaen vapautuvat kodinhoitajien ja kotiavustajien tehtävät on täytetty lähihoitajilla. Muutosta edisti ja mahdollisti vuoden 1992 koulutus uudistus, jossa kodinhoitajien ja perushoitajan koulutukset lakkautettiin ja tilalle perustettiin sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajat ylittävä lähihoitajakoulutus. Näiden koulutus uudistusten seurauksena tutkimuskunnan kotihoidossa välittömään asiakastyöhön osallistuvien työntekijöiden koulutustausta ja tehtävänimikkeet ovat muuttuneet perusteellisesti tutkimusajanjakson aikana (taulukko 9). Kodinhoitajat ja kotiavustajat ovat vähentyneet ja lähihoitajien osuus on kasvanut. Vuonna 1994 kotihoidon henkilöstössä oli välittömään asiakastyöhön osallistuvista terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneiden osuus 9 % ja vuonna 2009 65 %.

Taulukko 9: Kotihoidon välittömään asiakastyöhön osallistuvien tehtävänimikkeet tutkimuskunnassa 1994 ja 2009.

Tehtävänimike	1994	2009	Muutos 1994-2009
Kodinhoitaja	145	73	-72 ¹
Kotiavustaja	63	- -	-63
Perus/lähihoitaja	8	110	+102
Sairaanhoidtaja/terveydenhoitaja	12	25	+13
Välittömään asiakastyöhön osallistuvia yhteensä	228	208	-20

¹ Lukuun sisältyy yksittäisiä kotiavustajia.

4.3.5 Muutosten vaikutukset kotihoitoon ja sen integrointiin

Organisaatiomuutoksen käsitteillä kuvattuna kaikki liitetaulukossa 2 kuvatut kymmenen kehittämishanketta ja niiden kotihoidon vastuualueella aikaansaamat muutokset ovat olleet suunniteltuja. Suuri osa niistä on käynnistynyt kohdassa 4.1 kuvatun valtionohjauksen pohjalta, jolloin ne ovat myös kotihoidon yksikön ulkopuolelta aloitettuja. Tosin monissa hankkeissa on syntynyt spontaanisti sisältä päin jatkohankkeita, jotka ovat edenneet sisältä ohjautuvina muutosprosesseina. Hankkeiden toteutusta on tehostettu eri lähteistä tulevalla julkisella alueellisella ja valtakunnallisella rahoituksella eli voimavaraohjauksella.

Organisaatiomuutoksen käynnistyttyä liitetaulukossa 1 kuvatuista 63 muutoksesta palvelurakenteeseen, organisaation muutoksiin ja työn sisältöön luokitelluista muutoksista arvioin muutoksen vaikutuksen kotihoidolle laajaksi 9:ssä, kohtalaiseksi 29:ssä ja suppeaksi 25:ssä muutoksessa. Muutoksista 33 oli aloitettu ulkoapäin ohjattuina, 18 sisältäpäin ja 12 sekä ulkoa että sisältäpäin. Muutoksen vaikutusten arvioinnit tulkiten seuraavasti: laaja vaikuttaa koko tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristöön, moniin sidosryhmiin ja niiden väliseen yhteistyöhön (esimerkiksi kotihoito, vanhustyö ja sairaalahoito integroituna), kohtalainen on vaikutukseltaan edellä mainittua rajatumpi (esim. monituottajuus, asumispalveluihin liittyvä yhteistyö) ja suppea tiettyyn toimintaan tai palveluun liittyvä (esimerkiksi pienet henkilöstölisäykset, työnjakomallit, pienet organisaatiomuutokset).

Integroinnin tyypeiksi arvioin 22 rakenteilla, 22 prosesseilla, viisi rakenteilla ja prosesseilla, neljä työvälillä ja yksi koulutuksella integrointia. Seitsemässä muutoksessa ei ollut integroivaa vaikutusta ja kahdessa supistuksiin liittyvissä muutoksissa arvioin integrointia heikentävän vaikutuksen palvelujen saatavuuden heikentyessä ja kolmessa heikentävän ja osittain vahvistavan vaikutuksen palvelujen pirstoutuessa. Muutosten integrointityypin merkityksen arvioin kotihoitoa vahvasti vahvistavaksi 23:ssa muutoksessa ja 28:ssa osittain vahvistavaksi.

Tiivistäen: Valtionohjauksen vaikutukset näkyivät kotihoidon toimintaympäristön sisäisissä muutoksissa, erityisesti kehittämishankkeissa. Kotihoidon vastuualueen sisäisissä muutoksissa oli useita organisaation rakenteen tai sen osan muutoksia, jotka pääosin olivat suunniteltuja, ulkopuolelta ohjattuja ja useimmiten johtuivat vastuualueen laajenemisesta ja niissä näkyi rakenteellinen integrointi. Vanhuspalvelujen palvelurakenne muuttui kotihoitopainotteiseksi ja toimintakykyä ylläpitävän työn merkitys ikäihmisten hyvinvoinnin ja kotona asumisen edistämiseksi huomioitiin esimerkiksi kehittämishankkeissa. Integroivilla koulutus- ja kehittämishankkeilla on lisätty työntekijöiden osaamista monitoimijaisessa toimintaympäristössä. Henkilöstörakenne on muuttunut lähihoitajapainotteiseksi koulutusuudistuksen myötä.

Tarkastelen seuraavissa luvuissa kuinka valtionohjauksen sekä kotihoidon vastuualueen sisäiset ja sen toimintaympäristön muutokset näkyvät kotihoidon sisällössä ja laadussa 15 vuoden seuranta-aikana.

4.4 KOTIHOIDON SISÄLTÖ TYÖNTEKIJÖIDEN TYÖAJAN KÄYTÖN PERUSTEELLA

Tarkastelen tässä alaluvussa kotihoidon sisällön muutoksia työntekijöiden eri tehtäviin käyttämän työajan perusteella viidessä eri kyselyssä vuosina 1994-2009. Työtehtävien tarkasteluun valitut muuttujat on liitteessä 8.

4.4.1 Vastanneiden työntekijöiden kuvaus

Työntekijöiden keski-ikä ei tutkimusvuosina juurikaan muuttunut. Nuorin osallistuja oli 21-vuotias ja vanhin 63-vuotias. Työntekijät olivat kaikki naisia kahden viimeistä tutkimusvuotta lukuun ottamatta, jolloin mukana oli yksi mies. Vastanneista kotipalvelun puolella työskenteli valtaosa (71-79 %). Keskimäärin työntekijät olivat työskennelleet 12 vuotta. Kaksivuorotyön osuus oli merkittävästi kasvanut lähtötilanteen 6 %:sta 66 %:iin (taulukko 10).

Vuonna 2003 työntekijöistä 16 oli osallistunut kaikkiin edellisiin tutkimuksiin ja 7 vuosina 1997 ja 2000. Vuonna 2009 tutkimukseen osallistuneista 40 ilmoitti osallistuneensa vuoden 2003 tutkimukseen, 23 vuonna 2000, 16 vuonna 1997, 15 vuonna 1994 ja 11 oli osallistunut kaikkiin tutkimuksiin.

Taulukko 10: Taustatietoja työntekijöistä 1994-2009.

	1994	1997	2000	2003	2009
Ikä: keskiarvo ± SD	46 ± 9	47 ± 8	46 ± 8	46 ± 9	44 ± 10
Siviilisääty %					
- Yksin asuva	10	6	2	9	5
- Avio/avoliitossa	70	82	80	80	82
- Eronnut	12	8	16	7	11
- Leski	8	5	1	4	2
Ammatill. koulutus %					
- Ammattikurssi	23	18	10	9	1
- Koulutason tutkinto	51	54	58	76	91
- Opistotason tutkinto	26	27	30	15	8
- Yliopistotutkinto	0	0	2	0	0
Työaikamuoto %					
- Kokopäivätyö	86	56	44	42	31
- Kaksivuorotyö	6	24	48	51	66
- Osa-aikatyö	8	21	8	7	3
Kokemus nykyisessä tehtävässä: keskiarvo ± SD	12 ± 7	12 ± 8	12 ± 7	12 ± 7	12 ± 9

4.4.2 Työntekijöiden työajan käyttö

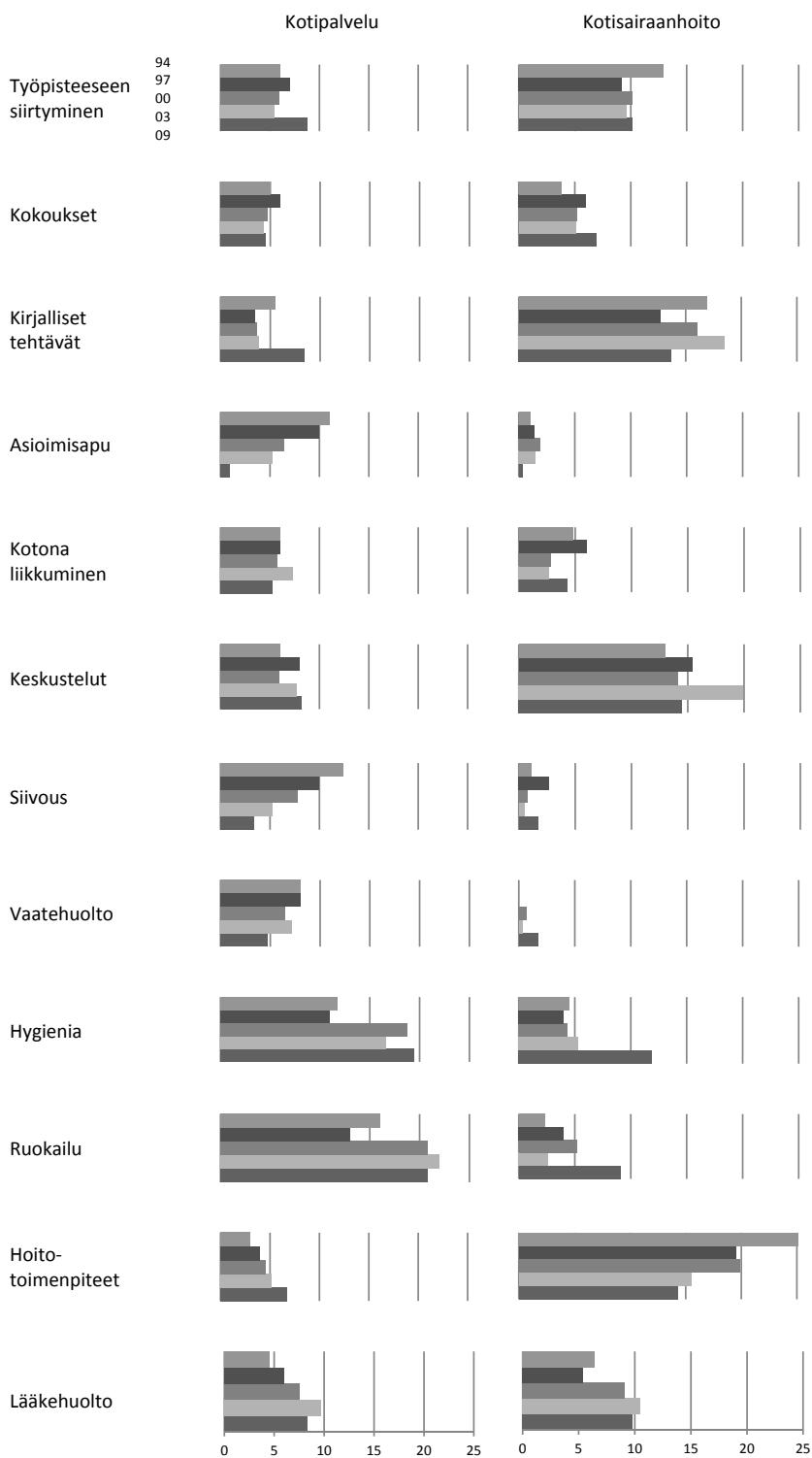
Kotihoidon sisältöä ja sen muutoksia seuranta-aikana mitattiin työntekijöiden keskimäärin päivittäin käyttämällä työajalla yhdeksässä välittömään asiakastyöhön liittyvässä tehtävässä: ruokailuun, hygienian hoitoon, kotona liikkumisen tukemiseen, lääkehoitoon (esim. lääkkeiden jako), vaatehoitoon (esim. pyykinpesu, ompelu), asiointiapuun ja /tai palveluun kodin ulkopuolella (esim. pankissa tai kaupassa käynnit), siivoukseen, keskusteluun/ seurusteluun asiakkaan kanssa ja hoitotoimenpiteisiin kotona (esim. haavanhoidot, pistokset). Tämän lisäksi päivittäisen työajankäyttöä mitattiin kokouksiin, kirjallisiin tehtäviin, työpisteestä toiseen siirtymiseen ja muuhun (mikä?) käytettyä aikaa.

Kuvio 2 havainnollistaa seuranta-tutkimuksen aikana työntekijöiden eri tehtäviin käyttämän työajan jakautumista prosentteina kokonaistyöajasta. Pääasiassa kotipalvelutehtävissä toimivat olivat käyttäneet kaikkina vuosina eniten aikaa asiakkaiden ruokailussa auttamiseen ja hygieniasta huolehtimiseen ja niihin käytetty aika oli lisääntynyt vuodesta 2003 lähtien. Lähtötilanteessa vähiten aikaa kotipalvelutehtävissä toimivat olivat käyttäneet hoitotoimenpiteisiin ja lääkehoitoon, joihin käytetty aika seuranta-aikana oli kasvanut. Samoin oli hieman kasvanut asiakkaan kanssa keskusteluihin käytetty aika ja erityisesti viimeisessä seurannassa kirjalliset työt ja työpisteestä toiseen siirtymiseen käytetty aika. Sen sijaan siivous ja asiointiapu olivat vähentyneet aina systemaattisesti jokaisena

tutkimusvuotena edellisestä mittauksesta. Lähtötilanteessa siivoukseen oli käytetty 15 % työajasta, mutta viimeisessä seurannassa enää 3 %. Asiointiapuun oli käytetty lähtötilanteessa 11 % ja viimeisessä seurannassa vajaa 1% kokonaistyöajasta. Siivouksen ja asiointiavun väheneminen on seurausta valitusta toimintalinjasta (ks. kohta 4.2.2).

Pääasiassa *kotisairaanhoidollisissa* tehtävissä toimivien työajan käytössä painottuivat kaikkina seurantakertoina hoitotoimenpiteet, keskustelu ja seurustelu, lääkehuolto ja kirjalliset tehtävät. Hoitotoimenpiteisiin käytetty aika oli vähentynyt vuodesta toiseen lähtötilanteen 26 %:sta 14 %:iin viimeisessä seurannassa. Hoitotoimenpiteitä on siirretty tietoisesti tiimien lähihoitajille, mikä näkyy kotipalvelussa niihin käytetyn työajan kasvuna ja tehtävien monipuolistumisena. Vuoden 2009 työajassa olivat lisääntyneet selkeästi lähtötilanteesta hygieniasta huolehtiminen, ruokailussa avustaminen, kokouksiin käytetty aika ja lääkehuolto. Edellä raportoidut muutokset ovat jossain määrin samanlaistaneet kotipalvelu- ja kotisairaanhoidotehtävissä toimivien työnkuvia. Kummankin työntekijäryhmän työssä asiakkaan hygieniasta huolehtiminen ja ruokailussa auttaminen sekä lääkehuolto olivat lisääntyneet. Asiointiapu, siivous ja vaatehuolto olivat vähentyneet kotipalvelun puolella ja kotisairaanhoidon puolella niiden osuus oli minimaalinen jo lähtötilanteessa. Lääkehuoltoon käytetyn ajan hienoinen lasku sekä kotipalvelu- että kotisairaanhoidotehtävissä toimineilla vuonna 2009 lienee seurausta siitä, että joillakin alueilla siirryttiin vuonna 2008 apteekkien koneelliseen lääkeannosteluun. Sairaanhoidajan nimikkeellä toimivien työtehtävissä hoitotoimenpiteet, keskustelu ja kirjalliset tehtävät olivat kokonaistyöajassa pysyneet lähes samanlaisina koko seuranta-ajan.

Työmatkoihin käytetty aika oli kasvanut viimeisessä seurannassa molemmilla työntekijäryhmillä ja erityisesti kotipalvelun puolella. Matkat asiakkaiden luokse ovat pidentyneet toimitilojen supistamisen ja tiimitilojen tietyille alueille keskittämisen vuoksi. Työnantaja ei ole myöskään pystynyt hankkimaan kulkuvälineitä tarvetta vastaavasti, joten liikkuminen jalan, pyörällä tai julkisilla kulkuvälineillä lisää matkoihin käytettyä työaika. Työmatkoihin kuluvan ajan kasvamisen totesi myös Merja Tepponen (2009) tutkimuksessaan Lappeenrannan ja Varkauden kotihoidosta. Samoin asiaan kiinnitti huomiota valtioneuvoston tarkastusvirasto (2010, 81) kotihoidon raportissaan todeten, että työntekijät käyttävät työajastaan keskimäärin vain runsaat puolet välittömään asiakastyöhön. Muu aika menee kirjaamisiin ja etenkin maaseudulla siirtymisiin kohteesta toiseen.



Kuvio 2: Työntekijöiden työajan käyttö viidessä kyselyssä vuosina 1994–2009: % kokonais-työajasta.

Tiivistäen: Kotihoidon sisältö työntekijöiden työajalla mitattuna on muuttunut eniten perinteisessä kotipalvelussa. Asiakkaiden ruokailussa auttamiseen ja hygieniasta huolehtimiseen oli käytetty aikaa eniten kaikkina vuosina ja lähtötilanteesta alkaen näihin sekä hoitotoimenpiteisiin ja lääkehooltoon käytetty aika on kasvanut. Asiointiapu, siivous ja vaatehuolto olivat vähentyneet. Kotisairaanhoidossa painottuivat seurantavuosina hoitotoimenpiteet, keskustelu, lääkehoolto ja kirjalliset tehtävät. Hoitotoimenpiteissä kotisairaanhoidon tehtäviä on siirtynyt kotipalveluun lähtötilanteeseen verrattuna. Kummankin ryhmän työajan käytössä hygieniasta huolehtiminen, ruokailussa auttaminen ja lääkehoolto olivat lisääntyneet ja muutokset ovat jossain määrin samanlaistaneet näiden ryhmien työnkuvia.

4.5 KOTIHOIDON LAATU JA SEN MUUTOKSET SEURANTA-AIKANA

Tarkastelen tutkimuskunnan kotihoidon laadun muutoksia tarvevastaavuudessa, kotihoidon riittävydessä, kotihoidon työntekijäkohtaisessa jatkuvuudessa, kotihoidon saatavuudessa ja asiakkaalle annetun ajan riittävydessä ja ohjauksessa, neuvonnassa ja tiedotuksessa (liite 8). Kotihoidon laatua arvioivat asiakkaat, omaiset ja työntekijät. Viitenä tutkimuskertana vuosina 1994–2009 kotihoidon laadun arvioineiden asiakkaiden ominaisuudet on kuvattu kohdassa 4.2.4 taulukossa 6 ja työntekijöiden kohdassa 4.4.1 taulukossa 10.

4.5.1 Laadun arviointiin osallistuneiden omaisten kuvaus

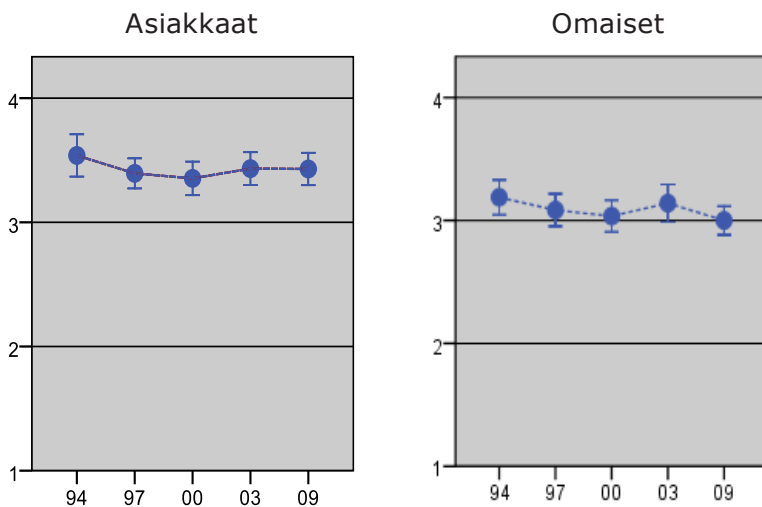
Omaisten taustatiedot ovat taulukossa 11. Heistä suurin osa oli naisia, useimmiten asiakkaiden tyttäriä. Keski-ikä vaihteli välillä 52– 61 vuotta. Vuonna 2003 osallistuneista omaisista kolme ilmoitti osallistuneensa tutkimukseen vuosina 1994, 1997 ja 2000. Yksi omainen oli osallistunut vuonna 1997 ja kymmenen vuonna 2000. Vuoden 2009 mittaukseen osallistuneista omaisista neljä oli osallistunut myös vuonna 2003 ja yksi vuonna 2000.

4.5.2 Yleinen asiakastyytyväisyys kotihoitoon

Sekä asiakkaista että omaisista suurin osa olivat eri vuosina joko melko tai erittäin tyytyväisiä kotihoitoon, omaiset hieman harvemmin (kuvio 3). Tämä on useimmiten tilanne myös kotihoidon laadun eri alueiden arvioinneissa seuraavissa alaluvuissa. Kummankaan vastaajaryhmän tyytyväisyydessä ei ollut oleellista muutosta seuranta-aikana.

Taulukko 11: Taustatietoja omaisista vuosina 1994-2009

Taustatiedot	1994	1997	2000	2003	2009
Ikä: keskiarvo ± SD	61 ± 15	52 ± 11	56 ± 12	58 ± 11	59 ± 9
Sukupuoli: naisia %	68	56	58	69	65
Siviilisääty %					
- Leskiä	0	14	7	5	5
- Avio/avoliitossa	73	64	78	72	73
- Yksinasuvia	9	15	3	14	9
Asiakkaan suhde omaiseen					
- Puoliso	23	6	1	6	1
- Vanhempi	58	76	79	67	72
- Anoppi/appi	0	1	0	4	8
- Muu	19	17	19	23	15



Kuvio 3. Yleinen tyytyväisyys kotihoitoon asiakkaiden ja omaisten arvioimana vuosina 1994-2009: keskiarvo ja 95 %:n luottamusväli (1 = huonoin, 4 = paras).

4.5.3 Kotihoidon tarnevastaavuus

Kotihoidon tarnevastaavuutta (*responsiivisuutta*) mitattiin kuudella osiolla: oliko asiakas saanut tarvitsemansa, pyytämänsä ja luvattun avun sekä oliko asiakkaan tarpeet huomattu, erilaiset elämäntilanteet ymmärretty ja niihin löydetty ratkaisu (artikkelin IV taulukko 5, kuvio 2b). Kolmen vastaajaryhmän mukaan kuudesta osiosta oli toteutunut parhaiten asiakkaille luvattu apu, jonka työntekijät arvioivat toteutuneen kahta muuta ryhmää paremmin. Asiakkaista 86-93 % oli

eri vuosina sitä mieltä, että oli saanut luvattua avun, omaisista pienempi osuus (72–75 %), mutta työntekijöistä suurempi osuus 94–100 %. Eri seurantavuosina 71–86 % asiakkaista katsoi (jokseenkin tai täysin samaa mieltä), että työntekijä löytävät ratkaisut asiakkaan tarpeisiin/ongelmiin. Omaisten arviot olivat lähes samaa tasoa, kun taas työntekijät olivat arvioinneissaan tässä kohtaa kahta muuta ryhmää kriittisempiä. Ratkaisun löytäminen vanhusten tarpeisiin oli tarvevastaavuuden kuudesta osiosta kaikkien kolmen ryhmän mukaan heikoiten toteutunut. Erityisesti työntekijöiden mielestä tämä osio oli heikosti toteutunut, joskin tilanne oli parantunut lähtötilanteesta, jolloin työntekijöistä 46 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä ratkaisun löytämisestä, mutta vuonna 2009 näin vastanneiden osuus oli noussut 75 %:iin. Työntekijöiden arviointien mukaan vanhuksen pyytämään apuun vastaaminen oli heikentynyt kolmena viimeisenä vuotena ja oli heikointa viimeisessä seurannassa. Sen sijaan työntekijöiden mielestä kyky ymmärtää vanhusten erilaisia elämäntilanteita oli parantunut viimeisessä seurannassa lähtötilanteesta. Kaikki kolme vastaajaryhmää arvioivat eri vuosina hyvin toteutuneeksi (87–95 %) sen, että vanhus oli saanut tarvitsemansa avun. Kokonaisuutena tarvevastaavuus oli omaisten ja työntekijöiden mukaan toteutunut asiakkaiden arviointia heikommin.

4.5.4 Kotihoidon riittävyys

Kotihoidon riittävyyttä tarkasteltiin yhdeksänsaisella kysymyksellä (artikkelin IV taulukko 3). Kaikki kolme vastaajaryhmää arvioivat kaikkina vuosina riittäviksi asiakkaan ruokailussa auttamisen ja hygieniasta huolehtimisen, joihin oli käytetty myös eniten työaika. Samoin kaikki ryhmät totesivat lääkehuollon riittäväksi. Selvästi heikennystä oli kaikkien ryhmien mielestä asiointiavussa, asiakkaan kanssa keskusteluissa ja seurustelussa sekä siivouksessa, paitsi asiakkailla oli siivouksen arvioinnissa poikkeus vuonna 2009. Tulokset ovat johdonmukaiset aikaisemmissa luvuissa kuvattujen kotihoidon palvelujen kohdentamisen sekä työntekijöiden eri tehtäviin käyttämän työajan muutosten kanssa.

Asiakkaat arvioivat koko seuranta-ajan useimmissa kotihoidon riittävyyden laadun osioissa, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta, palvelut riittävämmäksi kuin omaiset ja työntekijät. Erityisesti vuonna 2009 asiakkaat arvioivat kaikki palvelut riittävimiksi ja työntekijät vähiten riittäviksi.

Asiakkaiden arviointien mukaan kaikkina vuosina riittävimpiä olivat ruokailussa auttaminen, lääkehuolto ja hoitotoimenpiteet ja niiden riittävyys oli parantunut vuodesta 2003 samoin kuin vaatehuollon ja kotona liikkumisen tukeminen. Myös omaisten mukaan asiakkaan ruokailussa auttaminen oli pysynyt hyvällä tasolla koko seuranta-ajan. Sen sijaan hoitotoimenpiteiden ja lääkehuollon riittävyys oli omaisten arvioimana viimeisessä seurannassa heikentynyt lähtötilanteen hyvästä tasosta. Samoin asiointiavun sekä asiakkaan kanssa keskustelujen ja seurustelun riittävyys oli omaisten mukaan heikentynyt jokaisena vuotena lähtötilanteesta.

Lähtötilanteessa työntekijät olivat arvioineet asiakkaan ruokailussa auttamisen, hygieniasta huolehtimisen, lääkehuollon ja hoitotoimenpiteiden riittävyyden

asiakkaita ja omaisia paremmiksi. Työntekijöiden arviointien mukaan palvelujen riittävyys oli kuitenkin heikentynyt viimeisessä mittauksessa lähtötilanteesta lähes kaikissa yhdeksässä laadun osiossa. Ainoastaan asiakkaan kotona liikkumisen tukemisessa työntekijöiden mukaan oli pieni parannus vuonna 2009 vuoden 2003 tilanteesta. Eniten riittävyys oli heikentynyt työntekijöiden mukaan asiointiavussa, sillä lähtötilanteessa 78 %, mutta viimeisessä seurannassa enää vain 9 % työntekijöistä arvioi sen riittäväksi. Siivousavun riittävyys oli työntekijöiden mielestä heikentynyt huomattavasti viimeisessä seurannassa (18 %) lähtötilanteesta (64%).

4.5.5 Kotihoidon työntekijäkohtainen jatkuvuus

Kotihoidon jatkuvuutta tarkasteltiin työntekijäkohtaisena jatkuvuutena kysymällä oliko sama työntekijä käynyt viimeisen puolen vuoden aikana. Asiakkaiden ja omaisten mielestä työntekijäkohtainen jatkuvuus oli heikentynyt lähtötilanteesta kotisairaanhoidossa, mutta parantunut kotipalvelussa. Lähtötilanteessa 82 % asiakkaista vastasi saman kotisairaanhoidajan käyneen luonaan viimeiset puoli vuotta, mutta vuonna 2009 enää 58 %. Erityisen heikkoa jatkuvuus oli vuonna 2000 kotipalvelussa, jolloin asiakkaista vain 35 % totesi saman kotipalvelun työntekijän käyneen viimeiset puoli vuotta. Omaisten ja asiakkaiden arvioinnit jatkuvuudesta olivat samansuuntaiset, kotisairaanhoidon jatkuvuus oli heikentynyt lähtötilanteesta ja kotipalvelun kohentunut. Omaisten näkemys työntekijöiden vaihtumisesta oli asiakkaiden näkemystä huonompi, sillä runsas puolet omaisista eri vuosien seurannoissa arvioi työntekijöiden vaihtuvan liian usein. Työntekijöistä eri seurantakerroilla runsas 30 % katsoi asiakassuhteiden katkeavan liian usein.

4.5.6 Kotihoidon saatavuus ja asiakkaalle annetun ajan riittävyys

Kotihoidon saatavuutta ja asiakkaalle annetun ajan riittävyttä mitattiin kolmella kysymyksellä: tulevatko työntekijät sovittuna aikana, ovatko he varanneet asiakkaalle riittävästi aikaa ja onko työntekijöillä kiire (artikkelin IV taulukko 4, kuvio 2a). Asiakkaiden näkemyksen mukaan työntekijän saapuminen sovittuna aikana oli parantunut lähtötilanteesta kaikkina seurantakertoina ja oli parhainta viimeisessä seurannassa. Sen sijaan asiakkaalle varatun ajan riittävyys oli heikentynyt lähtötilanteesta jonkin verran erityisesti vuosina 2000 ja 2003, mutta kohentunut viimeisessä mittauksessa. Samoin työntekijöiden kiire oli kasvanut lähtötilanteesta; erityisesti vuosina 2000 ja 2003 työntekijät koettiin kiireisiksi. Tutkimuksen alussa asiakkaista 23 % oli sitä mieltä, ettei työntekijöillä ole kiire, mutta vuonna 2009 näin arvioi enää 16 %. Omaisten arvioinneissa kotihoidon työntekijän saapuminen sovittuna aikana oli lähtötilanteesta hieman heikentynyt kaikkina seurantakertoina. Työntekijöiden asiakkaalle varaaman ajan riittävyys oli omaisten mielestä myös kaikkina seurantakertoina heikentynyt lähtötilanteesta. Työntekijät koettiin kiireisiksi kaikkina tutkimusvuosina ja erityisesti vuonna 1997, jolloin vain 12 % omaisista arvioi, ettei työntekijällä ollut kiire. Lähtötilanteessa näin arvioi 24 % ja viimeisessä seurannassa 18 % omaisista.

Työntekijöiden mielestä sovittuna aikana saapuminen oli lähes samalla tasolla kaikilla seurantakerroilla. Heidän mukaansa tilanne oli paras vuonna 1994 ja heikoin vuonna 2000, jolloin se oli heikointa myös asiakkaalle varatun ajan riittävydessä. Työntekijät arvioivat kotihoidon saatavuuden ja annetun ajan riittävyuden omaisia ja asiakkaita paremmaksi ja asiakkaat omaisia paremmaksi. Työntekijöiden kiireisyys ja asiakkaalle annetun ajan niukkuus tulivat esille asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden vastauksissa jo lähtötilanteessa. (Hyvärinen ym. 1995b, 69-70.)

4.5.7 Ohjaus, neuvonta ja tiedotus

Ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen sisältöä ja laatua mitattiin viidellä kysymyksellä: työntekijät kertovat tarjolla olevista palveluista, kenelle palvelut on tarkoitettu, miten niitä on mahdollista saada ja neuvovat ja ohjaavat terveyteen liittyvissä kysymyksissä ja auttavat pitämään yhteyttä muihin ihmisiin.

Tällä laadun ulottuvuudella työntekijät olivat arvioineet laadun parhaimmaksi ja omaiset heikoimmaksi viimeistä seurantaa lukuun ottamatta, jolloin asiakkaat olivat arvioineet sen parhaimmaksi. Vähäisintä ohjaus ja neuvonta olivat asiakkaiden ja omaisten mielestä vuonna 1997, mutta työntekijöiden mielestä tuolloin jopa parasta koko seuranta-aikana. Erityisen heikoksi ohjauksen ja neuvonnan vuonna 1997 näkivät asiakkaat kahdessa osiossa eli kenelle palvelut on tarkoitettu ja mistä niitä saa (artikkelin IV taulukko 6 ja kuvio 2c).

Viimeisessä seurannassa kaikissa viidessä osiossa, ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen laatu oli asiakkaiden arviointien mukaan kohentunut lähtötilanteesta, mutta omaisten mukaan hieman heikentynyt. Työntekijät pitivät kaikissa osioissa antamaansa ohjausta, neuvontaa ja tiedotusta parempana kuin miksi asiakkaat ja omaiset sen kokivat, vuoden 2009 seurantaa lukuun ottamatta, jolloin asiakkailla oli parhaimmat arvioinnit. Kaikki arvioitsijaryhmät kokivat laadultaan parhaimmaksi neuvonnan ja ohjauksen terveysasioissa ja heikoimmaksi asiakkaan auttamisessa pitämään yhteyttä muihin ihmisiin.

4.5.8 Kotihoidon arvioitua laatua selittävät taustatekijät

Asiakkaiden taustamuuttujien yhteyksiä kotihoidon laadun arviointeihin tarkasteltiin neljällä logistisella regressioanalyysillä. Selitettävänä muuttujina olivat asiakkaiden yleinen tyytyväisyys kotihoitoon sekä kolme kotihoidon laatua mitattavaa summamuuttujaa. Selittäjinä olivat asiakkaan neljä taustamuuttujaa: itse arvioitu terveys, ikä, sukupuoli ja asumismuoto. Näistä vain itse arvioitu terveys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yleiseen asiakastyytyväisyyteen sekä laatua kuvaavien kolmen summamuuttujan vaihteluihin. Terveytensä vähintään keskinkertaiseksi kokeneet olivat tyytyväisempiä kotihoitoon yleensä ($p = .001$) sekä arvioivat kotihoidon tarvevastaavuuden paremmaksi ($p = .03$), asiakkaalle annetun ajan riittävämmäksi ($p = .02$) ja ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen paremmaksi ($p = .03$) kuin terveytensä huonoksi kokevat.

Tiivistäen: Asiakkaat ja omaiset olivat kotihoitoon melko tai erittäin tyytyväisiä eri seurantavuosina. Tarvevastaavuudessa kaikki arvioijat katsoivat parhaiten toteu-

tuneeksi sen, että asiakas oli saanut tarvitsemansa avun ja heikoiden toteutuneeksi ratkaisun löytäminen vanhusten tarpeisiin. Riittäviksi kaikki kolme vastaajaryhmää arvioivat eri vuosina asiakkaan ruokailussa auttamisen, hygieniasta huolehtimisen ja lääkehuollon. Selvästi heikennystä oli kaikkien ryhmien mielestä asiointiavussa, asiakkaan kanssa keskusteluissa ja seurustelussa sekä siivouksessa, paitsi asiakkailla oli siivouksen arvioinnissa poikkeus vuonna 2009. Omaisten ja asiakkaiden arvoinnit työntekijäkohtaisesta jatkuvuudesta olivat samansuuntaiset; kotisairaanhoidon jatkuvuus oli heikentynyt lähtötilanteesta ja kotipalvelun kohentunut. Työntekijät arvioivat kotihoidon saatavuuden ja annetun ajan riittävyyden omaisia ja asiakkaita paremmin toteutuneeksi. Työntekijöiden kiireisyys ja asiakkaalle annetun ajan niukkuus tulivat esille asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden vastauksissa jo lähtötilanteessa. Ohjauksessa, neuvonnassa ja tiedotuksessa kaikki arvioitsijaryhmät kokivat laadultaan parhaimmaksi terveyteen liittyvän neuvonnan ja heikoimmaksi asiakkaan auttamisessa pitämään yhteyttä muihin ihmisiin.

4.6 TULOSTEN TIIVISTELMÄ

Tarkastelluissa valtionohjausasiakirjoissa kotona asumisen tukeminen, ehkäisevä työn merkitys ja toimintakyvyn ylläpitäminen nousevat toistuvasti esiin. Niissä painottuvat myös asiakaslähtöisyys, palvelujen laatu ja palvelujen integrointi. Sama asiakirja sisältää yleensä useita ohjauksen kohteita. Kotihoitoon kohdistunut valtion ohjaus on ollut lähinnä vertikaalista integrointia, johon on sisällytynyt tulevaisuussuuntautunut strateginen perspektiivi. Valituissa asiakirjoissa yleisin ohjaustyyppi oli informaatio- ohjaus. Ohjauksen kotihoidon integrointia edistävän muutosvoiman arvioin yleensä kohtalaiseksi.

Tutkimuskunnan kotihoidon organisaatioympäristössä toteutuneet muutokset ovat olleet suunniteltuja, ulkopuolelta aloitettuja ja ohjattuja. Rakenteilla integroinnit ovat johtaneet prosesseilla integrointiin toimijoiden yhteistyön, tiedonvaihdon ja toimintojen yhteensovittamisen eli koordinoinnin muodoissa. Palvelurakennemuutoksen ja kireän kuntatalouden ohjaamana kotihoidon palvelujen piiriin pääsyä on kriteereillä kohdennettu tiukemmin, joka on johtanut muutoksiin asiakaskunnassa. Puuttuvaa omaa toimintaa on täydennetty ostopalveluilla yksityisiltä hoivayrittäjiltä ja palveluja tuotetaan kotihoidossa monitoimijamallilla.

Tutkimuskunnan kotihoidon vastuualueen sisäisissä muutoksissa on ollut useita organisaation rakenteen tai sen osan muutoksia. Nämä rakenteelliset integroinnit ovat olleet pääosin ulkoa ohjattuja, suunniteltuja ja sisältäneet useimmiten vastuualueen laajenemisen. Vanhuspalvelujen palvelurakenne muuttui kotihoitopainotteiseksi. Ikäihmisten hyvinvointia ja kotona asumista tuetaan poikkihallinnollisella yhteistyöllä. Työntekijöiden koulutus- ja osaamisvaatimuksia on kehitetty erilaisilla integrointia edistävillä hankkeilla. Henkilöstörakenne on muuttunut lähihoitajapainotteiseksi koulutusuudistuksen myötä.

Kotihoidon sisältö on muuttunut asiakaskunnan muutosten ja tavoiteltujen muutosten mukaisesti. Eniten on muuttunut kotihoidon työn sisältö perinteisessä kotipalvelussa. Työntekijöiden työajan käytöllä tarkasteltuna kotihoidon sisällössä painottui auttaminen päivittäisissä toiminnoissa ruokailussa, hygienian hoidossa ja lääkehuollossa. Siivous- ja asiointiapu kunnallisena palveluna on lähes loppunut tietoisien ohjauksen seurauksena. Sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon työajan käytössä muutokset ovat jossain määrin samanlaistaneet näiden ryhmien työnkuvia.

Tarkastelluissa kotihoidon laadun osioissa muutokset olivat vähäisiä. Kotihoidon palveluihin oltiin keskimäärin melko tai erittäin tyytyväisiä koko seuranta-ajan. Asiakkaiden arviointien mukaan palvelujen laadussa oli parantunut annetun ajan riittävyys, hoidon saatavuus ja asiakkaan ohjaus, neuvonta ja tiedotus. Kaikki kolme arvioitsijaryhmää totesivat kotihoidon puutteina työntekijöiden kiireisyyden ja asiakkaalle annetun ajan riittämättömyyden. Asiantuntijavastauksissa, asiakkaan kanssa keskusteluissa ja seurustelussa sekä siivouksessa kaikki arvioitsijaryhmät totesivat palvelujen heikennyksen. Tiedotuksen, ohjauksen ja neuvonnan osalta puutteellista oli varsinkin kyky auttaa asiakkaita pitämään yhteyttä muihin.

5 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Aloitan tulosten tarkastelun viittaamalla luvun 3 kohtaan 3.5, jossa pohdin tutkijan rooliani. Olen tiedostanut tehneeni tutkimusta osittain sisäpuolisen näkökulmasta. Tällöin tiedon sisältöä ovat määrittäneet tutkijan omat oletukset. Toisaalta toimintaympäristön tuntemus ja aihealueeseen perehtyneisyyteni lisää tulosten uskottavuutta. Olen myös tunnistanut irtautuneeni sisäpuolisesta näkökulmasta. Tutkijana olen kuvannut tarkasti aineiston ja tutkimuksen, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen luotettavuutta sekä sitä, millä tavalla tutkimustuloksia voi soveltaa muihin tutkimuskohteisiin.

5.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

5.1.1 Tutkimusasetelma

Viidentoista vuoden seurannan ja viiden eri mittauskerran vuoksi tutkimus on asetelmaltaan ja aineistoltaan ainutlaatuinen. Aihepiiristä ei ole raportoitu vastaavanlaista Suomessa. Alkuaan oli tarkoitus selvittää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutuksia kotihoidon sisältöön ja laatuun kolmen vuoden välein tehtävin mittauksin (Hyvärinen ym. 1995a, 15). Lähtötilanteen kartoitus oli 1994 ja kahden ensimmäisen seurannan aineistot koottiin sen jälkeen suunnitellusti kolmen vuoden välein eli vuosina 1997 ja 2000. Koska tutkimuskunnassa jatkettiin kotihoidon ja sen välittömän organisaatioympäristön eli koko sosiaali- ja terveystoimen organisaatiomuutoksia, ei ollut tarkoituksenmukaista jatkaa vuonna 1994 toteutetun organisaatioiden yhdistämisen vaikutusten selvittämistä ennen – jälkeen asetelmalla vuoden 2000 jälkeen. Siihen olisi tarvittu lähtötilanteesta alkaen kontrolloitu vertailuasetelma. Sellaisen rakentaminen ei ollut kuitenkaan mahdollista, koska tutkimuskunnalle ei löytynyt vuonna 1994 sopivaa vertailukuntaa, sillä se oli ensimmäisiä suomalaisia kuntia toteuttaessaan jo 1990-luvun alussa poikkeuksellisen laajan sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistämisen.

Aiheen tärkeyden vuoksi tutkimusta päätettiin kuitenkin jatkaa, koska tarjoutui ainutlaatuinen mahdollisuus seurata kotihoidon organisoimien, sisällön ja laadun sekä niihin vaikuttavien tekijöiden muutoksia pitkällä aikavälillä. Haluttiin myös hyödyntää jo kootun kahden ensimmäisen mittauskerran aineistot ja jatkaa tietojen keruuta vuonna 1994 kehitetyllä kotihoidon laatumittarilla. Tutkimuksen kysymyksenasettelua muutettiin keskittymällä seuraamaan koti-

hoidon sisällön ja laadun sekä niihin vaikuttavien tekijöiden muutoksia. Tässä raportoidaan 15 vuoden seurannan tuloksia. Pitkä seuranta-aika ilman lähtölanteen kontrolloitua vertailuasetelmaa estää päätelmien teon organisaatioiden yhdistämisen vaikutuksista kotihoidon sisältöön ja laatuun, erityisesti siksi, että kotihoidon organisaatiota on muutettu vuoden 1994 jälkeen useita kertoja.

Tutkimuksessa on pääosin vastattu asetettuihin tutkimustehtäviin. Tutkimukseen liittyvät osajulkaisut vastasivat tutkimustehtäviä pääosin, paitsi neljännessä osajulkaisussa painopiste oli voimakkaammin rakenteellisen integroinnin ja laadun yhteyksien tarkastelussa. Tähän vaikutti osaltaan artikkelin julkaisemiseen valittu lehti. Tutkimustulosten luotettavuutta parantavat aineistojen ja menetelmien triangulaatiot.

5.1.2 Asiakirja- ja tilastoaineistot ja niiden keruu

Tutkimuksen asiakirja-aineisto on tuotettu eri vuosikymmeninä. Valtionohjauksen asiakirja-aineisto on valikoitunut, koska se sisältää lainsäädännön lisäksi vain sosiaali- ja terveysministeriön ohjausasiakirjoja. Se kattaa kuitenkin aihepiirin oleelliset asiakirjat, koska tälle ministeriölle kuuluu kotihoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta. Tutkimuskunnan kotihoidon ja sen toimintaympäristön muutoksia kuvaava aineisto käsittää tilastoja, toimintakertomuksia, hanke- ja projektitöitä, sosiaali- ja terveyslautakunnan ja hankintatoimen pöytäkirjoja, viranhaltijoiden päätöspöytäkirjoja, ikäihmistien strategioita ja vanhuspoliittisia ohjelmia. Tämä aineisto kattaa laajasti tutkittavan ilmiökentän ja tarjoaa monipuolista tietoa kotihoidon ja sen toimintaympäristön muutoksista sekä niihin vaikuttaneista tekijöistä. Valtionohjausasiakirja-aineistot on koottu pääosin vuosien 2010–2011 ja tutkimuskunnan asiakirja-aineistot osin seurantavuosina ja vuosien 2009–2011 aikana.

Samassa asiakirjassa on useita ohjauksen kohteita, joten valtionohjauksen asiakirja-aineiston luokittelu, integroinnin tyyppien ja niiden vaikutusten luokittelu oli vaikeaa varsinkin sisällönanalyysin alkuvaiheessa. Aineistojen lukeminen useita kertoja ja keskustelut ohjaajien kanssa vakiinnuttivat tulkintaani. Rinnakkaisarviointi ohjaajan kanssa tässä kohden lisää tutkimuksen luotettavuutta. Asiakirja-aineiston luokituksen ja siihen pohjautuvien tulosten tulkinallisuus on otettava kuitenkin huomioon. Tästä syystä olen yrittänyt kirjoittaa tulokset ja päätelmät niin, että lukija voi arvioida niiden oikeutusta ja luotettavuutta.

Tutkimuskunnan asiakirja-aineisto oli tutkijalle tuttu työelämästä ja useimpiin niihin tarvittavan tiedon tuottaminen kuului tuolloin tutkijan virkatehtäviin. Muutosta kuvaaviin asiakirjoihin valitsin niitä, jotka kuvasivat organisoitua, palvelujärjestelmää ja palvelurakennetta sekä työn sisältöä. Koulutus- ja kehittämishankkeissa otin analysoitavaksi ne, joissa näkyi palvelujen integrointia ja uutta osaamista edistäviä hankkeita. Mielestäni nämä valinnat kuvaavat tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristöä niin käytännön toiminnan tasolla kuin osana sosiaali- ja terveyskeskuksen toimintaa. Asiakirjat ja muutosten kuvaukset ovat vain osa laajasta materiaalista, joita pitkän seurantatutkimuksen aikana on kertynyt.

5.1.3 Kysely- ja haastatteluaineistojen keruu ja analyysi

Kysely- ja haastattelulomakkeet

Kotihoidon laatu arvioitiin Kuopio-projektissa 1994 kehitetyllä mittarilla (Hyvärinen ym. 1995a). Tuolloin yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido oli uusi asia ja kotihoidon käsite vakiintumaton. Aikaisemmissa tutkimuksissa (kohta 2.4) oli tarkasteltu yksinomaan joko kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa ja siksi ei ollut käytettävissä mittaria, joka olisi kattanut kotihoidon laadun sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon sisältävänä kokonaisuutena.

Mittarin kehittämisessä sovellettiin monitoimijaisen arvioinnin lähestymistapaa laatimalla lomakkeet monitieteisessä työryhmässä (artikkeli II, 88). Kokeneiden kotihoidon työntekijöiden asiantuntijuus lisää sisällön validiteettia. Olemme arvioineet mittaria kriittisesti osajulkaisuissamme II-IV. Totesimme mittarin sisältävän organisaatioiden ja ammattiryhmien asettamia tavoitteita ja toisaalta laadun ulottuvuuksien priorisointien puutteen. Mittarin sisällön validiteetin puutteeksi voi todeta sen, ettei se kata kaikkia kotihoidon laadun alueita. Kysymyksistä puuttuivat muun muassa asiakkaan turvallisuuden tunteen ja itsemääräämisen huomiointi, kivun hoito ja asiakkaan ulkona liikkumisen tukeminen, jota koskevia kysymyksiä lisättiin. Varsinaisesti asiakkailta ei laatuun vaikuttavia asioita ole mittaria suunniteltaessa kysytty, mutta kyselykaavake mahdollisti kuitenkin myös avokysymysten kautta omien mielipiteiden esille tuomisen. Uusia laadun osatekijöitä niissä ei kuitenkaan ole tullut esille. Mittarin täydennyksiä ja poistoja on kuvattu liitteessä 7.

Mittarin sisällön ja kattavuuden arviointi on jatkuvaa (Töyry 2001, 57). Asiakkaiden käsitykset hyvänä pitämästään laadusta vaihtelevat ja asiakkaiden vaatimustaso kasvaa ja muuttuu. Merja Tepponen (2009,186) tutki Kuopio-mittarilla vuonna 2001 Lappeenrannan ja Varkauden kotihoidon laatua ja lisäsi tällöin asiakkaille ja omaisille laadun osioiden tärkeyttä koskevan avoimen kysymyksen, joiden vastausten perusteella mittari kattoi hyvin vastaajien tärkeänä pitämät alueet.

Mittarin validiteettia osoittaa se, että mittari laadittiin monitieteisessä työryhmässä, jossa oli asiantuntijoina myös kokeneita kotihoidon työntekijöitä. Asiantuntijat ovat käyttäneet sitä kotimaisissa tutkimuksissa (ks. Rissanen 1998; Rissanen ym. 1999; Tepponen 1999; 2009) ja osaa kysymyksistä on käytetty kansainvälisessä Care Key-hankkeessa (ks. Vaarama ym. 2006b, 10-11; Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008). Mittarilla on yhtäläisyyksiä myös kansainvälisesti käytetyn MAUT-menetelmän¹⁴ kotipalvelujen laadun mittarin kanssa. (ks. Edelbalk ym. 1995; Samuelsson & Wister 1995; Tenkanen 1998.) Laatua mittavien kysymysten käyttö useissa tutkimuksissa osoittaa tutkijoiden yksimielisyydellä (*face validity*) todettua sisällön validiteettia, vaikka lomakkeissa havaittiin tiettyjä puutteita jo vuoden 2000 seurannassa. Osan puutteista ovat aiheuttaneet pitkän seuranta-ajan aikana kotihoidossa tapahtuneet muutokset.

¹⁴ Multi Attribute Utilization Tehcnology = monia ulottuvuuksia käyttävä arviointimenetelmä

Saman mittarin käytöllä eri ajankohtina on rajoituksia, mutta toisaalta saman mittarin käyttäminen on mahdollistanut tiettyjen asioiden pitkäaikaisen seurannan. Eri vuosien tulosten vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi lomakkeet pidettiin mahdollisimman samanlaisina kaikissa viidessä aineistonkeruussa.

Puutteistaan huolimatta kotihoidon laatumittarit kattavat melko laajasti kotihoidon laadun tärkeät osat, ovat riittävän valideja ja toimivat tässä kuten aiemmin tutkimuksissa tuottaen etsittyä tietoa. Omaisten ja työntekijöiden lomakkeet voidaan katsoa samoilta osin valideiksi ja puutteellisiksi kuin edellä arvioitu asiakkaiden lomake.

Tutkittavien valinta, aineistojen keruu ja vastausaktiivisuus

Kaikkina vuosina tutkittavat valittiin samoilla kriteereillä ja aineistot koottiin samalla mittarilla. Tältä osin tulokset ovat vertailukelpoiset. Viidestä mittauksesta kolme ensimmäistä tehtiin samana vuodenaikana huhti-toukokuussa. Vuoden 2003 aineiston keruu jouduttiin käytännön syistä siirtämään kuukaudella. Neljän ensimmäisen mittauskerran aineistot ovat vuodenajan osalta vertailukelpoiset. Sen sijaan viimeisen seurannan aineisto voitiin koota vasta vuoden 2009 lopulla ja osa asiakkaiden haastatteluista siirtyi tammikuulle ja muutamien kohdalla toivomustensa mukaan helmikuun alkuun 2010. Silloinen kotihoidon työntekijöiden kiireinen työtilanne saattaa alentaa joissakin kohdissa hoidon laatua, mikä voisi heijastua esimerkiksi asiakkaalle annetun ajan riittävyden ja työntekijöiden kiireisyyden arvioinneissa.

Haastatteluun kykeneviä asiakkaita oli vaikeaa löytää, koska muistiongelmaisista vanhuksista ei voitu haastatella. Osaa vanhuksista edustivat omaiset, jotka tuovat jossain määrin esille tutkimuksesta pois jääneiden näkökulmaa. Hoidon laadun arvioinneissa vanhusten kokemukset palvelun käyttäjinä ovat keskeiset. Elleivät he itse kykene ilmaisemaan niitä, omaisten on toimittava heidän asianajajinaan (Muurinen 2003, 22).

Työntekijöistä valittiin kaikki kriteerit täyttävät kotisairaanhoidossa työskentelevät neljässä ensimmäisessä mittauksessa. Kotipalvelusta valittiin satunnaisotokset 1994 ja 1997 ja tasaväliset otokset 2000 ja 2003. Vuonna 2009 otettiin kaikki marras-joulukuun vaihteessa kolmen viikon aikana työssä olleet kriteerit täyttävät kotihoidon työntekijät, joille lomakkeiden jakelun hoitivat lähijohtajat. Työntekijöiden aineisto kattaa lähes kaikki kotisairaanhoidollisissa tehtävissä toimineet ja myös suuren osan kotipalvelussa toimineista.

Asiakkaat haastateltiin kotona heille sopivana aikana. Tutkittavan asian läheisyys ja tuttuus haastateltavalle parantavat kootun tiedon luotettavuutta (Polit & Hungler 1999). Haastattelijoina toimivat vuotta 2009 lukuun ottamatta tehtävään valmennetut yliopiston sosiaalitieteiden ja terveyshallintotieteiden opiskelijat. Vuoden 2009 seurannassa haastattelijoina toimineet lähihoitajaopiskelijat kritisoivat lomakkeen kysymysten suurta määrää. Aiemmista haastattelijoista poiketen he tunsivat asiakaskunnan ja epäilivät jaksavatko asiakkaat vastata kaikkiin kysymyksiin ja muistavatko he puolen vuoden ajalta saamiensa palvelujen riittävyden ja laadun. Mittarin on oltava ymmärrettävä ja sen käytön tulee olla

helppoa. Sen tulee olla myös kattava ja siten se voi olla moniosainen ja pitkä. Jos osia vähennetään, samalla häviää mitattavan asian kannalta merkittäviä asioita. (Töyry 2001, 56-57.) Kaikki mikä vaikeuttaa ja haittaa vastaamista voi aiheuttaa virheitä ja vaikuttaa mittarin luotettavuuteen (Töyry ym. 1999, 165-166). Esimerkiksi se, että asiakkaat arvioivat siivousavun viimeisessä seurannassa aiempaa paremmaksi on saattanut johtua monituottajajärjestelmästä ja kokonaisuuteen vastamisessa ei siten ole tullut esille juuri julkisen palvelun osuus. Tämä saattaa olla sekoittava tekijä muissakin laadun dimensioissa niiden palvelujen kohdalla, joita on siirretty muualta hankittavaksi. Toisaalta asiakkaiden valikoitumisessa tutkimukseen piti huomioida se, että pystyy arvioimaan saamaansa palvelua puolen vuoden ajalta.

Sirkka Hirsijärvi ja Helena Hurme (1988) toteavat, että mitä enemmän on haastattelihoita, sen suurempi on virhemahdollisuus tiedon keräämisessä. Lomakehaastattelun kysymykset olivat pääsääntöisesti strukturoituja ja haastattelut oli mahdollista toteuttaa kiireettömästi ja häiriöttömästi haastateltavan kotona tutussa ympäristössä ja asiakkaiden toivomana ajankohtana, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelu sopii ikäihmisille, koska siinä voi tarvittaessa täsmentää kysymystä. Haastattelut kestivät 1–2½ tuntia. Kaikkina vuosina haastattelihoilla oli mahdollisuus olla yhteydessä tutkijaan koko aineiston keruun ajan. Haastattelihoille oli ennen tutkimusta informaatiotilaisuus, jossa kerrottiin tutkimuskunnan kotihoidosta ja sen toiminnasta ja kyselylomake käytiin kysymyksittäin läpi.

Luotettavuutta mahdollisesti alentavia tekijöitä ovat vanhusasiakkaiden mahdollinen tyytyväisyytensä liioittelu tai tyytymättömyyden peittely (Kvist 2004, 28) sekä taipumus antaa haastattelussa sosiaalisesti toivottavia vastauksia (Foddy 1995, 118). Esimerkiksi Espoon kotihoidon vanhusasiakkaiden mielestä kotihoito oli hyvää ja he olivat siihen tyytyväisiä, vaikka tutkijan mukaan oli selvää alipalvelua (Vaarama 2006, 58-59). Näiden tekijöiden vaikutus on kuitenkin todennäköisesti samanlainen kaikissa viidessä aineistonkeruussa, eikä siten alenna eri vuosien tulosten vertailtavuutta, vaikka nostaisikin asiakkaiden arviointia hoidon laatutasosta.

Eri seurantakerroilla myös tutkimukseen liittyvät omaisten ja työntekijöiden kommentit heijastanevat kyselylomakkeen pituutta, koska vastaamattomuuden syyksi ilmoitettiin usein, ettei ole aikaa vastata näin pitkiin kyselyihin.

Tulosten tarkastelussa ja päätelmissä on otettava lisäksi huomioon seuraavat asiakasryhmien erot. Haastatellut ovat ajan ja paikan suhteen riittävän orientoituneita ja näkemyksensä ilmaisemaan kykeneviä. Omaiset vastasivat sekä haastatteluun kykenemättömien ja siten heikkokuntoisimpien vanhusten puolesta että joidenkin haastatteluun osallistuneiden vanhusten omaisina. Työntekijät arvioivat koko heterogeenisen asiakaskunnan hoidon laadun.

Vastausaktiivisuus oli kaikissa seurannoissa ja vastaajaryhmissä hyvä. Vuonna 2000 työntekijöiden vuosia 1994, 1997 ja 2003 korkeampi vastausprosentti ei ole täysin vertailukelpoinen, sillä näinä kolmena vuotena kysely lähetettiin tarkistamatta oliko työntekijä aineiston keruun ajankohtana vuosilomalla tai muista

syistä pidempään poissa töistä. Vastausprosentit olivat kaikkina viitenä vuotena korkeat, varsinkin asiakkailta ne ylsivät kahtena vuotena jopa sataan prosenttiin. Ensimmäisessä (1997) ja viimeisessä (2009) seurannassa työntekijöiden vastausaktiivisuus oli muita vuosia heikompi, mutta tällöinkin kyselytutkimukseksi korkea. Aineiston keruun ja arvioinnin ajankohdalla on Helena Taskisen (2005, 187) mukaan tärkeä merkitys tulosten luotettavuudelle. Vuoden 1997 heikoman vastausaktiivisuuden selittänee taustalla ollut sosiaali- ja terveyspalvelujen alueellistaminen, joka herätti joissakin ammattiryhmissä voimakasta vastustusta ja todennäköisesti heikensi myös työilmapiiriä. (ks. Taskinen, Sinkkonen & Kinnunen 1995; Taskinen 2005, 187.) Vuonna 2009 vastausaktiivisuutta on voinut alentaa henkilöstön loma-autusten aiheuttama kireä työtilanne ja myös se, ettei juuri kireän työtilanteen vuoksi työntekijöille tehty uusintakyselyä. Vuoden 2009 sosiaali- ja terveystoimen sisäinen organisaatiomuutos tuli voimaan 1.6.2009 ja runsas puoli vuotta siitä päättyi viimeinen tämän tutkimuksen seurantamittaus, joten muutoksella tuskin on ollut vaikutusta työntekijöiden vastauksiin.

Pientä joukkoa lukuun ottamatta arvioijat ovat vaihtuneet 15 vuoden aikana. Työntekijöistä 11 ilmoitti vuonna 2009 osallistuneensa kaikkiin kyselyihin. Seurantatutkimuksen pitkä kesto ja sinä aikana tapahtuneet kotihoidon lukuisat muutokset ovat voineet vaikuttaa tuloksiin, kuten myös työntekijöiden koulutuksen ja asiakkaiden kunnon muutokset sekä omaisten kriittisyyden mahdollinen kasvu vanhuspalveluihin, mihin asiaa koskeva julkinen keskustelu viittaa.

Haastattelu- ja kyselyaineistojen analyysi

Haastatteluilla ja kyselyillä kootut aineistot olivat kooltaan riittävät käytetyille menetelmille. Menetelmät vastasivat kunkin muuttujan luonnetta. Laatu kuvaavien summamuuttujien pohjaksi valitut faktorit osoittivat vähintään riittävää sisäistä konsistenssia/reliabiliteettia. Tätä mittaava Cronbachin α -kerroin on luotettavalla muuttujalla yli .80. Itse laaditun mittarin riittäväksi α -arvoksi katsotaan yleisesti 0.60–0.85 (Tähtinen & Isoaho 2001).

Vuosien välisessä vertailussa käytettiin voimakasta parametrista yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA), jotta erot saataisiin varmasti esiin ja käytettävissä olisi monivertailuongelman poistavat post hoc -jatkotestit. Järjestysasteikollisissa muuttujissa ANOVAn edellytykset eivät kuitenkaan täytyneet, mutta summamuuttujissa asteikko oli jatkuva ja jakautuma tyydyttävästi normaali. Järjestysasteikollisten muuttujien merkitsevät tulokset tarkistettiin vähemmän voimakkaalla parametrittömällä Kruskal-Wallis-analyysillä, joka muutamassa yksittäistapauksessa tuotti ei-merkitsevän tuloksen.

Tilastollisten merkitsevyyksien tulkinta on tässä kuitenkin ongelmallista siksi, että kysymyksessä eivät ole riippumattomat satunnaisotokset. Asiakkaisiksi ja omaisiksi valittiin systemaattisesti kriteerit täyttäviä kunnes tavoiteltava määrä oli saavutettu. Työntekijät valittiin satunnaisotannalla 1994 ja 1997 ja tasavälisellä otannalla 2000 ja 2003. Vuonna 2009 lomakkeet jaettiin kaikille määräviikoilla työssä olleille eikä uusintakyselyä tehty edellä selostetuista syistä. Otantatavan erot selittyvät pitkällä seuranta-ajalla ja tutkijan roolilla sen eri vaiheissa.

Kussakin vastaajaryhmässä eri vuosien vastaajien valintakriteerit olivat riittävän muuttumattomat, joten vuosien keskinäinen vertailu on perusteltu. P-arvon tulkintaongelmista huolimatta tilastollisesti merkitsevät erot osoittavat ainakin sen, että havaitut muutokset ovat isoja suhteessa yksilöiden väliseen vaihteluun kunakin tutkimusvuonna.

Kolmen vastaajaryhmän laadun arviointien erojen merkitsevyyksiä ei testattu seuraavasta syystä. Itse vastanneiden asiakkaiden kognitiivinen taso on korkeampi kuin asiakkaiden, jotka eivät itse kyenneet vastaamaan, ja joiden puolesta omaiset vastasivat. Näiden asiakasryhmien palvelutarpeet eroavat, mikä todennäköisesti heijastuu palvelun laatua koskeviin arviointeihin. Työntekijöiden arvioinnit sen sijaan kattavat laajan, valikoimattoman asiakaskunnan.

5.2 TULOSTEN TARKASTELU

5.2.1 Kotihoidon käsite ja sisältö

Ensimmäinen tutkimustehtävä osoitti kotihoidon käsitteen ja sisällön määrittämättömyyden lainsäädännössä sekä käsitteellisen sekavuuden ja epämääräisyyden (artikkeli I). Tilanne ei ole juurikaan parantunut vuodesta 2001, kuten luvussa 2.1 esitetty nykytilan analyysi osoitti. Siten valtiontalouden tarkastusviraston esittämä vetoisuus lähes kymmenen vuotta ensimmäisen artikkelin julkaisemisen jälkeen on perusteltu. Sen mukaan ”Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi määrittää täsmällisesti mitä kotihoidolla tarkoitetaan”. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 8.) Kotihoidon käsiteanalyysija ja määrittelyjä tarvitaan tässä raportoitujen kotihoidon organisoiminnin ja sisällön muutosten vuoksi. Saadut tulokset osoittavat niin organisoiminnin kuin sisällön muuttuneen ja palvelujen tuottajien moninaistuneen viime vuosina. Käsiteanalyysija ja tarkennuksia tarvitaan, koska kotihoito on edelleenkin heikosti määritelty tai määrittelemättä esimerkiksi lainsäädännössä. Kuten valtiontalouden tarkastusvirasto (2010, 15) toteaa, kotihoidon muokkaaminen entistä enemmän laitoshoidoa korvaavaksi palveluksi (ks. STM ja Suomen Kuntaliitto 2008:3, 28; STM 2008:47, 18-19) merkitsee käytännössä sitä, että kotihoidon sisältö, tavoitteet ja kohteet ovat erilaiset kuin nykyiseen sosiaalihuoltolakiin ja -asetukseen on kirjattu. Suunniteltu uudenlainen palvelukonsepti muuttaa henkilöstön toimintaa, uusii työjakomalleja, lisää koulutus- ja ammattinimikkeiden kirjoa ja edellyttää moniammatillista osaamista ja yhteistyötä (Muurinen ym. 2010,153). Edellä mainitut ja myös tässä saadut tulokset osoittavat, että kotihoidon käytännöt vaativat ajankohtaistamaan ja kehittämään niin alan lainsäädäntöä kuin käsittemäärittelyjä.

5.2.2 Valtionohjauksen vaikutukset tutkimuskunnan kotihoitoon ja sen muutoksiin

Valtionohjauksessa kunnille välitetyt strategiset linjaukset, tavoitteet ja toimenpidesuosituks (2. tutkimustehtävä) ovat painottaneet seuranta-ajan alusta lähtien kotona asumista ja sitä tukevia avopalveluja. Samoin ne ovat painotta-

neet ehkäisevää työtä, ihmisten omaa toimintaa hyvinvointinsa, terveystensä ja toimintakykynsä ylläpitämisessä sekä kotihoidon toteuttajien yhteistyötä. Kokonaisuudessaan valtionohjauksessa toteutuessaan korostuu prosesseilla integroinnin näkökulma. Nämä painotukset näkyivät selvästi myös tutkimuskunnan kotihoidon muutoksissa. Valtionohjaus vaikutti myös kunnan omaan poliittishallinnolliseen ohjaukseen: valtakunnallisia suosituksia on sisällytetty tutkimuskunnan vanhuspoliittisiin strategioihin ja ohjelmiin ja poikkihallinnollisella työllä on tehostettu ehkäisevää ja ennakoivaa työtä. Suositukseen pohjautuen on laadittu laajalla yhteistyöllä kaksi vanhuspoliittista ohjelmaa vuosina 2003 ja 2009. Niissä korostetaan kaikkien hallintokuntien ja eri sektoreiden yhteistyötä ikäihmisten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Vuoden 2003 ohjelmassa painottui jo toimintakykyään menettäneet ikäihmiset ja vuoden 2009 ohjelmassa puolestaan ehkäisevän ja ennakoivan työn merkitys kotona asumisen tukemiseksi. Tutkimuskunnan vanhusneuvosto on perustettu vuonna 2000 ja sillä on ollut ikäihmisten palvelujen järjestämisessä tärkeä rooli asiakkaiden näkökulman esiintuomisessa.

Tutkimuskunnan vanhuspoliittiset ohjelmat tuovat esiin myös valtionohjauksen suosituksiin pohjautuen monituottajuuden vanhuspalveluissa. Tämä on keskeinen tutkimuskunnan kotihoidon toimintaympäristön muutos. Uudenlainen julkishallinnon johtaminen¹⁵ (NPM) on tuonut mukanaan kilpailuttamiset, ulkoistamiset, ostopalvelut, maksusitoumukset ja palvelusetelit (kohta 4.2.3, taulukko 5) erityisesti 2000-luvulla. Kotihoidossa toimintojen yhteensovittamisen ja eheyttämisen eli koordinoinnin ja muun integroinnin tarve on kasvanut. Yksittäisen kotihoitoasiakkaan palveluihin osallistuu monia toimijoita ja palvelut pirstoutuvat niin, että asiakkaan kodista on tullut monien erilaisten toimijoiden työskentelypaikka. Tämä vaikuttaa haitallisesti erityisesti muistisairaisiin vanhuksiin. Silva Tedre (1999, 73) totesikin jo yli kymmenen vuotta sitten, että asiakkaan kodista on tullut julkinen ja kodin yksityisyys ja henkilökohtaisuus määritellään uudestaan.

Vanhuspalvelujen rakenne oli tutkimuskunnassa muuttunut kotihoitoa ja sitä tukevia avopalveluja korostavaksi. Ennakoivia, kuntouttavia ja hyvinvointia edistäviä toimintoja oli kehitetty useissa hankkeissa. Niitä koskevia esityksiä oli sisällytetty myös tutkimuskunnan vanhuspoliittisiin ohjelmiin ja ikäihmisten strategioihin, mikä sinällään osoittaa valtionohjauksen vaikuttavuutta kuntatasolla.

Valtionohjauksen linjaus kohdentaa kunnallinen kotihoito eniten apua tarvitseville ja toteuttaa näin oikeudenmukaisuuden periaatetta, on tutkimuskunnassa huomioitu siten, että kotihoito on kohdennettu 2000-luvun alusta lähtien eniten hoitoa tarvitseville ja vuodesta 2003 lähtien pääasiassa niille yli 75-vuotiaille, joilla on osa- tai ympärivuorokautisen hoivan, huolenpidon ja hoidon tarve. Kohdentamisen muutoksia ei ole kuitenkaan aiheuttanut yksinomaan valtionohjaus. Ratkaiseva vaikuttaja on ollut myös tutkimuskunnan kireä talous ja pai-

¹⁵ Aiemmin niihin viitattiin käsitteillä sisäiset, puolittaiset ja näennäis- tai vale- ja pseudomarkkinat, tilaaja-tuottajamallin sovellukset ja palvelusetelit eli *welfare mix, purchaser-provider split* ja voucher (esim. Rissanen & Sinkkonen 2004).

neet hillitä kustannusten kasvua. Väestön ikääntymisen sekä palvelutarpeiden ja kustannusten kasvun aiheuttamia talouden tasapainottamisongelmia on pyritty ratkaisemaan palveluja supistamalla ja säännölliseen kotihoitoon pääsyn kriteerejä tiukentamalla. Samalla on rajattu palvelujen saatavuutta osalle kotihoitoa tarvitsevista. Tiukassa taloustilanteessa kotihoitoa ei ole joko voitu ja/tai haluttu resursoida riittävästi. Esimerkiksi lakkautettuja pitkäaikaishoidon paikkoja ei ole korvattu tarvetta vastaavasti tehostetulla asumispalvelulla, joihin pääsyä on jouduttu odottamaan. Lisäpainetta kotihoitoon on aiheuttanut erikoissairaanhoidon hoitotakuu, joka nopeuttaa vanhusasiakkaiden kotiutumista. Marja Vaarama (2004, 184) on nostanut nyt yhä ajankohtaisemmaksi tulevan kysymyksen siitä, saavatko ikäihmiset vain sairaanhoidollista palvelua kotiin. Jos kotihoitoa päädytään antamaan vain kaikkein huonokuntoisimmille tulisi kertoa miten myös sosiaalisista syistä tarvittavaa arkipäivän apua järjestetään niille, jotka eivät itse pysty sitä järjestämään.

5.2.3 Kotihoitoa integroivat muutokset tutkimuskunnassa

Kasvaneeseen integroinnin tarpeeseen tutkimuskunnassa on vastattu kehittämällä toimijoiden yhteistyörakenteita ja käytäntöjä kuten kunnan, yksityisen, kolmannen ja vapaaehtoissektorin edustajien verkottumista ja muita toimijoiden monipuolisia yhteistyökäytäntöjä. Osaan integrointia edistäneistä kehittämiss Hankkeista on osallistunut kunnan työntekijöiden lisäksi yksityisten hoivayritysten työntekijöitä sekä asiakkaita ja laajasti sidosryhmien edustajia. Hankkeissa on perustettu mm. kotiutus- ja muita tiimejä, kotiutuskoordinaattorin vakanssi sekä edistetty hoito- ja palveluketjujen saumattomuutta ja laadittu yhteiset laatu-kriteerit kunnan kotihoitoon¹⁶ ja yksityisiin hoitokoteihin¹⁷. Lisäksi on kehitetty tietojärjestelmiä, hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia sekä muita palveluja integroivia työvälineitä.

Kotihoidon vastuualueen sisäiset ja organisaatioympäristön muutokset ovat sisältäneet rakenteilla ja prosesseilla integrointia. Rakenteilla integroinnit ovat käsittäneet muun muassa suuria organisaatiomuutoksia, kuten koko sosiaali- ja terveystoimen virasto-organisaatioiden yhdistäminen 1994. Sen jälkeen on ollut useita pienempiä organisaation ja/tai sen rakenneosien muutoksia sekä kotihoi-don vastuualueen sisällä että sen organisaatioympäristössä. Lukuisista vastuu-, tulos- ja palvelualuemuutoksista huolimatta sosiaali- ja terveystoimi samoin kuin kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat pysyneet yhdistettyinä. Kehittämiss Hankkeissa kotihoitoon kehitetyt toimintamallit ja -tavat sisältävät prosesseilla, rakenteilla, työvälineillä ja työtiloilla integrointia. Ne edustavat vaihtelevassa määrin vertikaalista ja horisontaalista integrointia sekä strategista kehittämiss- ja tulevaisuussuun-tautunutta oteetta. Ne ovat parantaneet kotihoidon integrointia, mutta niiden pysy-vät vaikutukset kotihoitoon tulisi ajoittain arvioida. Monet muutoshankkeet ovat tulleet niin nopeasti, ettei käynnissä olevaa ole vielä ehditty saada loppuun. Myös

¹⁶ Hiltunen P. 2006. Kuopion kotipalvelun historian havinaa. Liite 4, 121-125. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 2006:11. Kuopion kaupunki.

¹⁷ Holopainen M. 2000. Hyvää elämää tukevan asumisen laatu-kriteerit yksityisessä hoitokodissa. Loppuraportti 15.5.2000. Terveystoimen ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

hankkeiden yhteen nivominen ja johtaminen ovat tärkeitä, jotta niistä saataisiin optimaalinen hyöty. Tästä tutkimuksesta löytyy yhtäläisyyksiä Mia Vabøn (2009) norjalaisen kotihoidon uudistamishankkeita koskevaan tutkimukseen, jossa uudistuksiin sekoittui sekä ylhäältä että alhaalta ohjattuja monimutkaisia ja vaikeasti hallinnoitavia muutoksia, joista seurasi uusien uudistusten tarve.

Integrointi on poistanut tai ainakin lievittänyt kotihoidon laatua heikentäviä raja-aitoja yksikköjen ja muiden toimijoiden väliltä parantamalla näin kotihoidon prosessien kuten yhteistyön laatua. Yksi osoitus kotihoidon integroinnin etene- misestä ja työntekijöiden ajatustapojen muuttumisesta tutkimuskunnassa yhdis- tetylle kotihoidolle myönteiseksi on joidenkin työntekijöiden esittämät kommentit vuoden 2009 kyselylomakkeissa siitä, miksi yhteisestä kotihoidosta huolimatta erotetaan yhä kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Tällaiset kommentit osoittavat toi- mintojen integroitumista ja sen hyväksymistä. Päivi Sanerman (2009, 180) mu- kaan yhteinen kotihoito syntyy yhteisestä toiminnasta.

5.2.4 Kotihoidon sisällön ja työntekijöiden tehtävien muutokset

Edellä on kuvattu tutkimuskunnan kotihoidon organisointia (kohta 4.2.3) ja to- dettu kotihoidon palveluja tuotettavan monitoimijamallilla. Osa palveluista han- kitaan ostopalveluina. Kunnallisen kotihoidon kohdentaminen ja palvelujen su- pistaminen tutkimuskunnassa näkyi muun muassa asiakaskunnan muutoksissa. Asiakkaiden hoivan ja hoidon tarpeiden kasvu heijastuivat kotihoidon työntekijöi- den työajan käyttöön ja kuvaavat osaltaan kotihoidon sisältöä. (3. tutkimustehtävä).

Koko seuranta-ajan tehtävissä painottuivat ajallisesti asiakkaiden auttaminen henkilökohtaisissa päivittäisissä toimissa kuten ruokailussa auttamisessa ja hy- gieniasta huolehtimisessa. Viimeisessä seurannassa avun muodot painottuivat aiempaa enemmän myös lääkehoitoon, keskusteluihin asiakkaan kanssa ja hoi- totoimenpiteisiin. Sen sijaan siivous, asiointiapu ja vaatehuolto olivat lähes lop- puneet. Siivouksen tärkeyttä kotona asuvien ikäihmisen elämänlaatuun ei oteta riittävästi huomioon. Kuitenkin esimerkiksi Marja Vaarama ja Lauri Ylönen (2006, 14) nostavat esiin tutkimuksessaan siivouksen merkityksen vanhusten elämän- laatuun vaikuttavana tekijänä. (ks. myös Elo 2006, 124; Vaarama ym. 2006b,159.)

Tässä tutkimuksessa todettujen kotihoidon työntekijöiden eri tehtäviin käyt- tämään työajan muutosten suuntaisia kannanottoja sisältyy myös Valtiontalouden tarkastusviraston arviointiraporttiin. Sen mukaan kotihoidon sisältöä koskevat tarkastushavainnot osoittavat, ”että palvelutasoksi on määrittynyt perushoito eli lääkehuollon, sairaanhoidon, ravinnon ja hygienian turvaaminen. Sen si- jaan palvelut, jotka tukevat itsenäistä selviytymistä ja edistävät elämänlaatua ja yhteiskunnalliseen elämään osallistumista on siirretty pois kotihoidosta” (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 8). Tämä on voimakkaassa ristiriidassa kotona asuvien ja apua tarvitsevien ikäihmisten elämän laadun ja hyvinvoinnin korostamisen kanssa.

Kotihoidon sisältö oli muuttunut tutkimuskunnassa kaupunginvaltuuston sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen asettamien tavoitteiden mukaisesti: kohdentamismuutosten jälkeen palveluja annettiin eniten apua, hoitoa ja hoivaa

tarvitseville. Arvioidessaan vuonna 2000 universalismin toteutumista sosiaalipalveluissa Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä totesivat pääsyn palveluiden käyttäjäksi vaikeutuneen, samalla kun valikoiminen on lisääntynyt ja kohdentaminen tiukentunut. Hoivapalvelujen käyttäjiksi pääsevät ne, jotka palveluja eniten tarvitsevat, mutta tarvetta ei arvioida ainoastaan toimintakykynä vaan suhteessa muihin hoivan lähteisiin. Hoivan tarpeen arviointiin saattaa vaikuttaa se, minkälaisiksi arvioidaan ikääntyneen sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvien mahdollisuudet huolehtia hoivatehtävistä sen sijaan, että hoivan tarvetta arvioitaisiin yksilöllisen toimintakyvyn perusteella (2000, 175-176). Tämä näkemys on nähtävissä myös tutkimuskunnassa. Omaisten ja läheisten antamaa apua tutkimusvuosina ei kuitenkaan raportoida tässä tutkimuksessa.

Kotihoidon palvelujen rajaaminen on heikentänyt muiden kotihoitoa tarvitsevien ryhmien mahdollisuuksia saada kotihoitoa, kuten esimerkiksi siivous- ja asiointiapua ja siksi on tärkeä selvittää mitä tapahtuu kunnan ulkopuolisille palveluntuottajille ohjatuille asiakkaille. Myös Marja Vaarama (2006, 29-30) korostaa Espoon kotihoitotutkimuksen perusteella, että on selvitettävä, miten puuttuva kotihoito korvataan etenkin silloin, kun vanhuksen lähipiirissä ei ole auttajia eikä hänellä ole varaa hankkia yksityisiä palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2010:1, 77) mukaan hyvinvoinnin riskitekijöitä ja elämänlaadun uhkia ovat varsinkin pienituloisilla 80-85-vuotiailla naisilla lisääntynyt avun tarve ja saadun avun riittämättömyys.

Tuula Suominen ja Lea Henriksson (2008, 631) toteavat, että kotihoidon kohdentamismuutosten seurauksena huonokuntoisten ja monisairaiden asiakkaiden osuuden kasvu on lisännyt kotihoidon henkilöstön monipuolisen ja sairaanhoidollisen osaamisen tarvetta. Tähän haasteeseen on myös tutkimuskunnassa vastattu kouluttamalla kodinhoitajia oppisopimuskoulutuksella lähihoitajiksi sekä muuttamalla kotiavustajilta ja kodinhoitajilta vapautuneet tehtävät lähihoitajien vakansseiksi. Samanlaista muutosta toteaa valtiontalouden tarkastusvirastokin (2010, 75) kotihoidon raportissaan. Tämä muutos työntekijöiden koulutus- ja ammattirakenteessa (taulukko 9) on mahdollistanut tutkimuskunnassa hoitotoimpiteiden ja lääkehuollon siirron kotisairaanhoidajilta kotipalvelussa toimiville lähihoitajille ja näin työnkuvat ovat osin samanlaistuneet.

Kotihoidon työntekijöiden hoidollisten valmiuksien kehittäminen on edistänyt tutkimuskunnan kaupunginvaltuuston sosiaali- ja terveystoimen yhdistämiselle asetettua yhtä tavoitetta; vähentää ammattiryhmien päällekkäisiä kotikäyntejä (Sinkkonen & Niemelä 1998, 5). Päällekkäisyyksien poistaminen vapauttaa aikaa asiakkaan kohtaamiseen (Tenkanen 2003, 182-183; Heinola 2008; Suominen & Henriksson 2008, 635). Tältä osin se on poistanut myös kotihoidon pirstaleisuutta, mitä kotihoidon monituottajaistuminen on vuorostaan lisännyt.

5.2.5 Kotihoidon laadun muutokset

Tutkimuksessa käytetty monitoimijainen arviointi, jossa kotihoidon laadun arvioivat asiakkaat, omaiset ja työntekijät, antoi laadusta monipuolisen kuvan. Tältä osin neljännen tutkimustehtävän keskeinen tulos on kotihoidon laadun pysymi-

nen samalla, kohtuullisen hyvällä tasolla koko seuranta-ajan, toimintaympäristön ja organisoinnin monista muutoksista huolimatta.

Tarvestaavuus. Kaikki kolme vastaajaryhmää arvioivat kaikkina vuosina asiakkaan saaneen tarvitsemansa avun. Merkittävää on, että asiakkaat itse arvioivat tarvestaavuuden kaikissa osioissa paremmaksi kuin omaiset ja työntekijät. Myös Espoon kotihoidon tutkimus osoitti asiakkaiden pitävän kotihoitoa pääosin hyvänä, vaikka palvelun tarvestaavuudessa oli parantamisen tarvetta erityisesti arjen avussa ja psykososiaalisen tuessa, asiakaslähtöisyydessä ja asiakkaiden kohtelussa. (Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008.) Sini Elorannan (2009, 53-54) ikäihmisten kotona asumisen tukemista koskevassa tutkimuksessa oli päinvastainen tulos. Sen mukaan asiakkaat olivat arvioineet saamansa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen huonommaksi kuin työntekijät. Tulosten pohjalta on pohdittava sitä, rohkenevatko tai haluavatko vanhukset kritisoida saamaansa palvelua ollessaan riippuvaisia apua ja hoitoa antavista työntekijöistä? Tämä on huomioitava asiakaspalautteen käsittelyssä ja myös tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnissa.

Kotihoidon saatavuus ja asiakkaalle annetun ajan riittävyys. Asiakkaiden mukaan kotihoidon työntekijöiden saapuminen sovittuna aikana oli parantunut lähtölanteesta. Sen sijaan asiakkaalle annetun ajan riittävyys oli heikkoa koko seuranta-ajan. Asiakkaiden saamaa aikaa on pyritty tutkimuskunnassa lisäämään kumppanuushankkeilla, omahoitajuudella ja yhteisöllisyydellä. Tässä saatujen tulosten perusteella siinä on kuitenkin onnistuttu heikosti. Myös valtiontalouden tarkastusvirasto (2010, 33-34) on todennut kotihoidon asiakaskäynnit liian lyhyiksi: asiakkaan luona tehdään määrätyt toimenpiteet, muttei ole aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen. Anna-Liisa Niemelä (2006, 108) puhuukin ”hyppykäynneistä” asiakkaan luona. Myös nämä tulokset ovat ristiriidassa ikäihmisten elämän laadun ja hyvinvoinnin edistämistä korostavan retoriikan kanssa.

Kotiin tarjottavien palvelujen riittävyys. Asiakkaiden mielestä siivouksen riittävyys oli heikkoa erityisesti vuonna 2003, mutta oli palautunut vuonna 2009 lähes lähtötasolle. Sen sijaan omaiset ja työntekijät arvioivat asiakkaiden saaman siivousavun riittämättömäksi kaikkina vuosina. Asiakkaiden ”tyytyväisyyteen” siivouksessa vuonna 2009 vaikuttanee se, ettei kysymyksessä erotettu kaupungin ja yksityisten antamaa siivousta, sillä tuolloin kotihoidon asiakkaat hankkivat lähes kaiken siivouksen muilta palveluntuottajilta. He ovat ehkä kokeneet muualta hankkimansa siivouksen riittäväksi tai heidän vaatimustasonsa siivouksen suhteen on madaltunut. Yksi selitys on myös se, että monet asiakkaat saavat enenevästi siivousapua omaisilta ja muilta läheisiltä, samoin kuin sosiaalista tukea keskusteluissa ja seurustelussa. Avun ja hoidon riittävyys oli parantunut ruokailussa auttamisessa, hygieniasta huolehtimisessa, lääkehuollossa ja hoitotoimenpiteissä. Nämä tehtävät painottuivat myös työntekijöiden toimenkuvissa työajankäytöllä mitattuna. Tämä osoittaa vastaajien palvelujen riittävyysarviointien eli subjektiivisten kokemusten ja objektiivisin mittauksin saatujen tulosten vastaavuuden.

Julkista kotihoitoa on kritisoitu tarjonnan supistumisesta ja rajoittuneisuudesta. Asiakkaiden tarvitsemat palvelut eivät nykyisellään määrittele palvelujen

tarjontaa, vaan tarjonta määrittelee tarpeet (Heikkilä ym. 2003, 25). Useissa tutkimuksissa on todettu sosiaalisen tuen, asiointi- ja siivousavun sekä vanhuksen liikkumisessa tukemisen vähyys ja riittämättömyys (Malin 1997; Rissanen ym. 1999; Tedre 1999 ja 2003, 98-102; Tenkanen 2003, 192-193; Tepponen 2003; Muurinen & Raatikainen 2005; Finne-Soveri ym. 2006; Vaarama 2006, 31; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006; Niemelä 2008; Tepponen 2009). Kotihoidon integroinnin on todettu lieventävän näitä ongelmia. Esimerkiksi Merja Tepposen tutkimuksen (2009, 151) mukaan integroidussa kotihoidossa oli käytetty integroimatonta enemmän aikaa asiakkaan sosiopsykkiseen tukemiseen ja henkilökohtaiseen hoivaan, kuten ruokailussa auttamiseen ja hygieniasta huolehtimiseen.

Sosiopsykkinen ja sosiaalinen tuki. Vanhusten ohjauksessa ja neuvonnassa auttaminen pitämään yhteyttä toisiin ihmisiin oli riittämätöntä jokaisessa seurannassa kaikkien kolmen vastaajaryhmän mielestä. Tulos osoittaa, ettei kotihoito tue riittävästi vanhusten sosiaalisia suhteita ja psyykkistä hyvinvointia, kuten edellisessä kappaleessa viitatuista tutkimuksista ilmenee. Niiden lisäksi sama puute on todettu myös tämän tutkimushankeen aikaisemmissa julkaisuissa (Hyvärinen ym. 1995b; Rissanen ym. 1999). Vanhusten hyvinvointia tukeva sosiaalinen ympäristö rakentuu oleellisesti avun saannista ja yhteydenpidosta läheisiin (Elo 2009). Vanhusten liikuntakyvyn ongelmat johtavat sosiaalisten suhteiden niukkuuteen (Black 2008; Vaapio 2009, 69). Tämä lisää yksinäisyyden (Palkeinen 2005, 112; Hacıhasanoglu ym. 2011) ja turvattomuuden tunnetta (Malin 1996; Tenkanen 1998) sekä masennusta (Adams ym. 2004). Sosiaalinen tuki vaikuttaa myös vanhuksen päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (Badger & Collins-Joyce 2000; Valta 2008, 117). Näistä syistä sosiaalista tukea välittävät verkostot ja vapaa-ajan toiminnot ovat erittäin tärkeitä kotona asuvien vanhusten elämänlaadun parantajina (Elo 2006, 142; Savikko 2008, 46; Eloranta 2009, 49; Tepponen 2009, 174). Ystävillä on myönteinen vaikutus ihmisen hyvinvointiin (Lennartsson 1999; Becker 2003) ja kontaktit muihin vähentävät yksinäisyyden tunnetta (Holmén & Furukawa 2002; Pinguart 2003; Routasalo ym. 2003; Wenger & Burholt 2004). Sosiaalisten verkostojen puute, vähäiset sosiaaliset suhteet ja yksinäisyys voivat johtaa terveysongelmiin ja runsaaseen terveyspalvelujen käyttöön (Tiikkainen 2006, 64-75). Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, säilyttäminen ja paraneminen sisältyvät Merja Tepposen (2009, 166) laatimaan ikäihmisten hyvän kotihoidon malliin. Tämän mallin käytäntöön juurruttamiseen ja vanhusten sosiopsykkisen tuen riittämättömyyteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota kotihoidossa.

Työntekijöiden kiireisyys ja vaihtuvuus. Kiireisyydestä on tullut kotihoidon pysyvä ongelma. Sitä on kritisoitu tämän tutkimusprojektin aikaisemmissa julkaisuissa (Hyvärinen ym. 1995, 64, 70; Rissanen ym. 1999, 80; artikkelit II-IV) sekä muissa suomalaisissa tutkimuksissa ainakin 1990-luvun alusta lähtien. (Raatikainen 1991, 158; Malin 1996, 116; Tenkanen 2003, 44; Tepponen 2003, 100-101; Andersson ym. 2004, 489; Niemelä 2006; Vaarama 2006, 40-41; Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008; Vuorensyrjä 2008; Leinonen 2009; Tepponen 2009, 154.)

Työntekijöiden kiireisyydellä on kielteisiä vaikutuksia sekä asiakkaille että työntekijöille. Kiireen on todettu ennakoivan kotihoidon työntekijöillä koetun

työkyvyn alenemista (Pohjonen 2001, 60). NordCare-tutkimuksessa yli 65-vuotiaita kotihoidon asiakkaita hoitavista työntekijöistä 37 % toivoi lisää henkilöstöä antaakseen enemmän aikaa ja parempaa hoivaa hoidettaville (Leinonen 2009). Työntekijöille kiire aiheuttaa riittämättömyyden tunnetta (Vuorensyrjä 2009) ja eettisiä ongelmia (Hautala ym. 2002, 17-27; Niemelä 2006, 148-149; Kuokkanen ym. 2010, 33), koska aikapulan vuoksi työtä ei voi tehdä niin hyvin kuin kuuluisi ja itse haluaisi.

Anna-Liisa Niemelä (2006, 2) toteaa, että kotihoidon tutkimuksissa kiire on ilmaistu muiden tulosten lisänä, mutta se ei ole ollut tutkimusten keskiössä. Tässäkin tutkimuksessa kiirettä on raportoitu kaikissa mittauksissa vuodesta 1994 alkaen, mutta sen syihin paneutuminen ja kiireettömän palvelun kehittäminen eivät tulleet esille esimerkiksi tutkimuskunnan lukuisissa kehittämishankkeissa.

Heikko työntekijäkohtainen jatkuvuus ja työntekijöiden suuri vaihtuvuus alentavat kotihoidon laatua. Sama hoitaja eli työntekijäkohtainen jatkuvuus on kotihoidossa tärkeä asiakkaan ja hoitajan luottamuksellisten suhteiden edistäjänä. Aiemmissa tutkimuksissa suurin osa kotihoitoasiakkaista on toivonut saman hoitajan käyvän luonaan (mm. Hyvärinen ym. 1995, 68; Malin 1997; Tenkanen 1998; Rissanen ym. 1999; Tepponen 2003; Andersson ym. 2004, 488; Vaarama 2006, 34-35; Tepponen M 2009, 154, 162). Merja Tepponen (2009, 162) toteaa realistisesti, ettei todellisuus vastaa näitä toiveita, sillä hänen tutkimuksensa vain noin puolella asiakkaista oli ollut sama hoitaja viimeiset puoli vuotta. Ympäri vuorokautinen kotihoito vaatii kuitenkin useita työntekijöitä. Vaihtuviin työntekijöihin tutkimuskunnan asiakkaat olivat ehkä jo tottuneet, sillä viimeisessä mittauksessa aikaisempaa harvempi toivoi saman hoitajan käyvän luonaan. Yksi selitys tähän voi olla omahoitajan nimeäminen asiakkaille vuodesta 2000 lähtien. Omahoitaja tuo turvallisuutta ja jatkuvuutta hoitoon, edistää asiakkaan ja työntekijän luottamuksellisen suhteen syntymistä ja korvaa siten muiden hoitajien suuren vaihtuvuuden aiheuttamia laadun ongelmia (Varjoranta & Jalava 2004), sillä monitoimijaisessa palvelujärjestelmässä asiakkaalla voi olla samanaikaisesti monia asiakkuuksia useisiin palveluntarjoajiin (Mäkelä ym. 2008, 621).

5.3 TULOSTEN MERKITYS TERVEYSHALLINTOTIETEELLE JA KÄYTÄNNÖLLE

Tutkimus tuotti uutta tietoa terveyshallintotieteelle valtionohjauksen vaikutuksesta kotihoidon muutoksiin integroinnin näkökulmasta ja integroidun kotihoidon laadusta. Nämä ovat terveyshallintotieteen tyypillisiä tutkimuskohteita. Tutkimus toi esiin muutosten vaikutuksia yksittäisen kunnan käytäntöjen näkökulmasta, mistä on niukasti tietoa. Tutkimus syvensi näin ymmärrystä muutoksesta, ohjauksesta, integroinnista ja laadusta ja toi soveltamiskelpoista tietoa terveyshallintotieteen tutkimuskohteeseen eli sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tuotettu tieto on erityisen ajankohtaista monien sosiaali- ja terveysalaa ja rakenteita koskevien uudistusten yhä voimistuessa.

Tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavia kotihoidon käytännöstä esiin nousevia johtopäätöksiä:

- (1) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutoksen käynnistäminen ja sen vaikutuksesta lisääntynyt, jo aiemmin alkanut sosiaali- ja terveystoimen integrointi on lisännyt myös kotihoidon integrointia.
- (2) Palvelujärjestelmään kohdistuneet muutokset ovat lisänneet monituottajuutta. Myös tutkimuskunnassa tiettyjä osa-alueita kotihoidosta on siirtynyt seuranta-aikana muiden kuin kunnan kotihoidon tuottamiksi.
- (3) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus vauhditti vanhuspoliittisten ohjelmien laadintaa ja antoi valtakunnallisia suosituksia kotihoidon palvelujen kehittämiseen niin määrällisesti kuin laadullisesti. Laatusuositusta on pidettävä viime vuosien tärkeimpänä ja näkyvimpänä ohjausmuotona vanhuspalveluissa.
- (4) Kotihoidon sisältö on muuttunut ohjauksen mukaisesti: palveluja annetaan eniten tarvitseville ja palvelun sisältöä on tarkennettu rajauksin. Palvelujen rajaaminen on heikentänyt saatavuutta, mutta toisaalta tiettyjen tehtävien suorittamiseen käytetty aika on kasvanut.
- (5) Eniten työn sisältö on muuttunut perinteisessä kotipalvelussa. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työnkuvat ovat osin samanlaistuneet.
- (6) Useimmat kotihoitoon kohdistuneet muutokset ovat vahvistaneet integraatiota asiakasnäkökulmasta. Tosin poikkeuksiakin on, esimerkiksi monituottajuus on lisännyt palvelujen pirstaleisuutta.
- (7) Käytetyillä laatumittareilla ei havaittu, että muutokset kotihoidossa olisivat yksiselitteisesti parantaneet tai heikentäneet kotihoidon laatua. Eri vuosien ja eri asiakkaiden arvioimassa hoidon laadussa ei ollut juurikaan eroja.
- (8) Kotihoidon integrointi ja laatu ovat keskenään yhteydessä, mutta syyseuraussuhteiden toteamiseksi tutkimus ei tarjoa täsmällistä tietoa.
- (9) Tulosten yleistettävyyys on todettava muualla Suomessa tehdyillä tutkimuksilla. Kotihoidon tarpeet ja toimintatavat vaihtelevat paikallisesti ja kunnissa ovat tärkeitä paikalliset tarpeet ja olosuhteet.

6 Päätelmät ja suositukset

6.1 PÄÄTELMÄT

Valtionohjasasiakirjojen sisällön analyysi osoitti tiettyjen asioiden toistuvan esiin nostamisen. Kotona asumisen tukeminen, ehkäisevä työn merkitys ja toimintakyvyn ylläpitäminen mainitaan tavoitteina lähes jokaisella vuosikymmenellä. 1990-luvun alkupuolella alkanut laatuajattelu sai uudenlaista otetta 2000-luvun puolivälissä ikäihmisten laatusuosituksen vauhdittamana. Lähipalvelujen kehittämisestä mainitaan palvelurakennetyöryhmän raportissa 1990-luvun alussa ja nyt kaksikymmentä vuotta myöhemmin se on esillä Paras-hankkeessa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa velvoitusta yhteyden vahvistamiseen on lainsäädännössä ohjattu Helena Taskisen (2005, 88) mukaan 1930-luvulta alkaen ja varsinaisesti se on voimistunut 2000-luvun puolivälin jälkeen. Edellä olevat vahvistavat näkemystä, että muutokset sosiaali- ja terveydenhuollossa kestävät vuosia.

Kotihoidon integrointia on edistänyt paitsi valtionohjaus myös kireä kuntatalous. Integroinnin erillistä positiivista vaikutusta on vaikea osoittaa. Kotihoidon integrointi ja laatu ovat keskenään yhteydessä. On kuitenkin vaikea sanoa mikä merkitys/vaikutus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon sekä niiden hallinto- ja organisaatioympäristön yhdistämisellä on ollut kotihoidon sisältöön ja laatuun monien muiden muutosten vuoksi. Voidaan kuitenkin otaksua, että integrointi on lievittänyt tai kumonnut lukuisten laatua heikentävien toimintaympäristön muutosten haittoja.

Vaikka yhdistämisen myönteiset vaikutukset palvelujen laatuun ja toiminnan taloudellisuuteen ovat toistaiseksi suuressa määrin olettamuksia, niin ilmeisempiä ovat integroinnin myönteiset vaikutuksen sisäisen prosessin laatuun. Nämä liittyvät työntekijöiden rooliin ja työn sisältöön, jossa yhteinen kotihoito syntyy yhteisestä toiminnasta. Seuranta-aikana monet integrointia edistäneet koulutus- ja kehittämishankkeet ovat lisänneet moniammatillista toimintaa ja lähentäneet eri työntekijäryhmiä niin oman organisaation sisällä kuin myös monituottajamallin mukaisessa toimintaympäristössä toimiviin muihin tahoihin. Myös erilaisia koulutusrakenteita ja niiden sisältöä kehitettäessä on tärkeää huomioida aidosti tämä moniammatillisuuden vahva vaatimus kotihoidossa ja laajemminkin vanhustyössä.

Eri vuosien ja eri asiakkaiden arvioimassa hoidon laadussa ei ollut juurikaan eroja. Palvelujen rajaaminen on heikentänyt saatavuutta, mutta toisaalta tiettyjen tehtävien suorittamiseen käytetty aika on kasvanut. Tutkimuksen keskeinen tulos onkin kotihoidon laadun pysyminen koko seuranta-ajan kohtalaisen vakaasti hyvällä tasolla. Tutkimusprosessin päättyessä lakiehdotus Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalouden saantia turvaavasta laista on vielä valmisteluvaiheessa, mutta tärkeitä kysymyksiä myös kotihoidon laadulle jatkossa ovat hoitoon pääsyn kriteerit ja palvelun saanti alueellisesti tasa-arvoisesti.

Tulosten yleistettävyys on todettava muualla Suomessa tehdyillä tutkimuksilla. Yksittäisen kunnan kannalta on tarkasteltu pitkän aikavälin muutoksia, mutta kotihoidon toimintatavat vaihtelevat paikallisesti ja kunnissa ovat tärkeitä paikalliset tarpeet ja olosuhteet.

6.2 SUOSITUKSIA JA JATKOTUTKIMUSTARPEITA

Tutkimuksesta voidaan nostaa seuraavanlaisia suosituksia kotihoidon sosiaali- ja terveyspoliittisten linjausten valmisteluun sekä valtakunnalliseen ja alueelliseen kehittämistyöhön:

- (1) Kotihoidon sisältö, tavoitteet ja kohteet sekä osittain nykyiset ja tulevat käytännöt on sovittava yhteen sosiaali- ja terveyspoliittisissa linjauksissa ja lainsäädännössä. Esimerkiksi kotihoidon käsitteen määrittely on hajanaista. Kotihoidon valtakunnalliset ja paikalliset tilastointikäytännöt on korjattava niin, että kunnista saadaan vertailukelpoisia ja luotettavia tietoja.
- (2) Vanhusten kotihoitoon ei ole subjektiivista oikeutta palvelujen tarpeen arviointia lukuun ottamatta, palvelujen minimitaso tietyillä kriteereillä tulisi määrittää, suositukset eivät riitä. Tämä poistaisi epätasa-arvoa ja mahdollistaisi paremman suunnittelun resurssitarpeen (henkilöstö ja määrärahat) arvioinnissa ja käytännön töiden järjestelyissä. Yhtenäisten ja vertailukelpoisten säännölliseen kotihoitoon pääsyn kriteerien kehittäminen tutkimuksin ja käytännön toimenpitein on yksi tärkeä kehittämistyön kohde. Samalla on selvitettävä erilaisten toimintakykymittarien käyttö ja tarvittaessa yhtenäistää niitä.
- (3) Kotihoidon tarvetta on ikääntyneiden lisäksi lapsiperheillä, mielen-terveys- ja päihdeongelmista kärsivillä nuoremmilla asiakkailla¹⁸ ja enenevästi kotihoidon saattohoitopotilailla. Resursseja on jaettava ja kohdennettava kaikkiin ryhmiin oikeudenmukaisesti. Moninainen asiakaskunta vaatii laajaa sisältö- ja yhteistyöosaamista työntekijöiltä ja johtajilta. Tämä edellyttää koulutussisältöjen jatkuvaa kehittämistä sekä perus- että täydennyskoulutuksessa.
- (4) Kuntien vanhuspoliittiset strategiat korostavat, että vanhustenhuolto on kaikkien hallintokuntien yhteinen asia. Yhteistyö tiivistäminen ja laajentaminen sosiaali- ja terveystoimen ja muiden hallintokuntien kanssa on välttämätöntä, jotta ikäihmisten kokonaisvaltainen kotona pärjääminen onnistuisi. Hallintokuntien laajempaa ja innovatiivisempaa yhteistyötä vaikeuttavat tiukat määrärahasidonnaisuudet ja annetussa raamissa pysymisen ehdot. Lisäksi yhteistyö vaatii verkostojohdamisen osaamista, mitä johtamiskoulutuksessa pitäisi vahvistaa.

¹⁸ Valtakunnallisen tilaston mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaista vuonna 2010 vain 2 % oli alle 45-vuotiaita (THL/Tilastoraportti 22/2011).

- (5) Kotihoidon maksukäytännöt tulee yhtenäistää. Kotihoidon kuukausimaksu voi nykyisellään määräytyä aika- tai käyntiperusteisesti ja lisäksi asiakas joutuu maksamaan erikseen tukipalveluista. Myös kotihoidon asumispalvelumaksut vaativat yhtenevät valtakunnalliset määräytymisperusteet. Tiedot ovat tarpeelliset kotihoidon todellisten kustannusten selvittämisessä.
- (6) Turvaverkoston luominen yhteisöllisesti luo edellytyksiä kotona asumiseen. Vapaaehtois- ja vertaistuen mahdollisuudet ikääntyneiden sosiopsykkinen tukeen vaativat koordinoitua ja julkisen sektorin tulee mahdollistaa se esim. palveluja koordinoivalla henkilöllä. Tarvitaan kaikki voimavarat ympärivuorokautisen kotihoidon mahdollistamiseksi ja hyvän kotihoidon mallin toteuttamiseksi.

Tutkimusprosessin aikana on noussut esiin seuraavia jatkotutkimuksen tarpeita ja kohteita:

- (1) Pitkän seurantatutkimuksen aikana koottu aineisto on laaja ja mahdollistaa monia jatkotutkimusaiheita. Tutkimuskunnassa kotihoidon integrointi on jatkunut rakenteellisilla ja muilla ratkaisuilla vuoden 2009 jälkeenkin. Niiden toimeenpanoa ja vaikutuksia on syytä selvittää ja varmistaa mahdollisuudet jatkaa seuranta.
- (2) Kotihoidon käsite ja sisältö vaativat analyyseja ja kansallista kuvausta muun muassa lainsäädännön tarkentamista ja ajanmukaistamista varten. Näissä analyyseissa voidaan hyödyntää kotihoidon viimeaikaisia tutkimustuloksia.
- (3) Kotihoidon integroinnin ja laadun yhteydet: missä määrin ja miten? Kysymykseen vastaamiseen tarvitaan satunnaistamalla kaltaistettuja tutkimus- ja vertailuryhmäasetelmiä.
- (4) Integroidun kotihoidon vaikutuksia kotihoitoasiakkaiden toimintakykyyn, elämisen laatuun ja hyvinvointiin on tutkittava muun muassa siksi, että kuntouttavaa työtä ja hyvinvointia edistämään tarkoitettuja toimintoja perustellaan ikäihmisten omatoimisuuden, aktiivisuuden ja toimintakyvyn säilyttämisellä.
- (5) Monitoimijamallissa asiakkaan kodista on tullut useiden eri toimijoiden aluetta ja tämän vaikutusta kodin asukkaaseen tulisi tutkia.
- (6) Erilaisiin järjestämis- ja rahoitusvaihtoehtoihin liittyen on syytä tutkia palvelusetelien käyttökokemuksia ja hankkia samalla tietoa siitä, kuinka vanhukset ja heidän omaisensa priorisoivat kotona asuvan vanhukseen palvelutarpeiden tyydyttämisen.
- (7) Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yksikköjen yhdistämisiä on perusteltu kustannusten kasvun hillinnällä, taloudellisilla säästöillä ja kustannusvaikuttavuuden parantamisella. Ovatko kotihoidon taloudellisuus, tehokkuus, kustannusten nousun hallinta ja ennen kaikkea kustannus-vaikuttavuus parantuneet integroinnin ansiosta? Näihin kysymyksiin vastaaminen vaatii monitieteistä otetta ja ennen kaikkea

terveystaloustieteellisiä analyyssejä. Kotihoidon kehittämisen ja päätöksenteon pohjaksi tarvitaan tietoa eri tavoin toteutetun kotihoidon kokonaiskustannuksista ja vaikuttavuudesta. Kustannuskysymykset ovat ajankohtaisia niin kansallisella kuin paikallisellakin tasolla.

- (8) Kotihoidon laatumittarin edelleen kehittäminen on yksi tärkeä jatkotutkimusten kohde. Kotona asuvan ikäihmisen hyvinvointiin ja elämänlaatuun vaikuttavat monet tekijät. Siksi kotihoidon laatumittariin tulee lisätä eri hallintokuntien tarjoamien palvelujen tarvetta ja sen tyydyttämistä kuvaavia kysymyksiä hyvän kotihoidon mallin ohjaamana.
- (9) Monitoimijaistunut ja alati muutoksissa oleva kotihoidon johtaminen edellyttää laaja-alaista osaamista ja siihen liittyvää tutkimusta.

Lähteet

- Aarva, K. (2009): Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos, Tampere.
- Adams, K. B., Sanders, S. & Auth, E. A. (2004): Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health* 8 (6), 475-485.
- Andersson, S., Haverinen, R., Malin, M. (2004): Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeksisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (5), 481-494.
- Anderson, G. F. & Hussey, P. S. (2000): Population aging: a comparison among industrialized countries. *Health Affairs (Millwood)* 19 (3), 191-203.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Alaszewski, A., Baldock, J., Billing, J., Coxton, K. & Twigg, J. (2003): Providing integrated health and social care for older person in the United Kingdom. *Procure*. <http://www.euro.centre.org/procure/>. (12.2.2010).
- Alaszewski, A., Billing, J. & Coxton, K. (2004): Integrated health and social care for older persons: theoretical and conceptual issues. Kirjassa: Leichsenring, K. & Alaszewski, A. M. (toim.) *Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of issues at stake*. Ashgate Publishing Limited, Aldershot, s. 63-90.
- Algera, M., Francke, A. L., Kerkstra, A. & van der Zee, J. (2004): Home care needs of patients with long-term conditions: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46 (4), 417-429.
- Ambient Assisted Living (AAL) Joint Program 2008-2013. <http://193.167.189.71/opencms/opencms/Projects/AAL/frontbage.html>. (2.5.2010).
- Anttonen, A. & Zechner, M. (2009): Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Kirjassa: Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.). *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Vastapaino, Tampere, s. 16-53.
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006): Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 21 (1), 75–88.
- Badger, T. A. & Collins-Joyce, P. (2000): Depression, psychosocial resources, and functional ability in older adults. *Clinical Nursing research* 9 (3), 238-256.
- Banks, P. (2004): Policy framework for integrated care for older people. Developed by Carmen Network. www.rhma.org. (8.1.2010).
- Barnabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubin, D. & Garbonin, P. (1998): Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal* 316, 1348-1351.

- Becker, G. (2003): Meaning of place and displacement in three groups of older immigrants. *Journal of Aging Studies* 17, 129-149.
- Black, K. (2008): Health and aging-in-place: implications for community practice. *Journal of Community Practice* 16 (1), 79-95. <http://dx.doi.org/10.1080/10705420801978013>. (7.6.2011).
- Brodie, D. (2004): Partnership working. A service user perspective. Kirjassa: Glasby, J. & Peck, E. (toim.) *Care trusts: partnership working in action*. Radcliffe Medical Press, Cornwall, s. 63-74.
- Brown, L., Tucker, C. & Domokos, T. (2003): Evaluating the impact of integrated health and social care on older living in community. *Health & Social in the Community* 11 (2), 85-94.
- Bruce, M., McAvay, G., Raue, P. J., Brown, E., Meyers, B., Keohane, D., Jagoda, D. & Weber, C. (2002): Major depression in elderly home health-care patients. *American Journal of Psychiatry* 15 (8), 1367-1374.
- Cheung, C-K. & Ngan, R. M-H. (2005): Improving older adults' functional ability through service use in a home care program in Hong Kong. *Social Work Practice* 15 (3), 154-164.
- Dalby, D. M., Sellors, J. W., Frase, F. C., Frase, C., van Ineveld, C. & Howard, M. (2000): Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 162 (4), 497-500.
- Davey, B., Levin, E., Iliffe, S. & Kharicha, K. (2005): Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people. *Journal of Interprofessional Care* 19, 22-34.
- Donabedian, A. (1988): The quality of care: how can it be assessed. *Journal of American Medical Association* 260 (12), 1743-1748.
- Dufva, H. (2012): Eläkkeelle siirtymisen kynnyksellä. Eläkkeelle siirtymisen monitasoinen tarkastelu. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 35. University of Eastern Finland, Kuopio.
- Drake, P. & Davies, P. (2007): Approaches to commissioning home care from the independent sector: A survey and taxonomy with particular reference to Wales. *International Journal of Public Sector Management* 20 (6), 497 - 518.
- Dölling-Hasu, B. (2009): Kouvolan kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4911/valmis.opinnaytetyo.pdf?sequence=1>. (4.5.2011).
- Edebalk, P. G., Samuelsson, G. & Ingvad, B. (1995): How elderly people rank order the quality characteristics of home services. *Ageing and Society* 15, 83-102.
- Elo, S. (2006): Teoria pohjoissuomalaisen kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukavasta ympäristöstä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. D 889. Oulun yliopisto, Oulu.
- Eloranta, S. (2009): Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopiston julkaisu. Sarja 869 *Medica – Odontologica*. Turun yliopisto, Turku.

- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. (2007): *Hoitotiede*. WSOY, Helsinki.
- Finne-Soveri, H. & Noro, A. (2006): *Kotihoidon asiakasrakenne*. Kirjassa: Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes, Helsinki, s. 61-86.
- Foddy, W. (1995): *Constructing questions for interviews and questionnaires. Theory and practice in social research*. 3. painos. Cambridge University Press, Cambridge.
- Fortinsky, R. H., Fenster, J. R. & Judge, J. O. (2004): Medicare and Medicaid home health and Medicaid waiver services for dually eligible older adults: risk factors for use and correlates of expenditures. *The Gerontologist* 44, 739-749.
- Francis, J. & Netten, A. (2004): Raising the quality of home care: A study of service users' views. *Social Policy & Administration* 38, 290-305.
- Galbraith, J. (1977): *Organization design*. Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.
- Gallagher, E. & Hodge, G. (1999): The forgotten stakeholders: seniors' value concerning their health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 12 (3), 79-86.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C. & Devillé, W. (2011): Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research* 11 (207), 1-14.
- Gill, T. M., Baker, D. I., Gottschalk, M., Peduzzi, P. N., Allore, H. & Byers, A. (2002): A programme to prevent functional decline in physical frail, elderly persons who live at home. *New England Journal of Medicine* 347, 1068-1074.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Corcoran, M., Schinfeld, S. & Hauck, W. W. (2006): A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of American Geriatrics Society* 54, 809-816.
- Goodwin, N. & Peet, S. (2004): *Intermediate care*. Kirjassa: Glasby, J. & Peck, E. (toim.) *Care trusts: partnership working in action*. Radcliffe Medical Press, Cornwall, s. 51-62.
- Gröne, O. & Carcia-Barbero, M. G. (2001): *Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services*. *International Journal of Integrated Care* 2 (1), 1 – 10. <http://www.ijic.org>. (4.2.2010).
- Grönroos, C. (2001): *Service management and marketing: a customer relationship management approach*. 2. painos. Wiley, Chichester.
- Grönroos, E. & Perälä, M-L. (2006): Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (5), 484-498.
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. (2008): *Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008. Helsinki.
- Hacihanoglu, R., Yildirim, A. & Karakurt, P. (2011): Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 22 April 2011. (16.6.2011).

- Hakala, R., Tahvanainen, S., Ikonen, T. & Siro, A. (2011): Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. Raportit ja selvitykset 2011: 6. Opetushallitus. Juvenes Print, Tampereen Yliopistopaino Oy. <http://osaavalahihoitaja2020.wikispaces.com>. (12.5. 2011).
- Hakulinen, H., Lammintakanen, J. & Rissanen, S. (2012): Terveydenhuollon muutostutkimus 2000-2010. Kirjallisuuskatsaus. Hallinnon tutkimus 1, 19-35.
- Hammar, T. (2008): Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tutkimuksia 179. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Hammar, T., Perälä, M-L. & Rissanen, P. (2007): The effects of integrated care and discharge practice on functional ability and health-related quality of life: a cluster-randomised trial among home care patients. *The International Journal of Integrated Care* 7, 1-12.
- Hardy, B., van Raak, A., Mur-Veeman, I., Steenbergen, M. & Paulus, A. (2003): Introduction. Kirjassa: van Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. & Paulus, A. (toim.) *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, s. 9-14.
- Hart, C. (1998): *Doing a literature review: releasing the social science research imagination*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Hautala, L., Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. (2002): Eettisyys kotisairaanhoido-organisaatioissa. *Hallinnon tutkimus* 4, 17-27.
- Haverinen, R. (2003): Laadudokumentit ja suomalainen sosiaalipalvelujen modernisaatio. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (4), 325-336.
- Haxton, J. E. & Boelk, A. Z. (2010): Serving families on the frontline: challenges and creative solutions in rural hospice social work. *Social Work Health Care* 49 (6), 526-550.
- Heikkilä, M. (2004): Ohjauksen tarve ja tulevaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirjassa: Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Stakes. Gummerus kirjapaino, Saarijärvi, s. 206-212.
- Heikkilä, M., Kaakinen, J. & Korpelainen, N. (2003): Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2003:11. <http://www.stm.fi> >. (11.4.2011).
- Heinämäki, L. (2011): Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalot 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 41/2011. Helsinki. www.thl.fi/thl-client/pdfs/882a70d8-8e25-4e4f-b1e3-0e700d774530. (9.9.2011).
- Heinola, R. (toim.) (2007): *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes, oppaita 2007:70. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Heinola, R., Kauppinen, S., Kattainen, E. & Finne-Soveri, H. (2007): Ikäihmisten kotona asuminen ja avopalveluiden ensisijaisuus. Raportissa Voutilainen, P. (toim.) *Laatua laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi*. Raportteja 2/2007. Stakes, Helsinki, s. 29-35.

- Heinola, R., Finne-Soveri, H., Noro, A., Kauppinen, S., Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. (2010): Vanhusten kotiin annettavat palvelut ja omaishoidon palvelut. Julkaisussa: Kauppinen, S. (toim.) 2010. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta: Peruspalvelujen tila 2010 -raportin tausta-aineisto. Raportti. THL, Helsinki.
- Hellström, Y., Persson, G. & Hallberg, I. R. (2004): Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing* 48, 584-93.
- Henwood, M. (2006): Effective partnership working: a case study of hospital discharge. *Health and Social Care in the Community* 14 (5), 400-407.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2004): Tutki ja kirjoita. 10. painos. Tammi, Helsinki.
- Holma, T. & Häkkinen, H. (2004): Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Holma, T. & Virnes, E-L. (1999): Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa: toimintamalleja ja työvälineitä laatutyöhön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Holmén, K. & Furukawa, H. (2002): Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 35, 261–274.
- Huang, T-T. & Liang, S-H. (2005): Randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of Clinical Nursing* 14 (10): 1193-1201.
- Hughes, S. L., Weaver, F. M., Giobbie-Hurder, A., Manheim, L., Henderson, W., Kubal, J. D., Ulasevich, A. & Cummings, J. (2000): Effectiveness of team-managed home-based primary care. A randomized multicenter trial. *The Journal of the American Medical Association* 28 (22), 2877-2885.
- Hyttinen, H. & Kangassalo, R. (2002): Vanhustyöntekijät - näkemyksiä vanhustyöstä ja sen kehittämisestä. *Gerontologia* 16 (4), 190- 197.
- Hyvärinen, S., Taskinen, H., Laitinen, P., Hirvonen, R. & Sinkkonen, S. (1995a): Kuopion kotihoidon tutkimuksen lähtökohdat. Kirjassa: Sinkkonen, S. (toim.) Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopion yliopisto, Kuopio, s. 15-42.
- Hyvärinen, S., Laitinen, P., Hirvonen, R. & Sinkkonen, S. (1995b): Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, heidän omaistensa ja työntekijöiden arvioimana Kuopiossa 1994. Kirjassa: Sinkkonen, S. (toim.) Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopion yliopisto, Kuopio 19, s. 45-75.
- Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. (2009): Preventive psychosocial support groups: parents' criteria for good quality. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (2), 211-221.
- Hänninen, M., Kaarakainen, M. & Niiranen, V. (2010): Sosiaali- ja perusterveydenhuollon perustason hallinto- ja organisaatorakennekuvaus. Kirjassa: Kaarakainen, M., Niiranen, V. & Kinnunen, J. (toim.) Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveystieteiden Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kar-toitus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia 6. Acta 19. Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki, s. 48–68.

- Imaiso, J., Konishi, M. & Kamata, K. (2009): Collaboration between nurses and professional caregivers to provide medical care in Japan, *Journal of Community Health Nursing*, 26:54–63. ISSN: 0737-0016 print/1532-7655 online DOI: 10.1080/07370010902805106. (13.4.2011).
- Isola, A., Backman, K., Voutilainen, P. & Rautsiala, T. (2008): Quality of institutional care of older people as evaluated by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing* 17 (18), 2480-2489.
- Jenkins, P., Baker, E. & White, B. (2009): Promoting good health in people aged over 75 in the community. *Nursing Older People* 21 (2), 34-40.
- Johri, M., Beland, F. & Bergman, H. (2003): International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18, 222-235.
- Jones, K., Netten, A., Francis, J. & Bebbington, A. (2007): Using older home care user experiences in performance monitoring. *Health and Social Care in Community* 15 (4), 322-332.
- Juhila, K. (2006): Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino, Tampere.
- Jylhäsaari, J. (2009): Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista. *Acta Wasaensia* No 212. Hallintotiede 13. Universitas Wasaensis 2009. Vaasan yliopisto, Vaasa.
- Kadushin, G. (2004): Home health-care utilization: a review of the research for social work. *Health Social Work* 29(3), 219-248.
- Kaitalo, H. (1977): Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntatason yhteistoiminta. Projektisuunnitelma. Sopukka 1. Tutkimuksia 4. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kaitalo, H. (1979): Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntatason yhteistoimintaprojektin tuloksia ja perustason yhteistoiminnan arviointia. Kirjassa: Kaitalo, H. (toim.) Kuntatason sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta. Sopukka 4. Tutkimuksia 54. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto, Tampere, s. 15–20.
- Kaitalo, H. & Walls, G. (1978): Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaprofiilit. Sopukka 2. Tutkimuksia 49. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Kallunki, H. (2008): Muutos ja johtaminen organisaatiossa - tapausesimerkinä Kuusamon kaupungin perusturvan toimiala. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Hallintotiede. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Kaskisaari, M., Tammelin, M., Hirvonen, J., Hämeenaho, P., Ilmarinen, K. & Vartiainen, A. (2010): Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Raportti 6/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kinnunen, K. (2002): Postponing of institutional long-term care in the patients high risk of institutionalisation. University of Helsinki, Faculty of Medicine. Yliopistopaino, Helsinki.
- Kitchener, M. & Harrington, C. (2004): The U.S. Long-term care field: a dialectic analysis of institution dynamics. *Journal of Health & Social Behavior* 45, 87-101.

- Kivelä, S-L. (2006): Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Kodner, D. L. & Speeuwenberg, C. (2002): Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* [serial online] 14 (2). <http://www.ijic.org>. (2.2.2010).
- Kodner, D. L. (2009): All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 13, 6-15.
- Kokko, S. & Valtonen, H. (2008): Kunnat ja vanhustalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 12-23.
- Kokko, S., Tammelin, M., Heinämäki, L. & Muuri, A. (2010): PARAS-uudistuksen tilanne sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta keväällä 2009. Julkaisussa: Kauppinen, S. (toim.) *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta: Peruspalvelujen tila 2010 -raportin tausta-aineisto*. Raportti 9/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://lib.thl.fi:2345/lib4/?PBFORMTYPE=01002&TITLEID=51341&SQS=1:FI:1::10:50::HTML&PL=0>. (7.7.2011).
- Kröger, T., Karisto, A. & Seppänen, M. (2007): Sosiaalityö vanhuuden edessä. Kirjassa: Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.). *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus. Jyväskylä, 7-15.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. (2010): Sairaanhoidtajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. *Hoitotiede* 22 (1), 26-35.
- Kuopion ikäihmisten palvelujen kehittämissuunnitelma 1997-2005. Sosiaali- ja terveyskeskus. Vanhustenhuollon työryhmä. Kuopion kaupunki, Kuopio.
- Kuopion kaupunki (2008): Väestöennuste.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J. & Välimäki, M. (2006): Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 655-663.
- Kuronen, T. (2007): Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? Kirjassa: Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. PS-kustannus, Jyväskylä, s. 121-138.
- Kuusela, M. (2009): Moniammatillinen osaaminen kotihoidossa olevien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisessa kotihoidon ammattihenkilöiden kuvaamana. Pro gradu -tutkielma, Turun yliopiston Hoitotieteen laitos, Turku.
- Kuusela, M., Hupli, M., Johansson, K., Routasalo, P. & Eloranta, S. (2010): Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. *Hoitotiede* 22 (2), 96-107.
- Kvist, T. (2004): Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111. Kuopion Yliopisto, Kuopio.
- Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Jokela, V. (2007): Do organizational factors explain the quality of care? *Journal of Nursing Care Quality* 22 (4), 365-370.
- Kwok, T., Lee, J., Woo, J., Lee, D. T. F. & Griffith, S. (2008): A randomized controlled trial of a community nurse-supported hospital discharge programme in older patients with chronic heart failure. *Journal of Clinical Nursing* 17, 109-117.

- Kähkönen, L. (2007): Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Taloustieteiden laitos. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere.
- Kähkönen, L. & Volk, R. (2008): Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnat ja kilpailu- sarjan julkaisu nro 4. Kunnallisalan kehittämissäätiö. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Laine, V., Sinko, P. & Vihriälä, V. (2009): Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009, Helsinki.
- Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Federici, S., Tua, E., Cesari, M. & Bernabei, R. (2001): A new model of integrated home care for elderly: impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology* 54, 968-970.
- Larsson, K., Thorslund, M., Kåreholt, I. (2006): Are public care and services for older people target according to need? Applying the Behavioural Model on longitudinal data of a Swedish urban older population. *European Journal of Aging* 3, 22-33.
- Latour, C. H., Bosmans, J. E., van Tulder, M. W., de Vos, R., Huyse, F., de Jonge, P., van Gemert, L. A. & Stalman, W. A. (2007): Cost-effectiveness of nurse-led case management intervention in general medical outpatients compared with usual care: an economic evaluation along-side a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 62 (3), 363-370.
- Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967): Organizations and environments. Managing differentiation & integration. Harvard University, Boston.
- Lehtonen, J. & Nakari, R. (2007): Pysyvät kehittämisrakenteet Kuopion vanhustyössä. Tykes. Raportteja 52. Helsinki.
- Leichsenring, K. (2004): Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care* [serial online] Sep 3. www.ijic.org. (8.11.2010).
- Leino-Kilpi, H. (2003): Potilas hoitotieteessä. *Hoitotiede* 6, 292-294.
- Leinonen, A. (2009): Hoivatyöntekijöiden muutostoiveiden topografia. Kannanottoja vanhuksen kohteluun, henkilöstöresursseihin ja ikääntymispolitiikkaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (2), 132-148.
- Leinonen, T. (2002): The quality of perioperative care. Developing a patient-oriented measurement tool. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. *Medica-Odontologica*, osa 481. Turun yliopisto, Turku.
- Leiwo, L. & Teräsalmi, P. (1995). Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden yhteistyö vanhusasiakkaan hoidossa. Opinnäytetutkimus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Lennartsson, C. (1999); Social ties and health among the very old in Sweden. *Research on Aging* 21 (5), 657- 681.
- Leskinen, H. (2001): Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Kuopion yliopisto. Acta-väitöskirjasarja 1/2001. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Leutz, W. (1999): Five laws for integrating medical and social services: lesson from the United States and United Kingdom. *The Milbank Quarterly* 77 (1), 77-110.

- Lillrank, P. (1998): Laatuajuttelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava, Helsinki.
- Lim, W. K., Lambert, S. F. & Gray, L. C. (2003): Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *The Medical Journal of Australia* 178 (6), 262-266.
- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. (2000): Laatujohtaminen ja julkinen sektori: laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. 2.painos. Gaudeamus, Helsinki.
- Malin, M. (1996): Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 7. Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.
- Malin, M. (1997): "He ovat minulle enkeleitä". Hyvä suhde työntekijään ja luottamus avunsaantiin laatua vanhusasiakkaalle kotihoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 34, 150-163.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A. & Henderson, S. (2006): Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing* 54, 381-395.
- McCusker, J., Verdon, J., Tousignant, P., de Courval, L. P., Dendukuri, N. & Belzile, E. (2001): Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of multicenter randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 49, 1272-1281.
- Meerding, W., Mulder, S. & van Beeck, E. (2006): Incidence and costs of injuries in The Netherlands. *European Journal of Public Health* 16 (3), 271-277.
- Megivern, D. M., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Striley, C. L., Cabassa, L. J. & Munson, M. R. (2007): Quality of care: expanding the social work dialogue. *Social Work* 52 (2), 115-24.
- Miller, P., Gladman, J. R. F., Cunliffe, A. L., Husbands, S. L., Wewey, M. E. & Harwood, R. H. (2005): Economic analysis of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age and Aging* 34, 274-280.
- Mitchell, F., Gilmour, M. & McLaren, G. (2010): Hospital discharge: a descriptive study of the patient journey for frail older people with complex needs. *Journal of Integrated Care* 18 (3), 30-36.
- Modin, S. & Furhoff, A-K. 2004. The medical care of patients with primary care home nursing is complex and influenced by non-medical factors: a comprehensive retrospective study from a suburban area in Sweden. *BMC Health Service*. www.biomedcentral.com/1472-6963/4/22. (8.11.2010)
- Moret, L., Rochedreux, A., Chevalier, S., Lombrail, P. & Gasquet, I. (2008): Medical information delivered to the patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Journal of Patient Education and Counselling*, 70 (1), 94 – 101.
- Murashima, S., Asahara, K., White, C M. & Ryu, S. (1999): The meaning of public health nursing: creating 24 hour care in community in Japan. *Nursing Health Sciences* 1 (2), 83-92.
- Murashima, S., Nagata, S., Magily, J. K., Fukui, S. & Kayama, M. (2002): Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public Health Nursing* 19 (2), 94-103.

- Mur-Veeman, I., Van Raak, A., Steenbergen, M. & Paulus, A. (2003): Situation in the Netherlands. Kirjassa: van Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., Paulus, A. (toim.) *Integrated care in Europe. Description and comparison care in six EU countries*, 121-143.
- Mur-Veeman, I., van Raak, A. & Paulus, A. (2008): Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Journal of Health Policy* 8 (2), 172–183.
- Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä, S. & Autio, A. (2001): Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:31*. Turun yliopisto, Turku.
- Muurinen, S. (2003): Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Tampereensis* 936. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Muurinen, S. & Raatikainen, R. (2005): Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 1, 13-22.
- Muurinen, S. & Mäntyranta, T. (2011): Kokeneesta sairaanhoitajasta asiakasvastaava. *Sairaanhoitaja-Sjuksköterskan* 84 (1), 21-23.
- Muurinen, S., Voutilainen, P. & Finne-Soveri, H. (2010): Uusia palvelukonsepteja ikäihmisille. Kirjassa: Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. *Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010*. Sairaanhoitajaliitto, Fioca Oy, Edita Prima Oy, 2010, 151-158.
- Mäki, T. (2004): Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuositusten laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 109. Kuopion yliopisto. Kuopio. <http://www.uku.fi/vaitokset/2004>.
- Mäkelä, T., Karisto, A., Valve, R. & Fogelholm, M. (2008): Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (6), 609–624.
- Niemelä, A-L. (2006): Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta, kasvatustieteen laitos, Helsinki.
- Niemelä, A-L. & Simoila, R. (2008): Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun väliarviointi 1.1.2005–30.6.2007. Helsingin kaupunki, terveyskeskus, Helsinki.
- Niiranen, V. (2006): Reformia, rakenteita, retoriikkaa. Kirjassa: Aarrevaara, T. & Stenvall, J. (toim.) *Kriittinen ajankuva*. Tampere University Press, Tampere, s. 60–81.
- Nikkilä, J. & Sinkkonen, S. (1985): Suomen terveydenhuollon hallinnon viimeaikaisista muutospirteistä. *Hallinnon tutkimus* 1, 27–46.
- Nyholm, I. (2008): Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessissa kuntien keskijohdon näkökulmasta. *Acta* 199. Tampereen yliopisto, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Oulasvirta, L. (2007). *Palvelujen laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja*. Kasvatustieteiden laitos. Ammatikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print, Tampere.
- Oulasvirta, L., Ohtonen, J. & Stenvall, J. (2002): Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Paasivaara, L. (2004): Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. Tutkiva hoitotyö 2 (1), 29-34.
- Palkeinen, H. (2005): Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa. Gerontologia 3, 111-120.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988): SERVOQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perception of service quality. Journal of Retailing 64 (1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1985): A Conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing 49, 41-45.
- Parkko-Hirvonen, M. (2010): Kouvolan kotihoidon työntekijöiden kokemuksia tiimiytymisestä. Maaliskuu 2010. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12891/Valmis%20opinnaytetyo.pdf?sequence=1>. (14.5.2011).
- Perälä, M-L. (1995): Potilaan hoidon laadun arviointi. Laatumittarin (Qualpacs) validaatio. Stakes. Tutkimuksia 56. Stakes, Jyväskylä.
- Perälä, M-L., Grönroos, E. & Sarvi, A. (2006): Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Raportteja 8. Stakes, Helsinki.
- Pieper, R. (2006): Integrated care: concepts and theoretical approaches. Kirjassa: Vaarama M & Pieper R (eds.). Managing integrated care for older persons. European perspectives and good practices. Stakes and European Health Management Association (EHMA). Gummerus Printing, Vaajakoski, s. 26-59.
- Pohjonen, T. (2001): Perceived work ability and physical capacity of home care workers. Effects of the physical exercise and ergonomic intervention on factors related to work ability. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 260. Kuopio.
- Polit, D. & Hungler, B. P. (1995): Nursing research: principles and methods (5. ed.). J. B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Pollit, C. & Harrison, S. (1994): Introduction. Kirjassa: Pollit, C. & Harrison, S. (toim.) Handbook of public services management. Blackwell Publishers, Cornwall, 1-22.
- Pinquart, M. (2003): Loneliness in married, widowed, divorced, and never married older adults. Journal of Social and Personal Relationships 20 (1), 31-53.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. (2002): Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Oppaita 52. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Stakes, Helsinki.
- Raassina, A. (1994): Vanhuspolitiikan lähtökohdat tulevaisuudelle. Julkaisuja 1994:6. STM, Helsinki.
- Raatikainen, R. (1991): Dissatisfaction and insecurity of patients in domiciliary care. Journal of Advanced Nursing 16, 154-164.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S. & McCormack, B. (2005): A literature review to explore integrated care for older people. International Journal of Integrated Care 5 (1), 1-8.
- Reid, P. & Pierce, K. (1997): Glwydian Community Care Trust: district nursing patients' questionnaire. International Journal of Health Care Quality Assurance 10 (4), 166-172.
- Rintala, T., Elovainio, M. & Heikkilä, M. (1997): Tutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista. Tutkimuksia 75. Stakes, Helsinki.
- Rissanen, S. (1998): Vanhusten kotihoidon tarve ja laatu - arviointitutkimus Kuopion kaupungin kotihoidosta. Lisensiaattitutkimus. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto, Kuopio.

- Rissanen, S., Laitinen-Junkkari, P., Hirvonen, R. & Sinkkonen, S. (1999): Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiossa 1994 ja 1997. Arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen taustoista ja vaikutuksista laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. *Gerontologia* 3 (2), 71-81.
- Rissanen, S. & Sinkkonen, S. (2004): Hoivayrittäjäyys. PS-Kustannus, WS Bookwell Oy, Juva.
- Robinson, L., Iliffe, S., Brayne, C., Goodman, C., Rait, G., Manthorpe, J., Ashley, P., Moniz-Cook, E. & DeNDRoN Primary Care Clinical Studies Group (2010): Primary care and dementia: 2. Long-term care at home: psychosocial interventions, information provision, carer support and case management. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25 (7), 657-664.
- Roine, K., Tarkka, M. & Kaunonen, M. (2000): Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. *Hoitotiede* 12 (6), 312-321.
- Rothera, I., Jones, R., Harwood, R., Avery, A. J., Fisher, K., James, V., Shaw, I. & Waite, J. (2008): An evaluation of a specialist multiagency home support service for older people with dementia using qualitative methods. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23 (1), 65-72.
- Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. (2003): Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi.
- Rummery, K. & Coleman, A. (2003): Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership? *Social Science and Medicine* 56, 1753-1782.
- Salminen, A. (2011): Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Vaasa.
- Samuelsson, G. & Brink, S. (1997): Quality attributes of home help services in Sweden and Canada - a consumer view. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6, 82-90.
- Samuelsson, G. & Wister, A. (1995): A Client expectations and quality in home help services and satisfaction of received services in Vancouver, British Columbia - a consumer view. B-rapport IX:4. Gerontologiskt Centrum, Lund.
- Samuelsson, G. & Wister, A. (2000): Client expectations and satisfaction of quality in home care services: A consumer perspective. *Home Care Provider* 5, 223-230.
- Sanerma, P. (2009): Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos, Tampere.
- Sarvimäki, P. & Siltaniemi, A. (toim.) (2007): Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 14, Helsinki.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996): Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY, Helsinki.
- Savikko, N. (2008): Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku. *Annales Universitatis Turkuensis D* 808. Painosalama Oy, Turku.
- Savolainen, L., Lammintakanen, J., Kivinen, T. & Sarkkinen, H. (2011): Muutos johtamisen haasteena. Seurantatutkimus terveydenhuollon henkilöstön kokemuksista organisaatioiden yhdistyessä. *Kunnallistieteellinen Aikakauskirja* 39 (1), 8-23.

- Shaw, I. (1999): Evidence for practice. Kirjassa Shaw, I. & Lishman, J. (toim.) Evaluation and social work practice. Sage, Lontoo, s. 14-40.
- Siekinen, M., Laiho, R., Ruotsalainen, E., Katajisto, J., Pyrhönen, S. & Leino-Kilpi, H. (2008): Quality of care experienced by Finnish cancer patients during radiotherapy. *European Journal of Cancer Care* 17 (4), 387-393.
- Sinkkonen, S. (1993): Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa – tutkimuksen lähtökohdat. Kirjassa: Sinkkonen, S. (toim.) Hallinnonuudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö kunnissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 9. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Sinkkonen, S. & Jaatinen, P. (2003): Situation in Finland. Kirjassa: van Raak, A., Murveeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., Paulus, A. (toim.) Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries. Elsevier, Maarsse, s. 15-39.
- Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. (1994): Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. (1999): Terveystieteiden eriytymisprosessi, terveyshallintotieteen identiteetti ja suhde lähitieteisiin. *Hoitotiede* 11 (6), 311-324.
- Sinkkonen, S., Kinnunen, J. & Paunonen, M. (1988): Hoidon laadun määrittely ja mitaaminen tarveorian pohjalta. Sairaanhoidon vuosikirja. WSOY-SHK, Helsinki, s. 105-126.
- Sinkkonen, S. & Niemelä, P. (1998): Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen Kuopiossa. Yhdistämisen etenemisen ja seurantalutkimusten tiivistelmä. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopio.
- Sinkkonen, S. & Nikkilä, J. (1988): Suomen terveydenhuollon hallinto. SHKS-WSOY, Juva.
- Sinkkonen, S., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2011) Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Kirjassa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 1. painos. WSOYpro Oy, Helsinki, s. 105-126.
- Sipilä, J. (2003): Hoivan organisointi: vaivaistalosta markkinatavaraksi. *Janus* 11, 23-28.
- Siponen, E. & Välimäki, M. (2003): Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 10 (2), 129-135.
- Sixma, H. J., Van Campen, C., Kerssens, J. & Peters, L. (2000): Quality of care from the perspective of elderly people: the QUETE-ELDERLY Instrument. *Age and Aging* 29 (9), 173-178.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001): Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001:12. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008): Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakitöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28.STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010): Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:23. STM, Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010): Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. STM, Helsinki. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1514048#fi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010): Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän väliraportti 2010:34. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010): Sosiaali- ja terveystietomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010): Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintasuunnitelma vuodelle 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:2. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011): Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:7. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 9.3.2011. Lailla turvattaisiin iäkkäiden oikeus tarpeenmukaiseen hoivaan.
- Steenman, E., Moons, P., Miöisen, K., de Bal, N., de Geest, S., de Froidmont, C., Tellier, V., Gosset, C. & Abraham, I. (2006): Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *International Journal of Quality in Health Care*, 1-7.
- Stenvall, J., Majoinen, K., Syväjärvi, A., Vakkala, H. & Selin, A. (2007): "Mees romppeines siihen". Henkilöstövoimavarojen hallinta ja johtaminen kuntafuusioissa. Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.
- Stolt, R., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2011): Privatization of social services: quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine* 72 (4), 560-567.
- Stone, R. I. (2004): The direct care worker: the third rail of home care policy. *Public Health* 2004 (25), 521-537.
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2005): Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 50 (3), 283-292.
- Suomen virallinen tilasto. (2011): Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaaliturva 2010. SVT, THL, Helsinki.
- Suominen, T. & Henriksson, L. (2008): Työnjako vanhusten kotihoidossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (6), 625-639.
- Suoniemi, I., Syrjä, V. & Taimio, H. (2005): Vanhusten asumispalveluiden kilpailuttaminen. Palkansaajien tutkimuslaitos. Tutkimuksia 97. Helsinki.
- Taskinen, H. (2005): Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Taskinen, H. (2011): Organisaatiomuutosten johtaminen. Kirjassa: Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 1.painos. WSOYpro OY, Helsinki, s.145-160.

- Taskinen, H., Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. (1995): Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen tavoitteiden toteutuminen henkilöstön arvioimana. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 33, Kuopio.
- Tedre, S. (1999): Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopisto. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja. Nro 40. Joensuun yliopisto, Joensuu.
- Tedre, S. (2003): Vanhusten avohuollon avaamattomat kysymykset. *Gerontologia* 2, 98-102.
- Tedre, S. (2007): Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Kirjassa: Seppänen, M. & Karisto, A. & Kröger T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-kustannus, Jyväskylä, s. 95-119.
- Teittinen, T. (1985): Julkisten toimintaohjelmien ominaisuudet ja toimeenpano-organisaatio – toimeenpanoanalyysin käsitteellistä kehitystä ja tapaustutkimus KYKS:sta sairaanhoidon valtakunnallisten suunnitelmien toimeenpanosta suunnittelukausilta 1974–78, 1983–87. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 1. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Tenkanen, R. (1998): Vanhusten kotipalvelun laatu. MAUT-tekniikalla toteutettu vertailu kotipalvelun laatuominaisuuksista. *Gerontologia* 12 (4):183-194.
- Tenkanen, R. (2003): Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 62. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Tepponen, P. (2003): Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla: tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Yliopistopaino, Helsinki.
- Tepponen, M. (2009): Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto- ja indikaattoriputki Soskanet 2005-2010.
- Thomé, B., Dykes, A-K., Hallberg, I. (2003): Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing* 12 (6), 860-72.
- Tiikkainen, P. (2006): Vanhuusiän yksinäisyys. Seuraututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 114. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. (2003): Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1.-2. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Tähtinen, J. & Isoaho, H. (2001): Tilastollisen analyysin lähtökohtia. Ensiaskeleet kvantitatiivisen käsittelyyn, analyysiin ja tulkintaan SPSS-ohjelmaympäristössä. *Julkaisusarja C. Oppimateriaalit* 13. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, Turku.
- Törnkvist, L., Gardulf, A. & Strender, L-E. (2000): Patients' satisfaction with the care given by district nurses at home and primary health care centres. *Scandinavian Journal of Caring Science* 14, 67-74.
- Töyry, E. (2001): Hoidon ihmisläheisyys erikoissairanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 86. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

- Töyry, E., Sonninen, A-L. & Meriläinen, P. (1999): Ihmisläheinen hoito -mittarin kielteisesti ja myönteisesti ilmaistujen väittämien yhteys niihin vastaamiseen ja mittarin luotettavuuteen. *Hoitotiede* 11 (4), 163-182.
- Vaapio, S. (2009): Elämänlaatu ja ikääntyneiden kaatumisen ehkäisy. Turun yliopiston julkaisuja. Turun yliopisto. Turku.
- Vaarama, M., Voutilainen, P. & Kauppinen, S. (2002): Ikääntyneiden palvelut. Kirjassa: Heikkilä, M., Parpo, A. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Raportteja 268. Stakes, Helsinki, s. 76-105.
- Vaarama, M. (2004): Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut - nykytila ja vuosi 2015. Julkaisussa: *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33, 131-198.
- Vaarama, M. (2006): Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus-projekti. Loppuraportti ja suositukset. Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 2006:7. Espoon kaupunki ja Stakes. <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884>. (2.5.2011).
- Vaarama, M. & Pieper, R. (toim.) (2006): *Managing integrated care for older persons. European perspectives and good practices*. Stakes and European Health Management Association (EHMA). Gummerus Printing, Vaajakoski, s. 26-59.
- Vaarama, M. & Ylönen, L. (2006): Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon kaupunki ja Stakes. Espoon kaupunki. *Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006*. <http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;8532>. (2.5.2011).
- Vaarama, M., Luoma, M. & Ylönen, L. (2006a): Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Kirjassa: Kautto, M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Stakes, Vaajakoski, s. 104-136.
- Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto, P., Mukkila, S., Muurinen, S. & Manninen, O. (2006b): Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys -projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. *Tutkimuksia 2006:4*. Helsinki.
- Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. (toim.) 2008. *Care-related quality of life in old age. Concepts, models, and empirical findings*. Springer, New York.
- Vaarama, M., Ylönen, L., Meriläinen, S. & Winqvist, N. (2009): Kotihoidon laatu Espoossa vuosina 2006-2008. Elämänlaatua lisää kotihoidon asiakkaille. ELLI-hanke. *Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 1/2009*. Espoon kaupunki.
- Vabø, M. (2009): Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organization and Management* 23 (3), 346-358.
- Vabø, M. (2011): Changing governance, changing needs interpretations: implications for universalism. *International Journal of Sociology and Social Policy* 31 (3/4), 197-208.
- Vallimies-Patomäki, M. & Turpeinen, A. & Ailasmaa, R. & Taipale, V. (2002): *Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman rekrytointi ja riittävyys*. Kirjassa: Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Stakes, Raportteja 268. Helsinki, s. 171-189.

- Valta, A. (2008): Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidtajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis. 1368. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print, Tampere.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2010): Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Edita Prima Oy, Helsinki. http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf. (12.4.2011).
- Vartiainen, P. (1994): Palveluorganisaatioiden tuloksellisuusarviointi, teoriat ja käytäntö. Päivähoitoon, erityisesti päiväkoteihin kohdistuva monitahoarviointi. Acta Wasaensia 40.
- Vartola, J. (2006): Näkökulmia byrokratiaan. 4. painos. Johtamistieteiden laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Vehviläinen-Julkunen, K. (2006): Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Kirjassa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki, s. 26-34.
- Viitala, K. (1990): Kotipalvelu. Työtä ihmisten kesken. Sosiaalhallitus. Julkaisuja 18. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Viitala, R. (2004): Henkilöstöjohtaminen. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. (2002): Asiakaslähtöisyys. Kirjassa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Stakes, Helsinki, 38-42.
- Voutilainen, P. (2004): Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 142. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Voutilainen, P., Kauppinen, S., Heinola, R., Finne-Soveri, H., Sinervo, T., Kattainen, E., Topo, P. & Andersson, S. (2007a): Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Kirjassa: Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Yliopistopaino, Helsinki, s. 154-189.
- Voutilainen, P., Kauppinen, S., Sinervo, T., Finne-Soveri, H., Laine, M. & Ailasmaa, R. (2007b): Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys. Kirjassa: Voutilainen, P. (toim.) Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportteja 2/2007. Stakes, Helsinki, s. 36-54.
- Voutilainen, P., Raassina, A-M. & Nyfors, H. (2008): Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 47. STM, Helsinki.
- Vuorela, T. (1997): Arvioinnin tilaajan opas. Valtiovarainministeriö, hallinnon kehittämissasto. Hallinnon kehittämiskeskus, Helsinki.
- Vuorensyrjä, M. (2006): Lähihoitajat 2015. Kirjassa: Vuorensyrjä, M., Borgman, M., Mäntysaari, M. & Pohjola, A. (toim.) Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA): loppuraportti. Opetusministeriö, Euroopan sosiaalirahasto, sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Sosiaalityön julkaisusarja 4. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, s. 90-156.

- Vuorensyrjä, M. (2009): Kiireen kokemus hoivatyössä. Kirjassa: Kröger, T., Leinonen, A. & Vuorensyrjä, M. (toim.) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Hoivatyön arkipäivää Pohjoismaissa – hankkeen loppuraportti. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisusarja 6. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, s. 79-91.
- Waters, K., Allsopp, D., Davidson, I. & Dennis, A. (2001): Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on. *Journal of Advanced Nursing* 33 (5), 575-582. <http://gateway.uk.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi/>. (7.5.2011).
- Weber, M. (1951): Die Objektivität sozialwissenschaftliches und sozialpolitischer Erkenntnis. Kirjassa: Mohr, J. (toim.) *Gesammelte Aufsätze zur Soziologie und Sozialpolitik*. Tübingen.
- Wenger, G. C. & Burholt, V. (2004): Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging* 23 (2), 115-127.
- Whiteley, P. (2010): An integrated approach to dealing with complaints in the workplace. *Nursing Management* 7(8), 28-31.
- Wrede, S. & Henriksson, L. (2004): Kahden kerroksen väkeä. Kotihoidon ammatillinen uusjako. Kirjassa: Wrede, S. & Henriksson, L. (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Gaudeamus, Helsinki, s. 210–234.
- Ylinen, S. & Rissanen, S. (2007): Tiedonmuodostus gerontologisessa sosiaalityössä. Kirjassa: Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.). *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. PS-kustannus, Jyväskylä, s. 33-48.
- Young, S. (2009): Professional relationships and power dynamics between urban community-based nurses and social work case managers: advocacy in action. *Professional Case Management* 14 (6), 312-320.
- Yksityiset sosiaalipalvelut 2009. Privat social service 2009. Tilastoraportti 22/2010. (12.8.2011).
- Zechner, M (2010): Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Sosiaalitutkimuksen laitos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Øvretveit, J. (1998): *Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organisational interventions*. Open University Press, Redwood Books, Trowbridge.
- www.eurohomep.
- www.kuopion kaupunki.fi.
- www.nettiNestori.fi.
- www.sotkanet.fi.
- www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/ikalain_jatko.
- www.thl.fi/yksityinen palvelutuotanto.

LAIT, ASETUKSET JA HALLITUKSEN ESITYKSET EDUSKUNNALLE

Sosiaalihuoltolaki L 1982/710.

Sosiaalihuoltoasetus 1983/607.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 1992/733 annetun lain 4 §:n muuttamisesta L 2003/1309 4§. (Muutos lakiin 1992/733 4§ koskien toiminnan järjestämistä).

Asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 2007/1507

Terveydenhuoltolaki L 2010/1326.

Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011/341.

HE 221/2004, Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta.

HE (90/2010), Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. Esityksen pääasiallinen sisältö. Saatavilla: <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+90/2010&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD> .

Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi 11.6.2010.

HE 304/2010 , Hallituksen esitys Eduskunnalle kokeilulakien 1428/2004 ja 1429/2004 jatkamisesta vuoden 2014 loppuun.

Luonnos laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvelujen saannin turvaamisesta. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-15130.pdf.

Liitteet

LIITE 1. VALTIONOHJAUSASIAKIRJOJEN LUOKITTELU, INTEGROINTITYYPIT JA MUUTOSVOIMA

LIITE 2. VALTIONOHJAUSASIAKIRJAT 1992–2009

LIITE 3. TUTKIMUSKUNNAN ASIAKIRJAT 1992–2009

LIITE 4. KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN SAATEKIRJE 2009 JA HAASTATTELULOMAKE VUONNA 1994

LIITE 5. KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN OMAISTEN KYSELYLOMAKE VUONNA 1994

LIITE 6. KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KYSELYLOMAKE VUONNA 1994

LIITE 7. HAASTATTELU- JA KYSELYLOMAKKEISIIN TEHDYT LISÄYKSET, POISTOT JA MUUT MUUTOKSET SEURANTA-AIKANA.

LIITE 8. LAADUN TARKASTELUUN VALITUT MUUTTUJAT.

LIITE 1. VALTIONOHJAUSASIAKIRJOJEN LUOKITTELU, INTEGROINTITYYPIT JA MUUTOSVOIMA

Luokat: 1) palvelujärjestelmä yksin tai palvelurakenteen kanssa; 2) palvelurakenne, kotihoidon sisältö tai molemmat yhdessä; 3) yhteistyö: yhteistyö ja kotihoidon sisältö, organisaatiomuutokset; 4) palvelujen laatu, vaikutukset ja edellytykset: laadun ominaisuudet, työntekijöiden osaaminen, työvälineet; 5) monia ohjauskohteita.

1. PALVELUJÄRJESTELMÄ YKSIN TAI PALVELURAKENTEEN KANSSA

Palvelujärjestelmän monitoimijaistumisen mahdollisti laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (L 1992/733) antamalla kunnille vapauden järjestää palvelut joko omana tuotantona, yhteistyössä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa tai ostopalveluina. Normiohjaus. Rakenteilla ja prosesseilla integrointi, laaja muutosvoima.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 1992/733.

Palvelujärjestelmän monitoimijaistumista vahvisti vuoden 1995 kuntalaki (L 1995/365), jonka mukaan kunta hoitaa itsehallinnon nojalla muissa laeissa sille määrättyt tehtävät. Näin kunta voi näin järjestää kotihoidon ja muut vanhuspalvelut laissa 1992/733 määritetyllä tavalla eli joko omana tuotantona, yhteistyössä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa tai ostopalveluna. Normiohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Kuntalaki 1995/365.

Palvelujärjestelmän monitoimijaistumista edisti vuoden 2002 verolain muutoksessa säädetty kotitalousvähennys, mikä lisäsi yksityisten palvelujen käyttöä ja uusia palveluntuottajia. Normiohjaus. Ei integrointia.

Laki tuloverosta 1992/ 1535,127a §. (muutos, joka koskee kotitalousvähennyksiä).

Palvelujärjestelmän monitoimijaistuminen ja palvelurakenne: Kehitettävä kotipalveluja, kotisairaanhoidoa ja asuin- ja elinympäristöä vanhusten kotona asumisen mahdollistavaksi ja sitä tukevaksi. Uusia palveluntuottajia esim. tehostettuun asumispalveluun. Tavoitteena terveiden ja toimintakykyisten vuosien lisääminen. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Vanhuspolitiikan lähtökohdat tulevaisuudelle. Julkaisuja 1994:6. STM.

Palvelujärjestelmän monitoimijaistuminen ja palvelurakenne: Palveluseteli lisää vanhusten kotihoitoa ja sen seurauksena ehkä myös yksityisiä palveluntuottajia. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Palveluseteli, käyttöopas kotipalveluun. Opas 2005:1. STM.

Palvelujärjestelmän monitoimijaistuminen ja palvelurakenne: Palvelusetelin laajentaminen kotisairaanhoidon vuonna 2007. Uusia palveluntuottajia ja käyttäjiä. Normiohjaus. Prosesseilla ja työvälillä integrointi, suppea muutosvoima. **Laki (2007/892, 20 §) kansanterveyslain (1972/66) muuttamisesta: kotisairaanhoidon palvelut voidaan toteuttaa palvelusetelillä siten kuin sosiaalihuoltolain (1982/710) 3 a luvussa säädetään**

2. PALVELURAKENNE, KOTIHOIDON SISÄLTÖ TAI MOLEMMAT YHDESSÄ

Palvelurakenne: Laki 2005/937 omaishoidon tuesta lisäsi/mahdollisti kotona asumista ja kotihoitopalveluja. Normiohjaus. Prosesseilla ja työvälillä integrointi, suppea muutosvoima.

Laki omaishoidon tuesta 2005/937.

Palvelurakenne: Määrällinen tavoite lisätä kotihoitoa: 90% yli 75-vuotiaista asuu kotona 2000 mennessä sopivien avohuollon palvelujen turvin. Kotihoidon sisältö: kotona asumisen tukeminen ja asuinympäristön huomiointi kotihoidon mahdollistajana. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima. **Valtakunnallinen suunnitelma sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993-1996. 1992. STM.**

Palvelurakenne: Painopisteen siirto pitkäaikaisesta laitoshoidosta avohuoltoon lisää kotihoitoa ja sitä tukevia avopalveluja, vähentää laitoshoidon määrällinen suositus laitoshoidosta. Informaatio-ohjaus. Rakenteilla ja prosesseilla integrointi, laaja muutosvoima.

Palvelurakennetyöryhmän muistio. Työryhmämuistio 1992:17. STM.

Palvelurakenne: Kotihoitoa lisättävä, määrällinen tavoite: 90% yli 75-vuotiaista asuu kotona. Suunnittelua ja toteutusta ohjaavia periaatteita, suosituksia ja kannanottoja, joissa korostetaan, että väestön ikääntyminen on huomioitava yhteiskunta- ja yhdyskuntasuunnittelussa. Informaatio-ohjaus. Rakenteilla ja prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Vuosiin elämää. Vanhuspolitiikka vuoteen 2001. Suomen vanhuspolitiikan tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Julkaisuja 1998:1. STM.

Palvelurakenne, kotihoidon sisältö ja resurssit yhdessä: Kotipalvelujen monipuolistaminen ja lisääminen, omaishoidon lisääminen, kuntoutuksen kehittämisen tavoitteena vanhusten toimintakyvyn ylläpito. Kotipalveluun riittävä henkilöstö. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima. **Sosiaaliturvan suunta 2003. Julkaisuja 2003:6. STM.**

Palvelurakenne ja kotihoidon sisältö: Ennakointi ja kuntoutus tavoitteena ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja voimavarojen huomiointi. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.
Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Selvityksiä 2008:47. STM.

3. YHTEISTYÖ

Palvelurakenne ja kotihoidon sisältö: Hyvinvointia edistävät kotikäynnit kaikkiin kuntiin, neuvonta- ja palveluverkoston laajentaminen koko maan kattavaksi, toteuttajaksi seniorineuvola tai pysyvä toimi. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo työryhmän muistio. Selvityksiä 2009:24. STM.

Yhteistyö, kotihoidon sisältö ja resurssit: Palvelurakenne kotihoitopainotteinen, lisättävä ja monipuolistettava kotipalveluja, joiden kattavuus ja saatavuus paranevat, määrällinen tavoite: kotipalvelut 25 %:lle yli 75-vuotiaista. Kotihoidon sisältö : ehkäisevä vanhustyö, ehkäisevät kotikäynnit, omaishoidon tuki, terveyttä edistävää liikunta ja muu harrastustoiminta. Yhteistyö: poikkihallinnollisia ja muita laajasti sosiaali- ja terveyspalveluja integroivia tavoitteita ja toimenpidesuosituksia. Yhteistyö, integrointi, ”koordinointi”: työntekijöiden laaja-alaisempaa osaamista koulutuksella. Laatu: asiakkaan aseman vahvistaminen, laatusuositustyön jatkaminen ja sen vaikuttavuuden arviointi. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla ja työvälineillä integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000-2003. Seurantajulkaisu. Julkaisuja 2003:12. STM.

Yhteistyö ja kotihoidon sisältö: Kunnan ja vapaaehtoisjärjestöjen yhteistyö ennakoinnissa työssä, kotihoidon sisällön perusteluna oletamus, että palvelujen laatu ja turvallisuus paranevat. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Julkaisuja 2007:3. STM.

Yhteistyö: Julkisen ja yksityisen sektorin, vapaaehtoisjärjestöjen, yhdistysten ja seurakuntien edustajien laaja yhteistyö ja verkottuminen mottona ”Hyvinvointi rakentuu yhteistyössä”. Täydentää myös muita valtakunnallisia vanhuspolitiikan linjauksia. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Selvityksiä 2007:8. STM.

Yhteistyö ja kotihoidon sisältö: Ehkäisevässä työssä kuntien ja kolmannen sektorin laaja yhteistyö ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen tukemisessa. Myös uu-

den teknologian käyttö itsenäisen selviytymisen edistämässä. Muita tavoitteita: palvelujen saatavuuden, vaikuttavuuden ja laadun parantaminen vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisessä ja aktiivisen yhteiskuntaan osallistumisen edistämässä. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Julkaisuja 2006:14. STM.

Yhteistyö, kotihoidon sisältö ja resurssit: Laaja yhteistyö terveyden edistämässä, kh:n sisällössä tavoitteena ikäihmisten terveyden edistäminen ja toimintakyvyn ylläpito kaikessa kunnan toiminnassa. Terveyden edistämiseen lisää resursseja. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.
Terveyden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006:19. STM.

Yhteistyö, henkilöstöresurssit, työväline: Eri sektorien yhteistyö vanhusten kotona asumisen tukemisessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä tavoitteena edistää vanhusten kotona asumista. Riittävä henkilöstö. Uusi työväline: malli kotihoidon henkilöstömäärän laskemiseksi. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäiseen selviytymiseen sekä hoidon ja palvelujen kehittämiseen. Raportteja 2001:259. STM ja Stakes.

Organisaatiomuutos: Mahdollistaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen myös kunnissa, joissa on erilliset sosiaali- ja terveystaloudet tai perusterveydenhuollosta vastaa kunnan kuntayhtymä. Normi- ja informaatio-ohjaus. Rakenteilla integrointi, laaja muutosvoima.

Laki sosiaalihuoltolain (1482/2004) ja laki kansanterveystalouden (1429/2004) väliaikaisesta muuttamisesta. Kokeilulait voimassa 1.1.2005 -31.12.2014.

Organisaatiomuutos: Kunta- ja palvelurakenteiden uudistus koskee myös kotihoitoa: kotipalvelun ja kotihoidon mahdollinen yhdistäminen (integrointi). Perusteluina olettaen: sosiaali- ja terveystalouden yhdenvertaisuus ja saatavuus paranevat maan eri osissa. Normi- ja informaatio-ohjaus. Rakenteilla ja prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laki kuntakoon muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta 2006/155. (Paras-hanketta ohjaava puitelaki).

Organisaatiomuutos: Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (L 2007/169, voimassa 2012 loppuun) ehdottaa ja mahdollistaa myös kotihoidon organisoimisen muutoksen. Perusteluina palvelujen laadun, saatavuuden, yhdenvertaisuuden ja asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien paraneminen. Normi- ja informaatio-ohjaus. Rakenteilla ja prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 2007/169. Laki voimassa 31.12.2012 asti.

4. PALVELUN LAATU, VAIKUTUKSET JA EDELLYTYKSET

4.1 Hoidon ja palvelujen laadun ominaisuudet

Laadun ominaisuudet: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785) koskee myös kotihoitoasiakkaita ja määrittää hoidon laadun ominaisuuksiksi asiakaslähtöisyyden, potilaan oikeuden hyvänlaatuiseen, yksilölliseen hoitoon sekä riittävään tietoon, hoito tulee suunnitella yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Osallistuminen mahdollistaa potilaan vaikuttamisen hoitoonsa. Normiohjaus. Ei integrointia.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Laadun ominaisuudet: Asiakaskeskeisyys, oikeus hyvään sosiaalipalveluun ja kohteluun ilman syrjintää. Laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu suunnitelma ja asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteutukseen. Normiohjaus. Ei integrointia.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.

Laadun ominaisuudet: Laki (2004/1019) ja asetus (2004/1019) kansanterveyslain muuttamisesta korostaa kotihoidtopalvelujen laadun ominaisuuksina asiakaskeskeisyyttä, hoidon saatavuutta ja riittävyyttä sekä hoitoon pääsyä määrittämällä, että hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääsy tulee turvata määräajassa. Jos kunta ei pysty järjestämään palveluja ne on järjestettävä muualta. Normi- ja informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta (2004/855) sekä asetus (2004/1019).

Laadun ominaisuudet: Laki (2006/125) sosiaalihuoltolain (1982/710) muuttamisesta (lisätty säädös 40 a § sosiaalihuollon tarpeen arvioinnista) määrittää palveluihin pääsyn palvelujen laadun ominaisuutena: sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava yli 80-vuotiailta ja Kelan erityistukea saavilla 7 päivän kuluttua yhteydenotosta ja kiireissä tapauksissa viipymättä. Vuonna 2009 ikäraja laskettiin 75 vuoteen. Normiohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 2006/125 (lisätty säädös Sosiaalihuoltolakiin 1982/710, 40 a § sosiaalihuollon tarpeen arvioinnista).

Laadun ominaisuudet: Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (L 2009/569) määrittää kunnan ulkopuolisilta palvelun tuottajilta ostettavien palvelujen laadun: oltava sama taso kuin kunnallisissa palveluissa. Setelinkäytäntö lisää asiakkaan valinnanvapautta ja itsemääräämistä. Normiohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009/569.

Laadun valvonta: Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (L 1996/603) velvoittaa kunnat valvomaan yksityisten sosiaalipalvelujen (ml. kotipalvelut) laatua. Normiohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 1996/603.

4.2 Työntekijöiden osaaminen laadun edellytyksenä

Työntekijöiden osaaminen laadun edellytyksenä: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 1994/559) määrää terveydenhuollon ammattihenkilöstön ammattipätevyyden ja ammatinharjoittamisen valvonnan. Parantaa kotihoidon laatua ja turvallisuutta. Normiohjaus. Ei integrointia.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 1994/559.

Työntekijöiden osaaminen laadun edellytyksenä: Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (L 2005/ 272) määrää sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuuden. Parantaa sosiaalipalvelujen laatua ja asiakasturvallisuutta. Normiohjaus. Ei integrointia.

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 2005/ 272 ja asetukset 608/2005.

Työntekijöiden osaaminen laadun edellytyksenä: Työntekijöiden lääkehoidon osaamisen kehittäminen (laadun edellytys). Informaatio-ohjaus. Ei integrointia.

Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32.STM.

4.3 Työvälineet laadun edellytyksenä

Työvälineet laadun edellytyksenä: Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (A 1992/912) määrää, että säännöllisestä kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta on laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä palvelun käyttäjän kanssa. Suunnitelmaan tulee sisällyttää sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun, vaikka palvelujen tuottamisesta vastaisivat erikseen kunta ja kuntayhtymä. Suunnitelmaa tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. Normiohjaus. Työvälineillä ja prosesseilla integrointi, suppea muutosvoima.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/912.

Työvälineet laadun edellytyksenä: Asetus omaishoidontuesta (A 1993/318) määrää, että omaishoidon tuen sopimukseen on liitettävä hoito- ja palvelusuunnitelma. Normi- ja informaatio-ohjaus. Työvälineillä ja prosesseilla integrointi, suppea muutosvoima.

Asetus omaishoidontuesta 1993/318.

Työvälineet laadun edellytyksenä: Hoito- ja palvelusuunnitelman merkitys/ opastus ikäihmisten toimintakyvyn arvioinnissa ja sen säännöllisen tarkistamisen huomioiminen. Informaatio-ohjaus. Työvälineillä ja prosesseilla integrointi, suppea muutosvoima.

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7.6.2006. Perhe- ja sosiaaliosasto. STM.

Työvälineet laadun edellytyksenä: Keskeinen periaate asiakaskeskeisyys, laadunhallinta osaksi päivittäistä työtä, tiedolla ohjaamista. Informaatio-ohjaus. Työvälineillä integrointi, suppea muutosvoima.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1995. STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto.

Työvälineet laadun edellytyksenä: Asiakaskeskeisyys, laatukriteerit ja asiakastyytyväisyyskyselyt osaksi laadunhallintaa. Informaatio-ohjaus. Työvälineillä integrointi, suppea muutosvoima.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. 1999. STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto.

Työvälineet laadun edellytyksenä: Asiakaskeskeinen, hoito- ja palvelusuunnitelma laadittava yhdessä asiakkaan kanssa, suunnitelma on tarkistettava tarvittaessa. Informaatio-ohjaus. Työvälineillä integrointi, suppea muutosvoima.

Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Oppaita 52. 2002. STM ja Suomen Kuntaliitto.

Työvälineet laadun edellytyksenä: Apuvälineet helpottavat kotona asumista ja itse-näistä selviytymistä. Ne voivat vähentää muiden palvelujen ja tukitoimien tarvetta. Informoidaan apuvälineiden saamisesta. Apuvälineet, niiden opastus, korjaus ja huolto ovat lääkinnällisessä kuntoutuksessa käyttäjälle maksuttomia. Työvälineillä integrointi, suppea muutosvoima.

Apuvälineiden laatusuositus. Oppaita 2003:7. STM.

5. MONIA OHJAUSKOhteita

Palvelurakenne, laatu, yhteistyö: Palvelurakenteen kehittämisohjelman lähtökohdissa todetaan, että palvelut tuotetaan saumattomasti yhteistyössä eri palveluntuottajien ja omaisten/läheisten kanssa. Palvelurakenteen kehittämisohjelma korostaa ikäihmisten palvelujen laatua. Palvelujen tulee vastata kunnassa ilmenevää tarvetta ja kunnan on osoitettava riittävät määrärahat ja kehitettävä vanhuspoliittiset strategiat ohjausvälineiksi. Määrällisiä ja laadullisia tavoitteita. Laatu: riittävä henkilöstö (mitoitusesimerkkejä), hyvä ammattitaito, osallistava ja kannustava johtaminen. Tavoitteiden seuranta ja tiedottaminen. Painottuu iäkkäiden kotihoitoon, laitoshiitoon ja palveluasumiseen. Kotihoidon tukeminen poikkihallinnollisella yhteistyöllä. Tämä suositus korostaa myös kotihoidon

tukemista poikkihallinnollista yhteistyöllä. Informaatio-ohjaus. Työvälineillä ja prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Ikäihmisten hoidon ja palvelujen laatusuositus. Oppaita 2001:4. STM ja Suomen Kuntaliitto.

Palvelurakenne, sisältö, yhteistyö: Valtakunnallisia linjauksia palvelujen tasa-arvoisesta järjestämisestä, voimavarojen uudelleen ohjausta. Kotona asumisessa kotipalvelujen määrää lisättävä, kattavuus 25% >75-vuotiaille. Sisältö: harrastustoiminta ja liikunta vanhuksille. Yhteistyö eri sektoreiden kesken. Voidaan vahvistaa myös eri hallinnonaloille ulottuvia sosiaali- ja terveystaloudellisia tavoitteita ja toimenpidesuosituksia. Yhteistyö, integrointi, ”koordinointi”: työntekijöiden laaja-alaisemman osaamisen kehittäminen koulutuksella: ”Sosiaalitoimen vastuualueeseen kuuluva kotipalvelun ja terveydenhuollon kotisairaanhoidon koordinoitua tulisi kehittää vahvistamalla sosiaalitoimen nykyistä kotipalvelua täydennyskoulutuksella sekä lähihoitajakoulutuksen saaneilla työntekijöillä. Monituottajuus: Palveluseteli käyttöön kotipalveluissa v. 2004. Edistetään sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointia ja poikkihallinnollista yhteistyötä. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla ja työvälineillä integrointi, laaja muutosvoima.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. 2003:20. STM.

Vanhuspalvelujärjestelmää, tuottaja- ja palvelurakennetta sekä kotihoidon sisältöä, laatua ja yhteistyötä koskevia linjauksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä kehittämistavoitteita ja toimenpidesuosituksia: osallisuus lisääntyy, hyvinvointi- ja terveys lisääntyvät, palvelujen laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat. Alueelliset erot pienenevät. Yhteistyö: rakennetaan aidosti yhtenäinen palvelukokonaisuus asiakkaille, yhteensovitetaan kuntien ja järjestöjen työtä. Sisältö: uudet toimintatavat, esim. etäkonsultaatio, teknologian käyttö, varhainen mukaantulo. Vanhusten ikävakioitu toimintakyky paranee. Palvelurakenne: Määrällisiä tavoitteita: säännöllisessä kotihoidossa 14% >75-vuotiaista. Pitkäaikaishoidossa 3% >75-vuotiaista. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, laaja muutosvoima.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Julkaisuja 2008:6. STM.

Osa koskee kotihoitoa, kotihoidon sisältö, yhteistyö: Terveys 2015 kansanterveysohjelma jatkaa Suomen kansallista Terveystä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaa ja linjaa kansallista terveystaloudellista 15 vuoden tähtäimellä. Laajoista linjauksista ja strategisista tavoitteista osa koskee kotihoitoa ja vanhuspalveluja ja ovat ikääntymispoliittisia linjauksia, tavoitteita ja suosituksia. Sisältö: korostetaan laajaa eri sektorien ja toimijoiden yhteistyötä terveyden edistämiseksi. Tavoitteita: mm. edistää ja pitää yllä yli 75-vuotiaiden toimintakykyä ja itsenäistä kotona selviytymistä: ”myös ikääntyneiden sairauksia voidaan ehkäistä, edistää toimintakykyä ja kuntouttaa, ja siten tukea autonomisen elämän edellytyksiä”. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, kohtalainen muutosvoima.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Julkaisuja 2001: 4. STM.

Palvelujärjestelmä, organisointi ja yhteistyö: Yksityinen ja kolmas sektori täydentävät kuntien palveluja, kunnan/julkisen sektorin ja yhteiskunnan vastuita selkiytetään ja korostetaan uutta yhteisöllisyyttä. Palvelurakenne: kotihoitoa vahvistetaan ja sitä tukevia avopalveluja kehitetään. Kotihoidon sisältö ja asiakas-kunta (kohdentaminen): kuntouttava työote tavoitteena ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistaminen; palveluja kohdennetaan eniten huolenpitoa tarvitseville. Laatu: oikeus hyvään hoitoon, turvataan riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, vahvistetaan palvelujen valvontaa ja ohjausta mm. laatusuosituksien uudistetaan. Turvataan palvelujen saatavuus, mm. paremmalla yhteistyöllä ja yhteen sovittamisella esim. parannetaan hoitotuen, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, omaishoidontuen ja kotitalousvähennyksen yhteensovittamista niin, että ne täydentävät toisiaan saumattomasti. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, laaja muutosvoima.

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. 19.4.2007.

Palvelurakenne, kotihoidon sisältö, laatu, ympäristö: Keskeisille ikääntyneiden palveluille (palvelurakenne) asetetaan suosituksessa valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat kuntakohtaiset tavoitteet. Sisältö ja rakenne: Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia (=sisältö). Palveluvalikoimaa (rakenne) on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Laatu: Suosituksessa kuvataan henkilöstön mitoitusterusteita ja annetaan suosituksia henkilöstön vähimmäismitoituksesta ympärivuorokautisessa hoidossa. Henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä, gerontologisen osaamisen kehittämistä sekä johtajaosaamisen tärkeyttä korostetaan. Ikäihmisten asumis- ja hoitoympäristöjen laadun kehittäminen edellyttää panostusta esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyisyyteen. Suositus sisältää strategiset linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kohteina osin palvelujärjestelmä, kotihoidon sisältö ja vanhuspalvelurakenne eli hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, laaja muutosvoima.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. STM ja Suomen Kuntaliitto.

Kotihoitopainotteinen palvelurakenne, palvelujen laatu, sisältö, ympäristö: Hyvinvointia tukeva ympäristö, ongelmien estäminen ajoissa, palvelujen toimivuuden ja saatavuuden parantaminen. Ikääntyneiden itsenäinen suoriutuminen, ehkäisevän vanhustyön muotoja kuten esim. terveyttä edistävän liikunnan kehittäminen, suositus ehkäisevistä kotikäynneistä yli 80-vuotiaille (sisältö). Omatoimisuuden edistäminen kuntouttavalla työotteella. Määrällisiä tavoitteita: 90% >75-vuotiaista asuu kotona tarvittavien palvelujen turvin. Ympäristö: esteetön asuminen, hissien rakentaminen, uusi teknologia ikääntyneiden koto-

na asumisen tukemisessa. Laatu: palveluissa laadunhallinnan menetelmät otettava käyttöön. Henkilöstön osaamiseen, riittävyyteen ja jaksamiseen huomiota. Informaatio-ohjaus. Prosesseilla integrointi, laaja muutosvoima.
Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000-2003.
Julkaisuja 1999:16. STM.

LIITE 2. VALTIONOHJAUSASIAKIRJAT 1992–2009

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1992): Palvelurakennetyöryhmän muistio. Työryhmämuistioita 17. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1992): Valtakunnallinen suunnitelma sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1993-1996.
- Raassina, A. (1994): Vanhuspolitiikan lähtökohdat tulevaisuudelle. Julkaisuja 1994:6. STM, Helsinki.
- Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. (1995): Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1998): Vuosiin elämää. Vanhuspolitiikka vuoteen 2001. Suomen vanhuspolitiikan tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1998:1. STM, Helsinki
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. 1999. STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1999): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16. STM, Helsinki. [www-muodossa <URL: http://www.stm.fi >](http://www.stm.fi). (11.03.2011).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001): Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001): Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001): Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäiseen selviytymiseen sekä hoidon ja palvelujen kehittämiseen. Raportteja 2001:259. STM ja Stakes, Helsinki.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. (2002): Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Oppaita 52. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Stakes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2003): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003. Seurantajulkaisu. Julkaisuja 2003:12. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2003): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 20. STM, Helsinki. [http://www.stm.fi >](http://www.stm.fi). (11.03.2011).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2003): Sosiaaliturvan suunta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:6. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Apuvälineiden laatusuositus. Oppaita 2003:7. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö . (2005): Palveluseteli. Käyttöopas kotipalveluun. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:1. STM, Helsinki. [www-muodossa <URL: http://www.stm.fi >](http://www.stm.fi).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2005): Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaita 2005:32. STM, Helsinki. <http://www.stm.fi/julkaisut>. (12.4.2011).

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2006): Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2006): Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 7.6.2006. Perhe- ja sosiaaliosasto. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2006): Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. STM, Helsinki.
- Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. 19.4.2007. <http://www.aka.fi/Tiedostot/Strategiat/hallitusohjelma2007.pdf>. (4.5.2011)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2007): Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2007): Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008): Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Selvityksiä 2008:47. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008): Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008): Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009): Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvotyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:24. STM, Helsinki.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtioneosuudesta 1992/733.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 1992/785.
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/912.
- Laki tuloverosta L 1992/1535,127a §. (muutos, joka koskee kotitalousvähennyksiä).
- Asetus omaishoidontuesta 1993/318.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä L 1994/559.
- Kuntalaki L 1995/365.
- Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta L 1996/603.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista L 2000/812.
- Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta L 2004/1428. Kokeilulaki voimassa 1.1.2005-31.12.2014.
- Laki kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta L 2004/1429. Kokeilulaki voimassa 1.1.2005-31.12.2014. (HUOM! Lait 2004/1428 ja 2004/1429 käsitellään 1 asiakirjana)
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta L 2004/855 ja siihen liittyvä asetus 2004/1019.
- Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista L 2005/272.
- Laki omaishoidon tuesta L 2005/937.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laki kuntakoon muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta L 2006/155. (Paras-hankkeen toteutumista ohjaava puitelaki).

Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta L 2006/125 (lisätty säädös Sosiaalihuoltolakiin 1982/710, 40 a § sosiaalihuollon tarpeen arvioinnista)

Laki kansanterveyslain (1972/66) muuttamisesta L 2007/892, 20 § kotisairaanhoidon palvelut voidaan toteuttaa palvelusetelillä siten kuin sosiaalihuoltolain (710/1982) 3 a luvussa säädetään.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta L 2007/169.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä L 2009/569.

LIITE 3. TUTKIMUSKUNNAN ASIAKIRJAT 1992–2009

- Hiltunen, P. (toim. Miettinen, A. & Jalava, M.) (2006): Kuopion kotipalvelun historian havinaa. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu 2006:11. Kuopion kaupunki, Kuopio.
- Hoffrén, T. (2008): Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden vanhuspalvelujen kehittämishanke. Kuvake-hanke. VAMU ikäihmisen arjessa -projekti. Projektisuunnitelma. Kuopion kaupunki. Sosiaali- ja terveystietokeskus. Hallintoyksikkö.
- Hoffrén, T. (2010): Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden vanhuspalvelujen kehittämishanke. Loppuraportti Kuvake-hanke 2005-2009. Kuopion kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu 2010:22. Kuopion kaupungin painatuskeskus, Kuopio.
- Honkanen, T. & Ikäheimo, J. (2005): Valssikoulutuksen vaikutus Leväsen palvelukeskuksen osaston I-II toimintaan hoitohenkilökunnan kokemana. Opinnäyte. Savonia-ammattikorkeakoulu/ARVO-projekti. Kuopio.
- Kotihoidon ja vanhustyön vastualueen strategia vuonna 2007. Sosiaali- ja terveystietokeskus/Kotihoito- ja vanhustyö.
- Koti- ja laitoshoidon vastualueen strategia vuonna 2008, liite 2: Kotiutustiimin toiminta ja tehtävät. Sosiaali- ja terveystietokeskus/Koti- ja laitoshoidon
- Kokko, S. (1998): Kooste Stakesin konsulttityön pohjalta tehtävistä ehdotuksista ja suosituksista. Painamaton lähde.
- Kokkonen, K. (2004): Uusia tuulia Leväsellä. Sottiisi 2/2004, 12-14.
- Kokkonen, K. (2008): Kulttuuri vanhustyön kumppanina. http://www.isonetti.net/vanhustyo/Kokkonen_120508.pdf.
- Kokkonen, K. (2009): Ikäystävällinen Kuopio-ohjelma vuosille 2009-2030. Kuopion kaupunki. (1992): Hallinnon uudistamistoimikunnan mietintö. 17.2.1992.
- Kuopion kaupunki. (1994): Sosiaali- ja terveystietokeskus. Kuopion Kotihoitotyöryhmän raportti 1994. Kuopion kaupunki, Kuopio.
- Kuopion kaupunki. (2003): Kuopion sosiaali- ja terveystieteiden strategia 2010. "Hyvinvoinnin edistämiseksi - toisistamme välittäen". Kuopion kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu 2003:2. Kuopion kaupunki, Kuopio.
- Kuopion kaupunki. (2003): Kuopion Ikäimmiesten strategia vuosille 2003-2012. I Vanhuspoliittinen strategia. II Vanhuspalvelujen kehittämishanke. Kuopion kaupunki, Kuopio.
- Kuopion kaupungin Sosiaali- ja terveystieteiden vuosikertomukset vuosilta 1998-1999. Kuopion kaupunki. (2 asiakirjaa)
- Kuopion kaupungin Sosiaali- ja terveystieteiden toimintakertomukset vuosilta 2000-2009. Kuopion kaupunki (10 asiakirjaa)
- Kuvake-tiimi. Esite. Koti- ja laitoshoidon. Sosiaali- ja terveystietokeskus. Kuopion kaupunki. 23.10.2009.
- Lampila, A. & Hoffrén, T. (2008): Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden vanhuspalvelujen kehittämishanke. Kuvake-hanke. VAMU-projekti. Loppuraportti. Kuopion kaupunki. Sosiaali- ja terveystietokeskus. Hallintoyksikkö.

- Lehtonen, J. & Nakari, R. (2007): Pysyvät kehittämisrakenteet Kuopion vanhustyössä. Tykes. Raportteja 52. Helsinki.
- PALKO-HANKE. Kotiutumiskäytännön kehittäminen Kuopiossa. Projektiraportti. 22.3.2006. Kuopion PALKO –malli ja -raportti ovat saatavana tarvittaessa osoitteesta: mailto:tiina.keurulainen@kuopio.fi.
- Ranta, S., Vaissi, E., Karvonen, S., Wiili-Peltola, E., Melonen, P. & Lehtopuro, E. (2005): Kuopion vanhustenhuollon prosessien kehittämishanke. Loppuraportti, Versio 1.0. 17.2.2005.
- Varjoranta, P. & Jalava, M. (toim.) (2004): Kotihoidon ja vanhustyön omahoitajien käsikirja. Omahoitajuus tiimityössä- koulutuksen oppimistehtävät. Kuopion kaupunki. Sosiaali- ja terveyskeskuksen julkaisuja 2004:7. Kuopion kaupunki, Kuopio.
- Väisänen, R. (2007): Seniorineuvolatoiminta Kuopiossa vuonna 2007. Painamaton lähde 6.2.2008. Sosiaali- ja terveyskeskus. Kuopion kaupunki.
- Ylönen, M. & Savolainen, P. (2009): Ikäihmistien palvelujen kehittäminen. Kotiin annettavat palvelut. Asumispalvelut. Moniste 10.06.2009.
- Päätöspöytäkirjat:
- Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 9.12.1998, 180§.
- Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 10.11.1999, 108§.
- Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 20.12.2006, 152§
- Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 19.12.2007, 153§.
- Kotihoidon ja vanhustyön johtajan päätöspöytäkirja 16.12.2002 172§
- Kotihoidon ja vanhustyön johtajan päätöspöytäkirja 17.12.2002 174§ .
- Kotihoidon ja vanhustyön johtajan päätöspöytäkirja 9.1.2003, 4§.
- Kotihoidon ja vanhustyön johtajan päätöspöytäkirja 13.1.2003, 8 §.
- Kotihoidon ja vanhustyön johtajan päätöspöytäkirja 5.2.2003, 22§.
- Kotihoidon ja vanhustyön johtajan päätöspöytäkirja 17.1.2005, 9§.
- Koti- ja laitoshoidon johtajan päätöspöytäkirja 1.3.2007, 37§.
- Koti- ja laitoshoidon johtajan päätöspöytäkirja 1.4.2008, 49§.
- Kuopion seudun hankintatoimikunnan pöytäkirja 25.11.2005, 162§, 163§, 164 § (käsitellään 1 asiakirjana).
- Kuopion seudun hankintatoimikunnan pöytäkirja 21.8.2008, 95§.
- Sosiaalityöntekijän viranhaltijapäätökset vuoden 2002 asiakaskohtaisista maksusitoumuspäätöksistä tehostettuun asumispalveluun. (Lukumäärä yhteensä, käsitellään 1 asiakirjana).
- Sosiaalityöntekijän viranhaltijapäätökset vuoden 2003 asiakaskohtaisista maksusitoumuspäätöksistä tehostettuun asumispalveluun. (Lukumäärä yhteensä, käsitellään 1 asiakirjana).

LIITE 4. KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN SAATEKIRJE 2009 JA HAASTATELULOMAKE VUONNA 1994

KUOPION YLIOPISTO
Terveystieteiden- ja talouden laitos
PL 1627
70211 KUOPIO

20.11.2009

Arvoisa kotihoidon asiakas!

Kuopion yliopiston ja Kuopion kaupungin yhteistyönä on seurattu Kuopion sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistä vuodesta 1994 alkaen. Seurantatutkimuksen yhtenä osana on kotihoidon (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) yhdistämistä koskeva tutkimus, jossa on kartoitettu yhdistämisen vaikutuksia kotihoidon laatuun ja sisältöön vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003 asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden näkökulmasta. Nyt tehtävä viides seurantatutkimus käsittelee kotihoidon laatua. Tutkimuksen avulla pyritään määrittelemään tarkemmin laadukkaaseen kotihoitoon vaikuttavat tekijät.

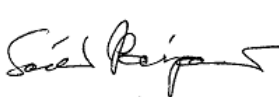
Palvelurakennemuutokset ovat ajankohtaisia erityisesti vanhustenhuollossa, jossa korostetaan kotona asumista. Kotihoidon asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden mielipiteet ovat merkittäviä ja **kotihoidon palveluja käyttävänä asiakkaana haluaisimme kuulla Teidän mielipiteenne**. Kotihoidossa työskentelevät opiskelijat suorittavat haastattelunne Teille sopivana ajankohtana kotonaanne, mikäli se Teille sopii. Varmistamme suostumuksenne haastatteluun.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kenenkään vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa eikä tutkimustietoja luovuteta muiden kuin tutkijoiden käyttöön. **Toivomme, että Teiltä löytyisi aikaa tähän haastatteluun.**

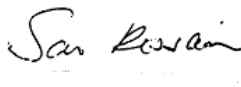
Yhteystietonne olemme saaneet Kuopion kotihoidosta.

Tutkimukseen liittyviin kysymyksiin vastaa Soili Paljärvi, puh. 050 438 5610.

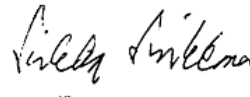
Yhteistyöterveisin



Soili Paljärvi
THM, terveyshallintotieteen
jatko-opiskelija
puh. 050 438 5610



Sari Rissanen
professori, laitoksen johtaja
puh. 040 594 3774



Sirkka Sinkkonen
professori (emerita)
puh. (017) 262 5724

Kuopion yliopisto
Hoitotieteen laitos
Sosiaalitieteen laitos
Terveystieteiden ja -talouden laitos

**KUOPION KAUPUNGIN KOTIPALVELUA JA KOTISAIRAANHOITOA KOSKEVA HAASTATTELU ASIAK-
KAILLE: Toukokuu 1994**

Havaintotunnus _____ (tutkija täyttää)

I TAUSTATIEDOT

1 Sukupuolenne?

- 1 Mies
- 2 Nainen

2 Syntymävuotenne? _____

3 Mikä on siviilisäätyenne?

- 1 Naimaton
- 2 Avio- tai avoliitossa
- 3 Eronnut tai asunuserossa
- 4 Leski

4 Montako lasta Teillä on? _____

5 Kenen kanssa asutte (ruokakuntaan kuuluvat)?

- 1 Asun yksin
- 2 Asun vanhempieni kanssa
- 3 Asun lapsen tai lasten kanssa
- 4 Asun avo tai aviopuolison kanssa
- 5 Asun avo tai aviopuolison ja lapsen/lasten kanssa
- 6 Muu, mikä _____

6 Verotuksen jälkeen jäävät tulonne kuukaudessa?

- 1 0-3000 mk
- 2 3001-5000 mk
- 3 5001-7000 mk
- 4 7001-9000 mk
- 5 yli 9000 mk

7 Millainen on yleinen terveydentilanne?

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskinäertainen
- 4 Melko huono
- 5 Erittäin huono

II KOTISAIRAANHOIDON JA/TAI KOTIPALVELUN ANTAMA APU

8 Miksi kotisairaanhoidon ja /tai kotipalvelun työntekijä käy luonanne? (Rengastakaa tarvittaessa useampia vaihtoehtoja)

- 1 Sairaus
- 2 Vammaisuus (esim. näkö-, kuulo, kehitysvamma)
- 3 Liikkumisvaikeus
- 4 Muistamattomuus
- 5 Yksinäisyys
- 6 Turvattomuus
- 7 Psykkiset ongelmat (esim. masennus)
- 8 Muu syy, mikä _____

9 K uinka usein saatte seuraavia kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon palveluja?

	En tar- vitse ko pal- velua	Use- asti päi- vässä	Kerran päi- vässä	Pari ker- ta viikossa	Kerran kuukau- dessa	Pari kertaa kuukau- dessa	Har- vem- min	En lain- kaan
1 Ruokaihi	1	2	3	4	5	6	7	8
2 Hygienia/peseytyminen	1	2	3	4	5	6	7	8
3 Liikkumisen tukeminen kotona	1	2	3	4	5	6	7	8
4 Lääkemuolto (esim. lääkkeiden jako)	1	2	3	4	5	6	7	8
5 Vaatehuoltoon liittyvät palvelut (esim. pyykinpesu, ompelu)	1	2	3	4	5	6	7	8
6 Asiointipalvelu ja/tai -palvelu kodin ulkopuolella (esim. pankissa tai kaupassa käynti)	1	2	3	4	5	6	7	8
7 Siivoukseen liittyvät palvelut	1	2	3	4	5	6	7	8
8 Keskustelu/eurustelu	1	2	3	4	5	6	7	8
9 Hoitotoimenpiteet kotona (esim. haavahoidot, pistokset)	1	2	3	4	5	6	7	8
10 Muu, mikä _____	1	2	3	4	5	6	7	8

10 Jos olette tarvinnut seuraavia kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun palveluja, kuinka olette saanut niitä viimeisen kuuden kuukauden aikana?

	En tar- vitse ko- palvelua	Riittä- västi	Liian vähän	En lain- kaan
1 Ruokaihi	1	2	3	4
2 Hygieniaan ja/tai peseytyminen	1	2	3	4
3 Liikkumisen tukeminen kotona	1	2	3	4
4 Lääkemuolto (esim. lääkkeiden jako)	1	2	3	4
5 Vaatehuolto (esim. pyykinpesu, ompelu)	1	2	3	4
6 Asiointipalvelu ja/tai -palvelu kodin ulkopuolella (esim. kaupassa tai pankissa käynti)	1	2	3	4
7 Siivoukseen liittyvät palvelut	1	2	3	4
8 Keskustelu/eurustelu	1	2	3	4
9 Hoitotoimenpiteet kotona (esim. haavahoidot, pistokset)	1	2	3	4
10 Muu, mikä _____	1	2	3	4

11 Oletteko halenneet kotisairaanhoidosta ja /tai kotipalvelusta sellaisia palveluja, joita ette ole sieltä saanut ?

- 1 En
2 Kyllä, mitä _____

12 Onko Teillä läynyt viimeisen kuuden kuukauden aikana useimmiten sama

	Ei	Kyllä
1 Kotisairaanhoidon työntekijä	1	2
2 Kotipalvelun työntekijä	1	2

13 Haluaisitteko, että teidän luonanne kävisi useimmiten sama

	Ei	Kyllä
1 Kotisairaanhoidon työntekijä	1	2
2 Kotipalvelun työntekijä	1	2

14 Käyvätkö kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun työntekijät luonanne siihen aikaan päivästä kuin toivoisitte?

- 1 Aina
2 Useimmiten
3 Joskus
4 Harvoin
5 Ei koskaan

15 Saatteko kotipalvelun palveluja kello 16.00 jälleeseen ?

- 1 En
2 Kyllä, mitä _____

16 Tarvitsitteko tai tarvitsisitteko palveluja

	Ei	Kyllä
1 Kello 16-21 välisenä aikana	1	2, mitä _____
2 Kello 21 jälkeen	1	2, mitä _____

17 Onko tiedottaminen kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon palveluista ollut

	Ei	Kyllä
1 Riittävä	1	2
2 Helposti ymmärrettävää	1	2

18 Arvioikaa seuraavia kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa koskevia väittämiä :

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1 Työntekijät huomaavat ongelmiani ja/tai tarpeeni.	1	2	3	4	5
2 Työntekijät löytävät ratkaisut ongelmieni ja/tai tarpeisini.	1	2	3	4	5
3 Työntekijät hoitavat ongelmiani --/tarpeeni tärkeysjärjestyksessä	1	2	3	4	5
4 Työntekijät kykenevät järjestelmään ja suunnittelemaan työtänsä	1	2	3	4	5
5 Työntekijät ovat yhteistyökykyisiä	1	2	3	4	5
6 Työntekijät kohtelevat minua kurni oittavasti.	1	2	3	4	5
7 Työntekijät kertovat tarjolla olevista palveluista.	1	2	3	4	5
8 Työntekijät kertovat kenelle eri palvelut ovat tarkoitettuja.	1	2	3	4	5
9 Työntekijät kertovat, miten eri palveluja on mahdollista saada.	1	2	3	4	5
10 Työntekijät ovat varanneet riittävästi aikaa juuri minulle.	1	2	3	4	5
11 Työntekijät ovat kiireisiä.	1	2	3	4	5
12 Työntekijät tulevat sovittuna aikana.	1	2	3	4	5
13 Työntekijät tekevät, mitä heiltä pyytää.	1	2	3	4	5
14 Työntekijät antavat lupamansa palvelut.	1	2	3	4	5
15 Työntekijöiden tehtäviä on rajattu liikaa.	1	2	3	4	5
16 Työntekijät neuvovat ja/tai ohjaavat terveyskysymyksissä.	1	2	3	4	5
17 Työntekijät auttavat minua pitämään yhteyttä muihin ihmisiin.	1	2	3	4	5
18 Luotan kotisairaanhoidon/ kotipalvelun työntekijöihin.	1	2	3	4	5
19 Yhteyden saanti kotisairaanhoidon/ kotipalvelun työntekijään helppoa	1	2	3	4	5
20 Tulen toimeen työntekijöiden kanssa	1	2	3	4	5
21 Työntekijät ymmärtävät ihmisten erilaisia elämäntilanteita.	1	2	3	4	5
22 Työntekijät vaihtuvat liian usein	1	2	3	4	5
23 Haluaisin itse päättää siitä, kuka työntekijä käy luonani.	1	2	3	4	5
24 Vain minulla saa helpommin palveluja	1	2	3	4	5
25 Eniten apua tarvitsevat asiakkaat saavat avun.	1	2	3	4	5
26 Asiakkaat kotiutetaan laitok- sista huonokuntoisina.	1	2	3	4	5
27 Jos minulla ja työntekijällä on erilainen käsitys asiasta, neuvotellen pääsemme molempia tyydyttävään ratkaisuun.	1	2	3	4	5
28 Työntekijöiden kanssa on vaikea päästä sopimukseen palveluiden sisällöstä.	1	2	3	4	5

19 Mitä mieltä olette seuraavista kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon toimintaa koskevista väittämistä?

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1 Olen saanut tarvitsemani avun.	1	2	3	4	5
2 Toiminta on asiakasystävällistä.	1	2	3	4	5
3 Toiminta on vastuullista.	1	2	3	4	5
4 Toiminta on tehokasta.	1	2	3	4	5
5 Toiminta on ammattitaitoista.	1	2	3	4	5
6 Toiminta on oikeudenmukaista.	1	2	3	4	5

20 Kuinka tyytyväinen olette kotisairaanhoidon ja/tai kotipalveluun ?

- 1 Erittäin tyytyväinen
- 2 Melko tyytyväinen
- 3 Melko tyytymätön
- 4 Erittäin tyytymätön
- 5 En osaa sanoa

21 Luetelkaa kolme keskeisintä ongelmaa kotipalvelussa ja /tai kotisairaanhoidossa ?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

22 Parannusehdotuksenne näihin ongelmiin ?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

III MUUALTA SAAMANNE APU

23 Kuinka usein joku läheisistänne (esim. avio puoliso, lapsi, naapuri, tuttava, ystävä) auttaa teitä seuraavissa tehtävissä?

	En tarvitse palvelua	Useasti päivässä	Kerran päivässä	Pari kertaa viikossa	Kerran viikossa	Pari kertaa kuukaudessa	Harvoin	Ei lainkaan
1 Ruokailuun liittyvät palvelut	1	2	3	4	5	6	7	8
2 Hygienian ja/tai peseytymiseen liittyvät palvelut	1	2	3	4	5	6	7	8
3 Liikkumisen tukeminen kotona	1	2	3	4	5	6	7	8
4 Lääkehuolto (lääkkeiden jako)	1	2	3	4	5	6	7	8
5 Vastahuoltoon liittyvät palvelut (esim. pyykinpesu, ompelu)	1	2	3	4	5	6	7	8
6 Asiointi apuja/tai palvelu kodin ulkopuolella (esim. kaupassa tai pankissa käynti)	1	2	3	4	5	6	7	8
7 Siivoukseen liittyvät palvelut	1	2	3	4	5	6	7	8
8 Keskustelu/seurustelu	1	2	3	4	5	6	7	8
9 Erityishoito- toimenpiteet kotona (esim. haavahoito, pistokset)	1	2	3	4	5	6	7	8
10 Muu mikä _____	1	2	3	4	5	6	7	8

24 Kuinka paljon saatte apua läheisiltänne (esim. avio puoliso, lapsi, naapuri, tuttava, ystävä)?

- 1 Riittävästi
- 2 Liian vähän
- 3 En lainkaan
- 4 Minulla ei ole läheisiä
- 5 En halua/tarvitse apua läheisiltäni

25 Käyttättekö tällä hetkellä yksityistä

	En	Kyllä
1 Kotisairaanhoidoa	1	2, missä tehtävissä _____
2 Kotipalvelua	1	2, missä tehtävissä _____

26 Saatteko apua tällä hetkellä vapaaehtoisjärjestöiltä, kirkolta tai vastaavilta ?

- 1 En
- 2 Kyllä, mitä apua _____

IV PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

27 Kenen ensisijaisesti tulisi tarjota seuraavat palvelut? (Rengastakaa jokaisen palvelun jälkeen vain yksi numero.)

	Yhteisöjen (yhdistys, osuus- yhtytysten kunta, vapaaeh- tois- ja järjestötyö)	Yksityisten	Kunnan
1 Vanhusten kotipalvelu (mm. kodinhoitaja)	1	2	3
2 Lapsiperheiden kotipalvelu	1	2	3
3 Vammaisten kotipalvelu	1	2	3
4 Laitoshoido (mm. vanhaikodit ja kehitysvammaisten laitokset)	1	2	3
5 Kotisairaanhoido pitkäaikaissairaille potilaille	1	2	3
6 Pitkäaikaishoido, esim. vanhusten hoito sairaalassa/ palvelukeskuksissa	1	2	3

28 Käyttäisittekö mieluummin kunnan vai yksityisen järjestämää kotisairaanhoidoa ja/tai kotipalvelua, jos asiakkailta perittävät maksut olisivat samat ?

- 1 Käyttäisin mieluummin yksityisen järjestämiä palveluja.
- 2 Käyttäisin mieluummin kunnan järjestämiä palveluja.
- 3 Minulle on samantekevää, käytätkö kunnan vai yksityisen palveluja.

29 Mitä muuta haluaisitte sanoa kotihoitoonne liittyvistä asioista ?

KIITOKSET VASTAUKSISTANNE !

LIITE 5. KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN OMAISTEN KYSELY- LOMAKE VUONNA 1994

Kuopion yliopisto
Hoitotieteen laitos
Sosiaalitieteen laitos

KUOPION KAUPUNGIN KOTIPALVELUA JA /TAI KOTISAIRAANHOITOA KOSKEVA KYSELY OMAISILLE

Havaintotunnus _____

I TAU STATIEDOT

1 Mikä on sukupuoletenne ?

- 1 Mies
- 2 Nainen

2 Mikä on syntymävuoletenne? _____

3 Mikä on siviilisäätyenne ?

- 1 Naimaton
- 2 Avio/avoliitossa
- 3 Eronnut tai asunuserossa
- 4 Leski

4 Montako lasta Teillä on ? _____

5 Kenen kanssa asutte (ruokakuntaan kuuluvat) ?

- 1 Asun vanhempieni kanssa
- 2 Asun lapsen/lasten kanssa
- 3 Asun avo/aviopuolison kanssa
- 4 Asun avo/aviopuolison ja lapsen/lasten kanssa
- 5 Muu, mikä _____

6 Kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon palveluja saava omaisenne ?

- 1 Puoliso
- 2 Lapsi
- 3 Äiti/isä
- 4 Anoppi/appi
- 5 Muu, kuka _____

7 Millainen on mielestänne omaisenne yleinen terveydentilanne ?

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Kesinkertainen
- 4 Melko huono
- 5 Erittäin huono

II KOTISAIRAANHOIDON JA/TAI KOTIPALVELUN ANTAMA APU

8 Miksi kotisairaanhoidon ja /tai kotipalvelun työntekijä käy omaisenne luona ? (Tarvittaessa rengastakaa useampia vaihtoehtoja)

- 1 Sairaus
- 2 Vammaisuus (esim. näkö-, kuulo-, kehitysvamma)
- 3 Liikkumisvaikeus
- 4 Muistamattomuus
- 5 Yksinäisyys
- 6 Turvattomuus
- 7 Psyykkiset ongelmat (esim. masennus)
- 8 Muu syy, mikä _____

9 Kuinka usein omaisenne saa seuraavia kotipalvelun tai kotisairaanhoidon palveluja ?

	Ei tarvitse ko. palvelua	Useasti päivässä	Kerran päivässä	Pari kertaa viikossa	Kerran viikossa	Pari kertaa kuukaudessa	Harvemmin	Ei lainkaan	En tiedä
1 Ruokailuun liittyvät palvelut	2	3	4	5	6	7	8	9	
2 Hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyvät palvelut	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3 Liikkumisen tukeminen kotona	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4 Lääkehoito (esim. lääkkeiden jako)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5 Vaahehoito (esim. pyykinpesu, ompelu)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6 Asioimisapu/palvelu kodin ulkopuolella (esim. pankissa/kaupassa käynti)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7 Siivous	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8 Keskustelu/seurustelu	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9 Hoitotoimenpiteet (esim. haavahoito, pistokset)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10 Muu, mikä _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9

10 Jos omaisenne on tarvinnut seuraavia kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun palveluja, kuinka hän on niitä saanut viimeisen kuuden kuukauden aikana ?

	Ei tarvitse ko. palvelua	Riittävästi	Liian vähän	Ei lainkaan	En tiedä
1 Ruokailuun liittyvät palvelut	1	2	3	4	5
2 Hygieniaan/peseytymiseen liittyvät palvelut	1	2	3	4	5
3 Liikkumisen tukemien kotona liittyvät palvelut	1	2	3	4	5
4 Lääkehoito (esim. lääkkeiden jako)	1	2	3	4	5
5 Vaahehoito (esim. pyykinpesu, ompelu)	1	2	3	4	5
6 Asioimisapu/palvelu kodin ulkopuolella (esim. kaupassa, apteekissa, pankissa käynti)	1	2	3	4	5
7 Siivous	1	2	3	4	5
8 Keskustelu/seurustelu asiakkaan kanssa	1	2	3	4	5
9 Hoitotoimenpiteet kotona (esim. haavahoito, pistokset)	1	2	3	4	5
10 Muu, mikä _____	1	2	3	4	5

11 Onko omaisenne hakenut kotisairaanhoidosta ja /tai kotipalvelusta joitakin palveluja, joita hän ei ole sieltä kuitenkaan saanut ?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä _____
- 3 En tiedä

12 Onko omaisenne luona käynyt viimeisen kuuden kuukauden aikana useimmiten sama

	Ei	Kyllä	En tiedä
1 Kotisairaanhoidon työntekijä	1	2	3
2 Kotipalvelun työntekijä	1	2	3

13 Haluaisiko omaisenne, että hänen luonaan kävisi useimmiten sama

	Ei	Kyllä	En tiedä
1 Kotisairaanhoidon työntekijä	1	2	3
2 Kotipalvelun työntekijä	1	2	3

14 Käyvätkö kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun työntekijät omaisenne luona siihen aikaan päivästä, kun hän toivoo

- 1 Aina
- 2 Useimmiten
- 3 Joskus
- 4 Harvoin
- 5 Ei koskaan
- 6 En tiedä

15 Saako omaisenne kotihoiton palveluja kello 16.00 jälkeen?

- 1 Ei
- 2 Kyllä
- 3 En tiedä

16 Tarvitseeko/tarvitsisiko omaisenne palveluja

	Ei	Kyllä	En tiedä
1 Kello 16-21 välisenä aikana	1	2,mitä _____	3
2 Kello 21 jälkeen	1	2,mitä _____	3

17 Arvioikaa seuraavia kotihoitoa koskevia väittämiä :

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1 Työntekijät eivät huomaa omais- eni ongelmia ja/tai tarpeita.	1	2	3	4	5
2 Työntekijät löytävät ratkaisut omaiseni ongelmiin ja/tai tarpeisiin	1	2	3	4	5
3.Työntekijät hoitavat omaiseni on- gelmat/ tarpeet tärkeysjärjestyksessä	1	2	3	4	5
4.Työntekijät eivät kykene järjestelemään ja suunnittelemaan työnsä.	1	2	3	4	5
5-Työntekijät ovat yhteistyökykyisiä.	1	2	3	4	5
6.Työntekijät kohtelevat omastani kunniollavasti.	1	2	3	4	5
7.Työntekijät eivät kerro tarjolla olevista palveluista.	1	2	3	4	5
8.Työntekijät kertovat kenelle palvelut on tarkoitettu	1	2	3	4	5
9.Työntekijät kertovat, miten palveluja on mahdollista saada	1	2	3	4	5
10.Työntekijät ovat varanneet riittävästi aikaa omaiselleni.	1	2	3	4	5
11-Työntekijät ovat kiireisiä.	1	2	3	4	5
12-Työntekijät tulevat sovittuna aikana.	1	2	3	4	5
13-Työntekijät tekevät sitä, mitä heiltä pyytää.	1	2	3	4	5
14.Työntekijät eivät anna lupaamiaan palveluja.	1	2	3	4	5
15.Työntekijöiden tehtäviä on rajattu liikaa.	1	2	3	4	5
16.Työntekijät neuvovat ja/tai ohjaavat terveyteen liittyvissä kysymyksissä	1	2	3	4	5
17.Työntekijät auttavat pitämään yhteyttä muihin ihmisiin	1	2	3	4	5
18.Omaiseni ei luota kotihoitotyöntekijöihin.	1	2	3	4	5
19.Yhteydenpäänti kotihoitotyöntekijään on helppoa.	1	2	3	4	5
20.Omaiseni tulee toimeen työntekijöiden kanssa.	1	2	3	4	5
21.Työntekijät eivät ymmärrä ihmisten erilaisia elämäntilanteita.	1	2	3	4	5
22.Työntekijät vaihtuvat liian usein	1	2	3	4	5
23.Omaiseni haluaisi itse päättää siitä, kuka työntekijä käy hänen luonaan.	1	2	3	4	5
24.Vaativalla saa helpommin palveluja.	1	2	3	4	5
25.Eniten apua tarvitsevat asiakkaat saavat avun.	1	2	3	4	5
26.Asiakkaat kotiutetaan laitoksi- huonokuntoisina	1	2	3	4	5
27Jos omaisellani ja työntekijällä on erilainen käsitys asioista, niin neuvottelemalla päästään molempia tyydyttävään ratkaisuun.	1	2	3	4	5
28Työntekijöiden kanssa on vaikea päästä sopimukseen palveluiden sisällöstä	1	2	3	4	5

18 Onko tiedottaminen kotipalvelun ja /tai kotisairaanhoidon palveluista ollut?

	Ei	Kyllä
Riittävä	1	2
Helposti ymmärrettävää	1	2

19 Mitä mieltä olette seuraavista kotipalvelun ja /tai kotisairaanhoidon toimintaa koskevista väittämistä?

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseen-eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1 Omaiseni on saanut tarvitsemansa avun.	1	2	3	4	5
2 Toiminta on asiakasystävällistä.	1	2	3	4	5
3 Toiminta on vastuullista.	1	2	3	4	5
4 Toiminta on tehontonta.	1	2	3	4	5
5 Toiminta on ammattitaitoista.	1	2	3	4	5
6 Toiminta on oikeudenmukaista.	1	2	3	4	5

20 Kuinka tyytyväinen omaisenne on kotisairaanhoidon ja /tai kotipalvelun?

- 1 Erittäin tyytyväinen
- 2 Melko tyytyväinen
- 3 Melko tyytymätön
- 4 Erittäin tyytymätön
- 5 En osaa sanoa

21 Kuinka tyytyväinen olette kotisairaanhoidon ja /tai kotipalvelun?

- 1 Erittäin tyytyväinen
- 2 Melko tyytyväinen
- 3 Melko tyytymätön
- 4 Erittäin tyytymätön
- 5 En osaa sanoa

22 Luetelkaa mielestänne kolme keskeisintä ongelmaa kotipalvelussa ja /tai kotisairaanhoidossa

- 1 _____
- _____
- _____
- 2 _____
- _____
- _____
- 3 _____
- _____
- _____

23 Parannusehdotuksenne ongelmiin

- _____
- _____
- _____

III MUUALTA SAATU APU

24 Kuinka usein autatte omaistanne seuraavissa tehtävissä ?

	Ei tarvitse palvelua	Useasti päivässä	Kerran päivässä	Pari kertaa viikossa	Kerran viikossa	Pari kertaa kuukaudessa	Harvemmin	Ei lainkaan
1 Ruokailussa	1	2	3	4	5	6	7	8
2 Hygienian hoidossa/ peseytymisessä	1	2	3	4	5	6	7	8
3 Liikkumisen tukeminen kotona	1	2	3	4	5	6	7	8
4 Lääkehuolto (lääkkeidenjako)	1	2	3	4	5	6	7	8
5 V aatehuolto (esim. pyykinpesu, ompelu)	1	2	3	4	5	6	7	8
6 Asioimisapu/palvelu kodin ulkopuolella (esim. kaupassa, apteekissa, pankissa käynti)	1	2	3	4	5	6	7	8
7 Siivous	1	2	3	4	5	6	7	8
8 Keskustelu/seurustelu	1	2	3	4	5	6	7	8
9 Hoitotoimenpiteet kotona (esim. haavahoidot, pistokset)	1	2	3	4	5	6	7	8
10 Muu, mikä _____	1	2	3	4	5	6	7	8

25 Käyttääkö omaisenne tällä hetkellä yksityistä

	Ei	Kyllä	En tiedä
1 Kotisairaanhoidoa	1	2, missä tehtävissä _____	3
2 Kotipalvelua	1	2, missä tehtävissä _____	3

27 Saako omaisenne apua tällä hetkellä vapaaehtoisjärjestöiltä, kirkolta tai vastaavilta ?

- 1 Ei
 2 Kyllä, mitä apua _____
 3 En tiedä

IV PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN**28 Kenen ensisijaisesti tulisi tarjota seuraavat palvelut? (Rengastakaa jokaisen palvelun jälkeen vain yksi numero)**

	Yhteisöjen (yhdistys-, osuus-, kunta, vapaaehtois- ja järjestötoiminta)	Yksityisten yntyysten	Kunnan
1 Vanhusten kotipalvelu (m.m. kodinhoitaja)	1	2	3
2 Lapsiperheiden kotipalvelu	1	2	3
3 Vammaisten kotipalvelu	1	2	3
4 Laitoshoido (vanhainkodit, muut laitokset)	1	2	3
5 Kotisairaanhoido pitkäaikaissairaille potilaille	1	2	3
6 Pitkäaikaishoido, esim. vanhusten hoito sairaalassa tai palvelukeskuksessa	1	2	3

28 Käyttäisikö omaisenne mieluummin kunnan vai yksityisen järjestämää kotisairaanhoidoa ja/tai kotipalvelua, jos asiakkailta perittävät maksut olisivat samat ?

- 1 Käyttäisi mieluummin yksityisen järjestämiä palveluja.
 2 Käyttäisi mieluummin kunnan järjestämiä palveluja.
 3. Omaiselleni ei olisi väliä, käyttäisikö hän kunnan vai yksityisen palveluja.
 4 En tiedä

29 Mitä muuta haluaisitte sanoa omaisenne hoitoon liittyvistä asioista ?

LIITE 6. KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KYSELYLOMAKE VUONNA 1994

Kuopion yliopisto
Hoitotieteen laitos
Sosiaalitieteen laitos
Terveyshallinnon ja -talouden laitos

KUOPION KAUPUNGIN KOTIPALVELUA JA KOTISAIRAANOITOA KOSKEVA KYSELY TYÖNTEKIJÖIL- LE 1994

Havaintotunnus _____

1 Millä sosiaali- ja terveystalokuhjen toimintasektorilla työskentelet?

- 1 Kotipalvelu
- 2 Kotisairaanhoido
- 3 Vanhainkoti
- 4 Terveysteskuksen vuodeosasto

2 Millä kaupunkialueilla toimit?

- | | | | |
|----------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| 1 Keskusta | 10 Länsi-Puijo | 18 Saarijärvi | 26 Jymkkä |
| 2 Rönö | 11 Päiväranta | 19 Rahusen kangas | 27 Pitkälähti |
| 3 Niirala | 12 Sorsasalo | 20 Kelloniemi | 28 Petonen |
| 4 Haapaniemi | 13 Neulamäki | 21 Likolahti | 29 Pirtti |
| 5 Siikalahti | 14 Eteläinen ja län- | 22 Kettulanlahti | 30 Lehtoniemi |
| 6 Särkiniemi | tinen maaseutu | 23 Inkilänmäki | 31 Litmanen |
| 7 Puijonlaakso | 15 Männistö | 24 Riistavesi ja | 32 Rautaniemi |
| 8 Savilähti | 16 Itkonniemi | pohj. maaseutu | 33 Koko sosiaali- ja |
| 9 Julkula | 17 Linnarpelto | 25 Levänen | terveystoimi |

3 Syntymävuotesi? _____

4 Sukupuolesi?

- 1 Nainen
- 2 Mies

5 Siviilisäätiysi?

- 1 Naimaton
- 2 Avio- tai avoliitossa
- 3 Eronnut tai asumerossa
- 4 Leski

6 Ammatillinen koulutuksesi?

- 1 Ei ammatikoulutusta
- 2 Ammatikurssi tai -kurseja
- 3 Koulutason ammatitutkinto, mikä _____
- 4 Opistoasteen ammatitutkinto, mikä _____
- 5 Korkeakoulututkinto, mikä _____

7 Virka- tai toimimikkeesi? _____

8 Kauanko olet toiminut nykyisessä tehtävässäsi? _____ vuotta

9 Oletko toiminut nykyistä tehtävääsi ennen sosiaali- tai terveydenhuollon palveluksessa?

- 1 En ole Kyllä, yhteensä _____ vuotta

10 Nykyinen työaikasi pääsääntöisesti?

- 1 Säännöllinen kokopäivätyö
- 2 Säännöllinen yötyö
- 3 Kaksivuorotyö
- 4 Kolmivuorotyö
- 5 Osa-aikatyö: _____ tuntia/vko
- 6 Muu, mikä: _____

11 Luettele kolme tärkeintä tekijää nykyisessä ammatissasi oloon:

- 1 _____

2 _____

3 _____

12 Vastuullasi oleva asiakkaiden tai potilaiden määrä keskimäärin : _____ henkilöä/kk

13 Moniko vastuullanne olevista asiakkaistasi on (Arvioi kutakin vaihtoehtoa erikseen suhteessa edellä mainittuun asiakas- tai potilasmäärään.)

- 1 Dementoituneita _____ kpl
2 Pyörätuolipotilaita _____ kpl
3 Vuodepotilaita _____ kpl
4 Yli 75-vuotiaita _____ kpl
5 Lapsiperheitä _____ kpl
6 Yksinäisyydestä kärsiviä _____ kpl
7 Väkivaltaisia _____ kpl
8 Lääkkeiden tai päihtedenväärinkäyttäjiä _____ kpl
9 Psykkisistä ongelmista kärsiviä _____ kpl
10 Muuta erityishuomiota vaahvia asiakkaita, keitä ? _____ kpl

14 Kuka päättää tai ketkä päättävät asiakkaan kotipalvelujen tarpeesta ? (rengasta tarvittaessa useampi vastausvaihtoehto)

	Aina	Usein	Joskus	Ei koskaan
1 Lääkäri	1	2	3	4
2 Kotisairaanhoidtaja	1	2	3	4
3 Kotipalveluohjaaja	1	2	3	4
4 Kodinhoitaja	1	2	3	4
5 Perushoitaja	1	2	3	4
6 Kotiavustaja	1	2	3	4
7 SAS-Ryhmä	1	2	3	4
8 Asiakas itse	1	2	3	4
9 Omaiset	1	2	3	4
10 Joku muu, kuka _____	1	2	3	4

15 Kuinka usein hoidat keskimäärin kuukaudessa asiakkaan tai potilaan kotoa laitokseen siirtymiseen liittyviä asioita ?

- 1 Päivittäin, _____ kertaa/pvä
2 Viikottain, _____ kertaa/vko
3 Kuukausittain, _____ kertaa/kk
4 Harvemmin
5 En koskaan

16 Kuinka olet saanut tietoa viimeisen kuuden kuukauden aikana asiakkaan siirtyessä kotoa sairaalaan tai laitokseen?

	Riittävästi	Kohtalaisesti	Vähän	En lain- lainkaan	En tar- vitse
1 Kotoa sairaalaan ja/tai laitokseen siirtymisen ajankohdasta	1	2	3	4	5
2 Hoidon kestosta	1	2	3	4	5
3 Hoidon pitkeyttämisestä	1	2	3	4	5
4 Laitoksesta ja /tai sairaalasta toiseen siirtymisestä	1	2	3	4	5

17 Kuinka usein hoidat keskimäärin kuukaudessa asiakkaan tai potilaan laitoksesta kotiuttamiseen liittyviä asioita ?

- 1 Päivittäin, _____ kertaa/pvä
2 Viikottain, _____ kertaa/vko
3 Kuukausittain, _____ kertaa/kk
4 Harvemmin
5 En koskaan

18 Miten olet saanut tietoa viimeisen kuuden kuukauden aikana potilaan siirtyessä laitoksesta kotiin?

	Riittävästi	Kohtalaisesti	Vähän	En ollenkaan	En tarvitse ko- tietoa
1 Asiakkaan avun tarpeesta/jatkohoidosta	1	2	3	4	5
2 Asiakkaan toimintakyvystä	1	2	3	4	5
3 Asiakkaan läheisistä	1	2	3	4	5
4 Asiakkaan lääkityksestä	1	2	3	4	5
5 Asiakkaan asunon varustetasosta	1	2	3	4	5
6 Ennakkotietoa kotiutumis- ajankohdasta	1	2	3	4	5

19 Arvioi seuraavia kotipalvelun ja /tai kotisairaanhoidon toimintaa koskevia väittämiä

	Täysin samaa mieltä	Jokseen- kin samaa mieltä	Jokseen- kin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1 Asiakas saa tarvitsemansa avun	1	2	3	4	5
2 Toiminta on asiakasystävällistä	1	2	3	4	5
3 Toiminta on vastuullista	1	2	3	4	5
4 Toiminta on tehontonta	1	2	3	4	5
5 Toiminta on ammattitaitoista	1	2	3	4	5
6 Toiminta on oikeudenmukaista	1	2	3	4	5
7 Toiminta on taloudellista	1	2	3	4	5
8 Toiminta on moniammatillista	1	2	3	4	5
9 Toiminnassa ei hyödynnetä erityisosaamista	1	2	3	4	5

**20 Arvioi, minkä verran asiakkaat saavat seuraavia kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun tarjoamia palveluja koto-
naan**

	Riittä- västi	Liian vähän	Ei lain- lain-
1 Ruokailuun liittyvät palvelut	1	2	3
2 Hygieniaan ja/tai peseytymiseen liittyvät palvelut	1	2	3
3 Liikkumisen tukemiseen kotona	1	2	3
4 Lääkehuolto (esim. lääkkeiden jako)	1	2	3
5 V aatehuolto (esim. pyykinpesu, ompelu)	1	2	3
6 Asiointi ja/tai -palvelu kodin ulkopuolella (esim. kaupassa, pankissa/ apteekissa)	1	2	3
7 Siivoukseen liittyvät palvelut	1	2	3
8 Keskustelu/seurustelu asiakkaan kanssa	1	2	3
9 Hoitotoimenpiteet kotona (esim. haavahoidot, pistokset)	1	2	3
10 Muu, mikä _____	1	2	3

**21 Minkä verran käytät työaikaasi keskimäärin päivittäin seuraaviin kotisairaanhoidon ja /tai kotipalvelun
tehtäviin tunteina ja minuutteina päivässä**

1 Ruokailuun liittyvät palvelut	_____ tunti a	_____ minuuttia
2 Hygieniaan ja/tai peseytymiseen	_____ tunti a	_____ minuuttia
3 Liikkumisen tukemiseen kotona	_____ tunti a	_____ minuuttia
4 Lääkehuolto (esim. lääkkeiden jako)	_____ tunti a	_____ minuuttia
5 V aatehuolto (esim. pyykinpesu, ompelu)	_____ tunti a	_____ minuuttia
6 Asiointi apu /kaupassa/pankissa käynti	_____ tunti a	_____ minuuttia
7 Siivoukseen liittyvät palvelut	_____ tunti a	_____ minuuttia
8 Keskustelu/seurustelu	_____ tunti a	_____ minuuttia
9 Hoitotoimenpiteet (haavahoidot, pistokset)	_____ tunti a	_____ minuuttia
10 Kokoukset	_____ tunti a	_____ minuuttia
11 Kirjalliset tehtävät	_____ tunti a	_____ minuuttia
12 Työpisteestä toiseen siirtyminen	_____ tunti a	_____ minuuttia
13 Muu, mikä _____	_____ tunti a	_____ minuuttia

22 Arvioi, millaista palautetta saat työstäsi

	Useimmi- myön- teistä	Joskus myön- teistä	Joskus kiel- teistä	Useimmi- ten kiel- teistä	En osaa sanoa
1 Asiakkailta	1	2	3	4	5
2 Työtovereilta kotipalvelussa	1	2	3	4	5
3 Työtovereilta kotisairaanhoidossa	1	2	3	4	5
4 Laitoksen henkilökunnalta	1	2	3	4	5
5 Omaisilta	1	2	3	4	5
6 Lähijohdajalta	1	2	3	4	5

23 Arvioi seuraavia kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoidoa koskevia väittämiä

	Täysin samaa mieltä	Jokseen- kin samaa mieltä	Jokseen- eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1 Työlläni on selvästi havaittavat tulokset	1	2	3	4	5
2 Asukkaat ovat tyytyväisiä palveluihin	1	2	3	4	5
3 Työni on tärkeää asiakkaiden kotona selviytymisen kannalta	1	2	3	4	5
4 Asiakkaiden kokonaisuhoito on riittävän ätöntä.	1	2	3	4	5
5 Apuni on asiakkaiden kannalta tarkoituksenmukaista.	1	2	3	4	5
6 Asiakkaiden toimintakykyä ei oteta huomioon riittävästi kotiväen tarvetta suunniteltaessa	1	2	3	4	5
7 Asukkaat kotiutetaan laitoksista huonokuntoisina.	1	2	3	4	5
8 Varaan riittävästi aikaa asiakkaille	1	2	3	4	5
9 Olen kiireinen	1	2	3	4	5
10 Tulen sovittuna aikana asiakkaan luokse.	1	2	3	4	5
11 Teen sitä, mitä asukkaat minulta pyytävät.	1	2	3	4	5
12 Arman lupaamani palvelut.	1	2	3	4	5
13 Työtehtäväni on rajattu liikaa.	1	2	3	4	5
14 Neuvon ja ohjaan asiakkaita terveyteen liittyvissä kysymyksissä riittävästi	1	2	3	4	5
15 Autan asiakkaita pitämään yhteyttä muihin ihmisiin riittävästi.	1	2	3	4	5
16 Asiakassuhteet katkeavat liian usein.	1	2	3	4	5
17 Kohtelen kaikkia asiakkaitani kunnioittaen.	1	2	3	4	5
18 Asukkaat saavat vaatimalla helpommin palveluja.	1	2	3	4	5
19 Eniten apua tarvitsevat asukkaat saavat apua.	1	2	3	4	5
20 Jos minulla ja asiakkaalla on erilainen käsitys asioista, neuvottelemalla pääsemme molempia tyydyttävään ratkaisuun.	1	2	3	4	5
21 Asiakkaiden kanssa on vaikea päästä sopimukseen palvelujen sisällöstä	1	2	3	4	5

24 Millaiset mahdollisuudet sinulla on toteuttaa seuraavia tehtäviä?

	Erittäin hyvät	Hyvät	Kohtalaiset	Huonot	Ei lainkaan
1 Järjestellä ja suunnitella omaa työtä	1	2	3	4	5
2 Sopia ja päättää itse työn sisällöstä	1	2	3	4	5
3 Sopia itse asiakkaiden kanssa aikatauluista	1	2	3	4	5
4 Vainuttaa työkohteiden jakamiseen.	1	2	3	4	5
5 Tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa	1	2	3	4	5
6 Keskustella työasioista työtovereiden kanssa	1	2	3	4	5
7 Saada työnohjausta	1	2	3	4	5
8 Saada tukea lähijohtajalta	1	2	3	4	5
9 Vainuttaa asiakkaiden ongelmien ratkaisuun suotuisasti	1	2	3	4	5
10 Vainuttaa asiakkaiden tarpeisiin tärkeysjärjestyksessä	1	2	3	4	5
11 Työskennellä itsenäisesti ja oma-aloitteisesti	1	2	3	4	5

25 Millaiset mahdollisuudet sinulla on vaikuttaa seuraaviin työhösi liittyviin asioihin?

	Enimmäin hyvät	Hyvät	Kohtalaiset	Huonot	Ei lainkaan
1 Asiakkaiden valintaan	1	2	3	4	5
2 Päivittäiseen ja viikoittaiseen ajankäyttösi työssä	1	2	3	4	5
3 Siihen, mitä työtehtäviisi kuuluu	1	2	3	4	5
4 Siihen, montako asiakasta palvelet päivittäin	1	2	3	4	5
5 Työtahtiasi ja -määräsi	1	2	3	4	5
6 Työn suoritustapaan ja työmenetelmiin	1	2	3	4	5
7 Miten työt jaetaan työntekijöiden kesken	1	2	3	4	5
8 Työsi suunnitteluun asiakkaan luona	1	2	3	4	5
9 Asiakkaiden kotiohjelmien korjaamiseen	1	2	3	4	5
10 Palvelujen kehittämiseen	1	2	3	4	5
11 Asiakkaiden avun tarpeen arviointiin	1	2	3	4	5
12 Oman työn sisällön kehittämiseen	1	2	3	4	5
13 Asiakkaiden saaman avun määrään	1	2	3	4	5

26 Millaisiksi arvioisit omat kykysi ja vaimuutesi työssäsi?

	Enimmäin hyvät	Hyvät	Kohtalaiset	Huonot	En osaa sanoa
1. Tunnistaa asiakkaiden ongelmat ja/tai tarpeet	1	2	3	4	5
2. Löytää ratkaisut asiakkaiden ongelmiin	1	2	3	4	5
3. Asettaa asiakkaiden ongelmat ja/tai tarpeet tärkeysjärjestykseen	1	2	3	4	5
4. Järjestellä ja suunnitella omaa työtäni	1	2	3	4	5
5. Tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa	1	2	3	4	5
6. Kertoa asiakkaille tarjolla olevista palveluista	1	2	3	4	5
7. Kertoa asiakkaille, kenelle palvelut on tarkoitettu	1	2	3	4	5
8. Kertoa asiakkaille, miten palveluja saa	1	2	3	4	5
9. Tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa	1	2	3	4	5
10. Työskennellä itsenäisesti ja oma-aloitteisesti	1	2	3	4	5
11. Suoriutua rutiinitehtävistä	1	2	3	4	5
12. Suoriutua vaikeista tehtävistä	1	2	3	4	5
13. Ymmärtää asiakkaiden erilaisia elämäntilanteita	1	2	3	4	5
14. Osallistua asiakkaiden hätään ja huoleen	1	2	3	4	5
15. Hoidtaa omia ongelmia asiakkaita	1	2	3	4	5
16. Sopia ja päättää oman työn sisällöstä	1	2	3	4	5
17. Toteuttaa kokonaisvaltaista hoitoa	1	2	3	4	5
18. Huomioida asiakkaiden toimintakyky avuntarpeen suunnittelussa	1	2	3	4	5
19. Neuvoo ja ohjata terveyskysymyksissä	1	2	3	4	5
20. Auttaa asiakkaita pitämään yhteyttä muihin ihmisiin	1	2	3	4	5

27 Luettele kolme keskeisintä ongelmaa kotipalvelussa ja /tai kotisairaanhoidossa

1 _____

2 _____

3 _____

28 Parannusehdotukseksi edellä mainitsemiisi ongelmiin?

1 _____

2 _____

3 _____

29 Kenen ensisijaisesti tulisi tarjota seuraavat palvelut? (Rengastakaa jokaisen palvelun jälkeen vain yksi numero.

	Yhteisöjen (osuuskunta järjestöt ja vapaaehtoistyö toiminta)	Yksityisten yritysten	Kunnan
1 Vanhusten kotipalvelu (m.m. kodinhoitaja)	1	2	3
2 Lapsiperheiden kotipalvelu	1	2	3
3 Vammaisten kotipalvelu	1	2	3
4 Laitoshoido (vanhainkodit ja muut)	1	2	3
5 Kotisairaanhoido pitkäaikaissairaille potilaille	1	2	3
6 Pitkäaikaishoido, vanhusten hoito sairaalassa/ palvelukeskuksissa	1	2	3

KIITOKSET VASTAUKSISTANNE !

LIITE 7. HAASTATTELU- JA KYSELYLOMAKKEISIIN TEHDYT LISÄYKSET, POISTOT JA MUUT MUUTOKSET SEURANTA-AIKANA.

Vuosi	Asiakkaiden ja omaisten lomakkeet	Työntekijöiden lomakkeet
2000	Lisättiin kotihoidon hyvistä puolista avoimet kysymykset: asiakkaille kysymys 23 ja omaisille kysymys 24.	Poistettiin vanhainkoti (1:3) ja TK:n vuodeosasto (1:4) epärelevantteina.
		Kysymys 16 jaettiin neljään osioon.
		Lisättiin kysymykset 29 kotihoidon vahvuuksista ja 31 mitä muuta vastaaja haluaa sanoa kotihoidosta.
2003	Lisättiin asiakkaille osio 18:29: turvallisuuden tunne kotihoidossa.	Kysymyksessä 2 kaupunkialueet yhdistettiin kolmeen.
	Tutkimukseen osallistumisesta eri vuosina lisättiin asiakkaille ja omaisille kysymys 31.	Poistettiin osiot 10:2 ja 10:4 koska näitä työaikoja ei ollut kotihoidossa.
		Lisättiin osio 16D: tiedonkulku hoivayrittäjien kanssa. Lisättiin kysymys 32 tutkimukseen osallistumisesta eri vuosina.
2009	Omaisille lisää asumisvaihtoehtoksi yksin asuminen: osio 5:1a.	Työntekijöiltä poistettiin epärelevantit kysymykset 14-18: tiedonkulkua asiakkaiden kotiutuksessa ja hoitopaikan siirroissa.
	Asiakkaille lisättiin kivuista osio 7b.	
	Lisättiin kysymys omahoitajasta asiakkaille (12b) ja omaisille (12:3) ja halusiko asiakas omahoitajan (13b) ja halusiko omaisten mielestä (13:3).	
	Lisättiin asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kaikille ryhmille osiot: asiakkaille (19:7), omaisille (17:29) ja työntekijöille (25:14).	
	Lisättiin lääkehoidon turvallisuudesta kaikille ryhmille osiot asiakkaille (18:30) omaisille (19:8) ja työntekijöillä (23:22).	
	Lisättiin asiakkaan turvallisuuden kokemisesta kotihoidossa omaisille osio 19:7 ja työntekijöille osio 23:24.	
	Lisättiin liikkumisen tukemisesta kodin ulkopuolella osiot: asiakkaille 9:3b, 10:3b ja 24:3b, omaisille 9:3b, 10:3b ja 25:3b ja työntekijöille 20A:3b.	
	Lisättiin kaikille ryhmille osio 20B kotihoitoa tukevista palveluista.	
	Lisättiin kivunhoidosta kaikille ryhmille osiot: asiakkaille 18:31, omaisille 19:9 ja työntekijöille 23:23.	
	Asiakkaiden ja omaisten kysymys 27 jaettiin kahtia: avun saanti 27a) vapaaehtoisjärjestöiltä ja 27b) seurakunnilta.	

LIITE 8. LAADUN TARKASTELUUN VALITUT MUUTTUJAT.

Tutkimustehtävä 3: kotihoidon sisältö

Työntekijöiden työajan käyttö. Kysymys 21:1-13 työntekijöiden lomakkeessa 2009.

Arvioikaa minkä verran käytätte työaikaanne keskimäärin päivittäin seuraaviin kotihoidon tehtäviin tunteina ja minuutteina.

1. ruokailuun, 2. hygieniaan ja /tai peseytymiseen, 3. kotona liikkumisen tukemiseen, 4. lääkehuoltoon (esim. lääkkeiden jako), 5. vaatehuoltoon (esim. pyykinpesu, ompelu), 6. asiointiapuun ja /tai palveluun kodin ulkopuolella (esim. pankissa tai kaupassa käynnit), 7. siivoukseen, 8. keskusteluun/ seurusteluun asiakkaan kanssa, 9. hoitotoimenpiteisiin kotona (esim. haavanhoidot, pistokset), 10. kokouksiin, 11. kirjallisiin tehtäviin, 12. työpisteestä toiseen siirtymiseen, 13. muu, mikä___ (jokaisen kysymyksen jälkeen merkitään ___tuntia ___minuuttia)

Tutkimustehtävä 4: kotihoidon laatu

Kotihoidon tarvevastaavuus. Asiakkaan kokemaa laatua kuvaava summamuuttuja, asteikon sisäistä johdonmukaisuutta kuvaava Cronbachin α -kerroin=.85. Kysymysten numerot asiakkaiden lomakkeessa 2009, vastaavat kysymykset ovat omaisten ja työntekijöiden lomakkeissa.

18:1 Työntekijät huomaavat asiakkaan tarpeet

18:2 Työntekijät löytävät ratkaisut ongelmiini/tarpeisiini

18:13 Työntekijät tekevät sitä, mitä heiltä pyytää

18:14 Työntekijät antavat lupaamansa palvelut

18:21 Työntekijät ymmärtävät ihmisten erilaisia elämäntilanteita

19:1 Olen saanut tarvitsemani avun

Vastausvaihtoehdot: 1 täysin samaa mieltä, 2 jokseenkin samaa mieltä, 3 jokseenkin eri mieltä, 4 täysin eri mieltä, 5 en osaa sanoa.

Kotihoidon riittävyys. Kysymys 10:1-10 asiakkaiden lomakkeessa 2009. Vastaava kysymys on omaisten lomakkeessa.

Jos olette tarvinnut seuraavia kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun palveluja, kuinka olette saanut niitä viimeisen kuuden kuukauden aikana? Vastausvaihtoehdot: 1 en tarvitse ko. palvelua, 2 riittävästi, 3 liian vähän, 4 en lainkaan.

1.ruokailu, 2. hygienian hoito ja /tai peseytyminen, 3. kotona liikkumisen tukeminen, 4.lääkehuolto (esim. lääkkeiden jako), 5.vaatehuolto (esim. pyykinpesu, ompelu), 6.asioimisapu ja /tai palvelu kodin ulkopuolella (esim. pankissa tai kaupassa käynnit), 7.siivous, 8. keskustelu/ seurustelu, 9. hoitotoimenpiteet kotona (esim. haavanhoidot, pistokset), 10.muu, mikä___

Kotihoidon työntekijäkohtainen jatkuvuus. Kysymykset asiakkaiden lomakkeessa 2009. Vastaavat kysymykset ovat myös omaisten lomakkeessa.

12a Onko Teillä käynyt viimeisen kuuden kuukauden aikana useimmiten sama kotisairaanhoidon/kotipalvelun työntekijä? (Kyllä/ei)

13a Haluaisitteko, että luonanne kävisi useimmiten sama kotisairaanhoidon/kotipalvelun työntekijä? (Kyllä/ei)

14 Käyvätkö kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun työntekijät luonanne siihen aikaan päivästä kuin toivoisitte heidän käyvän? 1 aina, 2 useimmiten, 3 joskus, 4 harvoin, 5 ei koskaan.

18:22 Työntekijät vaihtuvat liian usein? 1 täysin samaa mieltä, 2 jokseenkin samaa mieltä, 3 jokseenkin eri mieltä, 4 täysin eri mieltä, 5 en osaa sanoa.

Asiakkaalle annetun ajan riittävyys ja kotihoidon saatavuus. Summamuuttuja, Crohnbachin $\alpha = .64$. Kysymyksien numerot asiakkaiden lomakkeessa 2009, vastaavat kysymykset ovat omaisten ja työntekijöiden lomakkeissa.

18:10 Työntekijät ovat varanneet riittävästi aikaa juuri minulle.

18:11 Työntekijät ovat kiireisiä.

18:12 Työntekijät tulevat sovittuna aikana.

Vastausvaihtoehdot: 1 täysin samaa mieltä, 2 jokseenkin samaa mieltä, 3 jokseenkin eri mieltä, 4 täysin eri mieltä, 5 en osaa sanoa.

Ohjaus ja neuvonta. Summamuuttuja, Crohnbachin $\alpha = .87$. Kysymysten numerot asiakkaiden lomakkeessa 2009. Vastaavat kysymykset ovat omaisten ja työntekijöiden lomakkeissa.

18:7 Työntekijät kertovat tarjolla olevista palveluista

18:8 Työntekijät kertovat kenelle eri palvelut on tarkoitettu

18:9 Työntekijät kertovat miten eri palveluja on mahdollista saada

18:16 Työntekijät neuvovat ja/tai ohjaavat minua terveyteeni liittyvissä kysymyksissä

18:17 Työntekijät auttavat minua pitämään yhteyttä muihin ihmisiin.

Vastausvaihtoehdot: 1 täysin samaa mieltä, 2 jokseenkin samaa mieltä, 3 jokseenkin eri mieltä, 4 täysin eri mieltä, 5 en osaa sanoa.

Liitetaulukot

LIITETAULUKKO 1: TUTKIMUSKUNNAN KOTIHOIDOSSA JA SEN TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ TAPAHTUNEITA MUUTOKSIA VUOSINA 1992-2009.

LIITETAULUKKO 2: KOOSTE KOTIHOITOA INTEGROINEISTA KOULUTUS- JA KEHITTÄMISHANKKEISTA TUTKIMUSKUNNASSA VUOSINA 1995-2009 (KH = KOTIHOITO, PTH = PERUSTERVEYDENHOITO, ESH = ERIKOISSAIRAANHOITO).

LIITETAULUKKO 1: TUTKIMUSKUNNAN KOTIHOIDOSSA JA SEN TOIMINTAYMPÄRISTÖSSÄ TAPAHTUNEITA MUUTOKSIA VUOSINA 1992-2009.

Vuosi	Muutoksen sisältö	Vaikutus kotihoitoon*: 1) laaja, kohtalainen, suppea, ei merkitystä 2) sisältä ohjattu muutos, ulkoa ohjattu muutos	Integrointityyppi ja sen merkitys kotihoidolle: vahvasti vahvistava, osittain vahvistava, ei vaikutusta, heikentävä
1992	Organisaation muutoksen käynnistäminen: Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämispäätös kaupungin- valtuustossa 24.4. 1992. Suunnitteluprosesseja ja keskusteluja tulevaisuudesta.	--	--
1993	Organisaatiomuutos /poliittisen ohjauksen ensimmäisenä muutoksena yhdistetty sosiaali- ja terveyslautakunta aloitti 1.1.1993.	Laaja Ulkoa ohjattu	Rakenteilla integrointia Vahvasti vahvistava
1994 Aluku- kartoi- tus	Organisaation muutos: Sosiaali- ja terveysviraston yhdistäminen. Alueellistaminen neljään maantieteelliseen palvelualueeseen. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettiin kullakin neljällä alueella kotihoidoksi. Aluepohjaiset rakenteet.	Laaja Ulkoa ohjattu	Rakenteilla integrointi Vahvasti vahvistava
1995	Työn sisällön muutos / palvelutarjonnan monipuolistuminen: Kaupungin ilta- ja yöpartio aloitti syyskuussa. Partiossa oli 2 kodinhoitajaa ja 2 perushoitajaa.	Suppea Sisältä ohjattu	Rakenteilla integrointi Osittain vahvistava
1996	Henkilöstöresurssien muutos lisäyksenä: lisäys 2 kodinhoitajaa ja 2 terveydenhoitajaa.	Suppea Ulkoa ohjattu	Ei vaikutusta
	Työn sisällön muutos: moniammatillisia ryhmiä neljälle alueelle omaishoidon tuen kehittämiseksi.	Suppea Sisältä ohjattu	Rakenteilla integrointi Osittain vahvistava

1997 I seur- ran- tatut- kimus	Palvelurakenteen muutosesitys kotihoi- topainotteiseksi: Asiantuntijaselvitykset sosiaali- ja terveyspalveluista ja tieto- teknologiasta tehtiin Stakesin toimesta 1997-1998. Aloitettiin vanhustenhuollon palvelurakennemuutos selvityksen pohjalta. Kotihoitopainotteisuus nostettiin esiin van- huspalveluissa.	Kohtalainen Ulkoa ohjattu	Ei vaikutusta
	Palvelurakennemuutos/ palvelu- tuottajien (monituottajuus ja palve- lujen monipuolistuminen)muutos/ työn sisällön muutoksia: 1) Kuopion Kotihoitoyhdistykseltä ostettiin kuntouttavaa kotihoidoa muistihäiriöisille ostopalvelusopi- muksella. 2) Myönnettiin 67 asiakaskohtaista maksusitoumusta yksityisiin hoitokoteihin. 3) Solmittiin ostopalvelusopimus SPR:n kanssa turvapalvelusta.	1) suppea 2) kohtalainen 3) suppea 1-3 ulkoa ja si- sältä ohjattuja	1-3 Proses- seilla integ- rointi 1-3 osittain vahvistavia
1998	Organisaation muutos/ rakenteen muutos: Alueorganisaatiot korvattiin 1.4.98 tehtäväkohtaisella (sektori)organisaatiolla: hallinto, hammashuolto, päivähoito, kotihoito, sosiaalityö, psykososiaalinen työ, avohoito ja laitohoito. Kotihoidon oman vastualueen sisälle muodostettiin kolme tulosyksikköä: Eteläinen, Keskinen ja Pohjoinen.	Laaja Ulkoa ohjattu	Rakenteilla integrointi Vahvasti vahvistava
	Työn sisällön muutos/rakenteen muu- tos: Kotihoidossa siirryttiin tiimityöskentely, työjako muuttui.	Kohtalainen Sisältä ohjattu	Rakenteilla ja prosesseilla integrointi Vahvasti vahvistava
1999	Taloudellisten resurssien muutos: Talouden tervehdyttäminen aloitettiin ja vuo- sien 1999-2001 käyttötalousmenot jäädytet- tiin vuoden 1998 tasolle.	Kohtalainen Ulkoa ohjattu	Prosesseilla integrointi kasvoi Integrointia osittain vah- vistava ja osin heikentävä (palvelujen pirstoutumi- nen)
	Palvelurakenteen muutos/ toimintayk- sikköjen muutoksia: 1) Alavan vanhainkoti (pitkäaikaishoitoa) lakkautettiin keväällä 1999. 2) Iltarusko-ryhmäkoti (palveluasumis- ta) avattiin syksyllä.	1-2 suppeita 1-2 ulkoa ohjat- tuja	1 ei integroin- tia 2 rakenteilla integrointia 2 osittain vah- vistava

	<p>Henkilöstörakenteen muutos/ henkilöstön koulutusrakenteen ja osaamisen muutos: Kodinhoitajien ja kotiavustajien vapautuvat tehtävät täytettiin lähihoitajilla.</p>	<p>Kohtalainen Ulkoa ohjattu</p>	<p>Koulutuksella integrointi Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Palvelurakennemuutos (monituottajuus ja palvelujen monipuolistuminen)/ palveluntuottajien /työn sisällön muutoksia: 1) Ateriakuljetukset hoidettiin ostopalveluna, ei eteläisellä ja pohjoisella maaseutualueella. 2) Päivittäistavaroiden kotiinkuljetuskokeilussa (Kauppa-kassi) 60 asiakasta osallistui. Kokeilun jälkeen kauppa-asiointia luovutettiin. 3) Siivous- ja asiointipalvelua tarvitsevia ohjattiin muille palveluntuottajille.</p>	<p>1-3 suppeita 1-3 ulkoa ja sisältä ohjattuja</p>	<p>1-3 Prosesseilla integrointia 1-3 osittain vahvistavia</p>
	<p>Henkilöstöressurssien muutos osana taloudellisia muutoksia: lakkautettiin 37 määräaikaista tehtävää osana talouden tervehdyttämistä.</p>	<p>Kohtalainen Ulkoa ohjattu</p>	<p>Heikentävä</p>
	<p>Palvelurakennemuutos (monituottajuus ja palvelujen monipuolistuminen) / uusia toimintatapoja: Palvelusetelit omaishoitajien vapaapäivän mahdollistamiseksi.</p>	<p>Suppea Ulkoa ohjattu</p>	<p>Prosesseilla integrointi Osittain vahvistava</p>
2000 II seurantatutkimus	<p>Palvelurakennemuutos (monituottajuus ja palvelujen monipuolistuminen) / palveluntuottajien / työn sisällön muutos: kotihoidon ostopalvelusopimuksia solmittiin kilpailutuksen perusteella turvapalvelusta, aterioiden kotiinkuljetuksesta, ilta- ja yöpartio toiminnasta, kokonaisvaltaisesta ja tilapäisestä kotihoidosta ja siivouspalvelusta (lähinnä sotainvalideille) vuosille 2000-2002. Korvattiin ja täydennettiin puuttuvaa omaa toimintaa.</p>	<p>Kohtalainen Ulkoa ohjattu</p>	<p>Prosesseilla integrointi Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Organisaation muutos kasvuna: Riistaveden palvelukeskus ja kotihoito siirrettiin laitoshoidon vastuualueelta kotihoidon vastuualueelle.</p>	<p>Kohtalainen Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Uusia toimintatapoja / työn sisällön muutoksia: Ryhdyttiin nimeämään asiakkaille omahoitajat.</p>	<p>Suppea Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi Osittain vahvistavia</p>
	<p>Asiakaskunnan muutos/ osana talouden tasapainottamista/ osana palvelurakennemuutosta: 1) Asiakkaiden voimavarojen pohjalta säännöllisen kotihoidon palvelujen kohdentamista tarkennettiin. Asiointipalvelujen kartoituksen pohjalta pelkästään siivousta ja asiointiapua tarvitsevien ohjattiin muille palveluntuottajille.</p>	<p>Laaja Ulkoa ja sisältä ohjattu</p>	<p>Prosesseilla integrointi kasvoi Integrointia osittain vahvistava, osin heikentävä (palvelujen pirstoutuminen)</p>

2001	Organisaation muutos kasvuna: 1) Palvelukeskukset (ent. vanhainkodit) siirrettiin laitoshoidon vastuualueelta kotihoidon vastuualueelle. Vastuualue nimettiin kotihoidon ja vanhustyön vastuualueeksi. 2) Palvelukeskukset nimettiin Puijonlaakson ja Leväsen tulosyksiköiksi ja alueen kotihoito siirrettiin näihin tulosyksiköihin. Eteläinen tulosyksikkö siirtyi Leväsen tulosyksikön osaksi. Laitoshoidon vastuualueen nimi muuttui sairaalahoidon vastuualueeksi.	1-2 kohtalaisia 1 ulkoa ohjattu 2 sisältä ohjattu	1-2 rakenteilla integrointia 1-2 vahvasti vahvistavia
	Taloudellisten resurssien muutos/ työn sisällön muutos: Omaishoidon määrärahoista siirrettiin 1 Mmk psykososiaalisen työn vastuualueelle ja kehitysvammaisten omaishoito siirtyi sinne.	Suppea Ulkoa ohjattu	Prosesseilla integrointi Osittain vahvistava
	Uusia toimintatapoja/työn sisällön muutoksia: Seniorineuvola aloitti pilottikokeiluna ehkäisevät kotikäynnit.	Suppea Sisältä ohjattu	Rakenteilla integrointi Osittain vahvistava
	Henkilöstöresurssien muutos lisäyksenä: 2 uutta lähihoitajan vakanssia.	Suppea Sisältä ohjattu	Ei vaikutusta
	Organisaation, henkilöstöresurssien ja asiakaskunnan muutos vähennyksenä / työn sisällön muutos: Kotihoidon lapsiperhetyö ja sen 24 työntekijää siirrettiin sosiaalityön vastuualueelle. Kotihoidon tehtävälueet supistuivat ja palvelut kohdistettiin selkeämmin vanhuksiin.	Kohtalainen Ulkoa ohjattu	Ei vaikutusta
2002	Palvelurakenteen muutos / toimintayksikön muutos vähennyksenä: Leväsen tulosyksiköstä lakkautettiin Koivula-osasto (pitkäaikaishoitoa).	Suppea Ulkoa ohjattu	Ei vaikutusta
	Henkilöstöresurssien muutos lisäyksenä: Uusia vakansseja palvelukeskuksiin 9 (korjattiin henkilöstömitoituksia) ja kotihoitoon 4.	Suppea Ulkoa ohjattu	Ei vaikutusta
	Palvelutarjonnan monipuolistuminen (uusi palvelumuoto)/ uusien toimintamuotoja/työn sisällön muutos: Seniorineuvolan työ vakiintui uutena pysyvänä työmuotona.	Suppea Sisältä ohjattu	Rakenteilla integrointi Osittain vahvistava
	Palvelurakenteen muutos / palvelutuottajien muutos (monituottajuus) / ja palvelutarjonnan monipuolistuminen): Asiakaskohtaisia maksusitoumuksia yksityisiin hoitokoteihin myönnettiin yhteensä 70. Tuotantorakenteen muutoksessa yksityistämisen kasvua.	Kohtalainen Ulkoa ohjattu	Prosesseilla integrointi Vahvasti vahvistava

2003 III seu- ranta- tutki- mus	Palvelurakenteen muutoksessa huomiointiin kotihoito ja sujuvat palveluprosessit: Sosiaali- ja terveyskeskuksen strategia 2012 "Hyvinvoinnin edistämiseksi - toisistamme välittäen" hyväksyttiin sosiaali- ja terveyslautakunnassa helmikuussa. Vanhusten hyvän elämän ja kotona asumisen tukeminen, sujuvat palveluprosessit.	Kohtalainen Ulkoa ja sisältä ohjattu	Työvälineellä integrointi Vahvasti vahvistava
	Palvelurakennemuutos / kotihoitopainotteisuus, monituottajuus ja palvelujen monipuolistuminen: Ikäimmeisten strategia ja vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 2003-2012 hyväksyttiin valtuustossa maaliskuussa. Tavoitteilla ja suosituksilla tuotantorakenteen muutoksen (monituottajuuden kasvu) ja palvelurakenteen muutoksen korostaminen kotihoitopainotteisena. Korosti myös poikkihallinnollisuutta.	Laaja Ulkoa ohjattu	Työvälineellä integrointi Vahvasti vahvistava
	Taloudellisten resurssien muutos lisäyksenä / liittyy palvelurakennemuutokseen: kaupunginhallitus myönsi 0,4 M€ lisärahan huhtikuussa tehostettuun asumispalveluun maksusitoumuksiin.	Suppea Ulkoa ohjattu	Prosesseilla integrointi Osittain vahvistava
	Palvelurakennemuutos (monituottajuus ja palvelutarjonnan monipuolistuminen) / palvelutuottajien muutos laajennukse- na: 1) kotihoidon puitesopimuksia solmittiin kilpailutuksen perusteella turvapuuhelinpalvelusta, aterioiden kotiinkuljetuksesta, ilta- ja yöpartio toiminnasta, kokonaisvaltaisesta ja tilapäisestä kotihoitosta ja siivouspalvelusta vuosille 2003-2005. Ostopalveluilla täydennettiin omaa puuttuvaa toimintaa. 2) Palvelurakennemuutos: monituottajuus ja palvelutarjonnan monipuolistuminen: Myönnettiin 101 asiakaskohtaista maksusitoumusta yksityisiin hoitokoteihin, koska omaa toimintaa tehostetussa asumispalvelussa ei ollut.	1-2 kohtalaisia 1-2 ulkoa ohjattuja	1-2 prosesseilla integrointia 1-2 osittain vahvistavia
	Työn sisällön muutos / liittyy myös palvelurakennemuutokseen: Vanhuspoliittisessa ohjelmassa määriteltiin kotihoidon painopiste. Säännölliseen kotihoitoon pääsyn kriteerejä tiukennettiin ja kohdennettiin tarkemmin. Saatavuus heikkeni (asiakkaiden määrän perusteella arvioituna). Muutoksen taustalla kasvavat palvelutarpeet ja talouden asettamat reunaehdot. Monituottajuus vahvistui.	Kohtalainen Ulkoa ohjattu	Prosesseilla integrointi Integrointia heikentävä ja osittain vahvistava
	Henkilöresurssien muutos vähennyksenä: siirrettiin 5 työntekijää psykososiaalisen työn vastuualueelle aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmaisten vaativaan kotihoitoon. Myös osa asiakkaista (alle 65-vuotiaita) siirtyi sinne.	Suppea Sisältä ohjattu	Prosesseilla integrointi Osittain vahvistava

2004	<p>Oman palvelutuotannon muutos ja organisaation muutos kasvuna/ liittyy palvelurakennemuutokseen: Aloitettiin omana toimintana tehostettu asumispalvelu Leväsen palvelukeskuksessa. Uudisosassa oli 15 laitospaikkaa (muistihäiriöisille) ja 52 tehostetun asumispalvelun paikkaa (= hoitokotipaikkaa). Uusia vakansseja saatiin asumispalveluun henkilöstömitoituksen 0,6 - 0,7 mukaisesti.</p>	<p>Kohtalainen</p> <p>Ulkoa ja sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi</p> <p>Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Työn organisoiminen / toimintatavan muutos: Sosiaali- ja terveyskeskuksessa aloitettiin omalääkäritoiminta. Omalääkärialueita oli 49 ja kotihoidon lääkäripalvelut tulivat omalääkärien sektorityöstä.</p>	<p>Kohtalainen</p> <p>Ulkoa ohjattu</p>	<p>Prosesseilla integrointi</p> <p>Osittain vahvistava</p>
	<p>Toimintatapojen muutoksen tarve: vanhustenhuollon prosessiselvitys HAUS kehittämiskeskuksen toimesta tehtiin 2004-2005. Todettiin muutoksen muutoksen/kehittämisen tarvetta koko vanhuspäivähoito- ja palveluprosessissa. Selvitystyö ja toimenpiteet hyväksyttiin sosiaali- ja terveyslautakunnassa.</p>	<p>Laaja</p> <p>Ulkoa ohjattu</p>	<p>Rakenteilla ja prosesseilla integrointi</p> <p>Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Teknologian käyttö / työn sisällön muutos: Pegasos-järjestelmä kotihoitoon. Toiminnan muutos kirjaamiskäytännöissä tietoteknologian avulla.</p>	<p>Suppea</p> <p>Ulkoa ja sisältä ohjattu</p>	<p>Työvälineillä integrointi</p> <p>Osittain vahvistava</p>
2005	<p>Organisaation muutos kasvuna: Kuntaliitoksen myötä Vehmersalmen terveyskeskuksen vuodeosasto (Kirnumäki) ja kotihoito liitettiin kotihoito- ja vanhustyön vastualueeseen ja nimettiin Vehmersalmen tulosyksiköksi.</p>	<p>Kohtalainen</p> <p>Ulkoa ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi</p> <p>Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Palvelutarjonnan monipuolistuminen / uusi toimintamuoto/työn sisällön muutos: Palveluneuvontaan ja ohjaukseen kehitettiin internetiin NettiNestori tiedotuksen tehostamiseksi kuntalaisille.</p>	<p>Kohtalainen</p> <p>Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi</p> <p>Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Palvelutarjonnan monipuolistuminen/ uusi toimintamuoto/työn sisällön muutos: Kotiutuskoordinaattori aloitti toimintansa. Lisättiin yhteistyötä ja koordinoitua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä hoitoketjujen sujuvuuden parantamiseksi ja kotiutusten nopeuttamiseksi.</p>	<p>Kohtalainen</p> <p>Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla ja prosesseilla integrointi</p> <p>Vahvasti vahvistava</p>
	<p>Organisaatiomuutos tulosyksiköissä lisäyksenä: Perustettiin Palvelutalojen tulosyksikkö. Siihen kuuluivat Alavan, Mäntylän, Pyörön ja Suokadun palvelutaloissa työskentelevä kotihoito- ja palvelutalojen päiväkeskustoiminta. Palvelutalojen asukkaat saivat kotihoito- ja palvelut kunnalliselta kotihoito- ja palvelutalolta. Palvelutalo omistaa Kuopion Vanhustenkotiyhdistys ry.</p>	<p>Suppea</p> <p>Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi</p> <p>Osittain vahvistava</p>

2006	<p>Palvelurakenteen muutos/palvelutuottajien muutos (monituottajuus) / palvelujen monipuolistuminen: 1) Kilpailutuksen pohjalta solmittiin puitesopimukset kotiin tuotettavista turvapuhelinpalvelusta, aterioiden kotiinkuljetuksesta, ilta- ja yöpartiotoiminnasta, kokonaisvaltaisesta ja tilapäisestä kotihoidosta ja siivouspalvelusta (lähinnä sotainvalideille) vuosille 2006-2009 +1 optiovuosi.</p> <p>2) Palvelurakennemuutos: monituottajuus ja palvelujen monipuolistuminen: Puitesopimukset tehostettuun asumispalveluun solmittiin kilpailutuksen perusteella vuosiksi 2006-2008 + 2 optiovuotta. Asiakaskohtaisia maksusitoumuksia yksityisiin hoitokoteihin myönnettiin yhteensä 126. Tuottajarakenteessa yksityistäminen laajeni ja puuttuvaa omaa toimintaa täydennettiin ostopalveluilla.</p>	<p>1-2 kohtalaisia</p> <p>1-2 ulkoa ohjattuja</p>	<p>1-2 prosesseilla integrointia</p> <p>1-2 vahvasti vahvistavia</p>
	<p>Uusi toimintamuoto / palvelutarjonnan monipuolistuminen / työn sisällön muutos: Kuvake-tiimin toiminta aloitettiin (entinen SAS-toiminta) kysynnän ja tarjonnan soveltamiseksi vanhusten asumis- ja hoitopalveluissa. Palvelujen ohjausta, neuvontaa, informaatiota ja koordinoitua erimuotoisiin asumispalveluihin uudistetulla palveluohjauksella yhdestä toimipisteestä. Viranomaisvalvonta yksityisiin hoitokoteihin.</p>	<p>Kohtalainen</p> <p>Ulkoa ja sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla ja prosesseilla integrointi</p> <p>Vahvasti vahvistava</p>
2007	<p>Organisaatiomuutos kasvuna: 1) Yhdistettiin kotihoito- ja vanhustyön vastuualue ja sairaalahoidon vastuualue ja nimettiin se koti- ja laitoshoidon vastuualueeksi 1.1.2007.</p> <p>2) Perustettiin Harjulan (Lehtolan akuutti-osastot, poliklinikka, röntgen) ja Valkeisen (Valkeisen, Kivelän ja Kevättömän pitkäaikaisosastot) tulosyksiköt. Muutos pohjautui HAUS:n selvitystyön ehdotuksiin. Sosiaali- ja terveyslautakunta päätti yhdistämisestä joulukuussa 2006.</p>	<p>1 laaja</p> <p>2 kohtalainen</p> <p>1 ulkoa ohjattu</p> <p>2 sisältä ohjattu</p>	<p>1-2 rakenteilla integrointi</p> <p>1-2 vahvasti vahvistavia</p>
	<p>Organisoinnin ja työn sisällön muutos: kotisairaanhoidon tekevä ylialueellinen perushoitajatiimi hajautettiin alueiden tiimeihin vahvistamaan hoidollista osaamista.</p>	<p>Suppea</p> <p>Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi</p> <p>Osittain vahvistava</p>
2008	<p>Uusi toimintamuoto / palvelutarjonnan monipuolistuminen / työn sisällön muutos: Moniammatillinen kotiutustiimi aloitti toimintansa sairaalakotiutusten nopeuttamiseksi. Pyrittiin myös taloudellisuuteen erikoissairaanhoidon menojen hillinnässä.</p>	<p>Kohtalainen</p> <p>Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla ja prosesseilla integrointi</p> <p>Osittain vahvistava</p>
	<p>Uusi toimintatapa/työn sisällön muutos: Apteekkien koneellinen annosjakelu aloitettiin pilottikokeiluna tietyillä alueilla. Asiakkaiden lääkehuollossa uusi toimintatapa ja yhteistyö apteekin kanssa. Teknologian hyväksikäyttöä.</p>	<p>Suppea</p> <p>Sisältä ohjattu</p>	<p>Prosesseilla integrointi</p> <p>Osittain vahvistava</p>
	<p>Organisaation muutos tulosyksikköjen vähennyksenä: Palvelutalojen tulosyksikkö lakkautettiin ja palautettiin kotihoitoon toimintojen osalta alueiden kotihoitoon.</p>	<p>Suppea</p> <p>Sisältä ohjattu</p>	<p>Rakenteilla integrointi</p> <p>Osittain vahvistava</p>

2009 IV seu- ranta- tutki- mus	Organisaatiomuutos sosiaali- ja terveyskeskuksessa: sosiaali- ja terveyspalvelujen tulosalue jaettiin 1.6.09 alkuaan kahdeksan vastuualueen sijasta kolmeen: 1) koti- ja laitoshoido, 2) terveyspalvelut (laajeni), 3) sosiaalipalvelut (laajeni). Erikoissairaanhoidon ja toimeentuloturvan tulosalueet. Tuusniemen terveyskeskustoiminta siirtyi terveyspalvelujen vastuualueelle. Uusi johtosääntö hyväksyttiin kaupunginvaltuustossa 23.2.09.	Laaja Ulkoa ohjattu	Rakenteilla integrointi Osittain vahvistava
	Palvelurakenteen kotihoitopainotteisuus ja ennakoiva työote: Ikäystävällinen Kuopio -ohjelma vuosille 2009-2030 korostaa ikäihmisten voimavaroja ja ennakoivaa työotetta. Kotihoitopainotteisuus, asiakaslähtöisyys, terveyden edistäminen, moniammatillinen työ, laaja yhteistyö eri toimijoiden kesken, osaamisen johtaminen.	Laaja Ulkoa ja sisältä ohjattu	Työvälineellä integrointi Vahvasti vahvistava
	Organisaation tulosityksikköjen muutos: 1.6.09 alkaen uudet tulosityksiköt: 1) asumispalvelut, 2) kotona asumista tukevat palvelut, 3) sairaalahoido. Tulosityksiköitä 3 aiemman 8:n sijaan, tulosityksikkökoot suurenivat ja toiminta-alueet rajautuivat selkeämmin.	Kohtalainen Ulkoa ja sisältä ohjattu	Rakenteilla integrointi Osittain vahvistava
	Palvelurakennemuutos: monituottajuus ja palvelutarjonnan monipuolistuminen: Kilpailutuksen perusteella solmittiin ostopalvelusopimukset (55 paikkaa) tehostetusta asumispalvelusta vuosille 2009-2016..	Kohtalainen Ulkoa ohjattu	Prosesseilla integrointi Osittain vahvistava
	Taloudellisten resurssien/ ja työn sisälön muutos: Taloudellisista syistä henkilöstön lomautus suunniteltiin ajalle 31.8.-31.12. Säännölliseen kotihoitoon (ja palveluihin) pääsyn kriteerit uusittiin lomautusten vuoksi 1.5.09 alkaen eikä uusia asiakkaita pystytty ottamaan. Asiakkaita ohjattiin muille palveluntuottajille. Asiakasmäärässä oli n. 9 %:n vähennys edellisvuoteen verrattuna. Saatavuus heikkeni asiakkaille.	Kohtalainen Ulkoa ohjattu	Integrointia heikentävä

*Muutoksen vaikutuksen laajuuden kotihoitossa olen arvioinut sen mukaan, miten laajalle se vaikuttaa hoito- ja palveluketjussa tai muussa yhteistyössä. *Laaja:* kohdistuu moneen palveluun ja muodostuu monia yhteyksiä eri toimijoihin ja sidosryhmiin. Hoito- ja palveluketjut liittyvät koko koti- ja vanhustyöhön, sairaalahoitoon ja erikoissairaanhoidon. *Kohtalainen:* muodostuu yhteyksiä eri toimijoihin esimerkiksi kotiutukseen ja asumispalveluihin liittyen. *Suppea:* kohdistuu tiettyyn palveluun, jossa toimijoita on vähemmän, kuten esim. omaishoitoon tai tukipalveluihin.

LIITETAULUKKO 2: KOOSTE KOTIHOITOA INTEGROINEISTA KOULUTUS- JA KEHITTÄMISHANKKEISTA TUTKIMUSKUNNASSA VUOSINA 1995-2009 (KH = KOTIHOITO, PTH = PERUSTERVEYDENHOITO, ESH = ERIKOISSAIRAANHOITO).

Hankkeen nimi	Aloite KH:n yksikön sisältä/ulkoa	Tavoite, kohde, osallistujat	Integroinnin tyyppi	Tulokset
Ryhmä- ja tiimityökoulutus: Pilotti koillisella alueella 1995-96. Koko kotihoito 1997-1999.	Aloite sisältä	Yhdessä toimimisen opettelu, yhteisen tiedon ja osaamisen jakamista. KH:n henkilöstöä.	Rakenne ja prosessi: ryhmä- ja tiimityön toimintarakenne ja -tapa.	Pilotin jälkeen ryhmätyö laajeni tiimityöksi koko kotihoitoon.
Samassa verkossa – hanke (ensin Kotihoidon hallittu rakenneuudistus -nimisenä) 1999-2001.	Aloite sisältä ja ulkoa: kotihoidon, seurakunnan työntekijöiden ja asukasyhdistyksen aloite.	Tyydyttää asiakkaiden sosiaalisen tuen tarvetta monitoimijaisella yhteistyöllä. KH:n henkilöstöä, hoivayrittäjiä ja 3. sektorin toimijoita.	Rakenne: asiakkaille pysyvä turvaverkko. Prosessi: verkossa toimivien jatkuva yhteistyö. Työvälineet: kotihoidon laatukriteerit	Yhteisöllinen turvaverkko. Yksityisen ja julkisen KH:n yhteiset laatukriteerit. Jatkuu asukasyhdistyksen asukastupatoimintana. Laatukriteerit julkaisussa Hiltunen 2006, liite 4.
Valssi-koulutus 2000-2003. Kuntouttava työote.	Aloite ulkoa: kuntouttava työote ja liikunta ikääntyneiden palveluissa (STM 1999:16).	Kuntouttavan työotteen ja vanhusten liikunnan menetelmien kehittäminen. KH:n ja vanhustyön henkilöstö.	Työvälineet: Kuntoutussuunnitelma. Kuntouttava työote, mm. asiakkaille jumppaohjeita.	Hoito- ja palvelusuunnitelmaan lisättiin kuntoutussuunnitelma. Asiakkaiden liikunnan huomioiminen toimintakyvyn osana tehostui.
Palvelukeskusten ja kotihoidon 1) yhteistyön lisäämishankkeet 2000-2003, 2) Uusia kompetensseja-hanke edellisen jatkohankkeena 2004-2005.	Aloite ulkoa ja sisältä: pohjana Työelämän kehittämishanke (TYKES). Jatkohanke syntyi edellisessä hankkeessa.	Yhteistyön esteiden poisto, koordinoinnin ja yhteistyön kasvu. KH:n ja vanhustyön henkilöstö, sidosryhmät, luottamushenkilöt, asiakkaiden edustus.	Rakenne: yhteinen varahenkilö, toimintilojen yhteiskäyttö palvelukeskuksissa. Palvelukeskusten johtotiimi. Viriketiimit. Prosessi: yhteistoiminta erityisesti kulttuuripalvelujen kanssa.	Alueen päiväkeskukset tarjoavat kotihoidon asiakkaille tukipalveluja ja järjestettyä kulttuuritoimintaa. Julkaisu: Lehtonen & Nakari 2007.

Omahoitajuus tiimityössä -koulutus 2002-2004.	Aloite sisältä	Omahoitajuuden vahvistaminen ja selkeyttäminen tiimissä. KH:n, vanhustyön ja hoivayritysten henkilöstöä.	Rakenne: pysyvä omahoitajatoiminta. Prosessi: monipuolinen yhteistyö ja työntekijöiden osaamisen kasvu.	Omahoitajuus kotihoitoon. Tiimityön osaamisen kasvu. Yhteisten hoitoperiaatteiden toteutus. Omahoitajan käsikirja: Varjoranta & Jalava 2004.
PALKO-hanke 2001-2004 osana valtakunnallista kotiutumiskäytäntöjen kehittämistä.	Aloite ulkoa: Stakesin ohjeistama ohjaus. Ilmeni koordinoinnin tarvetta.	Sairaalasta kotiutumisen hoitoketjun sujuvuus. KH:n, sairaalahoidon ja ESH:n henkilöstöä.	Rakenne: kotiutuskoordinaattori ja -tiimi (Kuvake-hankkeen myötä). Prosessi: PTH:n ja ESH:n edustajien ohjeiden tarkistuskokoukset.	Kuopion PALKO-mallin kotiutumisen ohjeet. Kotiutuskoordinaattorin toiminta alkoi 2005 ja kotiutustiimin 2008 tukemaan tätä mallia. Kuopion PALKO -malli ja -raportti ovat saatavana tarvittaessa osoitteesta: mailto:tiina.keurulainen@kuopio.fi
Kuvakehanke (Kuopion vanhuspalvelujen kehittäminen) 2005-2009.	Aloite ulkoa: HAUS kehittämiskeskusten toimesta vanhuspalveluprosessin selvitys (2004-2005).	Hoito- ja palveluketjun sujuvuus. Taloudellisuus ja tehokkuus. Sosiaali- ja terveyskeskuksen henkilöstöä, ohjausryhmä, laaja sidosryhmä ja asiakkaiden edustus.	Rakenne: palvelu- ja hoitoketju. Kuvaketiimi. Työvälineet: mittarit seurantaan ja ohjaukseen. Prosessi: yhteistyö palvelu- ja hoitoketjussa.	Kuvake- ja kotiutustiimit. Kotiutuskoordinaattori ja -osasto ESH:sta tuleville (osasto ulkoistettu MedOnelle 2009). Mittarit ohjaukseen ja seurantaan. Hoffrén (2010): Kuvake-hankkeen loppuraportti.
VAMU-hanke, varhainen mukaantulo. Pilottihanke 2007-2008, jatkohanke 2008-2011. Ehkäisevä ja ennakoiva työ.	Aloite sisältä: Kuvake-hankkeen jatkohanke. Pohjautuu valtakunnallisiin suosituksiin (STM 1999:16; 2006:19).	Varhainen mukaantulo. Osaamisen kehittäminen. Koti- ja laitoshoidon, avohoidon, sosiaalityön ja psykososiaalisen työn henkilöstöä.	Rakenne: vahvistaa varhaista mukaantuloa ikäihmisten palveluissa. Prosessi: toimijoiden tiivis yhteistyö.	Toiminnan tuloksia ei ole arvioitu, hanke päättyi kesällä 2011. Lampila & Hoffrén (2008): VAMU-projektin loppuraportti.
Pegasoskoulutus 2004-2005. Omat ja tietohallinnon kouluttajat.	Aloite ulkoa	Osaamisen kehittäminen tietoteknologian käytössä. Kotihoidon henkilöstö.	Työvälineet: atk-ohjelman käyttö kirjaimiskäytännöissä.	Kirjaamiskäytännöt muuttuivat.

Liitetaulukossa 3 kuvattujen kehittämishankkeiden rahoitus. Kehittämishankkeiden toteutusta on tehostettu eri lähteistä saadulla julkisella alueellisella ja valtakunnallisella rahoituksella eli voimavaraohjauksella. Kymmenestä hankkeesta neljä on saanut osittain julkista alueellista ja valtakunnallista rahoitusta. Kuvake- ja VAMU-hankkeet saivat osittain rahoitusta valtionosuuksista ja EAKR-rahoituksesta. Samassa verkossa hanke oli pilottihankkeena osana Kuntaliiton ESR-rahoitteita hanketta, jossa rahoitus oli lähinnä muutamiin koulutuksiin osallistumista ja hankkeen vetäjän opastusta ja tukea. Työministeriö rahoitti osittain ryhmä- ja tiimityökoulutuksen sekä palvelukeskusten kehittämishankkeita maksamalla Tampereen yliopiston työelämän tutkijoiden palkkiot. Stakesilta oli saatu PALKO-hankkeeseen ohjausapua, muttei suoranaista rahoitusta. Omahoitajuuskoulutukseen Kuopion yliopisto on antanut asiantuntijaohjausta ilman korvauksia. Muutoin hankkeiden ja koulutusten rahoitukseen on käytetty tutkimuskunnan kotihoidon vastuualueelle vuosittain myönnettäviä koulutusmäärärahoja.

Artikkelit

KOTIHOIDON SISÄLTÖ JA TAPAUSTUTKIMUKSET KOTIHOIDON ORGANISOINNISTA YHDISTETYSSÄ SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA.

Sinkkonen Sirkka, Tepponen Merja, Paljärvi Soili & Rissanen Sari (2001): Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 3, 177-195.

KOTIHOIDON SISÄLTÖ JA LAATU VANHUSASIAKKAIDEN, OMAISTEN JA TYÖNTEKIJÖIDEN ARVIOIMANA.

Paljärvi Soili, Rissanen Sari & Sinkkonen Sirkka (2003): Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 2, 85-97.

MONITOIMIJAINEN ARVIOINTI YHDISTETYN KOTIHOIDON SISÄLLÖSTÄ JA LAADUSTA.

Paljärvi Soili, Rissanen Sari, Sinkkonen Sirkka & Paljärvi Leo (2007): Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003. Gerontologia 2, 1-12.

WHAT HAPPENS TO QUALITY IN INTEGRATED HOME CARE? A 15-YEAR FOLLOW-UP STUDY.

Paljärvi Soili, Rissanen Sari, Sinkkonen Sirkka & Paljärvi Leo (2011): International Journal of Integrated Care 11 (15 June). URL: <http://www.ijic.org/>.

SOILI PALJÄRVI

Muuttuva kotihoito

15 vuoden seurantatutkimus

*Kuopion kotihoidon organisoin-
nista, sisällöstä ja laadusta*

Tutkimuksessa seurattiin Kuopion kotihoidon organisoinnin, sisällön, laadun ja toimintaympäristön muutoksia sekä valtionohjausta vuosina 1994–2009. Viidesti tehtyjen asiakkaiden haastattelujen sekä omaisten ja työntekijöiden postikyselyjen mukaan kotihoidon kokonaislaatu oli seurantajaksolla kohtalaisen hyvä ja muuttui vain vähän. Tuloksia analysoidaan muutoksen ja integroinnin teorioiden valossa.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Social Sciences and Business Studies

ISBN (PDF) 978-952-61-0702-8

ISSN (PDF) 1798-5757