



KOTIHOIDON LAATU – MITÄ SE ON? SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Pauliina Alppi

Anne Ketola

Opinnäytetyö
Toukokuu 2012
Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulu
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

ALPPI, PAULIINA & KETOLA, ANNE:
Kotihoidon laatu – mitä se on? Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 69 sivua, josta liitteitä 15 sivua
Toukokuu 2012

Opinnäytetyön tarkoituksena oli määrittää ja selkeyttää käsitettä kotihoidon laatu laatimalla aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen dokumenttien perusteella määriteltiin miten kotihoidon laadun käsite esiintyy valituissa dokumenteissa ja mitä se tarkoittaa. Lisäksi pyrittiin kartoittamaan tekijöitä, joiden perusteella kotihoidon laatua arvioidaan.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus koostui tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta ja laadun arvioinnista sekä niiden analysoinnista ja tulosten esittämisestä. Käyttämistämme hakukoneista (CINAHL, LINDA, PubMed, Medic) löytyi 140 Full Text -dokumenttia, joista valintakriteerien perusteella mukaan otettiin 15 dokumenttia.

Kotihoidon laadusta ei löytynyt yhtä yksiselitteistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Tuloksista nousi esiin laadukkaan kotihoidon edellytyksiä: asiakkaan osalta itsemääräämisoikeus, pysyvyys, palveluiden saatavuus ja toimivuus, elämänlaatu, informaation saanti, henkilöstön ammattitaito, luotettavuus ja turvallisuus. Ammatillisen työn edellytykset kotihoidossa olivat: kattava dokumentointi, kliininen edistyminen, asiakkaan tyytyväisyys hoitoon ja työhyvinvointi. Johtamisen osalta laadun takeita olivat: toiminnan suunnittelu ja koordinointi sekä arviointi ja seuranta, moniammatillisuus, saumaton palveluketju, asiakaslähtöisyys ja kustannustehokkuus. Omaisten näkökulmaa ei tutkimuksessa tuotu juurikaan esille. Laadunhallinnan suhteen tulokset osoittivat rakenteiden ja prosessien arvioinnin tärkeyden. Laadunhallinnassa tulisi arvioida yksikön toimintaa, johtamiskäytäntöjä, prosessien hallintaa ja palveluiden seurantaa.

Kehittämisen- ja jatkotutkimusideoina esitetään: valtakunnallisen laadunhallintamittariston kehittämistä ja niitä valvovien tahojen määrittelemistä, kotihoidon asiakaspalautteiden ja palautejärjestelmien yhdenmukaistamista ja standardointia, esimiesten ja kotihoidon johtajien systemaattista kouluttamista laadunhallintaan sekä prosessityöhön ja näyttöön perustuvan kotihoidon laadun tutkimuksen kehittämistä.

Asiasanat: kotihoito, laatu, laadunhallinta, ikääntyneet, kotihoitopalvelut

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care
and Social Services

ALPPI, PAULIINA & KETOLA, ANNE:
What is Quality of Home Care? – Systematic Literature Review

Master's Thesis 69 pages, appendices 15 pages
May 2012

The purpose of this study was to define and clarify the term “home care quality” by drawing up a systematic literature review.

The systematic literature review consisted of defining the research questions, retrieval of original documents, selecting the original documents, estimating quality of documents, analysing and presenting the findings.

There was no simple and generally approved definition of home care quality. The central results demonstrated requirements of home care quality from three perspective: customer, professional and managerial. Among these requirements were things like self-determination, stability, availability and functionality of services, quality of life, availability of information, expertise of staff, reliability and safety, customer satisfaction and well-being of personnel, planning, coordinating, valuating and monitoring operations, effective use of resources and cost efficiency. As for quality management, results indicated the importance of assessment in processes and structures.

The following development and further research ideas are presented: development of national quality management indicators and defining supervisory body that controls them, harmonization and standardizing of customer feedback and feedback system in home care, defining the content of staff's updating education, systematic training of superiors in quality management and process control, developing research of evidence-based homecare quality.

Keywords: home care, quality, quality control, elderly, home care services

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	LAADUKAS KOTIHOITO JA SEN ARVIOINTI	7
2.1	Kotihoito.....	7
2.1.1	Kotihoidon tavoite ja tarkoitus.....	9
2.1.2	Kotihoidon sisältö ja hoito- ja palvelusuunnitelma.....	10
2.1.3	Kotihoitoa ohjaava vanhuspolitiikka.....	11
2.2	Kotihoitoa ohjaavat lait ja asetukset.....	12
2.3	Laatu	14
2.4	Laadunhallinta	17
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	20
4	SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	21
4.1	Alkuperäistutkimusten haku	22
4.2	Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi.....	25
4.3	Sisällönanalyysi alkuperäistutkimusten analyysimenetelmänä	27
5	TULOKSET	30
5.1	Kotihoito.....	30
5.2	Laatu	33
5.3	Laadunhallinta	35
6	POHDINTA	39
6.1	Luotettavuuden tarkastelu	39
6.2	Tulosten tarkastelu	41
6.3	Johtopäätökset	43
6.4	Kehittäminen ja jatkotutkimusideat.....	45
	LÄHTEET	49
	LIITTEET	55
	Liite 1. Hakuprosessi.....	55
	Liite 2. Lopulliset hakuprosessin dokumentit	59
	Liite 3. Laadun arviointikriteerit	63
	Liite 4. Care Keys –projektin kokonaisvaltaisen laadun arviointikehikko QMAT	66
	Liite 5. Care Keysin laatuindikaattorit	67
	Liite 6. Kotihoidon laadun avainmuuttujat Care Keysin mukaan	68

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksenamme on määritellä kotihoidon laatua systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Halusimme selvittää, mikä on kotihoidon laadun nykytila ja kuinka sitä valtakunnallisesti arvioidaan. Opinnäytetyössä käytämme kaikista systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla valituista töistä nimitystä dokumentti.

Vanhustyö on yksi vilkkaimmista keskustelunaiheista johtuen eritoten alan sijainnista monien muutosten ja kehittämispaineiden alla. Väestö on ikääntymässä ja samalla edesämme on kasvava työvoimapula mm. koulutetun henkilökunnan siirtyessä eläkkeelle. (Nevala 2006, 8.) Yli 65-vuotias väestö kasvaa 2010-luvulla noin 300 000 hengellä ja samaan aikaan paljon pienempiä ikäluokkia on saapumassa työmarkkinoille. Väestön ikääntyminen johtaa eläkemenojen sekä terveydenhuolto- ja sosiaalikulujen huomattavaan kasvuun kuntien taloudessa. (Suoniemi, Syrjä & Taimio 2005, 7.)

Valtakunnalliset linjaukset vanhustenhuollon suhteen Suomessa painottavat ikääntyneiden kuntouttavaa hoitotyötä, kotona asumisen tärkeyttä ja avohoidon merkitystä (Ikäihmistien palveluiden laatusuositus 2008). Nämä painotukset tulevat vaatimaan moniammatillista ja monimuotoista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ikäihmistien kotihoidossa erityisen tärkeäksi muodostuu eri palveluntuottajien yhteistyö. (Paasivaara 2002, 102–104.)

Tässä opinnäytetyössä kotihoidon laatua tarkastellaan yli 65-vuotiaiden ikäihmistien asiakasryhmässä. Kotihoito on ikäihmistien palveluiden mittavin palvelu. Tulevissa kuntarakennemuutoksissa on olennaista turvata kotihoidon hyvä laatu. (Heinola 2007, 10.) Kotihoidon laadusta ei ole olemassa yhtä laajasti hyväksyttyä määritelmää (Paljärvi, Rissanen & Sinkkonen 2003, 95–97). Kunnat ovat vastuussa kotihoidon tuottamisesta ja kilpailuttavat palvelua yhä useammin. Tällöin erityisesti laadun merkitys nousee esille. Laadusta tulee olla selkeä määritelmä, jotta palvelut ovat jatkossa verrattavia keskenään.

Terveys- ja sosiaalipalveluiden osalta laatuvaatimukset ovat nousseet viime aikoina esille liittyen talouden tilasta nouseviin tehokkuus- ja uudistamisvaatimuksiin. Mitään universaalia laadun määrittelyä ei ainakaan toistaiseksi ole. Jokaisen laadun tutkijan ja ke-

hittäjän on lähestyttävä laatua oman substanssinsa näkökulmasta; tässä tutkimuksessa siis kotihoidon ja laadunhallinnan näkökulmasta. Laatua määriteltäessä on tärkeää tiedostaa myös se, että mikään ilmiö ei ole niin yksinkertainen, että yhden näkökulman kautta tavoitettaisiin laadun olemus kokonaisuudessaan. Laatua täytyy tarkastella aina monesta käsiteltävään ilmiöön liittyvästä perspektiivistä. Näin voidaan päästä hieman lähemmäs käsitystä siitä, miten moniulotteisesta asiasta on kysymys ja miten monenlaisia sisältöjä ja määritteitä laadulle voidaan antaa. (Heinola 2007, 5-8.)

Suomessa asiakastyytyväisyyteen kiinnitetään enemmän huomiota ja asiakkaat tunnistavat enemmän oikeuksiaan. Jatkossa asiakaskokemuksia tullaan seuraamaan valtakunnallisella tasolla ja laadunhallintamittareita on tarkoitus kehittää yhteneväisiksi. Myös henkilöstömäärän lisäämistarve on jatkuva palveluntarpeiden lisääntyessä vanhemman henkilökunnan eläkkeelle siirtymisen seurauksena. Olennaista on taata kotihoidon palveluiden tasalaatuisuus riippumatta avuntarvitsijan maantieteellisestä sijainnista. (Kotiin annettavat palvelut ja hoito 2012.)

Tämän työn teoreettinen viitekehys koostuu laadukkaan kotihoidon määritelmistä sekä sen arvioinnista. Lisäksi teoriaosuudessa käymme läpi kotihoitoa ohjaavia lakeja ja asetuksia sekä valtakunnallista vanhuspolitiikkaa. Aukikirjoitamme myös opinnäytetyömme tarkoituksen, tavoitteen ja tutkimuskysymykset. Työmme edetessä kerromme tarkemmin käyttämästämme tutkimusmetodista, systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta sekä tutkimusprosessin kulusta. Tutkimusprosessin kuvauksen jälkeen kerromme esiin nousseista tuloksista. Lopuksi tarkastelemme tutkimusprosessin luotettavuutta sekä tulosten sisältöä, esitämme johtopäätöksiä että kehittämisideoita.

2 LAADUKAS KOTIHOITO JA SEN ARVIOINTI

Vanhenemiseen liittyvien normaalien seurausten takia ulkopuolisen hoivan ja avun tarve lisääntyy väestön vanhenemisen myötä. Suomessa vanhuspotilaiden hoito on ollut pitkään laitoskeskeistä. Jatkossa laitoshoidon määrää on tarkoitus selkeästi vähentää ja korvata se muilla palveluilla, kuten kotihoidolla ja tehostetulla palveluasumisella. (Suoniemi ym. 2005, 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa toiminta- ja taloussuunnitelmassaan vuosille 2012-2015 tavoitteeksi hyvinvointipalveluiden saatavuuden ja laadun tasapainoisen kehityksen alueellisesti. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa suomalaisten omatoimista kotona asumista ja sen kokonaisvaltaista tukemista. (Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa toimintatavat, jolla saavutetaan sosiaalisesti kestävä Suomi. Kestävyyden ehtona on korkea työllisyysaste, mahdollisimman terveet kansalaiset sekä laadukkaat ja tehokkaat sosiaali- ja terveyspalvelut. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008.)

2.1 Kotihoito

Kotihoito-käsitteen sisältö riippuu hoidon antajasta, hoidon sisällöstä sekä hoidon tavoitteesta (Thome et al. 2003, 865). Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jolla autetaan hoidon sekä huolenpidon keinoin eri-ikäisiä avun tarpeessa olevia, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Tavoitteena on mahdollistaa turvallinen ja laadukas elämä omassa kodissa mahdollisimman pitkään. (Julkunen & Ikonen 2007, 129–130.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaana oli vuonna 2009 yhteensä 63 700 henkilöä, joista 48 700 oli 75 vuotta täyttäneitä. Kotipalvelun kustannukset olivat vuonna 2009 yhteensä 732 miljoonaa euroa. Kotisairaanhoidon kustannukset sisältyvät perusterveydenhuollon kustannuksiin, joten niitä ei saada tilastoista erilleen. Kotihoidon kattavuudessa on huomattavia kuntien ja maakuntien välisiä eroja. Vuonna 2009 keskimäärin 11,4 pro-

senttia 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä oli säännöllisen kotihoidon piirissä. (Kotihoitoon ei käyntikattoa 2010.)

Kotihoitoa määritellään toiminnan, sisällön ja toimijoiden kautta. Toiminnan kautta määriteltäessä perimmäinen tarkoitus on tukea kotona asumista ja parantaa elämänlaatua. Tätä näkökulmaa Suomessa tukevat valtakunnalliset Kuntaliiton ja Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissuunnitelmat. (Sinkkonen ym. 2001, 176–177.) Kotihoidon sisältöä määrittävät asiakkaan avun ja palveluiden tarve. Palvelut vaihtelevat ennaltaehkäisevästä kuntouttavasta työstä aina saattohoitoon asti. (Tepponen 2007, 65–68.) Kotiin annetut palvelut määritetään usein sairaanhoidollisiin tehtäviin, perushoitoon/hoivaan, omaishoidontukeen, kodinhoitoapuun ja erilaisiin tukipalveluihin kuten ateria- ja kuljetuspalvelut. Palvelut pitävät sisällään myös apuvälineiden hankintaa ja kodin muutostöiden järjestelyä. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (lääkäri, sosiaalityöntekijä, fysioterapia, päivätoiminta) tukevat kotona selviytymistä. (Sinkkonen 2001, 176–177; Tepponen 2007, 65–68; Paasivaara 2004, 29–34.)

Kotihoitoa määritetään myös toimijoiden näkökulmasta organisaatioiden, alayksiköiden ja ammattiryhmien mukaan. Kunnat ovat velvollisia järjestämään kotihoidon palvelut, mutta voivat päättää itse miten ne järjestävät; omana toimintana, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostopalveluna kolmannelta tai yksityiseltä sektorilta. Väestön ikärakenne, paikallispolitiikka ja maantieteellinen sijainti vaikuttavat siihen, miten sosiaali- ja terveyspalvelut on organisoitu. Kotihoito voi toimia joko erillisenä kotipalveluna ja kotisairaanhoitona tai yhdistettynä kotihoitona. (Tepponen 2007, 61–70.)

Useissa tutkimuksissa on keskitytty nimenomaan integroituun kotihoitoon, millä tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämistä kotihoidoksi. Tepponen (2009, 192–199) toteaa väitöskirjassaan, että kotihoidon palvelut ovat pirstaleisia, laatu ja sisältö vaihtelevat kunnittain eikä palveluiden koordinointi toimi kuten pitäisi. Hän toteaa myös, että yhdistymisestä saadaan hyötyä vasta, kun päällekkäisyydet saadaan karsittua ja johtamisjärjestelmä toimivaksi.

Kotihoidon asiakaskeskeisyyttä ja integraatiota kolmesta näkökulmasta tutkineessa tutkimuksessa tuli esille, että kotihoidon tavoitteet ja arki eivät kohtaa. Niukkuus ja työn rajoitukset estävät tavoitteiden toteutumisen. Työntekijät olivat yleisesti tyytyväisiä integroituun työtapaan ja uusi toimintamalli lisäsi myös vanhusten tietoa siitä, kuka palve-

lusta vastaa. Sisäinen tiedonkulku kotihoidossa oli myös parantunut integroitumisen myötä. Tutkimus toteaa, että kotihoidon tavoite asiakaskeskeisyydestä toteutuu, kun sisäiset työnjaot ja vastuut ovat kaikille selviä ja joihin jokainen on täysin sitoutunut. (Andersson, Haverinen & Malin 2004, 5.)

Kotihoito elää murrosvaihetta. Väestörakenne painottuu yhä iäkkäämpiin ja runsaan avun tarpeessa oleviin asiakkaisiin. Heistä yhä useammat tullaan jatkossa hoitamaan omaan kotiinsa. Hyvä hoito edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden yhteensovittamista myös kotihoitoon. Tavoitteita ovat palveluiden suuri kattavuus, nopea saatavuus, ympärivuorokautisuus, aukottomuus, joustavuus ja tehokkuus. (Helameri 2004, 28–29.)

2.1.1 Kotihoidon tavoite ja tarkoitus

Kotihoidon tavoitteena on sairaalakuormituksen ja pysyvän laitoshoidon vähentäminen, kustannusten säästö, vanhusten terveyden ja toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen, inhimillisen elämänlaadun säilytys, tapaturmien ehkäisy, omatoimisuuden edistäminen ja psykofyysisosiaalisen hyvinvoinnin säilytys (Finne-Soveri 1993, 425–427). Kotihoito on aina tavoitteellista toimintaa. Perustavoitteena on asiakkaan oman suoriutumisen ja itsenäisyyden korostaminen ja ylläpito. Ihmisen itsenäisyyden kannalta oleellista on kotona asuminen mahdollisimman pitkään. (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1998, 14–15.)

Vanhusten hoidon kehittämisen tavoitteet ovat hyvä elämänlaatu, itsemääräämisoikeus ja itsenäinen suoriutuminen (Haukka, Kivelä, Medina, Pyykkö & Vehviläinen 2005, 11–13.) Kotihoidon haasteena ja tavoitteena nähdään yhä iäkkäämpien ja hoidollisesti haastavampien asiakkaiden hoito, kuntoutus ja toimintakyvyn heikkenemisen ehkäisy. Peruskysymyksenä on asiakasvalinta, hoidon kohdistus asiakkaan tarpeisiin sekä laitoshoidon estäminen. Lisäksi tärkeänä osa-alueena kotihoidon kentällä on hoitohenkilökunnan osaamisen ja pysyvyyden vahvistaminen. (Finne-Soveri, Brörkgren, Vähäkangas & Noro 2006, 5–7.)

2.1.2 Kotihoidon sisältö ja hoito- ja palvelusuunnitelma

Kotihoidon tärkein tehtävä on auttaa sairasta tai toimintakyvyltään alentunutta asiakasta selviytymään arkipäivän toiminnoista. Kotihoidon työntekijöiden tärkeä tehtävä on havainnoida asiakkaan voinnin kehittymistä sekä neuvoa palveluihin ja tukiin liittyvissä asioissa sekä asiakkaita että omaisia. Asiakkaiden yleiskunnon huonontuessa, hoitoapua tulisi tarjota myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. (Ikonen & Julkunen 2007, 47–48.)

Kotona itsenäistä selviytymistä voidaan tukea mm. varmistamalla ympäristön esteettömyys, luomalla toimintakyvyn heikkenemistä ehkäiseviä työmuotoja, ottamalla laajasti käyttöön kuntouttava työote, antamalla tehokasta ja oikea-aikaista kuntoutusta toimintakyvyn heiketessä ja järjestämällä riittävät koti- ja muut palvelut (Holma 2003, 10).

Kotihoidossa tarjotaan kotisairaanhoidon ja kotipalvelun lisäksi myös muita tukipalveluita, esimerkkeinä ateriapalvelut, turvapuhelinpalvelut, kuljetuspalvelut sekä siivouspalvelut. Kotisairaanhoidon on hoitotyötä, jota antavat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Palvelu on tarkoitettu ihmisille, jotka sairautensa, vammansa tai toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi eivät pysty käyttämään avoterveydenhuollon tarjoamia muita sairaanhoitopalveluita, mutta kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan kotona. Kotisairaanhoidon on tiimityötä, johon osallistuvat monen alan osaajat kuten lääkärit, terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat. (Ikonen & Julkunen. 2007, 47–48; Hammar 2008, 20–24.)

Keskeisiä kotihoidossa työskenteleviä ammattiryhmiä ovat mm. lähihoitajat, sairaanhoitajat, kotipalveluohjaajat ja lääkärit. Kotihoidossa lääkäri on asiantuntijana asiakkaan sairauksien lääkinällisessä hoidossa. (Mäkinen ym. 1998, 36.)

Kotipalvelut ovat tarveharkintaisia sosiaalipalveluita, joista asiakas maksaa asiakasmaksulakeihin perustuvan ja tulojensa mukaan määräytyvän hinnan. Kotipalvelun tehtävänä on auttaa ja tukea asiakasta päivittäisissä tehtävissä ja tehdä tarvittaessa niitä asiakkaan puolesta. Kotipalveluun kuuluu vuoden 1982 sosiaalihuoltolain mukaisesti erilaisia tukipalveluita, joita voivat olla muun muassa ateriapalvelu, kauppapalvelu, turvapalvelu, kylvetyspalvelu, vaatehuoltopalvelu, siivouspalvelu, asunnon korjauspalvelu ja kuljetuspalvelu. (Ikonen & Julkunen 2007, 44–47; Tepponen 2009, 103–105.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotihoidossa tärkeä työväline, joka ohjaa kotihoitotyön käytännön toteuttamista (Tenkanen 2003, 32–35). Kotihoidon asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma parhaan asiakastyytyväisyyden saavuttamiseksi ja kotihoidon työntekijöiden organisoituun työn toteuttamiseen pääsemiseksi. Suunnitelmassa on tarkoitus sopia palveluista, joiden päämäärä on turvata asiakkaan mahdollisimman itsenäisen suoriutuminen. Palvelu- ja hoitosuunnitelma mahdollistaa tiimin eri alojen välisen yhteistyön asiakkaan hyväksi. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 74–75.) Toteutuessaan hyvin hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa koko vanhustyön prosessia ja palvelee valtakunnallisen tiedonkeruun ja kehittämisen tarpeita (Haverinen & Päivärinta 2003, 3–5).

2.1.3 Kotihoitoa ohjaava vanhuspolitiikka

Vanhuspolitiikan tavoitteena Suomessa on edistää ikäihmisten hyvinvointia, mahdollisimman itsenäistä selviytymistä ja hyvää hoitoa. Tasa-arvoisuus, itsemääräämisoikeus, taloudellinen riippumattomuus ja turvallisuus ovat tärkeimpiä arvoja. Myös sosiaalinen integraatio on tärkeä suomalaisen vanhuspolitiikan avainkäsite. Olennainen haaste vanhuspolitiikalle on modernin ja aktiivisen vanhuskäsityksen toteuttaminen. Siinä keskitytään voimavaroihin sairauksien ja toimintarajoitteiden korostamisen sijaan. Tällainen vanhuskäsitys perustuu yksilöllisyyteen ja arvostaa iäkkään ihmisen itsenäisyyttä, elämäkokemusta ja omia näkemyksiä. (Vanhuspolitiikka 1999.)

Vanhuspolitiikkaa toteutetaan kansallisella ja paikallisella tasolla. Suomalainen vanhuspolitiikka on ollut pitkälti valtion ja kuntien politiikkaa. Se on painottunut sosiaali- ja terveyspolitiikkaan. Yhä enemmän korostetaan kuitenkin myös järjestöjen ja muun yksityisen sektorin merkitystä vanhuspolitiikassa sekä muun yhteiskuntapolitiikan vastuuta. (Vanhuspolitiikka 1999.)

Vanhustenhuollossa palvelujen järjestämisvastuu kuuluu kunnalle. Toiminnan valvonta alueella kuuluu aluehallintovirastolle. Vanhusten palvelujen tarkoitus on auttaa vanhusten arkielämän sujumista ja varmistaa vanhuksen hoito ja huolenpito. Vanhustenhuolto toteutetaan avohoitona, asumispalveluina, laitoshoidona tai omaishoidon tuen avulla. Ikääntyneiden asiakkaiden hoidon ja palvelujen tavoitteeksi on asetettu, että mahdollisimman moni ikäihminen voi elää omatoimisesti itselleen tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössä. Vanhustenhuollon palveluja järjestettäessä asiakkaalle on aina laadittava

palvelu- ja hoitosuunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. (Vanhuspalvelut 2010.)

Ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen, kotona asumisen lisääminen, avopalveluiden tärkeys ja täsmällinen sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö ovat painopisteinä ikäihmistalveluiden valtakunnallisissa linjauksissa. Ikääntyneiden asiakkaiden kotona asumisen perustaksi tarvitaan monipuolisia palveluja kevyestä kodinhoidollisesta avusta sairaanhoidollisiin palveluihin. Kotihoidon vastuulla on erilaisten palveluntuottajien monimuotoisten palveluiden integrointi vastaamaan asiakkaan yksilöllistä avuntarvetta. (Heinola 2007, 9.)

Sosiaali- ja terveystministeriö linjaa ikääntymispolitiikkaa strategiassaan, lainsäädännöllä, laatusuosituksilla, ohjelmilla ja hankkeilla. Ikääntymispolitiikan tavoitteena on edistää ikäihmistalveluiden:

- toimintakykyä
- itsenäistä elämää
- aktiivista osallistumista yhteiskuntaan.

Ikäihmisiä motivoidaan ottamaan vastuuta oman terveystensä ja toimintakykynsä säilyttämisestä. Tässä heitä tuetaan varhaisella ja monipuolisella toimintakykyä edistävällä toiminnalla, kuten järjestämällä liikuntamahdollisuuksia ja edistämällä terveellistä ravitsemusta, kuntoutuksella sekä muilla tarpeenmukaisilla sosiaali- ja terveystalveluilla. Ikäihmistalveluidet eivät ole vain palvelujen tarvitsijoita, vaan myös yhteiskunnan voimavara. Hyväkuntoiset vanhuuseläkeläiset toimivat omaishoitajina, vapaaehtoistyössä ja auttavat lastenlastensa hoidossa. (Vanhuspolitiikka 1999.)

2.2 Kotihoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Ihmisten perusoikeuksista säädetään Suomen hallitusmuodossa. Hallitusmuodon mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Lisäksi hallitusmuotoon on kirjattu mm. yhdenvertaisuusperiaatetta ja syrjintäkieltoa koskevat säännökset: ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä, eikä ketään saa ilman hyväksyttävää syytä asettaa eri asemaan esimerkiksi iän perusteella. Kaikilla on samat oikeudet saada tarvitsemiaan palveluja ikään, sukupuoleen, tuloihin ja varallisuuteen katsomatta. (Vanhuspolitiikka 1999.)

Kotisairaanhoitoa määrittää kansanterveyslaki (66/1972 14§, 15§, 17§), jonka mukaan kotisairaanhoito tarkoittaa terveyskeskuslääkäriin, sairaanhoitajan ja perushoitajan antamaa hoitoa ja palveluita niille, jotka kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan kotona. Kotisairaanhoidon tarkempaa sisältöä laissa ei ole määritelty. Kotipalvelu ja tukipalvelut toimivat sosiaalihuollon alaisina. Sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983, 9§) mukaan ”kotipalvelu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateria- vaatehuolto, kylvytys, siivous, kuljetus, saattaja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja”. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimintaa säätelee myös Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1992). Suomen lainsäädäntö ei mainitse termiä yhdistetty kotihoito (Hammar 2008, 28).

Kotipalvelua, kotisairaanhoitoa ja kotihoitoa määrittävät lait ja asetukset ovat sosiaalihuoltolaki ja kansanterveyslaki. Sosiaalihuoltolain mukaan kotipalvelu on asumiseen, henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kansanterveyslainsa kotisairaanhoidon sisältöä ei ole määritelty. Kotihoidosta ei ole pysyvässä lainsäädännössä mainintaa. Sen sijaan sosiaalihuoltolain (710/1982) ja kansanterveyslain (66/1972) väliaikaiset muutokset mahdollistavat sen, että kunnat voivat organisoida eräät sosiaalihuollon ja kansanterveystyön tehtävät pysyvästä lainsäädännöstä poiketen. Sosiaalihuolto- ja kansanterveyslakiin on lisätty väliaikaisesti uusi luku, joka on kummassakin laissa 2a luku ”Eräiden tehtävien järjestämistä koskeva kokeilu”. (Heinola 2007, 12.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) ilmoittaa, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan tai vakaumustaan loukata ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) asettaa asiakkaalle oikeuden määrätä itse omista asioistaan niin pitkälle kuin se suinkin on mahdollista. Asiakas ei osaa aina itse kertoa, millaista hoitoa tai palvelua hän haluaa. Tällainen ongelma voi olla esimerkiksi kehitysvammaisella, päihdeongelmallisella, mielenterveyspo-

tilaalla tai vanhuksella, joka kärsii vakavista muistihäiriöistä. Tällöin sosiaalityöntekijä kuulee asiakkaan lisäksi hänen laillista edustajaansa tai läheisiään.

Kodinhuollolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kielenkäytössä sitä palvelujärjestelmän osaa, joka kattaa kotipalvelut. Kotihoidon järjestäminen vaihtelee suuresti Euroopassa palvelujen tuottajien kuin tuottamistavankin osalta. Myös eri sosiaaliryhmien ja asuinalueille tarjottavien palvelujen suhteen on eroavaisuuksia. (Walker 2001, 217–228.) Usein perinteikkäissä Euroopan maissa kodinhoitopalvelujen tarjoaminen on keskimäärin voittoa tavoittelematonta, verovarolla tuotettua ja selkeään budjettiin sidottua toimintaa. Maksuperusteet taas vaihtelevat hoidollisten ja auttavien toimenpiteiden kustannushinnoittelusta kotikäyntien määrään ja hoitopäivien mukaan määräytyvään hinna-määrittelyyn. Esimerkiksi Suomessa, Ruotsissa ja Kreikassa asiakkaat joutuvat aina jollain tavalla maksamaan palveluistaan. (Kerkstran & Hutton 1996, 1023–1032.)

2.3 Laatu

Sosiaali- ja terveystalveluiden laatua kehitettäessä tarvitaan täsmällistä tietoa väestön terveydestä, toteutuneen palvelun laadusta ja tavoitetasosta (Pekurinen, Rääkkönen & Leinonen 2008, 1–2). Laadun määritelmänä sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan pitää palveluiden tarpeen täyttämistä ammattitaitoisesti lakien ja asetusten mukaan (Perälä 1995, 18–20). Hoidon laatu muodostuu sen toteuttajien ammattitaidosta ja on sitä tärkeämpää mitä riippuvaisempia ihmiset ovat ulkopuolisesta avusta. (Vaarama 2008, 13–14.)

Laadulla tarkoitetaan yleisesti tuotteen tapaa täyttää asiakkaan tarpeet tai vaatimukset. Myös toiminnan tavoitetta ja tuloksen vastaavuutta seurataan laadun kannalta. Terveystalveluollossa hyvä laatu tarkoittaa resurssien tehokasta käyttöä turvallisesti, taloudellisesti, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tarvitsevien terveystarpeisiin. Hyvä laatu edellyttää aina johdon ja henkilökunnan sitoutumista yhteisiin strategioihin sekä saumatonta yhteistyötä eri toimintayksiköiden välillä. (Koivuranta-Vaara 2011, 8.)

Hoitotyön laatu -käsitteen sisältö riippuu määrittelijästä. Asiakkailta, hoitoa antavilla ammattiryhmillä ja hallinnolla on eri käsitys hoidon laadusta. Laatukseskustelussa tulisi aina määrittellä mitä arvoja siinä heijastetaan. (Lehtomäki 1992, 3–4.) Yleisesti ikäih-

misten hoidossa laatua on mitattu vähän. Syynä voidaan nähdä määrällisesti ja laadullisesti vähäiset henkilöstöresurssit, joiden syynä laadun kehittäminen on jäänyt taka-alalle. (Parviainen 1998, 95–96.)

Pulkkinen (1999, 11–24) tutki pro gradu -työssään laadun kehittämistä terveydenhuollossa. Pulkkisen mukaan julkisen terveydenhuollon laadunhallintaa ei voida määrittellä liiketaloudellisten oppien tai asiakkaiden toiveiden mukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun arvioinnissa on otettava huomioon asiakkaan näkökulma, joka yhdistettynä palvelujen tuottajan ja maksajan näkökulmaan määrittää palvelujen kokonaislaadun. Laadukkaalle hoitotyölle ei ole olemassa universaalia määritelmää. Laatumääreiden laatimisessa on siirrytty systemaattisten välineiden käyttöön, mittaamiseen ja hoidon tulokellisuuden korostamiseen. Laadun määrittelyssä on ollut aiemmin enemmän pehmeitä, subjektiivisia arvoja kuin selviä kustannustekijöitä.

Laatuvaatimuksissa korostuvat hoitotyön periaatteet ja niillä on kuvattu hoitotyön tasoa. Laatuvaatimukset ovat usein abstraktissa muodossa, jolloin niiden mittaaminen ja arviointi on vaikeaa. Vähitellen on alettu ymmärtää, että laatua on tarpeen tarkastella myös muilla tasoilla. Ammatillisesti laadun tarkastelun kannalta on tärkeää tietää, mitä laadulla tarkoitetaan, miten sitä arvioidaan ja miten laadun arvioinnin mittarit määritellään. (Pulkkinen 1999, 113–114.) Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat hoitotyössä sovellettaviin periaatteisiin sekä käytettävissä oleviin voimavaroihin. Vallitsevat arvot ja asenteet vaikuttavat koko terveydenhuollon palvelutuotantoon sekä siihen, mitä laadun näkökulmaa palvelujen käyttäjät, maksajat ja palvelujen tuottajat arvostavat kunnakin aikakautena. (Pulkkinen 1999, 146.)

Väestön ikärakenteen muuttuessa koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Ohjatakseen kunnallisen sekä yksityisen puolen toimintaa, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2008. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoimintalueita kehittämään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008.) Ikäihmisten palveluiden laatua ja saatavuutta on arvioitava ensisijaisesti paikallisesti. Laadunarvioinnin tueksi on tärkeää saada kuitenkin valtakunnallista vertailutietoa, esimerkkinä asiakastytyväisyysmittaukset. (Kaste 2008- 2011, 27.)

Laatusuosituksen valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuot-
ta täyttäneistä henkilöistä

- 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvin
- 13–14 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa
- 5–6 prosenttia saa omaishoidon tukea
- 5–6 prosenttia on tehostetun palveluasumisen piirissä
- 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveystalvelukeskusten vuodeosastoilla (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008).

Kaikista laatusuosituksista Ikäihmisten laatusuositusta hyödynnetään eniten kunnissa toiminnan suunnitteluun sekä aluehallintovirastoissa palvelun valvonta- ja ohjaustoimintaan. (Pekurinen ym.2008, 11–12.)

Laadun arviointikohteita jaotellaan rakenne- ja prosessitekijöihin sekä lopputuloksiin. Rakennetekijät määrittävät organisaation keskeiset toiminnot ja luovat toiminnan edellytykset. Arviointikohteiksi voidaan valita henkilökunnan määrä, henkilöstön rakenne tai johtamis- ja työnjakokäytännöt. Edellä mainitut tekijät ovat perusta toiminnalle ja sitä kautta ne ohjaavat toimintaa hyviin tuloksiin. Toimintaprosessi alkaa asiakkaan tullessa palvelun piiriin ja päättyy kun palvelut loppuvat. Toimintaa arvioidaan hyvän hoidon ja asiakaspalvelun arvosteluperustelujen avulla. Lopputuloksia arvioitaessa tutkitaan saavutettiinako asiakkaan toimintakyvyssä, terveydentilassa tai käyttäytymisessä sellaisia muutoksia, joita tavoiteltiin. Kotihoidossa arvioidaan tuloksia, rakennetekijöitä sekä prosesseja asiakkaan, ammattilaisten ja johtamisen näkökulmista, kiinnittäen huomiota erityisesti laatuun. (Heinola 2007, 15.)

Kunnallisesti tuotettavien palvelujen laatua ei yleensä ole yksityiskohtaisesti määritelty. Monissa tapauksissa laeissa tai niiden nojalla annetuissa asetuksissa on kuitenkin perusteita palvelujen laadun määrittelemiseksi. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus valmistui helmikuussa 2008. Laatusuositukset eivät ole oikeudellisesti sitovia, mutta niitä voidaan pitää asianmukaisten palvelujen mittarina. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008.)

2.4 Laadunhallinta

Laadunhallinta on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Laatutavoitteet perustuvat organisaation omaan laatupolitiikkaan. Johdon kaikki tasot ovat vastuussa laadunhallinnasta, mutta sen toteuttamiseen osallistuvat kaikki organisaation jäsenet. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle 1999, 3.) Laadunhallinnan kautta varmistetaan, että haluttu hyvä laatu todella toteutuu. Toiminnan johtaminen ja ohjaaminen asetettujen strategioiden mukaisesti sekä tavoitteiden toteutumisen seuranta ovat olennaisia tekijöitä laatu-prosessissa. Ohjaamisen apuvälineenä voi toimia laatukäsikirja tai vastaava dokumentti, joissa kuvataan organisaation toiminta- ja toiminnanohjausjärjestelmän ydinkohdat sekä osoitetaan laadun varmistustavat. Laadukas työn jälki ei synny ilman panostusta ja sitoutumista niin johdolta, työntekijöiltä kuin päättäjiltäkin. (Heiskanen 2005.)

Laadunhallinta sisältää tulosten jatkuvan arvioinnin ja vertailun tavoitteisiin sekä toiminnan parantamisen tavoitteiden saavuttamiseksi (Koivuranta-Vaara 2011, 8). Laadunhallinnan ja laadun parantamisen kulmakivi on toiminnan laadun seuranta ja arviointi. Tämä edellyttää säännöllistä ja jatkuvaa mittareiden käyttöä ja saatujen tulosten arvioimista asetettuja tavoitteita vasten. Mittaustulosten perusteella suunnitellaan tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä. Niiden toteuttamista ja vaikutuksia arvioidaan suunnitellusti. (Koivuranta-Vaara 2011, 17.)

Terveydenhuoltolakiin liittyvässä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (1§1mom.) on määritelty, mitä laadunhallintasuunnitelman tulee sisältää. Laadunhallintasuunnitelmat muotoutuvat erilaisiksi eri toimintayksiköissä, mutta tärkeintä on johdon ja koko henkilöstön sitoutuminen laadun kehittämiseen ja laadun tiedostaminen osaksi kaikkea toimintaa. Laadunhallintasuunnitelmien valmistelussa on asetuksen mukaan tärkeää tehdä yhteistyötä sairaanhoitopiirien alueella liittyen järjestämissuunnitelman laatimiseen. Käytännössä yhteistyö helpottaa suunnitelmien laadintaa toimintayksiköissä. (Koivuranta-Vaara 2011, 19.)

Valtakunnallisen laatutyön tavoitteena on yleisen laatumittariston kehittäminen, tämä kuuluu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vastuulle. Terveidenhuoltolaki tulee muuttamaan vuonna 2014, jolloin potilaiden mahdollisuus valita hoitopaikkansa laajenee ko-

ko maan kattavaksi. Suomalaisille tulee tällöin voida tarjota myös laatutietoa valintojen-
sa tueksi. (Koivuranta- Vaara 2011, 19.)

Tämänhetkiset valtakunnalliset laatuksatukset Suomessa on suunnattu lähinnä sosiaali-
ja terveystalan toimijoille. Tulevaisuudessa on tarkoitus lähteä tuottamaan tietoa myös
asiakkaiden laadunvertailutarpeeseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon avoimuudessa ei ole
luotu laadun ja hoidon vaikuttavuutta kuvaavia yhtenäisiä indikaattoreita. Käsitteiden
ja dokumentoinnin yhdenmukaistamista on tehtävä, jotta päästään täydelliseen vertailta-
vuuteen. (Pekurinen ym. 2008, 157–158.)

Kotihoidon seuranta ja valvonta perustuu kanteluihin. Valvontaviranomaisena toimival-
le aluehallintovirastolle voidaan tehdä valvonnanalaista toimintaa koskeva kantelu (hal-
lintokantelu). Kantelu voi koskea sekä kunnallista että yksityistä toimintaa. (Aluehallin-
tovirasto 2011.)

Valviran tai aluehallintoviraston saadessa kantelun, tehdään asiasta selvitys. Jos selvi-
tyksessä havaitaan kantelussa olevan perää, voidaan toimipaikalle antaa hallinnollista
ohjausta kuten huomautus. Valvira voi myös tarpeen vaatiessa antaa terveydenhuollon
ammattihenkilölle kirjallisen varoituksen tai vakavimmissa tapauksissa poistaa toimilu-
van kokonaan. Toiminnan epäkohdat tulee aina Valviran määräyksestä korjata, muuten
seurauksena voi olla sakko. (Kantelun seuraamukset ammattihenkilölle tai terveyden-
huollon toimipaikalle 2010.)

Valvira ohjaa aluehallintovirastoja ja kuntia toimialansa lainsäädännön toimeenpanossa
sekä valvoo sen toteuttamista. Ohjauksen ja valvonnan tavoitteena on:

- edistää väestön terveyttä ja toimintakykyä
- ehkäistä tupakoinnista ja alkoholin käytöstä aiheutuvia haittoja
- varmistaa oikeusturvan toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollossa
- varmistaa palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa
- varmistaa potilasturvallisuutta
- varmistaa elinympäristön terveysriskien hallintaa.
- edistää toiminnanharjoittajien yhdenmukaista kohtelua. (Ohjaus ja valvonta
2010.)

Yksityisten sosiaalipalvelujen tuottajien toimintaa valvotaan lakisääteisesti. 1.10.2011 tuli voimaan uusi laki yksityisistä sosiaalipalveluista (kumosi vanhan valvontalain). Valvonta tapahtuu ennakollisena valvontana lupakäsittelyvaiheessa. Julkiset palvelut eivät ole tällä hetkellä luvanvaraisia. Molempia palveluita kuitenkin valvovat ensisijaisesti kunnat sekä tämän jälkeen valvovat viranomaiset (aluehallintovirastot, Valvira, kunnat). Laadulla valvonnassa tarkoitetaan toistaiseksi vielä (ennen julkaistuja valvontaohjelmia) asiakaslaissa, muun lainsäädännön sekä laatusuosituksen määräyksiä ja suosituksia. (Akaan-Penttilä, 2011.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on määritellä ja selkeyttää kotihoidon laatua tekemällä aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulosten perusteella määritellään millaista on kotihoidon laatu sekä miten kotihoidon laadunhallinta toteutuu Suomessa.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kotihoidon laatua on määritelty terveys – ja sosiaalian tutkimuksissa?
2. Mitä tarkoittaa kotihoidon laatu terveys – ja sosiaalian tutkimuksissa?
3. Millä tekijöillä voidaan arvioida kotihoidon laatua?

4 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, mistä näkökulmista ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsaus on itsessään tutkimus, jolloin sitä nimitetään systemaattiseksi kirjallisuuskatsaukseksi. Kirjallisuuskatsaus on keino syventää tietoja asioista, joista on jo valmiiksi tutkittua tietoa ja tuloksia. Toisin sanoen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimusta, tutkimusten tutkimista eli metatutkimusta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, sen toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Analysoitavissa tutkimuksissa tieto kootaan ja tiivistetään käyttämällä prosessissa apuna sisällönanalyysin menetelmää laadittaessa luokittelurunkoa. Tiivistelmä tullaan lopulta esittämään rungon varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–115.)

Kääriäisen ja Lahtisen (2006, 44) mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan koota, jäsentää ja arvioida jo olemassa olevaa tutkimustietoa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voi toimia teoreettisena viitekehyksenä sekä argumentoinnin tukena. Sen avulla tutkija voi argumentoidusti osoittaa olevansa tietoinen keskeisistä aiheeseen liittyvistä kysymyksistä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusta, joka kohdistuu olemassa olevaan tutkimustietoon (Pekkala 2001, 59–61). Kirjallisuuskatsauksessa nostetaan esiin aiempien tutkimusten arvoa, sen avulla voidaan selvittää, millaista tutkimustietoa on olemassa valitusta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–120).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on yksi luotettavimmista tavoista yhdistää aikaisempaa tietoa. Sen avulla voidaan saada esiin mahdolliset puutteet tutkimustiedossa, ehkäistä uusien usein tarpeettomien tutkimusten käynnistämistä sekä osoittaa ja lisätä hoitotieteellisten alkuperäistutkimusten syntyä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan siis koota, strukturoida ja arvioida olemassa olevaa systematisoimatonta tutkimustietoa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44.)

Tieteellisen tiedon yksi tärkein tunnusmerkki on tiedon julkisuus, tiedon on oltava kaikkien arvioitavissa ja käytettävissä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsauksista sen tarkan, spesifioidun valinta- ja analyysiprosessin vuoksi. (Johansson, Axelin, Stolt, & Ääri 2007, 4-5.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet jaotellaan kolmeen osaan: katsauksen suunnitteluun, katsauksen tekemiseen hakuprosesseineen sekä katsauksen raportointiin (Johansson ym. 2007, 5–6). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu olemukseltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin ja sen toteuttamisessa käytetään usein apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia (Tuomi 2009, 123).

4.1 Alkuperäistutkimusten haku

Tiedontarpeen määrällinen ja laadullinen arviointi auttaa valitsemaan sopivimmat tiedonlähteet tiedonhakuja varten. Lähteiden tuntemisen ja käytön lopputuloksena tietolähteen valinta muuttuu nopeaksi ja helpoksi. (Johansson ym. 2007, 12–13.)

Tarkkojen sisäänottokriteerien määrittely on tärkeää tehdä kirjallisuuskatsaukseen otettaville tutkimuksille (Jones & Evans 2000, 66). Kriteerien on perustuttava aina tutkimuskysymyksiin ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa (Meade & Richardson 1997, 531–537).

Tässä opinnäytetyössä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli suorittaa mahdollisimman kattava haku. Tutkimuskysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehtiin systemaattisesti ja haut kohdistettiin eri hakukoneisiin, joiden oletettiin antavan tutkimuskysymysten kannalta merkityksellistä tietoa. Kaikista kriteerit täyttäneistä töistä käytetään tässä opinnäytetyössä yhteisesti nimitystä dokumentti.

Alkuvaiheessa teimme tiedonhakuja itsenäisesti. Varmistaaksemme tutkimuksen mahdollisimman kattavan laadun saimme hakuprosessin eri vaiheisiin tukea ja opastusta Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikolta. Haut suoritettiin marraskuussa 2011 ja uusintahaut joulukuussa 2011 sekä tammikuussa 2012. Aikataulullisesti etenimme hakujen suhteen nopeasti metodiopintojen suositusten mukaisesti, koska tietokannat päivittyvät nykypäivänä tiheästi ja hakutulokset ehtivät muuttua tällä välin.

Alkuperäistutkimuksia haimme Tampereen ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin kautta tarkennettuna monihakuna sosiaali- ja terveystieteiden aihealueilta. Tarkennetun monihaun tietohakujen aineistona olivat:

- CINAHL/Ebsco, kansainvälinen hoitotieteen tietokanta
- PubMed (lääke- ja terveystieteiden sekä lähialojen tärkein kansainvälinen kirjallisuusviitetietokanta)
- Medic (kotimainen terveystieteiden viitetietokanta)
- LINDA (yliopistokirjastojen yhteistietokanta).

Aineiston haussa käytettiin aikarajausta vuosille 2000–2011 sekä hakukielenä hyväksyimme kielet suomi, ruotsi ja englanti. Tässä työssä käytämme kaikista valituista töistä termiä dokumentti. Hakuprosessia varten luotiin hakusanat. Määrittelimme kirjallisuuskatsauksessa käytettäviä hakusanoja käyttämällä aiemmin tutkittua tietoa sekä VESA-verkkosanastoa, joka pohjautuu YSA:n eli Yleiseen Suomalaiseen Asiasanastoon (Vesa-verkkosanasto 2010). Haussa käytettiin sekä vapaasanahakua että MeSH-termejä (Medical Subject Headings). Keskeisimmiksi hakusanoiksi rajasimme termit kotihoito ja laatu erilaisina kombinaatioina tutkimuskysymysten mukaisesti. Hakusanat tässä opinäytetyössä olivat: ”kotihoito”, ”laatu”, ”laadun*”, ”home care” ”quality”, ”home care services”, ”aged”, ”vanhu*”, ”ikänty*”.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa haut tuottivat yhteensä 140 Full Text- dokumenttia, joista otsikoihin tutustumisen perusteella karsittiin 38 eli jatkotarkasteluun valittiin 102 dokumenttia. Dokumenttien otsikoissa tuli esiintyä jompikumpi sanoista kotihoito ja/ tai laatu tullakseen valituksi tarkempaan jatkotarkasteluun. Lisäksi valintakriteerinä käytettiin edellä mainittua kielirajausta.

Tiivistelmien lukemisen yhteydessä valintakriteereinä käytettiin:

- julkaisuvuotia 2000–2011
- tutkittu ensisijaisesti kotihoidon laatua
- kielinä suomi, ruotsi ja englanti.

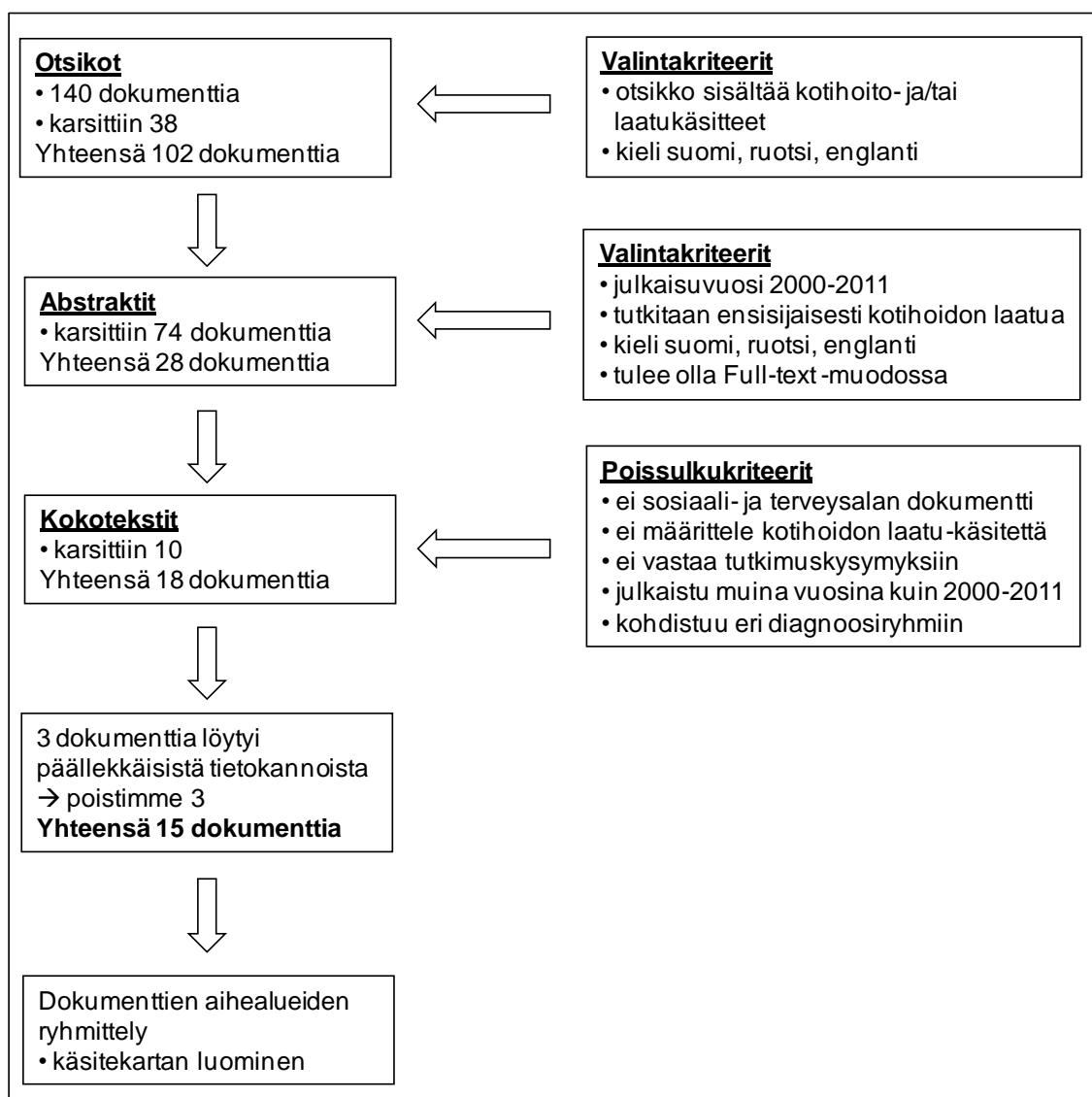
Kriteerien perusteella karsimme 74 dokumenttia ja jäljelle jäi 28 kappaletta.

Seuraavaksi luimme itsenäisesti kaikki 28 dokumenttia läpi ja poissulkukriteerien avulla karsimme 10 kappaletta, jolloin jäljelle jäi 18 dokumenttia. Poissulkukriteereinä käytimme:

- muun kuin sosiaali- ja terveysalan tutkimus
- kotihoidon laatu-käsitettä ei ollut määritelty

- ei vastaa tutkimuskysymyksiin
- aikarajauksen ulkopuolelle jäävät tutkimukset
- tutkimus oli erikoistunut johonkin tiettyyn diagnoosiryhmään.

Osa löydetyistä dokumenteista esiintyi kahdessa tietokannassa, jolloin tarkemman tarkastelun jälkeen huomasimme, että kolme dokumenttia oli jo valittuna toisista tietokannoista ja niitä ei siis valittu kahteen kertaan. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lopullinen aineisto koostui näin ollen 15 dokumentista. Aineiston hakuprosessi on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Aineistonhaku tietokannoista.

Alustavasti pohdimme, että hyväksytyyn dokumentin pitäisi olla vähintään pro gradu-tasoinen työ yltääkseen tarkempaan tutustumiseen. Päätimme kuitenkin laajemman ku-

van saavuttamiseksi hyväksyä mukaan myös valtakunnallisia selvityksiä, suosituksia sekä raportteja, jotka ohjaavat kotihoidon laadun varmistusta Suomessa. Esimerkiksi yhtenä lähteenä on käytetty muun muassa Sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu - opas laatuun dokumenttia.

Lopullinen aineistonvalinta jakautui seuraavasti tietokannoittain:

- CINAHL: 0 dokumenttia
- PubMed: 1 dokumentti
- Medic: 5 dokumenttia
- LINDA: 9 dokumenttia.

Hakuprosessi on kuvattu tarkemmin työn lopussa liitteessä 1.

4.2 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pääperiaatteena pidetään läpinäkyvyyttä. Tarkoituksena on tuottaa tutkimus, jonka jälkeen sitä myöhemmin hyödyntävät voivat nähdä koko tiedonkeruuprosessin. Koko prosessi on syytä kuvata huolellisesti, tiedonkeruun olosuhteet, häiriötekijät, käytetty aika, luokittelumenetelmät, tulkinnat ja päätelmät tulevat näkyviin dokumentista. (Koivisto & Haverinen 2006, 108–126.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa edetään ennalta laadittujen tutkimuskysymysten mukaisesti valikoimalla materiaali ja analysoimalla se sisäisesti (Petticrew 2001, 98–100). Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten valinta tapahtuu vaihe vaiheelta sen mukaan vastaavatko haun tutkimukset asetettuja sisäänottokriteerejä. Sopivuutta tarkastellaan otsikon, abstraktin sekä koko tekstin mukaan. (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2003.)

Tutkimusnäyttöä arvioidessa huomioidaan näytön vahvuus, joka vaihtelee käytetyn tutkimusasetelman ja tutkimuksen laadun mukaan. Vahvinta näyttöä edustavat järjestelmälliset katsaukset ja luotettavaksi arvioituun tutkimusnäyttöön perustuvat suositukset. (Sarajärvi 2011, 14–15.)

Alkuperäistutkimusten valinnan ensimmäisessä vaiheessa opinnäytetyön tekijät kävivät hakujen otsikot yhdessä läpi. Lopullisten 15 dokumentin valinnan jälkeen molemmat lukivat itsenäisesti kokotekstit huolellisesti läpi. Lukiessa kiinnitimme huomiota tutkimuksen tarkoitukseen, tutkimusmenetelmään, aineistoon ja tuloksiin. Dokumenteista läpikäytiin tarkasti myös lähdeluettelot. Sisältöön tarkemmin tutustumisen jälkeen arvioimme dokumenttien näytön vahvuuden arviointitaulukkoa käyttäen (taulukko 1). Aloittelevina tutkijoina valitsimme näytön vahvuuden arviointiin Suomalaisen lääkäri-seura Duodecimin ja Käypä hoito- suosituksissa käytettävän näytön vahvuuden arviointitaulukon. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Niissä käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. Suosituksia laatii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Suositusten tuottamisesta vastaavat asiantuntijatyöryhmä ja Käypä hoito -toimitus julkisella rahoituksella. (Käypä hoito-suositus 2012.)

TAULUKKO 1. Näytön vahvuuden arviointi Käypä hoito-suosituksen mukaan.

NÄYTÖN VAHVUUDEN ARVIOINTI		
Koodi	Näytön aste	Selitys
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelvollinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta tiedosta, joka ei täytä tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia

Valintakriteerit täyttävät alkuperäistutkimukset käytiin läpi ja taulukoitiin tulosten analysointia ja vertailua helpottamaan (Liite 2). Taulukoinnissa käytettiin seuraavia otsikoi- ta: tutkimuksen nimi, tutkija, vuosi ja maa; tutkimuksen tarkoitus; tutkimusjoukko; tut- kimusmetodi, keskeiset tulokset sekä näytön vahvuus. Taulukkoon on koottu kaikki lo- pulliseen analysointiin valikoituneet alkuperäistutkimukset sekä valitsemamme muut dokumentit. Analysoinnissa ja tulosten vertailussa taulukko toimii yhteenvetona. Tulok- set käsiteltiin yhdessä molempien työn tekijöiden toimesta.

Yksi tärkeä ulottuvuus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käytössä on näyttöön pe- rustuva päätöksenteko, jolla tarkoitetaan tutkitun tiedon tuomista päätöksenteon tueksi ja sitä varten. Näyttöön perustuva päätöksenteko on parhaimman toimintatavan eli te- hokkaimman ja tuloksellisimman toimintamallin etsimistä. (Metsämuuronen 2005, 578.) Tarve saada tietoa päätöksentekoon yhdessä tiedon määrän nopean kasvun kanssa asettaa hyvät perusteet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hyödyntämiselle.

4.3 Sisällönanalyysi alkuperäistutkimusten analyysimenetelmänä

Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiprosessiin kuuluu pelkistämistä, systemoimista ja abstrahointia. Pelkistäminen tarkoittaa aineistosta löydettyjä ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Esiin tulleet ilmaukset systemoidaan yhteenkuuluvuuden mukaan ja ryhmä nimetään kuvaavilla käsitteillä, joiden mukaan muodostetaan alakategoriat tai kategoriat. Ryhmittelyn jälkeen seuraa abstrahointi, jolloin käsitteistä muodostetaan yleiskäsitteiden avulla uusia kategorioita, yläkategorioita ja lopulta saadaan selkeä ku- vaus tutkimuskohteesta. Kategorioiden nimeämisessä voidaan käyttää deduktiivista päättelyä eli kategorialle annetaan nimi, joka on jo aikaisemmin tuttu käsite tai sanapari. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5–7.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kerätyn aineiston analysointi, tulkinta ja joh- topäätösten teko on tärkein asia koko tutkimuksessa. Analyysivaiheessa tutkija selvittää millaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiinsa. Aineiston analyysi ja käsittely on aloitettava mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 223.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan ote tutkimukseen on hyvin lähellä oleva, strukturoimaton ja teorioita kehittelevä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 131—132). Kvalitatiivista tutkimusotetta moititaan joskus subjektiiviseksi, vaikka sen avulla voidaan päästä parempaan objektiivisuuteen (Soininen 1995, 34).

Deduktiivista sisällönanalyysia suuntaa aina aikaisempaan tietoon perustuva teema tai käsitekartta. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, jossa on kootuna sisällöllisesti sopivia osioita aineistosta. Deduktiivisessa sisällönanalyysissa voidaan käyttää joko strukturoitua tai strukturoimatonta runkoa. Strukturoimaton analyysirunko on väljä, jolloin sen sisälle luonnollisesti muodostuu aineistosta kategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–12; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23, 26.) Sisällön analysointi sopii erinomaisesti kirjallisen aineiston analysointiin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

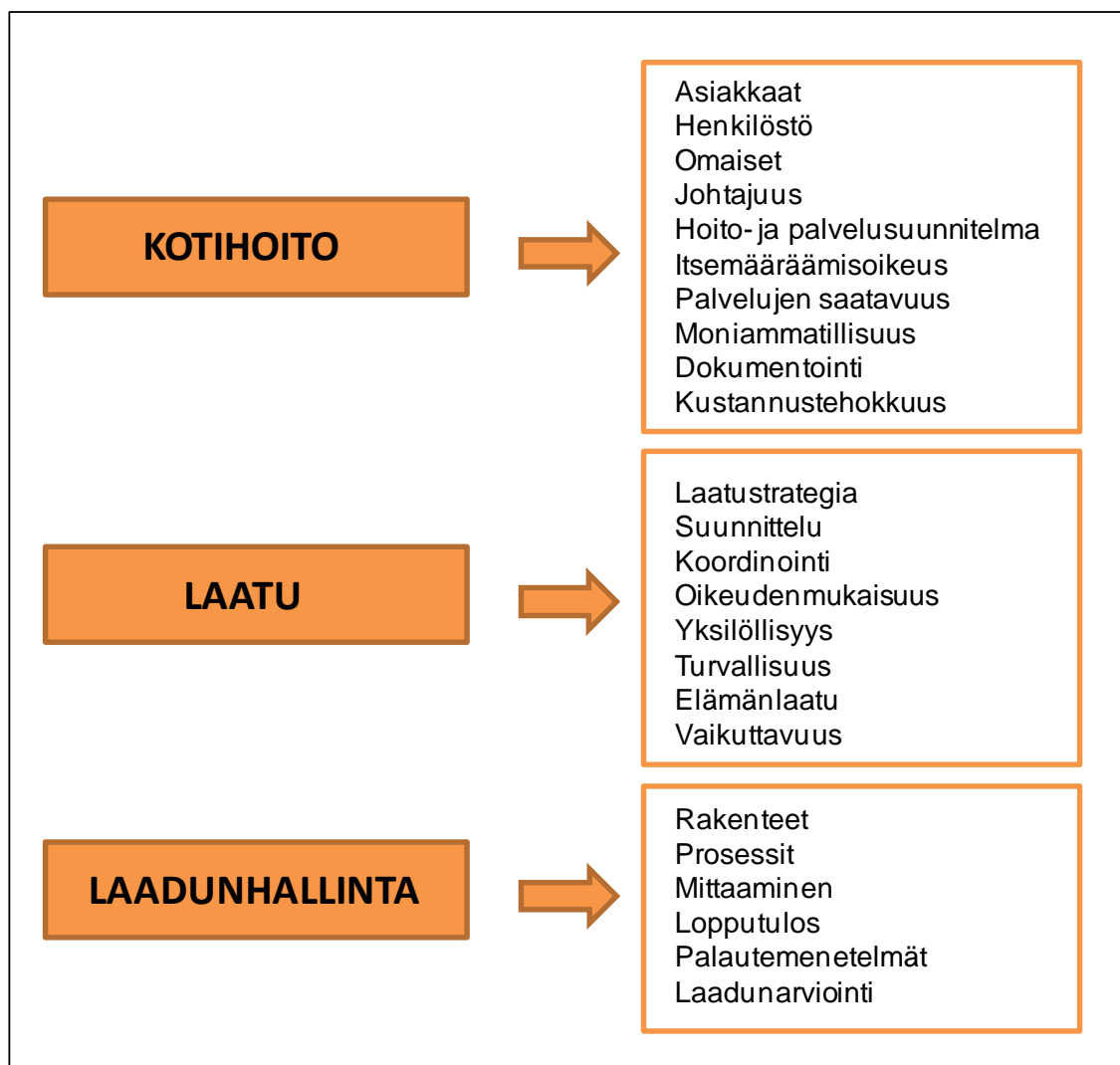
Sisällönanalyysin tarkoitus on saada aikaan tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin lopputuloksena syntyy tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Usein analyysi määritellään prosessina, jossa tuotetut kategoriat kvantifioidaan. Kuitenkin joidenkin määritelmien mukaan laadullinen sisällönanalyysi päättyy kysymykseen, kuinka monta kertaa jokin asia ilmenee aineistossa. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 4-5.)

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuoda struktuuria ja selkeyttä aineistoon. Tätä analyysin muotoa voidaan käyttää kaikessa laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysi voi olla paitsi yksittäinen metodi, myös teoreettinen kehys, joka voidaan liittää eri analyysikokonaisuuksiin ja useimmat analyysimenetelmät perustuvat sisällönanalyysiin. (Tuomi ym. 2009, 91,105.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston pelkistäminen tehtiin siten, että lukemisen yhteydessä aineistosta alleviivattiin tutkimuskysymyksiä vastaavia ilmaisuja eri värein. Kullekin tutkimuskysymykselle oli määritelty oma värinsä, eri värien käyttäminen helpotti aineiston hahmottamista. Kumpikin opinnäytetyöntekijä luki ja alleviivasi löytämänsä kategoriat artikkeleista itsenäisesti, jonka jälkeen jokainen niistä käytiin keskustellen läpi. Aineiston ryhmittelyssä alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi, ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat ajatuskokonaisuudet

ryhmiteltiin, yhdistettiin yläkategoriaksi ja nimettiin sen sisältöä kuvaavalla alakategoriakäsitteellä.

Raportissamme esitetään tutkimuskysymysten avulla strukturoimamme käsitekartta, josta näkyy analyysissä muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. (kuvio 2). Käsitekartassa kuvataan yläkategorioiden sisällöt käyttäen alakategorioita. Käsitteellistämässä ryhmät muokkaantuivat usean läpikäynnin jälkeen yhä uudelleen, kunnes 3 kpl yläkategoriaa muodostuivat. Niiden rinnalle kehittyi 24 alakategoriaa.



KUVIO 2. Käsitekartta

5 TULOKSET

Kotihoidon laatuun liittyviä tuloksia löytyi kaikista 15 lopullisesta lähteestä. Tulosten otsikointi tapahtui dokumenttien analysoinnin perusteella laaditun käsittekartan avulla.

5.1 Kotihoito

Kotihoidon laadun eri tasoja voi olla asiakkaan ja työntekijän välisen vuorovaikutuksen taso, työyksikön ja organisaation taso, yhteisön taso sekä yhteiskunnallinen taso (Heinola 2007, 13,31). Kotihoidon sisältöä ja laatua voidaan määrittää myös avun saatavuuden, riittävyuden, tarpeenmukaisuuden, ajan riittävyuden, ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen sekä hoidon jatkuvuuden osalta (Karhula 2001, 35; Paljärvi ym. 2007, 94; Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 3,31; Paljärvi ym. 2011, 4). Kotihoidon tulee olla responsiivista eli vastata asiakkaan tarpeisiin ja yksilöllisiin toiveisiin (Vaarama 2006, 14). Asiakkaan tulee saada asua kodissaan mahdollisimman pitkään ja saada räätälöityä palvelua säilyttäen itsemääräämisoikeutensa (Paljärvi ym. 2007, 101; Salonen 2007, 13–15; Voutilainen 2007, 29; Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 13; Paljärvi ym. 2011, 8).

Kotihoidon henkilöstön työ muuttui 1990-luvulla. Muutos muutti henkilökunnan työn tehtäväkeskeisyydestä asiakasta aktivoivaan työotteeseen ja se edellytti henkilökunnalta uudenlaisen ammattitaidon oppimista. (Toljamo & Perälä 2008, 12.) Ikäihmisen kotona asumiseen vaikuttavat ensisijaisesti kodin varustelutaso, lähiomainen ja lähiympäristö sekä toimiva auttajien verkosto. Asiakkaat katsoivat kotihoidon toimivuuden edellytykseksi toiminnan koordinoinnin, tiedottamisen sekä vapaaehtoistyöntekijöiden ja erilaisten apuvälineiden lisäämisen ja välityksen sekä koulutuksesta huolehtimisen. (Lukkaroinen 2002, 22.)

Ikäihmisten itsensä kuvaamia laatutekijöitä olivat oikea-aikaiset ja tarpeelliset palvelut, työntekijöiden vuorovaikutus, työntekijän ammattitaito, pysyvyys, palveluiden toimivuus, luotettavuus ja turvallisuudentunne (Heinola 2007, 31).

Laadullisesti asiakkaan näkökulma voi olla terveydentilan tai elämänlaadun muutos ja/tai elämänlaadun parantuminen (Voutilainen ym. 2002,13; Vaarama 2006, 7–8; Heinola 2007, 42–43; Vaarama ym.2009, 29). Asiakaslaatu viittaa asiakkaan kokemukseen eli kotihoidon kykyyn vastata asiakkaan tarpeisiin ja täyttää ne odotukset, jotka hän on hyvälle hoidolle ja palvelulle asettanut (Heinola 2007, 15). Kotihoidon laadukkaassa järjestämisessä on kiinnitettävä huomiota asiakkaiden erilaisiin palvelutarpeisiin (Tepponen 2009, 197). Asiakaskeskeisen lähestymistavan tarkastelussa ovat keskeisinä asioina asiakkaan kokemus elämästä, autonomia ja osallistuminen (Toljamo & Perälä 2008, 10).

Asiakasnäkökulmasta laatua on mitattu palveluiden riittävyydellä, kotihoidon jatkuvuudella, työntekijöiden ammattitaidolla ja vuorovaikutuksella, asiakas-työntekijäsuhteella, asiakkaan itsemääräämisoikeudella, kotona asumisen turvallisuudella, palvelun sosiaalisilla tuloksilla sekä kokonaisuuden palvelutyytyväisyydellä (Karhula 2001, 49; Voutilainen ym. 2002, 205; Vaarama ym. 2006, 10–11; Heinola 2007,32; Paljärvi ym 2011,8). Ammatillinen laatu kuvaa työntekijöiden näkökulmasta palvelun kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin ja toteuttaa niitä toimintoja, jotka ovat välttämättömiä tavoiteltavien lopputulosten saavuttamiseksi. Johtamisen laadulla tarkoitetaan olemassa olevien voimavarojen tehokasta käyttöä asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseksi toimintaa koskevien säännösten ja toimintaohjeiden rajoissa. (Heinola 2007, 15.)

Ammatillisen työn näkökulmaa voidaan tarkastella kliinisen edistymisen kautta sekä asiakkaan tyytyväisyydestä hoitoon (Voutilainen ym. 2002, 15; Vaarama ym. 2006; 15–16; Voutilainen. 2007,19; Paljärvi ym. 2011,8). Työntekijälähtöisessä lähestymistavassa painottuu asiakkaan sairaus ja sen hoitaminen (Toljamo & Perälä 2008, 10).

Henkilöstöstä huolehtiminen on tärkeä asia. Panostusta vaativia asioita ovat muun muassa työssä viihtyminen, psyykkinen ja fyysinen hyvinvointi, työn organisointi, asiakas-suhteiden merkitys, työnjako ja tavoitteet sekä organisaatiokulttuuri. Laadukkaiden palveluiden perustana on henkilöstön määrä, osaaminen ja työhyvinvointi. (Voutilainen 2007, 189–193.)

Henkilöstövoimavarat tulee suunnata tarkoituksenmukaisesti asiakkaiden tarpeet huomioiden sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä, muuttuvaa toimintaympäristöä tarkasti seuraten. Mitoituksen tueksi tulee edelleen laatia tarkoituksenmukainen sisältö laa-

tusuosituksissa. Henkilöstön määrä ja rakenne ovat kehittyneet suositusten suuntaisesti, mutta kehittämisen tarvetta on vieläkin runsaasti. (Voutilainen 2007, 53, 62.)

Omaiset ovat ikääntyneiden palveluiden voimavara, jotka sekä tukevat asiakasta saamaan tarvittavat palvelut että täydentävät omalla tekemisellään palveluita. Omainen voi auttaa henkilöstöä ymmärtämään paremmin ikäihmisen historiaa ja käyttäytymistä, läheisten olemassaolo luo myös ikääntyvälle merkityksellisyyden tunnetta. Kotihoidossa omaiset auttavat usein asiakasta esimerkiksi raha-asioissa, kaupassa, asioimisessa ja siivouksessa. (Voutilainen ym. 2002, 77–78.)

Omaiset suhtautuvat laatuun asiakkaita kriittisemmin. He kokevat tärkeäksi työntekijöiden ammattitaidon, mutta kritisoivat muun muassa työntekijöiden kiirettä, tiedonkulkua, siivousavun ja ulkoilun riittämättömyyttä. (Vaarama 2006, 19–20.)

Laadukas ikäihmisten hoito voidaan varmistaa laadukkaalla johtamisella, selkeällä suunnittelulla ja seurannoilla sekä henkilöstön ja työyhteisön hyvinvoinnin turvaamisella (Karhula 2001, 45; Voutilainen ym. 2002, 15, 189; Vaarama ym. 2006, 15–16 Heinola 2007, 82–83). Johtamisen laadukkuutta voidaan arvioida resurssien tehokkaalla hyödyntämisellä ja palveluiden oikeudenmukaisella jakautumisella (Voutilainen ym. 2002, 202; Vaarama ym. 2006, 15–16; Voutilainen 2007, 26). Hoitotyön henkilöstö tarvitsee tuekseen työn sisällön tuntevia johtajia, joilla on mahdollisuus vaikuttaa henkilöstön määrään ja rakenteeseen (Voutilainen 2007, 53).

Kotihoidon johtamisessa on huomioitava asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, toimivuus ja saumaton organisoituminen. Keskeisiksi tekijöiksi muodostuvat suunnittelun ja henkilöstön johtaminen. (Heinola 2007, 82–83; Toljamo & Perälä 2008, 18.)

Lakisääteinen hoito- ja palvelusuunnitelma turvaa asiakkaan hoidon ja palvelujen yksilöllisyyden ja jatkuvuuden sovittamalla ne saumattomaksi kokonaisuudeksi. Suunnitelman tulee sisältää kuvaus hoidosta sekä koordinoituvastuun pääasiallisesta kantajasta, joka vastaa myös suunnitelman jatkuvasta arvioinnista ja tiedotuksesta. Asiakkaasta ja hoidosta koottu tieto tulee kirjata asiakas- ja potilasasiakirjoihin, jotta se on kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa ja käytettävissä. (Voutilainen ym. 2002, 91–94.)

Asiakkaan saaman kotihoidon palvelun hyvä sisällöllinen dokumentointi mahdollistaa laadun seurannan ja arvioinnin. Kirjaaminen tekee toiminnasta läpinäkyvää ja auttaa arvioimaan palveluprosessin kokonaisuutta sekä asiakkaan tarpeen toteutumista prosessissa. Hyvällä kirjaamisella on selkeä yhteys laatuun. (Heinola 2007, 26–27.) Kotihoidon ammatillisen laadun yhdeksi tekijäksi on määritelty hoitotyön dokumentointi. Kirjaaminen on osa ammatillista toimintaa. Hyvä kirjaaminen voidaan aukottomasti yhdistää hyviin hoitotyön tuloksiin. Kirjaaminen voi olla asiakkaan tarpeiden dokumentointia, hoidon suunnittelun dokumentointia, hoidon toteutuksen dokumentointia sekä hoidon laadun arvioinnin dokumentointia. (Voutilainen ym. 2001, 208; Vaarama ym. 2006, 11–12; Toljamo & Perälä 2008, 16.)

Palvelujen saatavuus on riippuvainen siitä, saavatko asiakkaat palvelut toivomansa aikana, käyntien lisäyksestä tarpeen kasvaessa ja kuinka asiakas saa yhteyden henkilökuntaan (Karhula 2001, 4; Voutilainen ym. 2002, 39).

5.2 Laatu

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa kuntia laatimaan ikääntymispoliittisen laatustrategian, jossa määritellään visio ja linjaukset ikäihmisten palveluiden turvaamiseksi. Strategian toteutumista tulee seurata ja arvioida säännöllisesti, laadun kehittämiseen tulee ottaa kuntalaiset aktiivisesti mukaan. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 16–17.) Ministeriön mukaan palveluiden laadun takaaminen edellyttää toimivia palveluketjuja. Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä muiden palveluiden on toimittava täydellisesti yhteen laadukkaan hoidon takaamiseksi. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 29–30.)

Vanhuspoliittisten strategioiden sisällönanalyysi osoitti, että suunnittelu lisää toiminnan tavoitteellisuutta. Ikäihmisten laatusuositusta on hyödynnetty erityisesti suunnittelun tukena. Vanhuspoliittiset strategiat ovat saaneet suosituksesta konkreettista sisältöä mm. ehkäisevien kotikäyntien lisäämistarpeeseen, kotiin annettavien palvelujen monipuolistamiseen, avun kohdentamisen kehittämiskriteereihin ja henkilöstövoimavarojen riittävään turvaamiseen. (Voutilainen 2007, 56, 61.)

Hyvän laadun määritelmä kotihoidossa on EQUIP-tutkimuksen mukaan viidessä eri Euroopan maassa hyvin samankaltainen. Asiakkaan tulee saada asua kodissaan mahdollisimman pitkään, saada juuri hänelle räätälöityä palvelua pitäen itsemääräämisoikeutensa. Hoitoa tulee antaa ”hyvällä sydämellä”. (Salonen 2009, 13–15.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus määrittää ikäihmisen laadukkaan hoidon periaateiksi oikeudenmukaisuuden, itsemääräämisoikeuden, osallisuuden, yksilöllisyyden ja turvallisuuden. (Karhula 2001, 8; Voutilainen 2007, 18; Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 31.)

Laadukas ikäihmisten hoito ja palvelu edellyttävät työntekijän ja koko työyhteisön hyvinvoinnin turvaamista. Näin varmistetaan työssä viihtyminen ja työhön sitoutuminen. Ryhmädynamiikan tukeminen ja niiden ilmiöiden tunteminen vahvistavat työryhmän toimivuutta. (Voutilainen ym. 2002, 189.) Laadun takaaminen edellyttää myös toimivia palveluketjuja sosiaali- ja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä muiden palvelujen osalta. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 29–30; Tepponen 2009, 115.)

Laadukkaan kotipalvelutoiminnan periaatteena toimivat asiakaslähtöisyys, kattava tarpeenarvointi, tavoitteellinen toiminta, kuntouttava työote, yhteistyö, turvallisuus, vaikuttavuus ja tutkimustiedon hyödyntäminen (Karhula 2001, 54; Voutilainen ym. 2002, 15; Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 31). Työn uudelleenjärjestelyllä on todettu olevan vaikutusta henkilöstön viihtyvyyteen, työmotivaatioon ja itsearvioituun suorituskyykyyn (Toljamo & Perälä 2008, 15).

Kotihoidon palveluiden laatu, asiakkaan elämänlaatu ja johtaminen ovat suoraan kytköksissä toisiinsa (Vaarama ym. 2009, 29). Hyvä hoito ja palvelu ovat iäkkään ihmisen yksilöllisten voimavarojen ylläpitämistä ja tukemista, yksilöllisiin tarpeisiin vastaamista, itsemääräämisoikeuden kunnioittamista sekä pyrkimystä jatkuvasti parantamaan elämänlaatua ja tyytyväisyyttä (Karhula 2001, 58–59).

Laatutekijöinä pidetään myös ikäihmisten elämänlaadun kokemista. Elämänlaatu on jaettu WHO:n määritelmän mukaisesti fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen sekä ympäristölouettavuuteen. Ikääntyneiden tärkeimmäksi osa-alueeksi määritellään toimintakyky ja sen myötä päivittäisistä toimista selviytyminen. Kotihoidon tulee tukea asiakkaan toi-

mintakykyä ja elämänlaatua, tunnistaa sekä hyödyntää asiakkaan omia voimavaroja ja tukea häntä niiden käyttämisessä. (Karhula 2001, 9; Voutilainen ym. 2002,13; Vaarama ym. 2006,9; Heinola 2007, 42–43; Paljärvi ym.2011, 11.)

Ohjauspoliittiset suositukset ovat palvelujen uudistamisen merkittävä väline. Suositukset tulee valmistella yhteistyöllä, jolloin kaikilla keskeisillä sidosryhmillä on mahdollisuus vaikuttaa niiden sisällöllisiin painotuksiin. Näin voi syntyä merkittävää sosiaalista pääomaa, luottamusta ja yhteisiä tulevaisuudennäkymiä. Ikäihmisten strategioissa tulee korostaa konkreettisten tavoitteiden asettamisen merkitystä, muutoin seurannalta ja arvioinnilta puuttuu perusta. (Voutilainen 2007, 61.)

5.3 Laadunhallinta

Rakenteiden arviointi koostuu palveluiden materiaalisista ja immateriaalisista voimavaroista, kuten asiakkaan voimavarat, yksiköiden määrälliset resurssit ja laadunhallinnan järjestelmät sekä johtamisen käytännöt. Prosessien arviointi puolestaan kohdistuu hoitointerventioihin, hoidon jatkuvuuteen, prosessien ammatillisuuteen ja eettisyyteen. (Vaarama ym.2006, 7–8.)

Työn kehittämisen lähtökohta on oman käytännön tarkastelu prosessina. Nykyinen toimintatapa kuvataan sanallisesti ja kaavoina, jonka jälkeen käytännön kuvaus ja sen tarkastelu auttavat tunnistamaan mahdollisia ongelmia ja kehittämistarpeita. Työkäytännöille määritellään kriteerit sekä vaatimustasot kuvaamaan tavoitetasoa, joka halutaan saavuttaa. (Voutilainen ym. 2002, 206.) Mittaaminen ja arviointi voivat kohdistua rakenteisiin, prosesseihin tai tuotoksiin ja lopputuloksiin (Voutilainen ym. 2002, 297).

Prosessien jatkuva parantaminen ja kuvaaminen auttavat tunnistamaan toimivat käytännöt ja puutteet, kirkastamaan ammatillisen työn tavoitteita, saattamaan kotihoidon tehtävät läpinäkyviksi sekä ovat henkilökunnan koulutuksen ja perehdytyksen välineitä (Heinola 2007, 52). Prosesseihin kuuluvat asiakkaan hoitopolun kuvaaminen, hoitopolussa esiintyvän ongelman tunnistaminen, ratkaisujen etsiminen tunnettuihin ongelmiin, muutoksen ja juurruttamisen suunnittelu sekä uuden käytännön kuvaaminen, kokeilu ja arviointi. (Toljamo & Perälä 2008, 18.)

Laatu voidaan varmistaa hyvällä johtamisella, suunnittelulla ja seurannoilla. Suunnittelussa tulee huomioida toiminnan laajuus, sisältö, laatu sekä kustannukset. Kotihoidon muutoksia tulee seurata säännöllisillä työajanseurannoilla. Työn sisällön osalta seurataan työn laajuutta sekä työn painopistealueita. (Karhula 2001, 19–20.) Kotihoidon laadun tutkimusmittareina voidaan käyttää asiakkaiden haastattelulomaketta, asiakirjojen tarkastelulomaketta, kohdennustehokkuuden mittaamista dokumentaatiosta sekä johtajakyselyä (Vaarama ym. 2006, 12–13).

Kotihoidon henkilöstön määrittämiseksi on kehitetty laskennallinen malli, joka perustuu asiakkaiden ikäjakaumaan ja kotihoidon intensiteettiin. Mallia ei ole vielä otettu käyttöön kaikissa kunnissa ja vuonna 2012 tulee julki kotihoidon laatusuositus, jossa laskentamallia on tarkoitus tarkentaa ja siitä tulee lainvoimainen. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 3-5.)

Kotihoidon laatua voidaan mitata asiakasnäkökulmasta seuraavien ulottuvuuksien avulla: palvelun riittävyys, kotihoidon jatkuvuus, työntekijöiden ammattitaito ja vuorovaihtaminen, asiakas-työntekijäsuhde, asiakkaan itsemäärääminen, kotona asumisen turvallisuus, palvelun sosiaaliset tulokset sekä palvelutytytyväisyys kokonaisuutena. Laatujohtamisesta voidaan luoda kokonaisvaltainen malli, jonka osa-alueita ovat asiakaslähttäisyys, johdon sitoutuminen, koko organisaation osallistuminen laadun kehittämiseen, hyvälaatuisen palvelun tuottaminen ja prosessien jatkuva parantaminen. (Vaarama ym. 2006, 15–16.)

Laadunarviointia voi tehdä käyttäjä, tuottaja tai ulkopuolinen taho. Laatua voidaan arvioida työyksikön toimintana, johtamiskäytäntöinä, prosessien hallinnan käytäntöinä, erilaisten asiakkaiden huomioonottamisena sekä palvelujen seurannalla ja arvioinnilla. (Voutilainen ym. 2002, 208; Heinola 2007, 13–14.) Yksittäisestä näkökulmasta ei voida mitata laadunarviointia (Heinola 2007, 15). Kotihoidon laatua voidaan arvioida prosessien, vaikutusten ja rakenteellisten laatutekijöiden kannalta (Heinola 2007, 98–99). Laadunarvioinnissa on tärkeää arvioida työyksikön toimintaa, kohteina johtamiskäytännöt, yksikön perustehtävä, prosessien hallinnan käytännöt, erilaisten asiakkaiden huomioonottaminen sekä palvelujen seuranta ja arviointi (Voutilainen ym. 2002, 208).

Palautemenetelmiä voivat olla sekä laadulliset että määrälliset menetelmät (Karhula 2001, 33; Voutilainen ym. 2002, 206). Kotihoidon laatuun liittyvää palautetta voidaan

hankkia asiakkailta (Karhula 2001, 32; Voutilainen ym. 2002, 206; Heinola 2007, 32; Paljärvi ym. 2007, 94; Toljamo & Perälä 2008, 19; Paljärvi 2011, 5), omaisilta (Voutilainen ym. 2002, 80; Paljärvi ym. 2007, 94; Toljamo & Perälä 2008, 19; Paljärvi ym. 2011, 5) sekä työntekijöiltä (Voutilainen ym. 2002, 206; Heinola 2007, 16; Paljärvi ym. 2007, 94; Toljamo & Perälä 2008, 19; Paljärvi ym. 2011, 5.)

Palautteen hankkiminen on keino sekä lisätä asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia että väline arvioida omia toimintatapoja. Palautemenetelmiä ovat yksilö- ja ryhmähaastattelut tai erilaiset havainnointimenetelmät sekä tyytyväisyyskyselyt.

Mittaamalla kerätään tietoa toiminnasta, arvioidaan toimintaa ja tehdään johtopäätöksiä toiminnan muuttamisesta tai kehittämisestä. Mittaaminen ja arviointi voi kohdistua rakenteisiin, prosesseihin tai tuotoksiin ja lopputuloksiin. (Voutilainen ym. 2001, 205–207.) Kotosa-hankkeessa kehitettiin kotihoidon laadun kriteeristö (Liite 3). Laatua arviointiin kotihoidon prosessien, vaikutusten ja rakenteellisten laatutekijöiden kannalta (Heinola 2007, 98–99). Care Keys tutkimuksessa luotiin laadun arviointikehikko (Liite 4) sekä laatuindikaattoreita (Liite 5).

Norjassa laadunarviointi on jaettu kuuteen osaan: laadunarvostukseen, johdon sitoutuneisuuteen, prosessisuuntautuneisuuteen, suorituskyvyn mittaamiseen, työntekijöiden osallistumiseen ja asiakkaiden fokusointiin (Genet, Boerma, Kringos, Bouman, Francke, Fagerström, Melchiorre, Greco & Deville 2011, 3-4).

Laadun avainmuuttujilla (Liite 6) voidaan luoda asiakkaan, ammatillisen kirjaamisen ja johtamisen laadun muuttujia. Muuttujia on suositeltavaa käyttää kotihoidon laadun arviointiin. (Vaarama ym. 2006, 10.) Kokonaislaatu syntyy, kun kotihoidon palveluvalikoima vastaa väestön tarpeisiin ja asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa palveluun (Karhula 2001, 53–58).

Laadunhallinnan suhteen työmme tuloksista nousee esille näkökulmia, jotka on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Laadun näkökulmia.

Laatunäkökulmat asiakastasolla: <ul style="list-style-type: none">- itsemääräämisoikeus- palvelujen saatavuus- palvelujen pysyvyys- elämänlaatu- informaation saaminen- henkilöstön ammattitaito, luotettavuus, turvallisuus	Laatunäkökulmat ammatillisen työn tasolla: <ul style="list-style-type: none">- kattava dokumentointi- kliininen edistyminen- asiakastyytyväisyys hoitoon- työhyvinvointi	Laatunäkökulmat organisaation tasolla: <ul style="list-style-type: none">- toiminnan suunnittelu ja koordinointi- toiminnan arviointi ja seuranta- moniammatillisuus- saumaton palveluketju- asiakaslähtöisyys- resurssien tehokas käyttö- kustannustehokkuus
--	--	--

6 POHDINTA

Kotihoidon laadusta ei ole yhtä yksiselitteistä ja yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Kotihoidon laatua on tutkittua eri tieteenalojen, kuten hoitotiede, terveyshallintotiede, sosiaalipolitiikka ja muut sosiaalitieteet, sekä erilaisten tutkimusperinteiden ohjaamana. Kotihoitoa on kuvattu ja arvioitu eri toimijoiden näkökulmasta tai kokonaislaadun osina ja ulottuvuuksina. Laatua tutkittaessa tulee asioita mitata monesta eri näkökulmasta. Valtakunnallisesti on tehty paljon erilaisia projekteja ja tutkimuksia, joiden lopputuloksena on syntynyt hyviä laadunhallintamittaristoja, näiden tulosten levittäminen ja läpinäkyväksi saattaminen on jäänyt kuitenkin suppeaksi.

6.1 Luotettavuuden tarkastelu

Alkuperäistutkimusten haussa käytettiin eri tietokantoja. Aineiston haku toteutettiin tarkennettuna monihakuna kotihoidon ja laadun aihealueelta. Hakuprosessissa tukena oli informaattikko. Valitsimme mahdollisimman monipuolisesti sosiaali- ja terveysalan tietokantoja, jotta saavuttaisimme kattavan hakutuloksen.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on kritisoitu tietokantojen erilaisen indeksoinnin takia. Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu, virheitä voi tapahtua missä tahansa prosessin vaiheessa. Tarkka suunnittelu katsauksen alusta lähtien, huolellinen kirjallisuushaku sekä sisäänottokriteerit vähentävät virheiden mahdollisuutta. (Oxman 1994, 648–650.) Luotettavuuden kannalta on tärkeää kyetä osoittamaan yhteys aineiston ja tuloksen välillä.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli meille uusi tutkimusmenetelmä, jonka johdosta koko hakuprosessi oli samalla meille jatkuvaa oppimista. Kokemattomuudestamme johtuen hakuprosessissa meiltä jäi huomioimatta OR-sanon käyttö hauissa. Tämä saattaa vähentää hakutuloksia, toisaalta opinnäyteprosessin aikaraja oli tiukka ja laajempaan materiaaliin tutustuminen olisi ollut haasteellista. Hakukriteerit asetettiin haun alkuvaiheessa. Haut tehtyämme totesimme niiden olevan relevantteja. Tosin aikarajaus olisi voinut olla laajempi, koska se pienensi hakutulosta. Halusimme kuitenkin viimeisintä

tutkimustietoa, joten rajaus oli perusteltua. Valittujen dokumenttien suhteen luotettavuutta heikensi vähäinen ulkomaisten tutkimusten määrä. Jälkikäteen olemme pohtineet voisiko tämä johtua hakuprosessista tai hakusanoista. Dokumenteissa tuli esiin myös useita eri samojen tutkimusten väliraportteja. Suomessa on tehty verrattain vähän koti-hoidon laadun tutkimusta ja väliraportteissa tuli esiin eri asioita / lisätietoa verrattuna loppuraporttiin, jonka vuoksi päätimme valita myös muita kuin alkuperäistutkimuksia.

Näytön vahvuuden arvioinnissa tuli esiin se, että dokumenteissamme oli runsaasti muutaakin materiaalia kuin tutkimuksia. Vahvuudeltaan esimerkiksi C ja D-tasoiset teokset olivat kuitenkin sisällöltään hyvin rikkaita kotihoidon laadun osalta. Valitsimme dokumenttien analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska se sopi mielestämme parhaiten juuri tämän aineiston tarkasteluun. Sisällönanalyysissä loimme käsittekartan aineiston pohjalta, mikä auttoi meitä jäsentämään työtämme sekä strukturoimaan tulosisiä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käytännön toteutusta on kritisoitu runsaasti työtä vaativaksi (Petticrew 2001, 100–101). Menetelmä oli työläs, mutta molemmat työn tekijöistä saivat kattavan kuvan aineistosta sen avulla. Luimme kumpikin kaikki valitut dokumentit, mikä lisää työn sisällön reliabiliteettia.

Systemaattista kirjallisuuskatsausta on kuvattu vaativaksi prosessiksi. Huolellisen tutkimussuunnitelman ja tutkimuskysymysten tekemisellä lisätään työn luotettavuutta. Teimme työn kahdestaan, jolloin työn luotettavuus lisääntyi, kun työvaiheiden arvioitsijoita oli kaksi. Yhteistyöllä saatiin aikaan uusia ajatuksia sekä tarkkaa jälkeä. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 54–55.) Tutkimuksen aihe oli hyvin ajankohtainen, valtakunnallisesti kotihoito ja laadunhallinta puhuttavat jatkuvasti. Juuri ennen työmme valmistumista Valviralta ilmestyi ensimmäinen kotiin annettavien palveluiden suositus. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulma huomioon ottaen kirjasimme päiväkirjamaisesti jokaisen vaiheen, mikä varmistaa tutkimuksen relevanttiuden.

Pyrimme opinnäytetyössämme noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuului rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Sovelsimme opinnäytetyössämme tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tulokset julkaistiin tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta noudattaen. Muiden tutkijoiden työ on huomioitu ja lähdeviittaukset on merkitty asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004.)

Aineiston analyysi pyrittiin suorittamaan siten, että tulokset nousivat aineistosta, ja tulokset ovat esitetty sellaisessa muodossa, etteivät tulokset vääristy.

Huolellinen suunnittelu kirjallisuuskatsauksen alkuvaiheesta lähtien, tarkka kirjallisuushaku, selkeät sisäänotto- ja laadun arviointikriteerit vähentävät virheiden määrää ja tekevät katsauksen toteuttamisesta luotettavan (Stolt & Routasalo 2007, 68). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2009, 227.)

6.2 Tulosten tarkastelu

Tuloksista nousi laadukkaan kotihoidon edellytyksiä: asiakkaan osalta itsemääräämisoikeus, pysyvyys, palveluiden saatavuus ja toimivuus, elämänlaatu, informaation saanti, henkilöstön ammattitaito, luotettavuus ja turvallisuus. Ammatillisen työn edellytykset olivat: kattava dokumentointi, kliininen edistyminen, asiakkaan tyytyväisyys hoitoon, työhyvinvointi. Johtamisen osalta laadun takeita olivat: toiminnan suunnittelu ja koordinointi sekä arviointi ja seuranta, moniammatillisuus, saumaton palveluketju, asiakaslähtöisyys, resurssien tehokas käyttö sekä kustannustehokkuus. Omaisten näkökulmaa ei tutkimuksissa tuotu mielestämme riittävästi esille; ainoastaan yksi tutkimus toi esille omaisten näkökulmaa.

Laadunhallinnan suhteen tulokset osoittivat rakenteiden ja prosessien arvioinnin tärkeyden. Prosesseja tulisi parantaa ja kuvata jatkuvasti kotihoidon kentällä, näin päästäisiin kehittämään toiminnan käytäntöjä ja puutteita. Laadun arvioinnin mittausvälineenä on mahdollista käyttää erilaisia palautemenetelmiä; asiakastyytyväisyyskyselyä, dokumentoinnin tarkastelua, kohdennustehokkuuden mittaamista ja esimieskyselyä. Laadunhallinnassa tulee arvioida yksikön toimintaa, johtamiskäytäntöjä, perustehtävää, prosessien hallintaa, asiakkaiden huomioimista ja palveluiden seuranta.

Tulokset osoittivat Hollannin olevan yksi edelläkävijöistä laadullisissa tekijöissä. Maassa on ollut laatulaki hoito-organisaatioille jo vuodesta 1996, lisäksi jokaisella hoitoa tarjoavalla organisaatiolla tulee olla laatukortti, joka saavutetaan vain, jos asiakastyytyväisyys ja laatuasteet ovat riittäviä. Asiakkaalla on mahdollisuus vertailla organisaatioiden kortteja sähköisessä muodossa. Hollannin valtio teettää myös joka vuosi laatukselyn kaikille sosiaali- ja terveystalouden asiakkaille. (Salonen 2007, 10–11.)

Norja on pitkällä laadunhallinnan suhteen. Laadunarviointi on jaettu kuuteen osaan, laadunarvostus, johdon sitoutuminen, prosessisuuntautuneisuus, suorituskyvyn mittaaminen, työntekijöiden osallistuminen sekä asiakkaiden fokusointi.

Euroopassa tiukka valvonta kehittää laatua, valvoo tarkasti protokollia sekä lisää valvontaa käyttäjien taholta. Tutkimuksissa on todettu myös, että suuremmat kunnat eri maissa olivat huomattavasti pidemmällä laatutekijöiden suhteen kuin pienemmät. (Genet ym. 2011.)

Yleisesti Pohjoismaat sekä Englanti ja Hollanti ovat Euroopan laatuasioissa muita edellä, koska maissa kotihoito ei ole perheenjäsenten vastuulla, vaan markkinoille on kehittynyt suuria terveystalvojen toimijoita, jotka kehittävät myös laatuasioita. Sen sijaan Espanjassa ja Virossa perheenjäsenet ja sukulaiset huolehtivat ikäihmisistä joten laatuasioiden kehitys on vielä ollut vähäistä. Virossa on laadittu laki, jonka mukaan lasten tulee huolehtia vanhemmistaan. (Salonen 2007, 15–16.)

Valvira on laatinut 02/12 Suomen ensimmäisen kotiin vietävien palveluiden laatusuosituksen. Suositus koskee ainoastaan sosiaalihuoltolain mukaista kotipalvelua, ei kotisairaanhoidoa. Suosituksessa todetaan nykyisen kotihoidon keskittyvän liikaa perushoittoon, joten kuntouttava työote ja ulkoilu tms. jäävät liian vähäiselle huomiolle. Dokumentin on tarkoitus toimia tuottajien omavalvonnan ja suunnittelun työkaluna, jota käytetään sekä julkisella että yksityisellä puolella. (Kotiin annettavat palvelut 2012.)

Suosituksessa painotetaan kotipalvelun kohdistuvan ikäihmisten lisäksi lapsiperheisiin, vammaisiin ja päihde- ja mielenterveysasiakkaisiin. Valviran mukaan Suomessa ei ole yhtenäistä laatukriteeristöä tai indikaattoreita, työmme nosti kuitenkin esiin laajoja tutkimusten kautta nousseita kriteeristöjä, jotka voitaisiin ottaa valtakunnalliseen käyttöön. Lisäksi työmme tuloksena selvisi valtakunnallisia eroja palveluiden laadussa. Valvirakin on tämän huomioinut kiinnittämällä huomiota myös siihen, että kotihoidon tulisi olla tasalaatuista valtakunnallisesti, muun muassa yö- ja viikonloppupalveluita tulee tarjota tarpeen mukaan koko Suomessa. (Kotiin annettavat palvelut 2012.)

Valviran laatusuosituksessa sekä opinnäytetyössämme esiintyy samoja laadun ominaisuuksia:

- oikea-aikaiset ja tarpeenmukaiset palvelut
- asiakkaan ja työntekijän välinen hyvä vuorovaikutus, jota ilmentää työntekijöiden ystävällinen suhtautuminen, asiakkaan näkemysten huomioon ottaminen sekä luottamus
- työntekijöiden hyvä ammattitaito, johon sisältyvät kodinhoidolliset taidot, henkilökohtaisissa toimissa avustaminen ja sosiaalisen tuen antaminen
- jatkuvuus, joka tarkoittaa samoja työntekijöitä ja työntekijöiden yhtenäistä käsitystä työstä
- palvelujen toimivuus siten, että asiakkaan kanssa sovittuja aikoja noudatetaan ja tehtävien suorittamiseen varataan riittävästi aikaa sekä
- turvallisuudentunne, joka tarkoittaa avun ja yhteyden saamista

Henkilöstön suhteen Valvira ei julkaise tarkkoja indeksivaatimuksia, vaan velvoittaa tilaajat/tuottajat tekemään henkilöstösuunnitelman, mistä ilmenee henkilöstön vastuuus asiakasrakenteeseen nähden. Henkilöstön suhteen kiinnitetään huomio myös työntekijöiden luotettavuuteen ja korostetaan työnantajan oikeutta selvittää työntekijän luototiedot sekä huumaavien aineiden käyttö, tämä osoittaa valvovan viranomaisen olevan ajan tasalla, sillä kotihoidossa väärinkäytösten mahdollisuus on aina suurempi kuin laitoshoidossa. Asiakkaiden suhteen kehoitetaan myös tekemään tarkat toimintakykymittaukset, kuitenkin Valvira ei nimeä tarkkaa mittaria. (Kotiin annettavat palvelut 2012.)

6.3 Johtopäätökset

Tulosten myötä saimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten kotihoidon laatua on määritelty terveys- ja sosiaalialan tutkimuksissa?

Laadun määritelmä on koko Euroopassa samankaltainen; asiakkaan tulee saada asua kodissaan mahdollisimman pitkään, saada juuri hänelle räätälöityä palvelua pitäen itsemääräämisoikeutensa. Kotihoidon laatua on määritelty myös avun saatavuuden ja riittävyyden, tarpeenmukaisuuden, vanhukselle annetun ajan riittävyyden, ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen sekä hoidon jatkuvuuden osalta. Laadun eri tasoja ovat asiakkaan,

työntekijän, organisaation sekä yhteiskunnan taso. Laadukkaan hoidon periaatteina voidaan nähdä oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus.

Tuloksista nousi kolme laadun määritelmää: 1) asiakkaat saavat riittävän hoidon ja hoitoajan, 2) asiakkaiden tarpeisiin vastataan ja 3) asiakkaiden ohjaus, neuvonta ja tiedottaminen ovat laadukasta.

2. Mitä tarkoittaa kotihoidon laatu terveyst- ja sosiaalialan tutkimuksissa?

Kokonaislaatu syntyy kotihoidon palveluvalikoiman vastatessa väestön tarpeisiin ja asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Laadukkaan toiminnan edellytyksenä on, että kotihoidossa on ammattitaitoista henkilökuntaa ja heidän voimavarojaan käytetään tarkoituksenmukaisesti. Laatu voidaan varmistaa hyvällä johtamisella, suunnittelulla ja seurannoilla. Laadukas ikäihmisten hoito ja palvelu edellyttävät työntekijän ja koko työyhteisön hyvinvoinnin turvaamista.

Laadukas kotihoito edistää asiakkaan psykofyysissosiaalista perusturvallisuutta, kuntoutumista sekä arjesta selviytymistä. Eettiset arvot ja inhimilliset näkökulmat ovat tärkeitä ohjaavia tekijöitä kotihoidossa. Laadukas kotihoitotoiminta on asiakaslähtöistä, kuntouttavaa, turvallista, vaikuttavaa ja hyödyntää tutkimustietoa.

3. Millä tekijöillä voidaan arvioida kotihoidon laatua?

Mittaamisen ja arvioinnin tulee olla moniulotteista ja kohdistua rakenteisiin, prosesseihin ja lopputuloksiin. Laadunhallinnassa voidaan arvioida kotihoidon laatuominaisuuksien toteutumista, palveluiden sisältöjä ja riittävyttä, asiakkaan kokemia palvelujen vaikutuksia, kulttuuristen tekijöiden huomioimista kotihoidossa sekä kehittämistarpeita.

Laadunarvioijana voi toimia palveluiden käyttäjä, tuottaja tai ulkopuolinen taho. Yksinään mikään näkökulma ei ole riittävä laadunarvioinnin kokonaisuuden kannalta. Kotihoidon laadussa mitattavia asioita ovat elämänlaatu, dokumentointi, kohdennustehokkuus, johtaminen, asiakkaan näkökulma, omaisnäkökulma, ammatillisen työn näkökulma.

6.4 Kehittäminen ja jatkotutkimusideat

Työmme perusteella kotihoidon kehittämisen haasteina tulevat olemaan motivoituneen henkilökunnan työssä viihtyminen ja työhön sitoutuminen, samanaikaisesti asiakastytyväisyyden parantaminen sekä laadunhallinnan kehittäminen.

Kotipalvelujen kehittämisen edellytyksenä olisi tietoverkoston kehittäminen eri viranomaisten välillä, samoin kotona toimijoiden välisen yhteistyöhalun ja – kyvyn herättäminen. (Lukkaroinen 2002, 22.)

Kotihoidon laatua koskevat tutkimukset osoittivat monia kehityskohteita. Haasteiksi nousivat asiakkaiden ulkoilutuksen heikkous, siivouksen vähentyminen, kotihoidon huonot henkilöstöresurssit, dokumentoinnin puutteet, tiedottamisen heikkous, kirjaamisen ongelmat, laatustrategian ymmärryksen ja toteutuksen ongelmat sekä esimiesten kustannustietoisuuden heikkous että esimiestyön puutteellisuudet. (Vaarama ym. 2006, 86–87.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa suositellut toimenpiteet ovat jääneet usein joko toteutumatta tai toteutuneet hitaasti, jopa kahdenkymmenen vuoden viiveellä. Joissakin kunnissa ei ole ollut esimerkiksi kotihoitoa ilta- ja yöaikaan. Palveluasuminen oli korvannut osittain laitoshoidon, jatkossa kehittämisen tulisi kohdistua sekä kotihoitoon että palveluasumiseen laitoshoidon väistyessä. (Tepponen 2009, 190.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tulisi turvata kaikille suomalaisille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta alueellisista eroista tai sosioekonomisesta asemasta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden turvaaminen edellyttäisi palvelujen tehokasta järjestämistä. Valtakunnallisesti tarvittaisiin uudenlaisia palvelujen järjestämis- ja tuotamistapoja sekä toimivia palveluketjuja ja laadunhallinnan kehittämistä. Samalla tulisi kotiin annettaville palveluille asettaa määrällinen tavoite, mikä on harvinaista niin valtakunnallisissa kuin kunnallisissakin strategioissa. (Lukkaroinen 2002, 31.)

Kotihoidon tilastointi ei vastaa nykykäytäntöä. Tilastointikäytännöt on kehitettävä nykykäytäntöä vastaaviksi ja sellaisiksi, että niillä saadaan valtakunnallisesti vertailukel-

poisia tietoja. Kotihoidon valtakunnalliset tilastot eivät kaikilta osin ole vieläkään vertailukelpoisia, sillä kunnat ovat ilmoittaneet niihin tietoja erilaisin tulkinnoin ja eri tavoin. (Tepponen 2009, 189–190.)

Kotihoidon kustannuksia on käsitelty tutkimuksissa vielä vähän, kuitenkin on selvää, että palveluiden kattava suunnittelu ja koordinointi ovat avainasemassa tehokkaan kotihoidon järjestämisessä. Kotihoito olisi kustannustehokas vaihtoehto laitoshoidolle, valtakunnallisten suositusten mukaan ikäihmisten suositeltava asuinpaikka olisi oma koti. (Heinola 2007, 96–97.)

Kotihoidon palvelujen laatu oli hyvä monilla laadun ulottuvuuksilla ja asiakkaat tyytyväisiä kohteluunsa. Laadun puutteina koettiin työntekijöiden kiireisyys, asiakkaalle annettun ajan ja tietojen riittämättömyys sekä tiedotuksen vaikeaselkoisuus. (Tepponen 2009, 192–193.) Asiakaslähtöisyyttä voitaisiin kehittää hoito- ja palvelusuunnitelmaa parantamalla, kirjaamisen kehittämällä, työn organisoinnilla johtamisen ja kiireen hallinnan kehittämisen tasolla, esimiesyhteistyön kehittämällä sekä verkostoitumisella. (Vaarama ym. 2009, 30–32.)

Kotihoidon kehittämistarpeita on kartoitettu asiakaspalautteiden perusteella. Asiakkaiden tulisi saada enemmän tietoa sosiaali- ja terveystalouksista sekä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta ja asiakkaan vaikuttamismahdollisuuksia saamiinsa palveluihin tulisi kehittää. Henkilökunnan tavoitettavuutta sekä kommunikoinnin parantamista tulisi parantaa. Asiakkaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä palveluihinsa, erityisesti henkilökunnan ystävällisyys, välittäminen ja halu palvella olivat nousseet positiivisina asioina esille.

Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmia ei vielä hyödynnetä päivittäisessä työssä asiakkaiden hoidon suunnittelussa. Joillakin paikkakunnilla kotihoitoon oli otettu käyttöön vastuuhoidajakäytäntö, jossa kaikille kotihoidon asiakkaille oli nimetty vastuuhoidaja sekä kotipalvelusta että kotisairaanhoidosta, tämä oli parantanut palveluja. Henkilöstön ammatillista osaamista on alettu kehittämään työssä oppimisen tukevan tiimityön sekä vuorovaikutuksen keinoin. Työntekijöille on määritelty erityisosaamisalueita ja työnkuvia oli selkiytetty. Kotihoidon esimiehille ja heidän varahenkilöilleen on käynnistetty valmennusta, jonka tavoitteena oli tukea esimiehiä sekä kehittää henkilöstöjohtamista. Asiakaspalautejärjestelmien kehittäminen pitäisi olla yksi kotihoidon kehittämistavoit-

teita. Esimerkiksi Jyväskylässä testattu menetelmä, strukturoitu lomakehaastattelu, jossa palautelomakkeena oli käytetty Efektia Oy:n SoteVertti- projektissa suunniteltua ja testattua lomaketta, voisi toimia kotihoidon palautejärjestelmien kehittämisessä hyvin. (Karhula 2001, 37–38, 51–56.)

Jos kunta pystyy tuottamaan kotihoidon palveluja edes kohtalaisen riittävästi, kotihoidon asiakkaat eivät halua maksaa niistä yksityisille tai järjestöille. Lisäpalveluja halutaan eniten kunnan omilta työntekijöiltä. Muiden kuin kunnan tuottamien palvelujen käyttöä lisäisi niistä tiedottaminen asiakkaille ja kunnan ohjaaminen palvelujen käyttämiseen esimerkiksi palvelusetelin avulla. Hoitajien omasta mielestä kodinhoitajilta pitäisi siirtää enenevässä määrin siivouspalveluja kunnan erilliseen yksikköön, yhtiöittää ne tai antaa kokonaan yksityisten yritysten hoidettaviksi. (Lukkaroinen 2002, 100.)

Kotikäyntejä järkevöittämällä ja omahoitajasuhteen kehittämiseen paneutumalla asiakkaan luona käytetty aika lisääntyisi. Kotona käyvien toimijoiden välistä yhteistyötä pitäisi kehittää tiedonkulkua parantamalla, ja omaisia tulisi ottaa mukaan asiakaslähtöisen toiminnan kehittämiseen. Kotihoidossa olisi vieläkin tehtäviä, joista lapset tai muut omaiset voisivat ottaa vastuuta ja niistä tulisi avoimesti keskustella. Kaikkien kotona toimijoiden apu tulisi olla asiakkaan parhaaksi ja päällekkäistoimintoja tulisi vähentää, tämä lisäisi kustannussäästöjä. (Lukkaroinen 2002, 102.)

Ikääntyneiden hoito oli monien kehittämishankkeiden kohteena. Erityisenä tavoitteena oli kotihoidon lisääminen ja sitä tukevien palvelujen kehittäminen. (Toljamo & Perälä. 2008, 39.)

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi olivat ainakin osittain oikeita toimenpiteitä. Toiminnan tehostamiseksi ja kehittämiseksi tulisi kotihoidon palveluista poistaa kaikkien toimien päällekkäisyydet ja aukkokohdat, johtamista tulisi selkeyttää ja kotihoitoa tulisi toteuttaa kokonaisvaltaisemmin. Näiden toimien avulla kotihoidon laatu ja edellytykset paranisivat. Kotihoidon kehittämiseksi kuntien kannattaisi integroida toimintamallejaan. (Tepponen 2009, 194.)

Mielestämme kuntatason johtoa sekä erityisesti terveys- ja sosiaalihuollon kotihoidon esimiehiä on ehdottomasti alettava systemaattisesti kouluttamaan valtakunnallisesti laatuasioiden suhteen ja vaatimaan esimiehiltä laatuasioiden kehittämistä ja laatu prosessien

läpivientiä. Peräänkuulutamme uusien, tutkittujen asioiden läpinäkyvyyden parantamista terveys- ja sosiaaalialalla.

Suomessa on laadittu ikäihmisten hoitoon valtakunnallisia suosituksia. Kuitenkaan suositukset toteutuvat kunnissa hitaasti tai eivät ollenkaan. Valviran tulisikin tehostaa uuden suosituksensa valvontaa, jotta jokainen toimija panostaisi laadunhallintaan. Kotihoidon toimenpiteiden tulisi perustua enemmän tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Esimiehien heikko tietoisuus henkilöstöressurssien käytöstä sekä laadun ja kustannustehokkuuden parantamisesta heikentää työn tehokasta organisointia.

Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksina haluaisimme ehdottaa seuraavaa:

- Valtakunnallisen laadunhallintamittariston kehittäminen sekä niitä valvovien tahojen määrittelemine
- Kotihoidon asiakaspalautteiden ja palautejärjestelmien yhdenmukaistaminen ja standardointi
- Henkilöstön täydennyskoulutuksen sisällön määrittely
- Esimiesten ja kotihoidon johtajien systemaattinen kouluttaminen laadunhallintaan sekä prosessityöhön
- Näyttöön perustuvan kotihoidon laadun tutkimuksen kehittäminen.

LÄHTEET

Akaan-Penttilä, E. 2011. Sosiaalipalvelujen valvonta. Henkilökohtainen tiedonanto. 26.9.2011

Aluehallintovirasto, 2011. Luettu 14.12.2011

www.avi.fi/fi/virastot/lansisuomenavi/Sosiaalijaterveydenhuolto/Sosiaalihuolto

Andersson S., Haverinen R. & Malin M. 2004: Vanhusten kotihoito kolmesta eri näkökulmasta; vanhuksat, työntekijät ja johto asiakaskeskeisyyden ja integroinnin arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka. 2004:5, 69.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912.

Finne-Soveri, H., Brörkgren, M, Vähäkangas, P., Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H. 1993. Kotisairaahoito vai laitoshoido? Teoksessa Tilvis, R. & Sourander, L. (toim.) Geriatria. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C. & Deville, W. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health services research. European forum for primary care. Netherlands.

Hammar, T. 2008. Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, väitöskirja. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Haukka U-M., Kivelä S-L., Medina Vallejo A., Pyykkö V. & Vehviläinen S. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki: Werner Söderström.

Haverinen R. & Päivärinta. E. 2003. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Sosiaali- ja terveystalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Helameri, T. 2004. Kotihoito kunniaan. Työelämän haasteet. Suomen kotihoidon toimikunta. Helsinki: Tyyli-paino.

Heiskanen, H. 2005. Laatu vanhustyössä. Luettu 17.12.2011. <http://www.kunnat.net/>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

- Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen - suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Ikonen, E-R., Julkunen S. 2007. Kehittyvä kotihoito. 1.painos. Helsinki: Edita Prima.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen Turun Yliopisto. Turku: Digipaino.
- Julkunen, S., Ikonen E-R. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.
- Kantelun seuraamukset ammattihenkilölle tai terveydenhuollon toimipaikalle 2010. Valvira – Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Luettu 12.11.2011. http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/kantelu/kantelun_seuraamukset
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Karhula, S. 2001. Kotihoidon laadun arviointi ja asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen. Jyväskylä.
- Kaste 2008–2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 6. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kerkstran, A.&Hutton, J. 1996. Organisation and financing of home nursing in European Union. Journal of Advanced Nursing (24): 5.
- Khan, KS., Kunz, R., Kleijnen, J & Antes, G. 2003. Systematic reviews to support evidence-based medicine, how to review and apply findings of healthcare research. The Royal Society of Medicine Press Ltd. London.
- Koivisto, J. & Haverinen, R. 2006. Systemaattiset tutkimuskatsaukset vaikuttavuuden arvioinnin välineenä sosiaalialalla. Hallinnon Tutkimus 25 (3).
- Koivuranta-Vaara P., 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Luettu 14.2.2012. ISBN 978-952-213-769-2 (pdf)
- Kotiin annettavat palvelut ja hoito 2012. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014. Valvira – Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Helsinki. Luettu 1.2.2012. http://www.valvira.fi/files/Kotihoidon_valvontaohjelma.
- Kotihoitoon ei käyntikattoa 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 404. Luettu 1.12.2011. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1547058>.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999:11: (1): 3-12.
- Kääriäinen, M., & Lahtinen, M. 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18:(1): 37–44.
- Käypä Hoito-suositus 2012. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu: 16.1.2012

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kho00022>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Larmi A., Tokola E. & Väلكkiö H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Kustannusyhtiö Tammi. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät, 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Lehtomäki, L. 1992. Laadun arviointiperusteet äitiysneuvolassa. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tampere.

Lukkaroinen R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulu. Väitöskirja.

Meade, M. & Richardson, W. 1997. Selecting and appraising studies for a systematic review. *Annals of Internal Medicine* 7: 127.

Metsämuuronen, J. 2005. Näyttöön perustuva päätöksenteko ja systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Psykologia* 40: 578–581.

Mäkinen, E., Niinistö L, Salminen, P., Karjalainen, P. 1998. Kotihoito. Kirjapainoyksikkö WSOY. Porvoo.

Nevala, S. 2006. Tällaista se on hoitoalan todellisuus; Selvitys vanhustyön toimivien lähi- ja perushoitajien työstä ja työhyvinvoinnista. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry.

Ohjaus ja valvonta 2010. Valvira - Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Luettu 30.11.2011. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta

Oxman, A. 1994. Systematic reviews: Checklist for systematic reviews. *British Medical Journal* 309: 6955.

Paasivaara, L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhustyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Paasivaara, L. 2004. Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. *Tutkiva hoitotyö* 2 (1): 29–34.

Paljärvi, S., Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. *Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia* 2: 85–97.

Paljärvi, S., Rissanen S., Sinkkonen S.& Paljärvi L. 2007. Monitoimijainen arviointi yhdistetyn kotihoidon sisällöstä ja laadusta. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003. *Gerontologia* 2.:92–103.

Paljärvi, S.; Rissanen, S., Sinkkonen, S.& Paljärvi,L. 2011.What happens to quality in integrated homecare? A 15- year follow-up.study. *International Journal of Integrated Care* 11: 1-14.

Parviainen, T. 1998. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Tammerpaino Oy.

Pekkala, E. 2001. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Voutilainen, P.,Leino-Kilpi, H., Mikkola, T. & Peipponen, A. (toim.). *Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuoltoalan laatuun vuonna 2008. Helsinki: Stakes.

Perälä, M. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (qualpacs) validaatio. *Tutkimuksia* 56. Helsinki: Stakes.

Petticrew, M. 2001. Systematic Reviews from Astronomy to Zoology: Myths and Misconceptions. *British Medical Journal* 322 :7278, 98–101.

Pulkkinen S. 1999. Laadun kehittäminen terveydenhuollossa - analyysi laadun käsitteestä ja sisällöstä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Salonen, K. (ed.). 2009. Home care for older people. Good practices and education in six European countries. EQUIP-project 2007-2009. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sinkkonen, S., Tepponen, M., Paljärvi, S., Rissanen, S. 2001. Kotihoidon sisältö ja tapaustutkimukset kotihoidon organisoinnista yhdistetyssä sosiaali- ja terveystoimessa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 3, 177-195.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja. Turku: Painosalama Oy.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöiset palvelut 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 7. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2012- 2015. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 30. Helsinki. Luettu 30.11.2011. ISSN 1797-9897 (verkkojulkaisu).

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020.Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011: 5. Luettu 13.11.2011
<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1550874>

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007 Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. (toim.). Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A:51. Turku, 58–70.

- Suoniemi, I., Syrjä V. & Taimio, H. 2005. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttaminen. Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos.
- Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja.
- Tepponen, M. Yhteistyö. 2007. Teoksessa Heinola, R.(toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes, oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tepponen M, 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.
- Thome 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. Vol 12: 860-872.
- Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2007: 8.
- Toljamo, M. & Perälä, M-L. 2008. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Raportteja 7/2008. Helsinki: Stakes.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2004. 2. painos. Helsinki.: Edita Prima Oy. Luettu 2.2.2012. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytando/htkfi.pdf.
- Vaarama, M. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus-projekti. Loppuraportti ja suositukset. Espoo: Espoon kaupungin painatuskeskus.
- Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto, P., Mukkila, S., Muurinen, S. & Manninen, O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys-projektin tutkimuksia. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Vaarama, M. 2008. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U., Finne – Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, M., Ylönen, L., Meriläinen, S. & Winqvist, N. 2009. Kotihoidon laatu Espoossa vuosina 2006-2008. Elämänlaatua lisää kotihoidon asiakkaille, ELLI-hanke. Espoo: Espoon kaupungin painatuspalvelut.
- Vaaitinen, P. 2011. Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisenä ulottuvuutena. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Vanhuspalvelut 2010. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Helsinki: Edita Prima Oy. Luettu 13.1.2012. www.vtv.fi/files/2407/vanhuspalvelut_netti.pdf

Vanhuspolitiikka 1999. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 4. Helsinki: Yliopistopaino.

Vesa- verkkosanasto. <http://vesa.lib.helsinki.fi/>

Voutilainen P., Vaarama M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi- Sulkava U. & Finne-Soveri H. (toim.). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen P. (toim.) 2007. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Helsinki: Stakes.

Walker, A. 2001. Ikääntyminen ja ikäihmisten sosiaalipalvelut Euroopassa. Gerontologia 3, 217-228.

LIITTEET

Liite 1. Hakuprosessi

1 (4)

PUBMED

Haku 1 30.11.11:

home care services AND quality AND (full text[sb])-> All (5589) Free Full Text (1124) Review (789)

("home care services"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "home care services"[All Fields]) AND "quality"[All Fields] AND "loattrfull text"[sb])



Haku 2 30.11.11:

home care services AND quality AND (full text[sb] AND "last 10 years"[PDat])-> All (3713) Free Full Text (819) Review (546)

("home care services"[MeSH Terms] OR ("home"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "home care services"[All Fields]) AND "quality"[All Fields] AND ("loattrfull text"[sb] AND PDat)

home care services AND quality AND (full text[sb] AND "last 10 years"[PDat]) AND (full text[sb] AND Review[ptyp] AND English[lang] AND "last 10 years"[PDat])-> All (516) Free Full Text (88)



Full Text (88) otsikoiden lukemisen perusteella valittiin ainoastaan yksi artikkeli: "Home Care in Europe systematic literature review"



Haku 3 4.1.2012 :

home care services AND quality AND (full text[sb] AND "last 10 years"[PDat]) AND (full text[sb] AND Review[ptyp] AND English[lang] AND "last 10 years"[PDat])-> All (516) Free Full Text (88) Review (516)



Full Text (88) otsikoiden lukemisen perusteella valittiin ainoastaan yksi artikkeli: "Home Care in Europe systematic literature review"

(jatkuu)

LINDA

Haku1 30.11.2011:

Kaikki sanat= kotihoito AND laatu	46
Kaikki sanat= kotihoito ja laatu and Julkaisuvuosi= 2000 -> 2011	30
joista otsikoiden perusteella valittiin	17



Haku 2 4.1.2012:

Hakutulos haulle: Kaikki sanat= kotihoito* AND Kaikki sanat= laatu laadun* and Julkaisuvuosi= 2000 -> 2011 - Viitteet 1 - 6 (yhteensä 6)

Hakutulos haulle: (Kaikki sanat=(kotihoito*)) AND (Kaikki sanat=(laatu, laadun*)) and Julkaisuvuosi=2000 -> 2011 OR Kaikki sanat= kotihoito* laatu laadun* - Viitteet 1 - 10 (yhteensä 12)

MEDIC

Haku 1 30.11.11:

"home care services" kotihoito AND laatu laadun* quality* 36 kpl



Haku 2 30.11.11:

"home care services" kotihoito AND laatu laadun* quality* 2000 - 2011 22 kpl , joista valittiin 10 kpl otsikoiden mukaan alustavaan tarkisteluun.



Haku 3 5.12.11:

"home care" AND aged 2007 - 2011 51 kpl

"home care" AND aged kokotekstit 2007 - 2011 gradu 1 kpl

"home care" AND aged kokotekstit 2007 - 2011 väit. 6 kpl

"home care" AND aged kokotekstit 2007 - 2011 18 kpl

"home care" AND aged kokotekstit 2000 - 2011 25 kpl

"home care" AND aged AND laatu quality* kokotekstit 2000 - 2011 4 kpl

"home care services" AND aged vanhu* ikäänty* AND laatu quality* kokotekstit 2000 - 2011 4 kpl

"home care services" AND aged vanhu* ikäänty* AND laatu quality* kokotekstit 2000 - 2011 4 kpl

"home care services" AND aged vanhu* ikäänty* AND laatu laadun quality* 2000 - 2011 16 kpl



Otsikoiden ja tiivistelmien perusteella valittiin lopulliseen tarkasteluun viisi dokumenttia.

CINAHL

haku 1 30.11.11:

search terms: home care services AND quality* search options: **Search modes** - Boolean/Phrase, Results: 282.



Haku 2 30.11.11:

search terms: home care services AND quality* , search options:
Limiters - Linked Full Text
Search modes - Boolean/Phrase , Results: 47



Haku 3 30.11.11:

search terms: home care services AND quality* , Limiters: **Limiters** -
Linked Full Text; Peer Reviewed; Age Groups: Aged: 65+ years
Search modes - Boolean/Phrase , Results 22, otsikoiden perusteella
mikään ei tullut valituksi.

Liite 2. Lopulliset hakuprosessin dokumentit

1 (4)

	Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus / Tavoite	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
1	Karhula, S. 2001. Kotihoidon laadun arviointi ja asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen. Jyväskylä. Näytön aste D.	Tutkimuksen avulla on tarkoitus arvioida ja suunnitella kattava ja jatkuva palautejärjestelmä Jyväskylän kotihoidolle, arvioida asiakaspalvelua sekä kehittää asiakaspalvelujärjestelmä.	Menetelmänä on strukturoitu lomakehaastattelu, suoritettiin yksilöhaastatteluna (n=159), 31,1 % asiakkaista.	Kotihoidolle löytyi selviä kehittämishaasteita mm. tiedonsaanti omasta palvelusta oli huonoa, henkilökunnan keskustelu jäi vähäiseksi, yksilöä ei kunnioitettu tarpeeksi, henkilökunnan tavoitettavuus oli heikko.
2	Lukkaroinen, R. 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Väitöskirja. Oulu. Näytön aste B.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa hypoteettinen palvelujen organisointimalli vastuunjaolla toimivassa asumismuodossa.	Empiirinen aineisto kerätty Hämeenkyrössä, Lohjalla, Oulussa ja Tampereella survey-kyselyllä yli 75-vuotiailta kotihoidon asiakkailta (N = 150) ja heidät parhaiten tuntevilta hoitajilta (N = 145). Lisäksi tehtiin viikon ajalta työajan seuranta (N = 146), jonka tarkoituksena oli saada selville toiminnoittain asiakkaan auttamiseen käytetty aika ja toimijoiden määrä.	Kotihoidon asiakkaiden valinnan mahdollisuudet erilaisten asumismuotojen välillä ovat edelleen vähäiset. Välimuotoisia asumismuotoja ei ole riittävästi kehitetty. Mikäli kotona ei enää suoriuduta päivittäisissä toiminnoissa, vaihtoehtona on lähinnä ryhmä-/ pienkoti ja palveluasunto, jotka toiminnalliselta sisällöltään ja järjestelyiltään voidaan rinnastaa laitoshoittoon.
3	Voutilainen P., Vaarama M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi- Sulkava U. & Finne-Soveri H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi. Näytön aste D.	Tavoitteena on tukea ikäihmisten valtakunnallisen kotihoidon ja palvelujen laatusuosituksien toteutumista ja kehittämistä käytännön työssä.	Opas on jatkoa sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen kuntaliiton v.2001 antamalle ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevalle valtakunnalliselle suositukselle.	Korostaa moniammattillisen yhteistyön tärkeyttä ikääntyneiden hoidon ja palveluiden hyvän laadun kriteerinä. Nostaa esiin hyvän laadun tekemisen ongelmia mutta antaa ohjeita hyvien käytäntöjen toteuttamiseen.
4	Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto, P., Munkkila, S., Muurinen, S. & Manninen, O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys-projektin tutkimuksia. Helsinki. Näytön aste A.	Tavoitteena on tutkia vanhusten hoivapalveluiden ja elämänlaadun yhteyttä, kehittää palveluiden laadun kohdennustehokkuuden arviointia ja johtamista.	Projektin aineisto kerättiin osallistujamaissa yhteisillä tiedonkeruuvälineillä ja ohjeilla, joita oli seuraavanlaisia: asiakashaastattelulomake, hoitoasiakirjojen tarkastelulomake, johtajakyselylomake, omaiskyselomake. Tämän osaraportin aineisto kerättiin Helsingin 4 kotihoitoalueella 2004.	Hoidon tavoitteita ja keinoja seurattava paremmin sekä kirjattava tulokset. Tuloksellisuutta ja kohdennustehokkuutta seurattava tarkemmin. Kotihoidon laatustrategioita kehitettävä yhteneväisiksi

(jatkuu)

5	Vaarama, M. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus-projekti. Loppuraportti ja suositukset. Espoo. Näytön aste A.	Tutkia kotihoidon laatua ja vaikuttavuutta asiakkaiden tarpeisiin vastaamisessa, identifioida nykyisen kotihoidon vahvuudet ja heikkoudet sekä tuottaa suosituksia kotihoidon kehittämiseen. Tutkimus perustuu eurooppalaisen Care Keys-projektin teoreettiseen viitekehykseen.	Aineisto kerättiin asiakkailta, omaisilta, esimiehiltä ja ammatillisesti kirjauksista. Keinoja aineiston keräämiseen olivat haastattelut, havainnointi, kyselyt, asiakaspäiväkirjat ja tietojärjestelmät.	Laadun kokonaisvaltainen kehittäminen edellyttää moniäänistä arviointia, asiakkaiden elämänlaatu, johtamisen laatu ja kotihoidon laatu ovat kaikki yhteydessä toisiinsa.
6	Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski. Näytön aste C.	Kirja syntynyt Kotosa-hankkeen tuloksena. Hankkeen tavoitteena oli saada aikaan pysyviä parannuksia kotihoidon palveluissa kehittämällä kotihoidon sisältöä, laatua ja vaikuttavuutta.	Kotosa-hanke sijoittui vuosille 2004-2007. Hankkeeseen osallistui 35 kuntaa. Laadunarvioinnin kehikkoa käytettiin hankkeen viitekehyksenä, näkökulminaan asiakas, ammatillinen työ, johtaminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö. Keskeisenä menetelmänä hankkeessa olivat teemaseminaarit.	Tuloksena syntyi ko. teos joka sisältää käytännönläheisen kotihoidon arviointikriteeristön
7	Paljärvi, S., Rissanen S., Sinkkonen S. & Paljärvi L. 2007. Monitoimijainen arviointi yhdistetyn kotihoidon sisällöstä ja laadusta. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003. Näytön aste A.	Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta v. 1994, 1997, 2000 ja 2003. Tarkoituksena arvioida integroidun kotihoidon sisältöä ja laatua.	Aineistona vanhusasiakkaiden haastattelut (n=66-84) ja työntekijöiden (n=68-87) sekä omaisten (n=73-78) kyselyt.	Asiakkaat ja omaiset kritisoivat kahdessa viimeisessä seurannassa työntekijöiden kiirettä. Asiakkaat olivat kokeneet liikkumisen tukemisen parantuneen, työntekijöiden työaika oli lisääntynyt. Omahoitajuuden kehittäminen oli parantanut kykyä tiedottaa, ohjata ja neuvoa viimeisessä seurannassa.
8	Voutilainen, P. 2007. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Helsinki. Näytön aste A.	Tarkoitus kuvata ja arvioida ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen valmisteluprosessia, keskeisien sisältöalueiden kehitystä vuodesta 2000 vuoteen 2005/2006, tuloksia sekä laatusuositusta kotihoidon ohjauksen välineenä.	Dokumentaatioaineiston kuvaus, kuntien vanhuuspoliittisten strategioiden (n=89) sisällön analyysia, avopalvelujen saatavuutta kansallisten tilastoanalyysien perusteella, henkilöstön määrää, saatavuutta ja työhyvinvoinnin kehitystä tutkimusaineistojen perusteella sekä focus group haastatteluin ja web-kyselyjen (n=75) ikääntyneiden palveluiden johtajilta.	Ikääntyneiden palvelujen laadun kehittämisessä on informaatio- ja resurssiohjauksella tärkeä paikka. Suositus yksinään ei ole riittävä keino turvata palvelujen laatua, rinnalle tarvitaan myös muita ohjausvälineitä. Näiden järjestelmällinen kehittäminen on tärkeää.

(jatkuu)

9	Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Helsinki. Näytön aste D	Tavoitteena edistää ikäihmisten hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta. Tukee kuntia kehittämään ikäihmisten palveluita, laatimaan ikääntymispoliittinen strategia. Strategian tavoitteet kytetään taloussuunnitelmiin.	Suositus on tehty pohjautuen hallitusohjelman linjauksiin, valtakunnallisiin ikääntymispolitiikan tavoitteisiin, laatusuositusten arvioinnin tuloksiin, uuteen tutkimustietoon sekä toimintaympäristön muutoksiin.	Laatusuositukset
10	Toljamo, M.& Perälä, M-L, 2008. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Stakes. Näytön aste A.	Osatutkimuksen tavoitteena oli kehittää, toimeenpanna ja arvioida saumaton kotiutumisen- ja kotihoitokäytäntö yli 65-vuotiaiden kotona selviytymisen tukemiseen.	Osatutkimuksessa kuvataan kotihoidon henkilöstön työssä, työtyytyväisyydessä ja palvelun laadussa tapahtuneet muutokset työntekijöiden arvioimana. Kyselylomaketutkimus (lähetetty v. 2001 N= 1878 v. 2003 N=1291) , koekuntien vastaukset (v.2001 n=690, v.2003 n=705), vertailukunnat (v.2001 n=493, v.2003 n=586), molempien vastausprosentti 63%.	Hankkeen aikana tapahtui myönteisiä muutoksia. Tiedonkulku sairaalan ja kotihoidon välillä, työntekijöiden tavoitettavuus ja palvelujen laatu paranivat PALKO-hankkeen aikana. Hankkeeseen osallistuminen lisäsi työntekijöiden tiedontarvetta ja kriittisyyttä.
11	Salonen, K. (ed.) 2009. Home care for older people. Good practices and education in six European countries. EQUIP-project 2007-2009. Turku. Tampereen yliopistopaino. Näytön aste C.	Saavuttaa yhteiset laatustandardit, koulutusvaatimukset ja tiedostaa maiden hyvät laatuikäntönnöt	Tutkimuksessa mukana koulutuksen tarjoajia, hoitoalan ammattilaisia, opiskelijoita ja poliitikkoja. Tiedonhankintaa suoritettiin jokaisen maan dokumenteista, haastatteleamalla työntekijöitä, asiakkaita.	Tuloksena saatiin selville eri maiden hyviä laatuikäntönnöjä, koulutustapoja ja tilanteita, haasteita tulevaisuudessa.
12	Tepponen M, 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja - talouden laitos. Väitöskirja. Näytön aste B.	Tutkimuskohteena ovat ikäihmisten kotihoidon integroinnin toteutustavat ja niiden keskinäiset yhteydet sekä integroinnin vaikutukset kotihoidon sisältöön ja laatuun.	Aineistot käsittivät kolme ryhmää 1) dokumenttiaineistot 2) itä-Suomen kotihoidon johtajien (n=56) haastattelut v.2004 ja 2007 3) kahden vertailukaupungin kotihoidon asiakkaan (n=130) haastattelut, omaisten (n=126) ja työntekijöiden (n=127) kyselyillä v.2001.	Integroinnin tavat olivat rakenteellisia, yksiköiden ja tehtävälalueiden yhdistämistä. Kotihoidon organosointi oli muuttunut monissa kunnissa. Rakenteiden integraatio oli yhteydessä kotihoidon sisältöön ja laatuun. Työnsisällöissä, asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyydessä oli eroja ja työntekijöiden kokemukset työn mielekkyydetsä erosivat toisistaan riippuen oliko integraatiota vai ei.

(jatkuu)

13	Vaarama, M., Ylönen L., Meriläinen, S. & Winqvist N. 2009. Kotihoidon laatu Espoossa vuosina 2006-2008. Espoo. Näytön aste A.	Tavoite kehittää Espoon kotihoitoa tukemaan mahdollisimman hyvin asiakkaiden hyvinvointia ja elämänlaatua.	Aineisto kerättiin asiakashaastatteluilta alueittain 16 alueella satunnaisotannalla. (Lisäksi haastateltiin kotihoidon työntekijöitä sekä esimiehiä alueellisesti.)	Kotihoidon laatu on säilynyt Espossa hyvänä muutoksista huolimatta. Kehitettäväksi jäi seuraavia seikkoja: henkilökunnan vaihtuvuus, kipu, vastuuhoidajuuden puute, kiire, asiakkaiden yksinäisyys, asiakkaiden elämänlaadun heikkous.
14	Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C. & Deville, W. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health services research. European forum for primary care. Netherlands. Näytön aste A.	Tarkoituksena kuvata mitä tieteellisen kirjallisuuden mukaan kotihoito tarkoittaa Euroopassa.	Aineisto hankittiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella useista eri tietokannoista vuosilta 1998-2009, aineiston tuli sisältää termi kotihoito	Tietoa löytyi niukasti eritoten Keski- ja Itä-Euroopasta, dokumentit eivät antaneet täyttä kuvaa koko Euroopan kotihoidosta.
15	Paljärvi, S., Rissanen, S., Sinkkonen, S. & Paljärvi, L. 2011. What happens to quality in integrated home? A 15-year follow-up study. International Journal of Integrated Care. Kuopio. Näytön aste A.	Tutkia rakennemuutosten vaikutusta kotihoidon intergaatiossa ja sen merkitystä laatuun.	Tapaustutkimus 15v ajalta, sisältäen alku- ja loppumittaukset sekä neljä (vv.1994-2009) seurantamittausta. Menetelmänä asiakkaiden haastattelu (n=66-84) ja omaisille (n=73-78) sekä työntekijöille (n=68-136) kyselyt.	Rakennemuutokset aiheuttivat laajoja organisaatiomuutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa ja myös henkilökunnan resursseja karsittiin, silti kotihoidon palvelujen laatu pysyi lähes samalla tasolla koko 15-vuotisen seurannan ajan. Asiakkaiden mukaan jotkin kotihoidon alueet olivat jopa parantuneet.

Liite 3. Laadun arviointikriteerit

1 (3)

Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit			
1. Rakenteet	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Kotihoidon suunnitelmallisuus			
Vanhuspoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämissuunnitelma ohjaavat kotihoidon kehittämistä.			
Kotihoidon kattavuustavoite on asetettu.			
Kotihoidolle on asetettu laadulliset tavoitteet.			
Kotihoidon käytössä on käytössä suunnittelun ja laadunhallinnan järjestelmä. Esimerkiksi RAI = Resident Assessment Instrument ym.			
Suunnittelun ja toiminnan pohjaksi on kerätty riittävä tietoperusta. Esimerkiksi säännöllisesti kerätyt asiakaspalautteet, tiedot asiakkaiden toimintakyvystä, toteutuneet tuntimäärät ja asiakasmäärät vuodessa ikäryhmittäin.			
Henkilöstö			
Henkilöstömitoituksen perusteena ovat seuraavat tekijät (mukaillen Voutilainen ym. 2007):			
• Monipuolisesti kuvattu asiakasrakenteen (jossa tiedetään asiakkaiden toimintakyky ja palvelutarpeet ja erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä ja palvelutarpeet)			
• Kotihoidolle kunnan vanhuspoliittisessa strategiassa ja/tai palvelurakenteen kehittämissuunnitelmassa asetetut tavoitteet.			
• Palvelun organisointi ja toteutus, kuten toiminnan sisällölliset laadutavoitteet. Esimerkiksi toimintakykyä edistävän toimintamallin käyttö asiakastyössä edellyttää suurempaa määrää henkilöstöä, sillä usein asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen, hänen voimavarojensa monipuolisesti hyödyntäen, vie enemmän aikaa kuin asioiden tekeminen asiakkaan puolesta.			
• Ympäristötekijät, kuten esimerkiksi välimatkat kunnan sisällä.			
• Tarkoituksenmukainen henkilöstörakenne.			
• Pysyvä varahenkilöjärjestelmä			
• Työhyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta on tärkeää, että sijaisten käyttö vuosilomien ja sairauspoissaolojen aikana sekä erilaisissa vaativissa tilanteissa on mahdollista. Asiakkaan näkökulmasta on puolestaan tärkeää turvata saumaton palvelukokonaisuus ja palveluiden jatkuvuus sekä minimoida henkilöstön vaihtuvuus. Pysyvä varahenkilöjärjestelmä on näistä syistä tärkeä ja perusteltu ratkaisu.			
• Työvälineet			
• Esim. matkapuhelimet, kämmenietokoneet, autot.			
1. Rakenteet			
	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakastyöhön osallistuvalla henkilöstöllä on vähintään sosiaali- ja terveysalan perustutkinto.			
Esimiehillä on tarkoituksenmukainen koulutus, joka sisältää johtamisopin.			
Esimiehen ja työntekijän välillä käydään kehittämissuunnitelmia vuosittain.			
Henkilöstöllä on kirjallinen osaamisen kehittämissuunnitelma (esim. koulutussuunnitelma), jonka toteuttamiseen on budjetoitu määräraha.			
Henkilöstön täydennyskoulutuksen päiviä seurataan. (koulutuspäiviä / henkilö vuodessa)			
Henkilöstön rekrytointisuunnitelma on käytössä.			
Työilmapiiriä arvioidaan.			
Esim. työilmapiirikyselyin x 1 vuodessa			
Lyhyiden (alle 3 vrk) ja pitkien sairauspoissaolojen (yli 3 vrk) jaksoja seurataan /henkilö vuodessa.			
Henkilöstön vaihtuvuutta seurataan. (vaihtuvuus/vakanssi/vuosi)			
Sosiaali- ja terveystoimen välinen yhteistyö			
Kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla on yhteiset			
• fyysiset toiminta-alueet, joiden asiakkaista vastataan tiimeinä			
• tietojärjestelmät (esim. Effica kotihoito-tietojärjestelmä ym.)			
• toimintakyvyn arviointivälineet			
• hoito- ja palvelusuunnitelmat yhteisillä asiakkailla			
Sosiaali- ja terveystoimen välisen yhteistyön toteuttamisella on nimetyt vastuhenkilöt eri vastuutasoilla.			
2. Prosessit			
	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Prosessinkuvaukset			
Kotihoidon ydinprosessit on kuvattu ja dokumentoitu.			
Kotihoidon ydinprosessien vastuista on sovittu.			
Asiakkaan palvelutarpeen arviointi			
Asiakas ja hänen niin halutessaan omainen tai läheinen osallistuu palvelutarpeen arviointiin.			
Asiakkaan näkemys omasta palvelutarpeestaan otetaan huomioon.			
Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja dokumentoidaan. Toimintakyky tarkoittaa fyysistä (esim. liikkumiskyky, ravitsemustila), kognitiivista (esim. päättelykyky), psyykkistä (esim. masennuksen esiintyminen) ja sosiaalista (esim. yksinäisyyden esiintyminen) toimintakykyä.			
Toimintakyvyn arviointiin käytetään tarkoituksenmukaisia fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittareita.			

(jatkuu)

2. Prosessit	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakkaan voimavarat arvioidaan ja dokumentoidaan.			
Asiakas ohjataan tarvittaviin lisätutkimuksiin, lisäpalveluihin ja etuisuuksien hakemiseen.			
Omaisten osallistuminen hoivaan/hoitoon kartoitetaan ja dokumentoidaan.			
Kotikäynnillä arvioidaan kodin esteettömyys ja apuvälinetarve ja ne dokumentoidaan.			
Hoito- ja palvelusuunnitelma			
Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan asiakkaan tarpeiden ja toimintakykyarvion perusteella.			
Asiakkaan hoitoon ja palveluihin yhteisvastuullisesti osallistuvat tahot laativat hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen mukaan eri asiantuntijoita konsultoiden.			
Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan.			
<ul style="list-style-type: none"> • selkeät tavoitteet palveluille ja hoidolle fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi • keinot tavoitteiden saavuttamiseksi • tavoitteiden saavuttamisen arviointi 			
Hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetään tarvittaessa asiakkaan tilanteen muuttuessa ja vähintään 6 kk:n välein.			
Hoidon ja palvelun toteutus			
Palvelun antaminen perustuu kirjalliseen päätökseen tai lääkärin hoitopäätökseen.			
Asiakkaalla on nimetty vastuuhoitaja/omahoitaja/palveluohjaaja.			
Asiakas tietää, kuka on hänen vastuuhoitajansa/omahoitajansa/palveluohjaajansa.			
Asiakkaalle on tiedotettu taho, johon hän saa kiireellisissä tilanteissa yhteyden (esim. turvapuhelin, päivystysnumero, omainen).			
Hoito ja palvelu toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden mukaisesti.			
Kotihoidon palveluja ja hoitoa toteutettaessa otetaan ensisijaisesti huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 8 § ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6 §.)			
Palvelu toteutetaan niin, että asiakkaan osallistumista tuetaan ja itsemääräämistä kunnioitetaan.			
Asiakkaan kanssa sovittuja käytäntöjä (esim. käyntiaikoja) noudatetaan.			
Asiakas saa tarpeisiinsa nähden riittävästi palveluja.			
Palvelujen ja hoidon toteutus dokumentoidaan. (Dokumentointi vastaa asiakkaan saamia palveluja ja hoitoa. Asiakkaan kotona saama kodinhoitoapu ja/tai kotisairaanhoido kirjataan aikana. Asiakkaan saamat tukipalvelut kirjataan mahdollisuuksien mukaan aikana tai käyntienä.)			

2. Prosessit	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakaspalautteen kerääminen			
Hoidon ja palvelun toteutumista arvioidaan asiakkaan ja hänen niin halutessaan omaisen tai läheisen kanssa yhdessä ja arvioinnin tulokset dokumentoidaan.			
Asiakaspalautetta kerätään kattavasti ja säännöllisesti.			
Asiakaspalautte käydään systemaattisesti läpi ja sen pohjalta ryhdytään toimenpiteisiin.			
Palveluhakemukset/pyynnöt kirjataan järjestelmällisesti.			
Hylätyt palvelupyynnöt kirjataan järjestelmällisesti.			
Kanteluiden ja valitusten määrä (= asiakkaan yhteydenotto kirjallisesti tai puhelimitse tyytymättömyyden ilmaisemiseksi) on tiedossa ja niiden pohjalta on ryhdytty korjaaviin toimenpiteisiin.			
Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö			
Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtäväjako on toimiva. (Toiminnot eivät ole päällekkäisiä, ja asiakas saa tarvitsemansa palvelut.)			
Asiakkaiden siirtyminen kotoa sairaalaan ja sairaalasta kotiin on valmisteltu.			
3. Vaikutukset/tulokset	2 = Pitää paikkansa täysin /Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan /Ei
Kotihoidon tavoitteiden saavuttaminen organisaatiotasolla			
Kotihoidon kattavuustavoite on saavutettu.			
Kotihoidon laadulliset tavoitteet on saavutettu.			
Kotihoidon arvioinnin tulokset tiedotetaan asiakkaille ja kuntalaisille. Esim. internetin ja muiden tiedotusvälineiden kautta.			
Välittömän asiakastyön osuutta kokonaistyöajasta seurataan.			
Asiakkaat ovat tyytyväisiä			
<ul style="list-style-type: none"> • yleisesti palveluun • palvelutarjontaan ja palvelujen saantiin • tiedonsaantiin 			

3. Vaikutukset/tulokset	2 = Pitää paikkansa täysin /Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan /Ei
Tavoitteiden saavuttaminen asiakastasolla			
Asunnon muutostyöt on tehty niitä tarvitseville.			
Tarkoituksenmukaiset apuvälineet ovat käytössä niitä tarvitsevilla.			
Asiakas tuntee olonsa turvalliseksi.			
Asiakkaan ja hänen perheensä kotona asuminen mahdollistuu.			
Asiakkaan toimintakyky paranee tai säilyy ennallaan.			
Toimintakyky tarkoittaa fyysistä (esim. liikkumiskyky), kognitiivista (esim. päättelykyky), psyykkistä (esim. masennuksen esiintyminen) ja sosiaalista (esim. yksinäisyyden esiintyminen) toimintakykyä.			
Asiakas on voinut vaikuttaa oman arkipäivänsä kulkuun.			
Asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne arvioidaan vähintään yhden vuoden välein ja siihen liittyy myös lääkityksen tarkistaminen.			
Asiakkaan kognitiivisen, psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutokset havaitaan ja niihin puututaan.			
Asiakkaan ravitsemustilanteen muutokset tunnistetaan ja niihin puututaan.			
Henkilöstötavoitteiden saavuttaminen			
Työtyytyväisyys on korkea.			
Sairauspoissaoloja on vähän.			
Työkyvyttömyyseläkkeitä on vähän.			
Henkilöstön vaihtuvuus on vähäinen.			
Ammatillinen osaaminen on hyvä.			
<ul style="list-style-type: none"> • Selvitetty esim. osaamiskartoitusten avulla • Täydennyskoulutusvelvoite on täyttynyt 			
Henkilöstö tuntee kotihoitoyksikkönsä tavoitteet ja toimii niiden mukaisesti.			

(Heinola 2007, 101)

Liite 4. Care Keys –projektin kokonaisvaltaisen laadun arviointikehikko QMAT

Arvioinnin näkökulmat	Panokset, rakenteet - materiaaliset ja immateriaaliset voimavarat, laatustrategiat ja laatuikäytännöt	Prosessit - palvelu- ja hoitointerventiot ja yhteistyökäytännöt	Vaikutukset - asiakkaan terveydessä, toimintakyvyssä ja elämänlaadussa, jotka voivat liittyä saatuun hoitoon ja palveluun
Asiakkaan laatu - mitä asiakkaat haluavat ja tarvitsevat	asiakkaan tarpeet, odotukset ja preferenssit odotukset ja	vuorovaikutus, kohtelu, yhteistyö, osallistaminen, itsenäisyyden ja autonomian tukeminen, tarpeita vastaava palvelu ja hoito	ongelmien lieveneminen, hyvä elämänlaatu, hyvä olo, turvallisuus, yksinäisyyden lieventyminen
Ammatillinen laatu - ammattihenkilöstön näkemys siitä, vastaako palvelu asiakkaan tarpeita - ammattihenkilöstön kyky valita ja tehdä toimia, joiden uskotaan olevan asiakkaalle hyödyksi	työntekijöiden ammatti- ja vuorovaikutustaidot, motivaatio, ammatillisen työn laatuksiteerit, asiakkaalle annettu aika ja palveluvalikoima, vastuuhoidaja	ammattillisuus, jatkuvuus, ystävällisyys, rehellisyys, luotettavuus, luottamuksellisuus, empaattisuus, riittävä tiedottaminen, eettisyys, tarpeita vastaava hoito ja palvelu	ammattillisten laatuksiteerien täyttyminen, hoidon tarvestaavuus, asiakkaan kliininen ja toiminnallinen status, ei kielteisiä vaikutuksia asiakkaalle, palvelutytytyväisyys
Johtamisen laatu - tehokkain resurssien käyttö asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseksi organisaation johdon asettamien rajoitusten ja ohjeiden puitteissa	riittävät resurssit, hyvät ulkoiset palvelut ja tiedonkulun järjestelmät, yhteistyö ja johtamisrakenteet, laatuksiteerit, palvelujen kirjaamisen välineet	ei resurssien tuhlausta tai hoitovirheitä, ohjeiden ja sääntöjen noudattaminen, hyvin kohdennetut palvelu- ja hoitointerventiot ja palveluresurssit	hyvä horisontaalinen ja vertikaalinen kohdennustehokkuus, oikeudenmukainen jako, kohtuulliset kustannukset/asiakas ja suorite

(Vaarama ym.2006)

Liite 5. Care Keysin laatuindikaattorit

1. Asiakkaan tyytyväisyys saamaansa apuun
2. Asiakas suosittelisi palvelua
3. Asiakkaan elämänlaatu
4. Asiakkaan kokema yksinäisyys päivittäisessä elämässä
5. Asiakkaan kokema fyysinen kipu
6. Asiakkaan koti niin puhdas ja siisti kuin hän haluaa
7. Asiakas nousee ylös ja menee vuoteeseen itselleen mieluisina aikoina
8. Asiakkaalla mahdollisuus pitää itsensä yhtä puhtaana kuin haluaa
9. Asiakkaan haluamat asiat tulevat tehdyiksi
10. Asiakas saa tarpeeksi apua (summamuuttuja, 0-19)
11. Työntekijät kohtelevat asiakasta arvostavasti ja kunnioittavasti
12. Työntekijät ovat ystävällisiä
13. Työntekijät rehellisiä ja luotettavia
14. Asiakas tapaa useimmiten samat kotihoidon työntekijät
15. Työntekijät ovat hyviä työssään
16. Työntekijöillä riittävästi aikaa asiakkaalle
17. Työntekijät kuuntelevat, jos asiakkaalla on huolia
18. Työntekijät ymmärtävät asiakasta ja hänen tarpeitaan
19. Asiakkaalla on vastuuhoitaja (Kyllä/Ei, 0-1)

Liite 6. Kotihoidon laadun avainmuuttujat Care Keysin mukaan

1 (2)

Asiakasmuuttujat:

1. Asiakas voi pitää itsensä yhtä puhtaana kuin hän haluaa
2. Asiakas voi pukeutua yhtä hyvin kuin hän haluaa
3. Asiakkaan koti on yhtä puhdas kuin hän haluaa
4. Asiakas nauttii aterioista
5. Työntekijät ymmärtävät hyvin asiakasta ja hänen tarpeitaan
6. Jos asiakkaalla on huolia, hän kokee, että työntekijät kuuntelevat häntä
7. Työntekijät tekevät asiat, jotka asiakas haluaa tehdyiksi
8. Asiakas voi mennä sänkyyn ja nousta ylös hänelle sopivaan aikaan
9. Asiakas on tyytyväinen kotihoitoon
10. Asiakas on valmis suosittelemaan palvelua myös muille

Ammatillisen laadun kirjaamisen muuttujat:

1. ADL -toimintakyky kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (HPS)
2. ADL- ja A-ADL toimintakyky kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (HPS)
3. Kognitiopisteet kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (HPS)
4. Depressio kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (HPS)
5. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan (HPS) on kirjattu arvio asiakkaan kokemasta kivusta
6. Tarpeet sosiaalisella, psyykkisellä ja ympäristödimensioilla kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan
(HPS)
7. Hoito- ja palvelusuunnitelma (HPS) sisältää arvion asiakkaan avun tarpeesta em. toimintoihin
8. HPS:aan on kirjattu asiakkaan saama epävirallinen apu
9. HPS:ssa on määritelty profylaksit
10. Asiakkaan ja työntekijän tehtävä on eritelty HPS:ssa
11. Arviointi ottaa riittävästi huomioon asiakkaan preferenssit
12. HPS on tavoitteellinen
13. HPS dokumentoi tiimityön strategioita, metodeja ja niiden toteutumista
14. HPS raportoi asiakkaan tilan muutoksia ja muuttuu niiden mukana

(jatkuu)

Johtamisen laadun muuttajat:

1. Palvelujen yksiselitteinen tavoite on tukea asiakkaan autonomiaa ja elämänlaatua, jakaikki toimintojen suunnittelu lähtee tästä
2. Johtamisen tavoitteena on, että käytännön interventiot ja työprosessit ovat aina ja jokaisen asiakkaan kohdalla tavoiteorientoituneita, ja tälle on määritelty rakenteet ja prosessit
3. Kivun hoidolle on määritelty rakenteet ja tavoitteet
4. Profylaksien käytölle on määritelty rakenteet ja prosessit (erityisesti kaatumisen ehkäisy)
5. Asiakas ja epäviralliset auttajat osallistuvat hoidon suunnitteluun ja tälle on laadittu rakenteet ja määritelty prosessit
6. Asiakkaat ryhmitellään eri hallinnollisiin tarveryhmiin tai erityisryhmiin kunkin erityistarpeiden huomioon ottamisen varmistamiseksi
7. Kotihoidon työntekijöiden määrä on riittävä
8. Ulkopuolisia resursseja käytetään tavoitteellisesti hyväksi
9. Palvelut toimitetaan sovittuun aikaan ja työ organisoidaan tätä silmällä pitäen
10. Työntekijöiden kanssa käydään tavoitteelliset kehityskeskustelut ja uudet työntekijät perehdytetään huolellisesti