

KATSAUS KOTIHOIDON KRIISIIN

Helsinkiläinen näkökulma

Liisa Laakkonen

Opinnäytetyö, syksy 2015

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

Terveysalan koulutusohjelma

Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Laakkonen, Liisa. Katsaus kotihoidon kriisiin. Helsinkiläinen näkökulma. Diak Helsinki, syksy 2015, 48 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyö on integroiva kirjallisuuskatsaus suomalaiseen kotihoitoon 2005–2015. Materiaalina on käytetty tieteellisiä, vertaisarvioituja alkuperäisjulkaisuja Cinahl-, Medline- ja Arto-tietokannoista sekä tutkimuslaitosten ja ammattiliittojen julkaisemia raportteja. Työssä on analysoitu 16 tutkimusjulkaisua lähestymisen aihetta sekä asiakkaan, työntekijän että tuottajan näkökulmasta. Data on analysoitu deduktiivisesti toisaalta hoitotyön etiikan ja toisaalta terveyspolitiikan lähtökohdista.

Katsauksessa käsiteltyjen hoitotieteen tutkimusten mukaan suomalainen kotihoito toimii hyvin. Asiakkaat ovat valtaosin tyytyväisiä hoitoonsa ja kokevat yleisesti hoitosuhteen luottamuksellisena ja läheisenä. Koetut ongelmat ovat samoja kuin mitä vuosia on esitetty: hoitajien kiirettä ja vaihtuvuutta, tehotonta terveydenedistämistä ja vajaita hoitosuunnitelmia.

Opinnäytetyö tuotti kaksi selkeää tulosta: Hoitotieteen tutkimuksissa kotihoito henkilöityi hoitajiin, jotka olivat sekä kiitosten että kritiikin polttopisteessä. Tuottajan asettamia toiminnan edellytyksiä tai kotihoidon muiden ammattilaisten rooleja ei juuri mainittu. Toinen selkeä tulos oli ristiriita akateemisen tutkimuksen kuvaaman sujuvasti toimivan kotihoidon ja mediassa esillä olleen kriisiytyneen tilanteen kesken. Yksi mahdollinen selitys on se, etteivät julkaisuissa tutkitut kotihoitoalueet olleet suurissa kaupungeissa. Kotihoidon työntekijöiden vaikeudet tulivat selkeästi esille Työterveyslaitoksen ja ammattiyhdistys Superin raporteissa.

Katsauksessa kävi ilmi, että kotihoidon käytännöt vaihtelevat kunnittain paljon. Valta-kunnallisilla ohjeilla voisi monia asiakkaiden ja hoitajien kokemia ongelmia helpottaa. Asiakkaille tärkeintä laatutekijää, jatkuvaa hoitosuhdetta, pitäisi erityisesti tukea. Katsauksessa oli mukana myös interventiotutkimuksia, joissa kotihoidon kokonaisvaltaisen kehittäminen paransi työn laatua ja taloudellista kannattavuutta.

Avainsanat: asiakastyytyväisyys, kotihoito, laatu, Suomi, työtyytyväisyys, vanhuspalvelut

ABSTRACT

Laakkonen, Liisa. A Review of Home Care in Finland. 48 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2015.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing, Option in Health Care. Degree: Bachelor of Nursing.

The thesis was implemented as a literature review, with the aim of gathering information on the home care of the elderly in Finland over the last ten years. Academic peer-reviewed articles were retrieved from the Cinahl, Medline and Arto databases. Surveys from Finnish research institutions and labor unions, as well as media reports, served as comparison material. The latter describe home care as chaotically busy. Sixteen publications were analyzed from the clients' or the nurses' point of view, or that of the organizing institution. Nursing ethics and health politics served as starting points for a deductive data analysis.

The reviewed nursing science research found home care as fully functional. The elderly clients were mostly satisfied with their care and felt the nursing relationship as warm and confidential. The problems discussed were the same as they have been for years: nurses are busy and their turn-over is high, rehabilitation efforts are lax and care plans poor.

There are two results of the thesis. First, in the academic research, nurses are strongly in the focus for both the good and the bad in home care, as if alone in charge. The municipal organization is seldom mentioned, and other home care professionals are not discussed. Second, there is an apparent conflict between the smoothly operating home care analyzed in the research articles and the inflamed situation discussed in Helsinki media. One possible explanation for the discrepancy is location: the nursing research has been carried out in rather small municipalities. Still, the reports of Finnish Institute of Occupational Health and labor union SuPer find the work satisfaction of home care nurses low in all Finland.

It is obvious from the reviewed research that practices in home care vary a lot in Finland and several of the problems found are due to that. National guidelines would help. For the clients, the most important quality factor is the nursing relationship, which should be strengthened. The review also covered intervention studies that had managed to improve home care quality and limit expenses simultaneously.

Keywords: Home care, elderly, Finland, quality, customer satisfaction, work satisfaction

SISÄLLYS

1 KOTIHOITO SUOMESSA 2015.....	5
2 KOTIHOITO TUTKIMUSKOHTEENA.....	6
2.1 Vanhenemiseen varautuva Suomi.....	6
2.2 Hoidon kustannukset ja välitön asiakastyö.....	8
2.3 Kalliit asiakkaat.....	9
2.4 Hoitotyön laatu, tehokkuus ja vaikuttavuus.....	9
2.5 Kotihoito prosesseina ja palveluna.....	11
2.6 Kotihoito kohtaamisina.....	12
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET.....	14
4 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	15
4.1 Aineisto	15
4.2 Integroiva kirjallisuuskatsaus.....	16
4.3 Katsaukseen valitut artikkelit.....	19
5 NÄKÖKULMIA KOTIHOITTOON.....	21
5.1 Asiakkaan arvokkuuden varjelu.....	21
5.2 Terveyspolitiikka.....	22
6 POHDINTA.....	24
6.1 Onko kotihoito kriisissä?.....	24
6.2 Kotihoidon hyvän toteuttamisen ehtoja.....	26
6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	28
6.4 Ajatuksia jatkotutkimuksista.....	29
6.5 Ammatillinen kasvu.....	31
7 LOPUKSI.....	32
LÄHTEET.....	33
LIITE 1. Lyhennelmät katsauksen artikkeleista.....	42

1 KOTIHOITO SUOMESSA 2015

Kotihoito puhuttaa. Ihmiset asuvat mieluiten kotonaan, kunnat haluavat lisätä kotihoitoa, ja samalla kerrotaan, että nykyiset asiakkaat unohtuvat päiviksi hoitamatta, hoitajat tekevät työnsä kiireessä ja että yksityiset hoivayritykset kukoistavat (Knus-Galán 2015; Aalto 2015; Konttinen & Gandra 2015; Nykänen 2015). Miten tilanne on kriisiytynyt?

Suomessa kotihoito tarkoittaa kunnalta tai yksityiseltä ostettua palvelua, jonka tavoitteena on tukea kotona asumista ongelmista ja vaivoista huolimatta. Julkisen palvelu on tarveperustaista, ja saatavissa olevat avut on määritelty tarkkaan. Kotihoitoa muuttaa asiakasprofiilin laajeneminen ja vanhimpien vanhusten määrän voimakas kasvu (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Avohoidon lisäämiseen nykyisestä on painetta, sillä laitoshoidon suhteellinen määrä on Suomessa yhä naapurimaita suurempi (Kinnula, Malm & Vaaramo 2015, 26–35; Leppo 2010). Kotona asuvien osuuden kasvattaminen on myös Helsingin virallinen strateginen tavoite (Helsingin kaupunki 2013). Kunnalliseen palveluasumiseen pääsevät Helsingissä lähinnä vakavasti muistisaira.

Kotihoidon ytimessä on kolme tahoa: asiakas omaisineen, työntekijät ja tilaaja/tuottaja. Tavoite on yhteinen – hyvä elämä kaikille – mutta kullakin osallisella on oma näkemys sen saavuttamisesta. Asiakas ja hänen omaisensa haluaisivat joustavaa ja kattavaa apua edullisesti. Kuntaa ohjaavat lait ja viralliset suositukset, sitä rajoittaa rahan niukkuus ja sen toimintaa seurataan monin tavoin (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2015; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010). Tiukan talouden aikana tuottajan ensisijainen lähestymistapa on ollut toiminnan tehostaminen, jonka suhteen asiakkaat ja työntekijät ovat olleet kokijoita ja sopeutujia. Erilaisten asiakkaiden moninaisten tarpeiden ja saatavissa olevien palvelujen tarkan rajaamisen välillä on usein ristiriita, joka koettelee sekä hoitajien osaamista että kansalaisten oikeustajua.

Opinnäytetyössä tarkastelen kotihoitoa kunkin osallistujatahon kannalta aiheesta kymmenen viime vuoden aikana julkaistujen akateemisten tutkimusten perusteella. Vertaan tutkimustuloksia viranomaisraportteihin, ja peilaan tietoja omiin kokemuksiini Helsingin kotihoidossa. Tavoitteeni on hakea reunaehdoja kotihoidon hyvälle toteuttamiselle, jotta jatkuvaan kriisiraportointiin ei olisi aihetta.

2. KOTIHOITO TUTKIMUSKOhteena

2.1 Vanhenemiseen varautuva Suomi

Väestörakenne muuttuu koko maailmassa. Syntyvyys vähenee, ja ihmiset elävät pitempään, jolloin kasvavissakin väestöissä nuorten suhteellinen osuus pienenee ja vanhusten osuus kasvaa, eli huoltosuhde heikkenee. Vakiintuneissa, pienen syntyvyyden väestöissä kuten Suomessa, ilmiö on erityisen voimakas. (Beard & Bloom 2015.) Korkea ikä korreloi voimakkaasti sairastavuuteen. Yhteiskunnallisesti vaikeimpia vanhuusiän ongelmia ovat muistisairaudet, koska niiden vuoksi ihminen tarvitsee runsaasti hoivaa. (Prince ym. 2015.) Jos sairastavuus pysyy vakiona, niin vanhimpien kansalaisten määrän kasvu tarkoittaa automaattisesti raskaiden hoivapalvelujen tarpeen lisääntymistä. Tuoreimpien tutkimusten mukaan näin ei välttämättä ole: kognitiiviset kyvyt eivät alene vanhuksilla odotetusti, vaan terveempinä eläneet myös vanhenevat terveempinä, ja pitkäaikaissairauksien ehkäisy on mahdollista. Tämä koskee myös muistisairauksia. (Christensen ym. 2013; Norton, Matthews, Barnes, Yaffe & Brayne 2013; Ngandu ym. 2015.) Positiivinen muutossuunta Suomessa saattaa olla katkeamassa lihavuuden ja liikkumattomuuden yleistyessä (Vartiainen ym. 2012; Laatikainen ym. 2013).

Suomessa kunta on velvoitettu vastaamaan asukkaidensa hoidosta näiden itse ollessa siihen kykenemättömiä (Kansanterveyslaki), ja kunnat sekä valtio pyrkivät varautumaan huoltosuhteen muutokseen tutkimuksin (Finne-Soveri 2012; Vartiainen 2014), suosituksin ja organisaatiomuutoksin. Suomessa vanhuspalvelujen lähtökohtana on sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013) sekä vanhuspalvelulaki. Suositukset koskevat ensisijaisesti 75 vuotta täyttäneitä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014).

Palvelujen laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin. Laadukas palvelu on järjestelmällistä ja vaikuttavaa. Lisäksi se on säännösten mukaista ja kustannustehokasta. Laadukas palvelu ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja lisää terveyttä. Se on myös turvallista, se lähtee asiakkaan tarpeista ja vastaa niihin sekä on oikein ajoitettua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Vuoden 2013 lopussa 85 % 75 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä asui omassa kodissaan, osin omaishoidon, osin kotihoidon tuella (Vartiainen 2014, 21). Säännöllisen kotihoidon kattavuus yli 75-vuotiaille on pysynyt 12 %:ssa parikymmentä vuotta, mutta kokonais-tilanne on silti muuttunut: nykyään asiakkaat ovat huonompikuntoisia kuin ennen, ja useita käyntejä päivässä tarvitsevien asiakkaiden osuus on kasvanut samaa tahtia kaikkein iäkkäimpien lukumäärän kanssa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015; Erkkilä 2010, 13–15).

Suomalainen kotihoito yhdistää terveys- ja sosiaalipalvelut, ja se perustuu sosiaalihuolto- (2014) ja kansanterveyslakiin (1972). Kotihoidon tehtävät ja asiakaskäynnit luokitellaan vastaavasti kodinhoidollisiin ja kotisairaanhoidollisiin. Ydintehtäviksi käsitetään hoito ja hoiva, ja niin sanotut tukipalvelut ulkoistetaan eri tahoille: ateria- ja kauppapalvelu, lääkejako, siivous- ja saattajapalvelut. (Heinola & Paasivaara 2007, 52; Helsingin kaupunki 2015.) Kotihoidon kehitystä on kritisoitu muuttumisesta aina vain enemmän sairaanhoidolliseksi ja harvempia ihmisiä koskettavaksi (Kröger & Leinonen 2011).

Helsinki joutuu vastaamaan tiukkoihin vaatimuksiin: kaikista apua tarvitsevista on pidettävä huolta, kulut eivät saa kasvaa, ja henkilökunnan sairastaminen ja ennenaikainen eläköityminen pitää saada vähenemään. Kotihoitoa on uudistettu paljon viime vuosina. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät toiminnallisesti 2005 ja henkilöstöä muunkoulutettiin kodinhoitajista lähihoitajiksi. Erilliset sosiaali- ja terveysvirastot yhdistettiin 2013. Vuonna 2014 otettiin käyttöön toiminnanohjausjärjestelmä mobiililaitteineen työn suunnitteluun, seuraamiseen ja kirjaamiseen (Helsingin kaupunki 2010). Vaatimukset toimintakykykymittarien säännöllisestä käytöstä ja kirjaamisen kattavuudesta ovat kasvaneet jatkuvasti. Vuonna 2015 aloitettiin Helsingissä valituille asiakkaille virtuaalikäynnit (Roivanen 2015). Yleistäen voi sanoa, että kotihoidon asiakkaat ovat yli 80-vuotiaita yksin asuvia, monisairaita naisia, ja kotihoidon työntekijät ovat keski-ikäisiä, alalla pitkään työskenteleviä naisia (Hammar, Perälä & Rissanen 2009).

Kotihoito on tarveperustainen palvelu. Kotihoidon asiakkuus myönnetään terveydenhoitajan tekemän arvion mukaan, ja asiakkaita seurataan validioiduilla mittareilla. Helsingissä on kaikille asiakkaille käytössä muistitesti Mini-Mental State Examination MMSE (Suomen muistiasiantuntijat i.a.), toimintakykytesti Resident Assessment Instrument RAI (Hutchinson, Milke, Maisey, Johnson, Squires, Teare & Estabrooks 2010) ja

avuntarvemittari RaVa (Kuntaliitto i.a.). Lisäksi tarvittaessa otetaan käyttöön esimerkiksi masennusmittari, kuten Geriatric Depression Scale GDS-15 (Suomen muistiasiantuntijat i.a.).

2.2 Hoidon kustannukset ja välitön asiakastyö

Sosiaali- ja terveystoimenot ovat useimpien kuntien suurin menoerä, ja siitä valtaosa on työntekijämenoja. Arvatenkin siksi keskustelu työtehosta ja työn kehittamisestä keskittyy hoitajien työtehon lisäämiseen: ”*Kotihoidon toiminnan kehittämällä tavoitellaan toimintaprosessien sujuvoittamista siten, että välittömän asiakasajan osuus kotihoidon henkilöstön työajasta lisääntyy*”. Keskeinen käsite on välitön asiakastyö, jonka sosiaali- ja terveystoiministeriö määrittelee seuraavasti:

- asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi
- hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja päivittäminen
- hoitotoimenpiteiden ja lääkehoidon toteutus
- asiakkaan tukeminen kuntoutumista edistävää työtä käyttäen
- asiakkaan asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella
- asiakkaan omaisen/läheisen tukeminen
- asiakastietojen kirjaaminen yhdessä asiakkaan kanssa
- yhteydenpito asiakkaan kanssa puhelimitse tai muuten teknisesti

Välilliseen työaikaan puolestaan lasketaan matka-ajat, toimistolla tehty kirjaaminen ja muu asiakastyö, työpaikan kokoukset ja koulutukset. (Sosiaali- ja terveystoiministeriö 2013, 45.) Näihin kuluva aika ei seurata.

Helsingissä välitön asiakastyö määritetään pragmaattisesti asiakkaan luona mobiililaitteella kellotettuna aikana, jolloin hoitosuunnitelmien tekeminen, asiakkaan asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella ja yhteydenpito omaisten kanssa muuttuvat useimmiten välilliseksi työksi. Jos asiakkaalla on sairaalabakteeri-infektio, kirjataan kaupungin hygieniaohjeistuksen mukaisesti kaikki toimistolla (Ihanus 2014).

Yhden kotihoitokäynnin keskimääräinen hinta on 50 €. Hoitopäivän hinta asumisyksiköissä vaihtelee tavallisen palvelutalon 80 eurosta noin 120 euroon tehostetussa palveluasumisessa. Hoitopäivien hinnat on suhteutettu asiakkaiden mittarein todennettuun toimintakykyyn ja avun tarpeeseen. Selvää kustannusetua ei ole julkisella tai yksityisillä

palveluntuottajilla. Järjestöjen ylläpitämissä palvelutaloissa henkilöstö voi parhaiten. (Kangasharju, Mikkola, Mänttari, Tyni & Valta 2010; Sinervo ym. 2010.)

2.3 Kalliit asiakkaat

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset jakaantuvat kuntien asukkaille hyvin epäta-
saisesti: sekä pääkaupunkiseudulla että Oulussa 10 % asukkaista käyttää 80 % sosiaali-
ja terveystalouksista. Suurimmat kulut aiheutuvat psykiatristen sairaaloiden vuodeosastoil-
ta, ja muista sairausryhmistä ovat esillä diabetes ja dementia. (Kapiainen ym. 2010; Les-
kelä ym. 2013.)

Suurin osa kalliista mielenterveys-, diabetes- ja dementiapotilaista on kotihoidon asiak-
kaita. Jos julkista terveydenhoitoa ja sen kuluja tarkasteltaisiin kokonaisuutena, olisi ko-
tihoidossa panostettava erityisesti näihin asiakkaisiin, koska heidän tilansa ylläpitämi-
nen antaisi suurta kustannus- ja terveyshyötyä. Tähän taustaan sopien uusi sosiaalihuol-
tolaki (2014) edellyttää, että monia palveluja tarvitsevalle nimetään erityinen vastuuhen-
kilö, joka koordinoi kaikkia hänen saamiaan palveluita.

2.4 Hoitotyön laatu, tehokkuus ja vaikuttavuus

Hyvä hoito on moniulotteinen käsite. Sitä voi pohtia eettisenä ongelmana (Molander
2014) tai pyrkiä konkretisoimaan (Heinola 2007, 30–33; Voutilainen ym. 2004). Mo-
lemmat lähestymistavat ovat välttämättömiä ja täydentävät toisiaan. Sosiaali- ja terveys-
ministeriön suositus (2013) jakaa ”hyvän” kolmeen osatekijään: laatuun, vaikutta-
vuuteen ja tehokkuuteen. Vaikuttavuus määritetään hoidon tuloksista (esimerkiksi vähän
siirtymiä kotihoidosta tuettuun asumiseen) ja tehokkuus kuluista, mutta laadun erityinen
ominaisuus on näyttäytyminen erilaisena eri tahoille – asiakkaalle, hänen omaisilleen,
työntekijöille, esimiehelle ja yhteiskunnalle (Voutilainen 2007, 13–15). Työn virheettö-
myyttä ja läpinäkyvyyttä pyritään parantamaan teknologisin uudistuksin, joista tuoreita
esimerkkejä ovat sähköinen resepti, kansallinen terveysarkisto KanTa sekä lääkkeiden
koneellinen annosjakelu. Asiakkaiden kokeman laadun selkeimmät mittarit ovat asia-
kaskyselyjen tulokset (Heinola 2007, 30–33) ja käänteisesti viranomaisille tehdyt vali-

tukset. Asiakaskyselyissä nousee toistuen esille erityisen tärkeänä hoitajien pysyvyys (Hennala 2014). Asiakkaan näkemys hyvästä hoidosta voi myös painottua ensisijaisesti henkilökohtaiseen kohtaamiseen, jota on vaikea mitata ja ohjata ulkopuolelta.

Innovaatorahoituskeskus Tekes järjesti ohjelman Innovaatiot sosiaali- ja terveystalouksissa, ja useat hankkeet käsittelivät tietotekniikan käyttöä ja hoitoprosessin organisointia. Yksi hankkeista oli kolmen kunnan ja kahden yrityksen yhteistyö Kotihoito 2020, jossa arvioitiin ja kehitettiin kotihoitoa suhteessa sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton asettamiin numeerisiin, taulukossa 1 esitettyihin tavoitteisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

TAULUKKO 1. Kotihoidon numeerisesti määritetyt tavoitteet

	MITTARI	SUOSITUSTASO
tuottavuus	tuntihinta (€/h)	< 70 €
	välittömän työn osuus (%)	lähihoitajat 60 % sairaanhoitajat 40 %
	ulkopuolisen työvoiman osuus	0 % / 5 %, kun edellinen tavoite on toteutunut
	aika työvuoron aloituksesta ensimmäiseen käyntiin	10 min, jos kotoa 20 min, jos toimistolta
laatu	vastuuhoitajan osuus asiakkaan käynneistä	> 33 %
	viiden tutuimman hoitajan osuus käynneistä	> 80 %
	hoitosuunnitelman aikojen toteutuminen	+/- 10 %
vaikuttavuus	siirtymät tuetumpaan hoitoon	< 15 % asiakkaista / vuosi
	päivystyksen käyttö	< 2 käyntiä /asiakas/ vuosi
	vuodeosastopäivät	<15 pv / asiakas / vuosi

Keinoina tavoitteiden saavuttamiseksi olivat järjestäjäorganisaation sisäiset muutokset, toiminnanohjausjärjestelmä, varahenkilöjärjestelyt sekä hoitajille kohdistettu rahabonusjärjestelmä. Projekti tuotti kunnissa toivottuja tuloksia: tehokkuus saatiin kasvamaan ja laatu paranemaan. (Tekes 2012.) Tämän kokeilun mukaan kotihoitoa voi uudistaa samalla sekä talous- että hoitotuloksin mitattuna.

Hoidon saamisen ja antamisen yhteyttä on tutkittu paljon. Hoitajan ominaisuuksista koettu osaaminen ja työtyytyväisyys kytkeytyvät voimakkaasti hyvään hoitoon. Väsynyt ja kuormittunut henkilökunta ei hoida asiakkaita hyvin ja on altis vaihtamaan alaa. Työtytymättömyys ennakoii myös ennen aikaista eläköitymistä. (Kuokkanen 2010, 54; Laamanen, Broms, Hoppola & Brommels 1999; Sinervo ym. 2010, 17; Jackson 2005; Kvist, Mäntynen & Vehviläinen-Julkunen 2013; Utriainen & Kyngäs 2009.)

2.5 Kotihoito prosesseina ja palveluna

Suomessa kotihoitoa johdetaan prosessiajattelun mukaisesti, ja tehtyä työtä mitataan prosessimittareilla. Kotihoidon prosesseiksi määritellään usein asiakkaaksi tulo, lääkehuolto, sairaanhoito, lähihoito, tukipalvelut, kodinhoito, asiointi, kirjaaminen ja arviointi, joita jokaista erikseen voi esittää vuokaaviona. (Heinola & Paasivaara 2007, 52–56, 110; Virtanen & Wennberg 2005, 130.)

Työvälineenä prosessijohdossa käytetään toiminnanohjausjärjestelmiä, joissa tulevien päivien suunnitellut työt näkyvät etukäteen ja toteutuneet asiakaskäynnit jälkikäteen. Esimies voi näin ennakoida ja seurata työntekijäresurssien riittävyttä. Tavoitteena on läpinäkyvyys, todennettavuus, tasainen työnjako ja resurssien optimaalinen sijoittaminen. Työntekijälle toiminnanohjausjärjestelmä on älypuhelimella käytettävä työlista ja kirjausosalusta. (Helsingin kaupunki 2010; Nikkanen 2014.)

Prosessiajattelun ydin on se, että samaa toimintoa tehdään usein ja että erilaiset työt erotetaan eri prosesseiksi, jotka voivat olla peräkkäisiä tai rinnakkaisia. Yksinkertaisimmillaan prosessit ovat täysin samanlaisina toistuvia standardiprosesseja, joissa jokainen suoritus on identtinen ja avainsana on suorittaminen. Toistuvuus on tehokkuudelle eduksi, koska miettimiseen tai kokeilemiseen ei kulu aikaa. Toistuva työ yleensä osataan hyvin, ja sen vaatima aika on tarkkaan arvioitavissa. Jos prosessin vaiheissa on jonkin verran eroavaisuutta, mutta perusteet ovat samat, on kyseessä rutiiniprosessi. Tekijä joutuu sopeutumaan tilanteeseen ja soveltamaan taitojaan, mutta ei paljoa. Siirryttäessä standardiprosessista rutiiniprosessiin tehokkuus pysyy hyvänä ja ennen muuta palvelutyön laatuna käsitettyä joustoa on jonkin verran. Rutiiniprosesseja monimutkaisempia ja vaihtelevampia tehtäviä kutsutaan nonrutiiniprosesseiksi. Ne vaativat jatkuvaa harkintaa

ja tulkintaa, ja työ on hidasta asiantuntijatyötä. Kaikissa prosesseissa olennaista on etenemisen logiikka. (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004.)

Lillrank ryhmineen on kehittänyt terveysalaa tutkiessaan prosesseille käänteisen käsitteen, episodin. Prosessi on tuottajatahon määrittelemä ja seuraama, kun taas episodi kuvaa asiakkaan kokemusta. Hyvin toimivassa terveydenhuollossa episodit sopivat ongelmitta hoitoprosesseihin, eikä episodeihin kerry tarpeetonta tai haitallista odotusaikaa prosessien rakenteen vuoksi. Potilaan hoito ei jää kesken. (Peltokorpi, Kujala & Lillrank 2002, 21–27.) Sairaaloissa yleistyvä Lean-menetelmä edustaa samaa, hukkatyön vähentämiseen pyrkivää toimintatapaa (Mäkijärvi 2010).

Prosessiajattelua kritisoi myös Laitinen (2013, 88–106) esittäessään, että asiakkaan tulisi olla palveluissa paitsi vastaanottajana, myös suunnittelijana ja suorittajana. Hän vertaa Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen mallia Britannian ja USA:n Vermontin palveluihin, joissa asiakkaan osallisuus ja voimaantumisen ovat keskeisiä ja vertaistoimintaa on paljon. Asiakkaan osallisuutta edellyttää myös sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Suomalaisesta kotihoidosta puuttuu ryhmätoiminta, jossa asiakkaat verkostuvat ja valitsevat hoitajan itse (lasten perhepäivähoidon tapaan) ja kunta tukee hoitajan palkan maksamista. Samoin perhehoitoa on tarjolla vain alueittain (Perhehoitoliitto i.a.). Ainakaan Helsingissä asiakas ei voi vaikuttaa vastuuhoidajansa valintaan.

Leppo (2010, 61–73) toteaa yleisesti terveydenhuollosta ja erityisesti vanhustenhuollosta, että toiminnan suurin pullonkaula lähitulevaisuudessa on koulutetun ja motivoituneen työvoiman puute. Hän myös peräänkuuluttaa realistista ja aktiivista hoito-otetta mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. Heitä on runsaasti myös yli 75-vuotiaissa.

2.6 Kotihoito kohtaamisina

Kotihoito on sekä perinteisin malli hoitaa ihmisiä että uusi toimintatapa sairaalakeskeisessä hoitokentässä. Koti on hyvin erilainen hoitoympäristö kuin sairaala, niin ergonomisesti ja aseptisesti kuin hoitosuhteenkin kannalta. Lütznén ryhmineen (Öresland, Määttä, Nordberg & Lütznén 2009) on tutkinut diskurssianalyysillä asiakkaan itselleen ja

hoitajalleen kotihoidossa rakentamia rooleja. Tutkijat ovat haastatellen hakeneet vastauksia kysymyksiin, miltä tuntuu olla omassa kodissaan toisten autettavana ja miten ammattilainen toimii yksityisessä, epämuodollisessa ympäristössä. Asiakkaat näkivät itsensä voimakkaasti oman tilanteensa ja yksityisyytensä varjelijoina (safeguard). Heidän oli turvallisempaa ja itsenäisempää olla kotona kuin sairaalassa, ja kotona he kokivat voivansa vaikuttaa paremmin hoitoonsa. Itsenäisyyteen liittyi myös hoitajien käyntien luotettava aikatauluttaminen, vaikka asiakkaalla ei olisi ollut mitään erikoista tekemistä tai menemistä. Asiakkaat korostivat henkilökohtaista arvokkuuttaan esimerkiksi siten, että he pitivät yksilönä kohdatuksi tulemista tärkeämpänä kuin konkreettisen avun saamista. Yksi turvaamisen kohde oli hoitosuhteen jatkuvuus ja sitä kautta mahdollisuus luottaa hoitajan tietoihin ja vastuullisuuteen. Hoitajan asiakkaat näkivät itsensä korvaajana tekemässä niitä toimintoja, joihin he itse eivät kyenneet. Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja asenne olivat asiakkaan hyvinvoinnille olennaisia: hoitajan tulee olla valoisa ja joustava voidakseen tukea asiakasta. (Öresland, Määttä, Nordberg & Lützén 2009.) Mielenkiintoisesti esille ei tullut näkemystä hoitajista ammattilaisina, jotka saataisivat osata enemmän kuin asiakas itse.

Rinnakkaisjulkaisussa hoitajat näkivät itsensä samaan aikaan ammattilaisina ja asiakkaan kodissa käymässä olevina vieraina. Roolit ovat toisensa poissulkevia, ja hoitajat tasapainoilivat jatkuvasti niiden välillä, mutta silloinkin kun hoitaja toimi ammattilaisen roolissa, suuri osa vallasta säilyi asiakkaalla. Vieraana oleminen asetti asiakkaat ja hoitajat keskenään tasa-arvoisiksi. Hoitajat kysyivät lupaa hakea tavaroita ja neuvottelivat hoidosta. Usein siirtymä roolista toiseen liittyi siihen, että hoitaja halusi saada asiakkaan luottamuksen johonkin hoitotoimeen. Hoitajat kokivat asiakkaat yksilöinä tapoineen ja taustoineen ja olivat tietoisia, etteivät asiakkaat aina hyväksyneet heitä. Hoitajat eivät olettaneet asiakkaalta vieraan asemaa vastaavaa isännyyttä. (Öresland, Määttä, Nordberg, Winther Jörgensen & Lützén 2008.)

Samoja eettisiä teemoja ovat pohtineet myös Holmberg, Valmari ja Lundgren (2012) sekä Frilund, Eriksson ja Fagerström (2013). Asiakkaille on tärkeää tulla kohdelluiksi yksilöinä, voida säilyttää itsekunnioituksensa ja luottaa hoitajaan.

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Opinnäytetyö käsittelee nykymuotoisen kotihoidon laatua, eikä ota kantaa kotihoidon myöntämisen kriteereihin. Lähtökohtana ovat julkisuudessa esille tulleet kotihoidon ongelmat ja kotihoidon muutokset viime vuosina. Haen tutkimustiedosta vastausta kotihoidon hyvään toteutukseen ja tuottajatahon mahdollisuuksiin varmistaa hoidon laatu, siten että asiakkaat ja hoitajat voisivat välttyä kriisitilanteilta. Tutkimuskysymyksen voi esittää eri muodoissa, asiakkaan, hoitajan tai tuottajan näkökantaa korostaen:

Mikä tekee kotihoidosta hyvää?

Miten annetaan hyvää kotihoitoa?

Mitä vaaditaan palvelun tuottajalta hyvän kotihoidon mahdollistamiseksi?

Aineistollisesti tavoitteeni on kattaa aihetta käsittelevät tuoreet, vertaisarvioidut tieteelliset tutkimukset. Rinnakkaisaineistoksi olen kerännyt suomalaisten julkisten tutkimuslaitosten raportteja.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Opinnäytetyö on integroiva kirjallisuuskatsaus, ja tavoitteena on hahmottaa kokonaiskuva kotihoidosta. Asiakkaan ja työntekijän näkemyksistä ja kokemuksista on julkaistua tutkimustietoa kohtuullisesti mutta tuottajan näkökannalta vain muutama työ. Synteesinä pyrin tunnistamaan toiminnan reunaehtoja ja hyvän toiminnan välttämättömiä lähtökohtia. (Salminen 2011, 8). Opinnäytetyö ei ole systemaattinen kirjallisuuskatsaus, koska aihe on laaja ja moniulotteinen, tutkimukset poikkeavat menetelmällisesti toisistaan, kuvailevaa alkuperäisaineistoa ei ole saatavilla ja tutkimuskenttä kokonaisuutena on suppea (Mäkelä, Varonen & Teperi 1996; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

4.1 Aineisto

Työssä on käytetty kolmea eri aineistotyyppiä: tieteellisiä alkuperäisjulkaisuja, viranomaismateriaalia sekä tutkimuslaitosten ja eturyhmien raportteja. Tutkimuslähteiden valinnassa käytetyt rajaukset esitetään jäljempänä. Yleisesti voi todeta, että ammatillinen kotihoito on paikallisten lakien, suositusten ja tapojen muokkaama, ja kunnalla on paljon valtaa sen järjestämisessä. Kotihoiton toteuttamistapoja voisi tutkia kansainvälisenä vertailuna, mutta ei kysymystä suomalaisen tavan toimivuudesta. Kansainvälisesti Suomen kotihoito ei ole erikoinen ilmiö, eikä sitä ole Suomen ulkopuolella tutkittu kuin osana eurooppalaisia vertailuja. Tästä seurannee likinäköisyyttä aineistossa.

Muun kuin tieteellisen lähdemateriaalin käytön syy on seuraava (Salminen 2011, 32; Mäkelä, Varonen & Teperi 1996): Hyvinvointivaltiossa viranomaiset vastaavat perustuslain (1999) mukaisesti siitä, että jokainen kansalainen saa tarvitsemansa avun. Valtio ja kunnat määrittelevät toiminnan taloudelliset rajat. Ilman ministeriöiden tavoiteohjelmien huomiointia katsauksen johtopäätökset eivät koskisi reaali maailmaa. Ammattiliitot edustavat suoraan työntekijöitä, jotka kotihoidossa ovat varsin voimattomia. Heidän työnkuvansa erottuu epäedullisesti tilastoissa (Työterveyslaitos 2015), mutta heidän äänensä ei kuulu asiasta keskusteltaessa. Taustatiedoissa ja pohdinnassa on mukana myös julkisten tutkimuslaitosten raportteja sekä tämän vuoden aikana päivälehdistä ja ammattilehdistä kerättyjä artikkeleita.

Tutkimuskirjallisuuden kohdistuvan katsauksen perusaineisto on vertaisarvioitu alkupe-
räinen tieteellinen tutkimus, ei aiemmat katsaukset. Tarkan vertaisarvioinnin vaatimus
rajaa opinnäytetyöt aineistosta pois. (Mäkelä, Varonen & Teperi 1996; Diakonia-am-
mattikorkeakoulu 2010, 17.) Lehtien vaikuttavuuskertoimia (impact factor) ei ole käy-
tetty valintakriteerinä, koska niitä ei määritetä kotimaisille lehdille. Ajallisesti tutkimus
on rajattu kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen jälkeiseen aikaan, mikä Hel-
singissä tapahtui vuonna 2005.

4.2. Integroiva kirjallisuuskatsaus

Tutkimuskirjallisuusosa materiaalista on haettu systemaattisesti. Lähteet on haettu säh-
köisesti Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjaston lisensoitulla ja hakukoneilla yhdys-
valtalaisesta EBSCO-palvelusta (EBSCO i.a.), joka sisältää hoitotieteen tietokannan
CINAHLin (Wright, Golder & Lewis-Light 2015) ja lääketieteen tietokannan Medlinen
(Medline i.a.), sekä kotimaisesta yliopistojen artikkelitietokannasta Artosta (Arto i.a.).
EBSCO-haku tehtiin englanniksi ja Arto-haku suomeksi, ja kaikki hakuosumat olivat
suomen- tai englanninkielisiin artikkeleihin. Lisäksi tarkistettiin kaikkien valittujen ar-
tikkeleiden lähdeluettelot ja systemaattisessa haussa aktiivisimpina esille tulleiden suo-
malaistutkijoiden koko tuotanto, mikä tuotti yhden lisäartikkelin katsaukseen. (Mäkelä,
Varonen & Teperi 1996, 1999–2000.)

Etsittävien tutkimusten on käsiteltävä kotihoitoa Suomessa, eli hakutermit olivat *home
care / kotihoito* ja *Finland*. Suomen sana kotihoito kääntyy englanniksi monin tavoin.
Yleisimpiä käännöksiä olivat koehaun perusteella *home care*, *home nursing care*, *home-
based nursing care* eli HBNC tai *domiciliary care*. Osa termien liukuvuudesta liittyy
käännöksiin, osa itse käsitteiden vaihtelevuuteen (kotihoito, kotisairaanhoido, kotipalve-
lu, kotisairaalahoido) ja maiden erilaisiin käytäntöihin. EBSCO sallii sanavälit hakuter-
meissä, joten *home care* tuntui riittävän. Hakusanaa *Suomi* ei tarvittu Arto-haussa, koska
tietokanta keskittyy kotimaisiin ilmiöihin. Aineisto on menetelmällisesti kirjavaa, eikä
metodologista rajausta voi tehdä (Salminen 2011, 11). Koska tietokannat ja niiden haku-
koneet ovat erilaisia, hakupolut poikkeavat toisistaan. Hakupolut on esitetty kuviossa 1.

HAKUTERMIT ja TIETOKANNAT

	EBSCO	ARTO
H	RAJAUKSET HAKUKONEELLA	
A	Home care AND Finland 3706	Kotihoito 359
K	academic peer reviewed 3404	e-julkaisuna 30
U	2005-2015 2495	2005-2015 17
U	Home care AND Finland[ABS] 209	
ja	Home care[ABS]AND Finland 242	
V	RAJAUKSET KÄSIN	
A	Home care[ABS] AND Finland242	kotihoito 17
L	- lapset ja raskaus 201	- lapset ja raskaus 11
I	- pääkirjoitukset yms 193	- pääkirjoitukset yms 10
N	- talous ja organisaatio 182	- talous ja organisaatio 9
T	- lääkkeet, hoidot, tekniikka 146	- lääkkeet, hoidot 6
A	- kotihoitovertailut 71	- toistava julkaisu 4
A	- muut maat 54	
T	lisäksi - väärät osumat	
A	- vanhushoito Suomessa	
A	- katsaukset	
A	VALITTUJA 11	
	VIITTEISTÄ	11
		5
KATSAUKSEEN 11 5		

KUVIO 1. Hakuprosessi, valintakriteerit ja osumat. Kunkin rivin lopussa oleva luku kertoo, montako artikkelia on käsiteltävänä kyseisen vaiheen jälkeen

Haku EBSCO-palvelimelta oli kaksivaiheinen, kuvion 1 esittämällä tavalla. Ensimmäisessä vaiheessa aineistoa rajoitti kohdistaminen vertaisarvioituihin tieteellisiin tutkimuksiin (laadullinen rajausta) ja tiettyyn ajanjaksoon Suomen organisaatiomuutosten mukaan (ilmiölähtöinen rajausta). Tuloksia relevanssijärjestyksessä selatessa oli ilmeistä, että mukana oli paljon kotiin, hoitamiseen yleensä tai hoitokoteihin liittyviä artikkeleita. Hakusanan lisärajausta tiivistelmään oli tarpeen. Hakusanojen järjestys muutti tulosta jonkin verran (209 ja 242 osumaa), ja enemmän vastauksia antavaa järjestystä, *home care[ABS] AND Finland* jatkettiin. Useissa hakutuloksissa *Finland* ei esiintynyt itse artikkelissa, vaan oli esimerkiksi yhden lähdeartikkelin yhden tekijän osoitteessa. Kun hakusana *Finland* rajattiin tiivistelmään, tulosten määrä romahti 42:een. Muutama aiemmin mukana ollut, tiivistelmän mukaan relevantti tutkimus puuttui tästä joukosta, joten seulontaa jatkettiin edellisestä vaiheesta (ks. Kuvio 1).

Toisessa vaiheessa väärät osumat poistettiin systemaattisesti käsin: lapsiin ja raskauteen liittyvät; Suomeen ja mahdollisesti kotihoitoonkin liittyvät, joissa painopiste oli lääketieteessä, jalkahoidossa, ravinnossa, hoitomenetelmissä, omaishoitajuudessa, teknisissä tai hallinnollisissa seikoissa; abstraktit ja pääkirjoitukset; muiden maiden kotihoitoa käsittelevät julkaisut, joissa oli suomalaisia viitteitä; ja kansainväliset hoitovertailut.

Lopullinen EBSCO-tulos oli 17 artikkelia. Näistä 5 ei ollut suoraan sähköisenä saatavissa, mutta ne löytyivät Meilahden kampuskirjaston Terkon kautta. Kokotekstin perusteella 6 artikkelia hylättiin, koska kotihoito oli mukana tutkimuksessa, mutta siihen liittyviä tuloksia ei voinut erottaa muiden vanhustenhoitopaikkojen tiedoista. Analysoitavaksi jäi EBSCO-hausta 11 artikkelia.

Arto-tietokannasta tuli hakusanalla *kotihoito* 359 osumaa. Artossa ei ole mahdollista rajata hakua vertaisarvioituihin tieteellisiin artikkeleihin. Hakutulosten alkuselauksen mukaan suuri osa tuloksista näytti olevan asiakaslehtien kaltaisista julkaisuista, joita ei ole kirjastoissa saatavana. Haku rajattiin sähköisinä saatavissa oleviin julkaisuihin, ja osumia tuli 30. Tässä joukossa oli EBSCO-haun tavoin artikkeleita, jotka käsitelivät esimerkiksi lasten tai muistipotilaiden hoitamista kotona, ja nämä artikkelit hylättiin tiivistelmän perusteella. Hyväksytyjä osumia Arto-tietokannasta tuli 6. Kaksi näistä oli sisältöltään yhtäläisiä kuin samojen tekijöiden englanninkieliset julkaisut, ja suomenkieliset jätettiin siksi käsittelemättä.

4.3 Katsaukseen valitut artikkelit

Kirjallisuushaussa valikoitui lopulliseen analyysiin 16 artikkelia, jotka on listattu aakosjärjestyksessä taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Katsaukseen valitut artikkelit

	Tekijät ja viite Otsikko teema / mentelmät
1	Eloranta, Arve, Isoaho & Routasalo, Archives of Gerontology and Geriatrics 2010, 51, 180–184 Home care from the perspective of older clients and their professional cares mielipide kotihoidosta asiakas + hoitaja, lomake, tilastoanalyysi
2	Eloranta, Routasalo & Arve, International Journal of Nursing Practice 2008, 14, 308–314 Personal resources supporting living at home as described by older home care clients voimavarat asiakas / haastattelu, induktiivinen sisällönanalyysi, n=21, mukavuusotos
3	Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen, Suomen Lääkärilehti 2014, 50, 3467–3473 Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta voidaan parantaa interventiotutkimus Porvoon vanhustenhoidossa resurssien käyttö, RAI-analyysi
4	Grönroos & Perälä, Journal of Advanced Nursing 2008, 64, 27–37 Self-reported competence of home nursing staff in Finland hoitajien itsearvio kyvykkyydestä hoitajat, lomake, tilastoanalyysi
5	Hammar, Perälä & Rissanen, Scand inavian Journal of Caring Sciences 2009, 23, 21–32 Clients' and workers' perceptions on clients' functional ability and need for help: home care in municipalities näkemysten vertailu / asiakas ja hoitaja Haastattelu+kysely + tilastoanalyysi 686 paria
7	Hautsalo, Rantanen & Astedt-Kurki, Journal of Clinical Nursing 2012, 22, 2953–2963 Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members perheterveys / asiakas ja omainen kysely + tilastoanalyysi, n=200, 42 %, mukavuusotos
8	Heinonen, Aro, Sihvonen, Absetz, Valve, Fogelholm & Uutela, Physical and Occupational Therapy in Geriatrics 2012, 30,73–84 Relationship between self-reported functional limitations and physical performance status among aged home care clients fyysisen terveyden ja toimintakyvyn yhteys / asiakas mittaus+itsearvio+ tilastoanalyysi, satunnaisotos, 166 vastaajaa, 6 kuntaa
9	Hennala, Gerontologia 2014, 28, 67–82 Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja. Ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa asiakastoiveet, 19 asiakasta, mukavuusotanta asiakas, kysely + tarinateatteri, kvalitatiivinen analyysi
10	Koskeniemi, Leino-Kilpi & Suhonen, Scandinavian Journal of Caring Sciences 2015, 29, 288–296

	<p>Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings etiikka, kunnioitus asiakas ja omaiset, haastattelu, induktiivinen sisällön analyysi</p>
11	<p>Muurinen & Raatikainen, Gerontologia 2005, 1, 13–22 Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa tarpeiden täytyminen haastattelu + lomake, prosenttitaulukko asiakkaista satunnaisotos, 135/231=78 % pyydetystä, kattavuus 42 % kaikista asiakkaista hoitajista kokonaisotos, 38/49 = 78 % vastasi</p>
12	<p>Outila, Jumisko & Kettunen, Gerontologia 2014, 28, 231–249 Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden vuorovaikutuksen – kehysanalyttinen näkökulma vuorovaikutuksen muodot / asiakas + hoitaja käynnin nauhoitus, kehysanalyysi, mukavuusotos n=22</p>
12	<p>Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen & Paljärvi 2007, Gerontologia 2, 92–103 Monitoimijainen arviointi yhdistetyn kotihoidon sisällöstä ja laadusta. Seurantatutkimus Kuopion kotihoitosta vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003 organisaatiomuutoksen vaikutusten seuranta asiakas n=66-84, omainen n=73-78, haastattelut hoitaja n=68-87, kysely asiakkaat ympäri kaupunkia, orientoituneita, hoitajat valitsivat tilastoanalyysi</p>
13	<p>Suhonen, Charalambous, Stolt, Katajisto & Puro, Journal of Clinical Nursing 2011, 22, 479–490 Caregivers' work satisfaction and individualized care in care settings for older people työtyytyväisyys hoitaja, n=263, 71 % kysely + tilastoanalyysi</p>
14	<p>Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä, Journal of Clinical Nursing, 2014, 23, 3206–3217 Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care kotihoitoin rakenteen, selviämisen tukeminen asiakas, n=14, hoitaja n=14 haastattelu + induktiivinen sisällön analyysi</p>
15	<p>Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä, Scandinavian Journal of Caring Sciences 2015, 29, 317–324 Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? hoitosuunnitelmien laatu asiakirjat, numeerinen ja temaattinen analyysi</p>
16	<p>Turjamaa, Hartikainen & Pietilä, Nursing and Health Sciences 2013, 15, 333–339 Forgotten resources of older home care clients: focus groupstudy in Finland asiakkaiden voimavarat hoitajien havainnoimina hoitajien ryhmähaastattelu, induktiivinen sisällön analyysi, n=32, valintakriteerejä ei sanota</p>

5 NÄKÖKULMIA KOTIHOITOON

Kirjallisuushaun tulokset on analysoitu eettisin ja terveystieteellisin käsittein. Lyhennelmät käsitellyistä artikkeleista aihepiireittäin jaoteltuina ovat liitteenä alkaen sivulta 42.

5.1 Asiakkaan arvokkuuden varjelu

Hoitamisen etiikka korostaa auttajan vastuullista asemaa autettavaan nähden. Asiakas on itsenäinen yksilö (Frilund, Eriksson & Fagerström 2013) ja oman arvokkuutensa varjelijana (Öresland, Määttä, Nordberg & Lützén 2009). Teemat tulevat voimakkaasti esille myös katsauksen tutkimuksista sekä asiakkaan kokemina onnistumisina että puutteina kotihoidon toteutuksessa.

Parasta kotihoidossa on luottamuksellinen suhde asiakkaan ja hoitajan välillä, ja valtaosassa tutkimuksista asiakkaat kertoivat saavansa hyvää hoitoa (Eloranta, Arve, Isoaho & Routasalo 2010; Muurinen & Raatikainen 2005; Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2014). Pysyvä hoitaja tuntee asiakkaansa, hänelle ei tarvitse selittää, ja hän pystyy seuraamaan asiakkaan tilanteen mahdollisia muutoksia. Samoin voi ehkä olettaa, että vakituinen omahoitaja myös tuntee asiakkaan omaiset ja näillä on hänen yhteystietonsa, jolloin ongelmalliseksi koettu tiedonkulku sujuisi (Eloranta, Arve, Isoaho & Routasalo 2010; Muurinen & Raatikainen 2005; Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen & Paljärvi 2007; Hautsalo, Rantanen & Astedt-Kurki 2012). Hoitajien kunnioittava suhtautuminen muistisairaisiin määrittää asiakkaan omaisten mielestä kaikkea hoitamista (Koskeniemi, Leino-Kilpi & Suhonen 2015).

Monissa tutkimuksissa tuli esille asiakkaan ja hoitajan erilaiset arviot asiakkaan toimintakyvystä ja saamasta avusta. Luottamus on olennainen osa kunnioittavaa hoitosuhdetta (Öresland, Määttä, Nordberg, Winther Jörgensen & Lützén 2008), ja arvioiden poiketes- sa toisistaan on kysyttävä, kumman sanaan luotetaan. Yhdessä tutkimuksessa asiakkaat ja hoitajat arvioivat asiakkaan avun tarpeen samaksi, mutta asiakas koki saamansa avun puolta vähemmäksi (Eloranta, Arve, Isoaho & Routasalo 2010), kun taas toisessa työssä asiakkaan toimintakyky arvioitiin samaksi, mutta asiakas koki tarvitsevansa vähemmän

apua (Hammar, Perälä & Rissanen 2009). Asiakkaat saattavat arvioida toimintakykynsä optimistisesti tai pessimistisesti, eikä itsearvioita ollut yleensä verrattu standardoitujen mittareiden tuloksiin, toisin kuin fyysistä toimintakykyä mittaavassa tutkimuksessa (Heinonen, Aro, Sihvonen, Absetz, Valve, Fogelholm & Uutela 2012). Mielenkiintoisesti tässä työssä asiakkaiden omat arviot vastasivat erittäin hyvin fysioterapeuttien tekemiä monipuolisia testauksia. Asiakkaan sanaan kannattaa luottaa!

Asiakkaan itsenäisyyttä tukevia voimavaroja ovat sekä fyysinen toimintakyky, jota koti-hoidon tulisi kuntouttaen tukea (Heinonen, Aro, Sihvonen, Absetz, Valve, Fogelholm & Uutela 2012), että hänen sosiaalinen verkostonsa (Hautsalo, Rantanen & Astedt-Kurki 2012; Eloranta, Routasalo ja Arve 2008). Eettisesti toimivat hoitaja ja hoitojärjestelmä tukevat asiakkaan fyysistä ja sosiaalista itsenäisyyttä.

Tutkimuksissa tuli esille myös asiakkaan epäeettistä kohtelua. Kotihoidon asiakkailta ei nähty olevan voimavaroja samoin kuin muilla kotona asuvilla vanhuksilla, mikä esineel-listää heitä eikä kannusta voimaannuttavaan hoitoon (Turjamaa, Hartikainen & Pietilä 2013). Hoitokäyntien aikana hoitajat aloittavat puheen ja pitävät suurimman osan pu-heenvuoroista, eli tilanteen ohjausvalta oli keskittynyt heille (Outila, Jumisko & Kettu-nen 2014). Usein mainittiin myös hoitajien puhelinten tiuha soiminen kotikäyntien aika-na vuorovaikutusta hajottavana tekijänä (Hennala 2014; Outila, Jumisko & Kettunen 2014). Asiakkailta oli paljon tunteja, ettei heitä kuunneltu eikä heidän toivomuksiinsa vastattu. Erityisesti korostui henkisten ja hengellisten tarpeiden kohtaamattomuus. (Muurinen & Raatikainen 2005.)

Asiakkaan eettisellä hoidolla on positiivinen kääntöpuoli: mitä yksilöllisemmin hoitaja hoitaa asiakkaitaan – tässä vertailussa kotihoito erottui edukseen muista vanhusten hoi-toyksiköistä – sitä paremmin hän jaksaa työssään (Suhonen, Charalambous, Stolt, Kata-jisto & Puro 2012).

5.2 Terveyspolitiikka

Viime vuosikymmenen suuri hallinnollinen uudistus vanhustalveuissa oli kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen. Tavoitteena oli parantaa toiminnan laatua vähen-

tämällä hoidon sirpaleisuutta ja päällekkäisyyttä. Kuopion pitkäaikaissuranta antaa erikoisen kuvan uudistuksesta: paljon muutettiin, paljon muuttui (hoitopaikkojen ja henkilökunnan määrä väheni, työnkuvat uusittiin), mutta hoidon laatu pysyi asiakasarvioiden mukaan samana. (Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen ja Paljärvi 2007.) Tulosta voidaan pitää hyvänä, koska hoidon laatu ei supistuksista huolimatta laskenut. Samalla voi myös miettiä, oliko toimintojen erottelu aikaisemminkaan kriittinen tekijä. Tekijät pohtivat, voisiko työntekijöiden kouluttaminen ja omahoitajuuden kehittäminen selittää positiivista tulosta (Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen ja Paljärvi 2007).

Kuntatalouden säästötarpeet eivät ole vähentyneet. Yksi tapa kehittää kotihoitoa on kysyä asiakkailta, miten he voisivat saada palveluista enemmän arvoa. Paitsi edellä esitetyjä toiveita hoitajien suhteen, kotihoidon asiakkaat toivoivat kuntajärjestäjältä yhteisöllisiä palvelumuotoja ja osallisuutta kotihoidosta tehtäviin päätöksiin. (Hennala 2014.) Samaa toivetta osallisuudesta kuvannee se, että asiakkaat ja omaiset mainitsevat kotihoidon organisaatiolähtöiseksi (Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2014). Taustalla on ilmeisesti samojen palveluiden tarjoaminen kaikille asiakkaille, asiakkaiden erilaisia tarpeita huomioimatta.

Tutkimusten mukaan kotihoidon hoitajien on vaikeaa soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa (evidence based data) ja vain harvat hoitajat uudistavat jatkuvasti tietojaan ammattilehtiä lukemalla. Silti juuri jatkuva oppiminen ennusti parhaiten työmotivaatiota ja jaksamista. (Grönroos & Perälä 2008.) Yhdessä tutkimuksessa raportoitiin kokeilusta, jossa pyrittiin pois yksintekemisen kulttuurista ja samalla panostettiin hoitajien ammatillisen osaamisen kehittämiseen. Kotihoidon moniammatillisuutta lisättiin. Geriatri oli puhelimitse tavoitettavissa hoitajien koko työvuoron ajan. Hoitajilla oli pika-instrumenttiikkaa mukanaan. Hoitosuunnitelmien tekemiseen osallistuivat sekä hoitaja että lääkäri. Kokonaisvaltainen muutos sekä paransi potilasterveyttä että vähensi kunnan kuluja. (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014.)

Pari tutkimusta käsittelee hoitosuunnitelmia. Kattava analyysi yhden alueen hoitosuunnitelmista näyttää suuria puutteita, esimerkiksi lääkevästean ja hengityksen seurannan puuttumisen, ja täyden vaikenemisen elintavoista, kuten alkoholista (Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2015). Tähän suhteutettuna ei ole ihme, jos kotihoito ei toteudu tavoitteellisena hoitosuhteena (Muurinen & Raatikainen 2005).

6 POHDINTA

6.1 Onko kotihoito kriisissä?

Suomalaista kotihoitoa käsittelevä tutkimus antaa positiivisen yleiskuvan kotihoidon toiminnasta. Sekä asiakkaat että hoitajat arvioivat toiminnan hyväksi ja hoitosuhteet henkilökohtaisiksi. Tuloksissa oli tuttua, että hoitajien kiireisyys ja kotihoidon painottuminen fyysisiin tarpeisiin vastaamiseen mainittiin usein, mutta kiirettä ei kvantifioitu yhdessäkään tutkimuksessa eikä ristiriitaa palkitsevan luottamuksellisen hoitosuhteen ja henkisten tarpeiden huomioimatta jättämisen välillä kommentoitu. Tutkimusten toivelistoilla toistuivat osaavat ja omistautuneet hoitajat sekä aikaa käytettäväksi keskusteluun ja ulkoiluun. Toteutusehdotuksia ei esitetty.

Muutama työ erottui joukosta rohkeine, konkreettisine ehdotuksineen kuntoharjoittelun lisäämiseksi kaikille asiakkaille (Heinonen, Aro, Sihvonen, Absetz, Valve, Fogelholm & Uutela 2012) ja asiakkaiden parlamentin muodostamiseksi (Hennala 2014). Kaikkia tutkimuksissa esille tulleita ongelmia en tunnista lainkaan työkokemuksestani perusteella, kuten seurannan puutetta hoitosuunnitelmista (Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2015). Helsingissä kotihoitoa ohjeistetaan tiukasti, ja esimerkiksi lääkehoidon ja asiakkaan voinnin yleinen seuranta kuuluvat jokaisen hoitosuunnitelman välttämättömiin komponentteihin, joihin on ohjeistettu kirjaamaan päivittäin. Tutkimuksessa yhden alueen tulokset oli yleistetty koskemaan koko Suomea (Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä 2015).

Analysoitavissa julkaisuissa kiinnitti huomiota se, että 90 % asiakkaista oli käynyt enintään kansakoulun (Muurinen & Raatikainen 2005; Hammar, Perälä & Rissanen 2009). Koulutuksen ja työaseman merkitys ihmisen käyttäytymiseen, mutta asiakkaiden matala koulutustaso saattaisi olla yksi tekijä siihen, etteivät he vaadi osallisuutta hoitopäätöksiin. Oman kokemukseni mukaan johtamaan tottuneet ihmiset haluavat usein ohjata elämänsä vielä varsin sairainakin.

Kaksi asiaa yllätti tutkimuksia lukiessa: Valtaosassa katsauksen artikkeleista oli suomalaisten hoitotieteen tutkijoiden tekemiä, ja silti tulokset painottuivat hoitajille esitettyi-

hin ohjeisiin ja vaatimuksiin. Tuloksista sai vaikutelman, että lähihoitajat ”omistaisivat” kotihoidon ja olisivat yksin vastuussa kotihoidon suunnittelusta ja toteuttamisesta, eikä esimiehellä, lääkäriellä tai kunnan terveystalolla olisi merkittävää roolia.

Vielä suurempi yllätys oli akateemisen tutkimuskirjallisuuden antama seesteinen kuva kotihoidon toiminnasta, kun mediassa puhutaan toistuen sekä asiakkaiden hoitamisen että hoitajien jaksemisen ongelmista (Aalto 2015; Knus-Galán 2015; Nykänen 2015). Kotihoidon ongelmat tulivat esille Työterveyslaitoksen tuoreessa Kunta10-tutkimuksessa ja ammattiliitto Superin jäsenkyselyissä. Kuntatyöntekijöistä lähihoitajilla ja kodinhoitajilla oli eniten sekä lyhyitä että pitkiä poissaoloja, ja 40 % heistä epäili jaksavansa töissä eläkeikään asti. Vaara- ja uhkatilanteita raportoitiin paljon. (Työterveyslaitos 2015.) Superin kyselyyn kotihoidon tilanteesta vastasi 200 lähihoitajaa Helsingistä, mikä on vain 14 % töissä olevista 1400 lähihoitajasta. Kattavuus on huono, mutta parempaakaan lähettä työntekijänäkökulmaan ei ole julkisesti saatavilla. Koko maassa kyselyyn vastasi 2408 lähihoitajaa. Tuloksista ei voi lukea mitään positiivista: työ koetaan fyysisesti ja henkisesti raskaaksi, ristiriita asiakkaiden hoidon ja tarpeiden välillä on suuri, tahti tuntuu kiristyvän eikä tukea ole. (Erkkilä 2010, Erkkilä 2015.) Loogisesti jompi kumpi kuva kotihoidosta on pakosta väärä: työhyvinvointi korreloi positiivisesti työssä osaamisen tunteeseen ja käänteisesti sairastuvuuteen ja alan vaihtoon. Töissä uupumisen yleistymisen tarkoittaa vaatimuksia, joihin ei kyetä vastaamaan (Kvist, Mäntynen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Jos hoitoalan tutkimuksella ei ole kosketuspintaa muun kotihoidosta saatavilla olevan tiedon kanssa, voidaan sitä pitää alan sisäisenä kriisinä.

Oletan, että yksi syy siihen että kotihoidon hoitajat kokevat työnsä rasittavaksi, on Lillrankin (Peltokorpi, Kujala & Lillrank 2002, 21–27) kuvaamien prosessi- ja episodi-ajattelun välinen ristiriita. Työnantajan näkökannasta kotihoito on sarja standardiprosesseja, jotka oletetaan suoritettaviksi rutiininomaisesti määräajassa. Kotihoidon hoitosuhteet ovat hyvin pitkiä – asiakkaan ja vastuuhoidajan suhde on voinut jatkua vuosia. Hoitaja näkee asiakkaan yksilönä, jolloin hän samaistuu enemmän asiakkaan kuin kuntatyönantajan näkökantaan ja kokee työn episodisen luonteen voimakkaasti. Tästä todistaa sekä hoitajan että asiakkaan kokemus hyvistä kohtaamisista. Hoitajalle työ ei välttämättä ole toistuessaan rutiinia vaan aina ainutlaatuisia ihmissuhdetyötä, joka edellyttää jatkuvaa harkintaa ja sopeutumista. Silloin minuuttien tarkka laskeminen ahdistaa ja riittämättömyys luo eettistä stressiä (Kuokkanen 2010).

6.2 Kotihoidon hyvän toteuttamisen ehtoja

Olen analysoinut kirjallisuuskatsauksen lähdemateriaalia toisaalta asiakkaiden omasta tilanteesta ja toiveista lähtien ja toisaalta hallinnollispoliittisista rakenteista alkaen. Jaon syynä on se, että jokaisella käynnillä hoitaja on näiden kahden tahon vaatimusten välissä. Kuten tulokset näyttävät, toiminnan hyvät ja huonot puolet identifioituvat häneen. Asiakkaita emme voi muuttaa tai vaihtaa, mutta jotta hoitajat voisivat tehdä työnsä hyvin, on tuottajatahon luotava työlle hyvät olosuhteet ohjein, koulutuksin ja resurssein.

Nykymuotoisen kotihoidon lähtökohta Suomessa on laitoshoidon purkaminen 1980-luvulta alkaen (Mielonen 2000, 22; Paasivaara 2002, 32), ja sen myötä asiakaskunnan tarpeiden moninaistuminen. Suuri osa mielenterveyspotilaista asuu omissa kodeissaan, samoin keskivaikeasti dementoituneet ja monet saattohoitopotilaat. Asiakkaana voidaan olla myös lyhyt aika sairaalajakson jälkeen. Hoidon järjestämissä tavoitteena on ”*toimintaprosessien sujuvoittaminen*” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 45), mikä viittaa vahvasti rutiiniprosessiajatteluun (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004). Tämä on ristiriidassa asiakkaiden monikasvoisuuden ja -tarpeisuuden kanssa. Kotihoidon asiakkuutta rajataan RaVa-mittarituloksella, mutta asiakkaiden avun tarpeita ei erotella muiden mittareiden avulla. Kallis potilas -problematiikan vuoksi ainakin mielenterveys- ja diabetespotilaat pitäisi erottaa muista asiakkaista ja luoda heille omat hoitoprosessinsa. Kotihoidon lisäkustannukset heidän suhteensa voisivat olla terveydenhoidon kokonaissäästöjä, kuten Porvoon kokeilusta hyvin ilmeni (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014). Kärjistäen voi sanoa, että yksi kotihoidon tehtävä on vähentää kuntalaisten sairaalajaksoja.

Toimivan kotihoidon keskiössä on omahoitajuus, tavoitteelliset hoitosuunnitelmat ja moniammatillinen tuki. Helsingissä asiakkaalle nimetään aina vastuuhoitaja, mutta hoitajien käyntiosuutta vastuulasiakkaan luona ei seurata, eivätkä työvuorojärjestelyt tue vastuuhoitajuutta. Vastuuhoitajan käyntisuuden seuranta olisi helppo toteuttaa toiminnanohjausjärjestelmän kautta, ja sitä voisi hyvin käyttää yhtenä laatumittarina. Omahoitajuutta vahvistaisi, jos ilmoittaminen sen alkamisesta ja mahdollisista vaihdoksista olisi kotihoidon ohjaajan vastuulla. Tärkeä asia saisi täten ansaitsemansa painokkuuden. On vaikea ymmärtää, että asiakas tai hänen edustajansa eivät voi vaikuttaa vastuuhoitajan valintaan, kun julkisen perusterveydenhuollon lääkärin voi valita jopa eri alueelta.

Yhteydenpito omaisiin koettiin tutkimuksissa toistuvasti heikoksi (Eloranta, Arve, Isoaho & Routasalo 2010; Muurinen & Raatikainen 2005; Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen ja Paljärvi 2007; Hautsalo, Rantanen & Astedt-Kurki 2012). Tähänkin ongelmaan voisi puuttua keskitetysti. Hoitajat voisi velvoittaa yhteydenpitoon ja kotihoidolla voisi olla myös sähköinen tiedotusväylä. Ei ole vaikea hahmotella Kansalliseen terveystietokantaan liittyvää palvelua, joka lähettäisi asiakkaalle tai hänen valtuuttamalleen asianhoitajalle ilmoituksen hoitokertomuksen mahdollisesti tulleista uusista tekstistä viikottain.

Hoitosuunnitelma on kotihoidon toteutuksen punainen lanka. Monissa potilastietojärjestelmissä on mahdollista kirjata vain hoitosuunnitelman kautta, jolloin suunnitelmaa luetaan jokaisella käynnillä ja se ohjaa työtä jatkuvasti. Kattavan hoitosuunnitelman tekeminen vaatii moniammatillista dialogisuutta, esimerkiksi lähihoitajan ja terveydenhoitajan tai lääkärin yhteistyönä kuten Porvoon esimerkissä (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014). Moni tutkimuksissa esille tullut ongelma liittyi hoitosuunnitelmiin tai voitaisiin välttää niiden kautta. Edellä mainittu asiakkaan voimien seurannan puute on tällainen seikka, samoin asiakkaiden ja omaisten kuuleminen. Erityinen ongelma ainakin Helsingin kotihoidossa on se, että sijaiset eivät voi käyttää toiminnanohjausjärjestelmää. Heillä ei ole hoitosuunnitelmaa helposti saatavilla käynneillä, eivätkä heidän havaintonsa tule kirjatuiksi. Helsingin kotihoidolla ei ole yhteistä varahenkilöstöä.

Kotihoidon käynnit tehdään yksin, ellei asiakkaan siirtäminen tai hoitajien turvallisuus vaadi kahden hoitajan läsnäoloa. Yksin työskentely ei auta hoitajia oppimaan ja kehittymään samalla tavoin kuin edes ajoittainen parityöskentely. Jatkuvan oppimisen tukeminen on merkityksellistä myös työntajalle, koska koettu kompetenssi on vahva työtyytyväisyyden ennustaja (Grönroos & Perälä 2008).

Kotihoidon kiireestä puhuttiin kaikessa aineistossa. Toiminnanohjausjärjestelmiä käyttävissä kunnissa tähän ongelma-kohtaan olisi suoraviivaista vastata objektiivisesti: tulevatko hoitajat myöhässä, viipyvätkö liian vähän aikaa, vaihtuvatko liikaa? Asiakkaalle ja omaiselle tämä olisi tärkeää tietoa. Samalla poistuisi yksi tutkimustiedon epävarmuus hoitajan käyntien todellisen ajoituksen ja asiakkaan mahdollisesti hyvinkin erilaisen kokemuksen väliltä. Kiirekysymykseen voisi puuttua myös määrittämällä käynneille kiinteän minimiajan, kuten yksityiset hoitofirmat tekevät.

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Diakonia-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan opinnäytetyön perimmäinen tarkoitus on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Kirjallisuuskatsauksen analyysissä olen pyrkinyt löytämään kotihoidon hyvän toteutuksen pullonkauloja ja siten edistämään sekä asiakkaiden että hoitajien hyvinvointia, vaikka opinnäytetyöllä ei olekaan työelämän yhteistyötahoa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 29.) Alkuperäinen tarkoitukseni oli tehdä kvantitatiivinen opinnäytetyö toiminnanohjausjärjestelmällä kerättävistä tiedoista hoidollisten tulosten seurannassa ja saavuttamisessa Helsingin kaupungin kotihoidossa, mutta en saanut työlle tutkimuslupaa. Kirjallisuuskatsaus samasta aihepiiristä laajemmin oli toiseksi paras aihe minulle.

Opinnäytetyön eettisyyttä määrittää toisaalta hoitajan etiikka, toisaalta tutkijan etiikka. Terveystenhoitajan eettinen johtoajatus on terveyden edistäminen, sairaista huolehtiminen ja kansanterveyserojen kaventaminen (Urjanheimo 2008, 5–6). Tämän työn kohteena ovat kotihoidon asiakkaat, eli toimintakyvyltään heikentyneet vanhukset, ja tavoitteena on hakea tapoja edistää heidän omaehtoista, arvokasta elämäänsä. Opinnäytetyön aihe ja tavoite ovat terveystenhoitajan etiikan mukaisia.

Tutkijan etiikan voimakkain määrääjä on totuudellisuus. Kirjallisuuskatsauksessa se tarkoittaa kattavaa, systemaattista hakua, tulosten kriittistä tarkastelua, ja analyysissä otettujen lähtökohtien selkeää ilmoittamista. Hakutuloksen pitää olla toistettavissa annetuissa ehdoissa, kun taas analyysi ja pohdinta ovat aina tekijästä riippuvia. (Salminen 2011, 6–15; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Kaikki käyttämäni tutkimuslähteet ovat julkisesti saatavilla olevista vertaisarvioituista julkaisuista, joten niiden luotettavuus on jo kertaalleen tarkistettu. Myös viranomaislähteet ovat vapaasti saatavilla. Haku oli aiheen rajallisuuteen nähden laaja, ja analysoituja artikkeleita oli riittävästi. Artikkeleiden lähdelistoja lukien en löytänyt enää uusia tutkimuksia aiheesta. Työn totuudellisuus ja avoimuus toteutuvat.

Kirjallisuushauissa löytämäni artikkelit edustavat hyvin erilaisia tutkimusmenetelmiä, ne eivät ole yhteismitallisia, eikä niitä voi analysoida systemaattisesti. Tästä syystä johtopäätökset ovat laadullisia eivätkä määrällisiä. Tuloksia ei voi yhdistää tilastollisesti, eikä näytön voimakkuutta voi arvioida. (Salminen 2011, 8.) Vaikka katsauksen artikke-

lit poikkeavat menetelmällisesti toisistaan hyvin paljon, toistuvat samat asiat tuloksissa. Sisäinen koherenssi lisää tulosten luotettavuutta.

Useissa tutkimusartikkeleissa ei kerrota, mistä kunnista tiedot on kerätty, luultavimmin asiakkaiden tietosuojan vuoksi. Tämä kuitenkin rajaa tulosten yleistettävyyttä. Tutkimuskunnat näyttäisivät olevan pieniä, koska niissä sanotaan olevan 100-400 kotihoidon asiakasta, ja ison kunnan asukasluvun alarajaksi mainitaan 36 000. Ero Suomen suurimpiin kaupunkeihin on merkittävä. Helsingissä oli 629 000 asukasta lokakuun 2015 lopussa (Suomen virallinen tilasto 2015). Kuntien erilaisuus voi olla yksi syy tutkimusten ja median antaman kotihoitokuvien välillä.

Katsauksen laatu on enimmillään niin hyvä kuin osajulkaisuiden laatu. Monia tämän katsauksen tutkimuksia on syytä kritisoida menetelmällisesti. Määrällisten tutkimusten otokset ovat pieniä eivätkä useinkaan satunnaistettuja vaan haastateltavat asiakkaat ovat hoitajien tai kotihoidon ohjaajan valitsemia. Yksinäiset, muistamattamat ja psyykkisesti sairaat asiakkaat on joissain tutkimuksissa suljettu käsittelyn ulkopuolelle, eikä tulosten pohdinnassa arvioida heidän osuuttaan kaikista kotihoidon asiakkaista. Tilastanalyysi on yksinkertaista ja mallit heikkoja, muutamaa loistavaa poikkeusta lukuunottamatta (Hammar, Perälä & Rissanen 2009; Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen & Paljärvi 2007). Asiakas ja hoitaja on rinnastettu pariin kahdessa tutkimuksessa. Parissa artikkelissa todetaan ristiriitatilanteissa, että asiakkaat tai hoitajat ovat ehkä vastanneet kyselyihin siten kuin he ajattelevat että heidän pitäisi toimia, eikä niin kuin he toimivat (normatiivinen tai deskriptiivinen vastaus). Tämä on hyvinkin mahdollista, ja ratkaisuna olisi ollut toisenlaisen tutkimusstrategian valitseminen. Tulosten lukemista ja artikkelien antaman informaation vertailua vaikeuttaa yleismittarien käytön puute. Arviointia helpottaisi tulosten kytkeminen esimerkiksi RAI- ja MMSE-tietoihin. Kokonaisuutena on pakko todeta, että en pidä kaikki katsaukseen valikoituneita artikkeleita täysin luotettavina, mikä tarkoittaa, ettei niistä koostettu kokonaiskuvakaan ole luotettava.

6.4 Ajatuksia jatkotutkimuksista

Opinnäytetyön tekemisen kimmokeena olivat lehtijutut kotihoidosta kykenemättömänä vastaamaan asiakkaiden hoidon tarpeisiin (Aalto 2015; Knus-Galán 2015; Nykänen

2015). Tällainen asiakkaiden saaman hoidon kriisi ei tullut kirjallisuuskatsauksessa esille. Jos syynä erilaiseen yleiskuvaan ovat erot paikkakuntien kesken, tarvitaan hoitotieteellistä tutkimusta kotihoidon sujuvuudesta pääkaupunkiseudulla.

Itse tutustuisin mielelläni eri maiden tapoihin toteuttaa kotihoitoa, esimerkiksi kirjallisuushaussa esille tulleista vertailututkimuksista. Kotihoito kuvaa aina paitsi asiakkaan ja hoitajan suhdetta, myös asiakkaiden perhesuhteita tai niiden puuttumista, sekä alueen rakennuskantaa ja palvelurakennetta. Tiedot hoitosuhteesta ja sen merkityksellisyydestä olisivat luultavasti siirrettäviä maasta toiseen, mutta esimerkiksi tieto perherakenteista tai hoitajina toimivien henkilöiden koulutuksesta ei ole.

Toinen mielenkiintoinen tutkielman aihe olisi analysoida kysymyksiä kuntien kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyissä ja kotihoidosta esitettyjä valituksia. Mistä kysytään, mistä ei kysytä, mistä valitetaan? Näkyykö kotihoito kokonaisuutena vai pelkistyykö se kunkin asiakkaan vastuuhoitajaksi? Käyttävätkö kunnat samoja kysymyksiä, vai onko jokaisella omat lomakkeensa? Esimerkiksi kouluterveydenhuollossa asiakaskyselyt ovat kaikissa kunnissa samat.

Hyvin monet tutkimuksissa esille tulleet aiheet olisivat suoraan tuottajatahon seurattavissa yhdistämällä RAI-tuloksia ja toiminnanohjausjärjestelmän tietoja, samaan tyyliin kuin on tehty palvelutalotutkimuksissa (Kangasharju, Mikkola, Mänttari, Tyni & Valta 2010; Sinervo ym. 2010). En tiedä, tehdäänkö sosiaali- ja terveystieteissä näin. Asiakkaiden lukumäärällisesti ja alueellisesti laajat analyysit antaisivat kattavamman kuvan kotihoidosta kuin muutaman hoitotiimin asioihin keskittyminen, ja alueiden vertailu esimerkiksi koko Helsingissä saattaisi tuoda laadullisestikin uutta tietoa. Myös kumulatiivinen aikaseuranta onnistuisi näistä lähteistä ongelmitta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos seuraa RAI-tuloksia kaikista maan vanhustenhoitoyksiköistä, mutta ei tietääkseni toiminnanohjausdataa.

Ennen muuta kotihoito tarvitsee interventiotutkimuksia. Ulkopuolisen tahon tekemät asiakas- ja työtyytyväisyyskyselyt ovat välttämättömiä nykytilanteen hahmottamiseksi, mutta tärkeintä olisi saada jo olemassa oleva tieto siirretyksi käytäntöön. Tuottajatahon vastuu on tässä suuri. Muutosprojektien olisi oltava monialaisia, siten että mukana olisi paitsi asiakkaita ja terveydenhuoltoalan ihmisiä, ehdottomasti myös yhteiskuntatieteili-

jöitä ja talousihmisiä. Satunnaistaminen ja sokkouttaminen on vaikeaa tai mahdotonta, mutta jos seurattavana olisi objektiivisesti mitattavissa olevia päätetapahtumia taulukon 1 tapaan (poliklinikkakäyntien määrä, siirtymät toisiin hoitomuotoihin suhteessa hoitoisuuteen), ei tämä olisi ongelma (Komulainen, Vuorela & Malmivaara 2014). Pelkällä työtahdin kiristeämisellä ei kovin pitkälle päästä.

6.5 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on ollut paljolti lukemista tutusta aihepiiristä. Etäisyyden ottaminen on auttanut ymmärtämään monia arjen asioita ja samalla kyseenalaistanut totuttuja käytäntöjä. Erityisen tyytyväinen olen siitä, että olen tutustunut säädöksiin, koska näitä en ollut aiemmin samalla tavoin tarkkaan tutkinut. Kotimaiseen hoitotieteelliseen tutkimukseen en ollut tutustunut aikaisemmin, enkä moniin näissä töissä käytettyihin menetelmiin.

Olen pitänyt työstä kotihoidossa, koska työ vaihtelevaa ja vaativaa. Ennen muuta lähihoitajana kenttätöissä, mutta myös terveydenhoitajana tuntuu siltä, että todellinen työnantaja ovat asiakkaat. Haluaisinko terveydenhoitajana töihin kotihoitoon? Itse työn ja asiakkaiden puolesta mielelläni. Kokonaisuutena kotihoito mietityttää työpaikkana, koska resurssit tuntuvat jatkuvasti pienenevän.

7 LOPUKSI

Kotihoito on periaatteessa täydellinen palvelu, joka vastaa ihmisten tarpeisiin heidän omassa ympäristössään. Käytännössä kotihoidon laatu vaihtelee paljon, mistä syystä yhteiset kansalliset ohjeet olisivat tarpeen. Ohjeiden pitäisi käsittää hoitosuunnitelman minimirakenne sekä toimintatavat tukemaan asiakkaan osallisuutta, voinnin seurantaan että yhteydenpitoa mahdollisiin omaisiin. Samoin tarvitaan ohjeistusta puhelimen käytöstä käyntien aikana, ja päivystyspuhelimen vastaamisen siirtämistä toimisto-aikaan sille henkilökunnalle, joka ei ole kenttätöissä. Omahoitajuutta tulisi vahvistaa ainakin siten, että sen toteutumista seurattaisiin kotihoidon laatumittarina.

Kotihoidon asiakaskunta on laaja, ja asiakkaiden tarpeet vaihtelevat. Ainakin mielen-terveys- ja muistipotilaiden hoitoon pitäisi olla erilliset hoitoprosessit. Heidän kohdallaan jatkuva hoitosuhde on erityisen tärkeä.

Lopetan Marianne Frilundin, Katie Erikssonin ja Lisbeth Fagerströmin (2013) artikkelin alkusanoilla: *In the care of older people, unexpected and unpredictable situations often occur*. Vanhojen ihmisten hoidossa on usein odottamattomia ja ennakoimattomia tilanteita. Näihin tilanteisiin soisi työnteon ulkoisten reunaehtojen antavan hoitajalle mahdollisuuden vastata.

LÄHTEET

- Aalto, Maija 2015. Lisääntyvä kiire uuvuttaa kotihoidossa. Helsingin Sanomat 28.1. Viitattu 3.3.2015. <http://www.hs.fi/kaupunki/a1422337917419> .
- Arto i.a. Kansalliskirjasto Arto. Kotimaisten artikkelien viitetietokanta. Viitattu 5.10. 2015. <https://arto.linneanet.fi/> .
- Beard, John R. & Bloom, David E. 2015. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*, 385, 658–661.
- Christensen, Kaare; Thinggaard, Mikael; Steenstrup, Troels; Andersen-Ranberg, Karen; Jeune, Bernard; McGue, Matt & Vaupel, James W. 2013. Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet* 382, 1507–1513.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 5.uudistettu laitos.
- EBSCO i.a. Nursing resources.Viitattu 5.10.2015. <http://www.ebscohost.com/nursing/products> .
- Eloranta, Sini; Routasalo, Pirkko & Arve, Seija 2008. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice* 14, 308–314.
- Eloranta, Sini; Arve, Seija; Isoaho, Hannu & Routasalo, Pirkko 2010. Home care from the perspective of older clients and their professional carers. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 51, 180–184.
- Erkkilä, Sari 2010. Usein joutuu miettimään, mikä on heittellejättöä ja mikä ei. Selvitys laitospaikkojen vähentämisen vaikutuksista kotihoitoon. Helsinki: Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. Viitattu 3.9.2015. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/super_selvitys_kotihoito_2010_verkkoon.pdf .
- Erkkilä, Sari 2015. Asiakkaat ovat ihmisiä – eivät prosentteja. Selvitys superilaisten työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä. Helsinki: Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. Viitattu 3.9.2015. https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/kotihoitoselvitys_nettiin.pdf .

- Finne-Soveri, Harriet; Mäkelä, Matti; Noro, Anja; Nurme, Pia & Partanen, Soili 2014. Vahusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Suomen Lääkärilehti 69, 3467–73.
- Finne-Soveri, Harriet & Noro, Anja 2007. Kotihoidon asiakasrakenne. Teoksessa Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas & Anja Noro (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes, 61–85.
- Finne-Soveri, Harriet 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkkinä Helsinki. Viitattu 2.3.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80409/b4046c29-61fe-497c-a226-f517bd40f2bb.pdf?sequence=1>
- Frilund, Marianne; Eriksson, Katie & Fagerström, Lisbeth 2013. The caregivers' possibilities of providing good care for older people – a study on caregivers' ethical approach. Scandinavian Journal of Caring Sciences 28, 245–254.
- Grönroos, Eija & Perälä, Marja-Leena 2008. Self-reported competence of home nursing staff in Finland. Journal of Advanced Nursing 46, 27–37.
- Hammar, Teija; Perälä, Marja-Leena & Rissanen, Pekka 2009. Clients' and workers' perceptions on clients' functional ability and need for help: home care in municipalities. Scandinavian Journal of Caring Sciences 23, 21–32.
- Hautsalo, Katja; Rantanen, Anja & Astedt-Kurki, Päivi 2012. Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. Journal of Clinical Nursing, 22, 2953–2963.
- Heinola, Reija 2007. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 30–33.
- Heinola, Reija & Paasivaara, Leena 2007. Kotihoidon prosessit. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 52–60.
- Heinonen, Heikki; Aro, Arja R.; Sihvonen, Sanna; Absetz, Pilvikki; Valve, Raisa; Fogelholm, Mikael & Uutela, Antti 2012. Relationship between self-reported functional limitations and physical performance status among aged home care clients. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics 30, 73–84.
- Helsingin kaupunki 2010. Terveyslautakunnan päätös 14. joulukuuta 2010. Viitattu 5.3. 2015. http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Paatos/2010/Terke_2010-12-14_Tervlk_17_Pk/572973DC-E35F-412E-9537-

51B4EC4E740E/Kotihoidon_tyoajanseuranta-_ja_toiminnanohjausjarj.pdf

- Helsingin kaupunki 2013. Helsingin strategiaohjelma 2013-2016. Viitattu 28.3.2015.
<http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/strategiaohjelma/hyvinvoiva/ikaantyvista-huolehditaan> .
- Helsingin kaupunki 2015. Ikääntyneiden palvelut. Viitattu 28.3.2015. <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/kotihoito/> .
- Hennala, Lea 2014. Radikaaleja innovaatiota vai pieniä tekoja – ikäihmisten ääni koti-hoidon palvelujen uudistamisessa. *Gerontologia* 28, 67–84.
- Holmberg, Marie; Valmari, Gudrun & Lundgren, Solveig M. 2012. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Science* 26, 705–712.
- Ihanus, Johanna 2014. Hygieniahoitajan ohjeet kotihoitoon. Kokousmuistio Helsingin kaupungin eteläisen kotihoidon hygieniavastaavien kokouksesta.
- Jackson, Carole 2005. The experience of a good day: a phenomenological study to explain a good day as experienced by a newly qualified RN. *International Journal of Nursing Studies* 42, 85–95.
- Hutchinson, Alison M.; Milke, Doris L.; Maisey, Suzanne; Johnson, Cynthia; Squires, Janet E.; Teare, Gary & Estabrooks, Carole A. 2010. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review *BMC Health Services Research* 10, 166–180.
- Kapiainen, Satu; Seppälä, Timo T.; Häkkinen, Unto; Lauheranta, Jorma; Roine, Risto P. & Korppi-Tommola, Marja 2010. Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.3.2015.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80171/8645f919-c88b-4272-af87-b8fe7cd59152.pdf?sequence=1> .
- Kansanterveyslaki 1972/66, 28.1.1972. Viitattu 20.2.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> .
- Kangasharju, Aki; Mikkola, Teija; Mänttari, Tuomas; Tyni, Tero & Valta, Maija 2010. Vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus vanhuspalveluissa. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Viitattu 13.9.2015.
http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t160.pdf .

- Kinnula, Petra; Malmi, Teemu & Vauramo, Erkki 2015. Sisältöä sote-uudistukseen. Kunnallisan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisusarja, 78. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö.
- Knus-Galán, Minna 2015. Muistisairaana kotona karpäsenä katossa. Ylen MOT-ohjelman käsikirjoitus. Viitattu 2.6.2015. <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/03/09/muistisairaana-kotona-karpasena-katossa> .
- Komulainen, Jorma; Vuorela, Piia & Malmivaara, Antti 2014. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Satunnaistettun kontrolloidun tutkimuksen periaatteita ja sudenkuoppia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130, 1439–1444.
- Konttinen, Jussi & Gandra, Rio 2015. Kun hoivasta tuli bisnes. Helsingin Sanomat 15.3. Viitattu 16.3.2015. <http://www.hs.fi/sunnuntai/a1426233472725>
- Koskenniemi, Jaana; Kilpi-Leino, Helena & Suhonen, Riitta 2014. Manifestation of respect in the care of older patients in long-term care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29, 288–296.
- Kröger, Teppo & Leinonen, Anu 2011. Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and social care in the community* 20, 319–327.
- Kuntaliitto i.a. Mikä on RaVa-mittari. Viitattu 4.10.2015. <http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari> .
- Kuokkanen, Liisa 2010. Eettiset ongelmat hoitajan työn kuormittajana. Teoksessa Tarja Kantolahti & Tiina Tikander (toim.) Puheenvuoro työn kuormittavuudesta. Työhyvinvointifoorumi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 53–58.
- Kvist, Tarja; Mäntynen, Raija & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Does Finnish hospital staff job satisfaction vary across occupational groups? *BMC Health Services Research* 13, 376–383.
- Laamanen, Ritva; Broms, Ulla; Hoppola, Anja & Brommels, Mats 1999. Changes in the work and motivation of staff delivering home care services in Finland. *Public Health Nursing* 16, 60–71.
- Laatikainen, Tiina; Jula, Antti; Kastarinen, Mika; Salomaa, Veikko; Borodulin, Katja; Harald, Kennet; Peltonen, Markku; Jousilahti, Pekka & Vartiainen, Erkki 2013. Verenpaineet ja hoitotasapaino FINRISKI-tutkimusalueilla 1982–2012. *Suomen Lääkärilehti* 24, 1803–1809.

- Laitinen, Ilpo 2013. Palveluiden tuottaminen yhdessä asiakkaan kanssa. Teoksessa Ilpo Laitinen, Risto Harisalo, Jari Stenvall (toim.) *Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana: kansainvälinen vertailu*. Tampere: Tampere University Press.
- Leppo, Kimmo 2010. Kansan terveys on tahdon asia. *Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle*. Kalevi Sorsa Säätiön julkaisuja 3/2010. Helsinki: Kalevi Sorsa -Säätiö.
- Leskelä, Riikka-Leena; Komssi, Vesa; Sandström, Saana; Pikkujämsä, Sirkku; Haverinen, Anna; Olli, Sirkka-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 68, 3163–3169c
- Liljamo, Pia; Kinnunen, Ulla-Mari & Ensio, Anneli 2012. *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas*. SHTaL 3.0, SHToL 3,0, SHTuL1.0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lillrank, Paul; Kujala, Jaakko & Parvinen, Petri 2004. *Keskeneräinen potilas. Terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Helsinki: Talentum.
- Mielonen, Marje-Leena 2000. *Psykiatrinen hoito: mistä ja mihin suuntaan? Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrisen klinikan muutoksen historia ja sen arviointi*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 2.3.2015. <http://herkules oulu.fi/isbn9514258460/isbn9514258460.pdf> .
- Medline i.a. U.S. National Library of Medicine. Viitattu 5.10.2015. <https://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html> .
- Molander, Gustaf 2014. *Hoidanko oikein?: eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Muurinen, Seija & Raatikainen, Ritva 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 1, 13–22.
- Mäkelä, Marjukka; Varonen, Helena & Teperi, Juha 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 112, 1999–2000.
- Mäkijärvi, Markku 2010. *Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa*. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto.
- Ngandu, Tiia; Lehtisalo, Jenni; Solomon, Alina; Levälahti, Esko; Ahtiluoto, Satu; Antikainen, Riitta; Bäckman, Lars; Hänninen, Tuomo; Jula, Antti; Laatikainen,

- Tiina; Lindström, Jaana; Mangialasche, Francesca; Paajanen, Teemu; Pajala, Satu; Peltonen, Markku; Rauramaa, Rainer; Stigsdotter-Neely, Anna; Strandberg, Timo; Tuomilehto, Jaakko; Soininen, Hilkka & Kivipelto, Miia 2015. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 385, 2255–2263.
- Nikkanen, Samuli 2014. Pegasos Mukana demo – lisää välitöntä asiakastyöaika. Viitattu 20.2.2015. http://www.cgi.fi/sites/default/files/files_fi/events/welfare-ict-forum/pegasosmukana_samuli_nikkanen.pdf .
- Norton, Sam; Matthews, Fiona E.; Barnes, Deborah E.; Yaffe, Kristine & Brayne, Carol 2014. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology* 13, 788–794.
- Nykänen, Anna-Stiina 2015. Mitä vanhusten kotihoidossa oikeasti tapahtuu? *Helsingin Sanomat*, 15.2. Viitattu 28.3.2015. <http://www.hs.fi/sunnuntai/a1423809755859> .
- Outila, Marjo; Jumisko, Eija & Kettunen, Riitta 2014. Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma. *Gerontologia* 28, 231–249.
- Paasivaara, Leena 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930–2000-luvulle. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 23.2.2015. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514269012/isbn9514269012.pdf> .
- Paljärvi, Soili; Rissanen, Sari; Sinkkonen, Sari & Paljärvi, Leo 2007. Monitoimijainen arviointi yhdistetyn kotihoidon sisällöstä ja laadusta. Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003. *Gerontologia* 2, 92–103.
- Pelkonen, Linda 2015. Uusi oivallus säästi Vaasalle nopeasti 500 000 €. *Uusi Suomi* 19.5. Viitattu 20.9.2015. <http://www.uusisuomi.fi/kotimaa/81922-vaasa-saasti-500-000-eu-heikko-kohta-loytyi> .
- Peltokorpi, Antti; Kujala, Jaakko & Lillrank, Paul 2002. Keskenikäisen potilaan kustannukset. Menetelmä kunnille terveystalouden tuotannon suunnitteluun ja ohjaukseen. *Kunnallisan alan kehittämiskeskityön tutkimus-*

- julkaisut 45. Viitattu 3.2.2015. http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2045_0.pdf .
- Perhehoitoliitto i.a. Hoivaa ja huolenpitoa perheessä. Viitattu 30.9.2015. <http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset> .
- Prince, Martin J.; Wu, Fan; Guo, Yanfei; Gutierrez Robledo, Luis M.; O'Donnell, Martin; Sullivan, Richard & Yusuf, Salim 2015. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*, 385, 549–562.
- Roivanen, Ida 2015. Mobiiliteknologia voi tuoda vanhusten arkeen helpotusta ja seuraa -ja kunnille säästöjä. *Helsingin Sanomat* 26.9. Viitattu 30.9.2015. <http://www.hs.fi/tekniikka/a1443149144590> .
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.9.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> .
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Opetusjulkaisu*, 6. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 25.9.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf .
- Sinervo, Timo; Noro, Anja; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Sulander, Juhani; Taimio, Heikki; Finne-Soveri, Harriet; Lilja, Reija & Syrjä, Vesa 2010. Yksityinen vai kunnallinen palvelusuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.10.2010. <https://www.thl.fi/documents/10531/99473/Raportti%202010%2034.pdf> .
- Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 30.12.2014. Viitattu 28.9.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301> .
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11. Helsinki: Sosiaali - ja terveysministeriö. Viitattu 23.4. 2015. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ ISBN_978-952-00-3415-3.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf) .
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.10.2015.

- https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116180/URN_ISBN_978-952-00-3467-2.pdf .
- Suhonen, Riitta; Charalambous, Andreas; Stolt, Minna; Katajisto, Jouko & Puro, Markku 2012. Caregivers' work satisfaction and individualized care in care settings for older people. *Journal of Clinical Nursing* 22, 479–490.
- Suomen muistiasiantuntijat i.a. Testit ja kyselykaavakkeet. Viitattu 23.9.2015. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=testit> .
- Suomen perustuslaki. 1999/731, 11.6.1999. Viitattu 5.10.2015. finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731 .
- Suomen virallinen tilasto 2015. Helsingin väkiluku. ISSN=1797-5379. 2014. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 23.10.2015.
- Tekes 2012. Kotihoito 2020. Kymmenen askeleen ohjelma kotihoitoon. Viitattu 8.4.2015. <http://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/kotihoito-2020---10-askeleen-ohjelma-kotihoitoon.pdf> .
- Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015. Kotihoidon laskenta 2014. Viitattu 26.9.2015. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaali-palvelut/kotihoidon-laskenta> .
- Turjamaa, Riitta; Hartikainen, Sirpa & Pietilä, Anna-Maija 2013. Forgotten resources of older home care clients: focus group study in Finland. *Nursing and Health Sciences* 15, 333–339.
- Turjamaa, Riitta; Hartikainen, Sirpa; Kangasniemi, Mari & Pietilä, Anna-Maija 2014. Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of Clinical Nursing* 23, 3206–3217.
- Turjamaa, Riitta; Hartikainen, Sirpa; Kangasniemi, Mari & Pietilä, Anna-Maija 2015. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29, 317–324.
- Työterveyslaitos 2015. Kunta10-tutkimus. Viitattu 30.9.2015. http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/kunta10_tutkimus/ .
- Urjanheimo, Eeva-Liisa 2008. Terveystieteiden ammattilaisen osaamisen tunnistaminen. Helsinki: Suomen terveydenhoitajaliitto. Viitattu 21.10.2015.

- http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10.pdf .
- Utriainen, Kati & Kyngäs, Helvi 2009. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of Nursing Management* 17, 1002–1010.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010. Vanhuspalvelu: Säännöllinen kotihoito. Tarkastuskertomus 214/2010. Viitattu 2.10.2015. https://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf .
- Vanhuspalvelulaki 2012/980, 28.12.2012. Viitattu 23.4.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> .
- Vartiainen, Anssi 2014. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluiden ja kustannusten vertailu 2013. Viitattu 28.2.2015. http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Vanhuspalvelut/Vanhuspalvelujen_Kuutosraportti_2013_netti.pdf .
- Vartiainen, Erkki; Borodulin, Katja; Sundvall, Jouko; Laatikainen, Tiina; Peltonen, Markku; Harald, Kennet; Salomaa, Veikko & Puska, Pekka 2012. FIN-RISKI-tutkimus: Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien jälkeen kääntynyt nousuun. *Suomen Lääkärilehti* 67, 2364–2368.
- Virtanen, Petri & Wennberg, Mikko 2005. *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*. Helsinki: Edita.
- Voutilainen, Päivi 2007. Laadun arviointi. Teoksessa Reija Heinola (toim.) *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Helsinki: Stakes, 13–17.
- Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, U. Harriet 2004. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Helsinki: Stakes.
- Wright, K.; Golder, S. & Lewis-Light, K 2015. What value is the CINAHL database when searching for systematic reviews of qualitative studies? *Systematic Reviews* 4, 104. doi: 10.1186/s13643-015-0069-4.
- Öresland, Stina; Määttä, Sylvia; Nordberg, Astrid; Winther Jörgensen, Marianne & Lützén, Kim 2008. Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing Ethics* 15, 371–383.
- Öresland, Stina; Määttä, Sylvia; Nordberg, Astrid & Lützén, Kim 2009. Patients as 'safeguard' and nurses as 'substitute' in home health care. *Nursing Ethics* 16, 219–230.

LIITE 1.

Lyhennelmät katsauksen artikkeleista.

Kirjallisuuskatsauksen julkaisut voidaan jakaa viiteen ryhmään julkaisuiden pääteemojen mukaisesti. Jako ei ole täydellinen vaan monissa julkaisuissa sivutaan useita aihepiirejä.

- 1 Asiakkaan näkemys omista voimavaroistaan (4 tutkimusta)
- 2 Asiakkaan kokemus kotihoidosta (6 tutkimusta)
- 3 Hoitajan näkemys asiakkaan hoidosta (2 tutkimusta)
- 4 Hoitajan jaksaminen ja osaaminen (2 tutkimusta)
- 5 Organisaation muutokset (2 tutkimusta).

1 Kotihoidon asiakkaat omista voimavaroistaan ja toimintakyvystään

Kotihoidon tehtävät vaihtelevat sen mukaan, millaisessa kunnossa asiakkaat ovat ja mitkä heidän tarpeensa ovat. Tarpeiden määrittelyn lähtökohta on asiakkaan toimintakyky, ja neljä katsauksen tutkimuksista käsittelee asiakkaiden mitattua tai itse arvioitua toimintakykyä.

Heinonen, Aro, Sihvonen, Absetz, Valve, Fogelholm ja Uutela (2012) vertasivat asiakkaiden itse raportoimaa toimintakykyä (Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living) fysioterapeuttien asiakkaille tekemien neljän fyysisen suoritusmittarin tuloksiin (Short Physical Performance Battery, Berg Balance Scale, 10 metrin kävely aika ja käden puristusvoima). Mittaukset tehtiin 171 satunnaisesti valitulle asiakkaalle. Mitattu fyysinen suoriutuminen ja itsearvioitu toimintakyky korreloivat erittäin hyvin, vaikka joukossa oli yksittäisiä poikkeavan hyvin tai huonosti suoriutuvia. Tulosten perusteella tutkijat suosittelivat fyysistä kuntoa kohottavaa toimintaa kotihoidon asiakkaille sekä kaatumisten estämiseksi että liikuntakyvyn yleiselle toimintakyvylle tuovan kerrannaishyödyn vuoksi ja korostavat asiakkaiden itsearvioiden luotettavuutta.

Hautsalo, Rantanen ja Astedt-Kurki (2012) tutkivat kotihoidon asiakkaiden perheiden sosiaalista toimintakykyä kehittämällään mittarilla (Family Functioning, Health and

Social Support). Asiakas ja omainen vastasivat yhdessä kysymyksiin. Kotihoidon työntekijät olivat valinneet tutkimukseen 200 asiakasta ja näiden itse ilmoittamat omaiset, joista 82 vastasi (41 %). Perheen terveyttä kuvattiin kolmella ulottuvuudella, tunneyhteytenä (affect), vahvistamisena (affirmation) ja konkreettisena apuna. Useimmiten kyselyyn vastannut omainen (78 %) oli joko asiakkaan lapsi tai puoliso, ja 13 % vastaajista asui asiakkaan kanssa. Taustamuuttujina kysytyjen ADL-arvioiden mukaan asiakkaat olivat melko hyvässä kunnossa, ja tutkimustulosten mukaan he kokivat perheensä antaman sosiaalisen tuen hyväksi. Parasta tukea saivat koulutetut miehet vanhoilta omaisiltaan – vaimoiltaan? Tutkimuksen selkeänä ongelmana on sosiaalisen tuen tutkiminen valikoidusti siltä ryhmältä, jolla on läheisiä omaisia. Rajaus ei näy työn otsikoinnissa. Yksinäisten ääni ei kuulu, eikä asiakkaiden mahdollisia kognitiivisia tai mielenterveysongelmia mainita tutkimuksessa.

Hammar, Perälä ja Rissanen (2009) vertailivat kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä asiakkaiden toimintakyvystä ja avun tarpeesta ja analysoivat tulokset kuntarakenteen mukaan. 686 asiakasta haastateltiin 22 kunnasta, ja kunkin asiakkaan nimetty omahoitaja vastasi kirjalliseen kyselyyn. Toimintakyvyn mittareina olivat ADL ja IADL, minkä lisäksi asiakas ja hoitaja erikseen arvioivat asiakkaan avun tarvetta. Mielenniinnoisesti molemmat tahot arvioivat asiakkaan toimintakyvyn yhtäläiseksi lukuunottamatta liikkumista ja porraskävelyä, joissa hoitajat näkivät asiakkaat selviävimpänä kuin nämä itse. Avun tarpeen arvioinnissa asiakkaat taas kokivat olevansa selviävimpiä kuin hoitajien mielestä. Tutkimuksessa todettiin, että suurissa kunnissa (35 000–96 000 asukasta) huonokuntoiset vanhukset asuvat useammin kotonaan kuin pienissä kunnissa. Artikkelin data-analyysi ja pohdinta ovat erityisen rikasta. Keskustelussa osansa saa vanhusten halu selvittää ja heidän kykynsä korvata heikkouksia mahdollisilla toisilla voimavaroilla, hoitajien laaja näkemys ja realistinen arvio asiakkaiden kunnosta, sekä hoitamiseen aina liittyvä valta-asetelma. Mielenterveyspotilaita tai syöpäpotilaita ei tutkimukseen otettu.

Eloranta, Routasalo ja Arve (2008) tutkivat kotihoidon asiakkaiden voimavaroja. Hoitajat valitsivat haastateltaviksi 21 hyväkuntoista yli 75-vuotiasta asiakasta, ja data-analyysi oli induktiivista. Asiakkaiden voimavaroina nähtiin hallinnan tunne omasta elämästä ja päättäväisyys selvittää vaikeuksista huolimatta. Voimavaroja vahvistivat harrastukset ja

ihmissuhteet ja niitä heikensivät terveysongelmat, yksinäisyys ja kotihoidon toimien ennakoimattomuus. Tutkimus ei otostapansa vuoksi ole yleistettävissä.

2 Asiakkaiden mielipide ja kokemus kotihoidosta

Suurin osa tutkimuksista tutki kotihoitoa asiakaskokemusta korostaen. Eloranta, Arve, Iso-aho ja Routasalo (2010) vertailivat asiakkaiden ja hoitajien näkemyksiä kotihoidosta. Saman alueen asiakkailta (satunnaisotos, 120/200 vastasi) ja henkilökunnalta (kokonaisotos, 370/570 vastasi) kysyttiin asiakkaiden resursseista, yhteistyöstä ja hoitajien työn järjestelystä. Kysymykset eivät kohdistuneet tiettyyn asiakkaaseen tai hoitajaan. Aineisto analysoitiin tilastollisesti. Resursseista kysyttiin esimerkiksi tietävätkö hoitajat, miten asiakas toivoo itseään hoidettavan ja kunnioitettavan hoitajat asiakkaan toiveita. Vastaukset olivat hyvin positiivisia ja yhteneviä, paitsi että asiakkaat kokivat hoitajien vaihtuvuuden pienempänä kuin hoitajat itse ja arvelivat hoitajien arvioivan heidän suoriutumistaan harvemmin kuin mitä hoitajat sanoivat tekevänsä. Kummastakin ryhmästä puolet oli sitä mieltä, etteivät hoitajat tiedä asiakkaan kiinnostuksista paljoa. Yhteistyökysymyksissä luottamuksellisuus koettiin positiivisimpina ja tiedonkulku ongelmallisimpana. Hoitajat pitivät työn järjestelyjä enimmäkseen hyvinä, mutta omahoitaja oli nimetty vain kolmannekselle asiakkaista.

Muurinen ja Raatikainen (2005) tutkivat myös kotihoidon asiakkaiden ja hoitajien näkemyksiä avun tarpeen ja saamisen vastaavuudesta. Tutkimus oli lomakekysely ja analyysi prosenttitaulukko, jonka perustana oli teoreettinen malli hoitotyön vaiheista biofyysisenä, persoonallisena ja yhteisöllisenä toimintana. Asiakas-hoitaja -pareja ei ollut sovitettu toisiinsa. Asiakkaiden ilmaisema avun tarve ja hoitajien kokemus antamastaan avusta olivat useimmiten yhteneviä, mutta asiakkaiden kokemus avun saamisesta oli perustointaja (pukeutuminen, peseytyminen, wc-apu) lukuunottamatta noin puolet matalampi. Yli puolet asiakkaista koki, ettei kotihoito pidä yhteyttä heidän omaisiinsa. Mielenkiintoisesti sekä asiakkaat että hoitajat kokivat hoitosuhteen toteutuvan persoonallisena erittäin hyvin, mutta tavoitteellisena selkeästi huonommin, ja hoitajien mielestä 2-3 kertaa paremmin kuin asiakkaiden mielestä. Vastaavasti ennaltaehkäisevään työhön ja kuntoutukseen ei panostettu. Artikkelissa on erityisen positiivista rikkaa, monipuolinen pohdinta ja kriittinen suhtautuminen tulostulosten analyysin mahdollisuuksiin.

Hennala (2014) tutki kotihoidon asiakkaiden toiveita kvalitatiivisella tapaustutkimuksella, jossa 19 asiakkaan kertomuksia työstettiin tarinateatterina. Hän kysyi, mitä pitäisi uudistaa, miten pitäisi uudistaa ja kenen vallassa uudistukset ovat, jos tavoitteena on asiakkaiden kotihoidosta saama arvo. Keskustelu analysoitiin viidellä tasolla: konkreettiset palvelut, sisällön laatu, asiat joita muuttamalla arvo käyttäjälle kasvaisi, tulevaisuuden asiakkaat ja asiakkaiden erilaisuus. Tuloksissa korostui voimakkaasti asiakkaan yksityisyyden kunnioittaminen, hoitajan kohtelias käyttäytyminen ja aktiivinen läsnäolo huolimatta puhelimen soimisesta, kirjaamisesta tai hoitajan kiireestä. Hoitajien ja käyntiaikojen vaihtelevuus rasittivat asiakkaita. Asiakkaat toivoivat myös kotihoidon jatkuvan muuttamisen tasaantumista. Kirjoittaja totesi, että vaikka valtaosa muutoksista on pieniä käytännön asioita – esimerkiksi yhtään kokonaan uutta palvelua ei toivottu – olisi asiakkaan kohtelu kumppanina radikaali muutos kunnallisissa palveluissa.

Outila, Jumisko ja Kettunen (2014) tutkivat kehysanalyttisesti kotihoidon asiakkaiden ja hoitajien vuorovaikutusta 22 nauhoitetusta kotikäynnistä. Aineisto jaoteltiin terveydenhoidolliseen keskusteluun, vapaaseen jutteluun ja puheeseen kotihoidon järjestelyistä. Terveyspuhe oli vallitsevaa, ja työntekijät tekivät eniten aloitteita. Vapaassa juttelussa aloitteet olivat tasan. Kotihoidon järjestely tarkoitti myös hoitajalle kesken käynnin tulevia puheluita, joihin vastaaminen keskeytti kotikäynnin sujuvan kulun. Työntekijät kokivat olevansa usein ristiriitaisessa tilanteessa asiakkaan ja organisaation vaatimusten välissä, ja joutuivat välillä suojaamaan omaa yksityisyyttään. Vuorovaikutuksen vallan voimakas painottuminen hoitajalle saattaa tarkoittaa asiakkaan tarpeiden ohittamista ja ylipäättään altavastaaaja-asemaa hoidon järjestelyissä.

Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi ja Pietilä (2014) hakivat asiakas- ja lähihoitaja-haastatteluilla tietoa nykykotihoitoa hallitsevista rakenteista ja asiakkaan selviämistä tukevista tekijöistä. Tutkimusasetelma on kvalitatiivinen ja sisällönanalyysi induktiivinen: tutkijat videoivat kotikäyntejä ja keskustelivat myöhemmin videoista sekä asiakkaan etä hoitajan kanssa. Tutkimukseen kutsutuista 50 hoitajasta 14 suostui mukaan (28 %) ja heidän asiakkaistaan 23. Molemmat osapuolet kokivat hoidon arvokkaina henkilökohtaisina tapaamisina ja katsovat organisaation sanelevan hoidon muodot. Kiire, toisto, mekaanisuus ja kokonaisnäkömyksen puute leimasivat käyntejä. Tutkijat vaativat, että lähihoitajien on tunnistettava asiakkaiden voimavarat ja rakennettava hoitosuunnitelmat yksilöllisesti.

Koskenniemi, Leino-Kilpi ja Suhonen (2015) tutkivat hoidon etiikkaa ja erityisesti kunnioittamisen tärkeyttä muistisairaiden vanhusten hoidossa. Haastateltavina oli 20 vanhus-omaisparia, ja puolet vanhuksista oli kotihoidon asiakkaita. Kunnioittamisen katsottiin näkyvän hoitajan olemisessa ja tekemisessä. Hoitajan roolina saattoi olla ”olen täällä sinua varten”, ”olen täällä töissä” tai ”en ole täällä sinua varten”. Asiakkaiden reaktiot olivat vastaavasti osallistuminen, kokeileminen ja vetäytyminen. Tutkimus oli kuvaileva, ja tukijoiden tavoitteena oli kehittää mittari kunnioittavalle käyttäytymiselle.

3 Työntekijän näkemys asiakkaan hoidosta

Turjamaa, Hartikainen ja Pietilä (2013) vertailivat ryhmähaastattelussa hoitajien näkemyksiä vanhuksista yleensä ja kotihoidon asiakkaista erityisesti. Hoitajien käsitys kotihoidon asiakkaiden voimavaroista oli huomattavasti kapeampi verrattuna käsityksiin muista vanhuksista. Puhe asiakkaista keskittyi fyysiseen selviämiseen, eikä esimerkiksi elämän merkityksellisyyttä pohdittu. Tutkimuksessa ei verrattu kotihoidon asiakkaiden terveydentilaa vanhusten terveyteen yleensä, vaikka tiedetään, että kotihoidon asiakkuuden syynä yleisimmin ovat fyysiset sairaudet.

Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi ja Pietilä (2015) tutkivat kotihoidon järjestämistä analysoimalla tilastollisesti 473 hoitosuunnitelmassa käytetyt FinCC-komponentit (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012) ja niihin liitetyt vapaasti kirjoitetut kommentit temaattisesti. Valtaosassa hoitosuunnitelmissa (93 %) mainittiin lääkehoito, seuraavaksi yleisimmin päivittäiset toiminnot (85 %) ja selviytyminen (78 %). Myös vapaasti kirjoitetut ohjeet keskittyivät lääkityksen hoitamiseen, mutta lääkevastetta seurattiin minimaalisesti (<1 %) eikä esimerkiksi hengityksen seurantaa tai elintapoja mainittu yhdessäkään hoitosuunnitelmassa. Tutkijat pohtivat, että hoitosuunnitelmien rakenteisuus hajottaa kokonaiskuvaa asiakkaasta ja että vapaan tekstin kirjoittaminen passiivimuodossa tekee asiakkaasta hoidon kohteen. Mitä ilmeisimmin kyseisen kunnan alueella ei ole selkeitä ohjeistuksia hoitosuunnitelmien sisällöstä.

4 Hoitajien osaaminen ja jaksaminen

Kaksi tutkimusta käsitteli hoitajien tilannetta suomalaisessa kotihoidossa. Grönroos ja Perälä (2008) kysyivät koetusta kompetenssista lomakkeella ja analysoivat tulokset tilastollisesti. Kaikki kotihoidon ammattiryhmät olivat edustettuina, otos oli laaja (n=790) ja kattoi 24 kuntaa. Kysymykset kohdistuivat hoitajien tietoon toiminnasta ja etuisuuksista; taitoihin kohdata asiakkaita, tehdä päätöksiä ja toteuttaa toimenpiteitä; sekä kykyihin vastata asiakkaan erilaisiin tarpeisiin, kehittää ja kehittyä työssä sekä käyttää teknisiä laitteita. Hoitajat arvioivat taitonsa kauttaaltaan hyväksi (77–95 %), mutta tietosuuden itsearviot vaihtelivat vähän enemmän (38–85 %) ja kykarviot samoin. Vaikeinta oli käyttää näyttöön perustuvaa tietoa (51 %) ja kommunikaattoria (8 % hyvin), ja helppointa vastata asiakkaan fyysisiin tarpeisiin (85 %). Tutkimuksessa sovitettiin tilastollinen malli itse arvioituun kompetenssiin ja haettiin hyvää itsearvioita ennustavia tekijöitä. Malli sopi dataan huonosti, mutta sen mukaan parhaiten koettua kompetenssia ennusti tieteellisten tai ammatillisten lehtien lukeminen, mahdollisuus osallistua päätöksentekoon sekä mahdollisuus kehittyä työssään. Tekijät pohtivat, olisiko mallin heikkouden syynä kysymysten liian pieni määrä vaiko se että hoitajat vastasivat tiedostamattaan siten kuin olettivat että heidän kuuluisi toimia. Kyselyinstrumentin yleistä toimivutta tutkijat eivät kyseenalaistaneet.

Suhonen, Charalambous, Stolt, Katajisto ja Puro (2012) tutkivat hoitajien työtyytyväisyyttä suhteessa hoidon yksilöllistämiseen erilaisissa vanhusten hoitoyksiköissä. Yksilöllistetty hoito (individualized care) on hoitotieteen käsite, jolla tarkoitetaan asiakkaan kokonaisvaltaista tukemista ja huomiointia. Tutkimus oli lomakekysely, joka koostui kolmesta osasta (Individualized-Care Scale, Individualized Care Instrument ja Index of Work Satisfaction Scale), ja analyysi tilastollinen. Kohteena olivat yhden kunnan hoitopaikat, ja kotihoidon hoitajia oli mukana noin 50. Tässäkin työssä terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, lähihoitajat ja kotivustajat käsiteltiin yhtenä ryhmänä. Kaikki kokivat hoitavansa asiakkaita yksilöllisöidysti, ennen muuta kotihoidon hoitajat. Tulosten mukaan hoitaja oli sitä tyytyväisempi työhönsä mitä yksilöllistetympin hän hoiti asiakkaita. Asiakkaiden tai omaisten mielipidettä hoidosta ei kysytty. Tekijät totesivat, ettei heidän käyttämänsä tilastollinen malli kuvannut kyselyvastauksia hyvin. Tutkimusta on vaikea arvoida, koska varsinaisia kysymyksiä ei ole saatavilla esimerkiksi verkkoliitteenä.

5 Hoidon järjestäminen

Kuopiossa seurattiin kotihoidon laatua ennen ja jälkeen hoidon hallintorakenteiden muutosten. Seurantavuosia oli neljä, ja systemaattisesti kerätyn aineiston tilastoanalyysi huolellista. Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen ja Paljärvi (2007) totesivat, että vaikka työntekijöiden työnkuvat muuttuivat paljon ja kodinhoidolliset palvelut poistettiin palveluvalikoimasta, kotihoidon asiakkaiden kokema laatu ei muuttunut ja yleiskuva oli positiivinen. Tässäkin työssä työntekijät arvioivat hoidon saatavuuden (sovittuna aikana tuleminen, riittävä aika, kiireettömyys) paremmaksi kuin asiakkaat tai omaiset. Vastaavaa systemaattista eroa ei ollut arvioissa avun tarpeenmukaisuudesta. Asiakkaat kokivat sekä saaneensa pyytämäänsä apua ja ratkaisuja tarpeisiinsa paremmin kuin hoitajat arvioivat pystyneensä apua antamaan. Omaiset olivat asiakkaita kriittisempiä hoitoon. Selkeä ero toimijoiden kesken on myös tiedotuksessa: hoitajat kokevat informoineensa asiakkaita sekä terveydestä että palveluista paljon useammin kuin asiakkaat kokivat saaneensa tietoa.

Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen (2014) kuvasivat interventiotutkimuksen kotihoidossa. Porvoossa oli havahduttu naapurikuntia selkeästi kalliimpiin erikoissairaaloiden siirtoviivepäivämaksuihin sekä päivystyksen ja terveyskeskussairaalan kuormittumiseen. Painopiste toimintatapojen uudistamisessa oli kotihoidon kokonaisvaltaisessa substanssilähtöisessä kehittämisessä: lääkärituki tehtiin jatkuvaksi ja hoitajien mahdollisuuksia analysoida ongelmatilanteita parannettiin koulutuksella ja pika-analytiikalla. Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat identifioitiin ja heille nimettiin vastuulääkärit. Porvoossa viivemaksut laskivat muiden kuntien kanssa samalla tasolle ja kokonaisen sairaalaosaston kulut säästyivät. Kotihoidon laatua muutokset eivät laskeneet, vaan samanaikaisesti useat kotihoidon vaikuttavuutta asiakkaalle kuvaavat RAI-mittariarvot paranivat. Vastaava kokeilu on tehty Vaasassa, mutta siitä ei ole julkaistu muuta kuin päivälehtiartikkeleita (Pelkonen 2015).