

Tuula Kärkkäinen ja Suvi Sipilä

PALVELUASUMISEN  
ASUKASVALINTAPROSESSIN  
KUVAUS

Kriteeriehtotus palveluasumisen  
asukasvalintaan

Kehittämistyö  
Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen ja johtaminen  
Ylempi amk


Huhtikuu 2011




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

|  |  |
|--|--|
|  <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b><br/>Mikkeli University of Applied Sciences</p>   | <b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  |
| <b>Tekijä(t)</b><br>Tuula Kärkkäinen ja Suvi Sipilä  | <b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b><br>Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen ja johtaminen. Ylempi amk |
| <b>Nimeke</b><br><br>Palveluasumisen asukasvalintaprosessin kuvaus. Kriteeriehtotus palveluasumisen asukasvalintaan.   |  |
| <b>Tiivistelmä</b><br><br>Kehittämistyössä kuvataan palveluasumisen asukasvalintaprosessi Itä-Savon Sairaanhoidopiirissä. Palveluasumisen tavoitteena on kodinomaisuuden, ikääntyneen oman elämäntyylin ja itsenäisyyden säilyminen mahdollisimman pitkään. Palveluasuminen on avohoitoa, jossa asiakas saa tarvitsemansa palvelut. Palveluasumisen asiakas ei tarvitse sairaalatasoista hoitoa mutta ei enää pärjää omassa kodissaan kotihoidon tai omaistensa avun turvin.<br><br>Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten laatusuosituksessa tavoitteena on laitoshoidon vähentäminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. Tavoitteen mukaan vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä asuu kotona 91 - 92 %, 13 - 14 % saa säännöllistä kotihoitoa, 5 - 6 % saa omaishoidontukea, 5 - 6 % on tehostetun palveluasumisen piirissä ja 3 % asuu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Savonlinnassa vuonna 2009 asui laitoshoidossa 5,2 % yli 75 vuotta täyttäneistä. Vuonna 2009 ja 2010 vähennettiin laitoshoidon paikkoja ja asiakkaat siirtyivät joko ostopalveluna hankittuun tehostettuun palveluasumiseen tai muihin Itä-Savon sairaanhoidopiirin yksiköihin. Asukasvalinnassa käytettiin apuna RAI-toimintakykymittaria.<br><br>Asukasvalintaprosessin kehittämistyön menetelmäksi valittiin kehittävä työntutkimus. Kesällä 2009 haastateltiin vanhainkodin ja palvelutalojen johtajia, Itä-Savon sairaanhoidopiirin SAS -ryhmän jäseniä ja vanhushuolteen johtoa sekä kaupungin avainasemassa olevia henkilöitä. Haastattelut purettiin käsittekarttoiksi, joiden pohjalta tehtiin alustava prosessikuvaus. Haastatteluun osallistuneet kutsuttiin yhteistyöryhmiin, joissa asukasvalintaprosessin kuvausta kehitettiin edelleen. Erikseen kootussa asiantuntijaryhmässä tehtiin RAI-järjestelmän perusteella alustava kriteeriehtotus asukasvalintaan, ja sen pätevyyttä asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa on testattu Punkaharjulla terveyskeskuksen, kotihoidon ja palveluasumisasiakkaiden sijoittelussa.<br><br>Asukasvalintaprosessissa työnjako toimijoiden kesken muuttui kehittämistyön aikana. Asiakkaiden ja palvelutalojen yhteydenotot keskitettiin yhdelle sosiaalityöntekijälle. Hän tekee asiakkaalle yhdessä RAI-asiantuntijasairaanhoitajan kanssa kotikäynnin, jolloin asiakkaan arvioidaan sosiaalisen tilanne ja toimintakyky yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Asiakkaan palvelutarve arvioidaan SAS- ryhmässä, jossa tehdään ehdotus asiakkaan valinnasta palveluasumiseen tai asiakkaan ottamisesta palveluasumisen jonoon. |  |
| <b>Asiasanat (avainsanat)</b><br>toimintakyky, palveluasuminen, asukasvalinta, kehittävä työntutkimus, RAI-toimintakyvynarviointi  |  |
| <b>Sivumäärä</b><br>84 + 10  | <b>Kieli</b><br>suomi  |
| <b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>   |  |
| <b>Ohjaavan opettajan nimi</b><br><br>Leena Uosukainen   | <b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b><br><br>Itä-Savon sairaanhoidopiiri   |

## DESCRIPTION

|   |                     |   |  |
|---|---------------------|---|--|
|  <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b><br/>Mikkeli University of Applied Sciences</p>  |                     | Date of the master's thesis   |  |
| Author(s)<br>Tuula Kärkkäinen and Suvi Sipilä   |                     | Degree programme and option<br>Master's Degree in Development and Leadership in Health Care and Social Services |  |
| Name of the master's thesis<br>Description of resident selection process in service accommodation. Criteria suggestion for resident selection.  |                     |   |  |
| Abstract<br><p>This study describes the process of resident selection in service accommodation at Itä-Savo Hospital District. The aim of service accommodation is to provide a home-like environment and preserve the life-style and independence of residents as long as possible. Service accommodation is outpatient care where the customers get the services they need. The residents of service accommodation neither need hospital treatment nor cope in their own home with the help of home care and relatives.</p> <p>The Ministry of Social Affairs and Health have given a quality recommendation for elderly people to reduce institutional care and restrain the growth of expenses. The aim is that in the age group of 75 years or more, 91 to 92 % of residents live at home, 13 to 14 % get regular home care, 5 to 6 % caregiver assistance, 5 to 6 % live in service care and 3 % in institutional care facilities. In 2009 5,2 % of the age group of 75 years or more lived in institutional care facilities in Savonlinna. During the years 2009 and 2010 the number of places in institutional care was reduced and the residents moved to other units in Itä-Savo Hospital District or to outsourced service accommodation. The resident selection was made by using the RAI evaluation tool for functional capacity.</p> <p>The method used in developing resident selection was developmental work research. In summer 2009 the managers of nursing homes and service accommodation facilities, geriatric managers and personnel at Itä-Savon Hospital District and city personnel were interviewed to create a preliminary process description. The interviewees were invited to co-operation groups, where the process description was regenerated. A specially assigned group of specialists created a preliminary criteria suggestion for resident selection. The criteria were tested in evaluating the customers' need for services in Punkaharju.</p> <p>During this investigation the process of resident selection was changed. Contacts from residents and service accommodation facilities were centralized to one social worker. The social worker, together with a RAI specialist nurse, makes a home call to evaluate the customer's social situation and functional capacity together with the customer and his relatives. The customer's need for services is evaluated in the SAS-group, where the decision is made to select the customer to service accommodation or to the queue for service accommodation.</p> |                     |   |  |
| Subject headings, (keywords)<br>Functional capacity, service accommodation, resident selection, developmental work research, RAI evaluation for functional capacity   |                     |   |  |
| Pages<br>84 + 10  | Language<br>Finnish | URN   |  |
| Remarks, notes on appendices  |                     |   |  |
| Tutor<br>Leena Uosukainen   |                     | Master's thesis assigned by<br>Itä-Savo Hospital District   |  |

## SISÄLTÖ

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1      | JOHDANTO .....   | 1  |
| 2      | VÄESTÖKEHITYS SAVONLINNASSA .....  | 3  |
| 3      | HUUTOLAISISTA PALVELUASUMISEEN .....   | 5  |
| 4      | PALVELUASUMINEN JA TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN .....                                  | 7  |
| 5      | PALVELUASUMISTA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ.....  | 10 |
| 6      | IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUIDEN LAATUSUOSITUS .....  | 13 |
| 6.1    | Valtakunnallisen laatusuosituksen linjaukset ikääntyneiden asumiseen .....           | 14 |
| 6.2    | Tilastotietoa ikääntyneiden asumiseen liittyvistä palveluista<br>Savonlinnassa ..... | 14 |
| 7      | TUTKIMUSTIETOA PALVELUASUMISESTA .....   | 18 |
| 7.1    | Ikääntyneiden palveluasumisen tarve .....  | 19 |
| 7.2    | Ikääntyneiden kokemuksia palveluasumiseen siirtymisestä.....                         | 20 |
| 7.3    | Toimijoiden kokemuksia palveluasumisen muutoksista .....                             | 21 |
| 7.3.1  | Yhdistysten kokemukset palveluiden kilpailuttamisesta .....                          | 22 |
| 7.3.2  | Tilaaajan kokemukset palveluiden kilpailuttamisesta .....                            | 23 |
| 8      | IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYVYN JA PALVELUTARPEEN<br>ARVIOINTI .....                     | 24 |
| 8.1    | Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä.....                    | 25 |
| 8.2    | Selvitä - Arvioi - Sijoita.....  | 31 |
| 9      | KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....   | 33 |
| 10     | KEHITTÄMISPROSESSI .....   | 33 |
| 10.1   | Kehittävä työntutkimus Engeströmin mukaan.....                                       | 34 |
| 10.2   | Kehittävän työntutkimuksen vaiheet asukasvalintaprosessin<br>kehittämisessä .....    | 38 |
| 10.2.1 | Nykyinen toimintatapa.....   | 38 |
| 10.2.2 | Toiminnan kehityshistoria ja nykyisten ristiriitojen analyysi .....                  | 40 |
| 10.2.3 | Uuden toimintamallin suunnittelun tukeminen ja analyysi .....                        | 60 |
| 10.2.4 | Uuden toimintamallin käyttöönoton tukeminen ja analyysi .....                        | 66 |
| 10.2.5 | Uuden toimintatavan arviointi .....  | 67 |

|      |   |    |
|------|---|----|
| 11   | KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....         | 69 |
| 11.1 | Kehittämistyön eettisyys.....                         | 69 |
| 11.2 | Kehittämistyön luotettavuus .....                     | 71 |
| 11.3 | Kehittämistyön tulosten yleistettävyys .....          | 74 |
| 12   | POHDINTA .....  | 75 |
|      | Kehittämistyöprosessin analysointi ja arviointi ..... | 76 |
| 12.1 | Jatkokehittämissuositukset.....                       | 78 |
|      | LÄHTEET .....   | 79 |
|      | LIIKTEET  |    |
|      | Liite 1. Teemahaastattelupyyntö                       |    |
|      | Liite 2. Teemahaastattelun kysymykset                 |    |
|      | Liite 3. Seminaarikutsu                               |    |
|      | Liite 4. Palveluasumisen ja laitoshoidon kriteeriehto |    |
|      | Liite 5. Palveluasumisen asukasvalintaprosessi        |    |

## 1 JOHDANTO

Suomi tulee ikääntymään seuraavien vuosikymmenten aikana. Tämä tulee lisäämään sosiaali- ja terveystenonjen kasvua ja sitä kautta palvelurakenteen muutostarpeita. Savonlinna kuuluu Suomen nopeimmin vanhenevien kaupunkien joukkoon. Nuorten poismuutto ja syntyvyyden väheneminen sekä samanaikainen eläkeläisten paluumuutto muuttavat ikärakennetta suuntaan, jossa ikääntyneiden määrä väestöstä kasvaa. Lisäksi suuret ikäluokat ovat tulossa eläkeikäisiksi, mikä sekin omalta osaltaan vaikuttaa Savonlinnan väestörakenteen muutokseen. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan 75 vuotta täyttäneiden määrä Savonlinnassa lisääntyy vuodesta 2015 vuoteen 2040 mennessä 2506 henkilöllä.

Ikääntyneiden määrän kasvu tulevina vuosina on haaste, jota lisää muistisairauksien lisääntyminen. Tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan enemmän ryhmäkotiasumista ja tehostettua palveluasumista. Tuettu palveluasuminen, johon ei kuulu yövalvontaa, korvautuu todennäköisesti lähitulevaisuudessa kokonaan joko ryhmäkotiasumisella tai tehostetulla palveluasumisella. Edellä mainittujen lisäksi tullaan tarvitsemaan tehostettua palveluasumista dementia-, psykogeriatrisessa tai päihdegeriatrisessa yksikössä. Vuosikaudet painotus on ollut palveluasumisen ja vanhainkotiasumisen piiriin. Kotona asumista tulee tukea kustannusten hillitsemisen vuoksi ja myös siksi, että tulevat ikäluokat ovat ikääntyessään erilaisia asiakkaita kuin vanhempansa. Ikääntyneistä on tulossa palveluita hankkivia asiakkaita. Tulevaisuuden ikääntyneet hankkivat sekä palveluita että asumista yhtä enemmän omalla kustannuksellaan.

Palveluiden turvaaminen yhä suuremmalle joukolle ikääntyneitä tulee olemaan haasteellista. Valtio ohjaa ikääntyneiden palveluiden järjestämistä Sosiaali- ja terveystenonministeriön laatimalla (2008) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksella. Suosituksen tavoitteena on lisätä kotona asumista tukevia palveluja ja vähentää laitoshoidtoa. Suositus koskee lähinnä ikääntyneiden käyttämiä palveluja, kuten kotihoitoa, omaishoidon tukea, palveluasumista, pitkäaikaista hoivaa tehostetussa palveluasumisessa sekä hoitoa laitoksissa, mutta myös ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Ikääntyneiden palveluiden laatusuositus on hyvä ohjenuora kehitettäessä palveluita vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin yhteistyössä yritysten ja yhdistysten kanssa.

Savonlinnan kaupunki siirsi Terveystieteiden tutkimuskeskuksella 1.1.2007 terveyskeskustoiminnan ja ikääntyneiden sosiaalipalveluiden järjestämisen Itä-Savon sairaanhoitopiirille. Sopimuksen myötä ikääntyneiden palveluasumisen ohjaus ja järjestäminen on siirtynyt Itä-Savon sairaanhoitopiirin toiminnaksi. Savonlinnassa yhdistykset ovat vastanneet lähes kokonaan palveluasumisen tuottamisesta. Vuoteen 2009 vain yksi yritys on ollut tuottamassa palveluasumista. Vuosina 2009 - 2010 toimintaan on tullut mukaan kaksi yritystä. Lisäksi Savonlinnan kaupungilta Itä-Savon sairaanhoitopiiriin alaisuuteen siirtynyt Karpalon vanhainkoti muutettiin tehostetun palveluasumisen yksiköksi. Muutoksen yhteydessä vanhainkodin asukkaiden ei tarvinnut muuttaa vaan he siirtyivät tehostetun palveluasumisen asiakkaiksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksen kriteereihin verrattaessa Savonlinnassa oli liian paljon ikääntyneitä laitoshoidon piirissä. Asiakkaita oli pitkäaikaishoidossa vanhainkotien tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä päätettiin lisäksi vähentää laitospaikkojen määrää myös lakkauttamalla Pihlajan vanhainkoti ja yksi terveyskeskusosasto vuosien 2009 - 2010 aikana. Lakkauttamispäätöstä tuki Pihlajan vanhainkodin ja terveyskeskusosaston osalta myös se, että tilat eivät vastanneet toiminnan vaatimuksia. Asiakkaat siirrettiin tehostettuun palveluasumiseen tai muille terveyskeskusosastoille. Tehostettua palveluasumista ostettiin lisää yksityisiltä palveluntuottajilta Hoivakypiltä tai Attendo MedOne:lta, ja kaikki vanhainkotien asukkaat muuttivat joko keväällä 2009 tai keväällä 2010 uuteen palvelutaloon. Terveyskeskusosaston potilaat siirtyivät muille terveyskeskusosastoille.

Savonlinnan kaupungilla eikä myöskään Itä-Savon sairaanhoitopiirillä ollut aiempaa prosessikuvausta palveluasumisen asukasvalintaprosessista. Tämän työn tavoitteena oli kuvata nykyinen palveluasumisen asukasvalinnan toimintakäytäntö ja kehittää kriteerit palveluasumisasiakkaan valintaan. Prosessikuvauksen yhteydessä nykyistä toimintakäytäntöä kehitetään yhteistyössä palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin edustajien kanssa. Yhteinen toimintakäytäntö varmistaa palveluntarjoajien tasapuolisen aseman palveluasumispäätöksiä tehtäessä. Toimintakäytännön kuvaus toimii myös laadun varmistamisen välineenä.

Palveluasumisen asukasvalintaprosessin kuvauksen lisäksi tämän työn aikana kehitettiin ehdotus RAI-toimintakyvynarviointiin (engl. Resident Assessment Instrument) pe-

rustuvista asukasvalinnan kriteereistä. Asiakkaiden oikeudenmukainen ja tasavertainen kohtelu asukasvalinnoissa edellyttää, että heidän toimintakykyänsä voidaan mitata samalla mittarilla. RAI-toimintakyvynarviointi ja siihen perustuvat valintakriteerit ovat kuitenkin vain apuväline asukasvalinnassa. Asukasvalinnassa huomioidaan myös asiakkaan psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi sekä asumiseen liittyvät ongelmat.

Kehittämistyö kiinnosti molempia kehittämistyöntekijöitä aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Molemmat halusivat olla mukana ikääntyneiden palveluasumisen asukasvalinnan kehittämisessä ja perehtyä aiheeseen laajemmin. Kehittämistyön aihe mahdollisti oman ammattiosaamisen kehittymisen ja ikääntyneiden palveluiden ajankohtaiseen muutosprosessiin osallistumisen ja siihen liittyvän ajankohtaisen tiedon haltuun ottamisen. Aihe oli ajankohtainen kehittämistyöntekijöille myös heidän oman työnsä kautta. Toinen työskenteli lakkautettavassa pitkäaikaishoitolaitoksessa, ja toinen oli tiiviisti mukana Itä-Savon sairaanhoitopiirin vanhuspalvelun RAI-toimintakyvyn arviointien käyttöönoton ja toiminnallistamisen prosessissa. Kehittämistyön edetessä toinen opinnäytetyön tekijöistä on liittynyt SAS-ryhmään, vastuualueenaan palveluasumiseen hakeneiden asiakkaiden toimintakyvyn arvioiminen yhteistyössä sosiaalityöntekijän kanssa. Tehtävään kuuluu kotikäynnit, jolloin asiakkaalle tehdään RAI-Screener Oulu -arviointi toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioimiseksi ja lisäksi arvioidaan asiakkaan psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi.

## **2 VÄESTÖKEHITYS SAVONLINNASSA**

Suomen kunnissa väestö ikääntyy lähitulevaisuudessa. Vaikka maamme väkiluku on toisen maailman sodan jälkeen lähes jatkuvasti kasvanut, on alle 20-vuotiaiden lukumäärä vähentynyt. Lähivuosina alkaa työikäisten, 20 - 64-vuotiaiden, määrä laskea ja sodan jälkeiset suuret ikäluokat ovat jäämässä eläkkeelle. Tällaiset väestörakenteen muutokset aiheuttavat sosiaali- ja terveystalouden ja kustannusten kasvua kunnissa. (Parkkinen 2007, 1.)



**TAULUKKO 1. Savonlinnan 75 vuotta täyttäneet ikäluokittain vuodesta 2000 vuoteen 2009 (Tilastokeskus 2011.)**

|                 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 |
|-----------------|------|------|------|------|------|
| <b>75 - 79</b>  | 910  | 876  | 1080 | 1262 | 1312 |
| <b>80 - 84</b>  | 575  | 607  | 646  | 852  | 988  |
| <b>85 - 89</b>  | 258  | 307  | 370  | 410  | 531  |
| <b>90 - 94</b>  | 63   | 95   | 106  | 172  | 176  |
| <b>95 -</b>     | 9    | 15   | 25   | 28   | 43   |
| <b>Yhteensä</b> | 1815 | 1900 | 2227 | 2724 | 3050 |

Savonlinnassa väestön ikääntymiskehitys on samansuuntainen kuin muissakin Suomen kunnissa. Tilastokeskuksen väestötietokannan mukaan ikääntyneiden, 75 vuotta täyttäneiden määrä on Savonlinnassa lisääntynyt vuodesta 1990 vuoteen 2010 1235 hengellä (Taulukko 1.)

**TAULUKKO 2. Väestöennuste Savonlinnan 75 vuotta täyttäneistä asukkaista ikäluokittain vuodesta 2010 vuoteen 2040 (Tilastokeskus 2011.)**

|                 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| <b>75 - 79</b>  | 1345 | 1514 | 2035 | 1969 | 1902 | 1809 |
| <b>80 - 84</b>  | 1075 | 1121 | 1295 | 1768 | 1740 | 1705 |
| <b>85 - 89</b>  | 672  | 756  | 813  | 972  | 1360 | 1373 |
| <b>90 - 94</b>  | 262  | 339  | 401  | 446  | 558  | 802  |
| <b>95 -</b>     | 58   | 87   | 119  | 151  | 176  | 229  |
| <b>Yhteensä</b> | 3412 | 3817 | 4663 | 5306 | 5736 | 5918 |

Savonlinnan kaupungin osalta ikääntyneen väestön määrän kehitys tulee jatkumaan samansuuntaisena myös tulevina vuosikymmeninä. Tilastokeskuksen väestöennus-

teen mukaan 75 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy vuodesta 2015 vuoteen 2040 2506 hengellä. (Taulukko 2.)

**TAULUKKO 3. Savonlinnan kaupungin väestöllisen huoltosuhteen muutos vuodesta 2010 vuoteen 2040 (Tilastokeskus 2011.)**

|                          | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Väestöllinen huoltosuhte | 57,1 | 67,8 | 78,3 | 87,7 | 94,3 | 96,6 | 94   |

Lisähaasteen kustannusten kasvun hillitsemiseen tuo samanaikainen työikäisen väestön määrän väheneminen. Savonlinna on nuorten poismuuton, syntyvyyden vähenemisen ja eläkeläisten paluumuuton takia yksi Suomen nopeimmin ikääntyviä kaupunkeja. Parkkinen on väitöskirjassaan (2007, liite) laskenut, että Savonlinnassa vanhushuoltosuhte tulee kasvamaan. Vuonna 2024 sataa työikäistä kohden on 65 vuotta täyttäneitä 67,1 ja vuonna 2040 74. Savonlinnan kaupungin väestöllinen huoltosuhte on tällä hetkellä Tilastokeskuksen mukaan 57,1, mikä tarkoittaa että yhtä työikäistä asukasta kohti on 0.57 joko alle 15-vuotiasta tai yli 65-vuotiasta asukasta. Ennusteen mukaan huoltosuhte muuttuu vuoteen 2040 siten, että yhtä työikäistä kohden on lähes 0.94 joko alle 15-vuotiasta tai yli 65-vuotiasta asukasta. (Taulukko 3.)

### 3 HUUTOLAISISTA PALVELUASUMISEEN

Perinteisessä suomalaisessa talonpoikaisyhteiskunnassa köyhien ja sairaiden huolenpito kuului ensisijaisesti suvulle ja sukulaisille. Useiden sukupolvien muodostamat perheet ottivat vastuun avuntarpeessa olevista. Ihmisistä huolehdittiin jokapäiväisen elämän yhteydessä. (Karisto ym. 2003, 227; Ketola & Kokkonen 1994, 11 - 12.) Vuoden 1778 julistus kotipaikkaoikeudesta siirsi köyhäinhoidon kuntien velvollisuudeksi. Köyhäinhuollon vastuu siirtyi perheiltä ensin seurakunnille ja edelleen kunnille. (Anttonen & Sipilä 2000, 25 - 26; Karisto ym. 2003, 227.)

Vaivaistalot syntyivät 1880-luvulla, niihin sijoitettiin avun tarpeessa olevia vaivaisia ja viallisia. Hoidettavista ei ollut pulaa, sillä laitoksiin sijoitettiin väsyneitä, raihnaisia, sairaita vanhuksia, mielisairaita ja sopeutumattomia nuoria. Vaivaistalot toimivat sekä

työ- että hoitolaitoksina, kun köyhät työkykyiset pakotettiin tulemaan niin paljon kuin mahdollista toimeen omalla työllään ja siten saatiin vähennettyä apua tarvitsevien määrää. (Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma 2004, 5.)

Vuonna 1923 voimaan astui köyhäinhoitolaki, jonka perusteella kunnalla tuli olla kunnalliskoteja (Sosiaalhallitus 1982, 30). Vaivaistalot muutettiin kunnalliskodeiksi, ja niiden tehtävä muuttui, kun lapsille, irtolaisille, sairaille ja kehitysvammaisille perustettiin erillislaitoksia (Anttonen & Sipilä 2000, 26 - 40). Sosiaalhallitus antoi 2.8.1978 vanhustenhoitoa ja sen kehittämistä koskevan yleiskirjeen A 8/178/hu (Sosiaalhallitus 1982, 1). Siinä sosiaalhallitus suosittelee kuntia muuttamaan kunnalliskodit nimikkeiltään vanhainkodeiksi (Sosiaalhallitus 1982, 30).

Asuntohallitus ryhtyi 1960-luvun loppupuolella rahoittamaan vanhusten vuokra-asuntoja, ja asuntopalvelut päätettiin siirtää sosiaalitoimen alaisuuteen (Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma 2004, 4 - 5). Nykyisen kaltaisia palvelutaloja alettiin rakentaa Suomessa 1980-luvulla. Palveluasuminen nähtiin kunnissa laitoshoidon korvaavana ratkaisuna. (Andersson 2007, 16.) Palveluasuminen on lisääntynyt 1990-luvulta lähtien huomattavasti. Sitä pidetään nykyisen ikääntyneiden hoitofilosofian mukaan laitoshoidon parempana ratkaisuna ikääntyneille sitten, kun he eivät enää selviydy kotona. (Andersson 2007, 7.) Vanhainkodeissa oli vuoden 2005 lopussa neljännes vähemmän asukkaita kuin vuonna 1990. Palveluasuminen on taas lisääntynyt 80 % vuodesta 1990 vuoteen 2005. (Andersson 2007, 13.) Raha-automaattiyhdistys on tukenut mittavasti palveluasuntojen rakentamista Suomessa (Andersson 2007, 9; Vanhusten palveluasuminen vuoteen 2010, 7).

Palveluasumisen alkuaikoina oletettiin, että palvelukoteihin tulisi suhteellisen hyväkuntoisia ikäihmisiä. Tällöin palvelutaloissa asuvat ikääntyneet olivat hyväkuntoisia, ja heiltä edellytettiin itsenäistä selviytymistä. (Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma 2004, 5.) Asukkaat viettävät 2000-luvulla palvelukodissa kahdesta kolmeen vuotta, kun vastaavasti 1990-luvun alussa tavallista oli kuusi tai seitsemänkin vuotta. Muutos on tapahtunut nopeasti. Asukkaat ovat vuosi vuodelta huonompikuntoisia ja iäkkäämpiä palveluasumiseen tullessaan ja tämän vuoksi tehostetun palveluasumisen osuus palveluasumisesta on lähtenyt nousuun (Pasanen 2009, 12 - 13.)

Palveluasuminen Savonlinnassa on viime vuosiin saakka perustunut kolmannen sektorin toimintaan. Ilman yhdistysten ja yhteisöjen työtä Savonlinnassa ei olisi palvelukojeita nykyistä määrää. Merkittävää palvelutalojen rakentamiselle myös Savonlinnassa on ollut Raha-automaattiyhdistyksen tuki, jota on myönnetty yleishyödyllisille toimijoille.

#### **4 PALVELUASUMINEN JA TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN**

Palveluasumisen erilaisiin tarpeisiin on muotoutunut uusia ja erilaisia asumismuotoja, joita kunnallisen itsehallinnon oikeutuksen myötä sovelletaan eri tavoin eri kunnissa. Laitosjärjestelmiä on sosiaalihuollon ohjeen mukaan purettu avopalveluksi. Laitoshoidon on silti yhä palveluasumisen rinnakkaisilmiö. Lisäksi ikääntyville on tarjolla myös muuta erityistä asuntotarjontaa. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 14.)

Ikääntyneiden asumisen määrittelyyn liittyy kirjava joukko erilaisia käsitteitä ja toimintaa. Tavallisen palveluasumisen rinnalle on tullut tehostettu palveluasuminen, palvelutalo, palvelukeskus ja ryhmäkoti. Laitoshoidon puolen käsitteitä ovat pitkäaikais- sairaanhoito, hoiva-asuminen ja hoivakoti. Lisäksi ikääntyneiden asumista kuvaavia käsitteitä ovat senioriasuminen ja senioritalo. Lähteenä käytetyssä teoksessa näitä käsitteitä ja niiden määritelmiä, sovelluksia ja sovelluksiin perustuvia tavoitteita sekä käytäntöjä on aukaistu muutamien kuntien, Tampereen, Helsingin, Oulun ja Turun vanhustenhuollon suunnitelmien ja strategioiden sekä yleisesti tunnetun kirjallisuuden pohjalta. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 14.)

Yleisimmin käytetty palveluasumisen määrittely on Sosiaalihuollon oppaan määrittely vuodelta 1989. Sitä on käytetty mm. Rakennustietosäätiö RT kortissa 93 - 10534, jossa viitataan em. sosiaalilainsäädäntöön ja määritellään palvelutaloja ja -asuntoja. Palveluasunto on asukkaan hallinnassa oleva oma asunto, joka on suunniteltu palveluasunnoksi ja kuuluu palveluasuntojen ryhmään, jossa asukkaalla on käytössään myös yhteisiä tiloja. Asumiseen liittyy mahdollisuus erikseen maksettaviin palveluihin. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 19.)

Julkaisussa Vanhusten palvelutalot ja -keskukset Uudellamaalla, 1990-luvulla käsitteitä määritellään seuraavasti. Palveluasunto on asunto, jonka mitoituksessa ja varustuksessa on huomioitu asukkaan alentunut toimintakyky. Asukkaalla on saatavissa tarvitsemiaan, suoriutumisen kannalta välttämättömiä palveluita. Palveluasunto voi sijaita palvelutalossa, palvelutaloryhmässä tai hajautettuna muun asutuksen joukkoon. Palvelutalo on rakennus, jossa palveluasuntojen lisäksi on omaa henkilökuntaa, hälytysjärjestelmä ja ympärivuorokautinen avunsaantimahdollisuus. Asukkaalla on hallinnassaan oma vuokra- tai omistusasunto ja lisäksi asukkaiden käytössä on yhteisiä tiloja. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 19.)

Edellä mainitussa julkaisussa käsitteen ryhmäkoti on määritelty olevan kodinomainen, noin kuuden - kymmenen hengen suuruinen palveluasuntoryhmä. Asunnot liittyvät yhteistilojen välityksellä kiinteästi toisiinsa. Ryhmäkotiasumisessa on mahdollisuus sekä yksityisyyteen että yhteisöllisyyteen. Ryhmäkotiasunto on asukkaan omassa käytössä oleva tila, johon kuuluu vähintään oma huone ja wc- sekä hygienia-tila. Yhteiset oleskelu- ym. tilat toimivat asukkaiden hoitoa tukevana asuintilana. Ryhmäkotia muistuttava asumismuoto on pienkoti. Erona edelliseen on se, että pienkodissa ei toteudu yksityisyyden mahdollisuus. Pienkoti voi olla iso huoneisto tai omakotitalo, jossa on asukkaille yhteiset wc- ja hygienia-tilat. Kaikilla asukkailla ei välttämättä ole omia huoneitakaan. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 19.)

Palveluasunto voi olla palvelutalossa, palvelutaloryhmässä tai hajautettuna muun asutuksen joukkoon (Karjalainen, E. 1999, 19). Palvelutalon yhteiset tilat ja palvelut voivat olla myös talon ulkopuolisten käytettävissä (Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma 2004, 7). Palvelutalot voivat olla myös ryhmäasuntoja tai sijaita esim. vanhainkodin yhteydessä. Silloin asunnot ovat itsenäisiä asuinhuoneita ja niiden yhteydessä sijaitsee yhteisiä tiloja. Asunnot ja yhteiset tilat muodostavat palveluasumisen toiminnallisen kokonaisuuden. Yhteisiä tiloja käytetään ruokailuun, seurusteluun, harrastuksiin ym. Yhteisiä tiloja ovat myös muun muassa sauna- ja pesutilat. (Karjalainen, E. 1999, 19 - 20.)

Palveluasumisen tavoitteena on, että toimintakyvyltään heikentyneet ja jatkuvaa apua tarvitsevat ikääntyneet voivat asua itsenäisesti ja säilyttää oman elämäntyyliinsä ja itsenäisyytensä mahdollisimman pitkään. Palveluasuminen voi olla myös tilapäistä asumista, esim. omaishoitajan loman, sairaalasta kotiutumisen tai oikean palvelumuodon selvittämisen vuoksi. (Özer-Kemppainen 2005, 18 - 19.) Sosiaalihuollon sanaston (2007) mukaan palveluasuminen on asumismuoto, johon kuuluu palveluntuottajan järjestämä asunto ja jokapäiväiseen selviytymiseen kuuluvia sosiaalipalveluita (Andersson 2007, 9).

Palveluasumisen eriytymistä kuvaavia käsitteitä tehostettu tai tuettu palveluasuminen ei ole käsitelty palveluasumista käsittelevässä tutkimuskirjallisuudessa. Ainoa asukkaiden kuntoisuuteen tai hoitoon kytkevä näkökulma tutkimuskirjallisuudessa liittyy ryhmäkotien kuvaukseen ja ryhmäkodin suunnittelun ohjeisiin. Samoin harvoin on määritelty palveluasumisen rinnakkaiselle laitosasumiselle käsitteitä. Käsitteitä ja määrittelyjä palveluasumisen ja laitosasumisen erilaisista tasoista on löydettävissä kuntien ohjelmista, sosiaaliministeriön ja lääninhallitusten oppaista ja laatusuosituksista sekä sosiaalilainsäädännöstä. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 19.)

Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon sanaston mukaan palveluasumista, jossa palvelut ovat saatavana ympäri vuorokauden (Andersson 2007, 9). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu monisairaille, toiminnanvajeisille henkilöille, jotka hyötyvät asumismuodon mahdollistamasta itsenäisyydestä ja muiden asukkaiden seurasta, mutta eivät sairautensa vuoksi tarvitse sairaalatasoista sairaanhoidollista osaamista. Dementoituneet, joilla on sosiaalisia taitoja jäljellä, sopivat hyvin tehostettuun palveluasumiseen. (Finne-Soveri & Nurme 2007, 27.)

Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan lakisääteistä laitoshoidon ovat vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen ja erikoissairaanhoidon laitospalvelut. Pitkäaikaiseksi laitoshoidoksi määritellään myös erilaisten hoito-, hoiva-, veljes- ja sairaskotien hoito. Lisäksi myös järjestöt ja yksityiset yritykset voivat tuottaa laitospalveluja vanhainkodeissa ja yksityissairaaloissa. Ikääntyneen kotona asumista ja omaisen jaksamista voidaan tukea lyhytaikaisella tai jaksoittaisella laitoshoidolla, jolloin samalla voidaan ehkäistä pysyvän laitoshoidon tarvetta. Lyhytaikaishoitojaksot

järjestetään siten, että asiakas on välillä kotona ja välillä hoitajaksolla. Jaksot voivat olla säännöllisiä tai niitä järjestetään asiakkaan tai omaisen tarpeiden mukaisesti. Maksuna peritään tavallinen hoitopäivämaksu. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 15.)

Pitkäaikaiseen laitoshoitoon ohjautuvat asiakkaat, joille ei voida järjestää tarvittavaa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Hoidon lisäksi pitkäaikaishoitoon sisältyy kaikki tarvittava, kuten lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 15.)

Palveluasumisen järjestäminen kuuluu kunnan perustehtäviin. Kunnan on hankittava paikallista tarvetta vastaava määrä palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja. (Karjalainen, E. 1999, 19.) Kunta voi tuottaa palvelut joko itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Kunta voi myös ostaa palveluja yksityisiltä liikeperiaatteella toimivilta yrittäjiltä, voittoa tuottamattomilta yhteisöiltä tai muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä. (Ikään-tyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002, 32.) Palveluasumisesta hiukan yli puolet on yksityisten palveluntuottajien, eri järjestöjen ja yritysten tuottamaa (Andersson 2007, 14).

## **5 PALVELUASUMISTA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ**

Suomen ikäihmisten pitkäaikaishoidon järjestelmä on vaikeasti avautuva ja monimutkainen. Pitkäaikaishoidon asiakkaita hoidetaan tehostetun palveluasumisen yksiköiden lisäksi vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon osastoilla. Tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien toimintaa ohjaa sosiaalihuollon lainsäädäntö ja terveyskeskusten toimintaa terveydenhuollon lainsäädäntö. Tehostetun palveluasumisen hoito kuuluu avohoidon palveluiden kokonaisuuteen ja vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoito on laitoshoidon hoitoa. (Voutilainen 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista/507/2007 esitetään avohoidon ja laitoshoidon ero. Asetuksen mukaan laitoshoidon annetaan sairaalassa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä sosiaalihuollon laitoksissa, kuten vanhainkodeissa, kehitysvammaisten erityishuollon laitoksissa ja

päihdehuoltolaitoksissa. Tunnusomaista sosiaalihuollon laitoksille on, että heidän asiakkaansa eivät selviä kotona tai muussa avohoidossa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden turvinkaan. Kaikki muu kuin edellä mainituissa toimintayksiköissä järjestetty palvelu on avohoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1806/2009.)

Keskeiset palveluasumista ohjaavat lait ovat sosiaalihuoltolaki ja vammaispalvelulaki. Sosiaalihuoltolain 23. §:n mukaan asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Saman lain 27. §:ssä sanotaan, että kunta voi perustaa, hankkia tai muuten varata paikallista tarvetta vastaavan määrän palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja. Kunta voi lisäksi hankkia tai varata tarpeen mukaan myös muita asuntoja 23. §:ssä tarkoitettujen henkilöiden asumisen järjestämistä varten. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.)

Vammaispalvelulain 8 §:n mukaan kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle palveluasunto, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. 3.4.1987/380.) Asumispalveluista säädetään myös kehitysvammaisten erityishuoltolaissa (23.6.1977/519), lastensuojelulaissa (13.4.2007/417) ja päihdehuoltolaissa (17.1.1986/41).

Kansaneläkelaitos määrittelee palveluasumisen yksiköt avohoidon yksiköiksi (Andersson 2007, 9). Avohoidon yksikössä ikääntynyt asuu vuokra-asunnossa ja hänelle on tehty huoneenvuokralain mukainen vuokrasopimus tai hän asuu omistusasunnossa. Asukas maksaa vuokran, elinkustannukset ja saamansa palvelut. Vuokraan ikääntynyt voi hakea huoneenvuokralain nojalla asumistukea Kelalta. (Andersson 2007, 10; Özer-Kemppainen 2005, 18.)

Vuokran lisäksi peritään palvelumaksu, joka koostuu kiinteän osan lisäksi tulojen mukaan määräytyvästä osasta. Palvelumaksusta on ikääntyneellä mahdollisuus hakea Kelan maksamaa eläkkeensaajan hoitotukea. Palveluasumisessa perittävä maksu voi olla korkeintaan palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. (Özer-Kemppainen 2005, 18 - 20.) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksu asetuksen (9.10.1992/912) 5. §:n mukaan: ”*Milloin henkilö saa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/87) 8 §:n 2 momentissa tar-*



*koitetun palveluasumisen erityiskustannuksiin korvausta muun lain nojalla, voidaan palvelusta periä enintään saatua korvausta vastaava maksu*". Palvelumaksu ei saa ylittää palveluasumisen aiheuttamia kustannuksia. Maksu määräytyy asukkaan maksukyvyyn mukaan siten, että asukkaalle on jäätävä käyttörahaa 165 € kuukaudessa. (Özer-Kemppainen 2005, 18 - 20.) Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on sama käytäntö käyttörahan suhteen, eli asukkaalle jää käyttörahaa 165 € kuukaudessa.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta peritään maksukyvyyn mukaan enintään 85 prosenttia nettokuukausituloista. Henkilökohtaiseen käyttöön laitoshoidossa olevalle asiakkaalle on jäätävä vähintään 97 euron käyttövara kuukaudessa. Tehostetun palveluasumisen maksuista ei ole laissa säännöksiä, ja kuntiin onkin syntynyt erilaisia maksukäytäntöjä. (Voutilainen 2010.)

Sata-komitean työskentelyssä mukana ollut sosiaali- ja terveysministeriön neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen toteaa, että palveluasumisen kirjavat asiakasmäärityt vaarantavat kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutumisen. Samansisältöisistä julkisista palveluista on perittävä maksut samoin perustein riippumatta siitä, missä kunnassa tai palvelutalossa asiakas asuu. Lisäksi maksuperusteiden on oltava ymmärrettäviä, jotta jokainen saa niistä selon. (Voutilainen 2010.)

Asumispalveluissa voi syntyä tilanteita, joissa asiakkaan tulot eivät riitä asumisesta, palveluista ja lääkkeistä kertyviin maksuihin. Asiakas maksaa asumispalvelun asiakasmaksun lisäksi vuokraa ja lääkkeiden omavastuuosuudet. (Voutilainen 2010). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 30) on myös suositeltu, että palveluiden maksut eivät ole asiakkaalle kohtuuttomia.

Palveluasunnossa asuva voi saada asumiseensa tukea joko eläkkeensaajien tai yleisen asumistuen perusteella (Eläkkeensaajan asumistuki 2011) Lisäksi palveluasumiseen liittyviin hoitokustannuksiin on hoitotarpeen perusteella mahdollista saada porrastettu harkinnanvaraista hoitotukea (Eläkettä saavan hoitotuki 2011). Edellisten etuuksien lisäksi pienituloisilla palveluasumisen asiakkailla on edellytykset kunnan sosiaaliviraston myöntämään toimeentulotukeen. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 15.) Itä-Savon sairaanhoitopiirin palveluasumisasukkaat eivät hae sosiaalivirastosta toimeentulotukea vaan he hakevat maksunalennusta palveluasumismaksuunsa.

Edellä kuvattujen tukijärjestelyjen ansiosta palveluasumisen ajatellaan olevan kunnille laitosasumista edullisempaa. Osa ikääntyneistä voi asua palveluasunnoissa yksityisesti, omalla kustannuksellaan. Tällöin he maksavat asumisensa, palvelunsa ja hoitonsa itse. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa 2008, 15.)

## **6 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUIDEN LAATUSUOSITUS**

Ensimmäinen ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus annettiin vuonna 2001. Sen laativat Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto. Suositusten tarkoituksena oli, että niiden avulla kunnat voisivat kehittää palvelurakenteitaan paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Samoin tarkoituksena oli edistää kunta-laisten osallistumista tavoitteiden asettamiseen ja toiminnan arviointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2001, 5.) Ensimmäiset laatusuositukset toimivat uusina informaatio-ohjauksen välineinä. Niiden arvioinnit osoittivat, että suositukset ovat tarkoituksenmukaisia ja tärkeitä työvälineitä kunnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 7.)

Uudet suositukset julkaistiin helmikuussa 2008. Suositusten valmisteluun osallistui sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Valmistelun aikana järjestettiin kaksi kuulemistilaisuutta, ja järjestettiin mahdollisuus kommentoida Internetissä suositusten luonnosta. Lausuntoja pyydettiin asiantuntijoilta ja kuntien edustajilta. Suosituksissa on huomioitu hallitusohjelman linjauksissa olevat ikääntymispolitiikan valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset, uusin tutkimustieto ja toimintaympäristön muutokset. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 9 - 10.)

Laatusuositusten tavoitteena on kaventaa ikäihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, edistää hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuosituksessa on kolme strategista linjausta ikääntyneiden hoidon laadun parantamiseksi. Ensimmäinen on hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä palvelurakenteeseen, toinen henkilöstöön ja johtamiseen ja kolmas on asuin- ja hoitoympäris-

töön suuntautuvat linjaukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 9 - 10.)

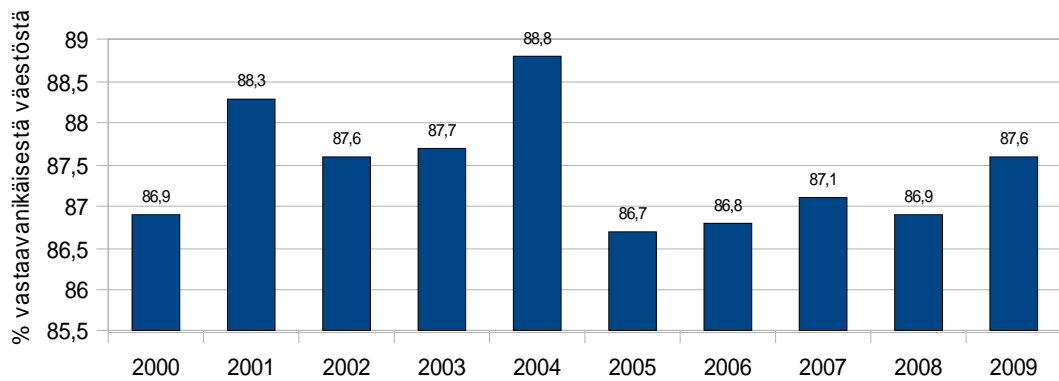
### **6.1 Valtakunnallisen laatusuosituksen linjaukset ikääntyneiden asumiseen**

Kuntien ja yhteistoiminta-alueiden tulee asettaa tavoitteet ikääntyneiden tarpeiden ja paikallisten voimavarojen pohjalta. Samoin tavoitteita on asetettava hyvinvointia ja terveyttä edistäville ehkäiseville palveluille. Myös kotona asumista tukevaa päivätoimintaa ja jaksoittaishoitoa tulee kehittää. Palveluketjujen tulee olla toimivia palvelun laadun ja vaikuttavuuden turvaamiseksi. Yhteistä näkemystä tarvitaan kotona asumisen ja arjen sujuvuuden tueksi, jolloin sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja palveluja tuottavien tahojen tulee toimia saumattomasti. Valtakunnalliset standardit puuttuvat vielä ehkäisevistä palveluista ja päivätoiminnasta, mutta myös näille palveluille asetettuja tavoitteita tulee kunnissa seurata säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 30.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen yhtenä tavoitteena on lisätä kotona asumista tukevia palveluja ja vähentää laitoshoidon ja samalla hillitä kustannusten kasvua. Suosituksessa on asetettu valtakunnalliset tavoitteet ikääntyneiden palveluiden järjestämiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 30.)

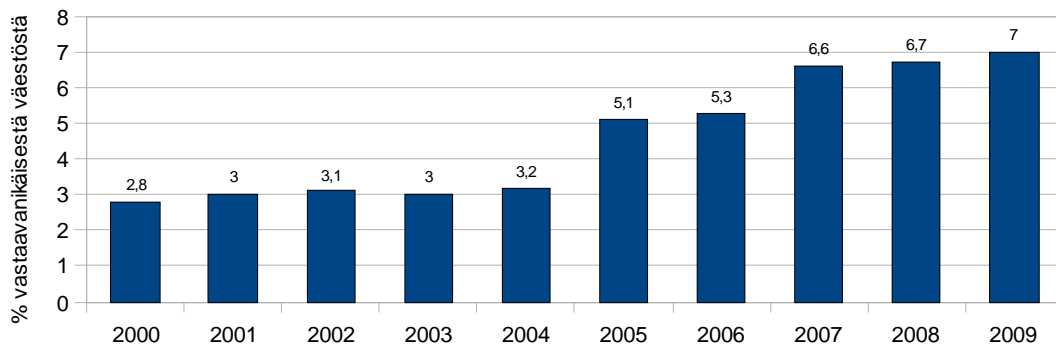
### **6.2 Tilastotietoa ikääntyneiden asumiseen liittyvistä palveluista Savonlinnassa**

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) tuottaa SOTKANet-tietopalveluun hyvinvointiin ja terveyteen liittyvää väestötietoa. Sosiaali- ja terveysalan päättäjät ja asiantuntijat voivat hyödyntää tietopalvelusta saatavaa ja tilasto- ja indikaattoritietoa suunnittelun, seurannan ja päätöksen tueksi. Tietopalveluun on koottu myös Valtakunnallisen ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaiset seurantaindikaattorit. Seurantaindikaattoreiden avulla voidaan tarkastella tapahtuneita ja ennustaa tulevia muutoksia. Muutoksien ennakoinnin avulla voidaan toimintaa pikku hiljaa muuttaa vastamaan tulevaisuuden haasteisiin.



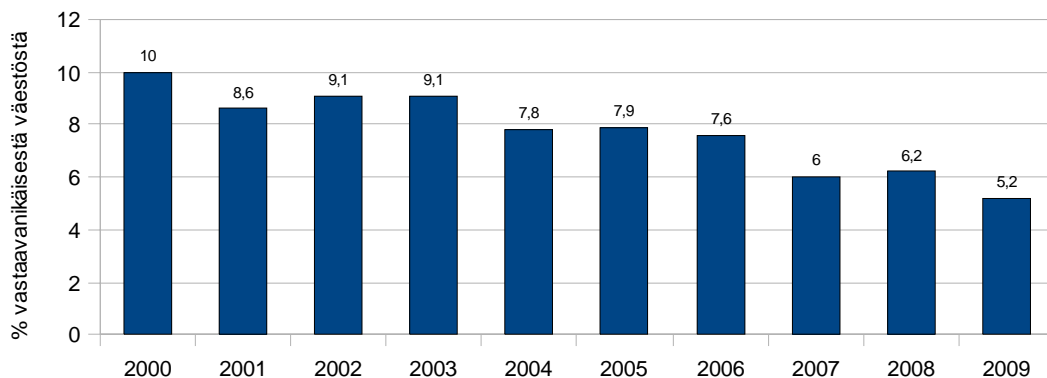
**KUVIO 1. Savonlinnan kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011)**

Valtakunnallisen laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 30.) tavoitteena on, että vuonna 2012 ikääntyneistä 75 vuotta täyttäneistä kotona asuu joko itsenäisesti tai sosiaali- ja terveyspalvelun turvin 91 - 92 %. Tilanne Savonlinnassa Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen SOTKANetin (2011) ylläpitämien seurantaindikaattorien mukaan vuonna 2009 oli, että yli 75-vuotiaista savonlinnalaisista asui kotona 87,6 % (Kuvio 1).



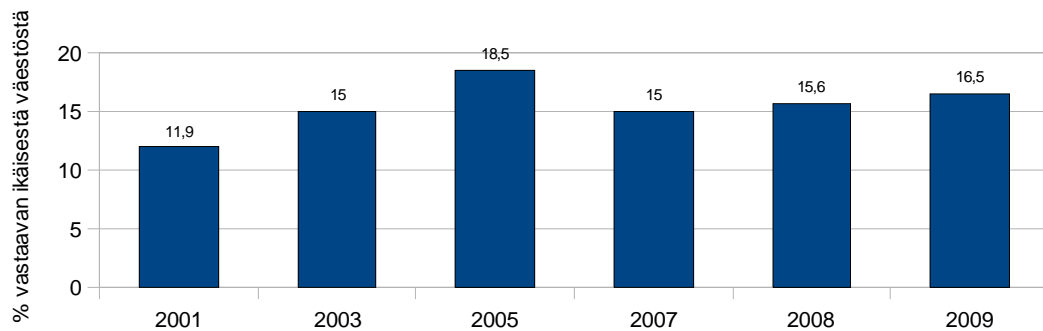
**KUVIO 2. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011)**

Laatusuosituksen tavoitteena on, että vuoteen 2012 tehostetussa palveluasumisessa asuu 5 - 6 % (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 30). Savonlinna ylitti tavoitteen jo vuonna 2009, kun tehostetussa palveluasumisessa asui 7 % yli 75-vuotiaista (Kuvio 2). Savonlinnassa on lisätty vuonna 2010 tehostetun palveluasumisen määrää ostopalveluna, kun MedOne:n palvelutalo aloitti toimintansa huhtikuussa (Itä-Savon Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä talousarvio ja taloussuunnitelma 2009 - 2011).



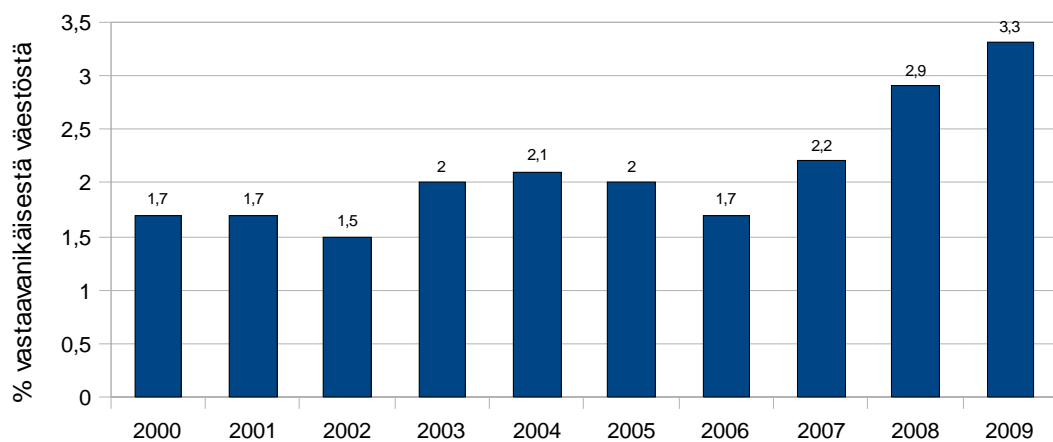
**KUVIO 3. Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011)**

Valtakunnallisen laatusuosituksen tavoite on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä ikääntyneistä pitkäaikaisessa laitoshoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskuksessa on vain 3 %. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008:3, 30.) Savonlinnassa vuonna 2009 pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 5,2 % 75 vuotta täyttäneistä (Kuvio 3). Pitkäaikaisen laitoshoidon laatusuositukset eivät täyttyneet Savonlinnassa. Itä-Savon sairaanhoidopiirin talousarvio ja taloussuunnitelman 2009 - 2011 mukaisesti Pihlajan vanhainkoti lakkautettiin huhtikuussa 2010, jolloin pitkäaikaisen laitospaikkojen määrä väheni 45:llä ja lisäksi lakkautettiin yksi terveyskeskusosasto.



**KUVIO 4. Säännöllisen kotihoidon piirissä olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011)**

Valtakunnallisena tavoitteena on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä säännöllistä kotihoitoa saa 13 - 14 % (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 30). Savonlinnassa vuonna 2009 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 16,5 % (Kuvio 4). Joten Savonlinnassa täyttyy suosituksen tavoite kotihoidon piirissä olevien 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osalta.



**KUVIO 5. Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011)**

Savonlinnassa kotona omaishoidontuen turvin vuonna 2009 asui 3,3 % asiakkaista (Kuvio 5). Valtakunnallisena tavoitteena on, että vuoteen 2012 mennessä omaishoidon tuen turvien kotona asuu 5 - 6 % 75 vuotta täyttäneistä ikääntyneistä (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 30). Tilanne on Savonlinnassa menossa

suosituksen mukaiseen suuntaan. Omaishoidon tukea saavien määrä on lisääntynyt tasaisesti vuodesta 2006 alkaen, mutta suosituksen tavoitteeseen on vielä kirittävä.

## **7 TUTKIMUSTIETOA PALVELUASUMISESTA**

Tutkimuksia palveluasumisesta on viime vuosina tehty useita. Palveluasumista on tutkittu mm. asukkaiden toimintakyvyn, henkilökunnan, kilpailutuksen ja laadun sekä palveluasuntojen näkökulmista. Olemme tähän valinneet tutkimuksen, jossa käsitellään ikääntyneiden kokemuksia palveluasumiseen muuttamisesta ja Tampereella tehdyn selvityksen, jossa käsitellään toimijoiden kokemuksia ja ajatuksia palveluasumisesta ja siinä tapahtuneista muutoksista. Rajasimme tutkimustulokset hakuvaiheessa kokemuksiin, sillä halusimme tuoda esille palveluasumisen asiakkaiden ja toimijoiden näkökulmia palveluasumiseen ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin ja tuleviin haasteisiin.

Klemola (2006) on väitöskirjassaan tutkinut ikääntyneiden siirtymävaihetta omasta kodista hoitokotiin. Väitöskirjassa tuodaan esille siirtymävaiheen merkityksiä ikääntyneelle. Haastatteluihin osallistuneista ikääntyneistä 14 asui vielä kotona ja 15 hoitokodissa. Lisäksi on haastateltu 9 hoitohenkilökunnan jäsentä. Tietoa on kerätty myös havainnoimalla ja kirjallisista dokumenteista. Ikääntyneet ovat Klemolan tutkimuksen mukaan (2006) kokeneet siirtymävaiheen kielteisenä elämäkokemuksena. Klemola toteaa, että siirtymävaiheessa ikääntyneet on otettava mukaan päätöksentekoon, heille on annettava tietoa ja heidän kanssaan on keskusteltava. Siirtyminen palveluasumiseen oli harvoin käynnistynyt ikääntyneiden omasta toiveesta eikä siihen aina ollut perusteltua syytä. Hoidon suunnittelu oli lisäksi ollut puutteellista, ja hoidosta oli puuttanut vastuutaho. Lisäksi hoitokotien tehtäväkeskeinen toimintakulttuuri ja asukkaiden heterogeisuus olivat heikentäneet siirtymävaiheen onnistumista.

Tampereen palveluasumisen vaiheisiin liittyvä selvitys (Pasanen 2009) puolestaan tuo esiin palveluasumisen tuottajien ja tilaajien näkemyksiä. Selvityksessä on keskitytty aikalaisten ja asiantuntijoiden haastatteluihin (n. 21). Haastatteluissa on käyty läpi palveluasumisen syntyä ja sen jälkeen tapahtuneita muutosvaiheita. Selvityksestä saa hyvän kuvan palveluasumisen eri kehitysvaiheita aina alkuaajoista nykytilanteeseen ja siinä luodetaan myös tulevaa kehitystä. Vanhuspalveluita tuottava yhdistyskenttä on

viime vuosina joutunut isojen muutosten kouriin. Muutokset aiheuttavat toimijoissa katkeruutta, epävarmuutta, mutta myös uutta tulevaisuususkkoa.

Pasasen (2009) selvityksessä todetaan toimijakentän muuttuneen ja yhteistyötahojen vaihtuneen. Tampereen kaupungin organisaatiomuutokset ovat vaikuttaneet myös tuottajapuolella. Yhdistysten kokemusten mukaan vaikein muutos on kuitenkin ollut kilpailuttaminen, joka on koettu epäreiluna toimintana koskiessaan myös suhteellisen pitkään toiminnassa olleita palvelukoteja. Kokemuksensa on, että yhdistysten tekemää työtä ja toiminnan ideologisia juuria tai lähtökohtia ei kunnioiteta. Tätä ei ole ollut helppo hyväksyä, kun toiminta on alun perin aloitettu kaupungin mandaatilla. Kilpailuttaminen on muuttanut yhdistysten toimintaa palveluiden tuotteistamisen vuoksi. Hankalimmiksi yhdistykset kokivat kilpailuttamisessa kuitenkin itse kilpailuttamisprosessin raskauden, lyhyet sopimusajat ja yhteistyön hankaloitumisen.

Selvityksessä (Pasanen 2009) todetaan sisällöllisistä muutoksista suurimman olleen palvelukotien asukasprofiilin muuttuminen. Asukkaat ovat iäkkäämpiä ja huonokuntoisempia, joten palveluasuminen vaihtuu tehostetuksi palveluasumiseksi ja työ on yhä enemmän sairauksien hoitoon painottuvaa. Tulevaisuuden suurimpana haasteena on vanhusväestön kasvu, minkä vuoksi pitäisi panostaa kotihoitoon ja ennaltaehkäisevään toimintaan.

### **7.1 Ikääntyneiden palveluasumisen tarve**

Palveluasumista tarvitaan jatkossakin sellaisille ikääntyneille, jotka eivät pysty asumaan omissa kodeissaan esim. alkoholiongelmien, talon hissittömyyden ja sosiaalinen asuinympäristön vuoksi (Andersson 2007, 35). Palvelutalot, hoitokodit ja laitokset ovat myös omaisten kannalta tärkeitä. He voivat niiden myötä luovuttaa vastuutaan kunnalle ja tuntee olonsa hyväksi ja ikääntyneen elämän turvatuksi. Vanhuspalveluiden asiantuntijat sen sijaan korostavat, että ikääntyneiden tulisi ohjautua sairaalahoitoon vain akuuteissa sairauksissa. Terveyskeskusten tulisi tarjota kuntoutusta ja ikääntyneen asuminen olisi järjestettävä palvelukodeissa. (Pasanen 2009, 14.)

Pasasen (2009, 14) selvitykseen osallistuneet haastateltavat toivat esiin sen, että palveluasuminen on hyvä välimuoto ikäihmisen asumiseen. Toisaalta haastateltavat kuitenkin tiedostivat sen, että taloudellisen tilanteen takia painotus siirtynee tehostettuun



palveluasumiseen ja ryhmäkotiasumiseen. Haastateltavat totesivat tehostetun ja laitosasumisen rajan olevan häilyvä. Anderson (2007, 36) on päätenyt samaan johtopäätökseen; käytännössä näihin asumismuotoihin sijoitetaan suunnilleen samankuntoisia ihmisiä. Erona näiden kahden asumismuodon välillä on vain se, että vanhainkodit ovat laitosmaisempia ja tehostettu palveluasuminen kodinomaisempaa.

Pasasen (2009, 15) selvityksen johtopäätös haastatteluiden pohjalta se, että kaikki palveluasumisen paikat tarvitaan. Lisäksi palveluasuntoja on muutettava ryhmäkotiasumiseksi, jotta pystytään vastaamaan ikääntyneiden palvelutarpeisiin tulevaisuudessa. Palvelukotien on palveltava ympäristön ikäihmisiä, jotta talot säilyvät elinvoimaisina alueensa keskuksina ja palveluasumistoiminnalla on pyrittävä ylläpitämään ikääntyneiden toimintakykyä ja ennaltaehkäisemään ongelmien syntymistä.

## **7.2 Ikääntyneiden kokemuksia palveluasumiseen siirtymisestä**

Klemola (2006, 51 - 52) on tutkinut väitöskirjassaan vanhuksen siirtymävaihetta kotihoidosta hoitokotiin (vanhainkoti, tehostettu palveluasuminen). Tutkimukseen osallistui 29 yli 75 vuotta täyttänyttä kotona tai palvelutalossa/vanhainkodissa asuvaa henkilöä. Neljatoista heistä asui kotona kotiavun turvin ja viisitoista asui hoitokodissa. Hoitokotiin muutosta oli kulunut aikaa kolmesta viikosta yhteentoista kuukauteen.

Klemolan (2006, 64 - 74) tutkimuksessa vanhusten kotona asumiseen liittyi fyysisistä ympäristöä tärkeämmiksi tekijöiksi oman kodin sosiaaliset ja psyykkiset tekijät. Koti merkitsi vanhuksille nykyisen kodin lisäksi lapsuuden kodista opittuja arvoja ja tapoja, jotka olivat osa heidän elämäänsä. Keskeisinä tekijöinä nousivat esiin kotiin liittyvä turva ja oman elämän hallinta. Vanhukset toivoivat, että heidän siirryttyään hoitokotiin elämä jatkuisi mahdollisimman samanlaisena kuin omassa kodissa. Tähän liittyvät toiveet koskivat asuinympäristöä, sosiaalisia suhteita, ajankulua ja tekemistä sekä päätöksenteko-oikeutta. ”Keskeisinä toiveina nousivat esiin asuinympäristön yksityisyys ja viihtyvyys, läheisten ihmissuhteiden säilyminen, toisten asukkaiden käytettävät ja hoitajien palvelualttius.” Vanhuksille olivat tärkeitä myös kodin askareet, eikä niistä haluttu luopua uudessa asuinympäristössä.

Tutkimukseen osallistuneet olivat kokeneet siirtymisen hoitokotiin aluksi psyykkisenä ja fyysisenä pahoinvointina, tilanteen kokemisena neutraalina ja myös parhaana vaihtoehdona. Puolet tutkituista oli kokenut tilanteen tapahtuneen liian nopeasti, ja he kokivat psyykkistä pahoinvointia ja fyysisiä oireita, johon liittyi surua ja katkeruutta. Fyysisiä oireita olivat mm. unettomuus ja ruuansulatuselimistön häiriöt. (Klemola 2006, 87 - 88.)

Neutraalina siirtymisen kokeneet vanhukset kuvasivat siirtymistä hoitokotiin osana elämänsä hoitopolkua. Vaikka siirtyminen oli tuntunut heistä pahalta ja he olisivat vielä halunneet asua kotona, jos se olisi ollut mahdollista, he hyväksyivät tilanteen sellaisena kuin se oli. (Klemola 2006, 88.)

Esimerkkeinä tekijöistä, jotka edesauttoivat turvallisuuden kokemista hoitokodeissa, asukkaat mainitsivat mm. oman huoneen, suhteet omaisiin ja hoitajien huolenpidon. He kuitenkin toivat esille, että he kokivat hoitokodin tarjoavan heille rajatun elämän mahdollisuuden. He pystyivät tekemään vain vähän omaa elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä. (Klemola 2006, 89.) Positiivista vanhuksista oli, että suhteet omaisiin ja muihin läheisiin eivät muuttuneet hoitokotiin siirtymisen jälkeen (Klemola 2006, 93).

### **7.3 Toimijoiden kokemuksia palveluasumisen muutoksista**

Tampereen vanhusten palveluasumisen vaiheista tehdyssä selvityksessä on teemahaastattelu 21 asiantuntijaa, jotka liittyivät tamperelaisen palveluasumisen vaiheisiin. Haastattelut koskivat palveluasumisen syntyä ja muutosvaiheita ja sitä, miten asianosaiset olivat kokeneet palveluasumisen eri vaiheet varsinkin hankintalaista johtuvan kilpailutuksen. (Pasanen 2009, 3.)

Ensimmäinen RAY:n tukema palvelukoti Tampereelle perustettiin 1990. Palvelutalot toimivat yhdistyspohjalta. Aluksi odotuksena oli, että palvelukodin asukkaat olisivat suhteellisen hyväkuntoisia. Nopeasti tapahtui kuitenkin muutos ja asukkaat olivat iäkkäämpiä ja huonokuntoisempia. Samalla tehostetun palveluasumisen tarve lisääntyi. Tällä hetkellä tehostetussa palveluasumisessa asukkaat ovat huonokuntoisia ja tarvitsevat apua lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa, eikä asukkaiden hoivan tarve poikkea juurikaan laitosasumisesta. (Pasanen 2009, 12 - 13.)

Palveluasumisessa tapahtui Tampereella 2000-luvulla 2 suurta murrosta. Ensimmäinen tapahtui 2001, jolloin asukasohjaus siirtyi yhdistyksiltä kaupungille. Toinen oli kilpailuttamispakko, joka tuli RAY:n ja kaupungin taholta. (Pasanen 2009, 25.) Kaupunki koki, että palvelukotien palvelutaso oli liian kevyt, koska tarvittiin enenevässä määrin tehostettua palveluasumista. Hankaluutena koettiin, ettei asiakasohjauksessa ollut selkeää määritelmää siitä, ketkä kuuluvat laitoshoittoon ja ketkä palveluasumisen piiriin. Jonot palveluasumiseen ovat olleet pitkiä. (Pasanen 2009, 25 - 26.)

Toimijoiden välisen yhteistyön koettiin vaikeutuneen. Tähän vaikutti kilpailutus ja kaupungin sisäinen organisaatiomuutos. Palveluiden tilaajana on taho, joka päättää verorahojen käytöstä ja palveluiden hankkijana Tampereen logistiikka, joka hoitaa kilpailutuksen tilaajan kriteerien ja ohjeiden mukaan. Roolit koetaan epäselviksi ja tiedonkulku on puutteellista. Yhdistysten edustajat toivoivat haastatteluissa selkeitä pelisääntöjä, yhteisiä palaveritea toimijoiden kesken ja sitä että, kaupunki kuuntelee myös palveluiden tuottajien näkemyksiä. (Pasanen, 2009, 27 - 30.)

### **7.3.1 Yhdistysten kokemukset palveluiden kilpailuttamisesta**

Sopimukset ovat kilpailuttamisen myötä muuttuneet määräaikaikaisiksi, minkä vuoksi yhdistykset eivät enää kokeneet omaa tilannettaan vakaaksi ja turvalliseksi. Yhdistykset alkoivat tuotteistaa palvelujaan, eikä kaikkea myyty könttäsummalla. (Pasanen 2009, 25 - 26.) Yhdistyksissä koettiin epäreiluna, että myös vanhat kohteet kilpailutettiin. Kilpailutus oli heidän mielestään kuitenkin tervetullutta. Yhdistysten edustajat eivät haastatteluissa kritisoineet paljoakaan tilaaja-tuottaja-mallia vaan sen tulkintaa. Yhdistyspuolella ei aina ymmärretty hinnanmuodostuslogiikkaa ja se oli aiheuttanut ongelmia kilpailutuksiin osallistumisessa. Kilpailutus pitäisi yhdistysten edustajien mielestä tehdä käänteisenä kilpailutuksena, jossa hinta asetetaan ennalta ja laatutekijöiden perusteella valitaan tuottajat. Kilpailuttamisen eettisyys olikin yhdistysten edustajien mielestä kyseenalaista. Yhdistyksen edustajat toivat esiin pelon, että yksi kansalaisyhteiskunnan toimintakenttä, yhdistystoiminta, murentuu. Huonona puolena pidettiin myös sitä, että yhdistykset ovat joutuneet kilpailutuksen myötä kärsimään ideologisista juuristaan. (Pasanen 2009, 39 - 42.)

Haastatteluissa tuli esille myös tiukat taloudelliset raamit. Alun perin palvelutaloihin tehtiin paljon yhteisiä tiloja. Nyt kaupunki ostaa vain asunnon ja hoivan ja yhteiset, tyhjät tilat jäävät yhdistyksille taloudelliseksi rasitteeksi. Ongelmana yhdistysten edustajat pitivät myös sitä, että kaupunki vetää hinnan niin kireäksi, että kehittämiseen ei jää resursseja eikä sopimus vastaa palvelutarvetta. Yhdistykset olivat aikoinaan perustaneet talot hoitaakseen itse toiminnan ja kehittääkseen sitä pitkäjänteisesti. Yhä useampi asukas tarvitsee tehostettua palveluasumista ja enemmän hoivaa, eivätkä tilat vastaa tarpeita eikä ole resursseja palkata lisää henkilökuntaa. Yhdistysten edustajien mielestä asukas joutuu prosessissa sijaiskärsijäksi. Tilaaja odottaa paljon sisältöä vähällä rahalla. (Pasanen 2009, 39 - 42.)

Kritiikkiä esitettiin myös siitä, ettei hinnoittelussa oteta riittävästi asukasta huomioon. Vanhuksilla on ollut huoli rahasta, mikä on hankaloittanut arkea. Ei ole selvää, mistä kaikesta pitää maksaa erikseen. Entinen maksujärjestelmä, jossa maksettiin konttäsumma tulojen mukaan, koettiin tasa-arvoisemmaksi ja helpommaksi. (Pasanen 2009, 39 - 42.) Kaikki haastateltavat toivat esille, että palveluasumisessa unohdetaan itse vanhus. Mitä hän haluaa ja tarvitsee ja mitä ei? Muutamat haastateltavat toivat esille, että ikääntyneet ovat joutuneet huutolaisten asemaan. Ikääntynyt pannaan sinne, missä palvelu saadaan halvimmalla. (Pasanen 2009, 42 - 45.)

Yhdistysten edustajien haastatteluiden perusteella suurimmat pelot kohdistuivat monikansallisiin yrityksiin. Yritykset polkevat hintoja ja syövät pienet toimijat markkinoilta. (Pasanen 2009, 39 - 42.) Osa yhdistyksistä koki, että he sinnittelevät viimeisillä voimillaan kilpailussa monikansallisia yhtiöitä vastaan ja pelkäsivät, että yhdistykset katoavat palvelutarjoajakentältä. Osa koki tilanteen kuitenkin valoisampana. Jos yhdistyksen asiat ovat kunnossa ja kilpailutus oikeudenmukaista, on yhdistykselläkin mahdollisuus voittaa kilpailutuksessa. (Pasanen 2009, 42 - 45.)

### **7.3.2 Tilaajan kokemukset palveluiden kilpailuttamisesta**

Tarjouspyyntöjen laatimisessa tilaajan edustajat olivat kokeneet hankalimmaksi laadun mittaamisen. Palveluiden laadun mittaaminen on vaikeaa ja resurssit mittaamisen toteuttamiseen ovat liian vähäiset. Sosiaali- ja terveysalan palveluita kilpailutettaessa pitäisi hankintalakiin haastateltujen mielestä olla väljempi. Hankintalaki sopikin haas-

tateltujen mielestä paremmin tavarahankintojen kuin palveluiden kilpailutukseen. (Pasanen 2009, 46 - 47.)

Tilaaajaa edustaneet haastatellut toivat esiin lyhyiden sopimusaikojen aiheuttaman ongelman. Jos palveluntuottaja vaihtuu uudella sopimuskaudella, ei ikääntyneitä voi siirtää asumisyksiköstä toiseen. Lyhyet sopimusajat lisäävät myös byrokratian määrää. Pitkissä sopimuksissa haittana sen sijaan on se, että uusien toimijoiden tulo markkinoille ei mahdollistu. (Pasanen 2009, 46 - 47.)

Kaupungin näkökulmasta tilaajan edustajat totesivat tuotteistamisen olevan etu. Kilpailutuksen myötä kustannukset tulevat näkyviksi, ja kilpailuttaminen ja tuotteistaminen lisäävät palvelujen samanlaistumista ja tasapuolistavat laatua. (Pasanen 2009, 46 - 47.)

## **8 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYVYN JA PALVELUTARPEEN ARVIOINTI**

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointia voidaan käyttää työvälineenä asiakkaan palvelutarpeen selvittämisessä ja osana asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Palvelutarpeiden arviointi on haasteellinen tehtävä, joka kannattaa tehdä yhteistyössä asiakkaan, hänen läheistensä, hoito- ja sosiaalityön, kuntoutuksen ja lääketieteen ammattilaisten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4)

Palvelutarpeen arviointi on yksilöllinen prosessi, jossa käytettäviä asiakirjoja ovat toimintakykymittarit ja hoito- ja palvelusuunnitelmalomake. Palvelutarpeen arvioinnin keskeinen osa on toimintakyvyn arviointi. Toimintakyky liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin. Käsitteenä toimintakyky voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Toimintakyvyn arviointimenetelmien on otettava huomioon ikäihmisten toimintakyvyn eri ulottuvuudet: fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen. Lisäksi toimintakyvynarvioinnissa on huomioitava asuin- ja elinympäristön vaikutukset toimintakykyyn. Tärkeä osa toimintakyvyn arviointia on keskustelu ikäihmisen ja hänen läheistensä kanssa. Lisäksi havainnoidaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4 - 11.)

Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ikääntyneiden toimintakyvynarvioinnin mittariksi on valittu RAI-toimintakyvynarviointi (engl. Resident Assessment Instrument), joka on kansainvälinen vanhustenhuollon arviointi- ja seurantajärjestelmä. Itä-Savon sairaanhoitopiirillä on käytössä kotihoidon (RAI HC) ja laitoshoidon (RAI LTC) järjestelmät. Lisäksi vuonna 2011 on otettu edellisiä täydentämään RAI-Screener Oulu, jota tullaan aluksi käyttämään omaishoidontukea saavien ja palveluasumiseen hakeneiden asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin.

### **8.1 Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi RAI-järjestelmällä**

Järjestelmästä saatava tieto perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen systemaattiseen arviointiin, joka kattaa asiakkaan koko hoito- ja palveluketjun. RAI-järjestelmissä on yhteisiä kysymyksiä, joita voidaan hyödyntää varmistettaessa hoidon jatkuvuus hoito- ketjun eri vaiheissa. (RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä 2008; RAI-järjestelmät 2009.)

RAI -järjestelmien pätevyys ja luotettavuus on testattu useissa tutkimuksissa ja mais- sa. Tietojärjestelmän mittarit ovat kansainvälisesti testattuja, päteviä ja luotettaviksi todettuja. Suomessa RAI-järjestelmä on atk-pohjainen ja otettu käyttöön osana potilas- tietojärjestelmää. (RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun se- kä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä 2008; RAI-järjestelmät 2009). RAI HC-, RAI LTC- ja RAI-Screener Oulu -järjestelmissä on useita samoja mittareita, mutta myös eri mittareita. Laitoshoidon järjestelmässä on RUG-luokitus, jonka perus- teella voidaan arvioida asiakkaan hoitoisuutta. Kotihoidon RAI-järjestelmässä vä- lineellisiä toimintoja kuvaava IADL-mittari ja palveluiden tarvetta kuvaava MAPLe 5-mittari. RAI-Screener Oulu -järjestelmässä on kotihoidon mittareiden lisäksi asiak- kaan itsenäisyyttä kuvaava mittari, SRI ja laajemmin palveluiden tarvetta kuvaava MAPLe 15-mittari. (RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä 2008; RAI-järjestelmät 2009).

Toimintakyvyn arvioinnit koti- ja laitoshoidon RAI-järjestelmissä tehdään puolen vuoden välein tai asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa. Jos asiakkaan toimintaky- kyä ei ole arvioitu edellä mainituilla, käytetään RAI-Screener Oulu -järjestelmää. Jär- jestelmästä saatuja mittari ja tunnuslukutietoja voidaan käyttää asiakkaan toimintaky- vyn arvioinnin lisäksi myös yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ja

hoidon tulosten seurantaan. (RAI -järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä, 2008).

### **RUG-III -luokitus**

RAI-järjestelmässä hoitoisuus määritellään pitkäaikaiseen laitoshoitoon kehitetyllä RUG-III (Resource Utilization Groups) -luokituksella (Kuvio 3). Luokitus kuvaa asiakasrakennetta, ja sitä voidaan soveltaa budjetoinnissa, maksujärjestelmissä, henkilöstörakenteen ja -mitoituksen suunnittelussa sekä laadun ja tuottavuuden arvioinnissa. Luokitus on hierarkkinen, ja se jakautuu seitsemään pääluokkaan. Asukkaat sijoittuvat pääluokkiin kliinisen ongelman ja hoitohenkilökunnan ajankäytön perusteella. Asiakkaat sijoittuvat pääluokkiin vaikeimman ongelman perusteella, joka on yleensä myös kallein ja jossa tarvitaan eniten henkilöstövoimavaroja. (Noro 2005 49.)

Ryhmään sijoittuminen tapahtuu niin, että testataan, täyttääkö asiakas eniten voimavaroja vaativan ryhmän kriteerit. Mikäli kriteerit eivät täyty, testataan seuraava luokka. Asiakas sijoittuu siihen pääluokkaan, jonka kriteerit täyttyvät, vaikka alemmankin luokan kriteerit täyttyisivät. Asiakkaan pääluokan löydyttyä hän asettuu vielä johonkin kyseisen pääluokan alaluokista. Asiakkaan alaluokka määräytyy fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tai hoitomuodon perusteella. (Finne-Soveri & Nurme 2007, 13.)

### **Kustannuspaino**

Kustannuspaino kuvaa eri asiakasryhmien välisiä suhteellisia kustannuseroja, kalleimman ja halvimman ryhmän välillä on noin kuusinkertainen kustannusero. Kustannuspainojen laskennassa on huomioitu ne kustannukset, jotka vaihtelevat asiakkaiden hoitotarpeiden mukaan. (Noro ym. 2001, 16.) Kustannuspaino perustuu henkilökunnan asiakkaisiin kohdistamaan aikaan. Jokaiselle RUG-luokkien alaryhmälle on laskettu aikapaino. (Björgren ym. 1998.) Kustannuspainoissa keskiarvo 1 tarkoittaa keskimäärin resursseja vaativia asiakkaita. Esimerkiksi 0,78 tarkoittaa 12 prosenttia vähemmän voimavaroja vaativia asiakkaita. (Noro 2005, 51.)

## **MAPLe**

RAI-Kotihoidon ja RAI-Screener Oulu -järjestelmissä asiakkaiden palvelun tarvetta kuvataan Maple-asteikolla. Asteikon nimi tulee sanoista Method for Assessing Priority Levels. Mittarin lähtökohtana on kehittämisessä ollut palvelutarpeen kiireellisyys ja kattavuus ei niinkään olemassa oleva palvelurakenne. Mittarin asteikko on 1 - 5, jossa 1 on erittäin vähäinen palveluntarve, 5 on erittäin suuri palveluntarve. (Finne-Soveri & Noro 2006, 123.)

## **Chess**

Kotihoidon asiakkaiden arvioinnissa hyödynnetään edellä mainitun Maple-mittarin lisäksi terveydentilan vakautta kuvaavaa Chess-asteikkoa (Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs). Kotihoidon asiakkuuden syynä oleva sairauten tai tilaan liittyy usein vaiheita, jolloin tarvitaan runsaammin hoitoa tai apua. Iän ja sairauksien aiheuttama hauraus altistaa vaaratekijöille kuten toimintakyvyn laskulle. Terveydentilaa kuvaava mittari koostuu 9 eri tekijästä, oksentelu, turvotus, hengenahdistus, tahaton painon lasku, riittämättömät aterioiden saanti, riittämätön nesteiden saanti, päätöksentekokyvyn huononeminen, päivittäisen toimintakyvyn huononeminen ja elinajanennuste 6 kk tai vähemmän. Mittarissa 0 on erittäin vakaa terveydentila, ja luku 5 kuvaa erittäin epävakaa terveydentilaa. (Finne-Soveri & Noro 2006, 83.)

## **Hierarkkinen ADL-mittari**

Fyysisen toimintakyvyn aleneminen liittyy mm. tuki- ja liikuntaelimestöä rappeuttaviin sairauksiin, onnettomuuksien tai leikkausten jälkitiloihin, huonoon ravitsemukseen sekä erilaisiin aivosairauksiin. Hierarkkinen ADL-mittari (Activities Daily Living) kuvaa asiakkaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Asteikko (0 - 6) muodostuu asiakkaan suorituskyvyn perusteella neljästä ADL toiminnosta: liikkuminen osastolla/kotona, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Pitkäaikainen päivittäinen toisen henkilön fyysisen avun varassa eläminen rajoittaa iäkkään henkilön omaa elämää. (Finne-Soveri & Noro 2006, 71 - 72.) (Taulukko 4.)



**TAULUKKO 4. Hierarkkinen ADL -asteikko (Morris ym. 1999)**

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| <b>0</b> | Itsenäinen                  |
| <b>1</b> | Ohjauksen tarvetta          |
| <b>2</b> | Tarvitsee rajoitetusti apua |
| <b>3</b> | Tarvitsee runsaasti apua 1  |
| <b>4</b> | Tarvitsee runsaasti apua 2  |
| <b>5</b> | Autettava                   |
| <b>6</b> | Täysin autettava            |

**IADL-mittari**

RAI-kotihoidon ja RAI-Screener Oulu järjestelmissä välineellisiä toimintoja mitataan IADL-mittarilla (Instrumental Activities of Daily Living). Mittari kuvaa asiakkaan omatoimisuutta tai sen vajetta erilaisten asioiden ja talouden hoitamiseen liittyvissä toiminnoissa. Mittarin asteikko (0 - 21) muodostuu asiakkaan suorituskyvyn perusteella seitsemästä välinetoiminnosta: aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä suoriutuminen, puhelimen käyttö, ostoksilla käynti ja kulkuvälineiden käyttö. Lisäksi kartoitetaan osakysymyksillä asiakkaan omaa suoritusta ja annettua apua. (Finne-Soveri & Noro 2006, 68 - 69.)

**CPS-mittari**

Kaikissa Itä-Savon sairaanhoitopiirissä tällä hetkellä käytössä olevissa RAI-järjestelmissä asiakkaiden kognitiivisen kyvyn mittarina on CPS (Cognitive Performance Scale) -mittari. Kognitiolla tarkoitetaan aivojen suoriutumiskykyä laajalaisista älyllisistä toiminnoista. CPS-mittari huomioi lähimuistin, ymmärretyksi tulemisen, päätöksentekokyvyn, tajunnan tason ja kyvyn syödä itse. Mittarin asteikko on nolosta kuuteen, ja asteikon lukemat ovat suoraan verrannollisia MMSE (Mini Mental State Exam) -testin lukemiin. Mittariarvon nolla kohdalla on huomioitava, että mittarin arvo ei poissulje alkavaa Alzheimerin tautia tai muuta dementoivaa sairautta. (Finne-Soveri & Noro 2006, 63 - 64.) (Taulukko 5.)

**TAULUKKO 5. Kognitio -asteikko (Morris ym. 1994)**

| <b>CPS -asteikko</b> |  | <b>MMSE</b> |
|----------------------|--|-------------|
| <b>0</b>             | Ei kognitiivista häiriötä                    | 24.9        |
| <b>1</b>             | Rajatilainen kognitiivinen häiriö            | 21.9        |
| <b>2</b>             | Kognition lievä heikkeneminen                | 19.2        |
| <b>3</b>             | Kognition keskivaikea heikkeneminen          | 15.4        |
| <b>4</b>             | Kognition keskivaikea - vaikea heikkeneminen | 6.9         |
| <b>5</b>             | Kognition vaikea heikkeneminen               | 5.1         |
| <b>6</b>             | Kognition erittäin vaikea heikkeneminen      | 0.4         |

**DRS-mittari**

Mieliala on elämyksellinen elämänlaatuun vaikuttava tekijä, joka on sen ennustemerkillisyyden vuoksi huomioitava iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arvioinnissa. Masennus liittyy mm. dementiaan, aivohalvaukseen ja Parkinsonin tautiin tai se voi olla ensimmäinen oire alkavasta rappeuttavasta aivosairaudesta. Masennus voi iäkkäillä ihmisillä liittyä myös elämäntilanteeseen, kuten terveyden menetykseen, asunnon vaihtoon, läheisen kuolemaan tai ystävien menetykseen. Masennuksen oireita mitataan RAI-koti- ja -laitoshoidon sekä RAI-Screener Oulu järjestelmissä DRS-mittarilla (Depression Rating Scale), johon sisältyy 7 eri masennukseen liittyvää oiretta. Oireiden perusteella on muodostettu asteikko 0 - 14. Asiakkaan saadessa asteikolla kolme pistettä tai enemmän on syytä epäillä masennusta. (Finne-Soveri & Noro 2006, 75 - 76.) (Taulukko 6.)

**TAULUKKO 6. Masennusasteikko (Burrows ym. 2000)**

|             |                |
|-------------|----------------|
| <b>0-2</b>  | ei masennusta  |
| <b>3-14</b> | masennusepäily |

**SES-mittari**

Laitoshoidon asiakkaiden aloitekykyä tai osallistumishalukkuutta erilaisiin yhteisiin tapahtumiin arvioidaan SES -mittarilla (Social Engagement Scale) (Noro 2001, 22.). (Taulukko 7.)

**TAULUKKO 7. SES-asteikko**

|            |   |
|------------|---|
| <b>0</b>   | ei aloitekykyä / osallistumista             |
| <b>1-3</b> | kohtuullisesti aloitekykyä / osallistumista |
| <b>4-6</b> | paljon osallistumiskykyä / osallistumista   |

**Kipu-mittari**

RAI-järjestelmissä on käytössä kivun mittari, sillä kipu on elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä tekijä niin laitoshoidossa kuin myös kotihoidossa. (Finne-Soveri & Noro 2006, 78; Noro 2001, 23). RAI-arvioinnissa kivun arviointi perustuu asiakkaan omaan arvioon kivusta, mikäli mahdollista. Mikäli asiakas ei, esimerkiksi dementoituvan sairauden vuoksi, pysty itse arvioimaan kipuaan, on hoitajan tai omaisen asiakkaan ilmeiden ja käytöksen perusteella pääteltävä kivun mahdollisuudesta. RAI-järjestelmissä asiakkaan kivun tiheyttä ja voimakkuutta arvioidaan neliportaisen asteikon mukaan (Finne-Soveri & Noro 2006, 79; Noro ym. 2001, 23.) (Taulukko 8).

**TAULUKKO 8. Kipuasteikko (Fries ym. 2001)**

|          |   |
|----------|---|
| <b>0</b> | ei kipuja   |
| <b>1</b> | kipuja harvemmin kuin päivittäin                    |
| <b>2</b> | kipuja päivittäin, kohtalainen kipu                 |
| <b>3</b> | kipuja päivittäin, ajoittain vaikea/sietämätön kipu |

**BMI-mittari**

RAI-koti- ja -laitoshoidon sekä RAI-Screener Oulu arvioinneissa käytetään BMI-painoindeksiä (Body Mass Index) asiakkaan ravitsemustilan arvioinnissa. Painoindeksi, joka on painon ja pituuden suhde (paino / pituus x pituus) on vakiintunut tapa arvioida energian saantia. Iän myötä rasva- ja vesitilavuuksissa tapahtuu muutoksia, josta johtuen iäkäs henkilö voi silmämääräisesti arvioiden vaikuttaa normaalipainoiselta vaikka onkin aliravittu. Iäkkäillä ihmisillä muutama ylimääräinen kilo on suositeltavampaa kuin laihuus. (Finne-Soveri & Noro 2006, 81.) Painoindeksi ei kuitenkaan kerro, mikä nautitun ravinnon koostumus on ollut. ravitsemukseen liittyviä aineita. (Noro ym. 2001, 23). Joten on tärkeää tarkastaa, että ateriat täyttää myös täysipainoisen aterian vaatimukset esimerkiksi valkuaisaineiden, kalsiumin, vitamiinien ja hivenaineiden saantisuosituksien täytyvät.

## 8.2 Selvitä - Arvioi - Sijoita

Palvelutaloihin valittaville asiakkaille laaditaan usein kuntakohtaiset valintakriteerit. Valinnan tekee esimerkiksi moniammatillinen selvitä - arvioi - sijoita eli SAS-työryhmä. (Özer-Kemppainen 2005, 18.) Ryhmään kuuluvat tavallisesti pitkäaikais- hoidosta vastaava lääkäri, vanhustyön sosiaalityöntekijä, kotisairaanhoidaja ja/tai koti- palvelutyöntekijä. Lisäksi ryhmään voi kuulua myös fysioterapeutti ja psykologi. (Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 ta- loa 2008, 15.) Ryhmä kokoontuu kunnasta riippuen viikoittaisesta tapaamisesta muu- tamaan kertaan vuodessa tapahtuvaan tapaamiseen. Ryhmän tavoitteena on kuntalais- ten tasapuolinen kohtelu hoitopaikkaa valittaessa ja vanhuspalveluiden hyvä koor- dinointi. (Tepponen 2009, 123 - 124.)

SAS -ryhmän tehtävä on laatia esitys ikääntyneen sijoittamisesta palveluasumiseen, vanhainkotiin tai terveystakeskuksen vuodeosastolle. Ryhmä ei yleensä käsittele lyhyt- aikaisia ja kiireellisiä sijoituksia. SAS-ryhmiä on viime aikoina kutsuttu myös SAP- ryhmäksi, kun tehtäviin on liitetty enemmän palveluohjausta. (Pilkama 2005, 36.)

Savonlinnassa oli vuonna 1996 ”Yhteistyö yhteiseksi työksi” -projektissa päädytty kehittämään sosiaali- ja terveystoimen yhteistyötä. Yhteistyötahoina projektissa olivat Savonlinnan kaupungin sosiaalitoimi, Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayh- tymä, Savonlinnan keskussairaala sekä Savonlinnan terveydenhuollon ja liiketalouden instituutin terveydenhuollon koulutusyksikkö. (Karjalainen, K. 1999, 151 - 152.)

Päätavoite projektissa oli yhteisen toimintamallin kehittäminen asiakassijoitteluun so- siaali- ja terveysalalle. Hoitoa ja hoivaa tarvitsevien asiakkaiden sijoitustoiminnassa ei ollut yhteistä käytäntöä. Projektissa ei päästy alkuperäisiin tavoitteisiin, joten suunni- telmaa muutettiin toimivan SAS-toimiston perustamiseen. Tavoitteena oli, että perus- tettava SAS-toimisto olisi päätösvaltainen sijoituksia koskevissa asioissa. (Karjalai- nen, K. 1999, 151 - 152.)

Projektin ideointipalaverissa oli todettu, että hoidon porrastuksen kehittäminen paran- taisi asiakkaiden hyvinvointia oikean sijoittelun ja ”pallottelun” poistamisen avulla. Tavoitteena porrastuksen kehittämisellä oli, että asiakas sijoittuisi juuri hänelle sopi-

vaan paikkaan. Projektissa laadittiin kriteerit hoidon porrastukseen. (Karjalainen, K. 1999, 151 - 152.)

Myönteisenä oli koettu, että projektin aikana eri osapuolet olivat tutustuneet toisiinsa ja yhteydenottaminen oli tullut helpommaksi. Ongelmana oli, että kaikki projektin alussa olevat tahot eivät sitoutuneet vaan olivat jääneet pois yhteisestä kehittämistyöstä. (Karjalainen, K 1999, 152 – 153.)

Savonlinnassa SAS -ryhmän toiminta alkoi vuonna 2005. SAS-ryhmään kuului aloitettaessa Savonlinnan kaupungin sosiaalihoaja Kaija Romppanen ja vanhainkotipaikoista vastannut vanhainkodin johtaja Ulla-Sisko Poutanen. Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymästä ryhmänjäsenenä olivat os. 2 osastonhoitaja Helena Kosonen, joka vastasi terveyskeskukseen paikkaa odottavien asioista, sekä koolle kutsujana toiminut geriatrian erikoislääkäri Riitta Kupiainen. SAS-ryhmän toiminta on jatkunut ja siihen on tullut lisää toimijoita. Nykyisin SAS-ryhmään kuuluu geriatrian erikoislääkäri, SAS -hoitaja, kaksi sosiaalihoajaa, kaksi sosiaalityöntekijää ja RAI-avainosaaja/sairaanhoitaja. Tämän vuoden alusta myös sosiaalijohtaja Saara Pesonen on käynyt SAS-ryhmän kokouksissa.

Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnissa käytetään koti- ja laitoshoidon RAI-järjestelmän sekä RAI-Screener Oulu -järjestelmän mittaristoja, joiden lisäksi huomioidaan asiakkaan sosiaaliseen ympäristöön ja asumiseen liittyvät tekijät. RAI-järjestelmien mittaritietojen avulla voidaan palveluasumisjonoilla olevien asiakkaiden osalta arvioida myös palveluasumistarpeen kiireellisyyttä aiempaa paremmin. Asiakkaiden valinnassa käytetyt mittarit varmistavat, että asiakkaat tulee kohdelluiksi tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti.

## 9 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyömme tavoitteena oli tehdä palveluasumisen asukasvalintaprosessin kuvaus ja kriteeriehtotus palveluasumisen asukasvalintaan.

Kehittämistyötä ohjaamaan perustettiin työryhmä, johon kuului ammattikorkeakoulusta opinnäytetyötä ohjaava yliopettaja Leena Uosukainen, laitoshoidosta vastaava geriatrian erikoislääkäri Riitta Kupiainen, vanhuspalveluiden päällikkö Veli Matti Thure ja ylihoitaja Annamari Taskinen. Kehittämistyötä ohjaavaan ryhmään kuuluneista Veli Matti Thure ja Annamari Taskinen ovat lopettaneet työn organisaation palveluksessa, Veli Matti Thure syksyllä 2009 ja Annamari Taskinen keväällä 2010. Kehittämistyöryhmä on viimeksi kokoontunut syksyllä 2009, joten työryhmäänkään ei ole ollut tarvetta nimetä uusia edustajia.

Kehittämistyön käytännön ohjaajana ovat toimineet omalta osaltaan teemahaastateltavista kootut työryhmät. Edellä mainitut työryhmät koottiin kutsumalla yhteistyöryhmiin palvelutalojen ja SAS-ryhmän edustajat. Yhteistyöryhmissä palveluasumisen prosessikuvausta tarkennettiin ja kehitettiin.

Lisäksi kehittämistyön aikana koottiin työryhmä, johon kuului vanhuspalveluiden vs. ylihoitaja Marja Arffman, sosiaalijohtaja Veijo Heinonen ja Punkaharjun kunnan perusturvajohtaja Kari Kuuramaa. Työryhmän tavoitteena oli palveluohjauksen kriteerien kehittäminen hyödyntäen RAI-järjestelmästä saatavaa tietoa.

## 10 KEHITTÄMISPROSESSI

Kehittämistyön jäsentäjäksi valittiin kehittävä työntutkimus. Työntutkimusta ovat kehittäneet useat eri tutkijat, muun muassa Yrjö ja Ritva Engeström, Jaakko Virkkunen, Leena Norros, Robert Arnkil, Kari Toikka, Anneli Leppänen ja Reijo Miettinen. Kehittävän työntutkimuksen pohjalta on toteutettu useita konkreettisia kehittämishankkeita, esimerkiksi siivous-, psykologian-, terveydenhuollon- ja sosiaalialalla. Lähestymistapaa on käytetty myös teollisuuden, julkishallinnon, työvoimahallinnon, opettajankoulutuksen ja Valtionhallinnon kehittämiskeskuksen konsultti ja koulutustoiminnassa. (Kasvio 1990, 130.)

Ratkaistakseen toimintaan liittyviä ristiriitoja työntekijät tarvitsevat omaa tahtoaan ja harkintakykyään vahvistavia tai terävöittäviä välineitä. Ne toimivat muutosta ohjaavina, kun niille muodostuu toiminnan muutokseen liittyvä sisältö, merkitys ja arvo. (Engeström & Virkkunen 2007, 68 - 69.) Savonlinnassa palveluasuminen oli aiemmin kaupungin omana toimintana ja siirtyi vuonna 2007 Itä-Savon sairaanhoitopiiriin järjestettäväksi. Palveluasumisen asukasvalintaan liittyy aiempia toimintamalleja, joten kuvauksen rakentamiseen liittyy vanhojen toimintamallien pohjalta esiin kumpuavia näkemyksiä ja mahdollisia ristiriitoja.

### **10.1 Kehittävä työntutkimus Engeströmin mukaan**

Kehittävä työntutkimus on toiminnan teorian erityinen muoto ja työtoimintojen tutkimuksen sovellus. Pyrkimyksenä on kuvata yksilön tekojen ja yhteisön toiminnan välistä suhdetta, ja sitä sovelletaan työtoimintojen tutkimiseen. Se on muutosstrategia, jossa yhdistyy tutkimus, käytännön kehittämistyö sekä koulutus. (Engeström 1995, 11 - 12; Engeström 1998, 11 - 12; Engeström 2004, 9.) Kehittävä työntutkimus kytketään kiinteästi käytännöllisiin muutos- ja keittämishankkeisiin. Tämän vuoksi kehittäväälle työntutkimukselle leimaa antavaa onkin tietynlainen ”epäakateemisuus”, se, mikä on lähijohtajalle tai työntekijälle (tutkivaa) työn kehittämistä, on tutkijalle tutkimusta. (Engeström 1985, 164.)

Suomalainen professori Yrjö Engeström kehitti 1980-luvulla toiminnan teoriaan pohjautuvan lähestymistavan, kehittävän työntutkimuksen mallin, työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen. Engeström täydensi työtoiminnan yksinkertaista mallia kollektiiviseen suuntaan ottaen huomioon myös yhteisön, työnjaon ja säännöt. Malli mahdollistaa yksilön ja yhteisön välisen työtoiminnan suhteen tarkastelun. (Engeström 1995, 45 - 46.) Kehittävän työntutkimuksen yhtenä keskeisenä teoreettisena lähtökohtana on ollut leontjevilaisen persoonallisuuspsykologin ajatus, että ihminen kehittyy toiminnan välityksellä. Ihmisen ajattelutoiminnat ja persoonallisuus rakentuvat konkreettisesti esineellisessä toiminnassa, jonka keskeinen muoto on työ. Työtoimintaa voidaan kuvata yksinkertaisen dialektisen triadin muodossa. Keskeiset momentit triadissa ovat työn subjekti, työn esine ja työssä käytetyt välineet. (Kasvio 1990, 130.)

Kehittävän työntutkimuksen kohteena on kollektiivinen toimintajärjestelmä, jolla tarkoitetaan vakiintunutta ja paikallisesti organisoitunutta toimintakäytäntöä. Vakiintuneisuus näkyy yhteisönä, joka harjoittaa toimintaa ja jota varten on olemassa erityiset välineet. (Virkkunen, Engeström ym. 1999, 12 - 13.) Toimintajärjestelmä on sekä toimintaa että järjestelmä. Se muodostuu ja kehittyy ihmisten tekojen kautta, mutta on samalla rakenne, joka ei ole riippuvainen kenestäkään yksittäisestä ihmisestä. (Engeström & Virkkunen 2007, 69.) Kaikki toimintajärjestelmän osatekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Engeström 1995, 46). Kehittävässä työntutkimuksessa keskeistä on yksilön ja organisaation välinen vuorovaikutus. Yksilöt ja ryhmät muokkaavat ja luovat organisaatioita, joissa he työskentelevät, ja organisaatiot muokkaavat heitä. Tämä jatkuvan luomisen dynamiikka yritetään saavuttaa toimintajärjestelmän käsitteen avulla. (Engeström ym. 1987, 10.)

Kehittävä työntutkimus pyrkii kehittämään työprosessia työntekijöiden kautta, yhteistoiminnassa kaikkien työntekijöiden kanssa (Engeström & Engeström 1984, 12). Kehittävässä työntutkimuksessa ei anneta valmiita ulkoapäin tulevia ratkaisuja, vaan sen avulla kyseinen työyhteisö kehittää omaa toimintaansa. Kehittävä työntutkimus on osallistava lähestymistapa, jossa työntekijät itse analysoivat ja muuttavat omaa työtään. Työntekijät ovat ajattelevia, toimivia subjekteja, joiden analyysi työprosesseista ja käytännöllinen kehittäminen on keskeistä. Työyhteisön sisällä suunnitellaan uusi toimintamalli, jolloin tavoitteena on työssä tapahtuvien muutosten hallitseminen. (Engeström 1995, 11 - 12, 36; Engeström 2004, 9.)

Toimintajärjestelmän osanottajilla on monia erilaisia taustoja, intressejä ja erilaisia näkökulmia asioista. Tätä intressien ja näkökulmien runsautta nimitetään kehittävässä työntutkimuksessa moniäänisyydeksi. (Engeström 1998, 48.) Käsite moniäänisyys viittaa siihen, että kyseessä ei ole ainoastaan erilaisuus ja erillisyys, vaan myös viestintä ja vuorovaikutus. Moniäänisyys ei rajoitu vain ajatteluun, vaan näyttäytyy osanottajien työtavoissa ja totumuksissa esiintyvänä laadullisina eroina. Erilaisia näkökulmia ja käsitystyyppisiä tulkitaan toimintajärjestelmän rakennetta ja historiallista kehitystä vasten. Erilaisten toimintatapojen perustana voivat olla erilaiset historialliset olosuhteet tai työvälineet. Erilaisten työtapojen juuret voivat juontaa erilaisista historiallisista olosuhteista ja työvälineistä, mutta myös samassa työpaikassa työskentelevillä voi olla erilaisia työtapoja (Engeström 1995, 41, 48 - 49.) Työ voidaan nähdä kehittyvänä toimintajärjestelmänä, jonka kehitykseen voidaan



tietoisesti vaikuttaa, kun tunnetaan sen oma historiallinen kehityslogiikka ja sisäiset kehitysristiriidat (Engeström 1985, 156 - 157). Muutoksien edellytys on työyksikön organisaatiokulttuurin tunteminen ja tietoinen kehittäminen.

Toimintajärjestelmässä tärkein elementti on toiminnan kohde, johon tekijät pyrkivät vaikuttamaan ja minkä hyödyllisen tuloksen he pyrkivät saavuttamaan (Virkkunen ym. 2001, 19). Toimintajärjestelmän prosessit ovat erottamattomia, vaikka joskus niitä on tarkoituksenmukaista tarkastella erikseen. Koko toiminnan tarkastelu auttaa kuitenkin ymmärtämään työnteon dynamiikkaa. Tämä ei kuitenkaan vielä riitä kuvaamaan työntekijöiden toiminnan rakennetta, koska rakenteeseen kuuluu myös hierarkkisuus. Tästä hierarkkisuuudesta erotetaan toiminta, sitä toteuttavat teot sekä operaatiot, joiden avulla teot suoritetaan. Esimerkiksi organisaation koko toiminta voidaan jakaa eri osatehtäviin eli tekoihin, joilla kullakin on oma tavoite. Nämä teot suoritetaan usein automaattisesti, tiedostamattomien rutiinien avulla. Ratkaisevaa toiminnan kannalta on se, miten tekijät tiedostavat toiminnan kohteen, joka määrää todellisen motiivin. Organisaatioissa, joissa on monimutkainen työnjako, on tavallista, että yksittäinen työntekijä tiedostaa vain yksittäisen tekonsa tavoitteet, mutta ei osaa liittää niitä koko toiminnan motiiviin ja rakenteeseen. (Leontjev 1977; Engeström 1985, 158.)

Kehittävällä työntutkimuksella tarkoitetaan työn tutkimista kehittyvänä, sisäisesti ristiriitaisena, jatkuvasti muotoutuvana toimintana (Engeström & Engeström 1984, 12). Työssä kehittyvät ristiriidat toimivat keskeisinä kehityksen liikevoimina, kun ratkaisua etsiessään työntekijät kehittävät omia valmiuksiaan. Ristiriitoja saattaa kehittyä toiminnan sisällä tai eri toimintojen kesken. Analysoidessaan ristiriitoja ja etsiessään niihin ratkaisuja toimijat samalla kehittävät uusia työn tekemisen välineitä tai muuttavat toimintaansa. (Kasvio 1990, 131.)

Edellä kuvattu mahdollisten toimintatapojen käyttöönotto muodostaa kehittävän työntutkimuksen keskeisen sisällön. Yksilötasolla tämä tarkoittaa sitä, että yksittäinen toimija etenee osaamisessaan asteittain pidemmälle. Yhteisötasolla vallitsevat työkäytännöt saatetaan muuttavan toiminnan kohteeksi käyttäen liikevoimana niihin sisältyviä ristiriitoja. Koulutuksellisten interventioiden avulla pyritään analysoimaan työtoimintojen potentiaalisia kehittämismahdollisuuksia. (Kasvio 1990, 132, 135 - 136.)

Kehittävän työntutkimuksen tehtävänä on työn kehityksen dynamiikan ja uusien kehitysmahdollisuuksien paljastaminen ja realisoiminen. Kehittävä työntutkimus kehittää työntekijöiden kykyä käsittää työprosessinsa kokonaisuutena ja vaikuttaa aloitteellisesti sen muovautumiseen; se auttaa tekemään työntekijät työnsä subjekteiksi. Tähän pyritään erittelemällä työn kehittymistä historiallisesti ja löytämällä vallitsevasta työkäytännöstä kehittyneemmän käytännön ituja. Ennen kaikkea tavoitteena on muodostaa uusia, tietoisesti hallittuja välineitä kehittyneemmän käytännön saavuttamiseksi. Näiden välineiden muodostamiseen tarvitaan korkealaatuisia oppimisprosesseja, jotka puolestaan edellyttävät koulutuksellista puuttumista työhön eli koulutusinterventioita. (Engeström 1985, 156 - 157.)

Kehittävän työntutkimuksen perusongelmana on kysymys, kuinka ihmiset voivat työssään ja siihen liittyvässä vuorovaikutuksessa kehittää omia valmiuksiaan. Vuorovaikutus luo pohjan ihmisen työssä kehittymiselle. Millä edellytyksillä työssä oppiminen on mahdollista? Avainasemaan nousee tällöin Vygotskin (1978) esittämä ns. ”lähikehityksen vyöhykkeen” käsite. Vygotski tarkoittaa käsitteellä sitä etäisyyttä, joka vallitsee henkilön aktuaalisen osaamisen ja potentiaalisten kehittymismahdollisuuksien välillä, jotka avutuvat kompetenttimman henkilön ohjaustoiminnan välityksellä. Kehittävää työntutkimusta muokanneet ovat muotoilleet Vygotskin käsitteen uudelleen kuvaamaan jännitettä, joka määrättyssä työtilanteessa vallitsee yksilöiden senhetkisen toiminnan sekä historiallisesti mahdollisen, jo ”itumuodossaan” olemassa olevan laadullisesti kehittyneemmän toimintatavan välillä. (Engeström 1988, 174.)

Kehittävässä työntutkimuksessa toiminnan ongelmat ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä. Ristiriidat saadaan näkyväksi analysoimalla poikkeamia työn normaalista kulusta tai työn tekoon liittyviä uusia ideoita. Muutoksia ja kehitystä tarkastellaan ja tutkitaan pitkäkestoisina kollektiivisina oppimisprosesseina, jotka johtavat usein kokonaan uusien yhteisten työvälineiden ja yhteistoimintamallien rakentamiseen. Tällaista oppimista kutsutaan ekspansiiviseksi. (Muutoslaboratorio 2006.) Ekspansiivinen oppiminen on toimintajärjestelmien sisäisten ja välisten ristiriitojen kehkeytymistä ja ratkaisemista (Engeström 2004, 62). Organisaatio oppii jotain uutta rakentaessaan uutta toimintamallia ja ottaessaan sen käyttöön. Oppimisprosessi on kollektiivinen ja pitkäkestoinen tapahtuma. (Engeström 1995, 87, 92.)

Ekspansiivinen oppimissykli liittyy koko toimintajärjestelmän tason muutoksiin eli järjestelmännovaatioihin. Järjestelmännovaatioissa muotoutuu toimintajärjestelmälle uusi toimintamalli, joka siirretään käytäntöön. (Engeström 1995, 92.) Ekspansiivisessa oppimisessa osallistujien toiminnan kohde laajenee neljällä ulottuvuudella. Nämä neljä ulottuvuutta ovat aika, paikka ja tila, vastuu ja moraalit sekä kehitys. (Engeström 2004, 29, 59–60.) Laajemman kokonaisuuden hallitseminen edellyttää toiminnan laadullista uudistamista sekä uusien välineiden, työnjakoratkaisujen ja sääntöjen kehittämistä (Virkkunen ym. 2001, 15).

## **10.2 Kehittävän työntutkimuksen vaiheet asukasvalintaprosessin kehittämisessä**

Engeströmin mukaan jatkuvan kehittämisen menetelmässä kehittäminen on osa normaalia arkityötä. Kehittämiselle on varattava aika ja paikka, kehittämispalavereiden on oltava säännöllisiä, ja ne edellyttävät valmistelua. Jatkuvaa kehittämistä ovat esimerkiksi yhteiset kokoukset, joissa käydään läpi arkityössä koottua tietoa. Työyhteisölle kertyy kokouksista yhteistä muistia. Lisäksi saadaan esille se, missä ollaan ja mihin ollaan menossa. (Liikamaa 2005, 27.)

Kehittävässä työntutkimuksessa ekspansiivisen oppimisen syklimallia käytetään tutkimus- ja kehittämishankkeen vaiheistuksessa. Ekspansiivisella kehityssyklillä pyritään koko toimintatavan uudelleenmuotoutumiseen. Uusi toimintamalli ei ole tiedossa ennen kehitysprosessia, vaan se neuvotellaan ja muotoillaan kehittämisprosessin aikana. (Muutoslaboratorio 2006.) Työntutkimuksen vaiheet eivät mekaanisesti seuraa toisiaan, vaan prosessissa esiintyy vaiheiden rinnakkaisuutta ja kaksisuuntaisia siirtymiä niiden välillä (Engeström 1985, 159 - 160). Kehittävässä työntutkimuksessa pyritään analysoimaan, suunnittelemaan ja kehittämään uusia laadukkaita toimintatapoja. Työn suunnittelun kannalta on tärkeää saada kuvaa siitä, miten työ ja organisaatio ovat kehittyneet vuosien kuluessa nykyiseen muotoonsa. (Engeström ym. 1992, 19, 29.)

### **10.2.1 Nykyinen toimintatapa**

Kehittävän työntutkimuksen prosessin lähtökohtana on työn rajaaminen ja siihen perehtyminen. Alkuvaiheessa kuvataan toimintajärjestelmän nykyistä vakiintunutta toimintatapaa. Tuloksena on alustava, rajattu kuvaus tutkimuskohteesta ja siinä

esiintyvistä ristiriidoista. (Engeström 1985, 159 - 169.) Ensimmäisessä vaiheessa tutustutaan tutkittavan työalan ongelmiin ja toimintajärjestelmiin, joiden pohjalta rajataan varsinainen kehittämistyön kohde (Kasvio 1990, 137).

Ekspansiivisen oppimissyklin ensimmäisessä vaiheessa kuvataan jäsentymätön muutostarve. Tässä kyseenalaistamisvaiheessa ristiriidat ilmenevät osanottajille toiminnan häiriöinä, epäonnistumisina ja tyytymättömyyden aiheina. Niiden taustalla on koko toimintajärjestelmän läpäisevä jännite eli ns. ensimmäisen asteen ristiriita. (Engeström 1995, 88 - 90; Engeström 2004, 62.)

Pyyntö palveluasumisen asukasvalintaprosessin kuvaamisesta tuli Itä-Savon sairaanhoitopiirin vanhuspalveluiden johdolta. Asukasvalinnasta ei ollut aiempaa prosessikuvausta. Kehittämistyö rajattiin asukasvalintaprosessin kuvaukseen ja alustavaan asukasvalinnan kriteeriehtotukseen. Prosessin selkiyttäminen ja kriteereiden kehittäminen koettiin tärkeäksi uusien yksityissektorin toimijoiden aloittaessa toimintansa Savonlinnassa.

Tämä kehittämistyö aloitettiin paneutumalla palveluasumiseen liittyviin käsitteisiin sekä asukasvalintaa ohjaaviin käsitteisiin. Lisäksi perehdyttiin palveluasumista ohjaavaan lainsäädäntöön ja sekä laatusuosituksiin, joilla ohjataan ikääntyneiden palveluita. Tässä vaiheessa tutustuttiin myös muiden kuntien palveluasumisen asukasvalintaprosessien kuvauksiin, palveluasumishakemuksiin ja tutkittuun tietoon palveluasumisesta.

Tarkemmin paneuduttiin tutkimuksiin, joissa oli ikääntyneiden kokemuksia palveluasumisesta, määriteltiin palveluasumista ja siihen liittyviä eri käsitteitä. Yritimme löytää myös tutkimuksia, joissa olisi ollut toimijoiden kokemuksia palveluasumisesta, mutta tutkittua tietoa aiheesta ei juuri löytynyt. Sen sijaan palveluasumiseen liittyviä muita tutkimuksia on tehty mm. asiakkaiden toimintakykyyn, henkilöstöön, laadunhallintaan ja ikääntyneiden palveluasumisen rakenteisiin liittyen. Halusimme tutustua nimenomaan suomalaisesta palveluasumisesta tehtyihin tutkimuksiin, sillä eri maissa on erilaisia toimintakäytäntöjä ja myös kulttuurilla on vaikutusta siihen, miten palvelut ikääntyneille järjestetään. Kehittämistyön loppuvaiheessa löysimme Tampereella

tehdyn selvityksen, jossa oli sekä tilaajan että tuottajien kokemuksia palveluasumiseen liittyvistä muutoksista ja kilpailutuksesta.

### **10.2.2 Toiminnan kehityshistoria ja nykyisten ristiriitojen analyysi**

Työn historiallinen analyysi aloitetaan kysymällä, millaista työ oli ennen, sen jälkeen tarkastellaan, millaista työ on nyt. Erittelyn välineenä voidaan käyttää työtoiminnan yleisen mallin sisältämiä rakennetekijöitä, kuten kuka teki, millä välineillä, mitä teki, keiden kanssa, millä säännöillä ja millä työnjaolla. (Engeström 1985, 161.)

Toisessa vaiheessa analysoidaan työtoimintoja ja määritellään työhön liittyvät kehitysristiriidat ja lähikehityksen vyöhyke. (Kasvio 1990, 137). Tämän vaiheen ekspansiivinen ratkaiseminen edellyttää ristiriitojen saamista käsitteelliseen hallintaan. Nykytilanteen mallintamisessa osallistujat ovat aktiivisia, sillä he tuntevat työnsä sisällön. (Engeström 1995, 90.)

Kehittämistorioiden määrittelyssä omaa toimintaa voidaan verrata muihin vastaavaa palvelua tarjoaviin yksiköihin, jolloin saatu informaatio auttaa kehittämistorioiden määrittelyssä. Tässä vaiheessa voidaan käyttää myös kuvauksia: asiakaspohjan kehityksestä, tuotosten määrällisestä kehityksestä, tuotoksen muutoksista, toimintaa ohjaavista laeista ja asetuksista sekä suosituksista. (Virkkunen ym. 2001, 22.)

Tässä kehittämistyössä historiallinen analyysi aloitettiin tutustumalla siihen, miten Suomen ikääntyneiden palvelut ovat kehittyneet tähän vaiheeseen, jossa nyt olemme. Lisäksi lähihistoriaa kartoitettiin teemahaastattelun avulla. Entisistä toimintakäytännöistä, jolloin palveluasumisen järjestäminen oli Savonlinnan kaupungin toimintaa, ei ollut saatavilla kuvauksia, joten päädyimme etsimään tähän tietoa teemahaastatteluun osallistuvilta Savonlinnan kaupungin ja Savonlinnan perusterveydenhuollon sekä palvelutalojen edustajilta. Aiemmista toimintakäytännöistä oli tärkeää saada tietoa, sillä uusiin toimintakäytänteisiin siirtyä mukana osia aiemmasta ja ne saattavat omalta osaltaan vaikeuttaa toimintaa uudessa toimintakäytännössä.

## Aineiston kokoaminen teemahaastattelulla

Menetelmänä toimintakäytännön nykytilan ja historian kartoituksessa käytetään teemahaastattelua. Haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin tilanteista, jotka tutkija on ennalta analysoinut. (Merton ym, 1956, 3 - 4.) Teemahaastattelu lähtee oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tulkita tällä menetelmällä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.) Tutkijan tehtävänä on välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista (Hirsjärvi & Hurme 2001, 41). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelun aihepiirit, teema-alueet ovat kaikille samat. Teemahaastattelu on keskustelua, jossa haastattelija esittää pääasiassa avoimia kysymyksiä. Se muistuttaa jokapäiväistä keskustelua, jota haastattelija ohjailee siten, että se ei kokonaan erkane tutkimuskysymyksistä, mutta sen muoto ja yksityiskohdat ovat melko vapaita. (Routio 2007.)

Teemahaastattelu on joustava menetelmä, jossa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tämä mahdollistaa tiedonhankinnan suuntaamisen haastattelutilanteessa ja saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja. Haastateltaessa on mahdollista vaihtaa aiheiden järjestystä ja tehdä tarkentavia kysymyksiä. Lisäksi haastateltavalla on mahdollisuus tulkita kysymyksiä ja täsmentää vastauksiaan. Haastatteluiden teema-alueet ja niistä nousevat kysymyssarjat tulevat esiin järjestyksessä, joka haastattelutilanteessa tuntuu luontevimmalta. Lisäksi haastattelijalla on mahdollisuus ohjata tiedonannon suuntaa lisäkysymyksin ja käyttää aiempia vastauksia hyväkseen palauttaakseen haastateltavan aiheeseen, josta haluaa lisätietoa. (Routio 2007.)

Haastattelija saattaa joutua kysymään asioita, joiden sanalliseen ilmaisemiseen vastaaja ei ole tottunut. Tällöin haastateltava ei heti kykene täysin vastaamaan kysymykseen, vaikka hänellä ehkä on asiasta painokaskin mielipide tai tärkeätä sanatonta tietoa. Vastauksen kypsyttelyä voi tällöin edistää pienellä keskustelulla haastattelijan ja vastaajan välillä. Teemahaastattelu auttaa *vastaamista*. Samalla se edistää vastausten *ymmärtämistä*. Ellei haastattelija tunne vastaajaa ja hänen kokemuksiaan, jonkin tietyn vastauksen merkitys ei aukene hänelle. Haastattelijalla on teemahaastattelussa jonkin yllättävän vastauksen kuullessaan välittömästi tarkistaa, onko hän ymmärtänyt asiat oikein. (Routio 2007.)

Haastattelutilanne tulee järjestää sellaiseksi, että haastattelijan vaikutus vastauksiin jää mahdollisimman vähäiseksi. Haastattelijan on syytä varoa paljastamasta omia mielipiteitään, etteivät ne ohjaa vastauksia. Haastattelijan on hyvä olla tietoinen myös oheisviestinnästään. Hänen on varottava torjuvia liikkeitä, mutta myös myönteisiä eleitä. Kun haastateltava määrää keskustelun suunnan, tutkijan ennakkokäsitysten vaikutus jää pieneksi ja hän saa haastateltavien kokemuksista monipuolisen kuvan. Kun vastaaja kehittää vastaustaan, hän ei tiedä, mitkä lisäseikat voivat kiinnostaa tutkijaa, joten tutkijan on tarpeen suunnata keskustelua lisäkysymysten avulla. Haastattelussa kuten muussakin tutkimuksessa kaikki tutkimuksen vaatimat järjestelyt saattavat vaikuttaa haastattelun tuloksiin. Vaikutuksen vähentämiseksi on hyvä valita haastateltavalle tuttu rauhallinen paikka, jossa on mahdollista keskustella kiireettä ja häiriöttä. Haastattelijan tulisi pukeutua ja käyttäytyä mahdollisimman neutraalisti. (Routio 2007.)

Teemahaastattelutilanteissa voi ilmaantua häiriötekijöitä, jotka voivat johtua haastattelijasta tai haastateltavasta. Haastateltava saattaa mitätöidä haastattelijan työtä, jolloin haastattelijan aggressiivisuus saattaa herätä. Tästä voi seurata haastattelijan motivaation vähenemistä. Haastateltavan halu vastata kysymyksiin voi vähentyä, jos haastattelijalla suorittaa tehtävänsä haluttomasti. Haastateltavasta johtuvat esteet ja ulkoiset häiriöt ja haastattelijasta johtuvat häiriötekijät ovat vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 127.)

Dahlström (1975) on listannut teemahaastatteluun liittyviä haastattelijan virhemahdollisuuksia: Kokematon haastattelijan noudattaa liiaksi teemaluetteloa ja aloittaa aiheesta, joka ei sovi kyseisessä tapauksessa. Yleisemmin voidaan sanoa, että hän ei haastattelussa kykene olemaan riittävän joustava. Haastattelijalla on jännittynyt, hän ei tunne teemaluetteloa, joten hän selailee papereitaan tai lukee suoraan kysymyksiä papereista. Tällöin haastattelijalla ei kuuntele vastauksia vaan keskittyy kysymysten esittämiseen. Tämä on vakava virhe, koska seuraava kysymys on riippuvainen edellisestä vastauksesta. Kokemattomalla haastattelijalla saattaa olla myös vaikutuksen tekemisen tarve. Aloitteleva haastattelijalla puhuu liikaa, selittelee selviöitä ja tekee kömpelöitä, keinotekoisia siirtymiä. Hän on liian kärkeä esittämään seuraavan kysymyksen, kun ei kestä hiljaisuutta, ja näin vastaus jää saamatta, kun aikaa ei jää vastaamiselle (miettimisaikaa ei sallita). Lopetus on töksähtävä, selittelevä, anteeksipyytävä, jaaritteleva tai se saattaa koskea arkaa aihetta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 124.)

Haastattelijan ahdistuneisuus voi olla onnistuneen haastattelun esteenä. Ahdistuneisuus voi aiheutua henkilön torjuvuudesta. Haastateltava ei halua ilmaista mitään, mutta ei ole rohjennut kieltäytyä haastattelusta. Ahdistuneisuutta voi aiheuttaa myös se, että haastateltava suhtautuu tutkimukseen epäilevästi. Jos tutkija itse on haastattelijana, hän joutuu helposti puolustusasemiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 125.)

Haastateltava voi olla myös syynä haastattelun epäonnistumiseen. Alueen arkaluonteisuus voi lamata haastateltavan. Hän haluaisi ehkä puhua asiasta, mutta ei halua haastatteluaan tallennettavan. Haastattelijan yritykset asettaa tutkimuksen kannalta tärkeitä lisäkysymyksiä eivät onnistu. Haastateltavan motivaatio on keskeistä haastattelun onnistumiselle. Jos haastateltavalla on mielessään muita asioita, hän vastaa pintapuolisesti ja hajamielisesti. Haastateltavan kiireen vuoksi hän saattaa haluta päästä haastattelijasta nopeasti eroon. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 126.)

Haastattelu edellyttää rauhallista paikkaa. Muiden ihmisten läsnäolo saattaa vaarantaa haastattelun, erityisesti jos he puuttuvat haastattelun kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 127.)

Kysymystekniikkaan saattaa myös liittyä virhemahdollisuuksia (Merton ym. 1956). Haastattelija saattaa pysyä liiaksi teema-alueilla. Hän ei ole vastaanottavainen muulle aiheen kannalta tärkeälle tiedolle, joka voisi selittää haastateltavan mielipiteitä ja olla tulkinnan kannalta keskeistä. Haastattelija saattaa esittää teema-alueeseen liittyvän kysymyksen silloin, kun se ei ole haastateltavan elämysmaailman kannalta merkityksellinen. Haastattelija saattaa kuunnella vastauksia huolimattomasti ja kysyä uudelleen kysymyksiä, joihin haastateltava on jo vastannut. Tällainen vähentää haastateltavan motivaatiota. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 125.)

Kysymystekniikkaan saattaa myös liittyä virhemahdollisuuksia. Haastattelija saattaa päätellä sellaista, mitä haastateltava ei ole esittänyt. Hän voi esittää kysymyksen niin kuin tietäisi jo vastauksen. Haastattelija ehkä kysyy useita kysymyksiä antamatta haastateltavalle aikaa vastata yhteenkään niistä. (Smith 1975; Hirsjärvi & Hurme 2001, 125.)



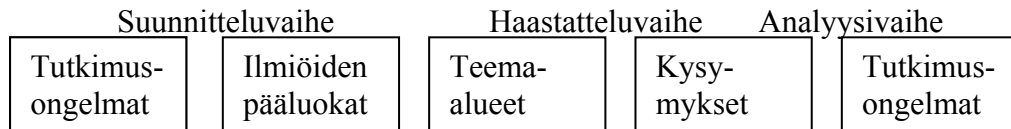
Teemahaastattelut toteutettiin kesällä 2009. Haastatteluun pyydettiin palvelutalojen johtajat, keskeiset toimijat Itä-Savon sairaanhoitopiiristä ja Savonlinnan kaupungin edustajat, yhteensä 18 haastateltavaa. Palvelutalojen johtajat edustavat omia organisaatioita ja ovat aiemmin olleet keskeisessä roolissa palveluasumisasukkaan valinnassa. Savonlinnan kaupungin edustajat ovat tilaajan edustajia ja tuovat esiin kaupungin näkökulman palveluasumisasukkaiden valinnan kehittämiseen. Itä-Savon sairaanhoitopiirin edustajat ovat joko palveluasumisasiakkaan valintaan osallistuvia tai palveluasumisen johtamisesta vastaavia. Tässä työssä ei paneuduttu asiakkaiden ja omaisten näkemykseen palveluasumisen asukasvalinnasta.

Teemahaastattelun (Kuvio 5.) kysymykset muotoiltiin siten, että niillä saatiin tietoa aiemmista toimintakäytännöistä ja myös nykyisestä toimintakäytännöstä. Aiempia toimintakäytäntöjä oli useampia, joista kaikista pyrittiin saamaan tietoa lisäkysymysten avulla. Lisäksi haastatelluilta kysyttiin sekä aiempien että nykyisten toimintakäytäntöjen hyvät ja huonot puolet. Tällä haluttiin saada esille aiempiin toimintakäytäntöihin liittyneitä hyviä toimintatapoja ja nykyisen toimintakäytännön kehittämistä vaativia kohtia.

Etukäteen haastateltaville lähetettiin kirje (liite 1.) sekä teemahaastattelun kysymykset (liite 2.). Haastatteluajat sovittiin puhelimitse, ja ne sovittiin haastateltavan työpaikalle. Kaikki haastattelut tehtiin haastateltavan työpaikalla joko hänen omassa työhuoneessaan tai neuvottelu- tai kokoushuoneessa. Haastatteluiden kesto vaihteli tunnista puoleentoista tuntiin, ja ne nauhoitettiin. Kaksi nauhoitusta epäonnistui, mutta niistä oli tehty muistiinpanot lyhyillä asiasanoilla ja lauseilla, kuten tehtiin kaikista muistakin haastatteluista. Haastateltavat olivat motivoituneita ja suhtautuivat myönteisesti haastatteluihin. Kaikki haastateltavat kokivat tärkeäksi asukasvalintaprosessin kehittämisen.

Kehittämistyötä varten haastateltiin 17 henkilöä. Haastatteluun osallistui viisi palvelutalon johtajaa. Kuudennen palvelutalon johtajan kanssa ei saatu sovittua yhteistä aikaa haastattelulle. Itä-Savon sairaanhoitopiiristä haastatteluun osallistuivat vanhuspalveluiden johtaja ja ylihoitaja, jonka vastuualueeseen kuuluivat palveluasumisasiat. Lisäksi Itä-Savon sairaanhoitopiiristä haastateltiin Karpalon palvelutalon johtaja sekä asukasvalintaan osallistuvat SAS-ryhmän jäsenet (lääkäri, sosiaalijohtaja, kaksi sosi-

aaliohjaaja, SAS-hoitaja, yksi sosiaalityöntekijä). Savonlinnan kaupungin edustajina haastatteluun osallistuivat perusturvajohtaja ja kaupunginjohtaja.



## KUVIO 5. Teemahaastattelun vaiheet

### Teemahaastatteluaineiston sisällön analyysi

Sisällön analyysiä käytetään paljon hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Sisällön analyysi on puhutun, kirjoitetun, piirretyn, kuvattun tai esitetyn sisällön tieteellistä tutkimista. Sen avulla analysoidaan dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti ja voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Analyysin lopputuloksena saadaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli. Sisällön analyysi tähtää tiivistettyyn ja yleisessä muodossa olevaan kuvaukseen kohteena olevasta ilmiöstä. (Tanskanen 1999.)

Teemahaastattelut puretaan käsitekarttoina (improved concept mapping). Graafinen menetelmä, joka tunnetaan nimellä ”Porfyrioksen puu”, on ollut käytössä jo ainakin vuosina 232 - 304 jKr. Nämä historialliset graafisen esityksen alkumuodot eivät kuitenkaan olleet käsitekarttoja, koska niistä puuttuivat linkkisanat käsitteiden väliltä. Käsitekarttatutkimusten määrä on pieni, syynä voi olla Åhlbergin (1997) muistuttama tosiasia, että menetelmän käyttäjän on varauduttava henkiseen työntekoon, jos haluaa käsitekarttojen tuottavan rikasta laadullista kuvausta. (Kankkunen 1999, 92 - 93.)

Käsitekartan on ensimmäisenä Suomessa esitellyt Mauri Åhlberg (1998b). Kansainvälisiä tutkimuksia löytyy runsaasti hakusanalla concept mapping. Käsitekarttatekniikka on käytetty oppimisen tutkimiseen, mielekkään opetuksen ja oppimisen arvioinnin välineenä sekä oppisaavutusten arvioinnin apuna. (Kankkunen 1999, 94 - 97.)

Åhlbergin (1990, 21) mukaan eri alojen asiantuntijoiden keskuudessa vallitsee harvinaisen suuri yksimielisyys käsitteiden keskeisyydestä ihmisen ajattelussa ja toimin-

nassa. Käsite on sanan merkitys, joten se on ajattelun pienin yksikkö. Vygotsky (1986, 212) toteaa, että verbaalisen ajattelun perusyksikkö on sanan merkitys. Novak (2002, 32) on määritellyt käsitteen lyhyesti: ”Havaittu säännönmukaisuus tapahtumissa tai olioissa tai muistiinpanoissa, joita on tehty tapahtumista tai olioista, johon on liitetty nimilappu.” Novak (2002, 31) toteaa, että käsitteet määrittelevät ilmiöiden ja olioiden säännönmukaisuuksia tai tapahtumien ja olioiden muistiinpanoja, joihin viitataan symbolilla. Nämä ilmiöiden ja olioiden symbolit ovat tavallisesti sanoja, mutta ne voivat olla myös merkkejä. Periaatteet ovat käsitteiden välisiä suhteita, jotka kertovat ilmiöiden toiminnasta ja rakenteesta. (Novak 2002, 32.)

Aineiston sisällön analyysiä voidaan helpottaa tekemällä käsitekartta. Sen etuna on, että sen avulla voidaan hahmottaa kokonaisuutta ja osia yhtä aikaa. Käsitekartta selkiyttää eri osien välisiä suhteita ja nostaa esiin oleelliset ja epäoleelliset seikat. (Åhlberg 1990, 21.) Tarkoitus on luoda havainnollinen käsitys aiheen keskeisistä käsitteistä ja niiden välisistä suhteista (Kankkunen 1999, 6).

Käsitekartta on graafinen tiedon esittämisen väline. Käsitekarttaa luetaan ylhäältä alaspäin edeten ylätasoon käsitteistä (yleisimmistä käsitteistä) alemman tason käsitteisiin, jotka puolestaan jaetaan tarkempiin käsitteisiin. Käsitekartan rakentaminen alkaa tunnistamalla ydinkysymys, joka liittyy ongelmaan, asiaan tai tietoon. Kysymyksen ohjaamana tunnistetaan 10 – 20 käsitettä, jotka ovat olennaisia ongelman kannalta. Näistä käsitteistä laaditaan lista. Käsitteiden nimien tulisi olla yksittäisiä sanoja tai korkeintaan pari - kolme sanaa. (Novak 2002, 287 – 288.)

Käsitteet järjestetään siten, että kattavin ja laajin idea laitetaan ylimmäiseksi käsitekartassa. Tässä vaiheessa ydinkysymyksen pohdinta ohjaa ja auttaa tunnistamaan laajimman käsitteen. Listan mukaan käsitteet asetetaan laajimman käsitteen alapuolelle ja tarvittaessa käsitteitä voidaan lisätä. Kattavin, yleisin käsite asetetaan huipulle. Huipulla on yleensä vain yksi, kaksi tai korkeintaan kolme käsitettä. Valitaan kaksi, kolme tai neljä alakäsitettä, jotka sijoitetaan kunkin yleisen käsitteen alapuolelle. Alapuolella olevien käsitteiden alle tulee kolme tai neljä käsitettä; jos määrä on tätä suurempi, on mahdollista tunnistaa välitason käsite ja luoda uusi taso käsitekartan hierarkiaan. (Novak 2002, 287 – 288.)

Käsitteiden välille tarvitaan lisäksi linkki, joka on sanoin ilmaistu (Kankkunen 1999, 6; Åhlberg, 29 - 33). Käsitteet yhdistetään viivoilla, jotka nimetään yhdellä tai muutamalla yhteyssanalla. Yhteyssanojen tulee määritellä käsitteiden välinen suhde siten, että käsitekarttaa luettaessa muodostuu pätevä väite eli ilmaisu. Yhteys luo merkityksen. (Novak 2002, 287 - 288.)

Raportin luotettavuutta voidaan lisätä suorilla lainauksilla. Niitä tulisi käyttää vain esimerkin luontoisesti, ja tutkittavaa henkilöä ei saa niistä tunnistaa. Luotettavuuden kannalta on osoitettava yhteys aineiston ja tulosten välillä. Lainausten tarkoitus on tehdä tutkijan ajatusten seuraaminen helpommaksi ja elävöittää tutkimusraporttia. (Tanskanen 1999.)

Tämän kehittämistyön teemahaastatteluaineiston analyysivälineeksi valittiin käsitekartta. Teemahaastatteluiden analyysi aloitettiin kuuntelemalla haastattelut uudelleen useita kertoja. Kumpikin kehittämistyöntekijä kuunteli nauhat yksin, joten yhteisen näkemyksen muodostamiseksi keskustelimme haastatteluiden sisällöistä ja pohdimme haastatteluista esiin nousevia keskeisiä käsitteitä yhdessä. Kumpikin teki tahollaan omat käsitekartat. Tässä vaiheessa teemahaastatteluita kuunneltiin uudelleen. Molemmat kehittämistyöntekijät olivat päätyneet samantapaiseen ratkaisuun, ja kuvaukset katsottiin yhdessä ja niistä muodostettiin yhdessä lopulliset käsitekartat.

Käsitekarttoja teemahaastattelun perusteella muodostui yhteensä kuusi kappaletta. Kaksi käsitekarttaa ei kuvaa palveluasumisen asukasvalintaa vaan vanhainkodin asukasvalintaa ja terveyskeskuksen potilasjonon hoitoa. Näillä kahdella on palveluasumisasukkaan valintaprosessin kehittämisen kannalta niin suuri merkitys, että ne päätettiin ottaa mukaan prosessin lähihistorian kuvauksena. Käsitekartoista yksi on kuvaus tilanteesta, kun SAS-ryhmä aloitti toiminnan vuonna 2005. Itä-Savon sairaanhoitopiirin aikaista toimintaa kuvataan seuraavassa vuoden 2007 käsitekartassa, jossa ei ole kovinkaan suuria muutoksia edelliseen. Seuraava suuri muutos toimintakäytännössä tapahtui, kun SAS-hoitajatoiminta käynnistyi. Viimeinen käsitekartta kuvaa kehittämistyön aikana tapahtuneita toimintakäytännön muutoksia.

Käsitekarttakuvausten jälkeen on teemahaastatteluista poimittuja haastateltujen kokemuksia kyseisen toimintakäytännön ajalta. Kokemukset haluttiin nostaa esiin, koska ne vaikuttavat nykyisen toimintakäytännön jatkokehittämisen tarpeeseen. Kokemukset

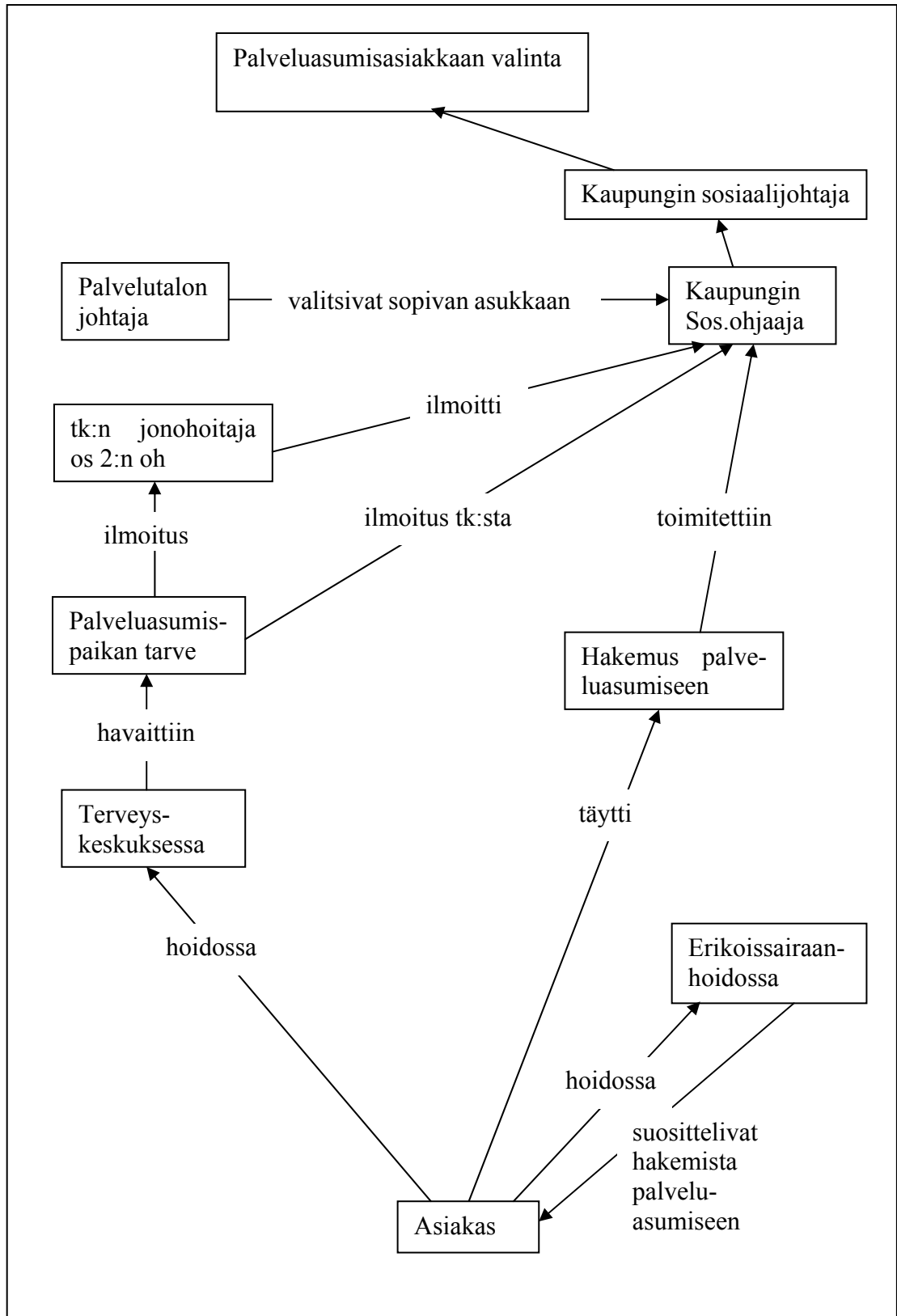
on kirjattu suoraan haastatteluiden perusteella osaksi käsitelystä osuutta. Poiminnan perusteena on käytetty sitä, että useampi haastatelluista oli ottanut kyseisen asian esille haastattelussaan. Poimittujen kokemusten luotettavuuden lisäämiseksi on teema-haastatteluista poimittu lausumia.

### **Haastattelujen tulokset käsitelystöina**

Ennen Itä-Savon sairaanhoitopiiriä oli yksi palveluhakemus, jolla haettiin monenlaisia vanhusten palveluja. Palvelutaloihin haluavat täyttivät hakemuksen (kuvio 6), joka toimitettiin palvelutaloasiakkaiden valinnasta vastaavalle sosiaalihojajalle. Kaikki, jotka halusivat, saivat tehdä hakemuksen. Hakemuksen tullessa sosiaalihojaja teki kotikäynnin ja kartoitti asiakkaan palveluasumistarpeen.

Palvelutalojen vapaista asunnoista ilmoitettiin sosiaalihojajalle, ja hän alkoi selvittää, kuka jonossa olevista asiakkaista saisi vapautuneen asunnon. Tarvitsijoita ei ollut paljon, ja paikkoja oli tarjolla. Hakijat olivat voineet toivoa, mihin palvelutaloon halusivat. Näistä tiettyyn taloon haluavista muodostettiin ns. ”top ten” -lista, joista paikan vapautuessa sosiaalihojaja ja palvelutalon johtajan yhteistyössä valitsivat asukkaan. Myös sosiaaliset ongelmat, esim. huono asunto tai yksinäisyys, otettiin valinnassa huomioon. Kuukausittain pidettiin myös yhteisiä palavereita.

Järjestelmä koettiin toimivaksi ja selkeäksi sekä luottamukselliseksi. Palvelutaloista vastaava sosiaalihojaja tunsi eri palvelutalot ja tiesi, minkälaisia asiakkaita siellä voi asua, joten hänen asiantuntijuutensa asiakkaan sijoittamisessa luotettiin. Lisäksi haastateltavat kokivat, että he saattoivat itsekin vaikuttaa asiakasvalintaan.

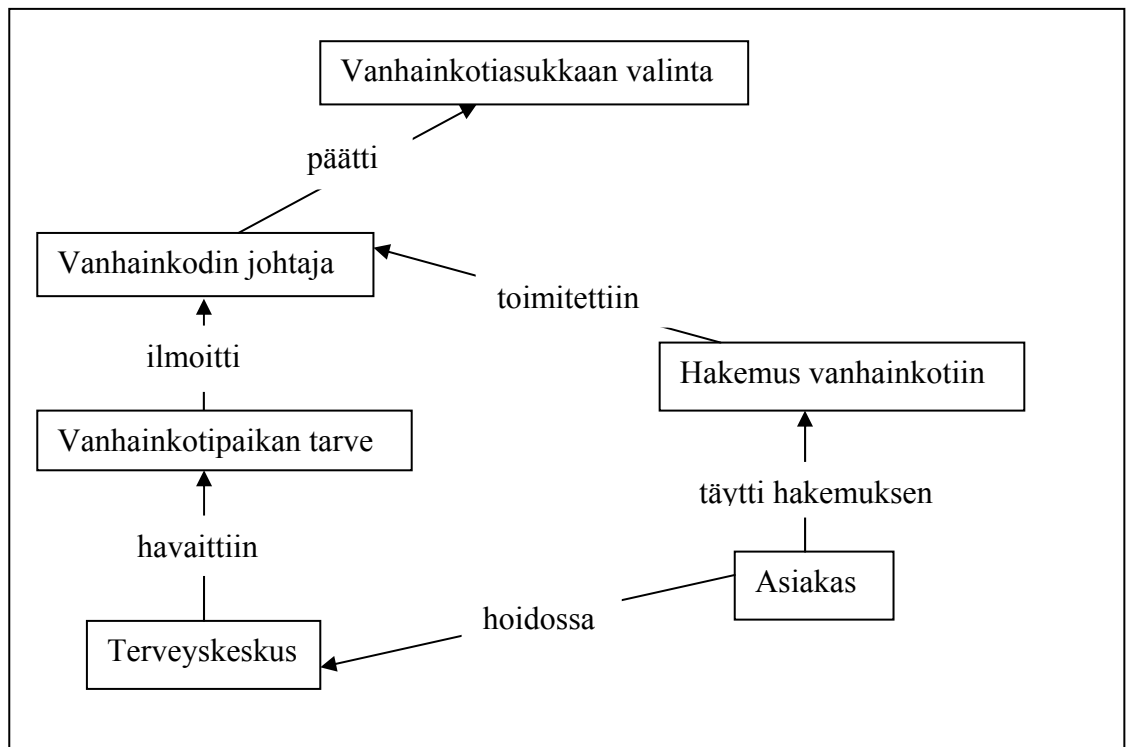


**KUVIO 6. Palveluasumisasiakkaan valinta ennen vuotta 2005**

Ennen Itä-Savon sairaanhoitopiiriä ja SAS-ryhmän toimintaa vanhainkodit päättivät itsenäisesti asiakkaaksi ottamisesta. Vanhainkodeissa oli päivä- ja lyhytaikaistoimintaa, ja asiakkaat tunnettiin hyvin. He olivat käyneet päivätoiminnassa, aterioimassa päiväkeskuksessa, ja heillä saattoi olla lyhytaikaishoitojaksoja vanhainkodissa. Kun paikka vanhainkodissa vapautui, valittiin tarveharkinnalla kiireimmin paikkaa tarvitseva. Tässä vaiheessa vanhainkotiasukkaan valinnan teki vanhainkodin johtaja. (Kuvio 7.) Asiakkaan tunteminen helpotti asiakasvalintaa, jolloin tiedettiin jo etukäteen, sopiiko asiakas heidän asiakkaakseen.

*”Sillon tapahtu silläviissiin, että asiakkaat saatto tehdä vanhainkotihaikemuksen, silloin kuviteltiin, että on sellainen jonosysteemi, mutta eihän se sellaisenaan toiminut vaan silloinkin oli se tarveharkinta. Meillä oli se etu, että meidän talossa asiakkaat pyöri aika pitkään, tultiin ruokailemaan, sitten päiväkeskukseen, lyhytaikaishoitoon. Heidät tunnettiin pitkälti ajalta, se oli se etu vanhassa systeemissä.*

*”Siinä tuns asukkaan ja tuns minkätyyppisiä, mitkä tavallaan sopii ryhmään.”*



**KUVIO 7. Asukasvalinta vanhainkotiin ennen vuotta 2005**

Terveyskeskusten jonojen hoito oli terveyskeskuksen osasto 2. osastonhoitajan vastuulla (kuvio 8). Hänelle ilmoitettiin, kun havaittiin, että asiakas tarvitsee terveyskeskuspaikan. Yhteistyö näiden kolmen edellä kuvattujen asiakassijoittelusta vastaavien toimijoiden välillä oli lähinnä ilmoittaminen paikan tarvitsijasta. Jokainen oli vastuussa vain oman asukas-/potilasjononsa hoitamisesta, ja kokonaiskuvaa ikääntyneiden tilanteesta ei ollut kenelläkään. Vanhainkodit ja palveluasuminen olivat kaupungin toimintaa ja terveyskeskuksen vuodeosastotoiminnasta vastasi Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymä.

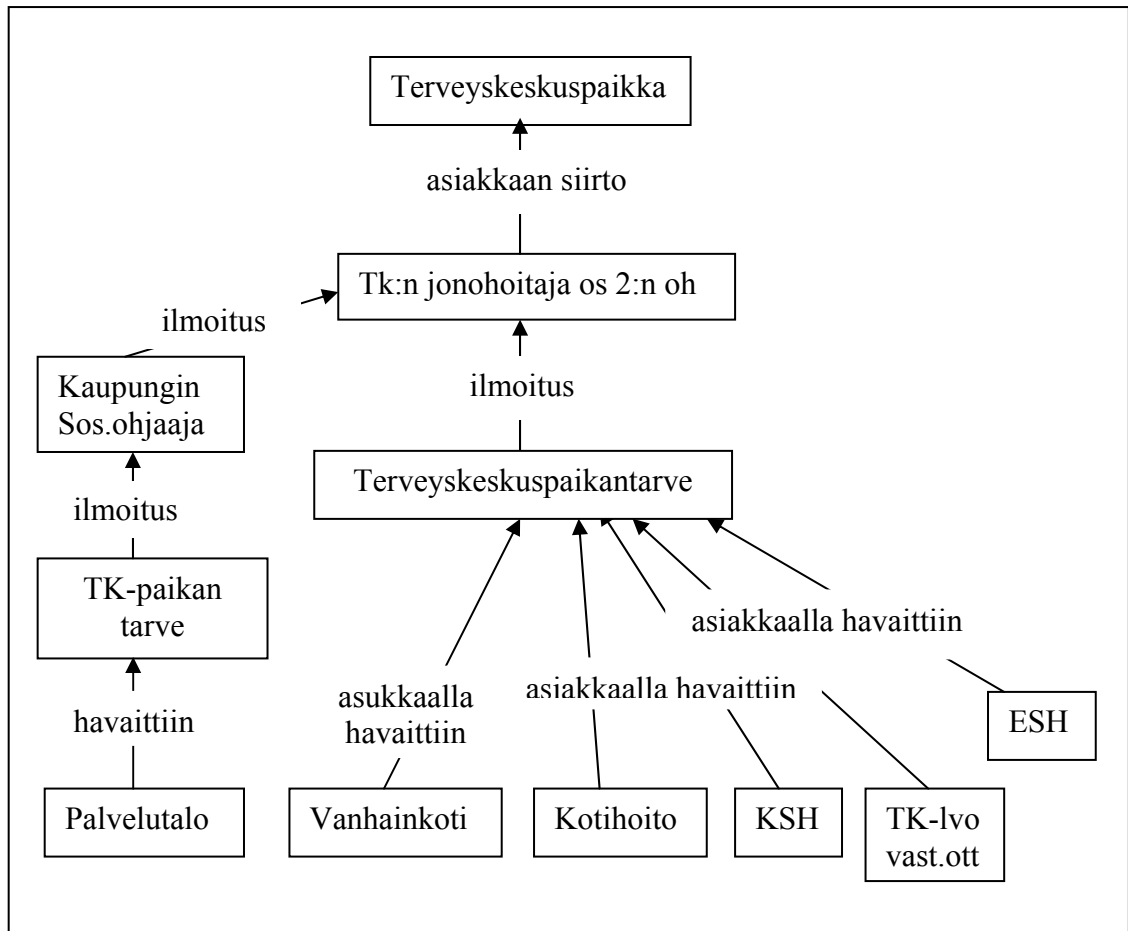
Terveydenhuolto koki käytännöt ennen Itä-Savon sairaanhoitopiiriä ja SAS-ryhmän toimintaa hajanaiseksi; tilanne ei ollut kenenkään hallussa, vaan jokainen sijoitteli asiakkaita omatoimisesti vanhainkoteihin ja palvelutaloihin. Oli kolmenlaisia jonoja: terveyskeskuksiin, vanhainkoteihin ja palvelutaloihin. Käytössä ei ollut minkäänlaisia kriteereitä, joiden perusteella asiakkaat valittiin eri palveluiden piiriin. Valinta perustui siihen, minkälaisia asiakkaita palvelutalot halusivat ottaa. Ongelmana olivat myös palveluhakemukset, joita kertyi suuria määriä sosiaalihoajaan mappiin.

*”Jotenkin mulle tuli, silloin kun tänne tuli sellanen olo, että tavallaan täällä ei sen historian takia, en nyt halua siihen hirveästi puuttua, mutta sitä kautta ymmärtää, missä nyt ollaan.”*

*”Kun se historia on, mikä se on, ja on pitkälti menty näiden yhdistysten kanssa yhteistyötä tehden vuosi kausia mulle on tullu semmonen mieluinen kuva, että se on torpannut tavallaan sellasen uudistumisen.”*

Terveydenhuollon mielestä, kun terveyssektori ei ollut kotikäynneillä mukana, sairauden aiheuttamat terveydentilan laskut, esim. dementoituminen, saattoi jäädä havaitsematta. Palvelutalojen ja terveydenhuollon luonnollinen keskustelu puuttui.





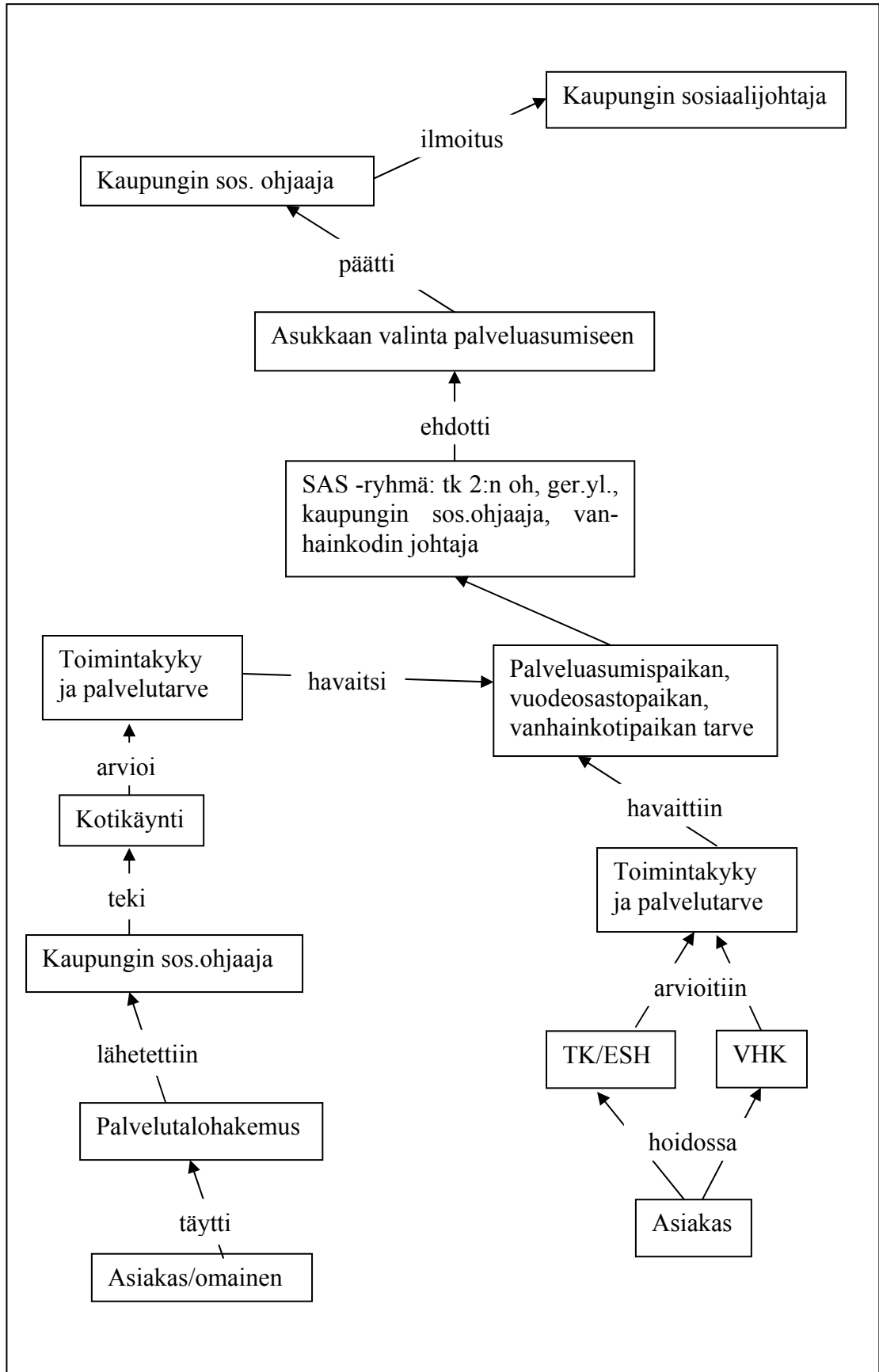
**KUVIO 8. Terveyskeskuksen potilasvalinta ennen vuotta 2005**

SAS-ryhmä perustettiin vuonna 2005. Geriatrian erikoislääkäri Riitta Kupiainen kutsui koolle ryhmän, johon kuuluivat koolle kutsujan lisäksi terveyskeskuksen jonojen hoitaja ja sosiaalityöntekijä sekä Savonlinnan kaupungin vanhainkodin johtaja ja palvelutaloista vastaava sosiaaliohjaaja. Aluksi ryhmässä käsiteltiin vanhainkotipaikan ja terveyskeskuspaikan tarvitsevien asiakkaiden asioita. Myöhemmin mukaan otettiin myös palvelukotipaikan tarvitsijoiden asiat. (Kuvio 8.) Kun palvelutalosta vapautui paikka, asia tuli sosiaaliohjaajan kautta SAS-ryhmän tietoon.

SAS-ryhmän perustamisen jälkeen vanhainkodit ja palvelutalot kokivat, että heitä ei enää kuunnella asukasvalinta-asioissa. Koettiin, että SAS-ryhmän myötä toiminta muuttui sanelupolitiikaksi ja asiakkaita sijoitettiin väriin paikkoihin. Varsinkaan sosiaalisia ongelmia ei otettu tarpeeksi huomioon asiakasvalintaa tehtäessä. Ehdotetut asiakkaat olivat fyysisesti liian huonokuntoisia palvelutaloihin.

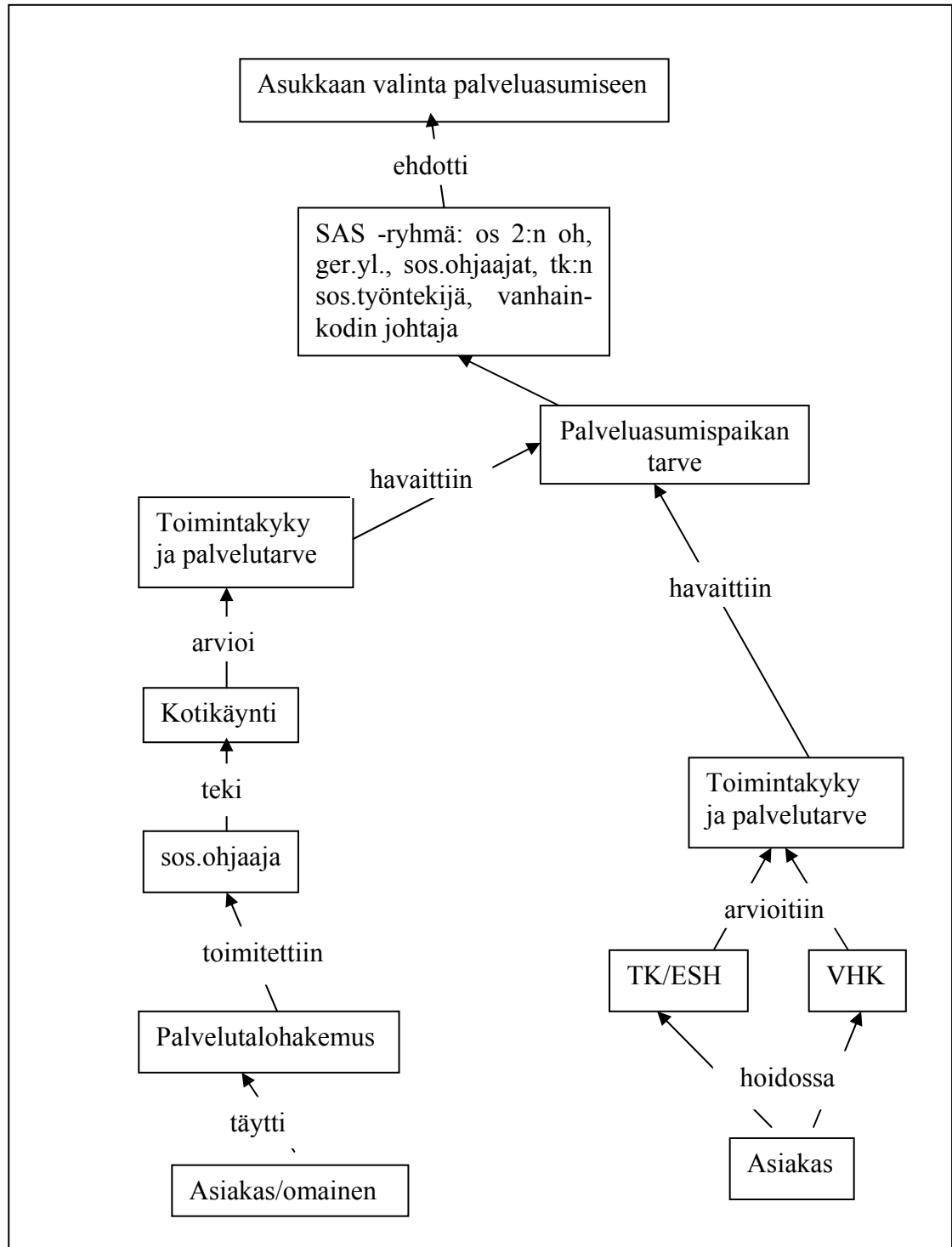
*”Yks asia, mikä mulle tuli mieleen, täytyy myöntää kyllä ku noiden osastojen kans, vuodeosastot sekä sairaalaosastot, tehdään yhteistyötä aika paljokin, ni kyllä voin sanoa ihan suoraankin, että kyllä niillä ei oo niinku välillä hajuakaan siitä, että minkälaiseen paikkaan he on ihmistä kotiuttamassa.”*

Ennen SAS-toimintaa piti ottaa yhteyttä moniin paikkoihin, kun etsittiin asiakkaalle palveluasumis-, terveyskeskus- tai vanhainkotipaikkaa. Ongelmallista vanhassa käytännössä oli, että monet tahot kyselivät paikkoja. Terveystenhuollon toimijat kokivat, että SAS-ryhmän myötä tilanne selkiintyi. Terveystenhuollon yksiköissä tiedettiin, keeneen otettiin yhteyttä palveluasumista tarvitsevien asiakkaiden asioissa. Tosin paikkoja oli liian vähän tarjolla tarpeeseen nähden.



**KUVIO 9. Asukasvalinta vuodesta 2005 vuoteen 2007**

Vanhusten palveluasumisen siirryttyä Itä-Savon sairaanhoitopiirille toimintakäytäntö jatkui aluksi samanlaisena kuin Savonlinnan kaupungin vastatessa toiminnasta. (Kuvio 10.) Palvelutalojen asioiden hoitaminen jaettiin kahdelle sosiaaliohjaajalle, jotka kumpikin vastasivat tiettyjen palvelutalojen asioista. SAS-ryhmän toiminta jatkui ennallaan, mutta toiminnan piiriin tuli tässä vaiheessa uusia palvelutaloja.



**KUVIO 10. Asukasvalinta Itä-Savon sairaanhoitopiirissä vuodesta 2007 alkaen**

Osasto 2. osastonhoitajan jäätyä eläkkeelle perustettiin SAS-hoitajan toimi. Hänen aloitettuaan työnsä palveluasukkaiden arviointikäytäntö muuttui. Sosiaaliohjaajat tekivät yhdessä SAS-hoitajan kanssa kotikäynnit ja asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnit. Tämän muutoksen tarkoituksena oli lisätä asiakkaiden terveydentilan arviointia ja havaita sairauksien aiheuttamat toimintakyvyn muutokset. Pyrkimyksenä oli, että sairauksista johtuvat toiminnan vajeet hoidetaan ensin ja sitten arvioidaan uudelleen toimintakyky ja palveluasumisen tarve.

*”Minulla on sellainen kuva, minä en itse siinä mukana, mutta on sellainen kuva, että SAS- toiminta on aktiivinen, kokoontuu riittävän usein, musta tuntuu siltä, että sieltä saa sen kannan aika nopeasti ja aika hyvin.”*

Toimintakäytännön muutos aiheutti ongelmia asiakkaille, sillä he eivät tienneet keeneen tulisi ottaa yhteyttä, SAS-hoitajaan vai sosiaaliohjaajaan. Sosiaalipuolen työntekijöiden ja palvelutalojen edustajien mielestä SAS-hoitajan tulo hämmensi tilannetta. Palvelutalojen edustajilla on mahdollisuus osallistua SAS-ryhmään, kun heidän yksiköössään ollaan valitsemassa asukasta. Toimijat kokevat kuitenkin, ettei aika siihen riitä. Osa palvelutaloista piti kuitenkin SAS-ryhmän toimintaa pääosin hyvänä ja toimivana.

Nykyisen toimintakäytännön aikana osa palvelutalojen edustajista ja sosiaaliohjaajat ovat kokeneet, että he eivät voi vaikuttaa asukasvalintaan. Palvelutalojen edustajat kokevat, että yksiköitä tulisi kuunnella enemmän. He kokevat, että terveydenhuolto unohtaa avopuolen, sosiaaliset tarpeet ja sen, että taloilla on erilaiset puitteet.

*”Kun ajattelee, niin puitteethan tuo tavallaan myös rajoitteet sille, minäkälaisia pystyy siellä olemaan.”*

Palvelutalojen mielestä ihanne olisi, että olisi useita asiakkaita, joista valita, kuka on sopivin. SAS-ryhmässä ei oteta riittävästi huomioon palvelutalojen toiveita ja yhdessä kuitenkin pitäisi toimia. Palvelutalon edustajista pari toivoi, että palvelutalojen asukasvalinnasta vastaisi oma SAS-ryhmä. Heidän näkemyksensä mukaan asiakasvalintojen tulisi perustua asukaslähtöisyyteen, ei pelkästään mittareihin.

Kehittämistyön aikana on pohdittu myös itse palveluasumishakemusta. Pitäisikö palvelutalohakemus korvata palvelutarpeenarvointihakemuksella, jonka perusteella asiakkaalle myönnetään kotihoidon palveluita, tukipalveluita ja yhtenä vaihtoehtona palveluasumispaikka. Palveluasumishakemuksia ei enää pitäisi kerääntyttää mappiin, vaan hakemuksen tullessa tehdään toimintakyvynarviointi ja selvitetään asiakkaan asumisolosuhteet ja sosiaalinen ympäristö sekä palveluiden tarve. Tämän jälkeen tehdään päätös, saako asiakas palveluasumispaikan vai otetaanko asiakas palveluasumisen jonolle vai tarjotaanko hänelle mahdollisesti muita palveluita. Päätös on kirjattu Effican asiakastietojärjestelmään SAS-lehdelle, mutta siitä ei ole tehty hallinnollista valituskelpoista päätöstä.

*”Perustuu siihen hyvään hallintoon, että ihmisillä on oikeus saada päätös.”*

*”Tottakai se pitää aina perustella se ratkaisu, mutta siinä tulisi se SARYHMÄ, se arvioi, niin se sitten kantaa tavallaan vastuun siitä.”*

*”Mutta jos SAS-ryhmä tekee sen päätöksen, se ei voi olla sellainen hallinnollinen päätös, vai voiko, sitä jäin itekin tässä miettimään?”*

Sosiaalipuolen edustajien mielestä toimijoita asukasvalinnassa on liian monta. SAS-ryhmän jäsenillä on useita käsityksiä, kenet pitäisi ottaa palveluasumisen piiriin. Positiivista kuitenkin on, että on pystytty ja keskustelemaan ja sopimaan asukasvalinnoista. Sosiaalipuolen edustajat totesivat haastatteluissa, että tilanne on nykyisin stressaava, kun paikkoja on tarjolla tarpeeseen nähden liian vähän.

Palvelutalojen, sosiaalipuolen ja terveyssektorin haastatellut toivat lähes kaikki esille sen, että asiakkaat ovat nykyisin erilaisista syistä palvelupaikkaa tarvitsevia ja huonokuntoisempia kuin ennen Itä-Savon sairaanhoitopiirin aloittamista. Nykyisin on esim. pitkäaikaisen alkoholin ja psyykkisten oireiden takia palvelupaikkaa tarvitsevia. Ennen syynä oli pääasiallisesti fyysisen toimintakyvyn lasku ja sitä kautta avuntarpeen lisääntyminen.

Terveyssektorin toimijoiden ja kaupungin edustajien haastatteluista nousi esille se, että paikantarve lähtee asiakkaan tarpeesta, ei palvelutalosta. Palvelutalojen profiloituminen eri asiakasryhmille sopivaksi koettiin tarpeelliseksi.

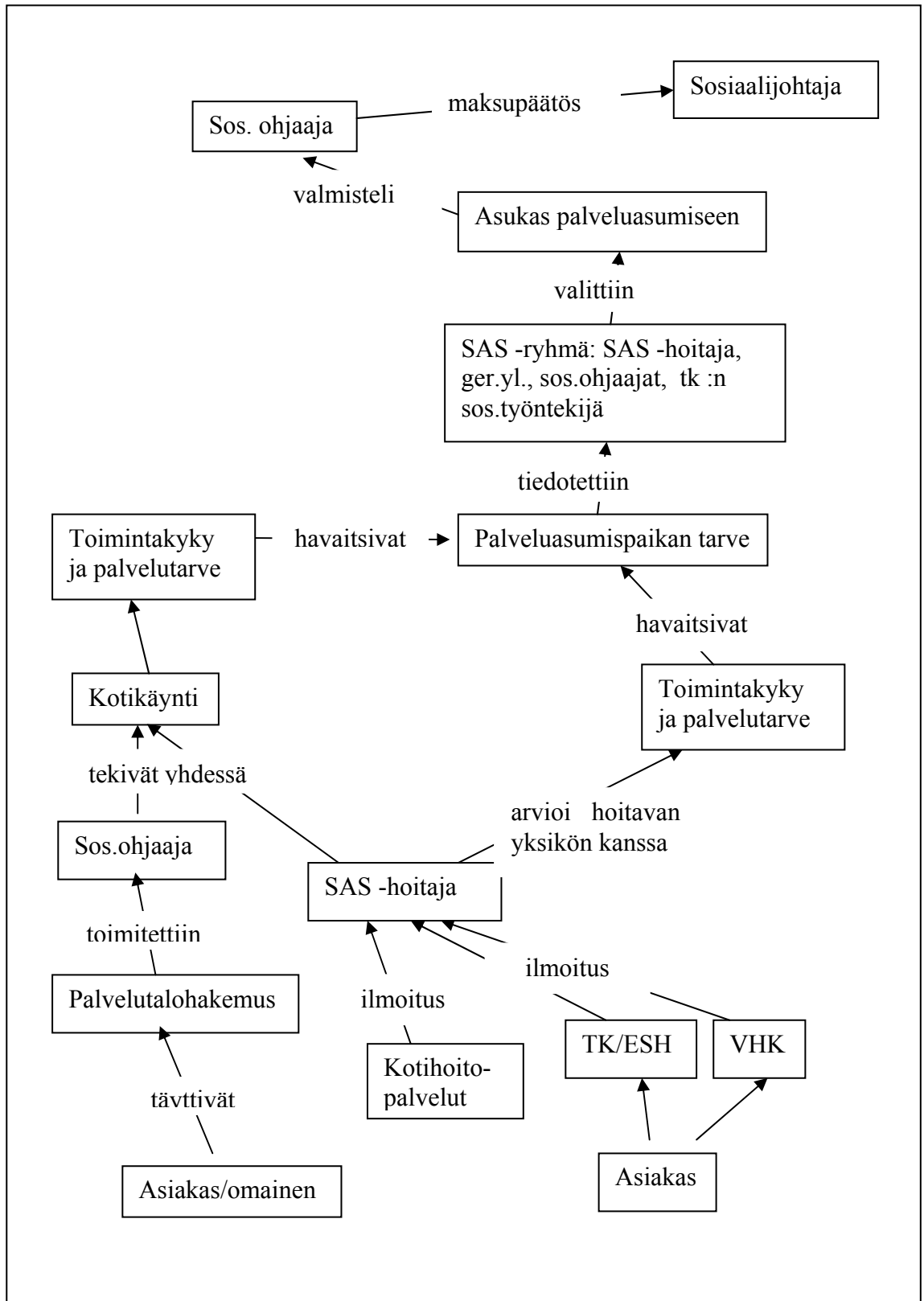
*”Tätä kohti ollaan varmaan hyvin menossa, mutta en ihan pysty sanomaan, mitä se käytäntö on ollu, välillä kuulee kentältä, että on ristiriitoja ja ei päästä yhteiseen ymmärrykseen ja palvelutalojen kanssa on kädenvääntöä”*

*”Sitä en tiedä, mä olen ymmärtänyt, että on pyritty koko ajan siihen, että SAS-ryhmällä olisi isompi, aiempaa isompi rooli asukasvalinnoissa, minulla on sellainen ymmärrys, että on pyritty vahvistamaan sen roolia siinä, ja myös sitä kautta, että on haluttu vahvistaa sen palvelun maksajan roolia siinä asukasvalinnassa.”*

Kaupungin edustajien mielestä Itä-Savon sairaanhoitopiirillä pitäisi enemmän omaa palvelutalotoimintaa. Oma toiminta koettaisiin kilpailutekijänä ja hyvänä vertailukohdaksi yksityisille palvelutaloille. Tilaaja tekee päätöksen, mitä tilaa. Asukasvalinnan ja muunkin palveluohjauksen pitäisi varmistaa, että asiakkaat sijoittuvat oikeisiin palveluihin.

*”Täälläkin hyvin pitkälle ovat nämä yksityiset toimijat luoneet oman toimintakulttuurien vuosien tai vuosikymmenten aikana, nyt tietysti on rinnalle tullut yrityspohjaisia.”*

*”Kyllähän tää on niinku vähän hassua on että, jos vähän kärjistää, että palvelun tuottaja määrittää, että ketä se hoitaa, eikä se, joka tarvitsee sitä palvelua. Ja ja tässä tapauksessa se Itä-Savon sairaanhoitopiiri ostaa niille vanhuksille ja sen pitäisi päättää, kenelle palvelua annetaan ja minkälaista, eikä päinvastoin.”*



**KUVIO 11. Asukasvalintakäytännön muutokset SAS-hoitajatoiminnan käynnistyttyä**



### **10.2.3 Uuden toimintamallin suunnittelun tukeminen ja analyysi**

Uusien välineiden ja mallien muodostamista voidaan tukea koulutusinterventioiden ja sitä tukevien muiden toimenpiteiden avulla. Koulutuksella ei pyritä ainoastaan uuden välineen tai mallin omaksumiseen, vaan myös uudenlaisen, tutkivan ja tuottavan oppimistavan kehittämiseen. (Engeström 1985, 159–160.) Toimintaan osallistuvien valmius suunnitella uutta toimintatapaa edellyttää, että he tiedostavat ja kohtaavat muutoksen tarpeen ja näkevät sen mahdollisuutena. Ennen uuden käytännön vakiinnuttamista on kyettävä ratkaisemaan käytännön ongelmat ja ristiriidat, joita syntyy uusia ratkaisuja käyttöön otettaessa. (Virkkunen ym. 2001, 15.)

Haastatteluiden pohjalta tehtiin nykyisen palveluasumisen asukasvalinnan prosessikuvaus visio-ohjelmalla Itä-Savon sairaanhoitopiirin prosessikuvausmallin mukaisesti.

#### **Palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin yhteistyöryhmän työskentely**

Kehittämistyön alussa perustettiin kolme työryhmää, yksi palvelutalojen ja yksi Itä-Savon sairaanhoitopiirin toimijoista ja yksi, jossa kaikki edellä mainitut olivat edustettuina. Palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin työryhmässä olivat edustajat toisestakin ryhmästä. Tavoitteena kahdella pienemmällä ryhmällä oli, että niissä oli mahdollisuus paneutua kummankin osapuolen kannalta tärkeisiin asioihin syvällisemmin, kun ryhmän koko ei ollut suuri. Työryhmien muistiot ja kehitettäväksi nostetut asiat käsiteltiin molemmissa ryhmissä. Palvelutalojen palveluasumista kehittävä työryhmä on kokoontunut kehittämistyön aikana kaksi kertaa, Itä-Savon sairaanhoitopiirin palveluasumisen työryhmä kolme kertaa ja molemmista koottu Palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin yhteistyöryhmä neljä kertaa.

Alustavan prosessikuvauksen valmistuttua sitä esiteltiin palvelutalojen edustajista kootulle työryhmälle, jossa oli mukana Itä-Savon sairaanhoitopiirin edustajina sosiaalijohtaja ja sosiaaliohjaaja. Prosessikuvakseen tehtiin korjauksia käydyn keskustelun ja ehdotusten perusteella. Tämän jälkeen prosessikuvaus esiteltiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin toimijoista kootulle työryhmälle, joka myös teki korjauksia ja muutosehdotuksia prosessikuvaukseen.

Palveluasumisen asukasvalinnan kriteereitä työstänyt työryhmä on kokoontunut kaksi kertaa. Työryhmän pyynnöstä Porvoon kriteerisuositus otettiin pohjapaperiksi ja sitä muokattiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin tarpeisiin. Kriteerisuositusta testattiin syksyllä Punkaharjun asiakasmateriaalissa. Testaukseen osallistuivat kotihoidon osastonhoitaja Kirsti Kemppanen ja kotipalveluohjaaja Irma Lötjönen. Kriteerien perusteella tarkastettiin, miten Punkaharjun asiakkaiden palveluiden ohjaus on onnistunut. Kriteeriedotuksen (liite 4) todettiin olevan toimiva.

### **Vanhuspalveluiden tulevaisuuden haasteet seminaari**

Kehittämistyöntekijät suunnittelivat ja toteuttivat 30.11.2009 ”Vanhuspalveluiden tulevaisuuden haasteet seminaarin (seminaarikutsu, liitteessä 3), joka suunnattiin kuntien viran- ja toimenhaltijoille sekä kuntien luottamushenkilöille ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymähallituksen ja -valtuuston jäsenille, palvelutalojen johdolle ja henkilöstölle sekä Itä-Savon sairaanhoitopiirin johdolle, esimiehille, lähiesimiehille ja henkilöstöille. Osallistujia oli kaikista kutsutuista ryhmistä. Itä-Savon sairaanhoitopiirin virkamiesjohtoa edusti sosiaalihoitaja Veijo Heinonen. Osallistujia oli yhteensä 101, joista 81 osallistui sekä ilta- että aamupäivän osuuteen ja 4 pelkästään aamupäivän osuuteen ja 16 vain iltapäivän osuuteen.

Seminaarin luennoitsijoina olivat terveydenhuollon tarkastaja Sirkka Jakonen ja ylitarkastaja Pia Sorsa Itä-Suomen lääninhallituksesta. Heidän aiheenaan oli vanhuspalveluiden tilanne Itä-Suomessa ja Savonlinnan seudulla. Itä-Savon sairaanhoitopiirin geriatrian erikoislääkäri, ylläkäri Riitta Kupiainen kertoi omassa osuudessaan savonlinnalaisten palveluasumiseen hakeneiden toimintakyvystä. Iltapäivän osuudesta vastasi geriatrian dosentti Harriet Finne-Soveri Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Hänen aiheenaan olivat ikääntyneiden hoidon ja hoitotyön kehittäminen RAI -toimintakyvyn arvioinnin avulla ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen RAI-vertailutietokannan tulokset Savonlinnan seudulta.

## Palveluasumiseen hakeneiden jonotilanne

SAS-hoitaja Tarja Seppänen teki keväällä 2009 yhteistyössä geriatrian erikoislääkäri ylilääkäri Riitta Kupiaisen kanssa selvityksen Savonlinnan palveluasumista hakeneista asiakkaista. Näitä hakemuksia oli vuosien saatossa koottu sosiaaliohjaajan mappiin. Kenelläkään ei ollut tietoa, ovatko kaikki hakijat enää palveluasumisen tarpeessa. Mappissa oli yhteensä 228 hakemusta. SAS-hoitaja kävi läpi kaikki hakemukset ja haastatteli hakijan ja hänen omaisensa, mikäli hakijan huonontunut muisti tai toimintakyky sitä edellytti. Haastattelun lisäksi selvityksen tekijät tutustuivat sairaskertomuksen merkintöihin. (Yhteenvetoraportti palveluasumisen jonotilanteesta ja palveluasumiseen hakeneista henkilöistä 2009.)

Hakemuksia voitiin poistaa 56, joko hakijan pyynnöstä tai luvalla tai hakija oli kuollut. Hakeneista 97 halusi pitää hakemuksensa voimassa, vaikka heillä ei oman arvionsa mukaan palveluasumisen ollut ajankohtaista. Näistä asiakkaista muodostettiin kotihoidon Effica asiakastietojärjestelmään, palvelutalojono ei-kiireelliset. Hakeneista 56 oli palveluasumisen tai tehostetun palveluasumisen tarpeessa. Nämä henkilöt tarvitsivat runsaasti kotihoidon tai omaisten apua. Toimintakyvyn lasku ja avuntarpeen lisääntyminen johtuivat keskushermostoa rappeuttavista sairauksista ja liikkumisen vaikeutumisesta. Vain 5 hakijalla huonot asumisolot olivat palveluasumistarpeen laukaiseva osatekijä. (Yhteenvetoraportti palveluasumisen jonotilanteesta ja palveluasumiseen hakeneista henkilöistä 2009.)

Selvityksen jälkeen lakkautettiin vanhainkotijono ja palvelutalokohtaiset jonot. Tilalle muodostettiin edellä jo mainitun, ei-kiireellisen jonon, lisäksi listat palvelutalo-, tehostettu palveluasuminen sekä tehostettu palveluasuminen dementiayksikössä. Palveluasumisjonoon asetettiin 33 hakijaa, joiden avuntarpeeseen kotihoidon oli vaikea vastata. He kuitenkin toimintakykynsä perusteella pärjäisivät vielä palveluasumisessa. Tehostetun palveluasumisen tarpeessa oli 24 hakijaa. Heidän liikunta- ja toimintakykynsä oli merkittävästi alentunut. Tehostettua palveluasumista dementiayksikössä tarvitsevia oli selvityksen perusteella 24 hakijaa. Heidän kotihoitonsa muodostuu sekä Itä-Savon sairaanhoitopiiriin että omaisten tuen varaan. Suurin osa asiakkaista palveluasumispaikkaa hakeneista oli kotihoidossa. Edellä mainittujen palveluasumiseen hakeneiden jonojen lisäksi luotiin hoivahoitajono, joka muodostuu terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoille paikkaa odottavista asiakkaista.

(Yhteenvetoraportti palveluasumisen jonotilanteesta ja palveluasumiseen hakeneista henkilöistä 2009.) Tällä hetkellä (26.4.2011) tehostetun palveluasumisen dementiayksikköön jonottaa 15, tehostetun palveluasumisen paikkaa 28 ja palveluasumisen paikkaa 5 hakijaa. Ei-kireellisessä palvelutalojonossa on 65 hakijaa.

### **Palveluasumisen asukasvalinnan kriteerit**

Porvoossa on vuonna 2007 tehty ehdotus RAI-järjestelmän pohjalta ikääntyneiden palvelurakenteen kriteereiksi. Palveluohjauksessa käytettävien mittareiden pätevyys henkilöstön työajan indikaattorina ja erottelukyky ovat tärkeitä ominaisuuksia palveluohjauksen suunnittelussa. Edellisten ominaisuuksien lisäksi mittareiden tulee tukea henkilöstöä yhdenmukaisiin ja oikeudenmukaisiin päätöksiin. Palveluohjauksen päätösten tulisi johtaa laadukkaaseen ja kustannustehokkaaseen hoitoon. Tällainen palveluohjaus lisää asiakastyytyväisyyttä ja edistää asiakasvirtojen ja palveluketjujen saumattomuutta. (Finne-Soveri & Nurme, 2007 24.)

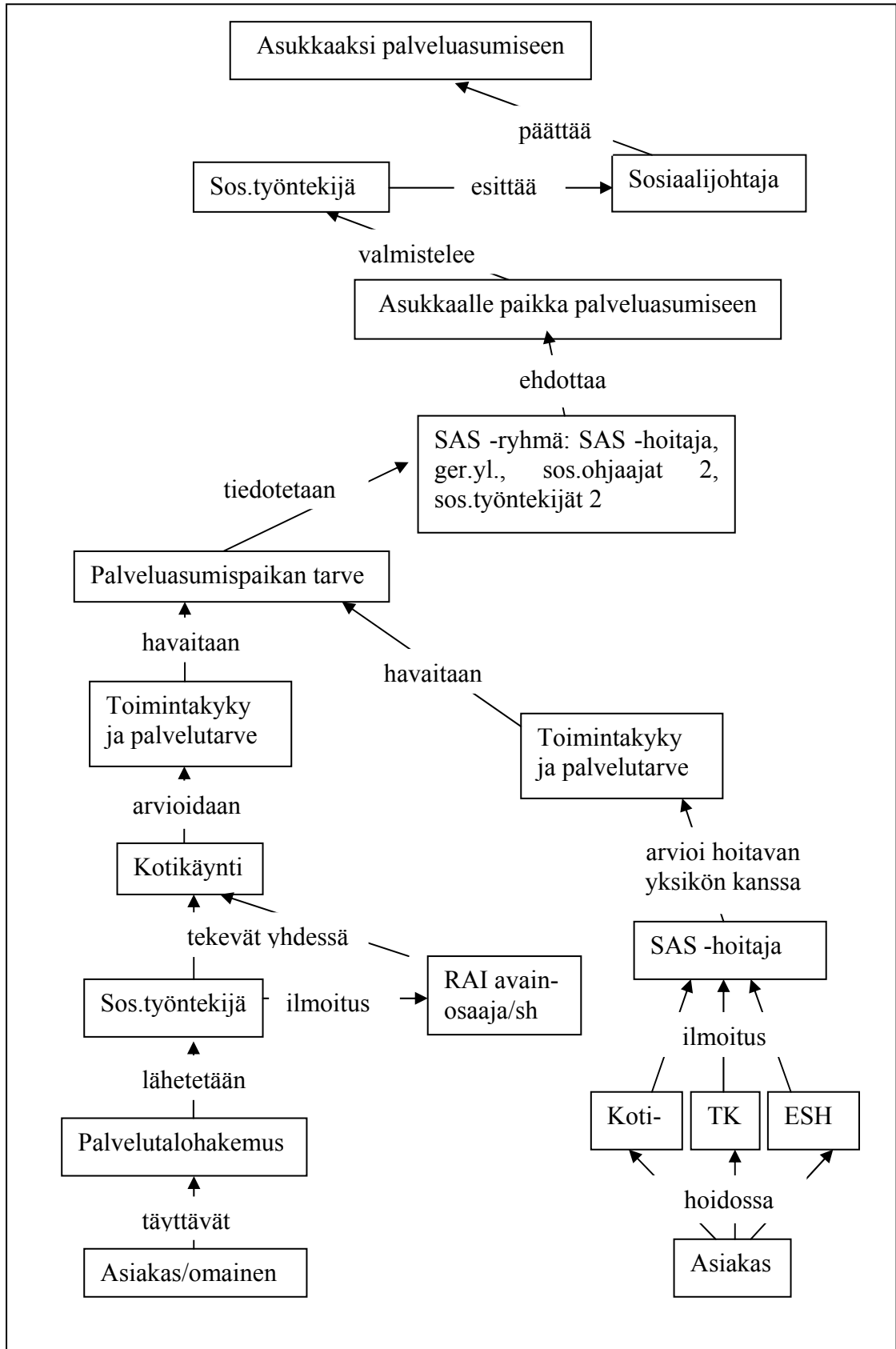
Palvelurakenteen kriteereiden perustana Porvoossa käytettiin kotihoidon MAPLe-mittaria (Method for assessing priority levels), joka on Kanadassa luotu kotihoidon palveluohjausta tukemaan. Mittari on testattu Suomessa (Björgren ym. 2006, 122 - 129), ja sen on todettu korreloivan hyvin omaisten ja ammattihenkilöstön asiakkaan hoitoon käyttämää aikaa. Laitoshoidon asiakasrakenteeseen sidottu hoitajien työajan jakamista kuvaava on RUG-III-luokitusjärjestelmä (Resource utilization Groups). RUG-III-luokitusjärjestelmä on laajentunut kattamaan myös kotihoidon, joten näiden mittareiden varaan voidaan rakentaa ikääntyneiden palveluohjaus. (Finne-Soveri & Nurme 2007, 24.)

### **Asukasvalintaprosessin muutokset kehittämistyön aikana**

Jo teemahaastatteluissa oli havaittavissa SAS-ryhmään ja palveluasumisasiakkaan valintaan liittyviä ristiriitoja. Vanha toimintakäytäntö oli joidenkin haastateltujen mielestä ollut toimiva, mutta myös siinä nähtiin olevan kehittämistarvetta. Myös nykyisessä toimintakäytännössä todettiin kehittämistarpeita ja siihen tehtiinkin muutoksia (Kuvio 12) kehittämistyön aikana. Alustava kuvaus onkin muuttunut kehittämistyön aikana. SAS-työryhmään kuuluvien työntekijöiden työnjaossa on tapahtunut muutoksia.

Uusimmassa palveluasumisen prosessikuvauksessa asiakkaiden ja palvelutalojen yhteydenotot palveluasumisasioissa on keskitetty yhdelle sosiaalityöntekijälle. Hänen toimenkuvaansa kuuluu vapautuvista paikoista tiedottaminen, asukkaaksi valinnasta ja palveluasumisen maksuista tiedottaminen. Tähän tehtävään kuuluu myös kotikäynti yhdessä RAI-asiantuntija/sairaanhoidajan (toinen kehittämistyöntekijöistä) kanssa. Tällöin tehdään RAI-Screener Oulu toimintakyvyn arviointi ja sosiaalisen tilanteen kartoitus yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. Tapaamiseen voidaan tarvittaessa kutsua myös kotihoidon edustaja mukaan. Palveluasumisasiakkaiden asioista aiemmin vastanneet sosiaaliohjaajat keskittyvät omaishoidontuki asiakkaiden asioiden hoitamiseen ja SAS-hoitaja asiakkaiden jatkohoitopaikkojen järjestelyihin. SAS-hoitajan tehtävään kuuluu erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten ja kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi, jonka perusteella tulee myös asiakkaita palveluasumisen asukasvalintaprosessiin.

Kehittämistyön loppuvaiheessa on suunniteltu muutoksia päätöksentekoprosessiin. Aiemmin asiakasvalinnan päätöksestä ei tehty hallinnollista päätöstä vaan vain kirjaus Effica asiakastietojärjestelmään. Uuden toimintakäytännön mukaan ehdotuksen asukkaaksi valittavasta henkilöstä tekee SAS-ryhmä ja hallinnollisen valituskelpoisen päätöksen Dynasty-asiakirjanhallintajärjestelmään sosiaalijohtaja. Ensimmäisessä vaiheessa hallinnollinen päätös tehdään kaikkiin hakemuksiin, jotka on tehty 1.1.2011 voimaan tulleen kotikuntalain perusteella, ja myöhemmin päätöksentekoprosessi laajennetaan kaikkiin palveluasumista koskeneisiin hakemuksiin.



**KUVIO 12. Asukasvalintakäytännön muutokset kehittämistyön aikana**

#### 10.2.4 Uuden toimintamallin käyttöönoton tukeminen ja analyysi

Tutkimusprosessin neljännessä vaiheessa uusia malleja ja instrumentteja sovelletaan työn aloitteelliseen kehittämiseen ns. strategisten tehtävien avulla (kehitettäviä tehtäviä). Näiden tehtävien avulla kokeillaan uusien mallien pätevyyttä. Samalla voidaan pohtia mallien siirrettävyyttä muille työalueille. (Kasvio 1990, 138 - 139.) (Tutkimusprosessin vaiheet ks. esim. Toikka 1984, 154 – 162; Miettinen 1988, 15 - 20, Engeström 1987 321 – 337.)

Kehittämissyklin neljännessä vaiheessa otetaan edellisessä vaiheessa ideoitu ja suunnitelmien tasolla luotu toimintamalli käyttöön arkityössä. Tapahtuu uuden toimintamallin soveltaminen ja yleistäminen, kun suunnitellut muutokset toimintatapoihin otetaan käyttöön. (Engeström 1995, 91; Engeström 2004, 62.) Tässä vaiheessa tapahtuu työn aloitteellinen kehittäminen varsinaisessa arkisessa työtoiminnassa, jolloin uusia välineitä ja malleja viedään käytäntöön. Uusi työn kehitysvaihe saavutetaan lähikehityksen vyöhykkeellä askelittain. Se kasvatetaan aikaisemman sisältä ja osin sen rinnalle. Neljännen vaiheen tuotoksena syntyy dokumentoitua tietoa strategisten tehtävien toteuttamisesta ja tuloksista eli siitä, miten uuden työtavan toteuttaminen on onnistunut. (Engeström 1985, 159 - 160.)

Tässä vaiheessa voi syntyä muutosvastarintaa, joka ilmentää ns. kolmannen asteen ristiriitoja entisen toimintatavan ja uuden toimintamallin välillä. Ristiriitojen ratkaiseminen johtaa uuden toimintamallin muuttumiseen. (Engeström 1995, 91; Engeström 2004, 62.)

Palveluasumisen asukasvalintaprosessi on ollut koko kehittämistyön ajan käytössä, joten varsinaista käyttöönoton vaihetta ei tässä kehittämistyössä voi eritellä toiminnasta. Uudet muutokset prosessissa on otettu heti käyttöön, ja ristiriitojen ilmetessä toimintakäytäntöä on korjattu ja muutettu. Toiminnallistaminen kohdentuukin uudesta palveluasumisen asukasvalintaprosessista tiedottamiseen ja sen julkaisemiseen Effican asiakastietojärjestelmän yleisen kansion prosessikuvauksissa ja intranetin prosessikuvauksissa sekä asiakasversiona Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotisivuilla. Tiedotuksen ja julkaisun lisäksi palveluasumisen asukasvalinnan toimintakäytäntöä tullaan esittelemään eri työryhmissä ja tilaisuuksissa. Tässä vaiheessa on jo sovittu esittelyt toukokuussa kotisairaanhoidolle, sosiaalijaokselle ja

yksi isompi tilaisuus kaikille organisaation työntekijöille. Näiden lisäksi prosessikuvaus esitellään vielä viimeisimpänä versiona myös prosessia kehittäneelle palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin yhteistyöryhmälle. Palveluasumisen asukasvalinnan kriteereiden toiminnallistaminen etenee siten, että kriteeriehdotus käsitellään sekä sosiaali- että perusterveydenhuollon jaostossa, joissa niiden käyttöönotosta päätetään.

Kehittämistyön tässä vaiheessa palvelutalojen ja SAS-ryhmän jäsenistä muodostetut erilliset työryhmät lakkautettiin ja vain työryhmä, jossa on kaikki molempien ryhmien edustajat jatkavat yhteistyöryhmätapaamisia. Tavoitteena on, että työryhmä jää pysyväksi ja kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa keväällä ja syksyllä.

### **10.2.5 Uuden toimintatavan arviointi**

Viimeisenä, viidentenä vaiheena on muutosprosessin vakiinnuttaminen sekä sen avulla aikaansaatuisten tulosten arviointi. Tutkimuksen tässä vaiheessa pyritään määrittelemään, johtiko suoritettu interventio vallitsevien työkäytäntöjen muuttumiseen ja miten hyvin työtoiminnan säätelyssä on onnistuttu etenemään kohti ”teoreettisesti hallitun työn” ihannemallia. (Kasvio 1990 138 - 139.) Uusi muutosprosessi vakiinnutetaan ja arvioidaan aikaansaatuisten tulosten perusteella (Engeström ym. 1992, 29, 137). Uusia käytäntöjä noudatetaan tässä vaiheessa systemaattisesti ja työyhteisö voi arvioida myös omaa muutostaan. Uusi toimintamalli, joka on otettu käyttöön, synnyttää ns. neljännen asteen ristiriitoja muutoksen ulkopuolelle jääneen naapuritoiminnan ja organisaation välillä. Kyseisistä ristiriidoista muodostuvat ainekset seuraavan kehityssyklin aloittaville uusille ensimmäisen ja toisen asteen ristiriidoille. (Engeström 1995, 91; Engeström 2004, 62 - 63.)

Tässä syklin vaiheessa arvioidaan muuttunutta työkäytäntöä ja samalla koko kehittämissykliä. Samalla voidaan tehdä seuraavan kehittämissyklin pohja. Tuloksena viidennestä vaiheesta muodostuu tutkimus- ja kehittämissykliä koskeva raportti. Tällöin tehdään yleistyksiä, kehittämisen kohteena olleen työn ja sen kehittämistä koskeneen teorian ja käsitteistön kehittäminen. Viidennessä vaiheessa on kyse viime kädessä koko kehittävän työntutkimuksen metodologian arvioinnista ja kehittelystä. (Engeström 1985, 159 - 160.)



Työn konkreettinen tutkiminen esineellisenä toimintana voidaan kuvata dialektisen kolmion muodossa. Keskeisenä momenttina ovat työn subjekti, työn esine ja työssä käytetyt välineet. Pohja ihmisen kehittymiselle työssä pohjautuu vuorovaikutukseen, joka työtoiminnassa rakentuu edellä mainittujen momenttien välille. Työssä kehittyvät ristiriidat toimivat keskeisinä kehityksen liikevoimina. Näiden ristiriitojen ratkaisupyrkimysten kautta työntekijät kehittävät omia valmiuksiaan. Ristiriitojen analysointi ja ratkaisujen etsintä kehittävät uusia työn tekemisen välineitä ja muuttavat toimintaa. Muuttuneessa toiminnassa kehittyvät luonteeltaan uudentyyppiset ristiriidat, jotka luovat pohjan jälleen uudelle työtoiminnan kehittämisprosessille. Tämän vuoksi työn ristiriidoista tulisi voida puhua avoimesti kaikilla organisaation tasoilla. (Kasvio 1990, 131.)

Engeström käytti Vygotskilta ja Leontjevilta omaksuttua yksinkertaista kolmiomallia työtoiminnan kuvaamiseen. Hän täydensi kolmiomallia lisäämällä siihen kollektiivisen ulottuvuuden eli yhteisön, työnjaon ja säännöt. Tällöin mahdollistui yksilön ja yhteisön välisen suhteen kuvaaminen työtoiminnassa. Kolmiomallissa tekijä tarkoittaa joko yksittäistä työntekijää tai työntekijäryhmää (esim. sosiaalityöntekijät). Yhteisö on toimintajärjestelmän (organisaation) osanottajat, jotka jakavat saman kohteen ja osallistuvat saman tuotteen tai palvelun tuottamiseen. Työnjaolla kuvataan tehtävien, päätösvallan ja etujen jakautumista näiden eri osanottajien kesken. Kaikki toimintajärjestelmän osatekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Kolmiomallin osakolmioihin voidaan kuvata toimintajärjestelmän sisällä käynnissä olevat osaprosessit; tuotanto, jako, vaihto ja kulutus. Työyhteisö organisoii, muovaa, uudistaa näiden osaprosessien avulla keskeytymättä itseään. (Engeström 1998, 44 - 45.)

Kehittämistyötä ja kehittämistyönprosessia on arvioitu koko kehittämistyön ajan. Kehittämistyön toteuttajat ovat arvioineet omaa toimintaansa, kehittämistyönprosessin etenemistä ja lopputuotosta. Tähän arviointiin ovat osallistuneet myös asumispalveluprosessia kehittäneet työryhmät, SAS-työryhmä, palvelutalojen edustajat, Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen opiskeluryhmä, kehittämistyötä ohjaava yliopettaja Leena Uosukainen ja opponenttina toimiva opiskelija. Toiminnan jatkuvan arvioinnin ja palautteiden perusteella on tehty päätöksiä tarvittavista muutoksista ja säilytettävistä asioista. Prosessikuvauksen arvi-

ointi jatkuu asukasvalintaan osallistuvien, palvelutalojen kanssa tehdyn yhteistyön ja asiakaspalautteiden pohjalta koko prosessin elinkaaren ajan.

Toinen tämän kehittämistyöntekijöistä on toiminut SAS-hoitajan sijaisena ja SAS-ryhmän jäsenenä, mikä on mahdollistanut palveluasumisen asukasvalintaprosessin arvioinnin konkreettisesti työtoiminnassa. Tämän kokemuksen perusteella voi todeta, että uuden käytännön toiminnallistamisessa on vielä tehtävää. Työnjako eri työntekijöiden kesken vaatii vielä selkeyttämistä. Toinen kehittämistä vaativa asia on, että asiakkaiden ja omaisten puhelut ohjautuisivat vain kahdelle työntekijälle.

## **11 KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS**

### **11.1 Kehittämistyön eettisyys**

Kehittämistyössä on huomioitava monia eettisiä kysymyksiä. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvä tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, kun periaatteet tunnetaan ja toimitaan niiden mukaan. Lisäksi tuloksien raportoinnissa on huomioitava tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuus. (Hirsjärvi ym. 1996, 23 - 24.) Tutkimus on tehtävä edellä mainittuja periaatteita noudattaen, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja että tulokset ovat uskottavia. Jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen sekä tutkimusryhmä kokonaisuutena vastaavat itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002.)

Tutkimuseettinen toimikunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön periaatteet, jotka on otettava huomioon koko kehittämistyön ajan. Tutkijoiden on oltava rehellisiä ja on oltava huolellinen ja tarkka tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinnan, tutkimus- ja arviointimenetelmien on oltava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Muiden tutkijoiden työn arvostaminen ja kunnioittaminen kuuluvat eettisesti hyvään työhön. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteellisten vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusryhmään kuuluvien asema, oikeudet ja osuus tekijyydestä sekä vastuut ja velvollisuudet on määritelty ja kirjattu kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla ennen tutkimustyön aloittamista. Edellisten lisäksi myös tutkimustulosten omista-

juus ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset on määriteltävä. Tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset sidonnaisuudet on ilmoitettava tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimusraportissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002.)

Haastattelututkimuksen kaikissa vaiheissa joudutaan pohtimaan eettisiä kysymyksiä. Haastattelussa eettiset ongelmat ovat erityisen monitahoisia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 19.) Eettisyyden huomioiminen tutkimuksen tarkoituksen osalta kattaa sen, että tutkimuksen tarkoitusta tarkastellaan myös siitä näkökulmasta, miten se parantaa tutkittavana olevaa inhimillistä tilannetta. Suunnitelmavaiheessa eettinen näkökulma edellyttää tutkittavien henkilöiden suostumusta ja luottamuksellisuuden takaamista sekä pohdintaa tutkimuksesta aiheutuvista seurauksista kohdehenkilöille. Haastattelutilanteiden eettisyys sisältää haastateltavien antamien tietojen luottamuksellisuuden, mutta myös itse haastattelutilanteen vaikutukset haastateltavaan. (Kvale 1996, 20.)

Teemahaastatteluihin osallistuneille lähetettiin kirje, jossa heitä pyydettiin osallistumaan kehittämistyöhön liittyvään haastatteluun. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta lähes kaikki pyydetty henkilöt osallistuivat haastatteluun. Ennen varsinaisen teemahaastattelun aloittamista heille kerrottiin, että haastatteluissa saamamme tieto on luottamuksellista. Haastatteluiden luottamuksellisuudesta kerrottiin osallistujille lähetetyssä kirjeessä, jossa heitä pyydettiin haastatteluun. Haastatteluihin osallistuneet kertoivat näkemyksiään aiemmasta ja nykyisestä toimintakäytännöstä hyvin avoimesti. Haastatteluissa saadut tiedot voisivat olla haitaksi palvelotalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin välisille yhteistyösuhteille ja haitata myös palvelotalojen keskinäisiä suhteita.

Eettisyys tulee huomioida myös haastatteluiden purkamisessa. Tällöin luottamuksellisuuden lisäksi on huomioitava haastateltavien suullisten lausumien oikeellisuus. Analyysivaiheessa eettiset kysymykset kohdentuvat siihen, kuinka syvällisesti ja kriittisesti haastattelut voidaan analysoida. Tämän lisäksi kohdehenkilöiden tulisi voida sanoa, miten heidän lauseitaan on tulkittu. Tutkijan eettinen velvollisuus on esittää tietoa, joka on mahdollisimman varmaa ja todennettua. Haastattelujen raportointivaiheessa on huomioitava luottamuksellisuus sekä seuraukset, joita raportilla on haastateltaville ja heitä koskeville ryhmille tai instituutioille. (Kvale 1996, 20.)

Haastatelluilta pyydettiin lupa teemahaastatteluiden nauhoittamiseen. Haastattelut on talletettu kehittämistyöntekijöiden tietokoneille kansioihin. Kummankin kehittämistyöntekijän tietokone on suojattu salasanalla. Haastattelut poistetaan tietokoneilta kehittämistyön valmistuttua ja talletetaan salasanalla suojatulle muistitikulle. Haastatelluita ovat kuunnelleet vain kehittämistyöntekijät. Haastattelutilanteissa tehdyt muistiinpanot on säilytetty kehittämistyöntekijöiden kotona, ja ne hävitetään Itä-Savon sairaanhoitopiirin tietosuojajätteenä.

Kehittämistyössä teemahaastattelut purettiin käsitekarttoina, ja raportissa on käytetty lausumia, joilla varmistetaan haastatteluiden tulkinnan oikeellisuus. Käsitekarttoiksi puretuista haastatteluista ei voi tunnistaa haastateltua henkilöä, joten niiden osalta on varmistettu haastatteluiden luottamuksellisuus. Sen sijaan kehittämistyössä käytetyistä lausumista on mahdollista tunnistaa haastateltu henkilö. Tämän vuoksi ennen raportin julkaisemista haastatelluilta varmistetaan, että lausumaa voidaan käyttää raportissa.

Asukasvalintakriteereiden kehittämistä ja Hoivakymppin ja Attendo MedOne:n asukasvalintaehdotuksen tekemistä varten tarvittiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa. Kehittämistyössä ja asukasvalinnassa tullaan käyttämään RAI-toimintakyvyn arviointijärjestelmästä ja Effica asiakastietojärjestelmästä saatavia asiakas tietoja. Kehittämistyötä tekevät sitoutuivat Itä-Savon sairaanhoitopiirin salassapitovelvollisuuden noudattamiseen. Kehittämistyössä ei tuoda esille tietoja, joiden perusteella asiakas olisi tunnistettavissa. Asukasvalintakriteereitä kehitettäessä asiakkaiden nimet ovat vain kehittämistyöntekijöiden nähtävissä ja asukasvalintaehdotuksessa vain SAS-ryhmän ja asiakassijoitteluun osallistuvien työntekijöiden nähtävissä.

## **11.2 Kehittämistyön luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus liittyy tutkimusprosessin luotettavuuteen (Eskola & Suoranta 1998, 211). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisääkin tarkka selostus tutkimuksen jokaisen vaiheen toteuttamisesta. Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti (Hirsjärvi ym. 1996, 227 - 228). Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, jotta tulokset olisivat luotettavia. Laadullisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tutkijan subjektiivisuuden on oltava avointa. Tutkija on laadullisessa tutkimuksessa keskeinen tutkimusväline, ja luotettavuutta on arvioitava koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen luo-

tettavuuteen liittyy myös käsitteet validius ja reliabelius. (Eskola & Suoranta 1998, 211 - 212.)

Validiteetti merkitsee tutkimuksen pätevyyttä ja luotettavuutta eli menetelmän kykyä selvittää sitä, mitä sillä on tarkoitus selvittää. Realistisessa luotettavuusnäkemyksessä, jossa tutkimustekstiä pidetään ikkunana todellisuuteen, käytetään perinteistä validiteetin käsitettä. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäinen validiteetti viittaa tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyjen yhdenmukaisuuteen, jolloin se osoittaa tutkijan tieteellisen otteen ja tieteenalan hallinnan vahvuutta. Grönforsin (1982) mukaan ulkoinen validiteetti on tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Tutkimushavainto on validi, kun se kuvaa tutkimuskohteen sellaisena kuin se on. (Eskola & Suoranta 1998, 214.) Sopiiko selitys kuvaukseen eli onko selitys luotettava? Validius on kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 1997, 232.)

Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä tutkijatriangulaatiota, jolloin tutkimukseen osallistuu useampia tutkijoita aineistonkerääjänä ja tulosten analysoijina ja tulkitsijoina. Janesick (2000) on ehdottanut triangulaatiotermin korvaamista termillä kiteyttäminen. Tutkimus on kuin kristalliin katsomista. Katsojasta riippuu, mitä näemme, kun katsomme kristalliin. (Hirsjärvi ym. 1996, 228.)

Reliabiliteetti kuvastaa sitä, miten hyvin menetelmä toimii aineiston analysoinnissa. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston katsotaan olevan reliabeli, kun tutkijat ovat samanmielisiä aineiston koodaamisesta. Tutkimuksen tulisi olla ristiriidaton ja selkeästi argumentoitu, jolloin muut tutkijat voivat arvioida sitä. (Koskinen ym. 2005, 255 - 257.)

Teemahaastatteluiden analysoinnissa käytettiin käsitekarttatekniikkaa. Haastatteluaineiston pohjalta muodostettujen käsitekarttojen oikeellisuutta toimintakäytäntöjen osalta on varmistettu tutkijatriangulaatiolla. Kumpikin kehittämistyöntekijä on tehnyt ensin yksin alustavat käsitekartat haastatteluiden pohjalta. Tämän vaiheen jälkeen on yhdessä todettu, että molemmat kehittämistyöntekijät ovat olleet yksimielisiä käsitekarttojen suhteen. Tämän jälkeen on muokattu lopulliset käsitekartat. Käsitekartat annetaan vielä ennen työn lopullista valmistumista haastateltavien katsottavaksi, jolloin he voivat ehdottaa muutoksia niihin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa myös uskottavuus, joka tarkoittaa sitä, että tutkija on tarkistanut, vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. Uskottavuutta ei varmista, vaikka tutkittavat olisivat arvioineet tehdyt tulkinnat. Tutkittavat eivät välttämättä näe tilannettaan ja kokemustaan samoin kuin tutkija. Vahvistuvuus on sitä, että tulkinnat saavat tukea vastaavaa ilmiötä koskevista tutkimuksista. Varmuutta voidaan lisätä ottamalla huomioon myös tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat ennakkoehdot. (Eskola & Suoranta 1998, 212 - 213.)

Haastatteluaineiston osalta kerrotaan olosuhteista ja haastattelupaikoista sekä haastatteluihin käytetystä ajasta, häiriötekijöistä, mahdollisista virhetulkinnoista ja tutkijan itsearvioinnista tilanteista. Tutkimusaineiston luotettavuutta voidaan lisätä myös suorilla lainauksilla, joiden perusteella voi päätellä, miten kyseiseen tulkintaan on päädytty. (Hirsjärvi ym. 1996, 227 - 228.) Janesick (2000, 393) toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validissa tutkimuksessa kuvaukset ja siihen liitetyt selitykset ja tulkinnat ovat yhteensopivia. (Hirsjärvi ym. 1996, 227.)

Teemahaastattelut toteutettiin haastateltavien työpaikoilla joko heidän omassa työhuoneessaan tai neuvotteluhuoneessa, mikä varmisti haastatteluiden häiriöttömän suorittamisen. Puhelimet suljettiin tai puhelut siirrettiin toiselle työntekijälle haastattelun ajaksi. Haastatteluihin käytettiin aikaa tunnista puoleentoista tuntiin johtuen haastateltavan tietojen määrästä. Osalle haastateltavista vain nykyinen tai sitä edeltävä toimintakäytäntö oli tuttu. Haastatteluiden aikana pyrittiin täsmentävillä lisäkysymyksillä välttämään virheelliset tulkinnat. Ensimmäisestä palveluasumisen asukasvalintaprosessikuvauksesta voitiin esittelyiden avulla myös korjata väärintulkintoja. Käsitekarttojen oikeellisuus varmistettiin tutkijatriangulaatiolla, ja haastateltaville annettiin mahdollisuus korjata niissä esiintyviä virheellisyyksiä. Tässä kehittämistyössä teemahaastatteluista esiin nostettujen haastateltujen kokemusten luotettavuutta on lisätty teemahaastatteluista poimituilla suorilla lainauksilla.

### 11.3 Kehittämistyön tulosten yleistettävyyden

Kehittävän työntutkimuksen yleistettävyyteen on kohdistunut kritiikkiä. Saadaanko tutkimusmenetelmällä tilastollisesti edustavia, usein esiintyviä ja määrällisesti hallittavia tuloksia? Perinteinen yleistettävyyssäsite tunnistaa vain vakiintuneita, vallitsevia asiainiloja jälkikäteen. Kehittävän työntutkimuksen kiinnostus kohdentuu kehitykseen, tulevan muutoksen ymmärtämiseen ja hallintaan. Uusi kehitys ilmenee aina alussa poikkeamina, joiden kehityksen seuraaminen ja niihin vaikuttaminen auttavat havaitsemaan ovatko ne uuden kehityksen yleistyviä tai yleistettäviä aineksia. (Engeström 1998a; Toikka ym. 1988, 31 - 32.)

Kehittävän työntutkimuksen yleistettävyyden nähdään käytännöllisenä kysymyksenä. Tutkimuksen tulokset yleistyvät käytännön työtoiminnassa ja leviävät toimintajärjestelmissä uusina malleina ja välineinä. Tulokset otetaan käyttöön saman sukuisissa toimintajärjestelmissä. Sisällöllisesti pätevät kehittämistyön paikalliset löydökset ja laadulliset muutokset työssä leviävät työyhteisöissä ja saavat laajempaa kantavuutta. Siirtyessään uusiin olosuhteisiin ne muuttuvat ja ovat kehittelyn kohteena. (Engeström 1995, 156.) Laadullisen tutkimuksen tuloksien siirrettävyys on mahdollista vain tietyin ehdoin (Eskola & Suoranta 1998, 212 - 213).

Palveluasumisen asukasvalintaprosessia voidaan hyödyntää myös muissa organisaatioissa. Prosessia tulee kuitenkin muokata vastaamaan kyseisen organisaation palveluasumisen asukasvalinnan henkilöstörakennetta. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä SAS -ryhmän lisäksi prosessikuvausta hyödyntävät myös tietohallinto ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin johto. Prosessikuvaus mahdollistaa jatkokehittämisen ja prosessin ongelmallisten kohtien edelleen kehittämisen. Palveluasumisen asukasvalintaprosessin kuvaus tulee muuttumaan toiminnan kehittyessä, mutta perusprosessi tulee kestämään samanlaisena. Prosessikuvaus on tehty organisaatiossa sovitulla tavalla, joten sitä voidaan käyttää mallina myös kehitettäessä muita samanlaisia prosesseja.

Palveluasumisen asukasvalinnan prosessikuvaus on tärkeä palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin yhteistyön ja itse koko asukasvalintaprosessin kehittämiseksi. Tieto, kuinka asukasvalinta etenee organisaatiossa, on tärkeä myös palvelutaloille, kun he ohjaavat suoraan heihin yhteyttä ottaneita palveluasumiseen haluavia asiakkaita.

## 12 POHDINTA

Kehittävän työntutkimuksen prosessi tuottaa kolmenlaisia tuloksia. Tuloksista ensimmäinen edustaa konkreettisia muutoksia työtoiminnassa, mihin sisältyvät työvälineiden, organisaation ja työntekijöiden ajattelu- ja työtapojen muutokset. Toisena ovat perinteisesti ymmärretyt tutkimustulokset, joita ovat työn ominaispiirteitä ja niiden välisiä riippuvuuksia koskevat spesifit laadulliset ja määrälliset löydökset. Kolmantena ovat välitason analyysivälineet, jotka ovat käsitteitä ja malleja. Ne syntyvät konkreettisen havaintoaineiston kytkemisestä työtä koskevaan yleiseen historialliseen hypoteesiin. Välitason käsitteiden ja mallien merkitys saattaa olla suurempi kuin ensimmäisen ja toisen vaiheen tulokset. Käsitteiden ja mallien merkitys perustuu siihen, että työntekijät voivat niiden avulla eritellä ja suunnitella omaa toimintaansa. (Engeström 1995, 155.)

Tämän kehittämistyön aikana on mallinnettu palveluasumisen asukasvalintaprosessikuvaus, jota on muokattu vastaamaan kehittämistyön eri vaiheissa tapahtuneita muutoksia. Kehittämistyön työryhmien tapaamisissa ja Vanhuspalveluiden tulevaisuuden haasteet -seminaarissa on pyritty yhteisen näkemyksen muodostamiseen palveluasumista tarvitsevien asiakkaiden toimintakyvystä ja siinä tapahtuneista muutoksista sekä tulevaisuuden suuntauksista. Tavoitteena on ollut saada kaikki palveluasumisprosessissa mukana olevat toimijat huomaamaan, mikä on tilanne nyt ja millaiseksi se muuttuu tulevaisuudessa.

Palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin yhteistyöryhmissä on käsitelty Ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksen kriteereitä, ja tässä kehittämistyössä otetaan esille Savonlinnan kaupungin väestökehitys huoltosuhteen muutoksineen. Jos väestökehitys Savonlinnassa jatkuu ennustetun kaltaisena, on tulevaisuudessa vähemmillä verotuloilla tuotettava peruspalvelut niin lapsille ja nuorille kuin myös ikääntyneillekin. Tämän yhtälön ratkaisua ei tällä kehittämistyöllä ratkaista, mutta palveluasumisasiakkaiden valintakriteerit tulevat kuitenkin vaikuttamaan omalta osaltaan tulevaan ikääntyneiden palveluasumisen kustannuskehitykseen.

Palveluasumisen järjestämiseen on tämän työn aikana tullut myös lain muutoksien mukanaan tuomia uusia haasteita, kun pitkäaikaista laitoshoidtoa, asumispalveluja tai perhehoitoa tarvitsevat iäkkäät voivat vaihtaa kotikuntaa ja asuinpaikkaa. Tämän lain



perusteella on savonlinalaisia jo muuttanut muualle ja Savonlinnan palveluasumiseen on ollut useita hakijoita muista kunnista. Palveluasumiseen muualle muuttajien palveluasumisen järjestäminen on huomioitava tulevissa taloussuunnitelmissa. Myös tuleva ikälaki voi tuoda muutospaineita palveluasumisen järjestämiseen.

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on tänä keväänä tehty esitys, jolla pyritään ikääntyneiden palveluiden muuttamiseen Sosiaaliministeriön ja Suomen Kuntaliiton Ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksen ja Ikähoiva työryhmän viitoittamaan suuntaan. Ikähoiva työryhmän ehdotus on, että ympärivuorokautisen hoidon rakenteita muutetaan niin, että asiakkaan ei enää tarvitse terveydentilan tai toimintakyvyn muuttuessa siirtyä, vaan hän saa tarvitsemansa hoidon nykyisessä asumisympäristössään. Nykyisestä kolmen portaan, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskussairaala järjestelmästä siirrytään asteittain kohti yksiportaista ympärivuorokautisen hoidon järjestelmää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

### **Kehittämistyöprosessin analysointi ja arviointi**

Kehittämistyö oli ajankohtainen valtakunnallisesti, paikallisesti ja oman työn kautta. Tämä motivoi työn tekemistä. Lähteiden hankinta osoittautui työlääksi, koska palveluasumista ei ole paljon tutkittu. Ajankohtaisia lähteitä ja tutkimuksia aiheesta kuitenkin löytyi, ja se lisäsi innostusta työn tekemiseen. Muuallakin Suomessa on pohdittu samoja asioita ja mietitty toimintakäytäntöjä paikallisten tarpeiden mukaan.

Kehittävä työntutkimus jäsensi hyvin kehittämistyöprosessin eri vaiheita. Raportin kirjoittamisvaiheessa eri vaiheiden päällekkäisyyden vuoksi oli hankalaa joskus havaita, mihin kohtaan mikäkin kehittämistyön vaihe kuuluu. Kehittävän työntutkimuksen prosessin sisäistäminen helpotti raportointia, ja työn jäsentäminen sen mukaan helpotti raportin kirjoittamista.

Haastattelujen tekeminen kesällä 2009 oli mielenkiintoinen ja antoisa prosessi. Haastateltavat pitivät kehittämistyötä tarpeellisena ja olivat motivoituneita haastatteluihin. Saimme paljon arvokasta tietoa eri toimijoilta prosessikuvausta varten. Haastatteluissa tuli esille myös yhteistyön lisäämisen tarve eri toimijoiden kesken. Samoin toivottiin enemmän tiedottamista ikääntyneille ja heidän omaisilleen palvelutaloon hakeutumisesta.

Palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin yhteistyöryhmiin osallistuminen on ollut sekä kehittämistyötä että myös omaa työtä rikastuttavaa. Palveluasumisen asukasvalintaprosessin kehittäminen työryhmissä oli tosin vähäisemmässä roolissa kuin muut palveluasumisen asiat. Yhteistyöryhmien tärkein merkitys lienee yhteinen keskustelu ja kehittäminen yhteisöjen, yritysten ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kesken. Tämän työn jälkeen yhteistyöryhmä, jossa on palvelutalojen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin toimijoita, jatkaa tapaamisia vähintään kaksi kertaa vuodessa. Tapaamiset ovat tärkeitä foorumeita, joissa voidaan kehittää yhdessä palveluasumista ja siihen liittyviä ohjeita, toimintakäytäntöjä sekä palvelun laatua. Yhteinen keskustelu tulevaisuuden haasteista antaa palvelutaloillekin mahdollisuuden muuttaa toimintaansa pienin askelin suuntaan, joka on valtakunnallisen ohjauksen tavoitteena.

Opiskelun ja kehittämistyön tekeminen oman työ ohessa osoittautui haastavaksi aikapulan takia. Aikataulua pitikin ”löysentää” ja kehittämistyön valmistuminen pitkittyi alkuperäisestä suunnitelmasta. Silti oma jaksaminen oli kehittämistyön edetessä koetuksella ja aiheutti yhteistyön ja työnjaon ongelmia. Työnjaon ongelmia on saattanut lisätä myös kehittämistyöntekijöiden erilainen tapa työskennellä. Työnjaon ongelmista olisi selvitty, jos olisi aiemmin osattu pyytää apua ohjaavalta opettajalta tai olisimme pyytäneet työelämän ohjausryhmän koolle ja sen kanssa miettineet, miten työ saadaan etenemään.

Työn etenemistä vaikeutti myös se, että vain toinen kehittämistyötä tekevästä on kirjoittanut jäsentämisessä käytetyn kehittävän työntutkimuksen ja teemahaastattelun sekä käsittekarttatekniikan teoriaa. Kun teoria näiden osalta oli edennyt jo pitkälle, oli toisen kehittämistyötä tehneen vaikea tavoittaa teorian kirjoittaneen ajatuksenkulkua keskusteluiden aikana ja työn jatkaminen näistä osioista oli hankalaa. Työn etenemistä on vaikeuttanut myös se, että toinen tekijöistä oli työnsä puolesta mukana palveluasumista kehittäneissä työryhmissä ja SAS-ryhmässä, joten niissä käydyt keskustelut ja esiin nostetut kehittämis ehdotukset ovat vain toisen käden tai muistioiden kertomaa tietoa. Tämä olisi vältetty, jos molemmat kehittämistyöntekijät olisivat osallistuneet näihin ryhmiin.

Työn aikatauluun on ollut vaikutusta myös sillä, että kehittämistyöryhmissä on käsitelty myös muita asioita kuin tähän kehittämistyöhön kuuluneita asioita. Se on kuitenkin

kin ollut tärkeätä työryhmien yhteistyön ja keskustelun kehittymisen kannalta. Toisaalta kehittämistyön pitkittyminen on mahdollistanut uusien toimintakäytäntöjen ja työnjaon kehittämisen sekä viimeisimpien muutoksien tekemisen prosessikuvaukseen.

Jaksamista on auttanut se, että työ on koettu tärkeäksi, kun Itä-Savon sairaanhoitopiirillä ei ole ollut aiempaa palveluasumisen asukasvalinnan prosessikuvausta. Työ tulee selkeyttämään palvelutalon asukasvalinnan toimintakäytäntöä. Työn tekemisen mielekkyyttä lisäsi myös se, että tällä kehittämistyöllä voi olla laajempaa merkitystä tulevaisuuden haasteisiin vastaamisessa.

Savonlinnassa on palveluasumisen tulevaisuuden haasteena vähentää ostetun palveluasumisen määrää ja lisätä tehostettua palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen dementiayksikössä sekä päihde- ja psykogeriatrisen palveluasumisen tuottamista tai ostamista. Tässä työssä ei nostettu esiin päihde- ja psykogeriatrisen palveluasumisen tarpeen kasvua, mutta tähän tarpeeseen törmää lähes kaikissa SAS-ryhmän kokouksissa.

### **12.1 Jatkokehittämissuhteet**

Tässä kehittämistyössä ei paneuduttu asiakkaiden ja omaisten näkemykseen palveluasumisesta ja asukasvalinnasta. Tulevaisuudessa ikääntyvien määrä lisääntyy ja he haluavat itse päättää, millaisia palveluita he haluavat. Lisäksi ikääntyneet tulevat käyttämään enemmän omaa rahaa hankkiessaan mieleisiään palveluita. Hyvä jatkotutkimuksen kohde onkin, millaisia palveluita tulevaisuudessa tullaan tarvitsemaan. Onko yhä samanlainen tarve kuntien tarjoamaan palveluasumiseen vai onko tulevaisuudessa yhä enemmän tarvetta tuottaa kotiin vietäviä räätälöityjä palveluita. Muuttuvatko ikääntyneiden toiveet asumisesta ja minkälaiseksi? Varmasti tullaan tarvitsemaan myös palveluasumista ja hoiva-asumista, mutta se, onko niihin hakeutumisessa tulossa muutoksia, jotka vaikuttavat tulevaisuuden ikääntyneiden palveluiden kehittämiseen jää nähtäväksi.

## LÄHTEET

- Andersson, Sirpa 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakes/Raportteja 14/2007.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma 2000. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Osuuskunta Vastapaino. Tampere.
- Björgren, Magnus, Noro, Anja, Vähäkangas, Pia & Finne-Soveri, Harriet. 2006. Palvelujen ohjaaminen – MAPLe ja MI-CHOICE -mittarit. Kirjassa Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI –järjestelmä vertailukeittämisessä. Toim. Finne-Soveri, Harriet, Björgren, Magnus, Vähäkangas, Pia & Noro Anja. Stakes. Vaajakoski.
- Björgren, Magnus, Häkkinen, U. & Finne-Soveri, Harriet, 1998. Pitkäaikaispotilaiden voimavaratarve RUG -luokituksella. Stakes. Aiheita 1. Helsinki.
- Burrows, A.B., Morris, J.N., Simon, S.E., Hirdes, J.P. & Phillips, C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 29(2) 165 - 72.
- Dahlström, Edmund 1975. Intervju- och enkättekniik. Stockolm: Natur och Kultur. Teoksessa Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Engeström, Yrjö & Engeström, Ritva 1984. Siivoustyön hallinta. Helsinki: ServiSystems Oy.
- Engeström, Yrjö 1987. Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-konsultit.
- Engeström, Yrjö, Engeström, Ritva, Helenius, Jouni & Koistinen, Kirsi 1987. Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE-projektin tutkimushankkeen I väliraportti. Espoo: Espoon kaupungin terveysvirasto.
- Engeström, Yrjö 1985. Kehittävän työntutkimuksen peruskäsitteitä. *Aikuiskasvatus* 4.
- Engeström, Yrjö (1988). Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Engeström, Yrjö 1995. Kehittävä työntutkimus. Helsinki: Painatuskeskus.
- Engeström, Yrjö 1998. Kehittävä työntutkimus, perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Engeström, Yrjö 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.
- Engeström, Yrjö, Haavisto, Vaula & Pihlaja, Juha 1992. Alioikeudet uuden työtavan kynnyksellä. Kehittävän työntutkimuksen sovellus tuomioistuinlaitoksessa. Helsinki: Yliopistopaino.

- Engeström, Yrjö & Virkkunen, Jaakko 2007. Muutoslaboratorio – kehittävän työntutkimuksen uusi vaihe. Teoksessa Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Toim. Ramsted, Elise & Alasoini, Tuomo. Tykes raportteja 53. Helsinki 2007.
- Finne-Soveri, Harriet & Noro, Anja 1986. Kirjassa Kotihoidon asiakasrakenne. Toim. Finne-Soveri, Harriet, Björgren, Magnus, Vähäkangas, Pia & Noro Anja. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Finne-Soveri, Harriet & Nurme, Pia 2007. Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteeriehtotus Porvoossa. Työpapereita 28/2007. Stakes.
- Fries, B.E., Simon, S.E., Morris, J.N., Flodstrom, C. & Bookstein, F.L. "Pain in US Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set" *Gerontologist* 41(2) 173 - 179.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko ja Sajavaara Paula, 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. <http://www.tenk.fi/HTK>. Luettu 3.4.2011.
- Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. 2005. RAI-järjestelmä vertailukehittämässä. Toim. Noro, Anja, Finne-Soveri, Harriet, Björgren, Magnus & Vähäkangas, Pia. Stakes. Helsinki.
- Ikääntyvien palvelut 2011. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Tilasto- ja indikaattori-pankki SOTKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> Luettu 12.2.2011.
- Kankkunen, Markku 1999. Opittujen käsitteiden merkityksen ymmärtäminen sekä ajattelun rakenteiden analyysi käsittekarttamenetelmän avulla. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteellisiä julkaisuja 54. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.
- Karisto, Antti, Takala, Pentti & Haapola, Ilkka 2003. Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Helsinki: WSOY.
- Karjalainen, Elisa. 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palvelutaloissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. <http://herkules oulu.fi/isbn9514254589/isbn9514254589.pdf>. Luettu 28.2.2009.
- Karjalainen, Kristiina 1999. Yhteistyö yhteiseksi työksi –projekti. Teoksessa Pelttari, Paula 1999. Yhteistyössä. Työelämän ja koulutuksen yhteistyön kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.
- Kasvio, Antti 1990. Työorganisaatioiden tutkimus ja niiden tutkiva kehittäminen. Työelämän tutkimuskeskus. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kehittävä työntutkimus. 2009. Muutoksen tekijät toimintakonseptien kehittäjien verkosto. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö.  
<http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=131&toggle=394>. Luettu 8.3.2009.

Kela - Eläkkeensaajan asumistuki.  
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/061101124325EH?Open>. Luettu 12.3.2011.

Kela - Eläkettä saavan hoitotuki.  
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020608105829HN?Open>. Luettu 12.3.2011.

Ketola, Tuija & Kokkonen, Tuomo 1994. Sosiaalialan työn lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Klemola, Annukka 2006. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-27-0508-7/urn\\_isbn\\_951-27-0508-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0508-7/urn_isbn_951-27-0508-7.pdf). Luettu 23.1.2011.

Kvale, S. 1996. InterViews. An introduction to qualitative research interviewing. London: Sage. Teoksessa Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1998. Sisällön analyysi. Hoitotiede N. 11, no 1/99.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>. Luettu 30.1.2010.

Leontjev, Aleksei Nikolajevits 1977. Toiminta, tietoisuus, persoonallisuus. Helsinki: Kansankulttuuri.

Liikamaa Päivi 2005. Projektivillitys lyönyt jo yli. Dialogi 7, 24 - 27.

Merton, R. K., Fiske, M. & Kendall, P. L. 1956. The Focused Interview. A Manual of Problems and Procedures. Glencoe, IL: Free Press. Teoksessa Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Morris, J.N., Fri, B.E. & Morris, S.A. Scaling 1999. ADLs within the MDS. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 54(11): M546 - M553.

Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R. Hawes, C., Philips, C., Mor, V. & Lipsitz, L. 1994. MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology. 49(3): M174 - 182.

Noro, Anja, Finne-Soveri, Harriet, Björgren, Magnus, Häkkinen, Unto, Laine, Juha, Vähäkangas, Pia, Kerppilä, Satu & Storbacka, Raisa 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking.

<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/443D365E-9096-49D9-A499-3199BACE026D/0/Aiheita172001.pdf>. Luettu 3.6.2011.

Noro, Anja 2005. RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä. Teoksessa Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. 2005. Toim. Noro, Anja, Finne-Soveri, Harriet, Björren, Magnus & Vähäkangas, Pia. Stakes. Helsinki.

Novak, Joseph D. 2002. Tiedon oppiminen, luominen ja käyttö. Käsitekartat työvälineinä oppilaitoksissa ja yrityksissä. Keuruu: PS-kustannus.

Parkkinen, Pekka 2007. Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. VATT tutkimuksia.  
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7188-9.pdf>. Luettu 18.11.2008.

Pasanen Sanna. 2009. Vanhusten palveluasumisen vaiheet Tampereella. Asiantuntijoiden kokemuksia ja näkemyksiä. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 1/2010.  
[http://www.tampere.fi/material/attachments/v/5pnFWqpuf/Vanhusten\\_palveluasumisen\\_vaiheet\\_Tampereella.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachments/v/5pnFWqpuf/Vanhusten_palveluasumisen_vaiheet_Tampereella.pdf). Luettu 14.3.2011.

Pilkama, Airi 2005. Turvallisesti kotona Kuusankosken vanhusten avopalveluiden kehittämiprojekti 2002 – 2004. Loppuraportti. Socom, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy ja Kuusankosken sosiaalikeskus. Kuusankosken kaupunki.

RAI-järjestelmät. WWW-dokumentti. <http://www.finrai.org/esittely/jarjestelmat.asp>  
Luettu 23.3.2009.

RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. WWW-dokumentti.  
<http://info.stakes.fi/finrai/FI/raijarjestelma>  
Luettu 31.12.2008.

RUG-III/22 luokitus. Luokituskriteerit ja kustannuspainot.  
[http://www.finrai.org/esittely/kuvat/RUG3\\_22\\_luokitus.pdf](http://www.finrai.org/esittely/kuvat/RUG3_22_luokitus.pdf). Luettu 23.3.2009.

Routio, Pentti. 2007. Kyselevät tutkimustavat. Teemahaastattelu.  
<http://artisti.uiah.fi/projects/metodi/064.htm>. Päivitetty 3.8.2007. Luettu 25.3.2009.

Sisällön analyysi 2003. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. WSOY: Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja.

Smith, H. W. 1975. Strategies of Social Research. The Methodological Imagination. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Teoksessa: Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Luettu 30.1.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, Kuvailulehti. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1554171](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1554171). Luettu 14.4.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/ikaihminen/ikaihminen.pdf>. Luettu 28.12.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 7.6.2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Kuntatiedote 5/2006.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/rt1150108323228/passthru.pdf>. Luettu 31.11.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista/507/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20091806> 31.1.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1202801063405/passthru.pdf>. Luettu 31.01.2011

Talousarvio ja taloussuunnitelma 2009 - 2011. 25.11.2008. Itä-Savon sairaanhoitopiiri.

Tanskanen, Anu 1999. Sisällön analyysi hoitotieteessä. WWW-dokumentti.

<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html> Päivitetty 16.11.1999. Luettu 29.4.2009.

Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja. <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf>. Luettu 28.3.2011.

Tilastokeskus väestötilastot. 2011. <http://www.stat.fi/til/vrm.html>. Luettu 12.2.2011.

Toikka, Kari, Norros, Leena & Hyötyläinen, Raimo 1988. Kehittyvää työtä tutkimassa – metodologisia kysymyksiä. Toim. J. Ranta & P. Huuhtanen. Informaatiotekniikka ja työympäristö. Osa II. Vaikutusten tutkimisen metodiikka. Työsuojelurahaston julkaisuja n:o A2.

Vanhustenhuollon kehittäminen 1982. Sosiaalihuollon Yleiskirje Nro A7/1982/hu Helsinki 1983. Valtion painatuskeskus.

Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma 2004. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2004:10.

[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/2f5fab004a176e1e948afc3d8d1d4668/palveluasumisen\\_kehittamisohj.pdf?MOD=AJPERES](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/2f5fab004a176e1e948afc3d8d1d4668/palveluasumisen_kehittamisohj.pdf?MOD=AJPERES) Luettu 1.3.2009.

Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 ta-  
loa. 2008. ARA asumisen ja rahoittamisen kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima;

<http://www.ara.fi/download.asp?contentid=21800&lan=sv>. Luettu 13.2.2011.

Virkkunen, Jaakko, Engeström, Yrjö, Pihlaja, Juha & Helle, Merja 2001. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Helsinki: Edita Oyj.

<http://www.mol.fi/tyke/00-03/materiaalit/kirjat/raportti6/Muutoslabora.pdf>.



Voutilainen, Päivi 28.6.2010. Palveluasumiseen linjataan yhdenmukaiset maksujen määräytymisperusteet. <http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli/view/1517125> Luettu 30.1.2011.

Vygotsky, Lev Semenovitch 1978. Mind in society: The psychology of higher mental functions. Cambridge: Harvard University Press.

Vygotsky, Lev Semenovitch 1986. Thought and Language. Cambridge: The MIT Press.

Åhlberg, Mauri 1990. Käsitekarttatekniikka ja muut vastaavat graafiset tiedonesittämistekniikat opettajan ja oppilaiden työvälineinä. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia. Savonlinnan opettajankoulutuslaitos. Joensuu.

Özer-Kemppainen Özlem. 2005 Senioriasumisen nykytila, kehitystarpeet ja mahdollisuudet. Oulun yliopisto. Arkkitehtuurin osasto. Akateeminen väitöskirja. <http://herkules oulu.fi/isbn9514276442.pdf> Luettu 3.1.2009.



Keskussairaalan tie 6  
57120 Savonlinna  
Puhelin (015) 527 2000  
[www.isshp.fi](http://www.isshp.fi)

Haastattelupyyntö

20.5.2009

Teemahaastattelupyyntö

**Itä-Savon sairaanhoitopiirin palveluasumisen asukasvalintaprosessin kuvaus**

Olemme opiskelemassa Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan yksikössä Sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opintoihimme liittyvä kehittämistyö on palveluasumisen asukasvalintaprosessin kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirille.

Toivomme, että Teillä olisi aikaa teemahaastatteluun, jonka kysymykset ovat tämän kirjeen liitteenä. Otamme Teihin yhteyttä puhelimitse viimeistään viikolla 23, jolloin voimme sopia haastatteluajan. Haastattelu kestää noin tunnin. Haastatteluille olemme varanneet kalentereihimme aikaa kesäkuussa viikoille 24 ja 25 ja elokuussa viikoille 32 ja 33. Mikäli edellä mainitut ajankohdat eivät Teille sovi, voimme sopia haastattelusta myös muuna aikana.

Käsitlemme haastattelun vastaukset luottamuksellisesti ja ne ovat vain kehittämistyöntekijöitä varten. Kehittämistyön raportoinnissa huolehdimme, että kukaan haastatteluun osallistunut ei ole tunnistettavissa. Raportti annetaan ennen sen julkaisemista haastatteluille tarkistettavaksi, jolloin poistetaan lausumat, joista henkilön tunnistaminen olisi mahdollista.

Mikäli teillä on haastatteluun liittyen kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä.

Tuula Kärkkäinen  
puh. työ 044 582 3835  
koti 040 526 5174  
s-posti [tuula.karkkainen@isshp.fi](mailto:tuula.karkkainen@isshp.fi)

[tuula.karkkainen@pp4.inet.fi](mailto:tuula.karkkainen@pp4.inet.fi)

Suvi Sipilä  
puh. työ 044 417 2201  
koti 044 298 5277  
s-posti [suvi.sipila@isshp.fi](mailto:suvi.sipila@isshp.fi)

[sipila.suvi@gmail.com](mailto:sipila.suvi@gmail.com)



Teemahaastattelu

08.05.2009

**TEEMAHAASTATTELUKYSYMYKSET PALVELUASUMISPROSESSIN  
PEILIAINEISTON KERÄÄMISEEN**

1. Kuvaile palveluasumisen asukasvalinnan toimintakäytäntö ennen Sosteria?
  - a. Mitä hyvää oli aiemmassa toimintakäytännössä?
  - b. Oliko aiemmassa toimintakäytännössä ongelmia?
  
2. Kuvaile nykyinen toimintakäytäntö palveluasumisen asukasvalinnassa?
  - a. Onko nykyinen toimintakäytäntö toimiva?
  - b. Miten haluaisit kehittää tai muuttaa nykyistä toimintakäytäntöä?
  
3. Mitä muuta haluat sanoa asukasvalintaan liittyen?

Itä-Savon sairaanhoitopiiri kutsuu Teidät alueelliseen

## Vanhuspalveluiden tulevaisuuden haasteet - seminaariin 30.11.2009

**Paikka Savonlinnan keskussairaala C-sali, Keskussairaalantie 6,  
57120 Savonlinna**

**Tavoitteena on saada työväliseitä vanhushpalvelujen tarpeen, laadun ja  
kustannusten arviointiin ja tutustua RAI -järjestelmään arvioinnin apuna**

### **Seminaari soveltuu**

- **kuntien viran- ja toimenhaltijoille sekä kuntien luottamushenkilöille**
- **sairaanhoitopiirin kuntayhtymähallitukselle ja -valtuustolle**
- **palvelutalojen ja hoitokotien johdoille sekä henkilöstölle**
- **sairaanhoitopiirin johdolle, lääkäreille, vanhushpalveluiden esimiehille ja lähiesimiehille sekä henkilöstölle**

**13 Seminaarin hinta 30 €**

### **14 Aamupäivän ohjelma**

8.45 - 9.15 Aamukahvi

9.15 - 9.30 Tervehdyssanat. Seminaarin puheenjohtaja, sosiaalihoitaja  
Saara Pesonen, Savonlinnan kaupunki

9.30 – 11.00 Valtakunnallinen selvitys vanhushpalveluiden tilanteesta.  
Vanhushpalveluiden tilanne Itä-Suomessa ja Savonlinnan seudulla.  
Terveysthuollontarkastaja Sirkka Jakonen ja ylitarkastaja Pia Sorsa, Itä-Suomen lääninhallitus

11.00 - 11.30 Selvitys savonlinnalaisten palveluasumiseen hakeneiden toimintakyvystä. Geriatrian erikoislääkäri, ylilääkäri Riitta Kupiainen, Sosteri

11.30 - 12.15 Lounas (omakustanteinen)

### **Iltapäivän ohjelma**

- 12.15 – 13.15 Ikääntyneiden hoidon ja hoitotyön kehittäminen RAI -toimintakyvyn arvioinnin avulla. Savonlinnan seudun tuloksia. Geriatrian dosentti Harriet Finne-Soveri, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
- 13.15 – 13.30 Keskustelua RAI -toimintakyvyn arvioinneista
- 13.30 – 14.00 Kahvi (omakustanteinen)
- 14.00 – 14.30 Palveluasumisen asukasvalinta RAI -toimintakyvyn arviointien perusteella, Harriet Finne-Soveri
- 14.30 – 14.45 Keskustelu
- 14.45 – 15.00 Päivän päätös, terveydenhuollontarkastaja Sirkka Jakonen

### **Ilmoittautumiset 23.11. mennessä**

Tuula Kärkkäinen puh. 044 417 3835 tai [tuula.karkkainen@isshp.fi](mailto:tuula.karkkainen@isshp.fi)

Ilmoittautumisen yhteydessä pyydämme kohteliaimmin ilmoittamaan myös osallistumisestanne aamukahville, lounaalle ja päiväkahville sekä erityisruokavalioista.

## **Palveluasumisen ja laitoshoidon kriteeriehtotus**

### **Tuettu palveluasuminen**

Sosiaalihuollon sanaston (2007) mukaan palveluasuminen on asumismuoto, johon kuuluu palveluntuottajan järjestämä asunto ja jokapäiväiseen selviytymiseen kuuluvia sosiaalipalveluita (Andersson 2007, 9). Palveluasumisen tavoitteena on, että toimintakyvyltään heikentyneet ja jatkuvaa apua tarvitsevat ikääntyneet voivat asua itsenäisesti ja säilyttää oman elämäntyylinsä ja itsenäisyytensä mahdollisimman pitkään. Palveluasuminen voi olla myös tilapäistä asumista, esim. omaishoitajan loman, sairaalasta kotiutumisen tai oikean palvelumuodon selvittämisen vuoksi. (Özer-Kemppainen 2005, 18 – 19.)

- Ehkäistä turvattomuuden tai yksinäisyyden aiheuttamaa varhaista laitostumista.
- Ehkäistä passivoitumista ja edistää omatoimista selviytymistä.

### **Tuettuun palveluasumiseen pääsyn kriteerit**

Edellytys kaikissa tapauksissa: kotihoitoa on kokeiltu

- MAPLe 2+ (kaksi tai enemmän)
- MAPLe 1 vain poikkeuksellisista syistä, kuten psykoottiset oireet (harhaisuus tai harhaluuloisuus), erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä (niiden puuttuminen tai vähävaraisuus).
- Tuettu ympärivuorokautinen asuminen: samat kriteerit, mutta turvattomuutta tai ajoittaista avun tarvetta esiintyy myös yöllä.

### **Tehostettu palveluasuminen**

Asumismuoto mahdollistaa asumisen elämän loppuun asti riippumatta toimintakyvystä. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon sanaston mukaan palveluasumista, jossa palvelut ovat saatavana ympäri vuorokauden (Andersson 2007, 9). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu monisairaille, toiminnanvajeisille

henkilöille, jotka hyötyvät asumismuodon mahdollistamasta itsenäisyydestä ja muiden asukkaiden seurasta, mutta eivät sairautensa vuoksi tarvitse sairaalatasoista sairaanhoidollista osaamista. Dementoituneet, joilla on sosiaalisia taitoja jäljellä, sopivat hyvin tehostettuun palveluasumiseen. (Finne-Soveri & Nurme 2007, 27.)

”sosiaalinen hyvä elämä vaikeasti sairaille”; tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu monisairaille toiminnanvajeisille henkilöille, jotka hyötyvät tehostetun palveluasumisen itsenäisyydestä, talon sijainnista ja muiden asukkaiden seurasta.

- Henkilöille, jotka sairautensa vuoksi tarvitsevat ei-sairaalatasoista sairaanhoidollista osaamista.
- Dementia voi olla yksi sairauksista - tällöin sosiaalisia taitoja jäljellä.

#### **Tehostettuun palveluasumiseen pääsyn kriteerit**

- MAPLe 4 – 5
- Siraat ja epävakaat, joilla on toistuvia sairaalajaksoja ja monien sairauksien vuoksi sairaanhoidollisten toimenpiteiden säännöllinen ja jatkuva tarve: esim. aivo-  
halvaukset, joilla neuropsykologisia vajeita, vaikea COPD (KAT), epävakaa sokeri-  
tasapaino diabeetikolla (ja/tai toistuvia infektioita).
- ”Nuori” ikä yhdistyneinä iäkkäämmillä usein esiintyviin erityisongelmiin siten, että muut tähän hoitomuotoon pääsyn kriteerit täyttyvät.
- MAPLe 1 – 3 JOS CHESS = 3+ (kolme tai enemmän) TAI poikkeuksellisista syistä, kuten psykoottiset oireet (harhaisuus tai harhaluuloisuus) yhdessä TOISTUVASTI epävakaan sairauden kanssa, TAI erityisen pitkät välimatkat JA kyvyttömyys käyttää julkisia liikennevälineitä (niiden puuttuminen tai vähävaraisuus) yhdessä TOISTUVASTI epävakaan sairauden kanssa.
- Tavoitetaso: MAPLe 1 – 2 korkeintaan seitsemän prosenttia kaikista TEHPA:n asiakkaista.

### **Tehostetusta palveluasumisesta edelleen ohjaamisen kriteerit**

- Voinnin ja/tai toimintakyvyn muutos pysyvästi tai hyvin pitkäksi ajaksi sellaiseksi, että se edellyttää toistuvia vaativia lääketieteellisiä toimenpiteitä, jolloin pysyvä siirtyminen terveyskeskuksen vuodeosastolle on perusteltua.
- Tilan pitkäaikainen tai pysyvä koheneminen edellyttää asiakkaan omaa halua purkaa palveluasumisen vuokrasuhde.

### **Vanhainkoti**

Asumismuoto mahdollistaa asumisen elämän loppuun asti riippumatta toimintakyvystä. Vanhainkotiasuminen on tarkoitettu ensisijaisesti dementiaa sairastaville toiminnanvajeisille henkilöille, jotka hyötyvät laitosasumisesta, ns. ”puhtaat tai melko puhtaat demensiat”, henkilöt joiden pääasiallinen avuntarve johtuu dementoivasta sairaudesta. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä vanhainkotiasumista on Punkaharjulla Rauhalassa, Kerimäen vanhainkodissa ja Savonlinnan Savonrannalla Päivärinteellä.

- Dementia vaikeuttaa oleellisesti välinetoimintojen lisäksi päivittäistä toimista selviytymistä.
- Henkilöille, joiden päätöksentekokyky on sairaudesta johtuen alentunut, eivätkä he sairautensa vuoksi voi enää asua turvallisesti kotona
  - toistuvaa turvallisuuden vaarantavaa eksyilyä/karkailua
  - toistuvia vaaratilanteita kotona
- Tavoitteena on jäljellä olevan toimintakyvyn säilyminen niin pitkään kuin mahdollista

### **Vanhainkotiin pääsyn kriteerit**

- MAPLe 4 – 5 JA kognitioon vaikuttava sairaus
- MAPLe 2 – 3 VAIN jos toistuva turvallisuuden vaarantuminen (karkailu, onnettomuudet, vaikea harhaisuus)
- MAPLe 1 → turvattomuus on peruste vanhainkotiin sijoitukselle vain kaltoin kohtelun yhteydessä.



- Tavoitetaso: MAPLe 1 korkeintaan yksi prosentti kaikista vanhainkotiasukkaista, PA -ryhmään kuuluvia asukkaita korkeintaan seitsemän prosenttia.

### **Vanhainkodista edelleen ohjaamisen kriteerit**

- Voinnin ja/tai toimintakyvyn muutos pysyvästi tai hyvin pitkäksi ajaksi sellaiseksi, että se edellyttää toistuvia vaativia lääketieteellisiä toimenpiteitä, jolloin pysyvä siirtyminen terveyskeskuksen vuodeosastolle on perusteltua
- Tilan pitkäaikainen tai pysyvä koheneminen kevythoitaiseksi edellyttää sen harkitsemista, kannattaako asukkaan muuttaa kevyemmälle palvelurakenteen tasolle. Tällöin toimitaan kunkin tason kriteerien mukaisesti.

### **Terveyskeskus**

Asumismuoto mahdollistaa asumisen elämän loppuun asti vain kriteerit täyttävissä erityistapauksissa. Terveyskeskus on tarkoitettu monisairaille toiminnanvajeisille iäkkäille, joilla on selvitettäviä sairauksia, vaikeasti saneerattavia lääkityksiä ja/tai joilla on kuntoutumisen potentiaalia.

- Niille monisairaille toiminnanvajeisille henkilöille, joilla ei ole kuntoutumisen potentiaalia ja jotka epävakaan somaattisen sairautensa JA suuren avuntarpeensa vuoksi eivät pärjää TEHPA:ssa tai vanhainkodissa.
- Tavoitteena on diagnostiikka ja hoito ja kuntoutus JA/TAI sairauden mahdollisimman hyvä hallinta.

### **Terveyskeskukseen pääsyn kriteerit**

- MAPLe 4 – 5 JA epävakaa somaattinen sairaus
- MAPLe 1 – 3 VAIN
  - jos toistuvia sairaalajaksoja TAI
- CHESS = 3+ (kolme tai enemmän) TAI
- Tavoitteena on uloskirjaus viimeistään 6 kk:ssa
- Haastava saattohoito

**Terveyskeskuksesta edelleen ohjaamisen kriteerit**

Tilan pitkäaikainen tai pysyvä koheneminen kevythoitoiseksi (RUG alaluokat PA, BA, IA, CA ja erikseen harkittavissa tapauksissa CB) edellyttää kevyemmän palvelurakenteen tason harkintaa. Tällöin toimitaan kunkin tason kriteerien mukaisesti.

