

Eija Koskinen

Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Opinnäytetyö
10.1.2012

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Eija Koskinen Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen 72 sivua + 5 liitettä 10.1.2012
Tutkinto	Sosionomi, ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen
Ohjaaja	Eija Metsälä, yliopettaja, rh, FT, apulaisprofessori
<p>Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen vuonna 2012 toteutettavaa Espoon kotihoidon organisaatiouudistusta tukeva kehittämistyö. Tavoitteena oli kehittää Espoon kaupungin kotihoidon yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli. Kotihoidossa palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan kotiin pyydettyä tehtävää arviointikäyntiä, jonka tavoitteena on tukea vanhuksen kotona selviytymistä ja kannustaa omien voimavarojen käyttöön. Kehittämistyön kohteena oli Espoon kotihoitoon, kuljetuspalveluun ja omaishoidontukeen liittyvä palvelutarpeen arviointitoiminta sekä palveluneuvonta- ja ohjaus.</p> <p>Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittämiseen haettiin näkökulmaa kehittävästä työntutkimuksesta. Tiedonkeruuvälineen rakentamisessa, kyselyn analyysissä ja toimintamallin kehittämisessä käytettiin jäsentäjänä kehittävän työntutkimuksen teoreettista apuvälinettä toimintajärjestelmän mallia, jonka osa-alueet ovat tekijä, kohde, välineet, säännöt, työnjako ja yhteisö. Nykyinen Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli kuvattiin ja analysoitiin hyödyntäen kotihoidon toimintaympäristöön ja kehittämiseen liittyviä dokumentteja, asiakasrekisteriä ja kyselyä. Kyselytutkimusaineisto kerättiin kokonaisotantana Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointeja tekeville työntekijöiltä (n=93) ja analysoitiin tilastollisin menetelmin. Vastausprosentti oli 41 %. Kyselytutkimuksen tulokset osoittivat, että kehittämistarpeita ja eroja virkanimikkeittäin, ammatillisen koulutuksen suhteen ja alueellisesti esiintyi palvelutarpeen arvioinnin välineisiin (tiedot, taidot, välineiden käyttö ja -valmiudet, saatu ohjaus ja tuki) ja työnjakoon (tekijä, yhteydenotto, tiedonsaanti, päätöksenteko) liittyvissä seikoissa. Näkemykset palvelutarpeen arvioinnin toteutumisesta ja asiakkaaksi ottamisesta erosivat joiltakin osin joko virkanimikkeittäin, ammatillisen koulutuksen suhteen tai alueellisesti. Tämän seurauksena syntyy ristiriitoja laadukkaan, asiakaslähtöisen ja yhdenmukaisen palvelutarpeen arviointitoiminnan toteutumiseen.</p> <p>Aineiston analyysin avulla saatiin esiin Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin nykytila, ristiriidat ja kehittämistarpeet. Uusi yhtenäinen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli muotoutui kootun teorian, tutkimustulosten ja käytössä olevien nykyisten toimintamallien pohjalta. Yhtenäinen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli on suunniteltu keskitettyyn palvelutarpeen arviointiin. Uusi toimintamalli luo hyvän perustan sellaiselle asiakaslähtöiselle ja yhdenmukaiselle toimintatavalle, joka tukee kotihoidon palvelujen oikeudenmukaista kohdentumista. Toimintamallin käyttöönottoa ja sen aikaansaamia vaikutusten arviointia jatketaan opinnäytetyön jälkeen.</p>	
Avainsanat	palvelutarpeen arviointi, kotihoito, kehittävä työntutkimus

Author Title Number of Pages Date	Eija Koskinen Development of home care service needs assessment 72 pages + 5 appendices 10 January 2012
Degree	Master of Social Services
Degree Programme	Social Services and Health Care Development and Management
Instructor	Eija Metsälä, RT, PhD, Associate professor
<p>This thesis was designed to support the City of Espoo home care reorganization that took place in year 2012. The aim was to develop a standardized assessment model for the needs of city home care service. The assessment of home care service needs refers to assessment visits made homes on request which aims to support the elderly living at home. Development in the Espoo home care, transportation service, support for informal care-related service needs assessment activities, related advisory and case management services. The starting point was to identify the current practices and find successful working practices.</p> <p>Methodological perspective of this project was applied developmental work research. The activity system model of developmental work research was a conceptual tool when data collection method was developed, the analysis of the survey and while operating model development. The aspects of conceptual tools are author, object, tools, rules and division of duties. Current Espoo home care service needs assessment model were described and analyzed using the home care environment and development of related documents, customer register and the survey. The survey data comprised total sample of employees who carried out Espoo home care service needs assessments (n=93), and were analyzed by statistical methods. The response rate of the survey was 41 %. Analysis highlighted the current status, conflicts and development needs.</p> <p>Results of the survey reported the development needs and the differences in the home care service needs assessment tools (knowledge, skills, tools and the ability to use tools received guidance and support) and in the division of labor (author, contact, information, decision-making). The survey also reported differences in the implementation of home care service needs assessment and when becoming a customer. These factors cause conflicts in a high-quality, customer-oriented and standardized home care service needs assessment.</p> <p>The result of this thesis is an assessment model that is designed to centralized home care service needs assessment in the new organization. The new approach provides a good framework for customer-oriented and consistent way of functioning, which supports the fair allocation for home-care services. Approach to the introduction and evaluation of the impacts will be continued beyond the thesis.</p>	
Keywords	the assessment of service needs, home care, developmental work research

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn tarkoitus ja tavoitteet	3
3	Espoon kotihoito	4
3.1	Espoon kaupungin kotihoito	4
3.2	Espoon kaupungin kotihoito-organisaatio	5
3.3	Espoon kaupungin kotihoidon toimintaympäristön muutokset ja kehittäminen	8
4	Kehittämistyön lähtökohtia	10
4.1	Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa	10
4.1.1	Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia	12
4.1.2	Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointiprosessi	14
4.2	Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin	18
4.2.1	Ehkäisevät kotikäynnit	18
4.2.2	Palveluohjaus	21
4.2.3	Asiakaslähtöisyys kehittämisen lähtökohtana	23
5	Kehittämistyön toteutus	25
5.1	Kehittävä työntutkimus	25
5.1.1	Kehittämistyön kohde	26
5.1.2	Kehittämisprosessi	29
5.2	Aineiston keruu ja analysointi	31
5.2.1	Tiedonkeruuvälineen rakentaminen	31
5.2.2	Aineiston keruu	34
5.2.3	Kyselyaineiston analyysi	35
6	Tulokset	37
6.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	37
6.2	Näkemykset palvelutarpeen arvioinnin työnjaosta	39
6.3	Näkemykset palvelutarpeen arvioinnin välineistä	44
6.4	Näkemykset palvelutarpeen arvioinnin säännöistä	50

6.5	Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet	52
6.6	Tulosten yhteenveto	53
6.7	Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittäminen	60
6.7.1	Asiakaslähtöinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli	60
6.7.2	Kyselystä esiin nousseet kehittämistarpeet ja ratkaisuehdotukset	63
7	Pohdinta	65
7.1	Luotettavuus ja tutkimuseettiset näkökulmat	65
7.2	Tutkimustulosten ja kehittämistyön tarkastelua	67
7.3	Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin käyttöönotto	69
7.4	Työn hyödynnettävyys	71

Lähteet

Liitteet

Liite 1. Saate kyselylomakkeeseen

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Muuttujien uudelleenluokittelu

Liite 4. Liitetaulukot

Liite 5. Tutkimuslupa

Kuviot

- Kuvio 1. Espoon vanhusten palvelut.
- Kuvio 2. Espoon kaupungin kotihoito.
- Kuvio 3. Kolmitasoinen neuvonta- ja palveluohjausmalli.
- Kuvio 4. Toimintajärjestelmän rakennemalli.
- Kuvio 5. Omaishoidontuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.
- Kuvio 6. Alueellisen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.
- Kuvio 7. Sairaalasta kotiutuvien palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.
- Kuvio 8. Kehittävän työntutkimuksen kehittämis- tai oppimisprosessi.
- Kuvio 9. Tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumäärä suuralueittain ja tehtävämikkeittäin.
- Kuvio 10. Asiakaslähtöinen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.

Taulukot

- Taulukko 1. Tiedonkeruuvälineen muuttujaryhmät, muuttujat, kysymysnumerot ja kysymysten väittämien lukumäärä.
- Taulukko 2. Virka/toiminimike, ammatillinen koulutus, työskentelyalue.
- Taulukko 3. Työkokemus Espoon kotihoidossa, työkokemus nykyisessä tehtävässä ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa vuosina. Tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumäärä kuukaudessa.
- Taulukko 4. Miten tai mistä tieto palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta tulee.
- Taulukko 5. Tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä.
- Taulukko 6. Kuka tai ketkä ovat päättämässä kotihoidon asiakkuudesta.
- Taulukko 7. Palvelutarpeen arviointivälineiden käyttö.
- Taulukko 8. Valmiudet käyttää palvelutarpeen arvioinnin välineistöä.
- Taulukko 9. Saatu ohjaus ja tuki palvelutarpeen sekä toimintakyvyn arviointiin.
- Taulukko 10. Palvelutarpeen arvioinnin toteutuminen.
- Taulukko 11. Kotihoidon palvelutarpeen arviointi ja asiakkaaksi ottaminen.
- Taulukko 12. Kotihoidon palvelutarpeen arviointikotikäynnin tarkoitus.
- Taulukko 13. Vahvuusalueet.
- Taulukko 14. Kehittämisaalueet.
- Taulukko 15. Kuka tai ketkä ovat mukana palvelutarpeen arviointikotikäynnillä. Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä.
- Taulukko 16. Tiedonsaanti asiakkaan avun ja palvelutarpeesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä. Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä.

- Taulukko 17. Kuka tai ketkä ovat päättämässä kotihoidon asiakkuudesta. Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä.
- Taulukko 18. Tiedot palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta sekä kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista. Saatu ohjaus ja tuki. Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä.
- Taulukko 19. Tiedot palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta sekä kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista. Tilastollisesti merkitsevät erot eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä.
- Taulukko 20. Palvelutarpeen arvioinnin välineiden käyttö ja käyttövalmiudet. Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden ja eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä.
- Taulukko 21. Palvelutarpeen arviointikotikäynnin toteutuminen. Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden ja eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä.
- Taulukko 22. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet ja ratkaisuehdotukset.
- Liitetaulukko 1. Palvelutarpeen arviointikotikäynnin tekijä.
- Liitetaulukko 2. Tiedot palveluista, tukimuodoista ja niiden järjestämisen tavoista.
- Liitetaulukko 3. Tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista.
- Liitetaulukko 4. Palvelutarpeen arvioinnin taidot.
- Liitetaulukko 5. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet.

1 Johdanto

Suomen vanhuspolitiikan tavoitteena on edistää ikääntyvien toimintakykyä ja itsenäistä elämää. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008: 3) todetaan, että iäkkäiden palvelujärjestelmää on kehitettävä systemaattisesti hyvinvointia ja terveyttä edistävien sekä toimintakyvyn laskua ehkäisevien palvelujen suuntaan. Kotona asumista tulee edistää lisäämällä sitä tukevia ja kuntouttavia palveluja, asuntojen esteettömyyttä ja turvallisuuden parantamista unohtamatta. Ikäihmiset ja heidän omaisensa tarvitsevat ikääntymiseen, terveyteen ja sosiaalisin ongelmiin liittyvää tietoa ja neuvontaa sekä ohjausta siihen, mistä sitä voi saada. Käytännön toimintamuodoiksi ehdotetaan neuvontapalveluita ja ehkäiseviä kotikäyntejä. (Voutilainen – Raassina – Nyfors 2008: 16.)

Espoossa painotetaan valtakunnallisten linjausten tavoin kotona asumisen tukemista ja avopalvelujen ensisijaisuutta sekä riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamista. Espoon kaupungin ikääntymispoliittisessa ohjelmassa vuosille 2009–2015 korostetaan omaehtoista ikääntymistä ja tärkeinä painotuksina nähdään ikäihmisen voimaantuminen, valinnanvapauden lisääminen, ennaltaehkäisy ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Edellytyksenä omaehtoiselle ikääntymiselle nähdään riittävä tiedon ja palvelujen saatavuus, kotona asumisen tukeminen sekä ympäristön esteettömyys. (Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009–2015: 3.) Espoon vanhusten palvelujen strateginen painopiste on palveluohjauksen, neuvonnan ja palveluprosessien kehittämisessä. Väestön ikääntyessä palvelujen määrän lisäämisen tai palveluprosessien kehittämisen lisäksi tarvitaan palvelujen tarkempaa kohdentumista ja uusien toimintamallien kehittämistä. Tähän pyritään muun muassa kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin keskittämällä, joka on määritelty yhdeksi Espoon vanhusten palvelujen strategiseksi päämääräksi. (Espoon talousarvio sekä taloussuunnitelma vuodelle 2011.)

Kotihoidon palveluja järjestetään yhä kasvavalle asiakaskunnalle ja palvelujen tulee vastata erilaisten asiakasryhmien kotona asumisen tukemiseen monin eri tavoin. Osa ikääntyvistä tulee palvelujen ja hoidon piiriin liian myöhään, jolloin menetetään mahdollisuudet tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään. Palvelutarpeen arviointi on keino, jonka avulla voidaan puuttua riittävän varhain kotona selviytymistä haittaaviin ongelmiin. Tämä tavoite saavutetaan, kun palvelutarpeen arviointi on kattava ja siinä

otetaan huomioon ikääntyvän fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä asuin- ja elinympäristö. (Karvonen-Kälkäjä 2005: 29.)

Espoon kaupungin kotihoidossa on ollut 2000-luvulla kehittämishankkeita, joissa on korostettu kokonaisvaltaisen palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnin merkitystä sekä suositeltu palveluohjauksen ja -neuvonnan kehittämistä kotihoitoon. Espoon kotihoidon laadun kehittämissuunnitelmassa (2006–2008) kehitettiin muun muassa palvelutarpeen arviointiin ELLI1 -ensiarviointilomake (Vaarama – Ylönen – Meriläinen – Winqvist-Niskanen 2009: 13, 36–52), joka ohjaa jo ensikäynnillä neuvottelevaan dialogiin, huolelliseen ensiarvioon voimavaroista, avuntarpeesta ja riskitekijöistä kaikilla elämänlaadun ulottuvuuksilla sekä kysymään ja dokumentoimaan asiakkaan oma arvio tilanteestaan ja avuntarpeestaan. Muun muassa Kimppahankkeen esitutkimusraportissa (2005) todetaan, että Espoossa kotihoidon asiakkaat eivät enää saa kaikkia palveluita yhdeltä luukulta, vaan asiakkaat ohjataan hankkimaan osa palveluista yksityisiltä palveluntuottajilta. Ongelmana on, että kotihoidon palveluita saavat entistä huonokuntoisemmat ja iäkkäämmät asiakkaat joutuvat ottamaan vastuun hoidostaan ja koordinoitavasta palveluistaan. Ratkaisuksi Espoossa pohdittiin silloin uudenlaista palveluohjausjärjestelmää, jossa asiakkailla olisi selkeä hoidon koordinoija huolehtimassa oikeiden palvelujen löytämisestä monimutkaisesta palveluverkostosta. (Iivonen 2005:15.)

Huomiota tulee kiinnittää myös kotihoidon palvelujen myöntämiseen tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti palveluja tarvitseville ja niistä hyötyville asiakkaille. Kotihoidon tärkeänä kehittämisen alueena voidaan pitää riittävän kattavaa, asiantuntevaa palvelutarpeen arviointia, asiakkaan ohjaamista tarvittaessa palveluverkostossa ja yhteistyön kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollon ja eri toimijoiden kanssa. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä kehitettiin Espoon kaupungin kotihoitoon yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli. Tarkoituksena oli kehittää yhdenmukainen ja asiakasnäkökulmasta tasa-arvoinen palvelutarpeen arviointikäytäntö, joka huomioi myös palveluohjauksen oikeiden palvelujen piiriin. Toimintamallin kehittämistä ja siirtämistä käytäntöön sekä sen aikaansaamia vaikutusten arviointia jatketaan tämän opinnäytetyön jälkeen.

Opinnäytetyössä tarkastellaan kehittämistyön kontekstia kuvaamalla luvussa kolme kotihoitokäsitettä, Espoon kaupungin kotihoidon toimintaa ja Espoon kotihoidossa 2000

–luvun puolivälin jälkeen tapahtuneita muutoksia sekä palvelutarpeen arviointitoimintaan vaikuttavia tärkeimpiä kehittämishankkeita. Kehittämistyön lähtökohtia kuvataan luvussa neljä. Näitä ovat kotihoidon palvelutarpeen arviointitoiminnan sisältö ja sitä ohjaavat tekijät sekä Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointiprosessi. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kaltaista toimintaa ovat ehkäisevät kotikäynnit. Ehkäisevien kotikäyntien lisäksi palveluohjaus tai palveluohjauksellinen, care/case management tyyppinen toimintamalli vastaa sisällöltään osittain kotihoidon palvelutarpeen arviointia. Näkökulmaa palvelutarpeen arvioinnin kehittämiseen pyritään laajentamaan kuvaamalla ehkäiseviä kotikäyntejä ja palveluohjausta sekä asiakaslähtöisyyttä kehittämisen lähtökohtana. Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittämisessä hyödynnettiin kehitettävän työntutkimuksen periaatteita.

2 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistyö, jonka tavoitteena oli kehittää ja yhtenäistää kotihoidon palvelutarpeen arviointitoimintaa. Espoossa kotihoidon palvelutarpeen arviointi voi sisältää kotihoitoon, kuljetuspalveluun ja omaishoidontukeen liittyvää palvelutarpeen arviointia, palveluneuvontaa ja -ohjausta. Tarkoituksena oli kehittää Espoon kaupungin kotihoitoon yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli yhteistyössä palvelutarpeen arviointeja tekevien kanssa. Toimintamallin suunnittelussa huomioitiin asiakaslähtöisyys, tasavertaisuus ja yhdenmukainen palvelutarpeen arviointitoiminta, jossa huomioidaan myös palveluohjaus oikeiden palvelujen piiriin.

Kehittämistyön haasteet olivat

1. Kuvata nykyinen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli
2. Analysoida nykyinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli kehittämistarpeiden ja ristiriitojen esiin nostamiseksi
3. Uuden palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittäminen

3 Espoon kotihoito

3.1 Espoon kaupungin kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta, joka sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja kotihoidon tukipalveluita. Kotihoidon sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa ja -asetuksessa sekä terveydenhoitolaissa. Kotihoito koostuu sosiaalihuoltolain 20 §:n ja sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n mukaisista kotipalveluista ja terveydenhoitolain 25 §:n mukaisesta kotisairaanhoidosta. Kotihoidolla ei ole palveluna lainsäädännöllistä perustaa, mutta edellä mainitut lait ohjaavat sen järjestämistä. Kotipalveluilla tarkoitetaan kodinhoitoapua ja tukipalveluita. Kodinhoitoapu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Tukipalveluita ovat ateria-, vaatehuolto-, kylvytys- siivous-, kuljetus- ja saattajapalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä kotona moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.)

Essoossa kotihoitoa ja kotihoidon tukipalveluita annetaan aikuisille, pääsääntöisesti ikääntyneille, joiden toimintakyky on joko tilapäisesti tai pysyvästi alentunut siinä määrin, että he tarvitsevat ulkopuolista apua. Kotihoidon palveluja voi saada lyhyt- tai pitkäaikaiseen avuntarpeeseen vuorokauden kaikkina aikoina. Kotisairaanhoidon määrällään tapahtuvaa sairaanhoitoa kotona, jota annetaan kaiken ikäisille. Kotihoidon terveyden- ja sairaanhoidolliset tehtävät sisältävät lääketieteellistä hoitoa, gerontologista hoitotyötä sekä sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä. Espoon kotihoidon palveluihin kuuluvat lisäksi omaishoidontuki, palvelukeskus- ja palvelutalotoiminta. Omaishoidontuki on lakisääteinen palvelumuoto, jonka tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona asumista. Omaishoidontukeen sisältyvät hoidettavalle annettavat tarpeenmukaiset palvelut sekä omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio, lakisääteiset vapaapäivät ja omaishoitoa tukevat palvelut, joista sovitaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kunnan on järjestettävä omaishoitolain 4 §:n mukaan asiakkaan hoito omaishoitajan vapaiden aikana. (Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhusten palvelujen kotihoidossa -toimintaohje; Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.)

Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa turvallinen eläminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään silloin, kun toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt siinä määrin, että tarvitaan ulkopuolista apua ja tukea. Asiakasta kannustetaan käyttämään omia voimavarojaan läheisverkostonsa turvin ja kotihoito on tukena niissä toiminnoissa, joihin asiakas ei itse pysty tai joihin ei saa apua omaisilta tai läheisiltä. Kotihoidon palvelut toteutetaan kaupungin omana toimintana, ostopalveluna tai asiakas voi saada niiden hankkimiseksi palvelusetelin. Espoon kaupungin myöntämät kotihoidon ulkopuolisten palveluntuottajien antamat palvelut kuuluvat kaupungin koordinoitavuuteen. (Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhusten palvelujen kotihoidossa -toimintaohje. 15.4.2008.)

3.2 Espoon kaupungin kotihoito-organisaatio

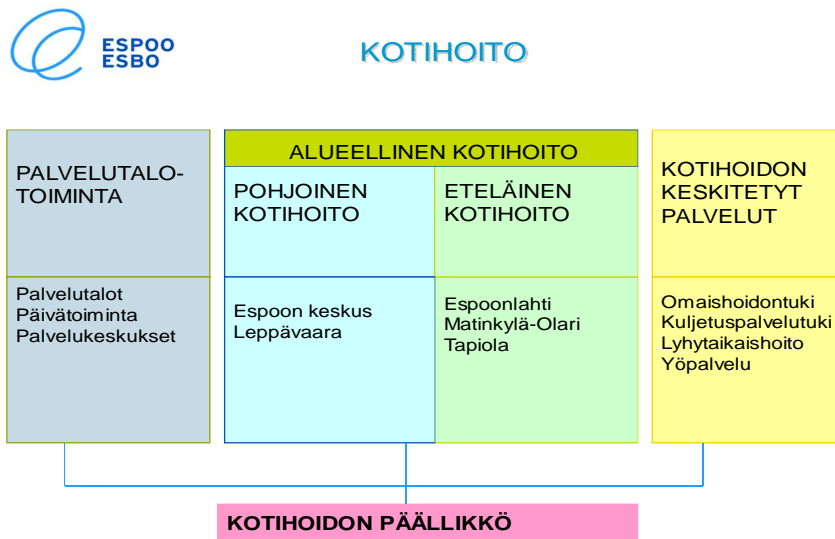
Espoon kaupungin kotihoito on osa vanhusten palvelujen tulosyksikköä, joka jakautuu toimintakohtaisesti kolmeen palvelualueeseen: Kotihoito, Espoon sairaala ja pitkäaikaishoito (kuvio 1).



Kuvio 1. Espoon vanhusten palvelut (Espoon intranet).

Espoon kotihoidon palvelualue on jaettu neljään palveluyksikköön, jotka ovat palvelutalotoiminta, pohjoinen kotihoitoyksikkö, eteläinen kotihoitoyksikkö ja kotihoidon keskitettyjen palvelujen yksikkö (kuvio 2). Espoon kotihoidon henkilöstö on yhdessä vastuussa kotihoidon perustehtävän, strategian ja vision toteutumisesta. Kotihoidossa kul-

lakin yksiköllä on oma henkilöstönsä ja omat tehtävänsä osana kokonaisuutta. Vastuut ja työnjako on määritelty palvelualue-, yksikkö- ja tiimitasolla.



Kuvio 2. Espoon kaupungin kotihoito (Espoon Intranet).

Espoon kotihoidon kaksi hoivaa, kotisairaanhoidoa ja kotipalvelun tukipalveluita järjestävää palveluyksikköä on jaettu alueellisesti pohjoiseen ja eteläiseen kotihoitoon, jotka ovat organisoineet toimintansa pääosin yhdenmukaisesti: lähialueet - tiimit. Näitä palveluyksiköitä johtavat aluepäälliköt. Lähialueen lähiesimiehenä toimii kotihoidon ohjaaja, joka vastaa kotihoitoalueensa toiminnasta ja kehittämisestä sekä kotihoidolle asetettujen strategisten tavoitteiden toteutumisesta lähiesimiesalueellaan. Kotihoidon ohjaajan tehtäviin kuuluu moniammatillisen tiimin johtaminen ja siihen liittyvät henkilöstöhallinnolliset tehtävät (mm. rekrytointi, työvuorosunnittelu, osaamisen varmistaminen) sekä asiakaspalvelutehtävät (mm. päätöksenteko asiakkaiden kotihoitopalvelujen kokonaisuudesta). Lähialueet on jaettu alueellisiin tiimeihin, joissa työskentelevien määrä vaihtelee jonkin verran, samoin asiakasmäärät. Tiimi koostuu kodinhoitajista, lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Jokaisella tiimin jäsenellä on nimetyt asiakkaat, joiden hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisesta ja seurannasta on päävastuussa. Tiimin sairaanhoitaja vastaa sairaanhoidosta ja koko tiimin asiakkaiden hoidollisesta työstä sekä tukee vastuuhoidajia työssään. Lisäksi sairaanhoitaja toimii tiiviissä yhteistyössä kotihoidonohjaajan kanssa viestittäen niin tiimin toiminnan sujumisesta ja henkilöstön osaamistarpeista kuin asiakkaisiin liittyvistä asioista. Sairanhoitajat ovat myös osaltaan vastuussa asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnista. Alueellisessa kotihoidossa toimii

myös kotiutushoitajia, joiden tehtäväkuvaan kuuluu sairaalasta kotiutuvien asiakkaiden palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus.

Kolmannen kotihoidon yksikön keskitettyjen palvelujen asiakkaina ovat niin kotihoitoa tarvitsevat kuntalaiset kuin muut kotihoitoyksikötkin. Yksikössä hoidetaan kodin ulkopuolista asiointia mahdollistavaa kuljetuspalvelua, tuetaan omaishoidontuella läheistään hoitavaa, koordinoidaan lyhytaikaishoitoa ja yöpartiotoimintaa. Lisäksi yksikössä tuetaan kotihoidon henkilöstön toimintaa asiakastietojärjestelmiin sekä RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointijärjestelmään liittyvillä asiantuntijapalveluilla. Palveluyksikkö koostuu kahdeksan työntekijän tiimistä, jota johtaa palvelupäällikkö. Yksikössä toimii viisi kotihoidon ohjaajaa, lyhytaikaishoidon koordinaattori ja kaksi toimistosihteeria. Lisäksi tiimissä työskentelee effica järjestelmäkoordinaattori. Kotihoidon ohjaajien tehtäväkuvaan kuuluvat omaishoidontukeen ja kuljetuspalveluun liittyvä palvelutarpeen arviointi, palveluneuvonta ja -ohjaus. Lyhytaikaishoidon, yöpartiotoiminnan ja asiantuntijapalveluiden toimialueena on koko kotihoito.

Espoon kotihoidon neljäs yksikkö on palvelutalo- ja palvelukeskustoiminnan yksikkö, joka järjestää kotihoidon hoivaa, hoitoa ja kotihoidon tukipalveluita palvelutaloissa sekä kotona asumista tukevaa virkistys- ja palvelukeskustoimintaa. Yksikköä johtaa palvelupäällikkö. Palvelutalojen ja palvelukeskusten toimintaa johtavat kotihoidon ohjaajat, jotka toimivat yksikkönsä lähiesimiehinä. Palvelutalotoiminta vastaa hoiva- ja hoitotyön osalta alueellisen kotihoidon toimintaa. Palvelutaloissa järjestetään lisäksi ateria-, turva- ja yöpalvelua sekä virkistystoimintaa. Palvelukeskustoimintaan kuuluvat päivätoiminnan lisäksi muun virkistystoiminnan järjestäminen ja koordinointi. Palvelukeskuksen kotihoidon ohjaajan työhön kuuluu olennaisena osana tiivis yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Kotihoidon ohjaaja, kotiutushoitaja, kotihoidon sairaanhoitaja tai muu asiakkaan edustaja tekee lähetteen ja esittelee palvelutaloasumista ja päivätoimintaa tarvitsevan asiakkaan palvelutarpeen SAP (selvitä, arvioi, palveluohjaa) työryhmässä, jossa päätetään asiakkuudesta. SAP-työryhmään voi kuulua kotihoidonlääkäri, sosiaalityöntekijä, lyhytaikaishoidon koordinaattori ja mahdollisesti muita viranhaltijoita.

3.3 Espoon kaupungin kotihoidon toimintaympäristön muutokset ja kehittäminen

Tässä kappaleessa kuvataan pääpiirteissään 2000-luvun puolivälin jälkeen tapahtuneita Espoon kaupungin kotihoidon toimintaympäristön muutoksia sekä kotihoidon palvelutarpeen arviointitoimintaan liittyviä kehittämishankkeita. Tietoa muutoksista ja kehittämishankkeista saatiin Espoon kaupungin sisäisestä sähköisestä verkosta ja tutustumalla Espoon kotihoitoon liittyviin kehittämisraportteihin sekä tutkimuksiin.

Espoon kaupungin kotihoidon toimintaan on viime vuosina vaikuttanut vuonna 2006 toteutettu organisaatiouudistus. Ennen uudistusta kotihoito oli jakautunut viiteen alueelliseen palvelukeskukseen, jotka järjestivät kotihoidon palvelut melko itsenäisesti. Tämä johti siihen, että asiakkaat eivät saaneet kunnan sisällä palvelua tasavertaisesti. Lisäksi toisissa palvelukeskuksissa oli pyritty omavaraisuuteen, kun taas toisissa oli täydennetty omaa tuotantoa erilaisilla ostopalveluilla. (Iivonen 2005: 8–9.) Vuonna 2006 toteutetussa Espoon vanhusten palvelujen organisaatiouudistuksessa kotihoidossa omaishoidon ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointi, palveluneuvonta ja -ohjaus sekä päätöksenteko keskitettiin kotihoidon keskitetyt palvelut -yksikköön. Kotihoidon palvelutarpeen arviointi ja päätöksenteko jäi alueellisen kotihoidon yksiköihin. Samoihin aikoihin laajennettiin kotiutushoitajatoimintaa koko Espoon kotihoitoon. Tarkoituksena oli, että kotiutushoitaja arvioi sairaalasta kotiutuvan palvelutarpeen ja ohjaa tarvittaessa kotihoidon tai muiden palveluiden piiriin. Omaishoidontuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arvioinnin keskittämisen sekä kotiutushoitajatoiminnan vakiintumisen myötä syntyi palvelutarpeen arviointitoimintaan ristiriita, kun palvelutarpeen arviointi jakaantui asiakaskohtaisesti ja yhteydenottajan tulee tietää minne on yhteydessä kotihoidon eri palveluita hakiessaan. Myös päällekkäistä työtä esiintyy.

Espoon kotihoidossa käynnistettiin vuonna 2006 myös Espoon kotihoidon laadun kehittämisprojekti ”ELLI” (2006–2008). ELLI-hanke oli osa Espoon kaupungin ja Stakesin Espoon kotihoidon tuloksellisuuden arviointi -projektia, jonka tavoitteena oli tutkia palvelujen ja elämänlaadun välisiä yhteyksiä ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla sekä kehittää hoidon ja palvelujen laadun ja kohdennustehokkuuden arvioinnin välineitä vanhustyöhön. Lähtökohtana oli kehittää Espoon kotihoitoa niin, että se tukisi mahdollisimman hyvin asiakkaiden hyvinvointia ja elämänlaatua. Hankkeessa kehitettiin muun

muassa palvelutarpeen arviointiin ELLI1 -ensiarviointilomake. (Vaarama ym. 2009 36–52.)

Palvelutarpeen arviointiin liittyy myös RAI-arviointijärjestelmän käyttöönottoprojekti (2007–2009), jonka tavoitteena oli saada RAI-arviointijärjestelmästä hyvä työväline säännöllisen kotihoidon asiakkaan kokonaistilanteen ja palvelutarpeen kartoitukseen. Kotihoidon asiakastyötä tekevät työntekijät koulutettiin käyttämään RAI-arviointijärjestelmää säännöllisen kotihoidon asiakkaan palvelutarpeenarviointiin, joka toimii pohjana hoito- ja palvelusuunnitelmalle. Hanke oli pilotti ja tarkoituksena oli, että koko kotihoito siirtyy käyttämään RAI-arviointijärjestelmää vuonna 2010. Nyt järjestelmän käyttö on vakiintunut ja toimintaa kehitetään edelleen. (RAI-arviointijärjestelmän käyttöönottoprojekti -hankeasiakirja.)

Espoossa oli ja on edelleen meneillään useita muitakin kotihoitoon liittyviä kehittämissankkeita. Muun muassa vanhusten palvelujen palveluneuvontaa ja ennaltaehkäisevää toimintaa kehitettiin Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut EEVA-hankkeessa vuosina 2005–2007. Hankkeen tavoitteena oli kohdennettujen kokeilujen avulla kehittää pysyviä, asiakasystävällisiä, toimivia, taloudellisia sekä preventiivisiä palvelumuotoja ja toimintatapoja espoolaisia ikäihmisiä varten. Hanke koostui osaprojekteista, joita olivat seniorineuvonta, kuntoutusneuvola, seulonnat ja terveystarkastukset, 65+ palveluohjaus, tasapainopoliiklinikka ja lonkkasuojainten käyttö riskiryhmissä, liikunta-, ravitsemus- ja rokotuskampanjat sekä Hyvinvointi-TV. (Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut (EEVA) -hankkeen loppuraportti 2007: 4.)

EEVA-hankkeessa tehtiin perustyötä ennaltaehkäisevän toiminnan esille tuomiseksi ja kehittämistyötä jatkettiin uudessa Elämää Lisää Osallistumalla ELO-hankkeessa vuosina 2008–2009. Hankkeessa kehitettiin matalan kynnyksen ennaltaehkäiseviä palveluja, vapaaehtoistoimintaa, tiedottamista ja hyvinvointiteknologian soveltamista. Lähtökohdiana oli ikäihmisten omaehtoisen elämisen ja asumisen tukeminen. Hanke jakautui kolmeen kehittämissosioon: Osallistava toiminta, tieto, neuvonta ja ohjaus sekä hyvinvointiteknologia. Hankkeessa kehitettiin seniorineuvonta -toimintamallia, vanhuspalvelujen Internet -sivustoa sekä tuotettiin Seniorin palveluopas suomen- ja ruotsinkielisenä. Lisäksi kehitettiin ikäihmisille tarkoitettuja omaehtoista elämistä ja asumista tukevia toimintoja ja palveluita yhdessä eri toimijoiden kanssa. Hanke oli kaksivuotinen ja toi-

minta siirtyi osaksi Espoon kotihoidon toimintaa vuoden 2010 alusta. (Immonen – Sassi – Tasala – Valvanne 2009: 2.)

Kotihoidon teknologiahankkeet CITRIX-pilotti (2009) ja PARETO -hanke (2008–2011) ovat osa Espoon sosiaali- ja terveystoimen tuottavuusohjelmaa 2009–2012. Palvelujärjestelmän rakennemuutos ja uudet toimintatavat (PARETO) on kuntasektorin ja Euroopan aluekehitysrahaston rahoittama kolmivuotinen palvelurakenteen kehityshanke. Espoon mobiiliterveyspalvelut -osaprojektissa luodaan ja otetaan käyttöön uusi mobiilisiin ratkaisuihin tukeutuva palvelumalli kotihoidossa. Näiden hankkeiden tavoitteena on systemaattinen ja perusteellinen Espoon kotihoidon prosessien tutkiminen ja muutoksen aikaansaaminen mobiiliteknologiaa hyödyntämällä. Tavoitteena on arvioida eri teknologisia ratkaisuja ja niiden toimivuutta Espoon kotihoidon ja kilpailutettujen ostopalvelutuottajien työväliseenä. Mobiiliteknologian avulla kotihoidon prosesseja pyritään tehostamaan niin, että työn tuottavuus nousee asteittain kolmen vuoden aikana. Työn tuottavuuden kasvulla pyritään laskemaan kotihoidon oman tuotannon yksikköhintoja. Hankkeen aikana selvitetään, miten palvelukonsepti muuttuu ja tehostuu mobiiliteknologian avulla niin, että palvelun laatu pysyy hyvällä tasolla vaikka yksikköhinnat laskevat. (Kotihoidon teknologiahankkeet.) Kotihoidon teknologianhankkeesta saatujen tulosten pohjalta on suunniteltu kotihoidon organisaatiouudistusta, joka astuu voimaan vuonna 1.1.2012. Tavoitteena on kotihoidon tuottavuuden parantaminen ja henkilöstön työhyvinvoinnin lisääminen. Tähän pyritään selkiyttämällä johtamista, laajentamalla lähiesimiesalueita ja keskittämällä kotihoidon palvelutarpeen arviointi.

4 Kehittämistyön lähtökohtia

4.1 Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa

Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan kotona tehtävää arviointikäyntiä, jonka tavoitteena on tukea vanhuksen kotona selviytymistä ja kannustaa omien voimavarojen käyttöön. Palvelutarpeen arviointipyynnön esittää joko ikäihminen itse, hänen läheisensä ja usein myös sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijä. Kotihoidon palvelutarpeen arviointia ohjaa sosiaalihuoltolaki (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 40a§), jonka mukaan kunta on velvoitettu järjestämään sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi kii-

reellisissä tapauksissa viipymättä ja 75 vuotta täyttäneille sekä Kansaneläkelaitoksen erityishoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Ikäihmisellä on avun tarvitsijana ja hakijana omat erityispiirteensä. Usein avun hakemisen kynnyks voi olla korkea ja viikon mittainen odotusaika ennen palvelutarpeen arviointia voi olla liian pitkä. Palvelutarpeen arvioinnin ajankohdasta päättävällä henkilöllä tuleekin olla herkkyyttä havaita apua tarvitsevan ihmisen yksilöllinen tilanne, sillä varhaisen puuttumisen myötä on mahdollista hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä ja estää pysyvien toimintavajeiden syntymistä. (Voutilainen – Vaarama 2005: 32–33.)

Palvelutarpeen arviointi perustuu pyyntöön tai hakemukseen ja edellyttää asianomaisen henkilön suostumusta. Päätökset palvelujen myöntämisestä tai myöntämättä jättämisestä annetaan kirjallisina perusteluineen erityisesti kokonaan tai osittain kielteisissä päätöksissä (Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote 2006: 10.) Palvelutarpeen arviointiin liittyvää päätöksentekoa ohjaa kansalliset ja paikalliset hallinnolliset ohjeet sekä taloudelliset päätökset. Kuntatason ohjeet luovat puitteet ruohonjuuritason päätöksenteolle, jossa viedään kansalliset ja paikalliset palvelujen tuottamista ohjaavat lait, ohjeet ja päämäärät käytäntöön. Tällä tasolla päätetään konkreettisesti siitä, kuka saa palveluja ja kuka jää niiden ulkopuolelle. Käytännössä ruohonjuuritason työntekijöiden tehtävänä on sovittaa yhteen asiakkaan palvelutarpeet ja käytettävissä olevat resurssit sekä valikoida palvelun piiriin pääsevät asiakkaat. (Ala-Nikkola 2003: 40.)

Sosiaali- ja terveyspalveluita velvoittavat vahva lakisääteisyys ja arvoperusta, johon kuuluvat yhdenvertaisuus ja tasavertaisuus. Eettisten periaatteiden lisäksi palvelutarpeen arviointia ohjaavat asiakas- ja potilaslain sekä hallintolain säännökset tiedon saamisesta, asiakkaan itsemääräämisoikeudesta, osallistumisesta, mielipiteen kuulemisesta ja päätösten perusteleminen. Lait määrittävät palvelutarpeen arviointia yleisellä tasolla. Koko organisaation ja henkilöstön asenteella on vaikutusta siihen, mikä merkitys kotihoidon palvelutarpeen arvioinnille annetaan. Eettisesti laadukkaasti toteutetussa palvelutarpeen arvioinnissa asiakkaalle esitetään erilaisia hoito- ja palveluvaihtoehtoja sekä keskustellaan avoimesti niihin liittyvistä hyvistä ja huonoista puolista. Lisäksi kunnioidaan ja edistetään asiakkaan oikeutta tehdä omat valintansa.

Palvelutarpeen arvioinnissa ja päätöksenteossa on syytä korostaa päätöksentekijän ammatillista vastuuta siitä, että hän toimii eettisten ohjeiden mukaisesti asiakkaan par-

haaksi. Jokaisella on oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Keskeisenä perusarvona voidaan pitää ihmisarvon kunnioittamista, johon kuuluu itsemääräämisoikeuden, osallisuuden, yksilöllisyyden, turvallisuuden ja oikeudenmukaisuuden kunnioittaminen. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnissa ihmisarvon kunnioittamista voidaan vahvistaa asiakaslähtöisillä toimintakäytännöillä. Ihmisarvon kunnioittamisen periaatteen toteutumista voidaan edistää ikäihmisten voimavaroja tunnistamalla ja vahvistamalla sekä käyttäytymällä voimavaralähtöisyyden periaatteen mukaisesti. Yksilöllisyyden periaate korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena ja yksilöllisenä persoonana, jolla on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuu omasta elämästään. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi ikääntyneen ihmisen tulee saada riittävästi tietoa ja tukea valintoja ja päätöksentekoa varten. Osallisuuden periaate korostaa sosiaalisen toimintakyvyn ja yhteenkuuluvuuden ylläpitämistä sekä vahvistamista. Turvallisuuteen kuuluu sosiaalinen tuki, asuin- ja hoitoympäristöjen turvallisuudesta huolehtiminen, tapaturmien, väkivallan ja kaltoin kohtelun ehkäiseminen. Turvallisuuteen kuuluu myös palvelujen saatavuus ja laatu sekä luottamus palveluntuottajien ja kuntalaisten välillä. Turvallisuuden toteutumista voidaan edistää osaavan ja kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa erilaisuuden hyväksymistä, syrjinnän estämistä ja epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista. Palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää ikäihmisten yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 12–13.)

4.1.1 Toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia

Vanhusten hoidon ja palvelujen perustavoitteita ovat toimintakyvyn parantaminen ja itsenäisen selviytymisen vahvistaminen, aktiivinen osallistuminen, esteetön elinympäristö sekä vanhusten yhdenvertainen oikeus palveluihin. Keskeistä on omatoimisen ja itsenäisen elämisen mahdollistaminen. Hyvinvointiin ja omatoimisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat mahdollisuus toteuttaa omia elämäntapavalintoja kuten harrastuksia sekä ennakoiva, nopea ja joustava apu ja tuki joko läheisiltä tai muilta palveluntuottajilta. Oma-aloitteista toimintakyvyn ylläpitämistä tukevat ohjaus, neuvonta ja ehkäisevän työn palvelut. Elinympäristö, kuten hyvä kohtelu asuinyhteisössä ja alueen turvallisuus ja esteettömyys vaikuttavat siihen, kuinka hyvä toimintakyky tarvitaan, jotta itsenäinen

eläminen turvataan ja millaista toimintakykyä arjesta selviytyminen vaatii. Iän mukana toimintakyky voi heiketä huomattavasti ennen kuin se asettaa esteitä arkipäivästä selviytymiselle. (Lehto 2007: 13.)

Toimintakyvyn käsitteellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessa ihmisen selviytymistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa ympäristössään. Päivittäisistä perustoiminnoista ja asioiden hoitamisesta suoriutuminen tarkoittaa tällöin fyysistä toimintakykyä, johon katsotaan kuuluvan myös terveydentila ja toiminnan vajavuudet. Kognitiivinen toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedonkäsittelyn, toiminnanohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psykkisen toimintakyvyn käsite rajataan elämänhallintaan, mielenterveyteen, mielialaan, voimavaroihin ja psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Siihen kuuluvat suhteet omaisiin ja ystäviin, osallistuminen ja harrastukset. (Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote 2006: 4.)

Toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen kattaa monia toimijoita ja toimintamuotoja edellyttäen eri sektoreiden vastuunottoa ja sitoutumista. Kuntien lakisääteisten palvelujen lisäksi suuressa roolissa ovat läheis- ja vapaaehtoisverkostot, yksityiset palveluntuottajat sekä järjestöjen toiminta. Toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä varten suunnitellut toimenpiteet ja palvelut eivät yksin riitä vaan asiakkaalta edellytetään halua ja motivaatiota aikaansaada muutos toimintakyvyssään. Näin ollen monipuolinen toimintakyvyn arviointi edellyttää keskustelua apua tarvitsevan ja hänen läheisensä kanssa, päivittäisistä toiminnoista selviytymisen havainnointia ja mittaamista sekä ympäristötekijöiden selvittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriön kuntatiedote 2006: 5.)

Toimintakyvyn arviointi palvelutarpeen arvioinnin osana on keskeisessä roolissa. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä toimintakykyä arvioidaan usein erilaisin mittarein. Vuottilainen ja Vaarama (2005) tutkivat toimintakykymittarin käyttöä ikääntyvien palvelutarpeen arvioinnissa palveluiden myöntämiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä. Tutkimukseen osallistui 287 Manner-Suomen kuntaa ja tutkimusaineisto kerättiin kuntien ikäänntyneiden palveluista vastaavilta henkilöiltä. Tulokset osoittivat, että Suomessa ei ole yleisessä käytössä yhtenäistä toimintakykymittaria tai mittaristoa, jonka avulla ikäihmisten toimintakyky, voimavarat ja avuntarve voitaisiin arvioida riittävässä laajuudessa tilanteissa, joissa tehdään palvelujen saantiin liittyviä päätöksiä. Psykkisen ja sosiaali-

sen toimintakyvyn sekä ympäristötekijöiden arviointi jää usein liian vähälle huomiolle. Asiakkaan yksilöllisiä tarpeita vastaavan palvelukokonaisuuden suunnittelu ja koordinointi edellyttää moniammatillista ja kattavaa palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointia. Huomiota tulee kiinnittää myös yhteistyökäytäntöihin ja osaamiseen. (Voutilainen – Vaarama 2005: 33–34.)

Espoon kotihoidossa palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin on käytössä muun muassa RAVA-toimintakykymittari, RAI-arviointi ja MMSE-testi. RAVA-toimintakykymittari on 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari, jolla arvioidaan toimintakykyä eli päivittäisiä perustoimintoja (BADL) ja välinetoimintoja (IADL) eli kodinhoitoon liittyviä toimintoja. Arvioitavia toimintoja ovat näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. RAI-arviointi sisältää erilaisia fyysisen terveydentilan mittareita, perus- ja välinetoimintoja sekä kognitiivista ja mielialaa kartoittavia osioita. Kognitiivista tilaa toimintakyvyn osana kuvaa laajasti käytetty MMSE (Mini-Mental State Examination) -testi, joka sisältää useita lyhyitä kognitiivisia toimintoja arvioivia tehtäviä. Sen avulla voidaan arvioida orientaatiota aikaan ja paikkaan, huomiokykyä, älyllisten ongelmien ratkaisemista, konstruktivista kykyä ja muistia. (Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto; Finne-Soveri – Björkgren – Vähäkangas – Noro 2007: 29–31.)

4.1.2 Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointiprosessi

Palvelutarpeen arviointitoiminta on etenevä tapahtumien kokonaisuus, jonka osien keskinäistä vuorovaikutusta voidaan kuvata prosessina. Prosessit kuvataan toimintoketjuina, jotka alkavat asiakkaan tarpeista ja päättyvät asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen. Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointia ja kotihoidon asiakkaaksi ottamista on ohjeistettu Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhusten palvelujen kotihoidossa -toimintaohjeessa. Seuraavassa esitetään toimintaohjeen pohjalta kuvattu Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointiprosessi, joka voidaan jakaa neljään vaiheeseen: Yhteydenotto, ensiarvio asiakkaan palvelutarpeesta, palvelutarpeen arviointi asiakkaan kotona, päätöksenteko sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen.

Yhteydenotto Palvelutarpeen arviointiin pääsy edellyttää, että palvelutarpeen arviointia haluava itse tai hänen laillinen edustajansa, omainen, viranomainen tai muu henkilö on ottanut yhteyttä kotihoitoon. Yhteydenotto voi tapahtua puhelimitse, hakemuksen perusteella ja hoitajan tai lääkärin läheteellä. Yhteydenoton vastaanottajana voi olla kotihoidon ohjaaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja tai kotiutushoitaja. Sairaalasta kotiutuvien, kotihoitoa tarvitsevien asiakkaiden palvelutarpeen arviointipyynnön vastaanottaa Espoon kotihoidon kotiutushoitaja. Muiden kotihoitoa tarvitsevien asiakkaiden tai läheisten palvelutarpeen arviointipyynnön vastaanottaa alueellisen kotihoidon työntekijä. Omaishoidontuen tai kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointipyynnöksi tulee pääsääntöisesti kirjallisena hakemuksena kotihoidon keskitettyjen palveluiden kotihoidon ohjaajalle. Pyyntö kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta kirjataan Terveystietojärjestelmään ja omaishoidontuen tai kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointipyynnöksi kirjataan Sosiaalieficcia -asiakastietojärjestelmään.

Keskustelemalla asiakkaan tai yhteydenottajan kanssa kotihoidon ohjaaja ja/tai sairaanhoitaja tekee ensimmäisen arvion asiakkaan palvelutarpeesta. *Kotihoidon palvelutarpeen ensiarvioinnin tavoitteena* on alustava palvelutarpeen arviointikotikäynnin tarpeellisuuden varmentaminen. Ensiarvioinnin tuloksena asiakas saa palveluneuvontaa ja -ohjausta ja/tai asiakkaan kanssa sovitaan palvelutarpeen arviointikäynnistä asiakkaan kotiin. *Palvelutarpeen arviointikotikäyntiin* osallistuu asiakkaan ja omaisten lisäksi kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin tekijä/-t ja tarvittaessa muu sosiaali- ja/tai terveystoimen toimija. Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointi toteutetaan alueellisissa kotihoidon yksiköissä ja arviointeja tehdään osana päivittäistä hoito- ja esimiestyötä. Alueellisessa kotihoidossa tekijöinä ovat kotihoidonohjaaja, sairaanhoitaja tai lähihoitaja, sairaalasta kotiutuvien osalta kotiutushoitaja. Omaishoidontukeen ja kuljetuspalveluun liittyvä palvelutarpeen arviointi toteutetaan kotihoidon keskitetyissä palveluissa kotihoidon ohjaajan toimesta, jonka toimenkuvaan kuuluvat erityisesti palvelutarpeen arviointi, palveluneuvonta ja -ohjaus. *Palvelutarpeen arviointikäynti* asiakkaan kotona tehdään viimeistään viikon sisällä yhteydenotosta.

Palvelutarpeen arviointikotikäynnillä selvitetään monipuolisesti ja perusteellisesti asiakkaan turvallisen kotona asumisen ja hoitamisen edellytykset sekä selvitetään tarvitseeko asiakas apua päivittäiseen selviytymiseen kotona. Kattavassa toimintakyvyn ja avun tarpeen arvioinnissa huomioidaan asiakkaan fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky, sosiaaliset olosuhteet, asiakkaan kokema avuntarve sekä omaisten rooli ja

odotukset. Lisäksi huomioidaan asuin- ja elinympäristön kotona asumista tukevat sekä heikentävät seikat, kuten selviytymistä tukevien apuvälineiden ja kodin muutostöiden mahdollinen tarve. Arvioinnin avulla selvitetään mahdollinen vammais- ja mielenterveytyksen, päihdehuollon ja sosiaalityön palvelujen tarve. Palvelutarpeen arvioinnissa huomioidaan myös asiakkaan terveydentila, siinä mahdollisesti tapahtuneet muutokset sekä sairauksien oireet ja tarvittaessa asiakas ohjataan lääkärin tutkittavaksi.

Apuna arvioinnissa käytetään asiakkaan toimintakykyä monipuolisesti mittaavia arviointimenetelmiä, jotka mittaavat niin arjen toimintakykyä, psykososiaalista hyvinvointia kuin asunnon liikuntaesteitäkin. Espoon kotihoidon laadun kehittämissuunnitelmassa palvelutarpeen arviointiin kehitettiin ELLI1-ensiarviointilomake, joka ohjaa kattavaan palvelutarpeen arviointiin (Vaarama ym. 2009: 35–52). Lisäksi palvelutarpeen arvioinnissa käytetään RAVA-toimintakykymittaria ja tarvittaessa tehdään MMSE-testi. Muita toimintakykymittareita käytetään, kun asiakkuus kotihoitoon syntyy.

Asiakkaan kanssa keskustellaan kaupungin tarjoamista kotihoidon palveluista, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluista sekä muista hänelle mahdollisesti kuuluvista palveluista. Tällaisia voivat olla muun muassa Kansaneläkelaitoksen etuudet ja oikeudet verotuksen kotitalousvähennykseen. Tehtävää suorittaessaan arvioinnin tekijällä on materiaalia eri palveluntuottajista ja asiakasmaksuista sekä palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin liittyviä lomakkeita. Palvelutarpeen arviointiin liittyvät lomakkeet ovat joko sähköisenä tai paperisena. Palvelutarpeen arvioinnin ja siihen liittyvien paperilomakkeiden kuten toimintakykymittareiden tiedot dokumentoidaan Terveystietojärjestelmään palvelutarpeenarviointifraasia tai ELLI1-ensiarviointilomaketta apuna käyttäen.

Palvelutarpeen arvioinnin päätöksentekovaiheeseen osallistuu asiakkaan ja omaisten lisäksi kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin tekijät ja tarvittaessa muu sosiaali- ja/tai terveystoimen toimija. Palvelutarpeen arvioinnin tuloksena saadaan selville tarkoituksenmukaiset ratkaisuvaihtoehdot asiakkaan tilanteeseen. Asiakas saa palveluneuvontaa ja -ohjausta tai hänelle järjestetään hänen tarvitsemansa palvelut. Asiakas, jolla on vaikeuksia vain raskaiden kotitöiden (esim. siivous) suorittamisessa, mutta selviytyy muutoin omatoimisesti päivittäisistä perustoiminnoista, ohjataan pääsääntöisesti käyttämään muita palveluntuottajia. Asiakasta autetaan tarvittaessa niiden hankkimisessa

ja ohjataan hakemaan mm. verotuksen kotitalousvähennystä. Mikäli palvelutarpeen arvioitsija ei ole asiakkaan tarvitseman palveluntuottajan toimija, hän ei voi luvata asiakkaalle palvelua ennen yhteydenottoa palveluntuottajaan. Kun päädytään kaupungin kotihoidon asiakkuuteen, laaditaan alustava hoito- ja palvelusuunnitelma yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisten/läheisten kanssa. Asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisten/läheisten kanssa sovitaan niistä toimenpiteistä, joista asiakas ja hänen omaiset tai läheiset huolehtivat ja toimenpiteet, joista kotihoito tai muu palveluntuottaja vastaa.

Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta alueellisen kotihoidon kotihoidonohjaaja tekee päätöksen asiakkaan kotihoidon palveluista ja maksuista. Kirjallisessa päätöksessä määritellään annettava kotipalvelu ja kotipalvelun tukipalvelut sekä maksut. Maksut määräytyvät voimassa olevien asiakasmaksulain ja -asetuksen sekä sosiaali- ja terveyslautakunnan hyväksymien kotihoidon asiakasmaksujen määräytymisperusteiden mukaisesti. Päätöksessä todetaan myös terveyskeskuslääkärin määräämä kotisairaanhoido ja päätöksen liitteenä on asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Mikäli tehdyn palvelutarpeen arvioinnin perusteella todetaan, ettei asiakas kuulu kotihoidon palvelujen piiriin, asiakkaalle annetaan hänen niin halutessaan kielteinen muutoksenhakukepoisen päätös kirjallisena. Kielteinen kirjallinen palvelupäätös kotipalvelusta ja/tai kotipalvelun tukipalvelusta sisältää aina perustelut.

Omaishoidon tuen ja kuljetuspalvelun päätökset tekee keskitettyjen palveluiden kotihoidonohjaaja. Omaishoidon tuesta ja kuljetuspalvelusta tehdään päätös aina, oli se sitten myönteinen tai kielteinen. Kotihoidonohjaajan kirjallisesti tekemään omaishoidontukeen, kuljetuspalveluun tai kotipalvelu- ja asiakasmaksupäätökseen tyytymätön asiakas voi valittaa päätöksestä sosiaali- ja terveyslautakunnan perusturvajaostolle 14 päivän kuluessa päätöksestä tiedon saatuaan. Perusturvajaoston päätökseen voi hakea muutosta valittamalla Helsingin hallinto-oikeuteen 30 päivän kuluessa tiedoksi saamisesta.

Lopullisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen. Asiakkaat, joiden kanssa päädytään Espoon kaupungin säännöllisen kotihoidon asiakkuuteen, tehdään toinen kattavampi palvelutarpeen arviointi kahden viikon sisällä ensimmäisestä arvioinnista ja tar-

kistetaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Asiakkaan kotiin jää aina yhteenveto sovitusta hoito- ja palvelusuunnitelmasta yhteystietoineen.

4.2 Näkökulmia palvelutarpeen arviointiin

Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kaltaista toimintaa ovat ehkäisevät kotikäynnit, jotka tarkoittavat kotona asuvalle, tiettyinä vuonna syntyneelle ikääntyvälle ihmisille suunnattua sosiaali- ja/tai terveydenhuollon työntekijän kotikäyntiä. Ehkäisevä kotikäynti sisältää myös palvelutarpeen arviointia, mutta kotikäynnin päätarkoitus on tukea kotona selviytymistä niin, että säännöllisiä palveluita ei tarvittaisi. Kirjallisuudessa ehkäisevistä kotikäynneistä käytetään myös nimitystä ennaltaehkäisevä kotikäynti, ennaltoiva kotikäynti, hyvinvointia edistävä kotikäynti sekä lyhennettä EHKO. Ehkäisevien kotikäyntien lisäksi palveluohjaus tai palveluohjauksellinen, care/case management tyyppinen toimintamalli vastaa sisällöltään osittain kotihoidon palvelutarpeen arviointia. Nykyisin ehkäisevistä kotikäynneistä käytetään Suomessa käsitettä hyvinvointia edistävät kotikäynnit. Tässä kappaleessa käytetään kuitenkin käsitettä ehkäisevä kotikäynti, jonka käyttö on vakiintunut kansallisessa sekä kansainvälisessä kirjallisuudessa ja sitä on käytetty seuraavassa kappaleessa esitetyissä tutkimuksissa ja projekteissa.

4.2.1 Ehkäisevät kotikäynnit

Suomen kunnissa on 2000-luvun alkupuolelta lähtien otettu käyttöön ehkäisevien kotikäyntien menetelmä Tanskasta saatujen kokemusten innoittamana. Ehkäisevien kotikäyntien tärkeimpinä tavoitteina voidaan pitää palvelutarpeen arviointia, palveluista tiedottamista, neuvontaa ja ohjausta. Kotikäynnit ovat preventiivistä toimintaa, joka antaa mahdollisuuden arvioida ikääntyneen toimintakykyä, voimavaroja ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena on tunnistaa ja jopa torjua ikääntyneen toimintakykyä ja terveyttä uhkaavia riskejä sekä ehkäistä raskaamman hoidon tarpeen syntymistä. (Häkkinen 2002; Toljamo ym. 2005.)

Tanska on ollut uranuurtaja ehkäisevien kotikäyntien kehittämisessä ja siellä ehkäisevät kotikäynnit ovat olleet lakisääteisiä jo vuodesta 1996. Ehkäiseviä kotikäyntejä on suunnattu kaikille 75-vuotiaille ja keskustelua kohderyhmästä käydään jatkuvasti. Tanskassa on annettu suosituksia ehkäisevän kotikäynnin sisällölle. Suositukset perustuvat tieteel-

lisiin tutkimuksiin ja kunnista saatuihin kokemuksiin. Suositusten mukaan kotikäynti sisältää strukturoidun haastattelun, kokonaisarvion iäkkään tilanteesta, konkreettisia sopimuksia ja seurannan. Haastattelun tulee kattaa kokonaisvaltaisesti iäkkään henkilön elämäntilanne ja haastattelussa huomio tulee ensisijaisesti kiinnittää voimavaroihin ja positiivisiin asioihin ongelmien ja tarpeiden sijaan. Ikääntyneelle tehdään ehdotuksia ja kerrotaan tarjolla olevasta avusta ja tuesta vaikka akuuttia palvelujen tai hoidon tarvetta ei kotikäynnillä ilmenisikään. (Vass – Avlund – Hendriksen – Holmberg – Nielsen 2006: 38–45.)

Tanskassa on tehty ehkäisevistä kotikäynneistä 15 vuoden aikana useita kontrolloituja tutkimuksia, joiden tulokset ovat olleet lupaavia. Tulosten mukaan ehkäisevillä kotikäynneillä on ollut vaikutuksia toimintakyvyn paranemiseen, kuolleisuuden alenemiseen, pitkäaikaishoidon välttämiseen ja sairaalahoidon tarpeeseen. Saavutetut vaikutukset voivat kuitenkin liittyä yhtä hyvin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioon, kotikäyntien sisältöön, työntekijään tai vanhukseen itseensä ja hänen toimintakykyynsä (Vass ym. 2002: 509; Vass ym. 2006.)

Ruotsissa toteutettiin vuonna 1999 laaja ehkäisevien kotikäyntien tutkimushanke. Ruotsin hallitus tuki taloudellisesti ehkäisevien kotikäyntien erilaisia kokeilumalleja 21 kunnassa. Skånen alueella tarjottiin kolmena vuonna peräkkäin vapaaehtoisuuteen perustuvia ehkäiseviä kotikäyntejä 200 omassa kodissaan asuville 78-vuotiaalle. Näistä 150 henkilöä otti kotikäynnin vastaan vuosittain kolmen vuoden aikana ja he olivat tutkimuksen kohteena. Kotikäyntejä teki moniammatillinen työryhmä, johon kuului alueen sairaanhoitaja, kaksi fysioterapeuttia, terapiakoulutuksen saanut ammattilainen sekä sosiaalityöntekijä. Työryhmän tukena oli ohjausryhmä, johon kuului lääkäri, paikallinen poliitikko, alueen sairaalan johtaja sekä alueen vanhusyksikön johtaja. Kotikäynneillä oli käytössä strukturoitu haastattelulomake ja asiakkaalle jätettiin tietoja alueen palveluista yhteystietoineen. Tutkimustulokset osoittivat, että muutoksia oli nähtävissä ikääntyneiden fyysisessä ja sosiaalisessa aktiivisuudessa lisäksi turvallisuudentunne ja tietämys palveluista lisääntyivät. Työntekijöiden käsitys vanhusten kanssa tehtävästä työstä muuttui positiivisemmaksi ja työtyytyväisyys lisääntyi. (Theander – Edberg 2005: 392–400.)

Ruotsin Nordmalingissa tehtiin tutkimus ehkäisevien kotikäyntien vaikutuksista kuolleisuuteen. Tutkimuksessa tehtiin 196 kotikäyntiä itsenäisesti omassa kodissaan asuvan 75-vuotiaan tai sitä vanhemman luokse. Kotikäyntejä tehtiin neljä puolen vuoden välein ja käyntien kestot olivat yhdestä kolmeen tuntiin. Käynneillä annettiin tietoa fyysisistä aktiviteeteista, yleisimpien sairauksien oireista, ohjeita ruokavaliosta ja kaatumistapaturmien ehkäisemisestä sekä influenssarokotus. Kontrolliryhmänä oli 346 vanhusta, joiden luokse ei tehty kotikäyntejä. Tulosten mukaan ehkäisevillä kotikäynneillä voidaan lykätä kuolleisuutta, kun ne suunnataan terveille vanhuksille ja työntekijänä on ammattilainen, joka tekee käynnin suunnitellusti. Kuolleisuuden lykkäytyminen voidaan kuitenkin osoittaa vain interventiojakson ajalta. (Sahlen – Dahlgren – Hellner – Stenlund – Lindholm 2006.)

Saksalaisessa geriatrian keskuksessa Albertinenhausissa kokeiltiin ehkäiseviä kotikäyntejä kotilääkäreiden asiakaslistalta satunnaisesti valituille yli 60-vuotiaille. Asiakkaille oli mahdollisuus osallistua joko ryhmätapaamisiin tai heille tarjottiin ehkäisevää kotikäyntiä. Kotikäyntejä tehtiin 77 ja keski-ikä käyntejä vastaanottavilla oli 78 vuotta. Kotikäynnit suoritti käynteihin koulutettu sairaanhoitaja. Kotikäynneillä arvioitiin kuuloa, ravitsemusta, päivittäisiä toimintoja (ADL), sosiaalista tukea, kaatumisvaaraa, lääkkeiden käyttöä ja koettua kipua. Käynneillä ilmeni ongelmia tasapainossa, päivittäisissä toiminnoissa, kognitiivisten asioiden ymmärtämisessä ja lähimuistissa. Nämä löydökset eivät olleet aiemmin kotilääkäreiden tiedossa. Tutkimus osoitti, että ehkäisevän toiminnan suhteen on edelleen avoimia kysymyksiä. Tutkimus ja arviointi ovat käyttökelpoisia metodeja suunniteltaessa ehkäisevän toiminnan sisältöä, mutta toiminnan oikein kohdentaminen, käyttökelpoisuus ja toiminnan sisältö vaativat vielä lisätutkimusta. (von Renteln-Kruse – Anders – Dapp – Meier-Baumgartner 2003: 378–387.)

Suomessa ehkäiseviä kotikäyntejä on tehty laajemmin 2000-luvun alusta lähtien ja ne on suunnattu niille ikääntyville ihmisille, jotka eivät ole kotihoidon piirissä. Kotikäyntien tavoitteena on ikääntyvän ihmisen kotona selviytymisen tukeminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, palveluntarpeen arviointi, palveluista tiedottaminen ja tapaturmien ehkäisy. Ikääntyviä ihmisiä on ohjattu kotikäynneillä esimerkiksi kotihoidon asiakkaiksi, lääkärin vastaanotolle, hoitotarvikejakelun piiriin, asuntotoimistoon ja vapaaehtoistoiminnan pariin. Suomessa ikääntyvien ihmisten suhtautuminen ehkäiseviin

kotikäynteihin on ollut myönteistä. (Häkkinen – Holma 2004: 24; Häkkinen 2002: 97–98.)

Suomessa on annettu suosituksia ehkäisevän kotikäynnin sisällölle. Suomen Kuntaliitto on kehittänyt ehkäiseville kotikäynneille strukturoidun haastattelulomakkeen, joka sisältää kysymyksiä asumisesta, terveydentilasta ja toimintakyvystä, aisteista, sosiaalisesta toiminnasta ja osallistumisesta, kotiaskareista selviytymisestä, sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä sekä suhtautumisesta tulevaisuuteen. Kysymyslomakkeessa on yhteenveto- ja johtopäätösosio, joka jää asiakkaalle. Yhteenveto-osiota voidaan pitää sopimuksena, joka sisältää asiakkaan kanssa sovitut asiat ja kenen vastuulla on niiden vieminen eteenpäin. (Häkkinen – Holma 2004: 92–100.)

4.2.2 Palveluohjaus

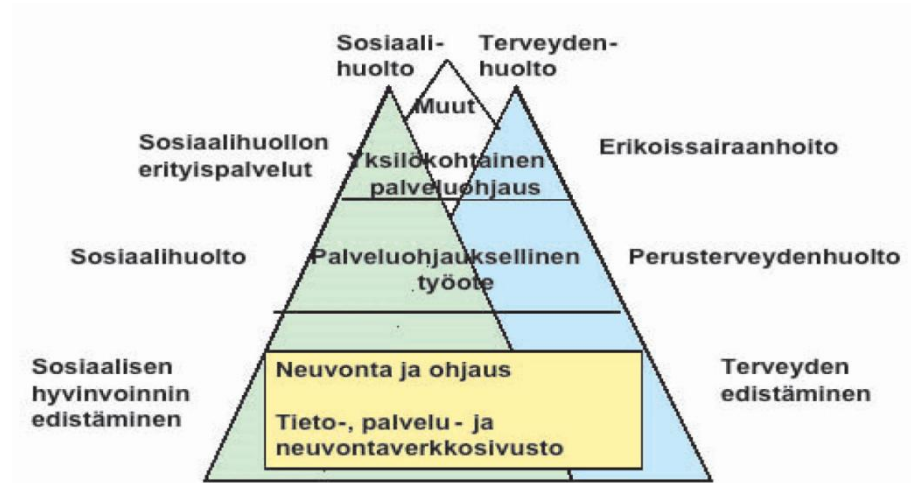
Toimintatavasta, tilanteista ja toteuttajista riippuen palveluohjaus voidaan ymmärtää rakenteeksi tai prosessiksi. Palveluohjaajien toimenkuvat tai roolit sekä pysyväisluonteiset moniammatilliset palveluohjauksen tiimit kuten SAP- tai SAS (selvitä, arvioi, sijoita) -työryhmät Suomessa ovat organisaation tai palvelujärjestelmän rakenteen osia. Palveluohjaus ja -ohjaaja käsitteet vaihtelevat sisällöltään eri maiden kesken ja sisälläänkin. Suomessa yksilökohtaisella palveluohjauksella tarkoitetaan yksilö- tai tapauskohtaista palveluohjausta erotuksena tietyllä alueella tapahtuvasta yleisestä palveluohjauksesta. Myös palveluohjaajan roolit ja palveluohjauksen toteutustapa vaihtelevat eri maissa. Vanhusten palvelujen palveluohjaaja voi olla ikäihmisen asianajaja, neuvoja, palvelujen välittäjä, hoidon suunnittelija, hoitotulosten seuraaja ja/tai portinvartija. Portinvartijana palveluohjaajan rooli on rajoittaa asiakkaan hoitoon pääsyä ajaen järjestelmän etua. Järjestelmälähtöisessä palveluohjauksessa korostetaan organisaation etua eli kustannusvaikuttavuutta ja pieniä kustannuksia. Asiakaslähtöinen palveluohjaus korostaa palvelun käyttäjän etua eli yksilön hyvinvointia, elämän- ja hoidon laatua. (Häkkinen 2000: 90–94.)

Jyväskylän seudulla kehitettiin ehkäiseviä kotikäyntejä ja palveluohjausta projektimuotoisesti vuosina 2003–2004. Projektin tarkoituksena oli kehittää seniori- ja vanhustyöhön uusia toimintakäytäntöjä, joiden ytimenä olivat voimaannuttavan ja ehkäisevän työn periaatteet, ehkäisevien kotikäyntien toimintamalli ja ennakoiva palveluohjaus.

Hankkeessa palveluohjaus ymmärrettiin yksilökohtaisena työnä, jossa palveluohjaaja ja asiakas yhdessä räätälöivät palvelujen kokonaisuutta asiakkaan tarpeista lähtien. Ennakoiva työ on välttämätöntä ikäihmisten palvelujen turvaamiseksi tulevaisuudessa, koska ikäihmisten arjen sujuvuuden tutkimiseen ja arjessa voimaantumiseen on kiinnitetty liian vähän huomiota. Työtä ikäihmisten parissa tulee kehittää yksilöiden omia voimavaroja tukevaan toimintaan. (Salminen – Suomi – Hakonen 2004: 43–44, 55.)

Ala-Nikkola ja Sipilä (1999) kuvaavat yksilökohtaisen palveluohjauksen (case management) prosessiksi, jossa määritellään asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja etsitään tarpeisiin soveltuvia tuki- ja palvelumuotoja. Palveluohjauksen avulla työtä jäsennetään, koordinoidaan ja ideoidaan yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluohjaus on joustava tapa vastata asiakkaan tarpeisiin, mutta samalla sen puitteet on rajattu poliittisesti ja hallinnollisesti. Palveluohjauksen tulee ulottua julkisten palvelujen ulkopuolelle yksityisiin ja järjestöjen tarjoamiin palveluihin. Tämä vaatii palveluohjaajalta laajaa oman alueensa palveluiden ja tukimahdollisuuksien tuntemusta. Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa case management on lakisääteinen osa palvelujärjestelmää ja Iso-Britanniassa sitä sovelletaan sekä sosiaali- että terveydenhuoltoon. (Ala-Nikkola – Sipilä 1999.)

Hänninen (2007:17) kuvaa palveluohjauksellista työtettä kolmitasoisena neuvonta- ja palveluohjausmallina (kuvio 3), jossa palveluohjaukseen perustuvia työtötteitä ovat neuvonta ja ohjaus, palveluohjauksellinen työtöte ja yksilökohtainen palveluohjaus. Kun asiakas ei löydä tai saa apua ongelmiinsa neuvonnan ja ohjauksen kautta, asiakasta autetaan tehokkaammalla palveluohjauksellisella työtötteellä, joka perustuu voimavara-keskeiseen palveluohjaukseen. Palveluohjauksellisella työtötteellä varmistetaan ja koordinoidaan useita palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelut ja tuet. Työ tapahtuu yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Moniongelmaisia asiakkaita, jotka eivät tule autetuiksi palveluohjauksellisella työtötteellä, autetaan yksilökohtaisella palveluohjauksella. Tässä palveluohjausmallissa asiakasta auttaa henkilökohtainen palveluohjaaja, joka työskentelee asiakkaan kanssa tarvittaessa hänen kotonaan. Tavoitteena on, että asiakkaat pysyisivät mahdollisimman pitkään ensimmäisellä neuvonta- ja ohjaustasolla. Tavoitteena on myös saada palautettua takaisin ensimmäiselle tasolle ne, jotka välillä tarvitsevat tuekseen palveluohjauksellista työtötteä tai yksilökohtaista palveluohjausta. (Hänninen 2007: 16–17.)



Kuvio 3. Kolmitasoinen neuvonta- ja palveluohjausmalli (Hänninen 2007: 17).

Hännisen (2007: 17) kuvaaman kolmitasoisesta neuvonta- ja palveluohjausmallin avulla voidaan kuvata myös Espoon kaupungin kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin sisältöä. Kotihoidon ohjaajien ja muiden kotihoidon palvelutarpeen arvioijien sekä kotiutushoitajien työnkuva on lähellä palveluohjaajan työnkuvaa sisältäen asiakkaan tarvitseman avun ja hoidon yhteen sovittamista eli koordinoitua (case management). Kotona läheistään hoitavat omaishoitajat saavat tukea kotiin palveluohjauksellisella työotteella. Yksilökohtaista palveluohjausta annetaan pääsääntöisesti alueellisen kotihoidon asiakkaille. Kotihoidon palvelutarpeen arviointitoiminnan lähtökohtana voidaan pitää, että asiakkaat pysyisivät mahdollisimman pitkään ensimmäisellä neuvonta- sekä ohjaustasolla ja palveluohjauksellista työtettä tai yksilökohtaista palveluohjausta tarvitsevat asiakkaat saadaan palautettua takaisin ensimmäiselle tasolle.

4.2.3 Asiakaslähtöisyys kehittämisen lähtökohtana

Lainsäädäntö antaa vahvan pohjan asiakaslähtöiselle toiminnalle. Lakien tarkoituksena on turvata asiakkaan asema täsmentämällä ja yhtenäistämällä hoitoa ja kohtelua koskevien periaatteiden soveltamista sekä edistämällä potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. (Mm. laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista L812/2000, laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992 (muutos L653/2000), Potilasvahinkolaki L585/1986 (muutos L87/99), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L559/1994, laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista L272/2005, kuntalaki L365/1995.)

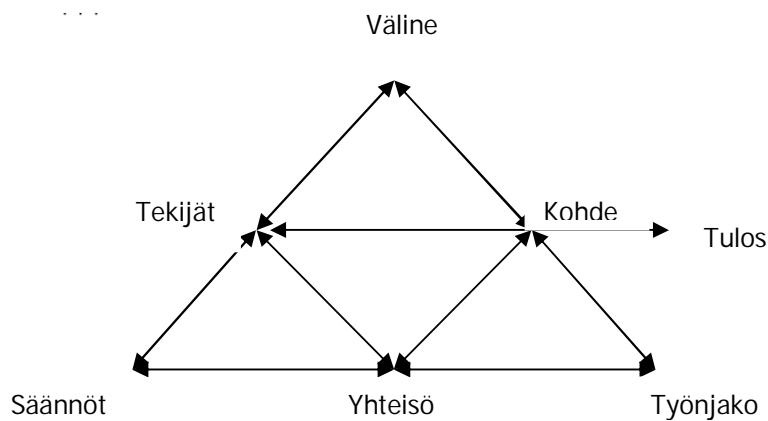
Asiakslähtöisyydestä puhutaan niin kotihoidossa kuin sosiaali- ja terveystoimessakin monissa eri yhteyksissä ja useissa eri merkityksissä. Asiakslähtöisyyden käsitteen avaaminen kussakin toimintaympäristössä erikseen auttaa niin työntekijää kuin palvelun käyttäjääkin ymmärtämään, mitä asiakslähtöisyys tarkoittaa käytännön toiminnassa. Ikäihmisten hoidossa ja palvelussa asiakslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoitoa ja palveluja saava asiakas on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Hoitoa ja palvelua tarkastellaan asiakkaan kannalta. Erityistä huomiota vaativia ovat tilanteet, joissa hoitoa ja palvelua saavan asiakkaan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ja mielipiteensä ovat alentuneet. Kun tiedetään, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana, voidaan turvata hyvä asiakslähtöinen hoito ja palvelu. Aidossa asiakslähtöisyydessä on sisäistetty näkemys siitä, että organisaatio on olemassa asiakkaiden tarpeita varten ja heitä kuunnellaan jatkuvasti. Tutkimusten mukaan ikääntyneet toivovat voivansa asua kotonaan mahdollisimman pitkään ja arvostavat nopeaa, luotettavaa sekä omatoimisuutta tukevaa palvelua. Usein palvelut toivotaan saatavan yksityisiltä ja julkisilta palveluntuottajilta, koska ikääntyneet eivät halua olla taakkana omaisilleen ja läheisilleen. (Voutilainen – Vaarama – Peiponen 2002: 38.)

Kiikkala (2000: 116–119) ilmentää asiakslähtöisyyden neljänä ulottuvuutena: Toiminnan arvoperustana, näkemyksenä asiakkaasta, näkemyksenä hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta ja näkemyksenä työntekijästä. Asiakslähtöisyyden lähtökohtana ovat ihmisarvo, ihmisen kunnioittaminen ja ihmisestä välittäminen. Käytännön toimintaa ohjaa yhdenvertaisuuden periaate, kokonaisvaltainen lähestymistapa ja pyrkimys tuottaa hyvää. Näkemykseen asiakkaasta kuuluu asiakkaan ymmärtäminen yhtä aikaa yksilönä, perheen tai muun lähiyhteisön jäsenenä, alueellisen väestön edustajana ja yhteiskunnan kansalaisena. Asiakslähtöinen hoito- ja palvelutoiminta alkaa aina asiakkaan esittämistä asioista, kysymyksistä ja tarpeista. Asiakslähtöinen työtapa on yhteistyösuhte, joka on luonteeltaan dialoginen ja yhteistoiminnallinen. Tämän toteuttaminen vaatii kohtaamista ja pyrkimystä yhteisen ymmärryksen syntymiseen, johon tarvitaan aikaa, tilaa, läsnäoloa, vierellä olemista, yhdessä tekemistä, kuuntelemista ja kuulluksi tulemistä. Tavoitteena on asiakkaan voimaantuminen. Asiakslähtöinen toiminta perustuu vastavuoroisuuteen ja yhteisiin sopimuksiin sekä suuntautuu tulevaan.

5 Kehittämistyön toteutus

5.1 Kehittävä työntutkimus

Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittämisessä hyödynnettiin kehittävän työntutkimuksen periaatteita. Kehittävä työntutkimus on osallistava tutkimusote, jonka avulla pyritään vastamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan ja kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Kehittävässä työntutkimuksessa hyödynnetään erilaisia, yleensä kvalitatiivisen, mutta myös kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä (Engeström 1998: 74). Kehittämisen välineenä ja toiminnan jäsentäjänä käytettiin toimintajärjestelmän mallia (kuvio 4). Toimintajärjestelmällä tarkoitetaan vakiintunutta, paikallisesti organisoitunutta toimintakäytäntöä eli yhteisöä, joka harjoittaa toimintaa. Tätä toimintaa varten ovat olemassa tekijät, välineet, yhteisössä vakiintuneet säännöt ja toimintaa toteuttavan yhteisön sisäinen työnjako. Tärkein elementti on toiminnan kohde, johon tekijät pyrkivät vaikuttamaan ja saamaan aikaan haluttuja muutoksia. Muutokset kuvataan toiminnan tuloksena. Kaikki toimintajärjestelmän osatekijät ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Toimintajärjestelmän mallilla ei pyritä kattavaan toiminnan kuvaukseen vaan se auttaa ongelmien jäsentämisessä. Sitä voidaan käyttää alkutilan kuvaukseen, ristiriitojen löytämiseen tai halutun toiminnan hahmottamiseen. (Engeström 1998: 46–52; Virkkunen ym. 2001: 18–20; Engeström 2002: 41–48.) Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittämisessä hyödynnettiin Espoon kaupungin kotihoidon toimintaympäristöön ja kehittämiseen liittyviä dokumentteja, Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhusten palvelujen kotihoidossa -toimintaohjetta ja asiakastietorekisteristä sekä kyselystä kerättyä aineistoa. Käytettävissä olleen aineiston arvioinnin tavoitteena oli lisätä ymmärrystä kehittämisen kohteena olevasta toiminnasta ja olosuhteista.



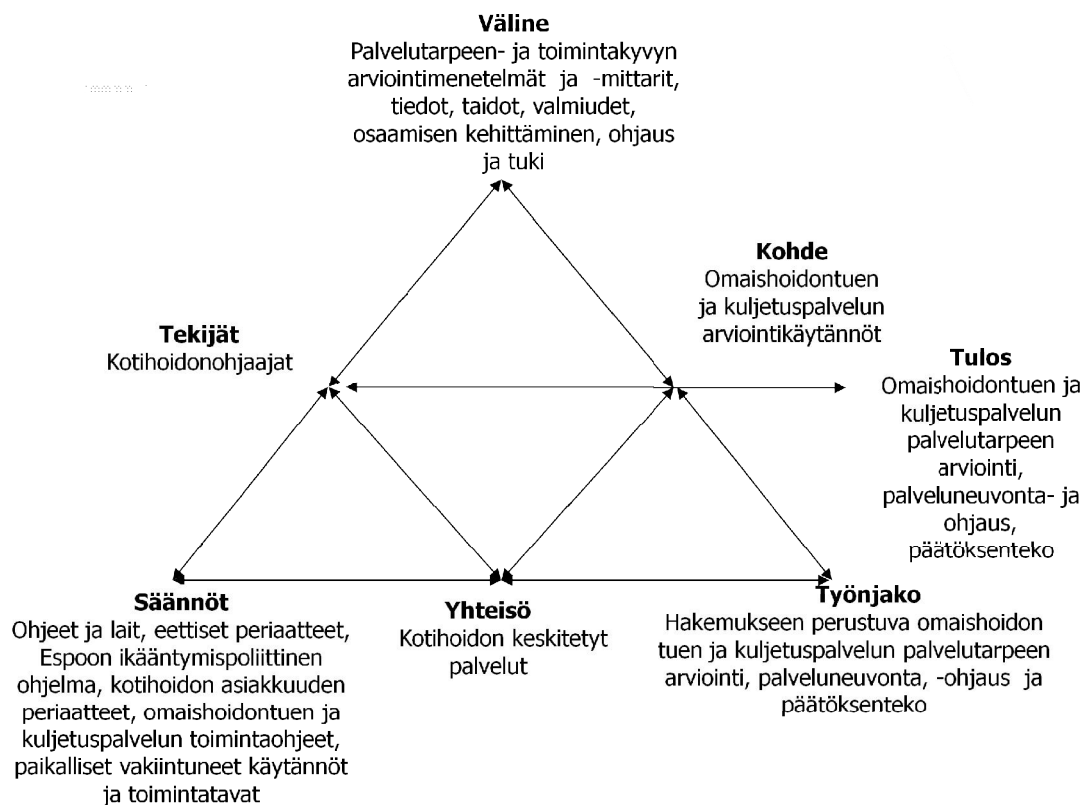
Kuvio 4. Toimintajärjestelmän rakennemalli (Engeström 1998: 47).

5.1.1 Kehittämistyön kohde

Kehittämistyön kohteena oli Espoon kotihoitoon, kuljetuspalveluun ja omaishoidontukeen liittyvä palvelutarpeen arvioinnin toimintakäytännöt ja -ympäristöt tekijöineen ja yhteisöineen. Kotihoidolla tarkoitetaan kotiin annettavien palvelujen kokonaisuutta, joka sisältää kotipalvelun, kotipalvelun tukipalvelut ja kotisairaanhoidon. Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle annettavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta ja vapaasta. (Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun toimintaohje 2010; Omaishoidon tuen toimintaohje 2009; Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhusten palvelujen kotihoidossa -toimintaohje 2008.)

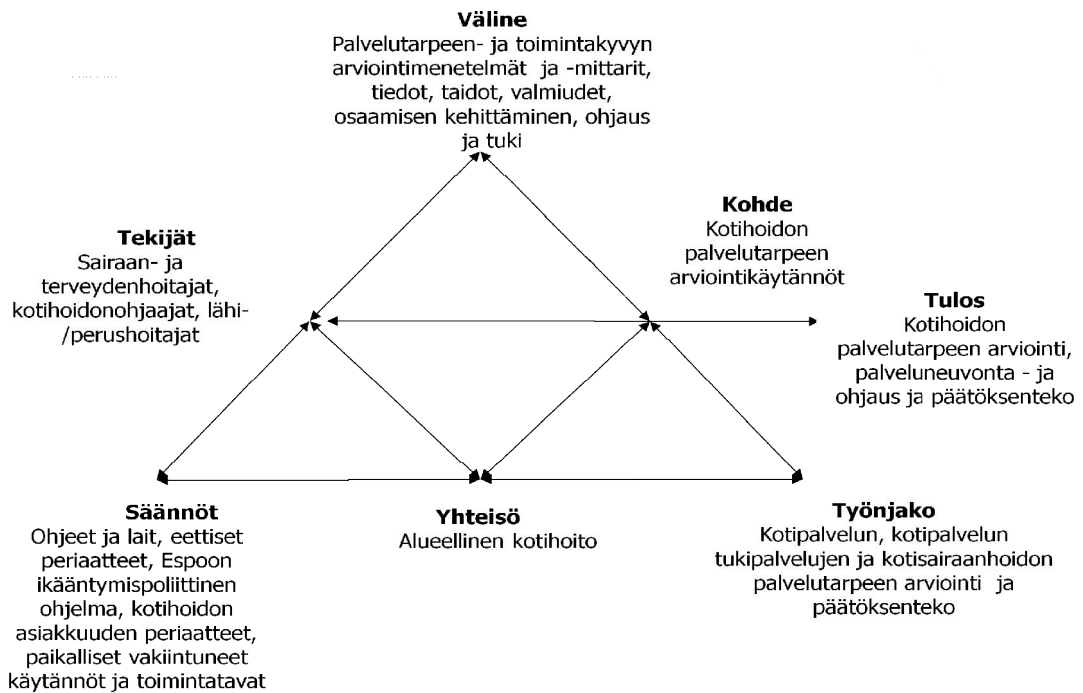
Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän malli auttaa hahmottamaan kotihoitoon palvelutarpeen arviointitoiminnan kokonaisuutta. Koska toimintaa on vaikeaa ymmärtää täysin ulkopuolisesta näkökulmasta tarkasteltuna, toimintajärjestelmä rakennetaan ja sitä tarkastellaan aina jonkun siihen osallistuvan henkilön tai ryhmän näkökulmasta, jolloin keskeistä on juuri tämän tekijän oma tulkinta ja intentiot. (Engeström 2002: 41–47.) Kehittävässä työntutkimuksessa yhteisö tarkoittaa käsiteltävän kohteen työyhteisöä, joka ei välttämättä rakennu pelkästään fyysisesti toisiaan lähellä toimivien työntekijöiden kesken vaan se voi rakentua eri tavoin. Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamallissa yhteisöllä tarkoitetaan niitä toimijoita, joiden toimin-

taan kuuluu kotihoidon, omaishoidon tuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointi, palveluneuvonta ja -ohjaus. Työnjaolla tarkoitetaan kohteen toimintaan liittyvien työtehtävien jakautumista eri toimijoiden kesken. Työnjaolla viitataan myös tehtävien, päätösvallan ja etujen jakautumiseen osanottajien kesken. (Engeström 2002: 46.) Espoon kaupungin kotihoidossa omaishoidontukeen ja kuljetuspalveluun liittyvä palvelutarpeen arviointi ja päätöksenteko on delegoitu keskitettyjen palvelujen kotihoidon ohjaajille (kuvio 5).



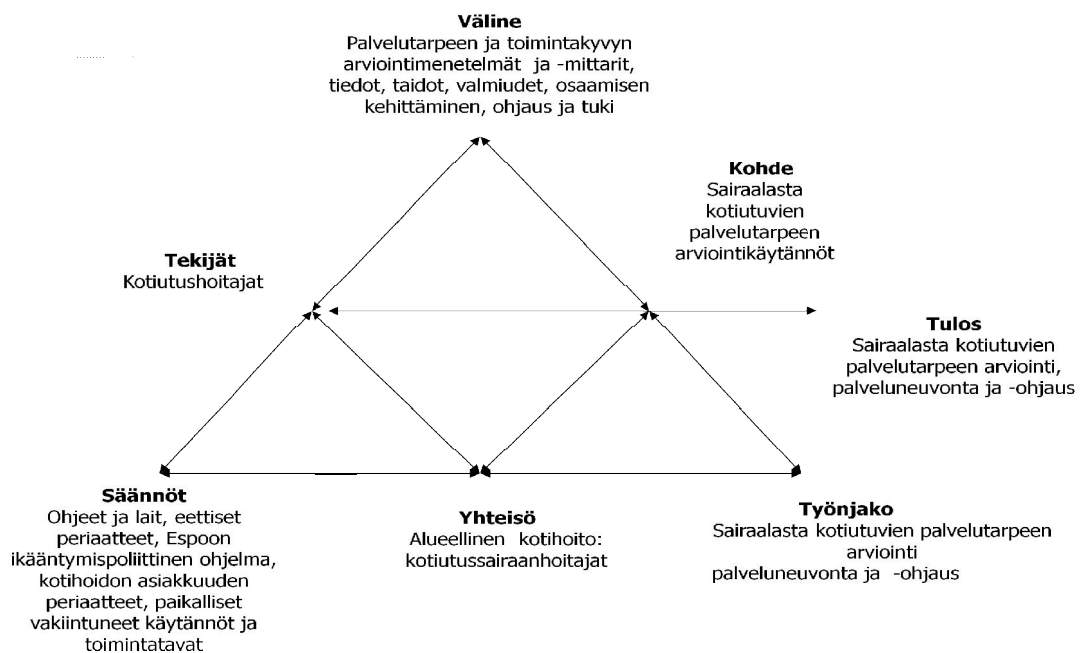
Kuvio 5. Omaishoidontuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.

Espoon kaupungin alueellisen kotihoidon palvelutarpeen arviointi on delegoitu kotihoidon ohjaajille ja/tai sairaanhoitajille, mutta tarvittaessa niitä tekevät myös lähihoitajat. Kotihoidon palveluihin liittyvä päätöksenteko on delegoitu kotihoidon ohjaajille. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Alueellisen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.

Kotiutushoitajat arvioivat yhdessä asiakkaan ja usein asiakkaan asuinalueen kotihoidon työntekijän kanssa sairaalasta kotiutuvien kotihoidon palvelutarpeen. Sairaalasta kotiutuvien kotihoitoon liittyvä päätöksenteko on delegoitu kotihoidon ohjaajille. (Kuvio 7.)



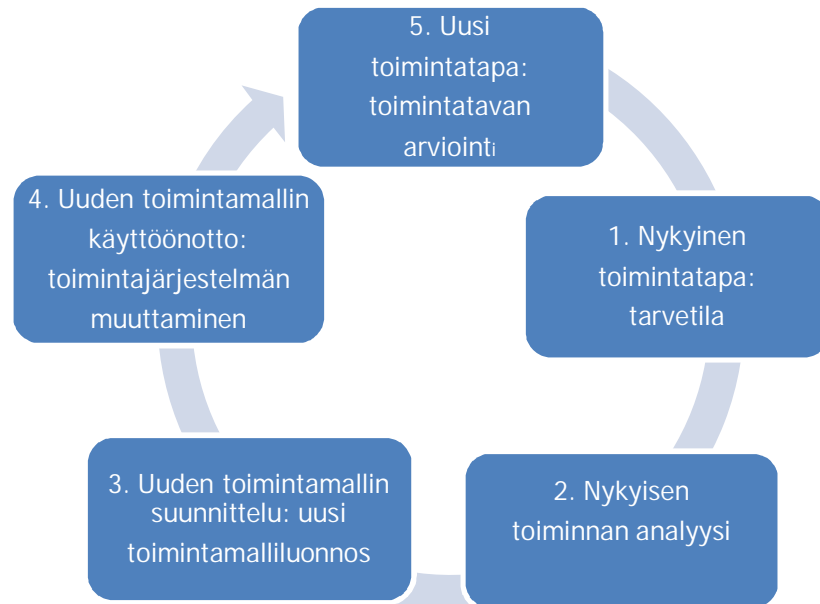
Kuvio 7. Sairaalasta kotiutuvien palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.

Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin välineillä tarkoitetaan toimijoiden käytössä olevia työkaluja ja osaamista, joiden avulla he toteuttavat palvelutarpeen arviointitoimintaa. Väline ei ole pelkkä aineellinen työkalu, vaan se voi olla myös käsitteellinen malli, tietoja, taitoja ja toimintaohjeita. Engeström (1990) jakaa välineet kolmeen eri luokkaan: miksi-, miten- ja mitä-välineisiin. Miksi-välineet ovat malleja ja teorioita, joiden avulla toimija perustelee toimintansa. Tässä kehittämistyössä miksi-välineitä ovat toimijoiden käsitykset palvelutarpeen arvioinnin tarkoituksesta ja tavoitteista. Miten-välineet kertovat, kuinka kehittämisen kohteena olevaa asiaa tulisi käsitellä. Miten-välineet voivat olla niin kirjoittamattomia kuin kirjoitettuja ohjeita, sääntöjä ja normeja, joiden tarkoituksena on ohjata ja säädellä työyhteisön työtoimintaa. Kotihoidon palvelutarpeen arviointitoimintaa ohjaa mm. Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet, sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointiin liittyvä säädökset, eettiset periaatteet, Espoon omaishoidon ja kuljetuspalvelun toimintaohjeet, Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma ja Espoon vanhusten palvelujen strategia. Miten-välineet voivat olla myös toimijoiden sekä toimintayksiköiden itse laatimia ja omaksumia toimintatapoja. Mitä-välineet ovat helpoiten havaittavia työn mahdollistavia työkaluja. Mitä-välineet ovat tässä kehittämistyössä niitä käytännön työvälineitä, joita palvelutarpeen arvioinnin laadukas toteutuminen edellyttää. Näitä voivat olla tiedot, taidot, osaaminen ja toimintamahdollisuudet.

5.1.2 Kehittämisprosessi

Kehittävän työntutkimuksen kehittämis- tai oppimisprosessi ymmärretään jatkuvaksi ja spiraalimaiseksi kehäksi, joka etenee nykyisen toimintatavan ja siinä ilmenevien ristiriitojen analysoinnista uuden toimintamallin suunnitteluun, sen käyttöön ottoon ja reflektointiin (kuvio 8). Kehittävän työntutkimuksen syklin ensimmäistä vaihetta leimaa tyytymättömyys, josta seuraa ristiriitoja. Ristiriitojen tunnistamiseksi syklin toisessa vaiheessa analysoidaan nykyistä toimintaa ja etsitään niitä kehittämiskohteita eli osaratkaisuja, joiden avulla pyritään poistamaan ristiriitojen aiheuttajia. Kolmannessa vaiheessa hahmotellaan uusi toimintamalli, joka on ratkaisu nykytilanteen ristiriitoihin ja keskeisenä tekijänä on uusi käsitys työn kohteesta eli siitä mitä työssä tuotetaan ja miksi. Tähän vaiheeseen liittyy usein muutoksia työnjaossa ja yhteistoimintamuotojen kehittämistä. Syklin neljännessä vaiheessa otetaan uusi toimintamalli käyttöön usein asteittain. Uuden toimintatavan vakiintuessa siirrytään viimeiseen vaiheeseen, joka tarkoittaa uusien käytäntöjen systemaattista noudattamista. (Engeström 1998: 88–92.)

Tämän opinnäytetyön raportti sisältää syklin ensimmäisen vaiheen, toisen vaiheen eli toiminnan ristiriitojen ja kehittämistarpeiden kuvauksen sekä analyysin ja osittain kolmannen vaiheen, jossa on hahmoteltu uusi toimintamalli. Syklin kolmannen vaiheen kehittämistä, neljättä vaihetta eli uuden toimintamallin käyttöönottoa ja arviointia jatketaan tämän opinnäytetyön jälkeen.



Kuvio 8. Kehittävän työntutkimuksen kehittämis- tai oppimisprosessi (Engeström 1998:92).

Nykyinen Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli kuvattiin ja analysoitiin hyödyntäen dokumentteja ja kyselyä. Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhus-ten palvelujen kotihoidossa -toimintaohjeen pohjalta kuvattu kotihoidon palvelutarpeen arviointiprosessi ja Terveystietojärjestelmän kotihoito-osion saatu rekisteritieto toimivat lähtökohtana kyselytutkimuksen suunnittelussa, tiedonkeruuvälineen rakentamisessa ja kyselytutkimuksen kohderyhmän valinnassa. Dokumentteihin tutustuminen, palvelutarpeen arviointiprosessin kuvaaminen, kyselytutkimuksen suunnittelu ja tiedonkeruuvälineen rakentaminen toteutettiin syksyllä 2009 ja tammi-huhtikuussa 2010. Kysely toteutettiin keväällä 2010. Syksyllä 2010 toteutettiin analyysi, joka jatkui kevääseen 2011 asti. Kyselyn analyysin avulla saatiin esiin Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin nykytila, ristiriidat ja kehittämistarpeet.

Syksyllä 2011 oli tarkoitus kutsua koolle työryhmä, johon osallistuu opinnäytetyöntekijän lisäksi eteläisestä ja pohjoisesta kotihoidosta sekä kotihoidon keskitetystä palveluis-

ta vähintään yksi palvelutarpeen arviointeja tekevä sairaanhoitaja, kotihoidonohjaaja ja kotiutushoitaja sekä opinnäytetyön työelämäohjaaja. Tämän työryhmän oli tarkoitus arvioida ja kehittää edelleen analyysin perusteella kehitettyä palvelutarpeen arvioinnin toimintamalliluonnosta. Kehittämispäivän tuloksena oli tarkoitus viimeistellä palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli ja luoda uusi palvelutarpeen arvioinnin prosessikuvaus. Tämä kehittämistyön osuus jäi kuitenkin ajan puutteen vuoksi toteutumatta.

Kyselytutkimuksen tulokset ja toimintamalliluonnos esitettiin kotihoidon päällikölle, kotihoidon keskitettyjen palvelujen palvelupäällikölle ja opinnäytetyön työelämäohjaajalle kotihoidon organisaatiouudistuksen suunnitteluvaiheessa 13.10.2011. Kehittämistyötä on tarkoitus jatkaa edelleen toimintamalliluonnoksen arvioinnilla työryhmätyöskentelynä kuvatus suunnitelman mukaan tämän opinnäytetyön jälkeen vuoden 2012 alussa. Työryhmän kokoonpano muuttuu ja siihen voidaan kutsua kotihoidon palvelutarpeen arviointiyksikköön valitut palvelutarpeen arvioijat ja kotiutushoitajat. Työryhmätyöskentelyn tuloksena saadaan viimeistelty toimintamalli ja uusi palvelutarpeen arvioinnin prosessikuvaus, joka toimitetaan työryhmän jäsenille kommentoitavaksi. Kommenttikierroksen jälkeen prosessikuvaukseen tehdään tarvittavat muutokset ja palveluprosessi laaditaan vuokaavoiksi. Lopullinen Espoon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli on prosessikuvaus, joka konkretisoi toiminnan etenemisen ja toimijoiden työnjaon.

5.2 Aineiston keruu ja analysointi

5.2.1 Tiedonkeruuvälineen rakentaminen

Rekisteriaineisto

Alkutila-analyysin aineistoa kerättiin Espoon kaupungin kotihoidossa käytössä olevan Terveystietojärjestelmän kotihoito-osion rekisteritiedoista. Rekisteritiedoista saadaan käyntiyhteenvetojen perusteella tilastotietoa palvelutarpeen arviointikotikäyntien lukumääristä, tekijöistä ja työskentelyalueesta. Kehittämistyötä varten kerättiin tilastoaineisto ajalta 1.1.2010–31.12.2010. Kehittämistyössä oltiin kiinnostuneita tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumääristä suuralue- ja työntekijätasolla.

Kyselyaineisto

Palvelutarpeen arvioinnin laatu on asianmukaisilla resursseilla, vuorovaikutteisesti ja asiakaslähtöisesti toteutettu arviointi, joka on asiakkaan toimintakyvyn ja kotona asuminen mahdollistamiseksi riittävää ja yhdenmukaisesti toteutettua. Tiedonkeruuvälineen rakentaminen alkoi Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintaan sekä palvelutarpeen arviointiin, palveluohjaukseen ja ehkäiseviin kotikäynteihin liittyvään teoriaan tutustumisella. Tiedonkeruuvälineen rakentamisen lähtökohtana oli palvelutarpeen arviointiin liittyvät säädökset, eettiset arvot ja periaatteet, Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhusten palvelujen kotihoidossa -toimintaohjeen pohjalta kuvattu kotihoidon palvelutarpeen arviointiprosessi ja siihen liittyvä osaaminen.

Tiedonkeruuvälineen rakentamisessa käytettiin jäsentäjänä kehittävän työntutkimuksen teoreettista apuvälinettä toimintajärjestelmän mallia, jonka osa-alueina olivat tekijä, välineet, säännöt, työnjako, yhteisö ja kohde. Kyselytutkimuksessa kartoitettiin työntekijöiden palvelutarpeen arviointiin liittyviä tietoja, taitoja, valmiuksia ja saatua tukea. Toiseksi kartoitettiin näkemyksiä palvelutarpeen arviointikotikäynnin toteutumiseen, tarkoitukseen, palvelutarpeen arviointiin ja asiakkaaksi ottamiseen liittyen. Kolmanneksi kartoitettiin työnjakoon liittyviä kysymyksiä palvelutarpeen arvioinnin tekijään, yhteydenottoon, tiedonsaantiin ja päätöksentekoon liittyen. Yksittäinen osio tai tehtävä ei Metsämuurosen (2000: 17) mukaan nouse kokonaisuudessa erityisen tärkeäksi. Tärkeämpää mittarin luotettavuuden tarkastelussa on osioiden muodostama kokonaisuus. Palvelutarpeen arviointiin liittyvä kysely koostui viidestä kokonaisuudesta. Kysymyskokonaisuudet koskivat välineitä (6 kysymystä), työnjakoa (4 kysymystä) sekä sääntöjä (3 kysymystä) ja sisälsivät yhteensä 127 väittämää. Muut kokonaisuudet liittyivät taustatietoihin (7 kysymystä) ja kehittämistarpeisiin, jota kysyttiin avoimella kysymyksellä. Taustamuuttujia olivat virka-/toiminimike, ammatillinen koulutus ja toimialue, työkokemus Espoon kotihoidossa, työkokemus nykyisessä tehtävässä, aiempi työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa, tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumäärä viikon aikana ja kuukaudessa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tiedonkeruuvälineen muuttujaryhmät, muuttujat, kysymysnumerot ja kysymysten väittämien lukumäärä.

Muuttujaryhmä	Muuttujat	Kysymysnumero ja väittämien lukumäärä
Tekijä/ vastaajien taustatiedot	Virka-/toiminimike	14
	Ammatillinen koulutus	15
	Työkokemus Espoon kotihoidossa	16
	Työkokemus nykyisessä tehtävässä	17
	Työkokemus sosiaali- ja terveysalalla	18
	Toimialue	19
	Tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumäärä	20
Työnjako	Palvelutarpeen arviointikotikäynnin tekijä/tekijät	1 11 väittämää
	Palvelutarpeen arviointipyyntö tulee	2 6 väittämää
	Tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä	3 6 väittämää
	Päätöksenteko kotihoidon asiakkaaksi ottamisesta	11 8 väittämää
Välineet	Tietämys palveluista ja tukimuodoista	5 34 väittämää
	Tietämys kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista	6 6 väittämää
	Palvelutarpeen arvioinnin taidot	7 8 väittämää
	Palvelutarpeen arviointivälineistön käyttö	8 a 5 väittämää
	Valmiudet käyttää palvelutarpeen arvioinnin välineitä	8 b 5 väittämää
	Saatu ohjaus ja tuki palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin	9 11 väittämää
Säännöt	Näkemykset palvelutarpeen arvioinnin toteutumisesta	4 13 väittämää
	Näkemykset palvelutarpeen arvioinnista ja asiakkaaksi ottamisesta	10 8 väittämää
	Näkemykset palvelutarpeen arviointikotikäynnin tarkoituksesta	12 7 väittämää
Kehittäminen	Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet	13

Tiedonkeruuväline esiteltiin Espoon kaupungin palveluksessa olevilla kotihoidon ohjaajalla ja lähihoitajalla, joilla molemmilla oli kokemusta palvelutarpeen arviointien tekemisestä. Esitetauksen jälkeen kysymysalueet käytiin läpi ohjaustilanteessa, jossa oli

mukana opinnäytetyöntekijän lisäksi opinnäytetyötä ohjaava opettaja, kotihoidon keskitettyjen palvelujen palvelupäällikkö ja opinnäytetyön työelämäohjaaja. Esitestauksella ja ohjauksella pyrittiin varmistamaan kysymysten ja vastausvaihtoehtojen tarpeellisuus, selkeys, yksiselitteisyys sekä toimivuus. Lisäksi tavoitteena oli arvioida oliko jotain jäänyt kysymättä. (Heikkilä 2008: 61.) Palautteen perusteella kysymyslomakkeeseen tehtiin tarvittavat tarkennukset.

5.2.2 Aineiston keruu

Kehittämishanke esiteltiin ennen kyselyn lähettämistä kotihoidon johtoryhmässä kotihoidon alue- ja palvelupäälliköille 6.5.2010, pohjoisen ja eteläisen kotihoidon alueellisissa johtoryhmissä kotihoidon lähiesimiehille 19.5.2010, kotihoidon keskitettyjen palvelujen tiimipalaverissa 26.4.2010 kotihoidon ohjaajille ja kotiutushoitajien palaverissa 26.5.2010. Alueellisen kotihoidon lähiesimiehet tiedottivat hankkeesta kotihoidon tiimeille 19.5.2010 jälkeen ennen kyselylomakkeen jakamista.

Kyselytutkimusaineiston keruussa päädyttiin verkkokyselyyn, koska osa kyselyn saajista oli kyselytutkimuksen tekijän kollegoita tai yhteistyökumppaneita ja kehittämishankkeen esittelyissä tuli esille huoli anonymiteetin säilymisestä postikyselyssä erityisesti käsialasta tunnistettavuuden suhteen. Verrattuna perinteiseen postikyselyyn verkkokyselyn etuna ovat myös sen nopeus, joustavuus, helppous ja ympäristöystävällisyys (Heikkilä 2008). Verkkokysely rakennettiin yhteistyössä Kauklahten kotihoidon Tuula Kuismasen kanssa Espoon kaupungilla käytössä olevaan Internet-pohjaiseen Webropol-verkkotyökaluun.

Kyselytutkimusaineisto kerättiin kokonaisotantana Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointeja tekeviltä työntekijöiltä. Hanke-esittelyiden jälkeen kotihoidon lähiesimiehiltä pyydettiin palvelutarpeen arviointeja tekevien työntekijöiden nimet, joille lähetettiin sähköpostilla ohjeellinen saatekirje (liite 1) sekä nettilinkki kyselyn Internet-sivulle. Kyselylomake (liite 2) lähetettiin kaikille kotihoidon lähiesimiesten ilmoittamille (n=71) palvelutarpeen arviointikotikäyntejä tekeville sairaanhoitajille, kotiutushoitajille ja lähihoitajille. Kotihoidon ohjaajat toimivat lähiesimiehinä ja kyselylomake lähetettiin kohdeorganisaation toiveesta kaikille kotihoidon ohjaajille (n=19) riippumatta siitä ilmoittivatko he tekevänsä palvelutarpeen arviointeja. Kyselylomake lähetettiin myös omais-

hoidontuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointeja tekeville kotihoidon ohjaajille (n=3). Kyselylomakkeiden saajia oli yhteensä 93. Kysely suoritettiin 2.6.2010 – 24.6.2010 välisenä aikana. Ensimmäistä kyselyä seurasi yksi muistutus, joka lähetettiin 9.6.2010. Vastausaikaa jatkettiin, koska moni kyselyn saajista oli vuosilomalla. Vastausaikaa oli yhteensä 3 viikkoa ja kysely suljettiin 24.6.2010.

5.2.3 Kyselyaineiston analyysi

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin PASW Statistic 18.0 -ohjelmalla. Kyselylomakkeen avulla kerätty tutkimusaineisto tallentui Webropol -ohjelmassa Excel- taulukkoon, josta se syötettiin PASW Statistic 18.0 -ohjelmaan analyysia varten tarkistuksen jälkeen. Puuttuneet ja virheelliset kohdat jätettiin tyhjäksi. Taulukoiden ja graafisten esitysten teossa käytettiin apuna Excel 2007 -taulukkolaskentaohjelmaa, PASW Statistic- ja Word 2007 -ohjelmaa.

Aineiston kuvaamisen ja analyysin päämääränä oli selvittää palvelutarpeen arviointitoimintaa ennen toimintamallin suunnittelua. Aineiston kuvailu aloitettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssijakaumia, prosenttilukuja, keskiarvoja ja keskihajontaa. Analyysimenetelmäksi kahden ryhmän vertailuun käytettiin joko Kruskal-Wallis tai Mann-Whitneyn U -testiä. Testien käyttö ei edellytä normaalijakautuneisuutta ja ne soveltuvat käytettäväksi vähintään järjestysasteikollisille muuttujille. Merkitsevyytensä käytettiin p-arvoa 0,05. Mitä pienempi merkitsevyytensä on, sitä merkitsevämpi on tulos. (Metsämuuronen 2004: 181–182.)

Frekvenssitaulukoiden tarkastelun perusteella osa muuttujista luokiteltiin uudestaan, jotta saatiin muodostettua riittävän isot ja sisällöllisesti mielekkäät luokat. Taustamuuttujasta ammatillinen koulutus luokat geronomi (amk) ja sosiaaliohjaaja poistettiin, koska niitä ei ollut aineistossa. Luokat "lähihoitaja" ja "perushoitaja" yhdistettiin luokaksi "lähi-/perushoitaja". Luokka "muu, mikä" muutettiin luokaksi "muu", koska vastaajat eivät ilmoittaneet mikä ammatillinen koulutus on kyseessä. Jatkuvat taustamuuttajat (työkokemus Espoon kotihoidossa, nykyisessä tehtävässä ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa) luokiteltiin. Tehtyjen palvelutarpeen arviointikotikäyntien keskimääräistä lukumäärää työviikon ja kuukauden aikana selvittävät vastaukset yhdistettiin muuttamalla työviikon aikana tehdyt arviointikotikäynnit kuukauden aikana tehdyiksi

kertomalla työviikon aikana tehtyjen palvelutarpeen arviointikäyntien lukumäärä neljällä. Vastauksista, jotka oli ilmoitettu muodossa n-n, laskettiin keskiarvo ja näin saatiin keskimääräinen lukumäärä kuukausittain tehdyistä palvelutarpeen arviointikäynneistä. (Liite 3.)

Tutkimusmuuttujista osa Likert-asteikollisista luokista muutettiin kaksi tai kolmeluokkaiseksi jatkoanalyysija varten. Luokat "usein" ja "aina" yhdistettiin yhdeksi luokaksi "usein/aina" ja luokat "ei koskaan" ja "joskus" yhdistettiin luokaksi "ei koskaan/joskus". Luokat "täysin eri mieltä" ja "melko eri mieltä" yhdistettiin yhteen luokkaan "eri mieltä" ja samoin "melko samaa mieltä" ja "täysin samaa mieltä" yhdistettiin luokaksi "samaa mieltä". Luokat "erittäin huonot" ja "melko huonot" yhdistettiin yhdeksi luokaksi "huonot" ja luokat "melko hyvät" ja "erittäin hyvät" yhdistettiin samoin yhteen luokkaan "hyvät". Luokat "täysin riittämättömästi" ja "melko jokseenkin riittämättömästi" yhdistettiin yhdeksi luokaksi "riittämättömästi" ja luokat "jokseenkin riittävästi" ja "täysin riittävästi" yhdistettiin samoin yhteen luokkaan "riittävästi". (Liite 3.)

Avoimen kysymyksen analyysi aloitettiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, jossa analyysi ja luokittelu perustuvat valmiiseen teoreettiseen viitekehyykseen. Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, jonka valintaa ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2002, 109–116; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.) Tässä analyysiyksikköinä olivat yksittäiset lauseet. Samaa asiaa koskevat lauseet yhdistettiin kategorioihin, jotka oli muodostettu kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin osatekijöistä; tekijät, välineet, säännöt, työnjako, yhteisö ja kohde. Sisällönanalyysia jatkettiin kvantifioimalla aineisto eli laskemalla kuinka monta kertaa asia tai ilmiö esiintyi tutkittavien vastauksissa. (Tuomi – Sarajärvi 2002.)

6 Tulokset

Kyselyn saajien määrä sähköpostiosoitteiden perusteella oli 93 ja vastauksia saatiin 38. Vastausprosentiksi muodostui 41 %. Tulokset esitetään kokonaisuuksina, jotka koskivat taustatietoja, palvelutarpeen arvioinnin työnjakoa, välineitä, sääntöjä ja kehittämistarpeita. Lopussa esitetään yhteenveto tuloksista taulukkoina, joista nähdään palvelutarpeen arvioinnin tekijöiden tietoihin, taitoihin, valmiuksiin ja saatuun tukeen sekä palvelutarpeen arvioinnin tarkoitukseen, toteutumiseen ja asiakkaaksi ottamiseen liittyvät vahvuudet ja kehittämisaalueet sekä osa-alueet, joissa oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p < 0,05$) alueiden, virka-/toiminimikkeiden ja ammatillisen koulutuksen suhteen.

6.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Virka-/toiminimike, ammatillinen koulutus ja työskentelyalue

Espoon kaupungin kotihoidossa sairaan- ja kotiutushoitajan toimeen vaaditaan sairaan- tai terveydenhoitajan ammatillinen koulutus. Kotihoidon ohjaajan virassa Espoon kotihoidossa voi toimia sairaan- tai terveydenhoitajan, sosionomin (amk), geronomin (amk), sosiaaliohjaajan tai johtavan kodinhoitajan ammatillisen koulutuksen saanut henkilö. Lähihoitajan toimeen vaaditaan lähi- tai perushoitajan tai vastaavan ammatillinen koulutus. Palvelutarpeen arvioinnin tekijöitä oli tutkimuksen aikana yhteensä 93. Kyselyyn vastanneista ($n=38$) enemmistö (71 %) oli virka-/toiminimikkeeltään sairaanhoitajia (40 %) tai kotihoidon ohjaajia (32 %). Lähihoitajia vastaajista oli 16 % ja kotiutushoitajia 13 %. Vastaajista yli puolella oli (58 %) sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan ammatillinen koulutus. Sosionomin (13 %) ja lähi- tai perushoitajan (13 %) ammatillinen koulutuksen saaneita vastanneissa oli yhtä paljon. 11 % ilmoitti ammatillisen koulutuksen muuksi, mutta ei mikä ammatillinen koulutus on kyseessä. Vastanneista 48 % työskenteli eteläisessä ja puolet pohjoisessa kotihoidossa, yksi vastaaja ei ilmoittanut työskentelyaluettaan. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Virka-/toiminimike, ammatillinen koulutus, työskentelyalue (n, %).

Muuttuja	n	%
<i>Virka-/toiminimike</i>		
Kotihoidon ohjaaja	12	32
Sairaanhoidtaja	15	40
Kotiutushoitaja	5	13
Lähi-/perushoitaja	6	16
Yhteensä	38	101
<i>Ammatillinen koulutus</i>		
Lähihoitaja	3	8
Perushoitaja	2	5
Sairaanhoidtaja	18	48
Terveystenhoitaja	4	11
Sosionomi (amk)	5	13
Geronomi (amk)	0	0
Sosiaaliohjaaja	0	0
Muu mikä	4	11
Yhteensä	36	95
Tieto puuttuu	2	5
<i>Millä alueella työskentelet</i>		
Eteläinen kotihoito	18	48
Pohjoinen kotihoito	19	50
Yhteensä	37	98
Tieto puuttuu	1	3

Työkokemus Espoon kotihoidossa, nykyisessä tehtävässä ja aiempi työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kysymykseen vastanneet (n=36) olivat työskennelleet Espoon kotihoidossa kahdesta kuukaudesta 38 vuoteen, keskimäärin noin 12 vuotta. Vastaajista puolet oli työskennellyt Espoon kotihoidossa 0–10 vuotta, noin neljäsosa 11–20 vuotta ja noin neljäsosa 21 vuotta tai enemmän. Kysymykseen vastanneet (n =36) olivat työskennelleet nykyisessä tehtävässä kahdesta kuukaudesta 42 vuoteen, keskimäärin noin kahdeksan vuotta. Suurin osa vastaajista oli työskennellyt nykyisessä tehtävässä enintään 10 vuotta. Kysymykseen vastanneilla (n=36) oli aiempaa työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa yhdestä vuodesta 38 vuoteen, keskimäärin noin 11 vuotta. Noin kolmasosa vastaajista oli aiemmin työskennellyt sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa enintään 10 vuotta ja noin neljäsosa 11–20 vuotta. Viidesosalla vastaajista oli aiempaa työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa 21 vuotta tai enemmän. Noin viidesosalla vastaajista ei ollut aiempaa työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa. Kysymykseen vastanneet (n=32) ilmoittivat tekevänsä 1–24 palvelutarpeen arviointikotikäyntiä kuukaudessa, keskimääräisen lukumäärän ollessa kuusi. Suu-

rin osa ilmoitti tekevänsä enintään yhdeksän ja noin kuudesosa vähintään 10 palvelutarpeen arviointikotikäyntiä kuukaudessa. Kolme vastausta hylättiin tulkintavaikkeuksien vuoksi. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Työkokemus Espoon kotihoidossa, työkokemus nykyisessä tehtävässä ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa vuosina. Tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumäärä kuukausina. (n, %, ka=keskiarvo, sd=keskihajonta).

Muuttuja	n	%	ka	sd
<i>Työkokemus Espoon kotihoidossa</i>			12 v	10 v
0-10 vuotta	19	50		
11-20 vuotta	9	24		
21-30 vuotta	7	18		
31-40 vuotta	1	3		
Tieto puuttuu	2	5		
<i>Työkokemus nykyisessä tehtävässä</i>			8 v	8 v
0-10 vuotta	31	82		
11-20 vuotta	3	8		
21-30 vuotta	2	5		
31-40 vuotta	0	0		
Tieto puuttuu	2	5		
<i>Aiempi työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa</i>			11 v	11 v
1-10 vuotta	12	32		
11-20 vuotta	9	24		
21-30 vuotta	4	11		
31-40 vuotta	3	8		
Ei työkokemusta	8	21		
Tieto puuttuu	2	5		
<i>Tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumäärä kuukaudessa</i>			6	6
9 tai alle	23	61		
10 tai yli	6	16		
Tieto puuttuu tai hylätty	9	24		

6.2 Näkemys palvelutarpeen arvioinnin työnjaosta

Palvelutarpeen arviointikotikäynnin tekijä

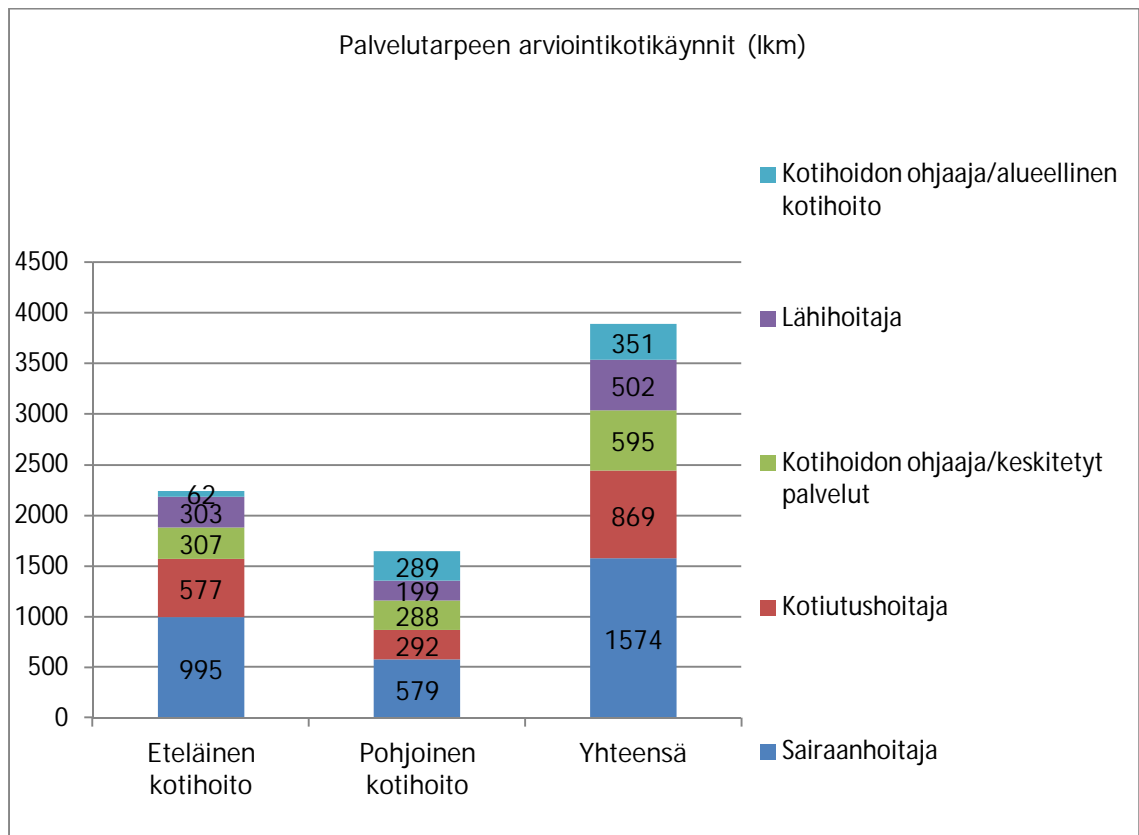
Näkemyksiä palvelutarpeen arviointikotikäynnin tekijöistä mitattiin 11 väittämällä asteikoilla 1-4 (1=ei koskaan, 2=joskus, 3=usein, 4=aina). Vastaajien (n=38) mukaan palvelutarpeen arviointikotikäynnin teki useimmin sairaanhoitaja (ka 3,2), kotiutushoitaja (ka 2,7) ja kotiutushoitaja-sairaan-/terveydenhoitaja työpari (ka 2,4). Kotihoidon palvelutarpeen arviointikotikäyntejä teki vastaajien mukaan harvemmin kotihoidonohjaaja-kotihoidonohjaaja työpari (ka 1,1), kotihoidon ohjaaja-kotiutushoitaja työpari (ka

1,7) ja kotihoidon ohjaaja-lähihoitaja-/perushoitaja työpari (ka 1,7). Muiksi palvelutarpeen arviointikotikäynnin tekijöiksi mainittiin sosiaalityöntekijä (2), kotisairaanhoidon lääkäri-kotiutushoitaja työpari (1), lääkäri, kotiutushoitaja-muistikordinaattori työpari (1), kotiutushoitaja-toimintaterapeutti työpari (1), kotiutushoitaja-toimintaterapeutti työpari (1). Suluissa on mainintojen lukumäärä. (Liitetaulukko 1.)

Tarkasteltaessa pohjoista ja eteläistä kotihoitoa siinä kuka on mukana palvelutarpeen arviointikotikäynnillä, Mann-Whitney-U-testin perusteella tilastollisesti merkitsevä ero oli kotihoidon ohjaajan ($p=,001$) ja kotiutushoitaja-sairaanhoidaja työparin ($p=,002$) mukanaolossa. Kotihoidon ohjaaja oli palvelutarpeen arviointikotikäynnillä mukana useimmin pohjoisessa kotihoidossa (ka 1,7) kuin eteläisessä kotihoidossa (ka 1,2). Kotiutushoitaja-sairaanhoidaja työpari oli mukana useimmin eteläisessä kotihoidossa (ka 1,8) kuin pohjoisessa kotihoidossa (ka 1,2). Muiden palvelutarpeen arviointikotikäynnillä mukanaolevien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa kotihoidon suuralueiden välillä.

Palvelutarpeen arviointiin liittyvien arviointikotikäyntien lukumääriä tarkasteltiin myös Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rekisteristä. Rekisteritietojen mukaan palvelutarpeen arviointeja tehtiin vuoden 2010 aikana yhteensä 3891. Palvelutarpeen arviointikotikäynneillä mukana oli vuonna 2010 useimmin sairaanhoitaja (39 %) tai kotiutushoitaja (22 %). Kotihoidon palvelutarpeen arviointikotikäynneillä harvemmin mukana oli kotihoidon ohjaaja (9 %) tai lähihoitaja (14 %). Kotihoidon keskitettyjen palveluiden kotihoidon ohjaajat tekevät omaishoidontuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointikotikäyntejä, joita muut ammattiryhmät eivät tee. Niitä oli 15 % kaikista palvelutarpeen arviointikotikäynneistä. Sekä rekisteritietojen ja vastaajien näkemyksen mukaan palvelutarpeen arviointikotikäynnillä mukana oli useimmin sairaanhoitaja tai kotiutushoitaja, harvemmin kotihoidon ohjaaja tai lähihoitaja. Rekisteritietojen mukaan kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin tekijät vaihtelivat pohjoisen ja eteläisen kotihoidon välillä. Kotihoidon ohjaajat olivat palvelutarpeen arviointikotikäynnillä mukana useimmin pohjoisessa kotihoidossa (18 %) kuin eteläisessä kotihoidossa (3 %), lisäksi eroja oli sairaanhoitajien ja kotiutushoitajien suhteen. Sairanhoitajat olivat palvelutarpeen arviointikotikäynnillä mukana useimmin eteläisessä kotihoidossa (44 %) kuin pohjoisessa kotihoidossa (35 %) ja kotiutushoitajat olivat mukana useimmin eteläisessä kotihoidossa (26 %) kuin pohjoisessa kotihoidossa (18 %). Lähihoitaja oli mukana kotikäyn-

nillä hieman useimmin eteläisessä kotihoidossa (13 %) kuin pohjoisessa kotihoidossa (12 %). (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Tehtyjen palvelutarpeen arviointien lukumäärä suuralueittain ja tehtävänimikkeittäin.

Miten ja mistä tieto palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta tulee

Näkemyksiä siitä, miten ja mistä tieto palvelutarpeen arvioinnista tulee, mitattiin kuudella väittämällä asteikolla 1–4 (1=ei koskaan, 2=joskus, 3=usein, 4=aina). Vastaajat saivat tiedon palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta hieman useimmin suoraan (ka 2,8) kuin välitettynä (ka 2,6). Tämä tieto tuli useimmin terveyskeskus-/akuuttisairaala (ka 2,7) tai asiakkaalta/läheiseltä (ka 2,5). Tieto palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta tuli harvoin muusta sosiaali- ja terveystoimen yksiköstä (ka 2). Muina palvelutarpeen arviointipyynnön esittäjinä mainittiin naapurit (8), isännöitsijä (3), ystävä/tuttava (2), taloyhtiön hallitus (1), vuokranantaja (1), seurakunta (1), 3. sektori (1), apteekki (1) ja yksityinen palveluntuottaja (1). Suluissa on mainintojen lukumäärä. (Taulukko 4.) Tarkasteltaessa oliko virka-/toiminimikkeiden eroja siinä, miten tieto palvelutarpeen arvi-

oinnin tarpeesta saatiin, Kruskall-Wallis -testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa eri virka-/toiminimikkeiden välillä oli siinä saadaanko tieto palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta suoraan ($p=,004$). Tieto palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta tuli suoraan useimmin kotihoidon ohjaajalle (ka 3,2) ja kotiutushoitajalle (ka 3,2), harvemmin sairaanhoitajalle (ka 2,5) ja lähihoitajalle (ka 2,3).

Taulukko 4. Miten tai mistä tieto palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta tulee (ka=keskiarvo, n, %). Asteikolla 1 (ei koskaan) – 4 (aina).

Palvelutarpeen arviointipyynnö tulee	ka	Ei koskaan/ joskus		Usein/aina		Tieto puuttuu	
		n	%	n	%	n	%
Suoraan	2,8	11	29	26	68	1	3
Välitettyinä	2,6	15	40	22	58	1	3
Asiakkaalta/läheiseltä	2,5	16	42	21	55	1	3
Terveys-/akuuttisairaalaista	2,7	12	32	25	66	1	3
Erikoissairaanhoidosta	2,5	17	45	20	53	1	3
Muusta sosiaali- ja terveystoimen yksiköstä	2	34	90	3	8	1	3

Tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä

Näkemyksiä siitä, miten asiakkaan tilanteesta saadaan tietoa ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä, mitattiin kuudella väittämällä asteikoilla 1–5 (1=en tarvitse ko. tietoa, 2=täysin riittämättömästi, 3=jokseenkin riittämättömästi, 4=jokseenkin riittävästi, 5=täysin riittävästi). Vastaajien mukaan kaikkia kysytyjä tietoja asiakkaista tarvitaan ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä. Lähes kaksi kolmasosa vastaajista sai riittävästi tietoa asiakkaan sairauksista sekä avun ja palvelun tarpeesta. Lähes puolet vastaajista sai tietoa riittävästi asiakkaan toimintakyvystä. Heikoimmin tietoa saatiin asiakkaan asunnon varustetasosta ja asiakkaan läheisistä/omaisista. Muina tietoina mainittiin psykiatrinen hoito (1), laboratoriolähetteet HUSLAB:sta (1), yksityissektorin tiedot (1), sosiaaliset asiat, erikoissairaanhoidossa tieto hoitoa saadusta sairaudesta (1), tieto toimintakyvystä ennen avuntarvetta (1), tieto voinnista sairaalajakson aikana (1), tieto todellisesta avuntarpeesta voimavarat huomioiden (1) ja taloudellinen tilanne (1). Suluissa on mainintojen lukumäärä. Lisäksi mainittiin, että tieto saattaa olla paikkaansa pitämätöntä ja puutteellista riippuen tiedon lähteestä (1). Yhden vastaajan näkemyksen mukaan asiakkaan palveluntarve on usein arvioitu jo sairaalassa ja palvelut luvattu asiakkaalle ennen arviointia kotona. Ongelmana tässä koettiin, että asiakkaalle luvataan palveluita, joita kotihoidosta ei voi saada resurssien tai toimintalinjausten

vuoksi ja asiakas joutuu ostamaan osan palveluista kolmannelta sektorilta. (Taulukko 5.) Tarkasteltaessa miten asiakkaan tilanteesta saatiin tietoa ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä, Kruskall-Wallis testin perusteella eri virka-/toiminimikkeiden välillä oli eroa tiedonsaannissa asiakkaan avun ja palvelutarpeesta ($p=,037$). Parhaiten tietoa asiakkaan avun ja palvelun tarpeesta saivat kotihoidonohjaajat (ka 2,8), sairaanhoitajat (ka 2,7) ja kotiutushoitajat (ka 2,6) Heikoimmin tietoa asiakkaan avun ja palvelutarpeesta saivat lähihoitajat (ka 2). Tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta muilta osin ei eronnut virka-/toiminimikkeiden välillä.

Taulukko 5. Tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä (ka=keskiarvo, sd=keskihajonta, n, %). Asteikolla 1 (en tarvitse ko. tietoa) – 4 (täysin riittävästi).

Tiedot asiakkaasta	ka	sd	En tarvitse ko. tietoa		Riittämättömästi		Riittävästi		Tieto puuttuu	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Avun ja palvelun tarpeesta	3,6	,594	0	0	12	31	25	66	1	3
Toimintakyvystä	3,4	,599	0	0	20	53	18	47	0	0
Sairauksista	3,6	,633	0	0	13	34	25	66	0	0
Lääkityksestä	3,3	,732	0	0	23	61	15	40	0	0
Asunnon varustetasosta	2,9	,689	0	0	31	82	7	18	0	0
Läheisistä/omaisista	3,5	,718	0	0	25	66	13	34	0	0

Kuka tai ketkä ovat mukana päätettäessä kotihoidon asiakkuudesta

Näkemyksiä siitä, kuka tai ketkä olivat mukana päätettäessä kotihoidon asiakkuudesta mitattiin kahdeksalla väittämällä asteikolla 1–4 (1=ei koskaan, 2=joskus, 3=usein, 4=aina). Vastaajien mukaan kotihoidon asiakkuudesta oli päättämässä usein tai aina sairaan-/terveydenhoitaja (ka 3,5), asiakas (ka 3,5) ja kotihoidon ohjaaja (ka 3). Kotihoidon asiakkuudesta päättämässä harvemmin oli mukana lääkäri (ka 2,1) ja lähi-/perushoitaja (ka 2,2). Muiksi kotihoidon asiakkuudesta päättämässä mukana oleviksi mainittiin sosiaalityöntekijä (1), diakoni (1) ja ystävät (1). Suluissa on mainintojen lukumäärä. (Taulukko 6.) Tarkasteltaessa kuka oli mukana päätettäessä kotihoidon asiakkuudesta, Mann-Whitney-U-testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eteläisen ja pohjoisen kotihoidon välillä kotihoidon ohjaajan osalta ($p=,003$). Kotihoidon ohjaaja oli mukana päätettäessä kotihoidon asiakkuudesta useimmin pohjoisessa kotihoidossa (ka 3,5) kuin eteläisessä (ka 2,6).

Taulukko 6. Kuka tai ketkä ovat päättämässä kotihoidon asiakkuudesta. (ka=keskiarvo, n, %). Asteikolla 1 (ei koskaan) – 4 (aina).

Kotihoidon asiakkuudesta on päät- tämässä	ka	Ei koskaan/ joskus		Usein/aina		Tieto puuttuu	
		n	%	n	%	n	%
Kotihoidon ohjaaja	3	11	29	26	68	1	3
Sairaan-/terveydenhoitaja	3,5	0	0	36	97	1	3
Kotiutushoitaja	2,9	7	18	29	76	2	5
Lähi-/perushoitaja	2,2	27	71	9	24	2	5
Moniammatillinen tiimi	2,6	16	42	20	53	2	5
Asiakas	3,5	4	11	33	87	1	3
Omaiset	2,8	7	18	30	79	1	3
Lääkäri	2,1	30	79	7	18	1	3

6.3 Näkemys palvelutarpeen arvioinnin välineistä

Tiedot palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta

Tietoja palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta mitattiin 34 väittämällä asteikoilla 1–5 (1=erittäin huonot, 5=erittäin hyvät). Väittämistä 15 liittyi tietoihin palveluista ja 19 palvelujen järjestämisen tapoihin tai hakemiseen. Vastaajilla oli arvionsa mukaan parhaat tiedot kaupungin kotihoidon palveluista (ka 4,4) ja tukipalveluista (ka 4,1) sekä kuntoutukseen liittyvistä palveluista (ka 3,8). Palvelujen järjestämisen tavoista tai hakemisesta vastaajilla oli arvionsa mukaan parhaimmat tiedot apuvälineiden hankinnasta (ka 4,4), kaupungin tukipalveluiden järjestämisen tavoista (ka 3,9) ja kuljetuspalvelun hakemisesta (ka 3,8). Heikoimmiksi vastaajat arvioivat tietonsa mielenterveyspalveluista (ka 2,7) ja niiden järjestämisen tavoista (ka 2,7), päihdetyön palveluista (ka 2,7) ja niiden järjestämisen tavoista (ka 2,7) sekä seurakunnan palveluista (ka 2,8) ja niiden järjestämisen tavoista (ka 2,8). Lisäksi yksi vastaaja mainitsi maksuihin liittyvät erityiskysymykset. (Liitetaulukko 2.)

Tarkasteltaessa vastaajien tietoja palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta, Kruskall-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri virka-/toiminimikkeiden välillä tiedoissa kotihoidon palvelujen järjestämisen tavoista ($p=,001$), sotainvalidien palveluista

($p=,047$) ja vammaispalvelujen hakemisesta ($p=,031$). Kotihoidon ohjaajilla (ka 3) ja kotiutushoitajilla (ka 3) oli parhaimmat tiedot kotihoidon palveluiden järjestämisen tavoista, heikoimmat sairaanhoitajilla (ka 2). Parhaimmat tiedot sotainvalidien palveluista oli kotihoidon ohjaajilla (ka 2,7) ja kotiutushoitajilla (ka 2), heikoimmat sairaanhoitajilla (1,8) ja lähihoitajilla (1,8). Parhaimmat tiedot vammaispalveluiden hakemisesta oli kotihoidon ohjaajilla (ka 2,4) ja kotiutushoitajilla (ka 2), heikoimmat lähihoitajilla (ka 1,8) ja sairaanhoitajilla (ka 1,5).

Tarkasteltaessa vastaajien tietoja palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista, Kruskal-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä tiedoissa sotainvalidien palveluista ($p=,049$), seurakunnan palveluista ($p=,038$), KELA:n palveluista ($p=,042$), KELA:n palveluiden hakemisesta ($p=,024$), sosiaalitoimen palveluista ($p=,011$), sosiaalitoimen palveluiden hakemisesta ($p=008$) ja vammaispalvelujen hakemisesta ($p=,010$). Parhaimmat tiedot sotainvalidien palveluista oli sosionomeilla (ka 2,8) ja ammattiryhmä muulla (ka 2,8), heikoimmat sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 1,8) ja lähi-/perushoitajilla (ka 1,8). Parhaimmat tiedot seurakunnan palveluista oli ammattiryhmä muulla (ka 2,8) ja sosionomeilla (ka 2,8), heikoimmat sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 1,7) ja lähi-/perushoitajilla (ka 1,6). Parhaimmat tiedot KELA:n palveluista oli ammattiryhmä muulla (ka 3) ja sosionomeilla (ka 2,8), heikoimmat lähi-/perushoitajilla (ka 2,4) ja sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 2,1). Parhaimmat tiedot kelan palveluiden hakemisesta oli sosionomeilla (ka 3) ja ammattiryhmä muulla (ka 3), heikoimmat lähi-/perushoitajilla (ka 2,4) ja sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 2,1). Parhaimmat tiedot sosiaalitoimen palveluista oli ammattiryhmä muulla (ka 2,8) ja sosionomeilla (ka 2,6), heikoimmat lähi-/perushoitajilla (ka 2) ja sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 1,6). Parhaimmat tiedot sosiaalitoimen palveluista oli ammattiryhmä muulla (ka 2,8) ja sosionomeilla (ka 2,6), heikoimmat lähi-/perushoitajilla (ka 2) ja sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 1,5). Parhaimmat tiedot vammaispalveluiden hakemisesta oli ammattiryhmä muulla (ka 2,8) ja sosionomeilla (ka 2,6), heikoimmat lähi-/perushoitajilla (ka 1,8) ja sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 1,6).

Tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista

Tietoja kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista mitattiin kuudella (6) väittämällä asteikolla 1–5 (1=erittäin huonot, 5=erittäin hyvät). Parhaimmat tiedot vastaajilla oli Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteista (ka 4,1), eettisistä periaatteista palvelutarpeen arvioinnissa (ka 3,4), kuljetuspalvelun toimintaohjeesta (ka 3,4) ja omaishoidontuen toimintaohjeista (ka 3,3). Heikoimmat tiedot vastaajilla oli laista sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnista (ka 2,8) ja Espoon kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelmasta (ka 2,9). (Liitetaulukko 3.) Tarkasteltaessa vastaajien tietoja kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista, Kruskal-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri virka-/toiminimikkeiden välillä ($p=,026$). Parhaimmat tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista oli kotihoidon ohjaajilla (ka 3,8) ja kotiutushoitajilla (ka 3,7), heikoimmat lähihoitajilla (ka 3,1) ja sairaanhoitajilla (ka 2,9).

Palvelutarpeen arvioinnin taidot

Palvelutarpeen arvioinnin yleisiä taitoja, kuten vuorovaikutus-, kuuntelu-, yhteistyö-, neuvonta- ja ohjaustaitoja sekä havainnointi-, ongelmanratkaisu-, organisointi- ja päätöksentekokykyä mitattiin asteikolla 1–5 (1=erittäin huonot, 5=erittäin hyvät). Vastajat arvioivat palvelutarpeen arvioinnin taitonsa ja kykynsä pääosin melko hyväksi, keskiarvo oli jokaisessa väittämässä yli neljä. (Liitetaulukko 4.)

Palvelutarpeen arviointivälineiden käyttö

Palvelutarpeen arvioinnin välineiden käyttöä mitattiin viidellä väittämällä asteikolla 1–4 (1=ei koskaan, 2=joskus, 3=usein, 4=aina). Kysymykseen vastanneilla ($n=38$) oli palvelutarpeen arvioinnissa useimmin käytössä Effica-palvelutarpeen arviointifraasi, lähes puolella vastaajista se oli käytössä aina. Vastajat käyttivät palvelutarpeen arvioinnissa harvemmin kannettavaa tietokonetta kotikäynnillä ja Elli1-ensiarviointi lomakkeistoa, suurimmalla osalla vastaajista se oli käytössä joskus tai ei koskaan. 71 % vastaajista ei käyttänyt koskaan palvelutarpeen arvioinnissa kannettavaa tietokonetta. MMSE-testiä (66 %) ja RAVA-arviointia (60 %) käytti lähes kaksi kolmasosaa vastaajista joskus tai ei

koskaan. Muina palvelutarpeen arviointiin liittyvinä välineinä mainittiin RAI-lomake (3), MNA-mittari (2), masennusmittari (1), alkoholin käyttöön liittyvä kysely (1), GDS-15 (1) ja lisäksi yksi ilmoitti käyttävänsä omaa listaa tärkeistä asioista. Suluissa on mainintojen lukumäärä. (Taulukko 7.) Tarkasteltaessa vastaajien palvelutarpeen arvioinnin välineiden käyttöä, Kruskall-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri virka-/toiminimikkeiden välillä MMSE-testin käytössä ($p=,027$). Useimmin MMSE-testi oli käytössä kotikäynnillä lähihoitajilla (ka 3), sairaanhoitajilla (ka 2,6) ja kotiutushoitajilla (ka 2,3), harvemmin kotihoidon ohjaajilla (ka 1,8).

Taulukko 7. Palvelutarpeen arviointivälineiden käyttö (ka=keskiarvo, sd=keskihajonta, n, %). Asteikolla 1 (ei koskaan) – 4 (usein).

Palvelutarpeen arviointiväline	ka	sd	Ei koskaan		Joskus		Usein		Aina		Tieto puuttuu	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kannettava tietokone kotikäynnillä	1,4	,793	27	71	8	21	1	3	2	5	0	0
Elli1-ensiarviointi lomakkeisto	1,5	,604	21	55	15	40	2	5	0	0	0	0
Effica-palvelutarpeen arviointifraasi	3,0	1,000	3	8	9	24	10	26	16	42	0	0
RAVA-arviointi	2,4	,976	6	16	17	45	8	21	7	18	0	0
MMSE-testi	2,3	,950	8	21	17	45	8	21	5	13	0	0

Valmiudet käyttää palvelutarpeen arvioinnin välineitä

Suurin osa vastaajista arvioi hyviksi valmiutensa käyttää palvelutarpeen arvioinnin välineitä. Parhaimmat valmiudet vastaajilla oli Effica-palvelutarpeen arviointifraasin, RAVA-arvioinnin ja MMSE-testin käytössä. Kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi valmiutensa hyviksi kannettavan tietokoneen ja hieman yli puolet Elli1-ensiarviointi lomakkeiston käytössä. (Taulukko 8.) Tarkasteltaessa vastaajien valmiuksia käyttää palvelutarpeen arvioinnin välineitä, Kruskall-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri virka-/toiminimikkeiden nimikkeiden välillä valmiuksissa käyttää MMSE-testiä ($p=,001$). Parhaimmat valmiudet käyttää MMSE-testiä oli lähihoitajilla (ka 4,7), kotiutushoitajilla (ka 4,6) ja sairaanhoitajilla (ka 4,5), heikoimmat kotihoidon ohjaajilla (ka 3,5). Tarkasteltaessa vastaajien valmiuksia käyttää palvelutarpeen arvioinnin välineitä, Kruskall-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri ammatillisen

koulutuksen saaneiden välillä valmiuksissa käyttää MMSE-testiä ($p=,000$). Parhaimmat valmiudet käyttää MMSE-testiä oli lähi-/perushoitajilla (ka 3) ja sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 3), heikoimmat sosionomeilla (ka 2,4) ja ammattiryhmä muulla (ka 2).

Taulukko 8. Valmiudet käyttää palvelutarpeen arvioinnin välineitä (ka=keskiarvo, sd=keskihajonta, n, %). Asteikolla 1 (erittäin huonot – 5 (erittäin hyvät)).

Palvelutarpeen arviointiväline	ka	sd	Huonot		Ei hyvät eikä huonot		Hyvät		Tieto puuttuu	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Kannettava tietokone kotikäynnillä	3,8	1,018	4	11	9	24	25	66	0	0
ELLI1-ensiarviointi lomakkeisto	3,3	1,051	7	18	9	24	21	55	1	3
Effica -palvelutarpeen arviointifraasi	4,4	,541	0	0	1	3	37	97	0	0
RAVA -arviointi	4,3	,847	2	5	0	0	36	95	0	0
MMSE -testi	4,3	,895	1	3	5	13	31	82	1	3

Saatu ohjaus ja tuki palvelutarpeen sekä toimintakyvyn arviointiin

Saatus ohjausta ja tukea palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin liittyen mitattiin 11 väittämällä asteikolla (1=täysin riittämättömät, 5=täysin riittävät). Vastaajien mukaan parhaiten oli toteutunut ohjaus Ravanmittarin (ka 4,5), MMSE-testin (ka 4,1) ja Effica-palvelutarpeen arviointifraasin käyttöön (ka 3,8). Vastaajien mukaan heikoimmin oli toteutunut mahdollisuus saada tukea kotihoidon toimintaan liittyvien lakien tulkitsemisessä (ka 2,8), saatu ohjaus ELLI1-ensiarviointi lomakkeiston käyttöön (ka 2,9) ja saatu ohjaus toimintakykymittareilla kerättyjen tietojen analysointiin (ka 2,9). (Taulukko 9.) Tarkasteltaessa vastaajien palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin saamaa ohjausta ja tukea Kruskal-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri virka-/toiminimikkeiden nimikkeiden välillä Effica-palvelutarpeen arviointifraasin ($p=,010$) ja MMSE -testin käyttöön ($p=,030$) saadussa ohjauksessa. Parhaiten Effica-palvelutarpeen arviointifraasin käyttöön oli saanut ohjausta kotiutushoitajat (ka 4,4), kotihoidon ohjaajat (4,2) ja lähihoitajat (ka 4), heikoimmin sairaanhoitajat (ka 3,1). MMSE-testin käyttöön oli saanut ohjausta parhaiten kotiutushoitajat (ka 4,6), lähihoitajat (ka 4,5) ja sairaanhoitajat (ka 4,3), heikoimmin kotihoidon ohjaajat (ka 3,4).

Taulukko 9. Saatu ohjaus ja tuki palvelutarpeen sekä toimintakyvyn arviointiin (ka=keskiarvo, sd=keskihajonta, n, %). Asteikolla 1 (täysin riittämättömästi) – 5 (täysin riittävästi).

Ohjaus ja tuki palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin	ka	sd	Riittämättömästi		Ei riittävästi eikä riittämättömästi		Riittävästi		Tietoa puuttuu	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Olen saanut ohjausta palvelutarpeen arviointiin	3,5	1,132	8	21	7	18	23	61	0	0
Olen saanut ohjausta toimintakyvyn arviointiin	3,6	,970	6	16	6	16	26	68	0	0
Olen saanut ohjausta ELLi1 -arviointilomakkeiston käyttöön	2,9	1,329	15	40	6	16	16	42	0	0
Olen saanut ohjeistusta Effica-palvelutarpeen arviointifraasin käyttöön	3,8	1,051	4	11	8	21	26	68	0	0
Olen saanut ohjausta MMSE-testin käyttöön	4,1	1,085	3	8	5	13	30	80	0	0
Olen saanut ohjausta Rava-mittarin käyttöön	4,5	,862	1	3	3	8	34	90	0	0
Olen saanut ohjausta toimintakyky-mittareilla kerättyjen tietojen analysointiin	2,9	1,115	12	32	13	34	12	32	1	3
Olen saanut ohjausta toimintakyky-mittareilla kerättyjen tietojen tulosten tulkintaan	3	1,139	10	26	14	37	14	37	0	0
Minulla on mahdollista saada tukea kotihoidon toimintaan liittyvien lakien tulkitsemisessa	2,8	1,119	18	47	8	21	12	32	0	0
Minulla on mahdollista saada tukea kotihoidon toimintaan liittyvien eettisten periaatteiden tulkitsemisessa	3,11	1,226	14	37	9	24	15	40	0	0
Minulla on mahdollista saada tukea kotihoidon asiakkuuden periaatteiden tulkitsemisessa	3,45	1,108	7	18	9	24	22	58	0	0

6.4 Näkemys palvelutarpeen arvioinnin säännöistä

Palvelutarpeen arvioinnin toteutuminen

Näkemyksiä palvelutarpeen arvioinnin toteutumisesta mitattiin 13 väittämällä asteikolla 1–5 (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Vastaajien mukaan palvelutarpeen arvioinnissa toteutui parhaiten palvelutarpeen (ka 4,7) ja asiakkaan toimintakyvyn (ka 4,6) arviointi sekä asiakkaan mahdollisuus esittää oma näkemys palvelutarpeestaan (ka 4,6). Heikoimmin palvelutarpeen arvioinnissa toteutui asiakkaan saama tarpeenmukainen kirjallinen materiaali (ka 3,6), riittävän kirjallisen materiaalin käyttömahdollisuus (ka 3,5) ja arviointiin käytettävän ajan riittävyys (ka 3,5). (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Palvelutarpeen arvioinnin toteutuminen (n, ka=keskiarvo, sd=keskihajonta). Asteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä).

Palvelutarpeen arvioinnin toteutuminen	n	ka	sd
Asiakkaan toimintakyky arvioidaan	38	4,6	,541
Asiakkaan apuvälinetarve arvioidaan	38	4,5	,603
Asiakkaan palvelutarve arvioidaan	38	4,7	,534
Asiakkaalla on mahdollisuus tuoda omat näkemyksensä palvelun tarpeestaan	38	4,6	,552
Asiakkaan kanssa neuvotellaan eri vaihtoehtoista järjestää palveluita	37	4,4	,647
Asiakas voi vaikuttaa palveluiden suunnitteluun	38	4,4	,547
Asiakkaalla on mahdollisuus osallistua palveluita koskevaan päätöksentekoon	38	4,4	,547
Kotihoidon palveluita on mahdollista räätälöidä yksilöllisesti asiakkaan tarpeet huomioiden	38	3,7	1,011
Asiakas saa arviointikotikäynnillä ohjausta tai apua muiden palveluiden piiriin hakeutumisessa	38	4,3	,745
Asiakas saa arviointikotikäynnillä ohjausta tai apua tukien ja etuuksien hakemisessa	37	4,1	,699
Käytettävissäni on riittävästi tarpeenmukaista kirjallista materiaalia	38	3,5	,922
Asiakas saa tarpeenmukaista kirjallista materiaalia	38	3,6	,858
Minulla on riittävästi aikaa arviointiin	37	3,5	1,193

Tarkasteltaessa palvelutarpeen arvioinnin toteutumista, Kruskal-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitsevää eroa oli eri virka-/toiminimikkeiden nimikkeiden välillä siinä, oliko palvelutarpeen arviointiin riittävästi aikaa ($p=,002$). Parhaiten palvelutarpeen arviointiin oli aikaa kotiutushoitajilla (ka 4,4) ja kotihoidon ohjaajilla (ka 4,3), heikoimmin sairaanhoitajilla (ka 3,1) ja lähihoitajilla (ka 2,3). Tarkasteltaessa palvelutarpeen arvioinnin toteutumista, Kruskal-Wallis testin perusteella tilastollisesti merkitse-

vää eroa oli eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä siinä, oliko palvelutarpeen arviointiin riittävästi aikaa ($p=,031$). Parhaiten palvelutarpeen arviointiin oli aikaa ammattiryhmä muulla (ka 4,5) ja sosionomeilla (ka 4,2), heikoimmin sairaan-/terveydenhoitajilla (ka 3,5) ja lähi-/perushoitajilla (ka 2,4).

Kotihoidon palvelutarpeen arviointi ja asiakkaaksi ottaminen

Näkemyksiä palvelutarpeen arvioinnista ja asiakkaaksi ottamisesta mitattiin kahdeksalla väittämällä asteikolla 1–5 (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Vastaajien mukaan palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakkaaksi ottamisessa toteutuivat parhaiten seuraavat väittämät: Päätökset palvelujen myöntämisestä annetaan kirjallisena, Espoon kaupungin asiakkuuden periaatteet ohjaavat palvelutarpeen arviointia ja asiakkaaksi ottamista. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Kotihoidon palvelutarpeen arviointi ja asiakkaaksi ottaminen (n, ka=keskiarvo, sd=keskihajonta). Asteikolla 1 (täysin eri mieltä – 5 (täysin samaa mieltä)).

Palvelutarpeen arviointi ja asiakkaaksi ottaminen	n	ka	sd
Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet ohjaavat palvelutarpeen arviointia	38	3,9	,844
Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet ohjaavat kotihoidon asiakkaaksi ottamista	38	3,9	,712
Yksikön työtilanne vaikuttavat kotihoidon asiakkaaksi ottamiseen	38	2,5	1,289
Yksikön resurssit vaikuttavat kotihoidon asiakkaaksi ottamiseen	38	2,5	1,289
Asiakkaat saavat palveluita tasapuolisesti	38	3	1,127
Asiakkaat saavat palveluita oikeudenmukaisesti	38	3,6	1,004
Päätökset palvelujen myöntämisestä annetaan kirjallisina	38	4,3	,847
Päätökset palvelujen myöntämättä jättämisestä annetaan kirjallisina perusteluineen	37	2,9	1,404

Kotihoidon palvelutarpeen arviointikotikäynnin tarkoitus

Vastaajien näkemystä palvelutarpeen arviointikotikäynnin tarkoituksesta mitattiin seitsemällä väittämällä asteikolla 1–5 (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Vastaajat olivat hyvin yksimielisiä ja palvelutarpeen arviointiin liittyvän kotikäynnin tarkoitukseen liittyvistä väittämistä oltiin joko jokseenkin samaa tai täysin samaa mieltä. Muina palvelutarpeen arviointiin liittyvän kotikäynnin tarkoituksina mainittiin ennaltaehkäisevä työ (1), asiakkaan tuki kotona selviytymiseen mahdollisimman pitkään (1) ja

yksityisten palvelujen piiriin ohjaaminen (1). Suluissa on mainintojen lukumäärä. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Kotihoidon palvelutarpeen arviointikotikäynnin tarkoitus (n, ka=keskiarvo, sd=keskihajonta) Asteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä).

Kotihoidon palvelutarpeen arviointikotikäynnin tarkoitus	n	ka	sd
Selvittää hyvinvointia ja toimintakykyä vaarantavia riskitekijöitä	38	4,6	,495
Selvittää kodin ja lähiympäristön turvallisuutta	38	4,7	,504
Tiedottaa palveluista	38	4,7	,481
Ohjata tarvittavien palveluiden piiriin	38	4,8	,490
Arvioida asiakkaan itsenäistä suoriutumista ja kotona selviytymistä	38	4,8	,431
Tukea asiakkaan osallisuutta palveluidensa päätöksenteossa	38	4,5	,603
Asiakasvalinta kaupungin kotihoidon piiriin	37	4,1	,894

6.5 Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet

Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet esitetään taulukkona. Teema-alueiden jäsentäjänä käytettiin kehittävän työntutkimuksen teoreettista apuvälinettä toimintajärjestelmän mallia, jonka osa-alueina olivat tekijä, välineet, säännöt, työnjako, yhteisö ja kohde. Kehittämistarpeita oli eniten palvelutarpeen arvioinnin välineisiin liittyen. Toivottiin lisää tietoa palveluista, palvelutarpeen arviointiin parempia välineitä (kannettava tietokone, mittarit) ja koulutusta niiden käyttöön. Lisäksi kehittämistarpeita oli palvelutarpeen arviointimenetelmän osaamiseen ja resursseihin liittyen. Toinen keskeinen kehittämisen teema liittyi palvelutarpeen arvioinnin työnjakoon. Palvelutarpeen arvioinnin työnjako kotihoidossa, verkostotyön yhteistyökäytännöt, tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta ja tiedonkulkuun liittyvät asiat nousivat tärkeimmiksi kehittämisen kohteeksi. Kolmas kehittämisen teema-alue liittyi kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin sääntöihin. Kehittämistarpeina mainittiin muun muassa arviointia tukevat selkeämmät, yhtenäiset, tarkennetut ja yksityiskohtaisemmat kriteerit sekä ohjeistukset kotihoidon palvelujen myöntämiseen, jotta asiakkaat saisivat palveluja tasapuolisesti riippumatta asuinpaikasta. 37 % kyselyyn vastanneista (n=38) ei vastannut kysymykseen. (Liite- taulukko 5.)

6.6 Tulosten yhteenveto

Yhteenveto tutkimustuloksista esitetään seuraavissa taulukoissa, joista nähdään palvelutarpeen arvioinnin tekijöiden tietoihin, taitoihin, valmiuksiin ja saatuun tukeen sekä palvelutarpeen arvioinnin tarkoitukseen, toteutumiseen ja asiakkaaksi ottamiseen liittyvät vahvuudet ja kehittämisaalueet. Kehittämisaalueiden ja vahvuuksien lisäksi esiin nostetaan alueet, joissa on tilastollisesti merkitsevä ero ($p < 0,05$) suuralueiden, virka-/toiminimikkeiden ja ammatillisen koulutuksen osalta. Kun muuttujan asteikkona oli 1–4, niin vahvuusalueiksi on luettu kuuluvaksi muuttujat, joiden keskiarvo ylittää arvon kolme ja kehittämisaalueeksi alle kahden jäävät arvot. Kun muuttujan asteikkona oli 1–5, vahvuusalueisiin on luettu kuuluvaksi muuttujat, joiden keskiarvo ylittää arvon neljä ja kehittämisaalueisiin alle kolmen jäävät keskiarvot.

Tulosten mukaan tietoa saatiin ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä melko riittävästi asiakkaan avun ja palvelutarpeesta, toimintakyvystä, sairauksista, lääkityksestä ja läheisistä/omaisista. Kyselyn vastaajien vahvuutena olivat tiedot kaupungin kotihoiton palveluista ja tukipalveluista, apuvälineiden hankinnasta sekä tiedot Espoon kotihoiton asiakkuuden periaatteista. Vastaajat kokivat saaneensa riittävästi ohjausta MMSE -testin ja RAVA -mittarin käyttöön. Vastaajien vahvuutena oli palvelutarpeen arvioinnin toteutumiseen liittyvät käytännön taidot kuten vuorovaikutus-, kuuntelu-, yhteistyö-, neuvonta-, ohjaustaidot sekä havainnointi-, ongelmanratkaisu-, organisointi- ja päätöksentekokyky. Kyselyn tulosten mukaan palvelutarpeen arvioinnissa oli useimmin käytössä Effica-palvelutarpeen arviointifraasi. Vahvuutena vastaajat pitivät valmiuksiaan käyttää Effica-palvelutarpeen arviointifraasia, RAVA-arviointia ja MMSE-testiä. Palvelutarpeen arvioinnin toteutumisessa vahvuutena voidaan pitää asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointia, asiakkaan saamaa palveluohjausta ja -neuvontaa, asiakkaan mahdollisuutta esittää näkemyksensä palvelun tarpeestaan sekä osallistua palveluiden suunnitteluun ja päätöksentekoon. Lisäksi vastaajat olivat hyvin yksimielisiä (ka yli 4) palvelutarpeen arviointiin liittyvän kotikäynnin tarkoituksesta. Kyselyyn vastanneiden mukaan palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakkaaksi ottamisessa parhaiten toteutui kirjallisen päätöksen antaminen palvelujen myöntämisestä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Vahvuusalueet. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (täysin riittämättömästi/erittäin huonot/täysin eri mieltä) – 5 (täysin riittävästi/erittäin hyvät/täysin samaa mieltä) tai 1 (ei koskaan) – 4 (aina).

Vahvuusalueet: Muuttujan keskiarvo vähintään 4 (asteikko 1-5) tai 3 (asteikko 1-4).	
Tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta ennen arviointikotikäyntiä	Tiedonsaanti asiakkaan avun ja palvelun tarpeesta, toimintakyvystä, sairauksista, lääkityksestä, läheisistä/omaisista.
Tiedot palveluista ja tukimuodoista	Tiedot kaupungin kotihoidon palveluista ja tukipalveluista, tiedot apuvälineiden hankinnasta.
Tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista	Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet.
Palvelutarpeen arvioinnin taidot	Vuorovaikutus-, kuuntelu-, yhteistyö-, neuvonta- ja ohjaustaidot sekä havainnointi-, ongelmanratkaisu-, organisointi- ja päätöksentekokyky.
Palveluntarpeen arviointivälineiden käyttö	Effica -palvelutarpeen arviointifraasi.
Valmiudet käyttää palveluntarpeen arviointivälineitä	Valmiudet käyttää Effica -palvelutarpeen arviointifraasia, RAVA -arviointia ja MMSE -testiä.
Saatu ohjaus ja tuki palveluntarpeen ja toimintakyvyn arviointiin	Ohjaus MMSE -testin ja RAVA -mittarin käyttöön.
Palveluntarpeen arviointikotikäynnin toteutuminen	Asiakkaan toimintakyky, apuvälinetarve ja palveluntarve arvioidaan. Asiakkaalla on mahdollisuus tuoda omat näkemyksensä palvelun tarpeestaan. Asiakkaan kanssa neuvotellaan eri vaihtoehtoista järjestää palveluita. Asiakas voi vaikuttaa palveluiden suunnitteluun. Asiakkaalla on mahdollisuus osallistua palveluita koskevaan päätöksentekoon. Asiakas saa arviointikotikäynnillä ohjausta tai apua muiden palveluiden piiriin hakeutumisessa ja tukien sekä etuuksien hakemisessa.
Kotihoidon palveluntarpeen arviointi ja asiakkaaksi ottaminen	Päätökset palvelujen myöntämisestä annetaan kirjallisina.

Kyselyn tulosten mukaan lisää tietoa tarvitaan päihdetyön ja mielenterveyspalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista, sosiaalitoimen palveluista ja niiden hakemisesta, vammaispalvelujen hakemisesta, seurakunnan tarjoamista palveluista ja niiden järjestämisen tavoista sekä Espoon ikääntymispoliittinen ohjelmasta ja sosiaalihuollon palveluntarpeen arviointiin liittyvästä laista. Kyselyn tulosten mukaan palveluntarpeen arvioinnissa oli harvemmin käytössä kannettava tietokone kotikäynnillä ja Elli1-ensiarviointi -lomakkeisto. Kaksi kolmasosaa vastaajista ei käyttänyt koskaan palveluntarpeen arvioinnissa kannettavaa tietokonetta. Kyselyyn vastanneiden mukaan lisää ohjausta tai tukea tarvitaan ELLI1 -arviointilomakkeiston käyttöön, toimintakykymittareilla kerättyjen tietojen analysointiin ja kotihoidon toimintaan liittyvien lakien tulkitsemisessä. Lisäksi palveluntarpeen arvioinnissa ja asiakkaaksi ottamisessa kehittämistä vaativat osa-alueet

olivat epäävän ja perustellun kirjallisen päätöksen antaminen ja työtilanteen sekä resurssien vaikutusten minimoiminen asiakkaaksi ottamisessa. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Kehittämisaalueet. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (täysin riittämättömästi/erittäin huonot/täysin eri mieltä) – 5 (täysin riittävästi/erittäin hyvät/ täysin samaa mieltä) tai 1 (ei koskaan) – 4 (aina).

Kehittämisaalueet: Muuttujan keskiarvo alle 3 (asteikko 1-5) tai alle 2 (asteikko 1-4).	
Tiedot palveluista ja tukimuodoista	Päihdetyön palveluista ja niiden järjestämisen tavoista. Mielenterveyspalveluista ja niiden järjestämisen tavoista. Sosiaalitoimen palveluista ja niiden hakemisesta. Vammaispalvelujen hakemisesta. Seurakunnan tarjoamista palveluista ja niiden järjestämisen tavoista.
Tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista	Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma. Laki sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnista.
Palvelutarpeen arviointiin liittyvän välineistön käyttö	Kannettavan tietokoneen käyttö kotikäynnillä. ELLI1-ensiarviointi lomakkeiston käyttö.
Saatu ohjaus ja tuki palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin liittyen	Ohjaus ELLI1 -arviointilomakkeiston käyttöön. Ohjaus toimintakyky mittareilla kerättyjen tietojen analysointiin. Mahdollisuus saada tukea kotihoidon toimintaan liittyvien lakien tulkitsemisessa.
Näkemykset palvelutarpeen arvioinnista ja asiakkaaksi ottamisesta	Yksikön resurssit vaikuttavat kotihoidon asiakkaaksi ottamiseen. Yksikön työtilanne vaikuttaa kotihoidon asiakkaaksi ottamiseen. Päätökset palvelujen myöntämättä jättämisestä annetaan kirjallisina perusteluineen.

Kyselyn tulosten mukaan Espoon kotihoidossa palvelutarpeen arvioinnin tekijänä on useimmin sairaanhoitaja tai kotiutushoitaja ja arvioinnin tekijän koulutus on useimmin sairaanhoitaja. Kotihoidon ohjaaja oli palvelutarpeen arviointikotikäynnillä mukana useimmin pohjoisessa kotihoidossa kuin eteläisessä kotihoidossa. Kotiutushoitaja-sairanhoitaja työpari oli mukana useimmin eteläisessä kotihoidossa kuin pohjoisessa kotihoidossa. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Kuka tai ketkä ovat mukana palvelutarpeen arviointikotikäynnillä. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (ei koskaan) – 4 (aina). Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p) on testattu Mann-Whitney-U -testillä.

Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).

	Kotihoidon ohjaaja	Kotiutushoitaja	Sairaana-/terveydenhoitaja	Lähihoitaja	p
Pohjoinen kotihoito	1,8	2,3	2,6	3	,027
Eteläinen kotihoito	3,5	4,6	4,5	4,7	,001

Kyselyn tulosten mukaan ennen arviointikotikäyntiä parhaiten tietoa asiakkaan avun ja palvelun tarpeesta saivat kotihoidon ohjaajat, sairaanhoitajat ja kotiutushoitajat, heikoimmin lähihoitajat. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Tiedonsaanti asiakkaan avun ja palvelutarpeesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (en tarvitse ko. tietoa) – 4 (täysin riittävästi). Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p) on testattu Kruskal-Wallis testillä.

Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).

	Kotihoidon ohjaaja	Kotiutushoitaja	Sairaana-/terveydenhoitaja	Lähihoitaja	p
Tiedonsaanti asiakkaan avun ja palvelutarpeesta	2,8	2,6	2,7	2	,037

Kyselyn tulosten mukaan kotihoidon asiakkuudesta oli päättämässä usein tai aina sairaana-/terveydenhoitaja, asiakas ja kotihoidon ohjaaja. Kotihoidon asiakkuudesta päättämässä harvemmin oli mukana lääkäri ja lähihoitaja. Kotihoidon ohjaaja oli päätettäessä kotihoidon asiakkuudesta mukana useimmin pohjoisessa kotihoidossa kuin eteläisessä. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Kuka tai ketkä ovat päättämässä kotihoidon asiakkuudesta. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (ei koskaan) – 4 (aina). Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p) on testattu Kruskal-Wallis testillä.

Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).

	Pohjoinen kotihoito	Eteläinen kotihoito	p
Kotihoidon ohjaaja	3,5	2,6	,003

Kyselyn tulosten mukaan parhaimmat tiedot sotainvalidien palveluista, kotihoidon palveluiden järjestämisen tavoista ja vammaispalveluiden hakemisesta oli kotihoidon ohjaajilla ja kotiutushoitajilla, heikoimmat lähihoitajilla ja sairaanhoitajilla. Parhaimmat

tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista oli kotihoidon ohjaajilla ja kotiutushoitajilla, heikoimmat sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla. Kyselyn tulosten mukaan parhaiten Effica-palvelutarpeen arviointifraasin käyttöön oli saanut ohjausta kotiutushoitajat, kotihoidon ohjaajat ja lähihoitajat, heikoimmin sairaanhoitajat. MMSE-testin käyttöön oli saanut ohjausta parhaiten kotiutushoitajat, lähihoitajat ja sairaanhoitajat, heikoimmin kotihoidon ohjaajat. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Tiedot palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta sekä kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (erittäin huonot) - 5 (erittäin hyvät). Saatu ohjaus ja tuki. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (täysin riittämättömästi) - 5 (täysin riittävästi). Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p) on testattu Kruskal-Wallis testillä.

Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).					
	Kotihoidon ohjaaja	kotiutus-hoitaja	Sairaan-/terveydenhoitaja	Lähihoitaja	p
Tiedot kotihoidon palvelujen järjestämisen tavoista	3	3	2	1,8	,001
Tiedot sotainvalidien palveluista	2,7	2	1,8	1,8	,047
Tiedot vammaispalvelujen hakemisesta	2,4	2	1,5	1,8	,031
Tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista	3,8	3,7	2,9	3,1	,026
Saatu ohjaus ja tuki effica-palvelutarpeen arviointifraasin käyttöön	4,2	4,4	3,1	4	,010
Saatu ohjaus ja tuki MMSE-testin käyttöön	3,4	4,6	4,3	4,5	,030

Kyselyn tulosten mukaan parhaimmat tiedot sotainvalidien palveluista oli sosionomeilla ja ammattiryhmä muulla, heikoimmat sairaan-/terveydenhoitajilla ja lähi-/perushoitajilla. Sosionomeilla ja ammattiryhmä muilla oli parhaimmat tiedot sotainvalidien, seurakunnan, KELA:n ja sosiaalitoimen palveluista sekä KELA:n, sosiaalitoimen ja vammaispalvelujen hakemisesta, heikommat sairaan-/terveydenhoitajilla ja lähi-/perushoitajilla. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Tiedot palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista ja tukipalveluista sekä niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta sekä kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (erittäin huonot) – 5 (erittäin hyvät). Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p) on testattu Kruskall-Wallis testillä.

Tilastollisesti merkitsevät erot eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).					
	Sosionomi	Ammattiryhmä muu	Sairaana-/terveydenhoitaja	Lähi-/perushoitaja	p
Tiedot sotainvalidien palveluista	2,8	2,8	1,8	1,8	,049
Tiedot seurakunnan palveluista	2,8	2,8	1,7	1,6	,038
Tiedot KELA:n palveluista	3	2,8	2,1	2,4	,042
Tiedot KELA:n palveluiden hakemisesta	3	3	2,1	2,4	,024
Tiedot sosiaalitoimen palveluista	2,6	2,8	1,6	2	,011
Tiedot sosiaalitoimen palveluiden hakemisesta	2,6	2,8	1,5	1,6	,008
Tiedot vammaispalvelujen hakemisesta	2,6	2,8	1,6	1,8	,010

Kyselyn tulosten mukaan MMSE-testin käytössä ja käyttövalmiuksissa oli eroa eri virka-/toiminimikkeiden välillä. MMSE-testi oli useimmin käytössä kotikäynnillä lähihoitajilla, sairaan-/terveydenhoitajilla ja kotiutushoitajilla, harvemmin kotihoidon ohjaajilla. Parhaimmat valmiudet käyttää MMSE-testiä oli lähihoitajilla, kotiutushoitajilla ja sairaan-/terveydenhoitajilla, heikoimmat kotihoidon ohjaajilla. MMSE-testin käyttövalmiuksissa oli eroa myös eri ammatillisen koulutuksen saaneilla. Parhaimmat valmiudet käyttää MMSE -testiä oli lähi-/perushoitajilla ja sairaan-/terveydenhoitajilla, heikoimmat sosio- nomeilla ja ammattiryhmä muilla. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Palvelutarpeen arvioinnin välineiden käyttö ja käyttövalmiudet: Väittämiin on vastattu palvelutarpeen arvioinnin välineiden käytön osalta asteikolla 1 (ei koskaan) – 4 (aina) ja valmiuksien osalta asteikolla 1 (erittäin huonot) – 5 (erittäin hyvät). Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p) on testattu Kruskall-Wallis testillä.

Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).					
	Kotihoidon ohjaaja	Kotiutushoitaja	Sairaanhoidon/terveydenhoitaja	Lähihoitaja	p
MMSE -testin käyttö	1,8	2,3	2,6	3	,027
Valmiudet käyttää MMSE -testiä	3,5	4,6	4,5	4,7	,001
Tilastollisesti merkitsevät erot eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).					
	Sosionomi	Ammattiryhmä muu	Sairaanhoidon/terveydenhoitaja	Lähi-/perushoitaja	p
Valmiudet käyttää MMSE -testiä	2,4	2	3	3	,000

Kyselyn tulosten mukaan parhaiten palvelutarpeen arviointiin oli aikaa kotiutushoitajilla ja kotihoidon ohjaajilla, heikoimmin sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla. Palvelutarpeen arviointiin oli parhaiten aikaa ammattiryhmä muulla ja sosionomeilla, heikoimmin sairaanhoidon/terveydenhoitajilla ja lähi-/perushoitajilla. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Palvelutarpeen arviointikotikäynnin toteutuminen. Väittämiin on vastattu asteikolla 1 (täysin eri mieltä) – 5 (täysin samaa mieltä). Keskiarvojen erojen tilastollinen merkitsevyys (p) on testattu Kruskall-Wallis testillä.

Tilastollisesti merkitsevät erot virka-/toiminimikkeiden välillä. Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).					
	Kotihoidon ohjaaja	Kotiutushoitaja	Sairaanhoidon/terveydenhoitaja	Lähihoitaja	p
Minulla on riittävästi aikaa arviointiin	4,3	4,4	3,1	2,3	,002
Tilastollisesti merkitsevät erot eri ammatillisen koulutuksen saaneiden välillä Keskiarvot ja keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys (p).					
	Sosionomi	Ammattiryhmä muu	Sairaanhoidon/terveydenhoitaja	Lähi-/perushoitaja	p
Minulla on riittävästi aikaa arviointiin	4,2	4,5	3,5	2,4	,031

6.7 Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittäminen

Kehittämistyön kohteena oli Espoon kotihoitoon, kuljetuspalveluun ja omaishoidontukeen liittyvä palvelutarpeen arviointitoiminta, palveluneuvonta- ja ohjaus. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan kotiin pyydettyä tehtävää arviointikäyntiä. Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittämisen lähtökohtana oli vuonna 2012 toteutettava kotihoidon organisaatiouudistukseen liittyvä kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin keskittäminen. Toimintamallin kehittämisessä huomioitiin Espoon kaupungin kotihoidon toimintaympäristö ja sen muutokset, Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin prosessi sekä asiakasrekisteritiedoista ja kyselystä esiinnousseet ristiriidat, vahvuudet ja kehittämistarpeet. Lisäksi toimintamallin kehittämiseen haettiin näkökulmaa palveluohjauksen ja hyvinvointia edistävien (ent. ehkäisevien) kotikäyntien toimintamalleista ja sisällöistä. (kts. Häkkinen 2000 ja 2002; Vass ym. 2002 ja 2006; Häkkinen – Holma 2004; Salminen ym. 2004; Hänninen 2007).

Palvelutarpeen arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota kotihoidon palvelujen myöntämiseen tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti palveluja tarvitseville ja niistä hyötyville asiakkaille. Tätä tukee riittävän kattava, asiantunteva ja yhdenmukainen palvelutarpeen arviointitoiminta, asiakkaan ohjaaminen tarvittaessa palveluverkostossa sekä yhteistyön kehittäminen niin sosiaali- ja terveydenhuollon kuin muidenkin toimijoiden kanssa.

6.7.1 Asiakslähtöinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli

Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän malli auttaa hahmottamaan keskitehtyn kotihoidon palvelutarpeen arviointitoiminnan kokonaisuutta (kuvio 10). Keskeisenä tekijänä on uusi käsitys toiminnan kohteesta ja tuloksesta eli siitä mitä toiminnan on tarkoitus tuottaa ja miksi. Uudessa toimintamallissa motivoi sen kohteen uudelleen hahmottaminen. Kohteen laajentaminen edellyttää koko toimintalogiikan uudistamista eli uutta yhteisöä, uusia välineitä, sääntöjä, työnjakoa ja yhteistyömuotoja. (Engestöm 2002: 90–91.)

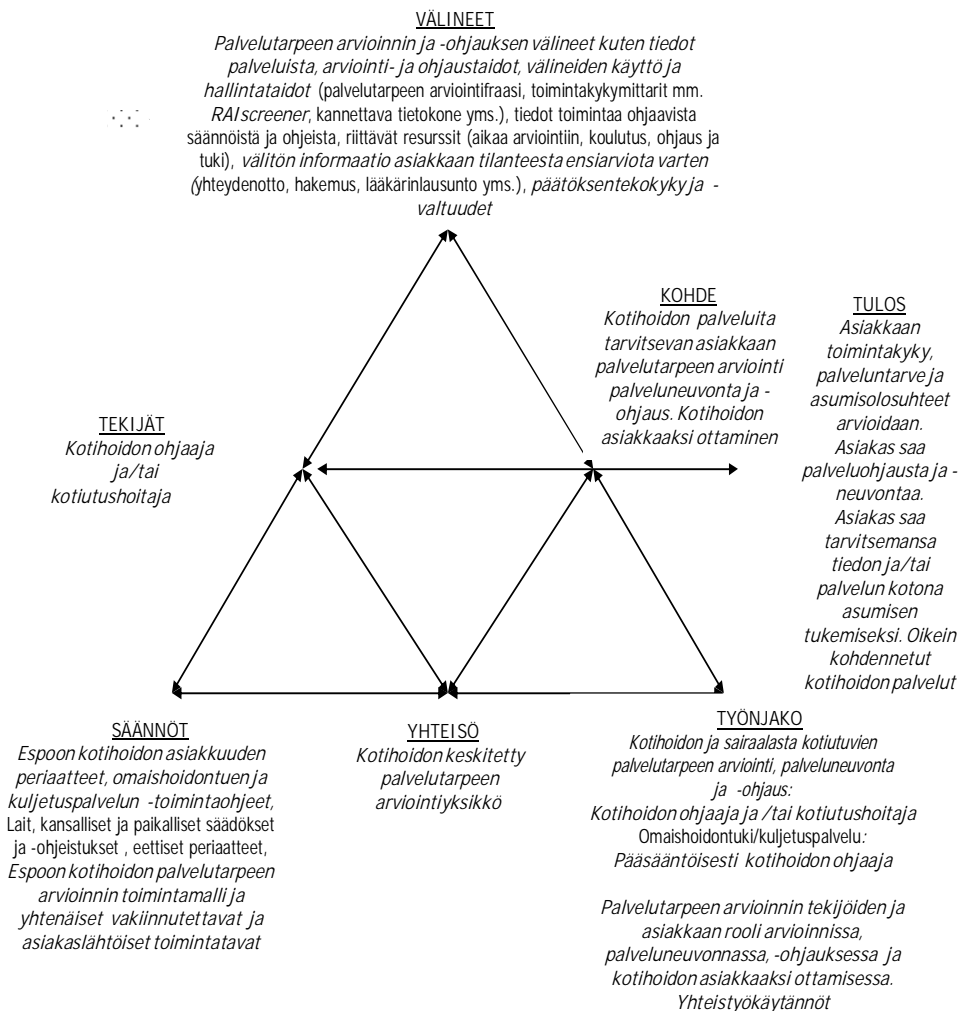
Työn kohteella tarkoitetaan sitä ilmiöiden, esineiden tai olentojen kokonaisuutta, jossa organisaatio pyrkii haluamaansa muutokseen. Kohdetta määriteltäessä voidaan erottaa

tiettyjen tekojen kohde (esim. palvelutarpeen arvioinnin päätöksenteko) ja koko kollektiivisen toimintajärjestelmän kohde (esim. kotihoidon asiakkaaksi ottaminen). Toiminnan kohde ei ole pysyvä ja selvärajainen vaan jatkuvasti kehittyvä. Toiminnan laadun kannalta on ratkaisevaa, miten työntekijät tiedostavat toiminnan kohteen. Monimutkaisessa työnjaolisessa toiminnassa yksittäinen työntekijä tiedostaa tavallisesti vain yksittäisten tekojensa tavoitteet, mutta ei välttämättä osaa liittää niitä koko toiminnan motiiviin ja rakenteeseen. (Engeström 2002: 41–61.) Toiminnan kohteena uudessa mallissa on kotihoidon palveluita tarvitsevan asiakkaan palvelun tarpeen arviointi, palveluneuvonta ja -ohjaus sekä kotihoidon asiakkaaksi ottaminen.

Toiminnan kohdetta voidaan tarkentaa erottamalla siitä työn tulos. Palvelutarpeen arvioinnin tarkoituksena on antaa tietoa palveluista, ohjata oikeiden palveluiden piiriin ja asiakasvalinta kotihoidon piiriin. Tavoitteena on tukea itsenäisyyttä ja kotona asumista. Toiminnan tuloksena uudessa mallissa asiakkaan toimintakyky, palveluntarve ja asumisolosuhteet arvioidaan, asiakas saa palveluneuvontaa ja -ohjausta, asiakas saa tarvitsemansa tiedon ja/tai palvelun kotona asumisen tukemiseksi sekä kotihoidon palvelut kohdentuvat oikein ja tasavertaisesti.

Yhteisöllä tarkoitetaan kaikkia niitä toimintajärjestelmän osanottajia, jotka jakavat saman kohteen eli kaikkia, jotka osallistuvat saman palvelun tuottamiseen. Työnjako tarkoittaa tehtävien, päätösvallan ja etujen jakaantumista eri osanottajien kesken. (Engeström 2002: 46.) Espoon kotihoidon keskitetyn palvelutarpeen arviointitoiminnan yhteisöllä tarkoitetaan palvelutarpeen arviointiyksikköä, jonka toimintaan kuuluu kotihoidon, omaishoidon tuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointi, palveluneuvonta ja -ohjaus sekä asiakkaaksi ottaminen. Palvelutarpeen arviointitoiminnan kohteen laajentuessa toiminta edellyttää uutta työnjakoa. Työnjako on laajentunut koskemaan kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin, palveluneuvonnan ja -ohjauksen sekä asiakkaaksi ottamisen lisäksi asiakkaan ja palvelutarpeen arvioijan roolia arvioinnissa sekä asiakkaaksi ottamisessa. Palvelutarpeen arvioinnin tekijöinä ovat kotihoidon ohjaaja ja/tai kotiutushoitaja, jotka ottavat vastaan kotihoidon palveluita tarvitsevan, sairaalasta kotiutuvan, omaishoidon tukea tai kuljetuspalvelua hakevan yhteydenoton ja tekevät palvelutarpeen arvioinnin. Kotihoidon ohjaaja tekee päätöksen kuljetuspalvelusta ja omaishoidon tuesta sekä alustavan päätöksen kotihoidon asiakkuudesta.

Uusi työnjako edellyttää uudenlaisia sääntöjä ja välineitä. Toimintajärjestelmän säännöt ovat yhteisöä koskevia kirjoitettuja ja kirjoittamattomia sääntöjä, normeja ja sopimuksia, jotka määrittävät toimintaa ja vuorovaikutusta toimintajärjestelmässä. (Engeström 2002: 46.) Uudessa toimintamallissa toiminnan säännöt ovat kokonaisuutena, johon kuuluvat Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet, omaishoidontuen ja kuljetuspalvelun toimintaohjeet, lait, kansalliset ja paikalliset säädökset sekä ohjeistukset, eettiset periaatteet, Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli sekä yhtenäiset vakiinnutettavat ja asiakaslähtöiset toimintatavat. Tärkeitä välineitä ovat palvelutarpeen arviointiin ja palveluohjaukseen liittyvät riittävät tiedot, taidot ja muut resurssit kuten aika, koulutus, ohjaus ja tuki sekä informaatio asiakkaan tilanteesta ensiarvioita varten, päätöksentekokyky ja -valtuudet.



Kuvio 10. Asiakaslähtöinen kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.

6.7.2 Kyselystä esiin nousseet kehittämistarpeet ja ratkaisuehdotukset

Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin laatu on asiakaslähtöisesti, asianmukaisilla resursseilla ja vuorovaikutteisesti toteutettu arviointi, joka on asiakkaan toimintakyvyn ja kotona asumisen mahdollistamiseksi riittävää. Kehitetystä palvelutarpeen arvioinnin toimintamallissa kotihoidon palveluita tarvitsevan ei tarvitse tietää kehen on yhteydessä kotihoidon eri palveluita hakiessaan ja kotihoidon palvelutarpeen arviointi tapahtuu kotihoidon ohjaajan ja/tai kotiutushoitajan toimesta samoilla säännöillä ja periaatteilla. Asiakkaan palvelutarpeet ohjaavat selkeämmin kotihoidon asiakkaiden valikointia, koska palvelutarpeen arviointitoiminta tapahtuu eri yksikössä irrallaan päivittäisestä hoitotyöstä.

Laadukas palvelutarpeen arviointi, palveluneuvonta ja -ohjaus edellyttävät hyviä tietoja kotona asumista tukevista palveluista ja niiden hakemisesta. Laadukasta toimintaa tukee myös palvelutarpeen arviointiin liittyvän välineistön käyttö ja siihen liittyvä osaaminen sekä riittävät resurssit kuten koulutus, ohjaus, tuki ja riittävä aika palvelutarpeen arviointiin. Historian ja nykytilan ristiriitojen kartoituksella saatiin esiin toiminnan kriittiset alueet, joihin muutokset ja tuleva kehittämistyö on ensisijaisesti kohdistettava. Kotihoidon palvelutarpeen arviointitoiminnan kehittämistä varten on koottu taulukko kyselyn vastaajien esittämistä ja kyselyn analyysistä esiin nousseista kehittämistarpeista. Lisäksi kehittämisen tueksi on esitetty ratkaisuehdotuksia. (Taulukko 22).

Taulukko 22. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet ja ratkaisuehdotukset.

Kehittämistarpeet	Ratkaisuehdotukset
Riittävät tiedot kaikista kotihoidon palvelutarpeen arviointiin liittyvistä palveluista, tukimuodoista ja niiden hakemisesta.	Osaamiskartoitus ja tarvittavan koulutuksen järjestäminen sekä yhteistyö paikallisten palvelun tuottajien kanssa.
Ajantasainen tieto Espoon kotihoidon palveluista mm. Internetissä.	Selkeä vastuunjako tietojen päivittämisestä ja ylläpitämisestä.
Ongelmat tiedonkulussa ja tiedonsaannissa asiakkaan tilanteesta. Tietämättömyys eri toimijoiden toiminnasta.	Kotihoidon sisäisten yhteistyömuotojen ja -palveluprosessien kuvaaminen ja kehittäminen. Palveluverkoston kartoittaminen, verkostotyön kehittäminen ja palveluprosessien kuvaaminen.
Riittävästi aikaa palvelutarpeen arviointiin.	Kotihoidon toiminnan ja työnjaon selkiyttäminen.
Työnjaon ja sisäisen yhteistyön kehittäminen.	Palveluprosessien kuvaaminen.
Arviointimenetelmäosaaminen erityisesti asiakkaaksi ottamisessa ja päätöksenteossa.	Arviointimenetelmäkoulutusta ja käytännön harjoittelua.
Palvelutarpeen arviointivälineiden käytön lisääminen.	Kannettavan tietokoneen ja tietojärjestelmien toimivuuden varmistaminen.
Ohjaus ELLI1-arviointilomakkeiston käyttöön. Ohjaus toimintakyky mittareilla kerättyjen tietojen analysointiin ja tulosten tulkintaan. Tuki kotihoidon toimintaan liittyvien lakien tulkitsemisessa.	Koulutuksen, ohjauksen ja tuen tarpeiden selvitys ja järjestäminen. Koulutusta ja ohjausta palvelutarpeen arviointiin liittyvien mittareiden käyttöön, analysointiin ja tulkintaan.
Riittävän kirjallisen materiaalin käyttömahdollisuus, asiakkaan saama tarpeenmukainen kirjallinen materiaali.	Palveluneuvontaan ja -ohjaukseen liittyvän kirjallisen materiaalin kokoaminen ja kotikäyntikansion perustaminen.
Mahdollisuus kotihoidon palveluiden yksilölliseen räätälöintiin asiakkaan tarpeet huomioiden.	Paikallisten palvelujen kartoitus ja palveluvälikön kehittäminen eri toimijoiden yhteistyönä.
Riittävät tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista. Tarkennetut asiakkuuden kriteerit, toimintaa ohjaavat säännöt ja ohjeet.	Koulutusta ja keskustelua, jonka tavoitteena on yhteinen näkemys palvelutarpeen arviointia ohjaavista sääöksistä ja niiden tulkitsemisesta sekä yksilöllisen harkinnan mahdollisuuksista.
Epäävän ja perustellun kirjallisen päätöksen antaminen kotipalvelusta ja kotihoidon tukipalvelusta.	Selvitys kirjallisen kielteisen päätöksen indikaatioista ja perusteluista sekä yhtenäisen toimintatavan varmistaminen.
Yksikön työtilanteen ja resurssien vaikutuksen minimoiminen asiakkaaksi ottamisessa.	Palvelutarpeen arviointi tehdään keskitetysti yksikössä, jonka työtilanne ja resurssit eivät vaikuta asiakkuuden muodostumiseen.



OSAAVA, ASIANMUKAISILLA RESURSSILLA JA YHDENMUKAISESTI
TOTEUTETTU KOTIHOIDON PALVELUTARPEEN ARVIOINTI,
PALVELUNEUVONTA, PALVELUOHJAUS JA ASIAKKAANSI OTTAMINEN

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus ja tutkimuseettiset näkökulmat

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen Espoon kotihoidon strategiaa tukeva tutkimuksellinen kehittämistyö. Kehittämisen kohteena oli Espoon kotihoitoon, kuljetuspalveluun ja omaishoidontukeen liittyvä palvelutarpeen arviointitoiminta sekä siihen liittyvä palveluneuvonta- ja ohjaus. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen aloitettiin syksyllä 2009 kehittämistarpeisiin liittyvillä keskusteluilla. Kehittämistyön suunnitelma esitettiin Espoon kotihoidon johtoryhmälle, lähiesimiehille, kotiutushoitajille ja kotihoidon keskitettyjen palveluiden palvelutarpeen arvioinnin tekijöille, jotka pitivät palvelutarpeen arvioinnin kehittämistä ajankohtaisena ja tärkeänä. Kehittämisen kohteen valintaan vaikuttivat kansalliset suositukset, Espoon vanhusten palvelujen strategiset tavoitteet ja Espoon kotihoidossa käynnissä olevat kehittämishankkeet, joista tärkeimpänä PARETO -hankkeen Espoon mobiiliterveyspalvelut -osaprojekti. Kehittämistyön päämäärän ja tavoitteiden muotoilussa huomioitiin kaikki edellä mainitut tekijät.

Kehittämisen ja tutkimuksen rajapintaa voidaan lähestyä tutkimuksen tai kehittämistoiminnan suunnasta. Tarkastelutapaa, jossa hyödynnetään tutkimusta, mutta lähtökohtana on kehittämistoiminta, voidaan kutsua tutkimukselliseksi kehittämistoiminnaksi. Koska kehittämistoiminta tähtää ensisijaisesti konkreettiseen muutokseen, metodeilla ei kehittämistoiminnassa ole yhtä keskeistä roolia kuin tieteellisen tutkimuksen yhteydessä. Kuitenkin monimutkaisten kehittämisprosessien yhteydessä systemaattinen lähestymistapa tuottaa parempia tuloksia ja systemaattinen tiedontuotanto helpottaa myös tulosten siirrettävyyttä. (Toikko – Rantanen 2009.) Palvelutarpeen arviointitoiminnan kehittämistä varten haettiin näkökulmaa kehittävästä työntutkimuksesta. Kehittämistyössä tärkeää oli nykytoiminnan kuvaaminen ja analyysi sekä tulosten selkeä esittäminen. Kehittävän työntutkimuksen ideologiaa ja toimintajärjestelmän mallia on käytetty johdonmukaisesti koko kehittämistyön ajan. Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän malli on ollut looginen ja helposti käyttöön otettava väline nykyisten toimintamallien kuvaamisessa, tutkimuksen suunnittelussa, kyselylomakkeen rakentamisessa ja tutkimustulosten esittämisessä sekä uuden toimintamallin kuvaamisessa.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimusprosessin aikana, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Nämä tutkimuksen eettiset näkökohdat huomioitiin koko tutkimusprosessin ajan tutkimuksen aiheen valinnasta tutkimuksen raportointiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009.) Huolellinen toimintaympäristöön tutustuminen, kehittämistyön suunnittelu, tutkimusmenetelmän valinta, tiedonkeruumenetelmän suunnittelu ja esitestauksen suorittaminen sekä tulosten tarkka dokumentointi ovat lisänneet kehittämistyön validiteettia ja vähentäneet systemaattisen virheen mahdollisuutta. Kehittämistyön luotettavuutta lisäävät kyselyn tulosten ja nykytoiminnan analyysiin liittyvien kehittämistarpeiden ja ristiriitojen selkeä esittäminen. (Heikkilä 2008: 30–31.)

Kyselytutkimuksella saatiin tietoa palvelutarpeen arvioinnin kehittämishaasteiden ja ristiriitojen esiin nostamiseksi. Käytössä ei ollut valmista mallia tai pohjaa. Kysely mittasi palvelutarpeen arvioinnin tekijöiden näkemyksiä Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointitoiminnasta ja koostui kysymyksistä, jotka olivat keskeisiä ja tarpeellisia kehittämistyön kannalta. Tutkimuksen reliabiliteettia pyrittiin nostamaan esitestaamalla kyselylomake kahdella henkilöllä, jonka jälkeen kyselylomakkeen sisältöä sekä kysymysten tarpeellisuutta ja ymmärrettävyyttä keskitettyjen palvelujen palvelupäällikkö ja opinnäytetyön ohjaaja. (Heikkilä 2008: 186–187.)

Kyselytutkimukseen valittiin kaikki Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin tekijät ja kotihoidon ohjaajat riippumatta siitä ilmoittivatko he tekevänsä palvelutarpeen arviointeja. Kyseessä oli siis kokonaisotanta. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja kaikilla oli yhtäläiset mahdollisuudet vastaamiseen. Kyselyn saajien määrä sähköpostiosoitteiden perusteella oli 93 ja vastauksia saatiin 38. Vastausprosentiksi muodostui 41 %. Vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa se, että kaikki kyselyn saaneet kotihoidon ohjaajat eivät tee palvelutarpeen arviointeja ja osa kyselyn saajista oli kesälomalla, lisäksi ensimmäisen kyselyn saate oli vaikeasti luettava ylimääräisten merkkien takia. Kyselyyn vastanneiden lisäksi kyselyyn oli käynyt avaamassa 20 henkilöä, jotka eivät lähettäneet vastauksiaan. Tutkimuksen tulokset voivat olla sattumanvaraisia, jos otoskoko on kovin pieni. Poistuma eli kato voi vaikuttaa lopputulokseen. Luotettavien tulosten saamiseksi on varmistettava, että otos edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. Tässä tutkimuksessa otos oli pieni, mutta se edusti hyvin koko tutkittavaa perusjouk-

koa. (Heikkilä 2008: 29–31.) Kyselystä saatuja tietoja voidaan pitää riittävän yleistettävänä, koska tutkimuksessa oli mukana perusjoukkoa edustava otos.

Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluu, että tutkimuksen ja kehittämistyön kohde tietää mitä tehdään, miksi tehdään ja että osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselylomakkeen liitteenä oli saatekirje, josta ilmeni kehittämistyön tarkoitus, kyselytutkimuksen tavoitteet, kerättävän aineiston käyttötarkoitus, opinnäytetyöntekijän ja opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että kyselytutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja vastaaminen sekä tulosten julkaiseminen tapahtuu anonymisti. (Kuu-la 2006: 102–116.) Tutkimukselle saatiin tutkimuslupa Espoon kaupungin kehittämissyksiköstä (liite 5).

Tutkijan kokemus ja tietoperusta vaikuttavat myös siihen, miten aineistoa kerätessään löytää ja huomaa uusia näkökulmia (Heikkinen ym. 2007: 152). Opinnäytetyön tekijä on toiminut aiemmin kotihoidon ohjaajana Espoon kaupungin kotihoidossa lähiesimies-tehtävässä kolme vuotta ja omaishoidontuen sekä kuljetuspalvelun palvelutarpeen arviointi-, palveluneuvonta- ja palveluohjaustehtävissä viimeiset viisi vuotta. Kokemus palvelutarpeen arvioinnin tekijänä ja aiempi kokemus kotihoidon lähiesimiehenä ovat saattaneet vaikuttaa niin tulkintaan kehittämisen kohteesta kuin uuden toimintamallin kehittämiseenkin. Toisaalta tämän kokemuksen myötä palvelutarpeen arvioinnin kehittämistä on tarkasteltu laaja-alaisesti niin asiakastyön kuin lähijohtamisenkin näkökulmasta.

7.2 Tutkimustulosten ja kehittämistyön tarkastelua

Espoon kotihoidon organisaatiouudistuksessa vuonna 2006 tapahtuneen omaishoidontuen ja kuljetuspalvelun palvelutarpeen arvioinnin keskittämisen sekä kotiutushoitajatoiminnan vakiintumisen myötä syntyi muun muassa palvelutarpeen arvioinnin toimintajärjestelmään tekijöiden, työnjaon ja toiminnan kohteen välille ristiriitoja, joilla on vaikutusta laadukkaaseen, asiakaslähtöiseen ja yhdenmukaiseen palvelutarpeen arviointitoiminnan toteutumiseen. Tässä kehittämistyössä saatiin esiin näitä Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointitoiminnan ristiriitoja ja kriittisiä alueita, joihin muutokset ja tuleva kehittämistyö tulee kohdentaa. Kyselytutkimuksen tulokset osoittivat, että kehittämistarpeita ja eroja esiintyi palvelutarpeen arvioinnin välineisiin (tiedot, taidot, väli-

neiden käyttö ja valmiudet, saatu ohjaus ja tuki) ja työnjakoon (tekijä, yhteydenotto, tiedonsaanti, päätöksenteko) liittyvissä seikoissa. Vastaajien näkemykset palvelutarpeen arvioinnin toteutumisesta ja asiakkaaksi ottamisesta erosivat joiltakin osin joko virka-/toiminimikkeittäin, ammatillisen koulutuksen suhteen tai alueellisesti.

Uudessa palvelutarpeen arvioinnin toimintamallissa asiakaslähtöisyyden ja yhdenvertaisuuden toteutumista voidaan edistää yhtenäisillä ja yhdessä sovitulla asiakkuuden kriteereillä, yhdenmukaisilla arviointikäytännöillä ja arviointimenetelmien yhdenmukaisella käytöllä sekä tasalaatuisella osaamisella ja ammattitaidolla. Palvelutarpeen arvioinnin laatu paranee, kun arvioinnit tehdään siten, että ne ovat ajasta, paikasta ja arvioijasta riippumatta yhdenmukaisia. Yhteisesti sovitut ja yhdenmukaiset käytännöt lisäävät myös arviointien vertailtavuutta ja samalla asiakaspalvelun laatua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja erityisesti kotihoidon haasteena on ikäihmisten todellisiin tarpeisiin vastaavien palvelujen riittävyys turvaaminen, oikein kohdentuminen ja omatoimisuuden tukeminen. Nykyisin palvelujen järjestämisen näkökulmasta ristiriitaa aiheuttaa se, että palveluita tulisi tarjota toimintakyvyn säilymisen kannalta mahdollisimman varhain, mutta kustannusten kannalta tarjotaan vain selviytymisen kannalta välttämättömiä palveluita. Asiakaslähtöisessä toimintamallissa asiakas nähdään palvelun käyttäjänä, ei sen kohteena. Asiakas saa palveluneuvontaa sekä -ohjausta tai hänelle tarjotaan palveluja, jotka vastaavat hänen todellisia tarpeitaan ja tukevat aidosti kotona selviytymistä. Järjestelmälähtöisessä palvelutarpeen arvioinnissa korostetaan organisaation etua eli kustannusvaikuttavuutta sekä pieniä kustannuksia ja palvelutarpeen arviointi toimii portinvartijana rajoittaen asiakkaan hoitoon pääsyä. Käytännössä palvelutarpeen arvioinnin tekijän tehtävänä on sovittaa yhteen asiakkaan palvelutarpeet ja käytettävissä olevat resurssit sekä valikoida palvelun piiriin pääsevät asiakkaat. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 12.) Kehitetystä palvelutarpeen arvioinnin toimintamallista asiakkuus syntyy kattavan ja yhdenmukaisen palvelutarpeen arvioinnin kautta eikä siihen vaikuta palveluja tuottavan tahon resurssit ja asiakastilanne. Asiakkaan palvelutarpeet ohjaavat aiempia toimintamalleja selkeämmin asiakkaiden valikointia, sillä palvelutarpeen arviointitoiminta tapahtuu eri yksikössä irrallaan päivittäisestä hoitotyöstä. Palvelutarpeen arviointitoiminnan keskittämisen myötä asiakkaan ei tarvitse itse osata koko palveluverkostoa vaan hän saa informaatiota ja tukea yhdestä yksiköstä, josta ohjataan edelleen tarvittavien palvelujen piiriin.

Palvelutarpeen arvioinnin keskittämällä myös osaamisen vahvistaminen ja muun muassa koulutuksen kohdentaminen helpottuu. Tämän myötä palvelutarpeen arviointitoiminnan laatu paranee ja yhdenmukaistuu. (Voutilainen ym. 2008: 24.) Työntekijän näkökulmasta yhtenäinen ja keskitetty palvelutarpeen arviointitoiminta helpottaa työn rajaamista, selkeyttää työnjakoa sekä vahvistaa osaamista ja ammattitaitoa. Tämä kaikki tukee työssä jaksamista ja työtyytyväisyyden lisääntymistä. Keskitetyssä palvelutarpeen arviointiyksikössä toimivien mahdollisuudet rakentaa toimiva ja tiivis yhteistyöverkosto kaupungin eri toimijoiden, yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin kanssa helpottuu. Kun asiakkaan palveluita ja palveluverkosta kehitetään näiden toimijoiden yhteistyönä, on mahdollista löytää jokaiselle toimijalle sopivat palvelut, joita se järjestää ja kehittää. Asiakkaan näkökulmasta palveluverkosto selkiytyy, kun toimijoilla on selkeämmät roolit palveluverkostossa. Jokainen toimija voi kehittää myös toimintaansa pitkäjänteisemmin, koska rooli palveluntuottajien verkostossa on selkeämpi ja toiminnan jatkuvuus voidaan myös turvata. Uutta toimintamallia voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä sekä toiminnan esittelyssä. Uuden toimintamallin myötä saadaan uutta näkökulmaa palvelujen järjestämis- ja tuotantotapojen kehittämiseen.

7.3 Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin käyttöönotto

Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin avulla hahmotettiin kotihoidon palvelutarpeen arviointitoiminnan kokonaisuutta ennen kehittämistä ja sen jälkeen. Kehittämistyössä luotu yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli muotoutui kootun teorian ja käytössä olevien nykyisten toimintamallien pohjalta. (Engeström 2002: 41–47.) Opinnäytetyön tekijä toi oman näkemyksensä toimintamallista ja toiminnan kohteesta. Toimintamallin käyttöönotossa tulee väistämättä esiin asioita ja ongelmia, joita ei osattu ottaa huomioon. Uusi toimintamalli syntyy ensivaiheessa poikkeamana vallitsevasta toimintaperiaatteesta ja toiminnan johdonmukaisuus heikkenee tilapäisesti. Kehittämisen tuloksena voi kuitenkin olla uusi, paremmin asiakkaiden tarpeita ja toimintaedellytyksiä vastaava uusi johdonmukaisuus avaten uuden kehityksen näköalan. (Muutoksentekijät 2004.)

Kehittämistyöhön tulee varata riittävästi aikaa, joka opinnäytetyössä on kuitenkin rajallinen. Tähän kehittämishankkeeseen varattu aika ei riittänyt toimintamallin yhteiskehit-

telyyn, käyttöönottoon ja arvioinnin tekemiseen. Kotihoidossa oli tämän hankkeen aikana useita muita kehittämishankkeita, jotka vaikuttivat kotihoidon päivittäiseen toimintaan. Muun muassa PARETO-hankkeen Espoon mobiiliterveyspalvelut -osaprojekti toi uusia näkökulmia ja kehittämishaasteita kotihoidon päivittäiseen toimintaan aiheuttaen myös epävarmuutta ja levottomuutta työyhteisöissä. Syksyllä 2011 oli tarkoitus kutsua koolle työryhmä, joka arvioi ja kehittää analyysin perusteella luotua palvelutarpeen arvioinnin toimintamallia. Kehittämispäivän tuloksena oli tarkoitus viimeistellä palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli ja luoda uusi palvelutarpeen arvioinnin prosessikuvaus. Kehittämistyön eteenpäin vieminen oli haastavaa opinnäytetyöntekijän työnkuvan muutosten ja työkiireiden sekä muiden kehittämishankkeiden vaikutusten takia. Alkuperäinen suunnitelma ei toteutunut ja kyselyn tulokset sekä toimintamalliluonnos esitettiin kotihoidon päällikölle, kotihoidon keskitettyjen palvelujen palvelupäällikölle ja opinnäytetyön työelämäohjaajalle kotihoidon organisaatiouudistuksen suunnitteluvaiheessa 13.10.2011. Kehittämistyötä voidaan jatkaa edelleen toimintamalliluonnoksen arvioinnilla työryhmätyöskentelynä aiemmin kuvatun suunnitelman mukaan tämän opinnäytetyön jälkeen vuoden 2012 alussa.

Kehittämishankkeessa luodun toimintamallin käyttöönotto edellyttää, että ensin on selkiytettävä ja sovittava, mitä palvelutarpeen arviointi pitää sisällään niin kuljetuspalvelun, omaishoidontuen kuin kotihoidon palveluntarvetta arvioitaessa. Uusi toimintatapa tarkoittaa käytännössä uusia tehtäviä ja työnjaosta sopimista. Lopullinen Espoon palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli voi olla prosessikuvaus, joka konkretisoi toiminnan etenemisen ja toimijoiden työnjaon. Palvelukokonaisuuden hahmottamisen jälkeen on myös sovittava säännöistä ja työvälineistä. Tämän kehittämistyön näkökulmasta 1.1.2012 toteutettava kotihoidon organisaatiouudistus ja palvelutarpeen arvioinnin keskittäminen osuivat hyvään kohtaan, sillä keskitetyn palvelutarpeen arvioinnin työntekijät ja kotiutushoitajat voivat vaikuttaa toimintamallin kehittämiseen ja samalla yhteisen ymmärryksen syntyminen toiminnasta helpottuu. Palvelutarpeen arvioinnin uusi toimintamalli voidaan ottaa käyttöön vuoden 2012 aikana ja kehittää sitä systemaattisesti edelleen. Toimintamallin kehittämisen ja koulutuksen suunnittelussa hyvänä apuvälineenä toimii palvelutarpeen arviointitoiminnan kehittämistä varten koottu taulukko kehittämistarpeista ja ratkaisuehdotuksista.

Kotihoidon palvelutarpeen arviointia on tehty pitkään osana muuta työtä ja sen mietäminen erillisenä toimintana voi olla vaikeaa. Uusi orientaatio edellyttää siis koulutusta ja yhdessä kehittämistä, jolloin yhteinen ymmärrys palvelutarpeen arvioinnin tarkoituksesta ja tavoitteista muodostuu. Myös riittävän gerontologisen ja muun osaamisen turvaaminen, osaamisen jatkuva kehittäminen sekä yhteistyöosaamisen lisääminen eri palveluiden rajapinnoilla mahdollistaa asiakkaille eheän ja laadukkaan palvelukokonaisuuden. On huolehdittava koulutuksen järjestämisestä ja yhteistyöverkoston luomisesta eri palveluntuottajien ja yhteistyökumppanien kanssa. Huomiota tulee kiinnittää myös sähköisten asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittämiseen, sillä ne ovat keskeisiä tiedonkulun välineitä niin julkisissa kuin yksityisissäkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottavissa yksiköissä. (Voutilainen ym. 2008:5; Häkkinen 2000; Vass ym. 2006: 43–45.)

7.4 Työn hyödynnettävyys

Kehittävän työntutkimuksen lähestymistapa ja käsitteelliset välineet tarjosivat hyvän lähtökohdan palvelutarpeen arviointitoiminnan kehittämiseen. Kehittämistyössä korostetaan yksittäistä organisaatiota hyödyntävien tulosten ohella myös toisen asteen tuloksia eli tuloksia, joiden kautta syntyy välillisesti hyötyä myös muille organisaatioille ja sidosryhmille (Alasoini 2006: 42.) Kyselytutkimuksen tulokset edustivat Espoon kotihoidon palvelutarpeen arviointeja tekevien näkemyksiä palvelutarpeen arviointitoiminnasta. Näihin näkemyksiin vaikuttaa koko kotihoidon toimintaympäristö ja sen kehitysvaiheet, nykyinen toimintatapa, organisaatorakenne, käynnissä oleva kehittäminen ja tulevat kehittämissuunnitelmat. Kehittämistarpeet ja ristiriidat ovat siis paikallisen palvelutarpeen arviointitoiminnan kehittämishaasteita. Näiden kehittämishaasteiden pohjalta luotu kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin uusi toimintamalli on kehitetty Espoon kotihoitoon eikä sitä voida suoraan siirtää toiseen organisaatioon ennen paikallisen toiminnan arviointia.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkka raportointi ja tutkimustulosten auttavat kehittämistyön ja sen tulosten hyödyntämisessä. Palveluverkoston moninaisuus ja pirstaleisuus sekä palvelujen oikein kohdentuminen ja tarkoituksenmukaisten palvelujen tuottaminen luovat paineita palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen kehittämiseksi. Tällä kehittämistyöllä voi olla laajempaa merkitystä niin paikallisessa kuin kansal-

lisessäkin vanhustyössä. Kehittämismenetelmää ja uutta palvelutarpeen arvioinnin toimintamallia voidaan hyödyntää myös muiden sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden kuten esimerkiksi päihde-, mielenterveys- ja vammaispalveluiden palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen kehittämisessä. Malli voi toimia myös lähtökohtana prosessi-lähtöisen toimintatavan kehittämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen organisointiin.

Ikääntyneiden kotihoidon kokonaisuuteen kuuluu kotipalvelu, kotipalvelun tukipalvelut, asumispalvelut, päiväkeskustoiminta, omaishoidon tuen koordinointi, ikäihmisten neuvola, muut tapaamiset ja perusterveydenhuollon kotisairaanhoido. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008: 3) todetaan, että iäkkäiden palvelujärjestelmää tulee kehittää monipuolisemmaksi sekä laajentaa hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen suuntaan. Lisäksi tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistäminen yhä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Kuntiin on myös viime vuosina perustettu ehkäiseviä toimintamalleja ikääntyvien terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen selviytymisen edistämiseksi sekä vastaamaan ikäihmisten palvelutarpeisiin. Hallberg ja Kristensen (2004) näkevät palvelutarpeen arvioinnin niin yksilö- kuin väestötasolla osana ennakoivaa ja ehkäisevää kotihoitoa. Ehkäisevien palvelujen jatkuvuus ja sijoittuminen kunnan muuhun palvelukenttään on kuitenkin selkiytymätöntä (Seppänen ym. 2009: 7–9). Kun ehkäisevien kotikäyntien tekijät ovat hallinnollisesti integroituneet kotihoidon yksiköihin, ikääntyneen tarvitseman hoidon ja hoivan järjestäminen helpottuu ja työntekijöiden ammatillisuus vahvistuu. (Vass ym. 2006: 43–44). Voitaisiko myös Espoon vanhusten palveluja kehittää edelleen siihen suuntaan, että esimerkiksi seniori-info ja ennakoivat palvelut ovat osa kotihoidon palvelutarpeen arviointiyksikköä?

Lähteet

- Ala-Nikkola Merja 2003: Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa. Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Ala-Nikkola Merja – Sipilä Jorma 1999: Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Eija Nurminen (toim.) Sosiaalityö ristipaineissa. Helsinki: Helsingin avoin yliopisto, 63–75.
- Alasoini, Tuomo 2006: Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Riitta Seppänen-Järvelä – Vappu Karjalainen (toim.) Kehittämistyön riskejä. Helsinki: Stakes, 35–52.
- Asiakkuuden periaatteet Espoon vanhusten palvelujen kotihoidossa -toimintaohje 15.4.2008.
- Björkgren M. 2007. Laadun arviointi. Laadun arvioinnin haasteet. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70/2007. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Engeström, Yrjö 1990: Learning, Working and imagining: Twelve studies in activity theory. Helsinki: Orienta-Konsultit Oy.
- Engeström, Yrjö 1998: Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Edita.
- Engeström, Yrjö 2002: Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. 3. painos. Helsinki: Edita.
- Ennaltaehkäisevät vanhuspalvelut (EEVA) -hanke 2005–2007. Loppuraportti. Espoon kaupunki: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisu 1/2007.
- Espoon ikääntymispoliittinen ohjelma 2009–2015. Espoon kaupunki: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisusarja 2/2009.
- Espoo talousarvio ja taloussuunnitelma vuodelle 2011. Valtuusto 3.12.2010. Verkkodokumentti. Espoon kaupungin intranet.
- Finne-Soveri, Harriet – Björkgren Magnus – Vähäkangas, Pia – Noro, Anja (toim.) 2007: Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kotihoidon teknologiahankkeet. PARETO -hanke 2008-2011 ja CITRIX –pilotti. Sosiaali- ja terveystoimen tuottavuusohjelmaa 2009–2012. Hanke-esittely. Verkkodokumentti. <<http://www.espoo.fi/hankkeet/?Path=1;28;29;1047;1098;109547;114896>> Luettu 24.5.2011.

- Hallberg, Ingalill Rahm – Kristensen, Jimmie 2004: Preventive home care of frail older people. A review of recent case management studies. *International journal of older people Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 2004:13 (6b):112–120.
- Heikkilä, Tarja 2008: Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkinen, Hannu – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.) 2007: Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistus-seura.
- Häkkinen, Hannele 2000: Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoinnissa: Meta-analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsittelevistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Kuopio: Pro gradu tutkielma, Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- Häkkinen, Hannele 2002: Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Helsinki. Kuntatalon paino.
- Häkkinen, Hannele – Holma, Tupu 2004: Ehkäisevä kotikäynti –tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto: Helsinki: Hakapaino Oy.
- Hänninen, Kaija 2007: Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakes raportteja 20/2007. Helsinki Valopaino Oy.
- Iivonen, Päivi 2005: Kunnan ja yksityisten palveluntarjoajien yhteistoiminta verkostossa. Näkökulmia Espoon kotihoidosta. Teoksessa Haho, Päivi – Vanttinen, Marika (toim.): KIMPAssa kohti parasta palvelua, KIMPPA-esitutkimushankkeen loppuraportti. Helsinki University of Technology SimLab Publications Report Series: 11. Espoo: Helsinki University of Technology. 8–16. Verkkodokumentti. <http://kimppa.tkk.fi/kimppa/files/KIMPPAesitutkimushankkeen%20loppuraportti.pdf> Luettu 23.1.2010.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008: 3. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus. Saatavilla myös sähköisesti <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1202801063405/passthru.pdf>>
- Immonen, Sirpa – Sassi, Pirkko – Tasala, Lea – Valvanne, Jaakko 2009: Elämää lisää osallistumalla ELO-hanke 2008–2009. Loppuraportti. Verkkodokumentti. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;102938>> Luettu 23.1.2010.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Karvonen-Kälkäjä, Anja 2005: Ikääntyvän asiakkaan oikeudesta palvelutarpeen arviointiin kotihoidosta. Teoksessa Haho, Päivi – Vanttinen, Marika. (toim.): KIMPAssa kohti parasta palvelua. KIMPPA -esitutkimushankkeen loppuraportti. Helsinki University of Technology SimLab Publications Report Series: 11. Espoo: Helsinki University of Technology. 28–30. Verkkodokumentti. [http://kimppa.tkk.fi/kimppa/files/KIMPPA-esitutkimushankkeen %20loppuraportti.pdf](http://kimppa.tkk.fi/kimppa/files/KIMPPA-esitutkimushankkeen%20loppuraportti.pdf)> Luettu 23.1.2010.

Kiikkala, Irma 2000: Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kiikkala, Irma – Nouko-Juvonen, Susanna – Ruotsalainen, Pekka (toim.): Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.

Kuntalaki L365/1995

Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992 (muutos L653/2000)

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista L272/2005

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista L812/2000

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä L559/1994

Lehto Markku 2007: Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linja vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 8. Helsinki. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3595.pdf&title=Tie_hyvaan_vanhuuteen__Vanhusten_hoidon_ ja_palvelujen_linjat_vuoteen_2015_fi.pdf> Luettu 17.11.2009.

Metsämuuronen, Jari 2000: Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. Metodologia-sarja 6. Viro: Jaabes Oy.

Metsämuuronen Jari 2004: Pienten aineistojen analyysi. Parametrittömien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 9. International Methelp Ky. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Muutoksen tekijät 2004: Toimintakonseptin kehittäjien oppimisverkosto. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Toiminnanteoreettinen tulkinta toimintakonseptista. Verkkodokumentti. <<http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=137>>Luettu 15.8.2011.

Omaishoidon tuen toimintaohje 1.9.2009. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveyslautakunta 20.8.2009. Saatavilla myös sähköisesti. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;102938;103630;103635;105853>>

Potilasvahinkolaki L585/1986 (muutos L87/99)

- RAI-arviointijärjestelmän käyttöönottoprojekti (2007–2009) -hankeasiakirja. Verkkodokumentti. <<http://www.espoo.fi/hankkeet/?Path=1;28;29;1047;1098;47897;97595>> Luettu 8.8.2011.
- Sahlen, Klas-Göran – Dahlgren, Lars – Hellner Britt Mari – Stenlund, Hans – Lindholm, Lars 2006: Preventive home visits postpone mortality- a controlled trial with time-limited results. BMC Public Health 2006. Verkkodokumentti dokumentti. <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/220>> Luettu 15.2.2010.
- Salminen, Marjatta – Suomi, Asta – Hakonen, Sinikka 2004: "...Että ihmisellä on väyliä, voimavaroja ja haaveita" Ehkäisevät kotikäynnit ja ennakoiva palveluohjaus - uusi voimaannuttava toimintamalli seniori- ja vanhustyöhön. Jyväskylä: Jyväskylän sosiaali- ja terveystalokeskuksen raportteja 1/2004.
- Seppänen, Marjaana – Heinola, Reija – Andersson, Sirpa 2009: Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. Helsinki: Terveystalokeskuksen ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d4031f8-2741-4493-b50a-925ea617c352> > Luettu 23.1.2010.
- Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607
- Sosiaalihuoltolain mukaisen kuljetuspalvelun toimintaohje 1.10.2009 alkaen. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveystalokeskuksen. Saatavilla myös sähköisesti. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;102938;103630;124448;128854>>
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710
- Sosiaali- ja terveystalokeskuksen kuntatiedote (5/2006): Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Saatavilla myös sähköisesti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf>
- Terveystalokeskuksen laki 30.12.2010/1326
- Theander, Eva – Edberg, Anna-Karin 2005: Preventive home visits to older people in Southern Sweden. Scandinavian Journal of Public Health 33. 392–400.
- Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009: Tutkimuksellinen kehittäminen. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>> Luettu 20.10.2011.
- Toljamo, Maisa – Haverinen, Riitta – Finne-Soveri, Harriet – Malmivaara, Antti – Sintonen, Harri – Voutilainen, Päivi – Mäkelä, Marjukka 2005: Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. STAKES. Helsinki.

- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vaarama, Marja – Ylönen, Lauri – Meriläinen, Satu – Winqvist-Niskanen, Nina 2009: Kotihoidon laatu Espoossa vuosina 2006-2008. Elämänlaatua lisää kotihoidon asiakkaille ELLI -hanke. Espoon kaupunki: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 1/2009.
- Vass, Mikkel – Avlund, Kirsten – Hendriksen, Carsten – Andersen, Christian K. – Keiding, Niels 2002: Preventive home visits to older people in Denmark: Methodology of randomized controlled study. *Aging Clinical and Experimental Research*. 14 (6). 509–515.
- Vass, Mikkel – Avlund, Kirsten – Hendriksen, Castren – Holmberg, Rasmus – Nielsen, Henrik 2006: Older People and preventive home visits. Denmark: AgeForum. Verkkodokumentti. <www.aeldreforum.dk> Luettu 15.2.2010.
- von Renteln-Kruse, Wolfgang – Anders, Jennifer – Dapp, Ulrike – Meier – Baumgartner, Hans Per 2003: Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60 -jährigen und älteren Personen in Hamburg. *Z Gerontol Geriat* 36: 378–391.
- Virkkunen, Jaakko – Engeström, Yrjö – Pihlaja, Juha – Helle, Marja 2001. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Verkkodokumentti. <<http://mol.fi/tyke/00-03/materiaalit/kirjat/raportti6/Muutoslabora.pdf>> Luettu 3.3.2010.
- Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja 2005: Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. *Stakes raportteja* 7/2005. Helsinki
- Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Peiponen, Arja 2002: Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena - Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, Harriet (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Voutilainen, Päivi – Raassina, Anne-Mari – Nyfors Hanna 2008: Ikääntyneiden uudet palvelukonseptit. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 47. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus. Saatavilla myös sähköisesti. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1225884583042/passthru.pdf>>

Saate kyselylomakkeeseen

PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN ESPOON KOTIHOIDOSSA

Kotihoidossa palvelutarpeen arviointeja tekevät useat eri ammattiryhmät ja kotihoitoyksiköt. Kehittämistyön lähtökohtana on hyvien sekä toimivien käytäntöjen löytäminen ja Sinun mielipiteesi on tärkeä. Hankkeessa kehitetään Espoon kaupungin kotihoitoon yhtenäinen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.

Kyselyssä kartoitetaan nykyisiä palvelutarpeen arviointikäytäntöjä ja kyselyn analyysiä käytetään palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin kehittämisen pohjana. Kerätty kyselyaineisto säilytetään opinnäytetyöntekijän arkistossa ja tietoa käytetään luottamuksellisesti. Kyselyn tulokset julkaistaan siten, ettei kenenkään henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Kehittämistyön toisessa vaiheessa uutta toimintamallia kehitetään työryhmätyöskentelynä. Työryhmäkokouksia on kaksi elokuussa 2010. Osallistuminen kyselyyn ja työryhmätyöskentelyyn on vapaaehtoista.

Kehittämishanke on Metropolian Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelman (YAMK) opinnäytetyö.

Vastaamalla kyselyyn Sinulla on mahdollisuus vaikuttaa Espoon kotihoidon kehittämiseen. On tärkeää, että vastaat kyselyyn juuri niin kuin näkemyksesi asiasta on, ei niin kuin toivoisit sen olevan. Aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu noin 20 minuuttia.

Yhteistyöstä kiittäen,

Eija Koskinen, kotihoidon ohjaaja
opiskelija
Metropolia Ammattikorkeakoulu
p. xxx

opinnäytetyöohjaaja
Eija Grönroos, FT, yliopettaja
Terveys- ja hoitoala
Metropolia Ammattikorkeakoulu
p. xxx

Kyselylomake



Kyselyssä palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan kotikäynnillä tehtävää asiakkaan palvelutarpeen ensiarviointia, josta palvelupyyntö on tullut puhelimitse tai hakemuksella joko asianomaiselta itseltään, omaiselta/läheiseltä tai ammattilaiselta esim. sairaalasta tai muusta sosiaali- ja terveystoimen yksiköstä.

1. Kuka tai ketkä tekevät kotihoitoyksikössä palvelutarpeen arviointikotikäynnin?

Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto

Ei Kos- Joskus Usein Aina
kaan

Kotihoidon ohjaaja

Sairaan-/terveydenhoitaja

Kotiutushoitaja

Lähihoitaja/perushoitaja

Kotihoidon ohjaaja – sairaan/terveydenhoitaja
työpari

Kotihoidon ohjaaja – lähi-/perushoitaja työpari

Kotihoidon ohjaaja – kotiutushoitaja työpari

Kotihoidon ohjaaja – kotihoidon ohjaaja

Sairaam/terveydenhoitaja – lähi/perushoitaja
työpari

Kotiutushoitaja – sairaan-/terveydenhoitaja
työpari

Kotiutushoitaja – lähi-/perushoitaja työpari

Joku muu, kuka/ketkä?

2. Miten saat tiedon palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta?

Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto.

	Ei Kos- kaan	Joskus	Usein	Aina
Palvelutarpeen arviointipyyntö (puhelinkontakti/hakemus) tulee minulle suoraan				
Palvelutarpeen arviointipyyntö tulee minulle välitettynä				
Palvelutarpeen arviointipyyntö tulee asiakkaalta/läheiseltä				
Palvelutarpeen arviointipyyntö tulee terveyskeskus-/akuuttisairaalaan				
Palvelutarpeen arviointipyyntö tulee erikoissairaanhoidosta				
Palvelutarpeen arviointipyyntö tulee muusta sosiaali- ja terveystoimen yksiköstä				
Jostain muualta/mistä?				

3. Miten saat tietoa asiakkaan tilanteesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä?

Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto

	En tarvitse ko- tietoa	Täysin riittä- mättömästi	Jokseenkin riittämättömästi	Jokseenkin riittävästi	Täysin riittävästi
Saan tietoa asiakkaan avun ja palvelun tarpeesta					
Saan tietoa asiakkaan toimintakyvystä					
Saan tietoa asiakkaan sairauksista					
Saan tietoa asiakkaan lääkityksestä					
Saan tietoa asiakkaan asunnon varustetasosta					
Saan tietoa asiakkaan läheisistä/omaisista					
Muuta, mitä?					

4. Mikä on näkemyksesi palvelutarpeen arvioinnin toteutumisesta?

Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten näkemystäsi kuvaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Asiakkaan toimintakyky arvioidaan					
Asiakkaan apuvälinetarve arvioidaan					
Asiakkaan palveluntarve arvioidaan					
Asiakkaalla on mahdollisuus tuoda omat näkemyksensä palvelun tarpeestaan					
Asiakkaan kanssa neuvotellaan eri vaihtoehtoista järjestää palveluita					
Asiakas voi vaikuttaa palveluiden suunnitteluun					
Asiakkaalla on mahdollisuus osallistua palveluita koskevaan päätöksentekoon					
Kotihoidon palveluita on mahdollista räätälöidä yksilöllisesti asiakkaan tarpeet huomioiden					
Asiakas saa arviointikotikäynnillä ohjausta tai apua muiden palveluiden piiriin hakeutumisessa					
Asiakas saa arviointikotikäynnillä ohjausta tai apua tukien ja etuuksien hakemisessa					
Käytettävissäni on riittävästi tarpeenmukaista kirjallista materiaalia					
Asiakas saa tarpeenmukaista kirjallista materiaalia					
Minulla on riittävästi aikaa arviointiin					

5. Millaisiksi arvioit omat tietosi seuraavista palveluista ja tukimuodoista?
Valitse jokaisen väittämän kohdalla arviotasi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Erittäin huonot	Melko huonot	Ei hyvät eikä huonot	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Kaupungin kotihoidon palveluista					
Kaupungin kotihoidon palveluiden järjestämisen tavoista (mm. palveluseteli, avustavat palvelut)					
Kaupungin kotihoidon tukipalveluista					
Kaupungin kotihoidon tukipalveluiden järjestämisen tavoista					
Yksityisen palvelutuottajan tarjoamista kotihoidon palveluista					
Yksityisen palvelutuottajan tarjoamista kotihoidon tukipalveluista					
Yksityisten kotihoidon palvelujen järjestämisen tavoista					
Kuljetuspalvelusta					
Kuljetuspalvelun hakemisesta					
Omaishoidon tuesta ja siihen liittyvistä palveluista					
Omaishoidon tuen ja siihen liittyvien palvelujen hakemisesta					
Sotaveteraanipalveluista					
Sotaveteraanipalvelujen järjestämisen tavoista					
Sotainvalidien palveluista					
Sotainvalidipalvelujen järjestämisen tavoista					
Järjestöjen tarjoamista palveluista (ystäväpalvelu, lähimmäisapu ry yms.)					
Järjestöjen palveluiden järjestämisen tavoista					
Seurakunnan tarjoamista palveluista					
Seurakunnan palveluiden järjestämisen tavoista					

	Erittäin huonot	Melko huonot	Ei hyvät eikä huonot	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Kelan palveluista ja etuuksista					
Kelan palveluiden ja etuuksien hakemisesta					
Kuntoutuksen liittyvistä palveluista (päiväsairaala, fysioterapiapalvelu)					
Kuntoutukseen liittyvien palvelujen järjestämisen tavoista					
Apuvälineiden hankinnasta					
Päihdetyön palveluista					
Päihdetyöpalvelujen järjestämisen tavoista					
Mielenterveyspalveluista					
Mielenterveyspalvelujen järjestämisen tavoista					
Sosiaalitoimen palveluista					
Sosiaalitoimen palvelujen hakemisesta					
Muistikoordinaattorin palveluista					
Muistikoordinaattorin palvelujen järjestämisen tavoista Vammais- palveluista					
Vammaispalvelujen hakemisesta					
Jotain muuta, mitä?					

6. Miten arvioit tietosi seuraavista kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista? Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten arviotasi vastaava vaihtoehto.

	Erittäin huonot	Melko huonot	Ei hyvät eikä huonot	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet					
Omaishoidon tuen toimintaohje					
Kuljetuspalvelun toimintaohje					
Laki sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnista					
Espoon kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma					

7. Miten arvioit seuraavia palvelutarpeen arviointiin liittyviä taitojasi?
Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten arviotasi vastaava vaihtoehto.

	Erittäin huonot	Melko huonot	Ei hyvät eikä huonot	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Vuorovaikutustaidot					
Kuuntelutaito					
Havainnointikyky					
Yhteistyötaidot					
Neuvonta- ja ohjaus- taidot					
Ongelmanratkaisukyky					
Organisointikyky					
Päätöksentekokyky					

8 a. Arvioi seuraavien palvelutarpeen arviointiin liittyvän välineistön käyttöäsi?
Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten arviotasi vastaava vaihtoehto.

	Ei koskaan	Joskus	Usein	Aina
Kannettava tietokone kotikäynnillä				
Elli1-ensiarviointi lomakkeisto				
Effic- palvelutarpeen arviointifraasi				
Rava-arviointi				
MMSE-testi				
Muu, mikä?				

8 b. Arvioi omia valmiuksiasi käyttää seuraavia palvelutarpeen arviointiin liittyviä välineitä.
Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten arviotasi vastaava vaihtoehto.

	Erittäin huonot	Melko huonot	Ei hyvät eikä huonot	Melko hyvät	Erittäin hyvät
Kannettava tietokone kotikäynnillä					
Elli1-ensiarviointi lomakkeisto					
Effic- palvelutarpeen arviointifraasi					
Rava-arviointi					
MMSE-testi					
Muu, mikä?					

9. Minkälaista ohjausta tai tukea olet saanut palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin liittyen? Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten arviotasi vastaava vaihtoehto.

	Täysin riittä- mättömästi	Jokseenkin riittämättö- mästi	En riittävästi enkä riittä- mättömästi	Jok- seenkin riittä- västi	Täysin riittävästi
Olen saanut ohjausta palvelutarpeen arviointiin					
Olen saanut ohjausta toimintakyvyn arviointiin					
Olen saanut ohjausta ELLI1-arviointilomakkeiston käyttöön					
Olen saanut ohjeistusta Effica- palvelutarpeen arviointifraasin käyttöön					
Olen saanut ohjausta MMSE-testin käyttöön					
Olen saanut ohjausta Ravamittarin käyttöön					
Olen saanut ohjausta toimintakykymittareilla kerättyjen tietojen analysointiin					
Olen saanut ohjausta toimintakykymittareilla kerättyjen tietojen tulosten tulkintaan					
Minulla on mahdollista saada tukea kotihoidon toimintaan liittyvien lakien tulkitsemisessä					
Minulla on mahdollista saada tukea kotihoidon toimintaan liittyvien eettisten periaatteiden tulkitsemisessä					
Minulla on mahdollista saada tukea kotihoidon asiakkuuden periaatteiden tulkitsemisessä					
Jotain muuta, mitä?					

10. Mikä on näkemyksesi seuraavista palvelutarpeen arviointiin ja asiakkaaksi ottamiseen liittyvistä väittämistä? Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten näkemystäsi vastaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet ohjaavat palvelutarpeen arviointia					
Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet ohjaavat kotihoidon asiakkaaksi ottamista					
Yksikön työtilanne vaikuttavat kotihoidon asiakkaaksi ottamiseen					
Yksikön resurssit vaikuttavat kotihoidon asiakkaaksi ottamiseen					
Asiakkaat saavat palveluita tasapuolisesti					
Asiakkaat saavat palveluita oikeudenmukaisesti					
Päätökset palvelujen myöntämisestä annetaan kirjallisina					
Päätökset palvelujen myöntämättä jättämisestä annetaan kirjallisina perusteluineen					

11. Kuka tai ketkä ovat mukana päätettäessä kotihoidon asiakkuudesta? Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

	Ei koskaan	Joskus	Usein	Aina
Kotihoidon ohjaaja				
Sairaana-/terveydenhoitaja				
Kotiutushoitaja				
Lähihoitaja/perushoitaja				
Moniammatillinen tiimi				
Asiakas				
Omaiset				
Lääkäri				
Joku muu, Kuka/ketkä?				

12. Mikä on näkemyksesi palvelutarpeen arviointiin liittyvän kotikäynnin tarkoituksesta? Valitse jokaisen väittämän kohdalla parhaiten näkemystäsi vastaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Selvittää hyvinvointia ja toimintakykyä vaarantavia riskitekijöitä					
Selvittää kodin ja lähiympäristön turvallisuutta					
Tiedottaa palveluista					
Ohjata tarvittavien palveluiden piiriin					
Arvioida asiakkaan itsestä suoriutumista ja kotona selviytymistä					
Tukea asiakkaan osallisuutta palveluidensa päätöksenteossa					
Asiakasvalinta kaupungin kotihoidon piiriin					
Joku, muu mikä?					

13. Kuvaa kotihoidon kehittämiseen liittyviä asioita muutamalla lauseella. Mainitse enintään kolme kehittämistarvetta kotihoidon palvelutarpeen arviointiin liittyen?

14. Virka/toiminimike

Valitse oikea vastausvaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun paikkaan

Kotihoidon ohjaaja

Sairaanhoitaja

Kotiutussairaanhoitaja

Lähihoitaja/perushoitaja

Muu, mikä?

15. Ammatillinen koulutuksesi

Lähihoitaja

Perushoitaja

Sairaanhoitaja

Terveydenhoitaja

Sosiaaliohjaaja

Sosionomi (amk)

Geronomi (amk)

Muu, mikä?

16. Kauanko olet toiminut Espoon kotihoidossa?

Vuotta Kk

17. Kauanko olet toiminut nykyisessä tehtävässäsi?

Vuotta kk

18. Onko sinulla aiempaa työkokemusta sosiaali- tai terveydenhuollon palveluksessa?

Ei ole

Kyllä, yhteensä vuotta

19. Millä alueella työskentelet?

Eteläinen kotihoito

Pohjoinen kotihoito

20. Kuinka monta palvelutarpeen arviointia teet keskimäärin?

työviikon aikana kuukaudessa

Muuttujien uudelleenluokittelu

Muuttuja	Alkuperäinen luokka	Uusi luokka
Palvelutarpeen arvioinnin tekijä/tekijät	1=Ei koskaan 2=Joskus 3=Usein 4=Aina	1=Ei koskaan/joskus 2=Usein/aina
Miten saat tiedon palvelutarpeen arviointitarpeesta	1=Ei koskaan 2=Joskus 3=Usein 4=Aina	1=Ei koskaan/joskus 2=Usein/aina
Tiedon saanti asiakkaan tilanteesta ennen palvelutarpeen arviointikotikäyntiä	1=En tarvitse ko. tietoa 2=Täysin riittämättömästi 3=Jokseenkin riittämättömästi 4=Jokseenkin riittävästi 5=Täysin riittävästi	0=En tarvitse ko. tietoa 1=Riittämättömästi 2= Riittävästi
Näkemyks palvelutarpeen arvioinnin toteutumisesta	1=Täysin eri mieltä 2=Jokseenkin eri mieltä 3=En samaa enkä eri mieltä 4=Jokseenkin samaa mieltä 5=Täysin samaa mieltä	1=Eri mieltä 2=En samaa enkä eri mieltä 3=Samaa mieltä
Arvioi tietosi palveluista ja tukimuodoista	1=Erittäin huonot 2=Melko huonot 3=Ei hyvät eikä huonot 4=Melko hyvät 5=Erittäin hyvät	1=Huonot 2=Ei hyvät eikä huonot 3=Hyvät
Arvioi tietosi kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista	1=Erittäin huonot 2=Melko huonot 3=Ei hyvät eikä huonot 4=Melko hyvät 5=Erittäin hyvät	1=Huonot 2=Ei hyvät eikä huonot 3=Hyvät
Arvioi palvelutarpeen arviointiin liittyviä taitojasi	1=Erittäin huonot 2=Melko huonot 3=Ei hyvät eikä huonot 4=Melko hyvät 5=Erittäin hyvät	1=Huonot 2=Ei hyvät eikä huonot 3=Hyvät
Arvioi palvelutarpeen arviointiin liittyvän välineistön käyttöäsi	1=Ei koskaan 2=Joskus 3=Usein 4=Aina	1=Ei koskaan/joskus 2=Usein/aina
Arvioi valmiuksiasi käyttää palvelutarpeen arviointiin liittyvää välineistöä	1=Erittäin huonot 2=Melko huonot 3=Ei hyvät eikä huonot 4=Melko hyvät 5=Erittäin hyvät	1=Huonot 2=Ei hyvät eikä huonot 3=Hyvät

Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin saatu ohjaus ja tuki	1=Täysin riittämättömästi 2=Jokseenkin riittämättömästi 3= En riittävästi enkä riittämättömästi 4=Jokseenkin riittävästi 5=Täysin riittävästi	1=Riittämättömästi 2=En riittävästi enkä riittämättömästi 3=Riittävästi
Näkemyks palvelutarpeen arviointiin ja asiakkaaksi ottamiseen liittyvistä väittämistä	1=Täysin eri mieltä 2=Jokseenkin eri mieltä 3=En samaa enkä eri mieltä 4=Jokseenkin samaa mieltä 5=Täysin samaa mieltä	1=Eri mieltä 2=En samaa enkä eri mieltä 3=Samaa mieltä
Kuka tai ketkä ovat mukana päätettäessä kotihoidon asiakkuudesta	1=Ei koskaan 2=Joskus 3=Usein 4=Aina	1=Ei koskaan/joskus 2=Usein/aina
Näkemyks palvelutarpeen arviointiin liittyvän kotikäynnin tarkoituksesta	1=Täysin eri mieltä 2=Jokseenkin eri mieltä 3=En samaa enkä eri mieltä 4=Jokseenkin samaa mieltä 5=Täysin samaa mieltä	1=Eri mieltä 2=En samaa enkä eri mieltä 3=Samaa mieltä
Ammatillinen koulutus	1=Lähihoitaja 2=Perushoitaja 3=Sairaanhoitaja 4=Terveydenhoitaja 5=Sosiaaliohjaaja 6=Sosionomi (amk) 7=Geronomi (amk) 8=Muu,mikä	1= Lähi-/perushoitaja 2=Sairaanhoitaja 3=Terveydenhoitaja 4=Sosionomi (amk) 5= Muu
Työkokemus Espoon kotihoidossa	kuukausina ja vuosina	1=1-10 vuotta 2=11-20 vuotta 3=21-30 vuotta 4=31-40 vuotta
Työkokemus nykyisessä tehtävässä	kuukausina ja vuosina	1=1-10 vuotta 2=11-20 vuotta 3=21-30 vuotta 4=31-40 vuotta
Työkokemus sosiaali- ja terveystoimessa	vuosina	1=1-10 vuotta 2=11-20 vuotta 3=21-30 vuotta 4=31-40vuotta 5=Ei työkokemusta

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1. Palvelutarpeen arviointikotikäynnin tekijä (ka= keskiarvo, moodi, n, %). As-
teikolla 1 (ei koskaan) – 4 (aina).

Palvelutarpeen kotikäynnin tekijä/tekijät	ka	moodi	Ei koskaan/ joskus		Usein/aina		Tieto puuttuu	
			n	%	n	%	n	%
Kotihoidonohjaaja	2,4	2	20	52	16	42	2	5
Sairaam-/terveydenhoitaja	3,2	3	4	11	35	82	3	8
Kotiutushoitaja	2,7	3	12	32	24	63	2	5
Lähihoitaja/perushoitaja	2	2	32	84	5	13	1	3
Kotihoidon ohjaaja- sairaam-/terveydenhoitaja – työpari	2,3	3	19	50	15	40	4	11
Kotihoidon ohjaaja- lähi-/perushoitaja -työpari	1,8	2	34	90	1	3	3	8
Kotihoidon ohjaaja- kotiutushoitaja -työpari	1,7	2	31	82	3	8	4	11
Kotihoidon ohjaaja- kotihoidon ohjaaja -työpari	1,1	1	35	92	0	0	3	8
Sairaam-/terveydenhoitaja - lähi-/perushoitaja -työpari	2,1	2	28	74	7	18	3	8
Kotiutushoitaja - sairaam-/ terveydenhoitaja -työpari	2,4	3	18	47	18	47	2	5
Kotiutushoitaja-lähi-/perushoitaja -työpari	1,8	2	32	84	3	8	3	8

Liitetaulukko 2. Tiedot palveluista, tukimuodoista ja niiden järjestämisen tavoista ja hakemisesta (ka= keskiarvo, sd =keskihajonta, n, %). Asteikolla 1 (erittäin huonot) – 5 (erittäin hyvät).

Tiedot palveluista, tukimuodoista ja niiden järjestämisen tavoista/hakemisesta	ka	sd	Huonot		Ei hyvät eikä huonot		Hyvät		Tieto puuttuu	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Kaupungin kotihoidon palveluista	4,4	,589	0	0	2	5	38	95	0	0
Kaupungin kotihoidon palveluiden järjestämisen tavoista (mm. palveluseteli, avustavat palvelut)	3,5	,980	7	18	5	13	26	68	0	0
Kaupungin kotihoidon tukipalveluista	4,1	,875	2	16	6	16	30	79	0	0
Kaupungin kotihoidon tukipalveluiden järjestämisen tavoista	3,9	,882	2	5	10	26	26	68	0	0
Yksityisen palvelutuottajan tarjoamista kotihoidon palveluista	3,5	,797	4	11	11	29	23	61	0	0
Yksityisen palvelutuottajan tarjoamista kotihoidon tukipalveluista	3,3	,968	9	24	9	24	19	50	1	3
Yksityisten kotihoidon palvelujen järjestämisen tavoista	3	,959	12	32	13	34	13	34	0	0
Kuljetuspalvelusta	3,6	1,163	7	18	7	18	23	61	1	3
Kuljetuspalvelun hakemisesta	3,8	1,087	5	13	5	13	28	74	0	0
Omaishoidon tuesta ja siihen liittyvistä palveluista	3,5	1,070	8	21	9	24	20	53	1	3
Omaishoidon tuen ja siihen liittyvien palvelujen hakemisesta	3,6	1,068	9	24	5	13	23	61	1	3
Sotaveteraanipalveluista	3,2	1,094	10	26	10	26	18	47	0	0
Sotaveteraanipalvelujen järjestämisen tavoista	3,1	1,110	11	29	10	26	16	42	1	3
Sotainvalidien palveluista	3,1	1,158	13	34	9	24	16	42	0	0
Sotainvalidipalvelujen järjestämisen tavoista	3	1,146	14	37	8	21	14	37	2	5
Järjestöjen tarjoamista palveluista (ystäväpalvelu, lähimmäisapu yms.)	3,5	,891	6	16	10	26	22	58	0	0
Järjestöjen palveluiden järjestämisen tavoista	3	,900	12	32	14	37	12	32	0	0
Seurakunnan tarjoamista palveluista	2,9	,973	14	37	14	37	10	26	0	0

Tiedot palveluista, tukimuodoista ja niiden järjestämisen tavoista/hakemisesta	ka	sd	Huonot		Ei hyvät eikä huonot		Hyvät		Tieto puuttuu	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Seurakunnan palveluiden järjestämisen tavoista	2,8	,998	15	40	14	37	9	24	0	0
Kelan palveluista ja etuuksista	3,4	1,104	7	18	11	29	20	53	0	0
Kelan palveluiden ja etuuksien hakemisesta	3,4	1,154	8	21	9	24	21	55	0	0
Kuntoutuksen liittyvistä palveluista (päiväsairaala, fysioterapiapalvelu)	3,8	,823	3	8	7	18	28	74	0	0
Kuntoutukseen liittyvien palvelujen järjestämisen tavoista	3,5	,931	6	16	10	26	21	55	1	3
Apuvälineiden hankinnasta	4,4	,589	0	0	2	5	36	95	0	0
Päihdetyön palveluista	2,7	,978	12	32	18	48	8	21	0	0
Päihdetyöpalvelujen järjestämisen tavoista	2,7	,994	13	34	18	48	7	18	0	0
Mielenterveyspalveluista	2,7	1,083	15	40	13	34	10	26	0	0
Mielenterveyspalvelujen järjestämisen tavoista	2,7	1,072	15	40	15	40	8	21	0	0
Sosiaalitoimen palveluista	2,8	1,197	15	40	11	29	12	32	0	0
Sosiaalitoimen palvelujen hakemisesta	2,8	1,189	16	42	11	29	11	29	0	0
Muistikoordinaattorin palveluista	3,8	1,140	5	13	8	21	24	63	1	3
Vammaispalvelujen hakemisesta	2,9	1,189	15	40	12	32	11	29	0	0

Liitetaulukko 3. Tiedot kotihoidon asiakkuuteen liittyvistä säännöistä ja ohjeista (ka= keskiarvo, keskihajonta= sd, n, %). Asteikolla 1 (erittäin huonot) – 5 (erittäin hyvät).

Säännöt ja ohjeet	ka	sd	Huonot		Ei hyvät eikä huonot		Hyvät		Tieto puuttuu	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Espoon kotihoidon asiakkuuden periaatteet	4,1	,732	2	5	2	5	2	84	2	5
Omaishoidon tuen toimintaohje	3,3	1,009	9	24	9	24	18	48	2	5
Kuljetuspalvelun toimintaohje	3,4	,996	7	18	10	26	19	50	2	5
Laki sosiaalihuollon palvelutarpeen arvioinnista	2,8	1,072	14	37	12	32	10	26	2	5
Espoon kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma	2,9	1,094	13	34	9	24	14	37	2	5
Eettisten periaatteet palvelutarpeen arvioinnissa	3,4	1,054	6	16	11	29	19	50	2	5

Liitetaulukko 4. Palvelutarpeen arvioinnin taidot (n, ka= keskiarvo, sd= keskihajonta). Asteikolla 1 (erittäin huonot) – 5 (erittäin hyvät).

Palvelutarpeen arviointiin liittyvät taidot	n	ka	sd	Tieto puuttuu
Vuorovaikutustaidot	37	4,5	,505	1
Kuuntelutaito	37	4,5	,507	1
Havainnointikyky	37	4,3	,571	1
Yhteistyötaidot	37	4,4	,551	1
Neuvonta- ja ohjaustaidot	37	4,2	,569	1
Ongelmanratkaisukyky	37	4,1	,699	1
Organisointikyky	36	4,1	,715	2
Päätöksentekokyky	37	4,1	,673	1

Liitetaulukko 5. Kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittämistarpeet.

Teema-alueet ja niiden sisällöt (mainintojen lukumäärä)	Kommentteja yhteensä
<p>Palvelutarpeen arvioinnin välineisiin liittyvät kehittämistarpeet</p> <p><i>Tiedot</i> (yhteensä 8 mainintaa)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Yksityisen puolen palveluista tarvitaan lisää tietoa – Sosiaalipuolen asioista tarvitaan myös lisää tietoa – Kotihoidon tukipalveluista enemmän tietoa – Helposti saatava tieto kaupungin eri palveluista – Kotiutushoitajien riittävä koulutus kotihoidon ja tukipalveluiden ajankohtaisista käytännöistä – Nykyään lähihoitajat/perustyöntekijät osallistuvat yhä harvemmin palvelutarpeen arviointiin, joten tietotaito haparoituu. – Yksityisten palvelutuottajien, järjestöjen ym. palveluista tiedottaminen – Espoon kaupungin sivujen ajan tasalla pitäminen kotihoidon palveluista, ettei asiakaskunnalla väärää infoa. <p><i>Arviointimenetelmä osaaminen ja resurssit</i> (yhteensä 8 mainintaa)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Asiakkaan tarpeiden esille saaminen haastattelun keinoin – Palvelutarpeen loppuarvioinnin tekemisen opettelu – Konstruktiivinen lähestymistapa, jolla varmistetaan asiakkaan kuulluksi tuleminen ja päätöksentekoon osallistuminen myös muistisairaalla tai alentuneella keskittymis- ja havainnointikykyisellä asiakkaalla. – Monisivuiset täytettävät lomakkeet eivät toimi arviointikäynnillä asiakkaan kotona – Riittävästi aikaa tehdä arviointikäynti ja siihen liittyviä tehtäviä (mm kirjaaminen, hops, asiakkaan saattaminen tiimiin) – Riittävä aika asiakkaan ongelmien perehtymiseen – Resurssien riittävyys – Pitäisi olla riittävä määrä työntekijöitä perustyössä, jotta ehtisi osallistua enemmän palvelutarpeen arviointityöhön <p><i>Välineistö</i> (yhteensä 6 mainintaa)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Perehdyttämisaineisto uusille työntekijöille – Yhtenäinen materiaali/kotikäyntikansio – Toimintakykyä mittaavien mittareiden rajausta – Kannettavat koneet eivät toimi edelleenkaan. Helpottaisi ensikäynnillä asioiden tarkistusta, mm. lääkelista, sairaudet – Kannettavat toimivat tietokoneet – Toimivat mobiililaitteet <p><i>Välineistön käyttö</i> (yhteensä 5 mainintaa)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Välineistön (kannettava, mittarit) käytön opettelu – Koulutus MMSE-mittarin käyttöön – Koulutusta Elli-lomakkeiston käyttöön – Koulutusta – Kannettavan tietokoneen käyttö häiritsee vuorovaikutus- ja arviointitilannetta kotona 	27
<p>Palvelutarpeen arvioinnin työnjaon kehittämistarpeet</p> <p><i>Tiedonsaanti asiakkaan tilanteesta ja tiedonkulku</i> (yhteensä 6 mainintaa)</p>	17

<ul style="list-style-type: none"> – Tiedon saanti asiakkaan tilanteesta ennen ensikäyntiä huonoa. Puhelu kotihoitoon on usein nopea, soittaja on tietämätön/ei tunne asiakasta (varsinkin sairaalasta tulevat puhelut!) – Koulutus effican käyttöön, niin, että osasto ja kotihoito osaavat käyttävät ja näkevät tiedot asiakkaan jo voimassaolevista palveluista – Tiedon kulku – Tiedonkulun turvaaminen – Hyvä tiedonkulku sairaalasta, omaisilta tai asiakkaalta auttavat muodostamaan arviointia asiakkaan hoidon suhteen – Osastot eivät tiedä kotihoidosta riittävästi ja heitä olisi hyvä infota kh:n palveluista ja kriteereistä <p><i>Verkostotyö (yhteensä 6 mainintaa)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Kotiutuspalaverit osastolla – Kotikäynnit osastolta käsin – Yhteistyö Kelan kanssa - muutoksista tiedottaminen – Yhteistyö sosiaalityön kanssa (nykyään vaikeasti saavutettavissa) – Sosiaalityön saaminen mukaan kotihoitoon – Kolmannen sektorin mukaanotto palveluiden tuottamiseen, esim. ystäväpalvelut. Tässä suurta hajontaa asuinalueiden mukaan. <p>Kotihoidon sisäinen työnjako (yhteensä 5 mainintaa)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pitäisi miettiä onko hyvä ettei kaikilla alueilla kpo osallistu arviointikäynteihin – Kotihoidon ohjaajan osallistuminen enemmän palvelutarpeen arviointikäyntiin – Lähi- ja perushoitajien ottaminen mukaan ensikäynneille – Yhteistyön kehittäminen kotiutushoitajien ja tiimien välille (raportit, viestin kulku) – Enemmän yhteistyötä kotiutushoitajan kanssa 	
<p>Palvelutarpeen arvioinnin sääntöihin liittyvät kehittämistarpeet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Yhtenäiset tarkemmat kriteerit ja ohjeistukset palvelujen myöntämiseksi, jotta asiakkaat saisivat palveluja tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti riippumatta asuinpaikasta – Selkeät kriteerit Espoon kaupungin kotihoidon asiakkuudesta, edistäisi tasapuolista palveluiden saatavuutta ja toimisi arviointikäyntiä tekeville arvioinnin tukena yksilöllisen arvioinnin lisänä. – Uusitut asiakkuuden kriteerit – Tarkennetut asiakkuuden periaatteet tasapuolisuuden vuoksi – Kotihoidon asiakkaaksi ottamisen periaatteet ja kriteerit yksityiskohtaisemmin – Kaupungin pitäisi selkeämmin ja pitkäjänteisemmin määritellä toimintaa ohjaavat periaatteet. – Tasavertaisen palvelun takaaminen asiakkaille asuinalueesta riippuen. Pienillä alueilla omat toimintatavat 	7
<p><i>Muut kehittämistarpeet (yhteensä 5 mainintaa)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – G-tiimin kehittäminen – Lähityönjohto paremmaksi, oikea koulutus lähijohtamiseen – ammattitaitoinen henkilökunta – Työhyvinvointi – Henkilökunnan palkkaus 	5
<p>Yhteensä</p>	56
<p>Ei kommentteja tähän kysymykseen</p>	14



TUTKIMUSLUPA



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan
17.5.2010 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija: Eija Koskinen

Aihe: Espoon kotihoidon palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellytämme, että tutkija/t luovuttaa/vat sosiaali- ja terveystoimen Kehittämisyksikön käyttöön maksutta lopullisen tutkimusraportin **kahtena kappaleena**.

Espoossa 21.5.2010

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lea Konttinen".

Lea Konttinen

kehittämispäällikkö