



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Tehostetun kotihoidon kustannusvaikutusten arviointi Vantaalla

Brotkin, Hanna

2013 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Tehostetun kotihoidon kustannusvaikutusten arviointi Vantaalla

Hanna Brotkin
Terveystieteiden
koulutusohjelma Ylempi AMK
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2013

Hanna Brotkin

Tehostetun kotihoidon kustannusvaikutusten arviointi Vantaalla

Vuosi 2013 Sivumäärä 60

Palvelutuotannon taloudellisten vaikutusten arviointi on nykypäivänä kuntaorganisaatioissa entistä merkityksellisempää. Talouden ja laadun samanaikainen ennustettavuus mahdollistaa osaltaan palvelujen palveluiden laadun, tasapuolisuuden ja saatavuuden. Taloudellisten vaikutusten arvioinnilla on välillinen yhteys myös henkilökunnan työhyvinvoinnille. Kun olemassa olevat resurssit on kyetty kohdentamaan suunnitelmallisesti oikein ja prosessit ovat toimivia, on henkilökunnan entistä helpompaa toteuttaa perustehtävänsä ja hahmottaa oma paikkansa organisaatiossa.

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelusuosituksessa ohjeistetaan kuntia laatimaan linjausten perustaksi ikäihmisten hyvinvointiin ja terveyteen kohdistuvien vaikutusten arviointi, jonka yhtenä näkökulmana on taloudellisten vaikutusten arviointi. Palvelujen laatusuosituksessa korostetaan kotihoidon kattavuuden nostamista palvelutarpeen edellyttämälle tasolle siten, että palveluketjut toimivat ja ovat samanaikaisesti vaikuttavia. Taloudellisen arvioinnin tarpeen lisääntyminen sosiaali- ja terveystieteissä perustuu nykypäivänä palvelutuotannon hintojen kohoamiseen ja nopeaan väestön ikääntymiseen. Lähivuosina kuntien vastuulla olevien palvelujen kysynnän voidaan olettaa kasvavan, ja käytettävissä oleva rahoituspohja pienentyvän yhä edelleen.

Opinnäytetyössä arvioidaan uuden tehostetun kotihoidon kustannusvaikutuksia Vantaan kaupungille, tutkimuksen teko- ja toimintamallin suunnittelu vaiheessa tiedossa olevien väli- tuotekustannusten näkökulmasta. Tutkimustyön taustalla on kysymys siitä saadaanko palvelurakenteita muuttamalla aikaan lisää tuottavuutta ja/tai vaikuttavuutta. Vaikuttavuusnäkökulmasta tarkastellaan, onnistutaanko tehostetun kotihoidon turvin mahdollisesti lyhentämään potilaan hoitajaksoja vuode-osastolla sekä aikaansaadaanko uuden toimintamallin turvin asiakkaan näkökulmasta turvallisempi ja hallitumpi kotiutus

Opinnäytetyöni on tiedonintressiltään positivistinen arviointitutkimus. Opinnäytetyö on toteutettu pääosin kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin. Opinnäytetyössä käytetään lisäksi useita taloustieteiden käsitteitä, joita opinnäytetyössä on pyritty käyttämään tutkimusilmioon soveltuvien osin.

Asiasanat: tehostettu kotihoito, tuottavuus, tehokkuus, vaikuttavuus

Hanna Brotkin

Assessing the cost efficacy in intensified homecare in Vantaa

Year	2013	Pages	60
------	------	-------	----

Evaluation of service production is nowadays more important in the municipal organizations. The simultaneous predictability of economics and quality enables the availability for equal quality of services assesses the economic influences also has an indirect connection to personnel's welfare at work. When the existing resources have been targeted correctly as planned and the processes are functional and it is easier for the staff to carry out their basic function and perceive their own place in the organization.

The guideline for elderly person's service recommendation, issued by the Ministry of Social Affairs and Health instructs municipalities to compose the definition of policy on the evaluation of the influence on welfare and health of elderly persons, with one perspective being the revising of economic efficacy. The guideline for quality of services emphasizes increasing the coverage of homecare to a level required by the need for services, so that the service lines work and are effective.

The increasing demand for assessing the economics in social and health care services is currently based on increasing prices and the aging of the population. In the near future it can be presumed that the demand for services organized by municipalities will increase while the available capital base continues to decrease.

The point of view in this thesis is on evaluating the cost efficacy of the new intensive homecare for the City of Vantaa regarding the intermediate costs known at the time of planning the action and operational model for the study. The question to be solved in this study is if it is possible to achieve more productivity and/or efficacy by modifying the service structure. By viewing the efficacy aspect of intensive homecare it is inspected if it is possible to shorten the treatment period at the hospital and obtain a safer and more controlled discharge from the client's point of view.

My approach of my thesis is positivist evaluation study. The thesis has been conducted principally through quantitative research methods. Several economic terms are also used in the thesis and applied to the phenomenon under inspection.

Keyword: intensified homecare, productivity, efficiency, efficacy

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	8
3	Tutkimuksen toteutus kvantitatiivisin menetelmin	9
3.1	Tiedonintressi.....	9
3.2	Arviointitutkimus	10
3.3	Aikaisempia tutkimuksia kotihoidosta	12
3.4	Taloudellinen arviointi	13
4	Keskeiset käsitteet.....	14
4.1	Tehostettu kotihoito.....	14
4.1.1	Tehostettu kotihoito Vantaalla	14
4.2	Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus	15
4.3	Käsitteiden merkitys opinnäytteen kontekstissa	16
5	Julkisten palvelujen taloudellinen arviointi.....	17
5.1	Tuottavuus ja tehokkuus kuntapalveluissa	18
5.2	Taloudellisen arvioinnin tyypit.....	21
5.2.1	Kustannus- vaikuttavuus analyysi.....	21
5.2.2	Kustannus-hyöty analyysi	22
5.2.3	Kustannus-seuraus analyysi.....	22
5.3	Palvelutuotannon kustannukset ja kustannusten arviointi.....	22
5.4	Ikääntyneiden palvelutuotannonkustannukset Suomessa ja Vantaalla	24
6	Tutkimusaineiston hankinta	27
6.1	Kyselylomakkeen kuvaus.....	28
7	Kyselylomakkeiden tulokset.....	29
7.1	Vastaajan ammattinimike ja potilaiden taustatiedot.....	29
7.1.1	Hoitava osasto ja potilaan siirtyminen osastohoitoon	30
7.2	Potilaiden osastohoitojakson alku ja kotiutuminen	32
7.3	Hoitojakson pituus	33
7.4	Hoitoontulon syy	34
7.5	Säästöpäivät.....	35
7.6	Potilaiden asumistiedot	36
7.7	Potilaan tukipalvelujen tarve	37
7.8	Olisiko potilas voitu kotiuttaa illalla tai viikonloppuna	38
7.9	Lähetekäytäntö ja toiveet toimintamallin suunnittelutyöryhmälle	39
8	Kustannusvaikutusten arviointia.....	40
8.1	Välittömät kustannukset.....	40
8.2	Tehostetun kotihoidon välituotteiden panosten arviointi.....	41
8.3	Toimintamallin tuottavuuden arviointi näkökulmana varhaisempi kotiutuminen.....	41
8.4	Säästöpäivät vuodessa.....	45

9	Luotettavuus ja eettisyys.....	45
9.1	Kehittämistyön luotettavuuden arviointi	45
9.2	Käytettävän mittarin luotettavuus.....	47
9.3	Tutkimuksen eettisyyden arviointi	48
10	Johtopäätökset	48
10.1	Tutkimusprosessin arviointi	49
11	Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet.....	51
	Lähteet	53
	Kuviot	56
	Kaavat.....	57
	Taulukot	58
	Liitteet.....	59

1 Johdanto

Opinnäytetyön taustalla vaikuttavat valtakunnalliset linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutostarpeista ja kotihoitoon painottuvasta kehittämisestä. Väestön ikääntymisen myötä palvelujen turvaamisen yhtenä keinona on palvelujen tuottavuuden parantaminen sekä uusien palveluinnovaatioiden kehittäminen. Vantaalla vanhustenpalvelujen kehittämisohjelmassa 2010 - 2015 on tunnustettu tarve edelleen kehittää Vantaalaisille tarjottavaa akuuttia lyhytaikaista kotihoitoa. Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on tuottaa uuden tehostetun kotihoidon toimintamallin kehittämistyön rinnalle välineitä taloudellisen vaikuttavuuden arviointiin. Opinnäytetyön tavoitteena on arvioida tehostetun kotihoidon taloudellisia vaikutuksia tapauksissa, joissa potilas voi kotiutua laitoshoidosta varhaisemmin tehostetun kotihoidon turvin.

Omana motiivina opinnäytetyön aiheenvalinnalle on vuosien kokemus kotihoitotyön kehittämisestä. Olen saanut olla mukana useissa kotihoidon kehittämishankkeissa vuosien 2008 - 2013 aikana. Kokemukseni mukaan päätöksenteko ja toimintamallien kehittämisen yhtenä tavoitteena on suunnitella toimintamalleja joiden myötä palvelutuotannon kustannuksissa saavutetaan maksimaalinen tuottavuus ja vaikuttavuus. Talousnäkökulma on uusien toimintamallien suunnittelun tausta-ajatuksena ja tavoitteissa lähes poikkeuksetta. Huolimatta suunnittelmatason ajatuksista talousnäkökulma jää kuitenkin usein lopulta vain irralliseksi maininnaksi, eikä toimintamallin suunnitteluvaiheessa altistu tarkan taloudellisen arvioinnin kohteeksi. Toisaalta oma halu oppia yhä enemmän sosiaali- ja terveystalouden suunnittelemisesta, taloudesta ja järjestämisestä toimii voimakkaasti opinnäytetyöprosessin innoittajana.

Taloudellisten vaikutusten arvioinnin tarkoitus on tuottaa päätöksentekijöille tietoa, jotta rajalliset resurssit voitaisiin hyödyntää ja kohdentaa parhaalla mahdollisella tavalla. Taloudellisen arvioinnin keinoin on mahdollista huomioida sekä vaikutukset että kustannukset. Arvioinnin keinoin pyritään tunnistamaan tehokkain tapa saavuttaa asetetut tavoitteet ja mitata, vertailla ja tunnistaa interventioiden vaikutukset ja kustannukset (Byford ym. 2004; Hjerpe ym. 2003.) Tuottavuutta ja tehokkuutta kasvattaessa tulee huomioida kuitenkin, että palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta ei voida samanaikaisesti tinkiä (Sintonen & Pekuri-nen 2006, 53). Niinpä yksinomaan toiminnan tuottavuutta ei ole syytä arvioida ilman vaikuttavuuden ja laadun samanaikaista arviointia. Taloudellisten kysymysten korostumisen palvelutuotannossa voidaan todeta olevan seurausta hyvinvointivaltioon liittyväisistä muutoksista, kuten kilpailutalouteen siirtymisestä (Laine & Valtonen 2004, 407). Taloudellisen arvioinnin tarpeen lisääntyminen sosiaali- ja terveystaloudessa perustuu pitkälti palvelutuotannon hintojen kohoamiseen ja nopeaan väestön ikääntymiseen. Lähivuosina kuntien vastuulla olevien palvelujen kysynnän voidaan olettaa kasvavan, ja käytettävissä oleva rahoituspohja palvelutuotannon järjestämiseksi pienentyä yhä edelleen. Terveystalouden arvioinnin ajankohtaise-

na kysymyksenä on, kuinka paljon väestö hyötyy terveydenhuollon tuottamista palveluista (Sintonen & Pekurinen 2006, 54). Tuottavuus on kansantaloudellisesti yksi tärkeimmistä menestystä mittaavista tekijöistä. Tuottavuudella tarkoitetaan käytettyjen tuotantopanosten ja näiden avulla aikaansaatuisten tuotosten välistä suhdetta. Kansantaloudessa korkeasta tuottavuudesta seuraa korkea tulo- ja elintaso. Suomessa vanhuspalvelut tuotetaan pääosin julkisin palveluin. Tulevaisuudessa palveluiden järjestämistavan perusteella on odotettavissa kysynnän kasvun seurauksena lisääntyneet paineet palvelumenojen kasvulle ja veron korotuksille. Vanhuspalveluiden lisääntyvään kysyntään vastaamiseksi palveluiden tehokkuuden ja tuottavuuden mittaaminen on näin ollen entistä tärkeämpää. Tuottavuutta ja tehokkuutta kasvatettaessa myös vanhuspalveluissa on huomioitava mahdollisuus palvelutuotantoa tehostettaessa yhtenä vaihtoehtona pyrkimys hillitsemään palveluiden kysyntää lisäämällä proaktiivisen työn osuutta vanhuspalveluissa. Tehostetun kotihoidon toiminnan yhtenä kulmakivenä onkin vahvistaa ennaltaehkäisevien palvelujen valikoimaa ikääntyneille Vantaalaisille.

2 Tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uuden tehostetun kotihoidon toimintamallin kehittämistyön rinnalle välineitä taloudellisen vaikuttavuuden arviointiin. Opinnäytetyössä tehostetun kotihoidon toimintamallin vaikuttavuutta arvioidaan palvelua kuvaavien indikaattoreiden avulla. Indikaattoreina ovat tehostetun kotihoidon määrä ja sen tuottavuus, vaikuttavuus ja tehostetun kotihoidon laatu, jota opinnäytetyössä tarkastellaan ennustaen onnistuneiden kotiutusten sekä osastohoitojaksojen määrän vähenemisen ja lyhenemisen näkökulmasta.

Opinnäytetyön tavoitteena on arvioida tehostetun kotihoidon taloudellisia vaikutuksia tapauksissa, joissa potilas voi kotiutua laitoshoidosta varhaisemmin tehostetun kotihoidon turvin. Opinnäytetyössä arvioidaan tehostetun kotihoidon toimintamallin vaikutuksia potilaiden varhaisempaan kotiutukseen uuden toimintamallin turvin sekä arvioidaan tehostetun kotihoidon taloudellisia vaikutuksia toimintamallin kustannuksista Vantaan kaupungille laitoshoidotaksojen lyhentymisen ja potilaan varhaisemman kotiutumisen mahdollistumisen myötä.

Opinnäytetyötä varten tietoa kerättiin kirjallisuuskatsauksen avulla toimintamallin kehittämisen taloudellisista vaikutuksista. Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkimustiedon systemaattista arviointia tutkimusongelman näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on yhteen koota olemassa olevaa tietoa tutkimusaiheesta (Salanterä & Hupli 2003, 24 - 27).

Opinnäytetyössä pyritään löytämään vastaus seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Minkä verran asiakkaiden varhaisempi kotiutuminen osastohoidosta vaikuttaa palvelutuotannon kustannuksiin?
- Kuinka paljon palvelutuotannon kustannukset kasvavat toimintamallin käynnistäminen myötä nykytilasta?
- Miten paljon asiakkaat tarvitsevat tukipalveluja kotiutumisen tueksi?

3 Tutkimuksen toteutus kvantitatiivisin menetelmin

3.1 Tiedonintressi

Tämä arviointitutkimus on tieteenfilosofialtaan positivistinen. Positivistiselle tieteenperinteelle ominaista on objektiivisuus, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkija toimii etäisesti suhteessa tutkittaviin ja tarkastelee tutkittavaa ilmiötä ulkopuolisesti. Perusteluna valinnalle on, että kirjallisuuteen ja aikaisempiin aiheeseen liittyvien tutkimusten perusteena uskon saavani näin parhaiten aikaan ilmiötä kuvaavaa tietoa. Myös taloudellinen arviointi on maailmankatsomukseltaan positivistista, jolle luonteenomaista on, että olemassa on oikeita vastauksia, joiden löytämiseksi tarvitaan oikeiden metodien käyttämistä (Anttila 2007, 115). Opinnäytetyössä pohditaan sitä, kuinka taloudellinen arviointi sosiaali- ja terveysalalla voidaan ottaa huomioon jo toimintojen suunnitteluvaiheessa. Opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset sekä terveystieteen ja taloustieteen tutkimuksellinen yhdistäminen opinnäytetyössä loi perustan positivistiselle tieteenperinteelle valinnalle.

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu muuttujien mittaamiseen, muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun ja tilastollisten menetelmien käyttöön. Tämä opinnäytetyö on toteutettu poikittaistutkimuksena, joka tarkoittaa, että tutkimusaineisto on kerätty kerran tätä opinnäytetyötä varten. Samaa tutkimusilmiötä ei siis ole tarkoitus tarkastella suhteessa ajalliseen eteneeseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010. 41 - 42).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena on vahvistaa ja testata teoriaa. Tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä säännönmukaisuuksia ja muutoksia. Kvantitatiivinen tutkimus painottuu tutkimuskohteen numeerisesti ilmaistaviin ja mitattaviin ominaisuuksiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoyksikköjen riittävä määrä on merkityksellistä, jotta tutkimustuloksia voidaan pitää luotettavana ja otoksen yleistys perusjoukkoon voidaan toteuttaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto muokataan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja muuttujat esitetään taulukoituna (Hirsjärvi ym. 2004. 131.)

Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä pyrkii vastaamaan kysymyksiin kuinka paljon, kuinka usein ja kuinka moni. Kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin on mahdollista tutkia myös ihmisiin ja luontoon liittyviä ilmiöitä operationalisoimalla tutkimuksessa käytettävät käsitteet. Operationalisoinnilla tarkoitetaan tutkimuksessa käytettävien käsitteiden muuttamista mitattavaan muotoon. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa tutkimustapaa, jossa tutkimusaineistoa käsitellään numeerisessa muodossa. (Vilka 2007, 14). Tutkimustyön ytimessä on myös kysymykset tutkimustyön tutkimustehtävästä ja tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkijan tärkeimpänä tehtävänä voidaan pitää tavoitetta tuottaa tutkimusilmiötä kattavasti kuvaavaa tietoa ja perustella se hyvin.

3.2 Arviointitutkimus

Arviointitutkimuksen juuret juontavat 1960-luvun Yhdysvaltoihin. Tällöin Yhdysvalloissa havaittiin tarve kehittää menetelmiä tulosten ja vaikutusten arviointiin ja kontrollointiin. Suomessa arviointitutkimukset ovat lisääntyneet, koska arviointiin perustuen on aikaansaatu välineitä erityisesti julkisen sektorin tehokkuuden ja vaikuttavuuden näkyväksi tekemiseen arvioinnin keinoin. Nykypäivänä arviointi on olennainen osa organisaatioita ja palveluja kehitettäessä.

Robsonin (2001) mukaan arvioinnissa keskeistä on rakentaa arviointiasetelma. Ennen työhön ryhtymistä tulee pohtia arvioinnin tarkoitusta ja mitä teoriaa arvioinnin taustalla aiotaan käyttää. Arviointikysymyksiä voidaan alkaa tarkentaa silloin, kun arvioinnin teoreettinen tausta ja tarkoitus on selvitetty. Arviointi-kysymykset puolestaan ohjaavat arviointimenetelmävaihtelua sekä aineistonkeruustrategiaa. Arvioijan tulee varmistaa arvioinnin laatuvaikutusten saavutettavuus ja pohtia, onko tuotettu tieto tarkoituksenmukaista ja käyttökelpoista, onko eettiset näkökulmat huomioitu tutkimuksessa ja kykeneekö arvioitsija tuottamaan tarkoituksenmukaista tietoa toiminnasta päätösten perustaksi. Arvioinnin eettisyyttä on, että arviointi on kyetty toteuttamaan korkeatasoisesti (Robson 2001, 50 - 51,157).

Arvioinnin onnistumiseen vaikuttaa keskeisesti arvioijan oma asennoituminen. Empaattisuus, kunnioittaminen ja ystävällisyys lisäävät tutkijan ja tutkittavan ilmiön ja tutkimuksen kohteena olevan organisaation välistä luottamusta (Robson 2001, 53). Tutkijan tulee linjata tutkimuksen tarkoitus onko tavoitteena kehittää teoriaa, vai tavoitellaanko tutkimuksen avulla käytännön tulosten saavutettavuutta. Tutkijan tulee myös pohtia, löydetäänkö tieto tutkijasta itsestään vai tutkijan ulkopuolelta. Arviointitutkimuksessa metodologia on tapa tutkia arvioitavaa ilmiötä. Arviointimetodiikka merkitsee arviointiprosessin aikana käytettävien tutkimustekniikoiden kokonaisuutta (Virtanen 2007, 154.)

Arviointi voidaan jakaa ajallisen ulottuvuuden perusteella jälkeisarviointiin, jatkuvaan arviointiin ja etukäteisarviointiin. Tässä opinnäytetyössä kyseessä on etukäteisarviointi. Etukäteisarvioinnille ominaista on, että arviointi tehdään etukäteen ennen kyseisen toiminnan aloittamista. Tämä opinnäytetyön toteutetaan sisäisenä etukäteisarviointina, ennen tehostetun kotihoidon toiminnan käynnistymistä. Sisäisellä arvioinnilla tarkoitetaan kehittämistoiminnassa mukanaolevien toimijoiden oman toiminnan arviointina, jonka avulla kehittämistyötä on mahdollista havainnollistaa. (Virtanen 2007, 93.)

Opinnäytetyössä tavoitteena on ennen kaikkea löytää välineitä käytännön taloudellisen vaikuttavuuden arviointiin. Opinnäytetyön arviointi toteutettiin kyselytutkimuksena, jossa vastaajat täyttivät kyselylomakkeen, jonka avulla saatiin tietoa siitä, onko potilaan varhaisempi kotiutus sairaalahoidosta mahdollista tehostetun tuen turvin.

Korhosen (2007, 30) mukaan arviointitutkimuksessa merkityksellistä on se, kuinka arvioinnin avulla saatavaa tietoa hyödynnetään ja mihin tutkimustietoa käytetään. Tämän opinnäytetyön avulla saavutettua tietoa voidaan hyödyntää muun muassa tehostetun kotihoidon toimintamallin suunnittelussa sekä hallinnollisessa päätöksenteossa mm. resursoinnin ja potilaaksi ohjautumisen näkökulmasta.

Edellä kuvattuun tiedonintressiin perustuen opinnäytetyössä lähestytään tutkittavaa ilmiötä, tehostetun kotihoidon kustannusvaikutusten arviointia deduktiivisesti hyödyntäen tarkoituksenmukaisia kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä.

Tutkimuksen tavoitteena on ymmärryksen lisääminen tutkittavasta ilmiöstä. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen taustafilosofiana on realistinen ontologia. Realistisen ontologian mukaan tutkittavan ilmiön todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista (Anttila 2006, 233.) Tiedonkeruu menetelmän valinta perustuu tutkijan ajatukseen siitä, millaisia menetelmiä käyttämällä saadaan parhaiten vastauksia tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2005, 19.) Kyselytutkimuksen etuna on, että kyselyn avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimus mahdollistaa myös sen, että kyselyn avulla on mahdollisuus selvittää montaa asiaa usealta vastaajalta. Kyselytutkimus säästää myös tutkijan aikaa. Tarkoituksenmukaisesti ja huolellisesti laadittu kyselylomake on helppoa tallentaa käsiteltävään muotoon ja analysoida tarkoitukseen sopivalla tietokoneohjelmalla (Hirsjärvi ym. 2006, 184)

Tämän opinnäytetyön menetelmäratkaisuksi valikoitui kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Perusteena tutkimusmenetelmän valinnalle oli, että valitun menetelmän avulla tutkimusongelman selvittäminen on parhaiten mahdollista. Tutkimustyyppinä opinnäytetyössä on Survey-tutkimus, jonka toteuttamiseksi kerättävä aineisto hankittiin kyselyn avulla. Opinnäytetyössä aineistoa ja tuloksia kuvataan pääosin taulukoin, kuvioin ja sanallisesti tuloksia avaamalla.

Menetelmävalinta opinnäytetyössä perustui tutkittavan ilmiön ominaisuuksiin. Tutkimuskysymykset olivat luonteeltaan sellaisia, että kyselylomakkeen rakentaminen tätä tutkimusta varten oli mahdollista. Valmista mittaria tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi ei ollut saatavilla, vaan tätä opinnäytetyötä varten tuli rakentaa mittari, jonka avulla tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia. Tutkimusongelman luuteenomaisuuden vuoksi ei ennakoiden ollut mahdollista arvioida sitä, kuinka paljon potilaita kotiutuisi aineistonkeruun aikana. Perustuen tutkijan kokemukseen ja aiempaa tietämykseen kotiutusten määrästä kesä-aikaan lähetettiin jokaiselle osastolla lomakkeita 30 kappaletta.

3.3 Aikaisempia tutkimuksia kotihoidosta

Palveluja tarkoituksenmukaisesti kohdentaen ja oikea-aikaisella palvelutarjonnalla on mahdollista pidentää ikääntyneen henkilön asumista omassa kodissa. Kotiutusprosessin tulisi olla asiakkaan näkökulmasta sujuva ja turvallinen. Kotiutusten tarkoituksena on tukea ajatusta siitä, että toimiva kotiutusprosessi osaltaan ennaltaehkäisee asiakkaan laitoshoidon paluuta ja uusien sairaalajaksojen syntymistä. Asiakkaan kotiutusprosessin haasteena olemassa olevan tutkimustiedon valossa on usein tiedonkulun puute sekä puutteellisesti valmistellut ja liian varhaiset kotiutukset (Anthony & Hudson-Barr 1998; Pahikainen 2000.)

Kotihoidon rakenteiden, prosessien ja toimintojen taustalla tulisi olla palveluntarpeessa oleva asiakas. Lähtökohtana tulisi olla ikääntyneen asiakkaan kohtelemisen fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena samalla vahvistaen asiakkaan voimavaroja ja ylläpitäen hänen elämänlaatuaan (Tepponen 2009, 25 - 26). Yhtenäisten käytäntöjen ja olemassa olevien mittareiden heikko hyödyntäminen on johtanut siihen, että toimintatavat ohjaavat päätöksentekoa joskus enemmän kuin asiakkaan kokonaistilanne ja hoidontarve.

Johan Groopin väitöstutkimuksessa (2012) . Theory of Constraints in Field Service - Factors Limiting Productivity in Home Care Operations käsitellään kotihoidon tuottavuushaasteita. Väitöskirjassaan Groop analysoi kotihoidon tuottavuustekijöitä kapeikkoteorian avulla, tutkien sitä, millaiset tekijät rajoittavat kotihoidon tuottavuutta. Tutkimustulokset osoittivat, että kotihoidon nykyiset toimintatavat ovat yksi syy heikolle tuottavuudelle. Kotihoidon henkilöstömitoituksen rakenne oli tutkimustulosten perusteella merkittävä tekijä tuottavuuden heikentäjänä. Groopin mukaan kotihoidossa on luotu keinotekoisia ruuhkahuippuja aamuihin, joihin henkilöresurssit ovat puutteelliset maksimi miehityksestä huolimatta. Iltapäiviin puolestaan on mitoitettu merkittävästi liikaa henkilöstöä suhteessa asiakkaiden tarpeisiin (Groop, J. 2012.) Groop (2012) korostaa väitöskirjassaan tarvetta toimintatapojen muutokselle. Kotihoidossa koetaan usein, että työn luonteelle ominainen välillinen työ kuluttaa resursseja si-

ten, että kiire lisääntyy. Kiireen tunteen ja päällekkäisten toimintojen vuoksi kotihoidossa koetaan päivittäistä resurssipulaa, joka Groopin mukaan johtuu virheellisiin tekijöihin ja toimintoihin keskittymisestä. Groop korostaa, että kotihoidossa tulee panostaa oikeiden palveluiden tarjoamiseen oikeille asiakkaille, oikea-aikaisesti.

3.4 Taloudellinen arviointi

Taloudellisen arvioinnin päämääränä on tuottaa päätöksentekijöille tietoa resurssien parhaasta ja tarkoituksenmukaisesta käytöstä. Palvelut voivat olla tehokkaita palvelunkäyttäjien näkökulmasta, jolloin palvelunkäyttäjien tarpeet tulevat tyydyttyiksi. Palvelu ei ole kustannus- tehokasta, mikäli samanlaiset vaikutukset kyettäisiin aikaansaamaan pienimmillä kustannuksilla tai mikäli paremmat vaikutukset aikaan saataisiin samoilla kustannuksilla. Taloudellisessa arvioinnissa huomioidaan sekä toiminnan kustannukset että vaikutukset. Arvioinnin keinoin pyritään tunnustamaan tehokkain tapa toimia tavoitteiden saavuttamiseksi (Byford ym. 2004, 13.)

Taloudellisessa arvioinnissa keskeistä on linjaus siitä, lasketaanko kustannuksia yleisellä tasolla vai hyvin yksityiskohtaisesti. Käytettyjen panosten määrää voidaan arvioida hyvin tarkasti, laskemalla voimavarojen käytöstä aiheutuneita kustannuksia välittömien tai tuottavuuskustannusten näkökulmasta. Puhtaan taloudellisen arvioinnin lisäksi erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa taloutta on syytä tarkastella myös eettisestä näkökulmasta. Viisaasti toteutettu taloudellisuus ja tehokkuus ovat myös eettistä tarkastelua kestäväää toimintaa. Ainoastaan taloudellisten arvojen korostus aikaansaa nopeasti epäeettistä toimintaa ja päätöksiä (ETENE 2011,26). Opinnäytetyössä tehostetun kotihoidon toimintamallin taloudellista arviointia tehdään laajempia kokonaisuuksia tarkastellen tehostetun kotihoidon toimintamallin vaikutuksia välituotekustannuksiin. Opinnäytetyössä välituotteella tarkoitetaan hoitovuorokausia terveyskeskuksen vuode-osastoilla ja asiakkaan varhaisempi kotiutuminen laitoshoidosta. Tehostetun kotihoidon toiminnan lopputuotteena, eli perimmäisenä tavoitteena voitaisiin pitää asiakkaan elämänlaadun paranemista, elinajan pidentymistä ja laitoshoitoon siirtymisen ajallista viivästyistä. Lopputuotteiden esiintymisen arviointi olisi mahdollista suorittaa pidemmällä aikavälillä, mutta opinnäytetyön luonteen ja aikataulun vuoksi lopputuotteiden arviointia ei opinnäytetyössä tehdä.

Opinnäytetyössäni arviointi toteutetaan ennen varsinaisen tehostetun kotihoidon toiminnan aloittamista. Opinnäytetyössä tarkastellaan myös sitä vaikuttaako tehostetun kotihoidon toteuttamissuunnitelma tarkoituksenmukaiselta, omassa työssäni lähinnä taloudelliset tekijät huomioon ottaen. Koska arviointitutkimus tapahtuu ennen toiminnan aloitusta, kyseessä on ennakoarviointitutkimus (ex ante). Robsonin (2001, 77 - 78) mukaan on olemassa neljä eri-

laista arvioinnin tyyppiä. Arviointi voi perustua prosesseihin, vaikutuksiin, tarpeisiin tai tehokkuuteen. Omassa työssäni arviointi kohdistuu pääasiassa tarpeeseen, tehokkuuteen ja vaikutusten arviointiin. Opinnäytetyön lukijan tulee ottaa huomioida, että tutkimuksen ex ante luonteen vuoksi tutkimuksen tulokset tulevat olemaan vain suuntaa antavia.

4 Keskeiset käsitteet

4.1 Tehostettu kotihoito

Haettaessa termiä *tehostettu kotihoito* ei käytettävistä sanastoista haulilla löytynyt yhtään viitettä. Tehostetun kotihoidon toiminta voidaan ymmärtää kotisairaala-tyyppisenä toimintana. Kotisairaalahoido on akuuttisairaanhoidoa, jonka avulla potilaan vuodeosastohoito voidaan korvata joko kokonaan tai osin tarjoamalla sairaalatasoista lyhytaikaista hoitoa potilaan kotiin (Hägg ym. 2007; Visakorpi 2009.) Englannissa vastaavanlaisesta tehostetusta kotihoidosta käytetään termiä ”hospital at home” ja Australiassa tehostetusta kotihoidosta käytetään käsitettä ”extra mural hospital” (Jester & Turner. 1998). Käsite *kotihoito* sisältää sosiaalihuoltolain määrittämät tukipalvelut, kotipalvelun sekä kansanterveyslaissa määritellyn kotisairaanhoidon. (SHA 607/1983 § 9 & SHL 710/1981 § 20.)

4.1.1 Tehostettu kotihoito Vantaalla

Tehostetun kotihoidon toiminnan tavoitteena on ennaltaehkäistä Vantaalaisten vanhus- ja vammaispalveluiden asiakkaan päivystykseen tai sairaalahoitoon joutumista moniammatillisella ja asiakkaan tarpeen mukaisilla kotiin tuotetuilla ympärivuorokautisilla palveluilla. Tehostetun kotihoidon tarkoituksena on tukea ja mahdollistaa Vantaalaisten turvallista kotiutumista sairaalasta ja turvallista kotona asumista. *Tehostettu kotihoito* tarjoaa ikääntyneille sairaalatasoista hoitoa kotiin. Toiminnan tavoitteena on tukea asiakkaiden mahdollisimman varhaista sairaalasta kotiutumista ja mahdollistaa asiakkaan kotona asuminen myös äkillisissä terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksissa.

Tehostettu kotihoito rakentuu Vantaalla kahden tulosityksikön rajapintaan yhdistämällä ja kohdentamalla eri toimintoja entistä tarkoituksellisemmin. Uusi tehostetun kotihoidon toimintayksikkö sijoittuu vanhusten avopalvelujen tulosityksikköön täydentämään jo olemassa olevaa palveluvalikoimaa. Tehostetussa kotihoidossa yhdistyvät kotiutustiimien, kotihoidon yöhoidon ja kotisairaalan henkilökunnan toiminnot uudeksi tehostetun kotihoidon kokonaisuudeksi tarjoten ympärivuorokautista hoiva- ja hoivopalvelua viikon jokaisena päivänä. Tehostetun kotihoidon ydintehtäviä ovat lyhytaikaisten akuuttien hoito- ja hoivapalvelujen tuottaminen sekä

kotona asumista tukevien verkostojen rakentaminen. Tehostetun kotihoidon ydintehtäviä ovat lyhytaikaisten akuuttien hoito- ja hoivapalvelujen tuottaminen sekä kotona asumista tukevien verkostojen rakentaminen asiakkaan parhaaksi. Tehostetun kotihoidon palvelut perustuvat asiakaskohtaiseen hoidon- ja palvelutarpeen arviointiin. Palvelutarpeen arvioinnin lähtökohdiana on huomioida asiakkaan elämäntilanne ja palvelun ennakoitu vaikuttavuus. Asiakkaille laaditaan hoitosuhteen alussa yksilöllinen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Toimintayksikön toiminnan kulmakivenä on moniammatillinen yhteistyö ja vahva ammatillinen osaaaminen (Tehostetun kotihoidon suunnittelutyöryhmän toimintamallin esitys 2012, 3 - 4.)

4.2 Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus

Tuottavuuden yleinen määritelmä ”Tuottavuus on yhtä kuin tuotannon suhde käytettyihin panoksiin” pätee sekä julkisiin palveluihin kuin yksityisen sektorin tuottamiin palveluihin. Julkisen ja yksityisen palvelun tuottavuuden suurin eroavaisuus on siinä, että toisin kuin yksityiset, julkiset palveluntuottajat eivät myy palvelujaan markkinoilla. Julkisten palvelujen lopputuotteita on harvoin kyetty systemaattisesti hinnoittelemaan. Hinnoittelun puuttuessa julkisten palvelujen tuottavuuden mittarina toimii useimmiten se millaisia vaikutuksia palvelusuoritteilla on saavutettu ja mikä palvelusuoritteiden määrä on suhteessa käytettyihin panoksiin. Toiminta- tai tuotantoprosessissa voimavaroja yhdistämällä aikaansaadaan tuotoksia. Se miten suuri tuotos saadaan aikaiseksi, on riippuvaista olemassa olevien panosten laadusta, määrästä ja käyttötavasta. Kun panoksia yhdistetään saman tuotoksen aikaansaamiseksi, kutsutaan tuotosta yhdistäviä teknisiä suhteita terveydenhuollon tuotantofunktioksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa perimmäisenä tavoitteena on vaikuttaa ihmisten hyvinvointiin tai terveydentilaan. Toiminnan vaikutukset voivat olla luonteeltaan joko myönteisiä tai kielteisiä. Terveydenhuollon suorituskykyä ja toimintaa kyetään mittaamaan tuottavuutta ja taloudellisuutta arvioimalla. Terveydenhuollossa vaikuttavuus on ennen kaikkea tuotoksen tai suoritteen perimmäisen tavoitteen, terveydenedistämisen ja saavutetun tuloksen nettomuutoksen suhde. (Sintonen & Pekurinen 2006, 21, 52 - 54).

Tuottavuudella tarkoitetaan käytettävissä olevien panosten (kustannukset) ja toiminnan tuotosten välistä suhdetta. Tuottavuus käsitteitä voidaan tarkentaa panosten mittaamiseen mukaan. Kokonaistuottavuudella tarkoitetaan sitä, että tuottavuutta tarkastellessa huomioidaan kaikki toiminnassa käytetyt panokset. Kokonaistuottavuus voidaan laskea toimintayksiköissä mitattujen kokonaispanosten ja kokonaistuotosten suhteena. Työn tuottavuutta voidaan tarkastella jakamalla tuotos työpanoksella. Pääomantuottavuus saadaan selville jakamalla tuotos pääomapanoksella (Sintonen & Pekurinen 2006, 53 - 54). Sosiaali- ja terveystoimessa tuottavuutta lähestytään usein tarkastelemalla käytettävissä olevilla voimavaroilla tuotettujen pal-

velujen määrään ja palveluissa tapahtuviin muutoksiin. (Pekurinen ym. 2008, 21.) Vanhusten avopalveluissa tuottavuutta kyetään mittaamaan käytettyjen tuotantotekijöiden ja asiakaskäyntien määrän suhdetta mittaamalla. Toimintayksikkö voidaan pitää sitä tuottavampana mitä vähemmän resursseja palvelujen tuottamiseksi tarvitaan. Kotihoidossa tuottavuutta mitataan yleisesti kotihoidon tuntihintana, joka perustuu asiakkaan luona vietettyihin tunteihin jaettuna kokonaiskustannuksilla. Kotihoidossa palvelutuotannon kustannukset ovat suurimaksi osaksi kiinteitä kustannuksia, eivätkä nämä merkittävästi kasva tehtyjen kotikäyntien perusteella (Groop, J. 2012.)

Tehokkuus merkitsee panosten ja näillä aikaansaadun vaikuttavuuden suhdetta. Tehokkuutta tarkastellessa lähestytään aihetta siitä ajatuksesta, että sosiaali- ja terveydenhuollon syvimpänä tavoitteena ei ole kyetä tuottamaan niin paljon palveluja kuin mahdollista vaan se, että olemassa olevilla voimavaroilla aikaansaadaan niin suuri myönteinen vaikutus asiakkaan tai väestön terveydentilassa tai hyvinvoinnissa kuin mahdollista. Tehokkuus käsitetään usein tuottavuutena, mutta tehokkuuteen kuitenkin liitetään yksikön tai toiminnan vertailu johonkin toiseen kohteeseen (Meklin 2002, 84 - 87). Tehokkuuden mittaamisessa huomioidaan aina kaksi elementtiä, joita ovat olemassa olevilla panosmäärillä saavutettu paras mahdollinen tuottavuus sekä kyseessä olevan yksikön havaittu tuottavuus. (Hjerppe ym. 2003, 5.)

Vaikuttavuus on tavoitteiden saavuttamisen aste. Tällöin vaikutuksille asetetaan tavoitteet, jonka jälkeen arvioidaan sitä, miten tavoitteet ovat toteutuneet. Toiminnan vaikuttavuutta mitataan ulkoisen tai sisäisen palvelukyvyyn avulla. Ulkoinen palvelukyky tuo esiin asiakkaan vaikutelman ja kokemuksen saamastaan palvelusta ja asiakkaan palvelujen piiriin pääsemistä. Sisäistä palvelukykyä voidaan pitää toimivana silloin, kun organisaation toimintoprosessit sujuvat. Toisaalta vaikuttavuuden voidaan nähdä olevan palvelujärjestelmien tai palveluprosessin kyky aikaansaada toivottuja vaikutuksia. Terveyspalveluita vaikuttavuutta mitataan tarkastelemalla tuotettujen palvelujen aikaansaatuja vaikuttavuutta. Terveyspalveluissa vaikuttavuuden mittarina toimivat yleisesti muutokset asiakkaan tai potilaan terveydentilassa (Sintonen & Pekurinen 2005, 53).

Mikäli vaikuttavuus ja kustannukset eivät ole yhteismitallisia, kustannusten ja vaikuttavuuden suhteesta käytetään termiä kustannus-vaikuttavuus. (Pekurinen ym. 2008, 21). Vaikuttavuus merkitsee siis sitä muutosta, joka toiminnalla aikaansaadaan. Toisin sanoen toiminnan vaikuttavuus on toiminnan perimmäiseen tavoitteeseen saavutettu nettomuutos. (Pekurinen ym. 2008, 21)

4.3 Käsitteiden merkitys opinnäytteen kontekstissa

Edellä kuvattiin sellaiset keskeiset käsitteet, joita opinnäytetyössä käytetään runsaasti eri yhteyksissä. Tässä opinnäytetyössä termi ”tehostettu kotihoito” tarkoittaa vaativaa, akuuttia, moniammatillista ympäri vuorokauden tapahtuvaa toimintaa kotihoitoon soveltuville potilaille. Asiakkaaksi tuloon tehostettuun kotihoitoon tarvitaan lähete, lääkärituki, ja kirjalliset hoito-ohjeet. Tässä opinnäytetyössä termi ”tehostettu kotihoito” tarkoittaa ympäri vuorokauden tapahtuvaa erityishoitoa asiakkaille, joilla toimintakyky on alentunut siten, että turvallisen kotona selviytymisen tueksi tarvitaan tehostetun kotihoidon palveluita. Toiminnan pääpaino on kotihoitoa saavien asiakkaiden selviytymisen tukemisessa. Akuutin tehostetun kotihoidon toiminta on sairaanhoidollisesti painottuvaa, lyhytaikaista hoitoa, jonka avulla vältetään asiakkaan laitoshoidon joutumista tai lyhennetään laitoshoidon pituutta ja mahdollistetaan potilaan varhaisempi kotiutuminen laitoshoidosta. Tässä opinnäytetyössä tehostetun kotihoidon kustannusvaikuttavuutta pyritään arvioimaan siten, että akuutin tehostetun kotihoidon toiminnan tavoiteltuna päämääränä on potilaiden sairaalajaksojen lyheneminen ja varhaisempi kotiutuminen laitoshoidosta.

Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1.) on avattu tässä opinnäytetyössä käytettäviä käsitteitä siten, että taulukon ensimmäisessä sarakkeessa on käsiteltävä termi, seuraavassa sarakkeessa termin määritelmä ja viimeisessä sarakkeessa selite siitä, mitä kyseisellä termillä tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan.

Taulukko 1: Opinnäytetyössä käytettävät käsitteet.

<u>Käsite</u>	<u>Määrittely</u>	<u>Tutkimuskonteksti</u>
Panos	Tuotantotekijät, välituotteet	Työpanos, tarvikkeet, tavarat, välineet
Panoshinta	Väli tuotteen tai tuotannon hinta	tehostetun kotihoidon henkilökunnan palkka-kustannukset
Kustannus	Rahassa mitattavissa oleva panosten käyttö	Toimintamallin vuositason kustannukset
Tuotos	Vaikuttavuus/ aikaansaatu suorite	Asiakkaan hoitopäivä, kotikäyntien määrä

5 Julkisten palvelujen taloudellinen arviointi

Taloudellinen arviointi on maailmankatsomukseltaan positivistista. Positivistiselle maailmankatsomukselle luonteenomaista on, että olemassa on oikeita vastauksia, joiden löytämiseksi tarvitaan oikeiden metodien käyttämistä. (Byford ym. 2004. 36) Terveystalouden edistämisen pää-

määränä voidaan pitää yksilön ja yhteisöjen voimavarojen sekä kansanterveydellisten edellytysten parantamista. Toiminnan arvioinnin keinoin tavoitellaan toimintatapojen tavoitteiden saavuttamista, suorituskyvyn paranemista ja lisäämään tuottavuutta sekä vaikuttavuutta. Terveystuotannon rahoituksen näkökulmasta arviointia tulisi kohdistaa terveysvaikutusten lisäksi taloudellisen vaikuttavuuden arviointiin. (Koskinen-Ollonqvist ym.2005, 8.)

Kunnan palveluita ei markkinoiden puuttuessa voida mitata hintatietojen ja myynnin perusteella. Julkisten palveluiden tuotosten arviointia mitataan palvelusuoritteita tai suoritteiden vaikutuksia, eli vaikuttavuutta mittaamalla (Kangasharju 2009, 15). Julkisesti tuotettujen palvelujen hintatiedot ovat tarpeellisia panosten määrän arvioinnissa. Hintaindeksien avulla voidaan muun muassa kuvata panoshintojen kehittymistä markkinoilla.

Tuottavuudella on suora yhteys kustannuksiin, koska panosten käytön vähentäminen saman tuotoksen tuottamiseksi vähentää kustannuksia. Tuottavuutta tarkasteltaessa saadaan käsitys tuotosten, eli suoritteiden tai vaikuttavuuden sekä panosten määrästä suhteessa toinen toisiinsa. Vertailtaessa tuottavuuden tasoja eli mitattaessa varsinaista tehokkuutta tuottavuustaso erot kertovat teknisestä tehokkuudesta. (Kangasharju 2009. 14)

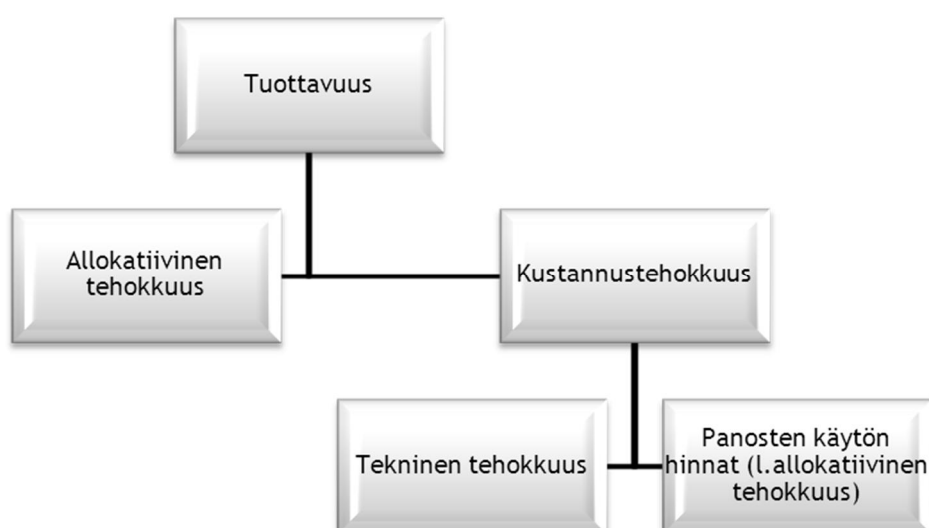
Julkisten palveluiden tuottavuuden mittaaminen on haastavaa olemassa olevien tuotosten hinnoitteluongelmien vuoksi. Julkisesti tuotettujen palveluiden tuotosten määrittämiseksi ei ole olemassa vastaavan kaltaisia markkinainformaatioita kuin yksityisen sektorin tuottamiin palveluihin eikä palveluille ole määritelty markkinahintaa. Markkinahinnan puuttuessa julkisten palveluiden tuotosten laatueroja ei ole mahdollista saada samalla tavalla selville kuin yksityisten palveluiden osalta. (Hjerpe ym. 2003, 19)

5.1 Tuottavuus ja tehokkuus kuntapalveluissa

Tuottavuudella tarkoitetaan käytettyjen tuotantopanosten ja näiden avulla aikaansaatuisten tuotosten välistä suhdetta. Tuottavuus on kansantaloudellisesti yksi tärkeimmistä menestystä mittaavista tekijöistä. Kansantaloudessa korkeasta tuottavuudesta seuraa korkea tulo- ja elintaso. Suomessa vanhuspalvelut tuotetaan pääosin julkisin palveluin. Kuntapalvelujen rahoitus poikkeaa yksityisten palvelujen rahoitusmallista. Kuntarahoitus painottuu pääasiassa verotuloihin, kun yksityiset palvelut rahoitetaan pääasiassa asiakasmaksuin ja pankkilainoilla. Kuntien palvelujen rahoituksessa keskeisiä rahoituslähteitä ovat myynti- ja maksutulot sekä valtionosuudet, joiden tavoitteena on tasata tuloeroja kuntien välillä. Väestön ikääntymisen seurauksena palveluiden kysynnän lisääntyminen on oletettavaa. Julkisten palveluiden järjestämistavan perusteella odotettavissa on kysynnän kasvun seurauksena tulevaisuudessa lisääntyneet paineet verokorotuksille sekä palvelumenojen kasvulle. Vanhuspalveluiden lisäänty-

vään kysyntään vastaamiseksi palveluiden tehokkuuden ja tuottavuuden mittaaminen on tärkeää. Tuottavuuden ja tehokkuuden lisääminen myös vanhuspalveluissa on tärkeää, mutta palvelutuotantoa tehostaessa yhtenä elementtinä on pyrkiä hillitsemään palveluiden kysyntää lisäämällä proaktiivisen työn osuutta vanhuspalveluissa. Tuottavuutta ja tehokkuutta kasvattaessa tulee huomioida kuitenkin, että palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta ei voida samanaikaisesti tinkiä. (Hjerppe ym. 2003, 5 - 22, Sintonen & Pekurinen 2006, 53). Tehokkuuden mittaamisessa huomioidaan aina kaksi elementtiä, joita ovat olemassa olevilla panosmäärillä saavutettu paras mahdollinen tuottavuus sekä kyseessä olevan yksikön havaittu tuottavuus (Hjerppe ym. 2003, 5). Tässä opinnäytetyössä tarkasteltava yksikkö on akuutin tehostetun kotihoiton toimintayksikkö. Opinnäytetyön tuloksia arvioidessa tulee ottaa huomioon se, että kerätty tieto on ennustavaa. Tieto opinnäytetyötä varten on kerätty tehostetun kotihoiton suunnitelmavaiheessa keväällä ja syksyllä 2012 olemassa olevan tiedon perusteella.

Palvelutuotannon *allokatiivinen* tehokkuus ja kustannustehokkuus vaikuttavat tuottavuuteen. Allokatiivisella tehokkuudella tarkoitetaan sitä, että halutun lopputuloksen saavuttamiseksi on kyetty valitsemaan olemassa olevista panoksista edullisimmat. Yksinkertaistettuna allokatiivinen tehokkuus on sitä, että resurssit kohdennetaan oikein ja tehdään oikeita asioita, oikeaan aikaan. Opinnäytetyön asiayhteydessä allokatiivinen tehokkuus merkitsee esimerkiksi sitä, että aiemmin laitoshoidossa (korkeat kustannukset) olevat potilaat voidaan resurssit oikein kohdentamalla hoitaa turvallisesti avopalveluissa (matalammat kustannukset). Kustannustehokkuudella tarkoitetaan kykyä tuottaa palvelut niin alhaisin kustannuksin kuin mahdollista. Kustannustehokkuus on mahdollista jakaa edelleen kahteen osaan, panosten käytön allokatiiviseen tehokkuuteen ja tekniseen tehokkuuteen. Tekninen tehokkuus ilmaisee, miten hyvin olemassa olevat panokset pystytään muuttamaan tuotoksiksi. Allokatiivinen tehokkuus kuvaa, kuinka hyvin palveluiden rakenteella edistetään palveluiden käyttäjien ja kuluttajien hyvinvointia. Panosten käytön allokatiivinen tehokkuus ilmaisee, miten lähellä panosten käytön rakenne on tavoiteltua huomioiden panosten hinnat (Hjerppe & Luoma 2003, 72) Alla olevasta kuviossa (Kuvio 1) esitetään tuottavuuden eri ulottuvuudet.



Kuvio 1: Tuottavuuden ulottuvuudet.

Yleisesti palvelutuotannon kustannukset tuotantoyksikössä muodostuvat panosten määrästä ja panosten hinnoista, joita palvelujen tuottamiseen käytetään. Palvelutuotannossa panokset, eli tuotannontekijöiden määrä syntyy työstä, käytetyistä laitteista ja toimitiloista sekä väli- tuotteista ja näiden kustannuksista. Välituotteita kotihoidossa ovat esimerkiksi hoitotarvikkeet ja lääkkeet. Panoshinnoilla tarkoitetaan panosten laatua. Vanhuspalveluissa tuotanto on hoitajalähtöistä, jolloin henkilöstön osaaminen määrittää paljolti käytettävissä olevien tuotantopanosten laatua, mikä puolestaan heijastuu tuotettujen palvelujen laatuun (Kangasharju 2008,9).

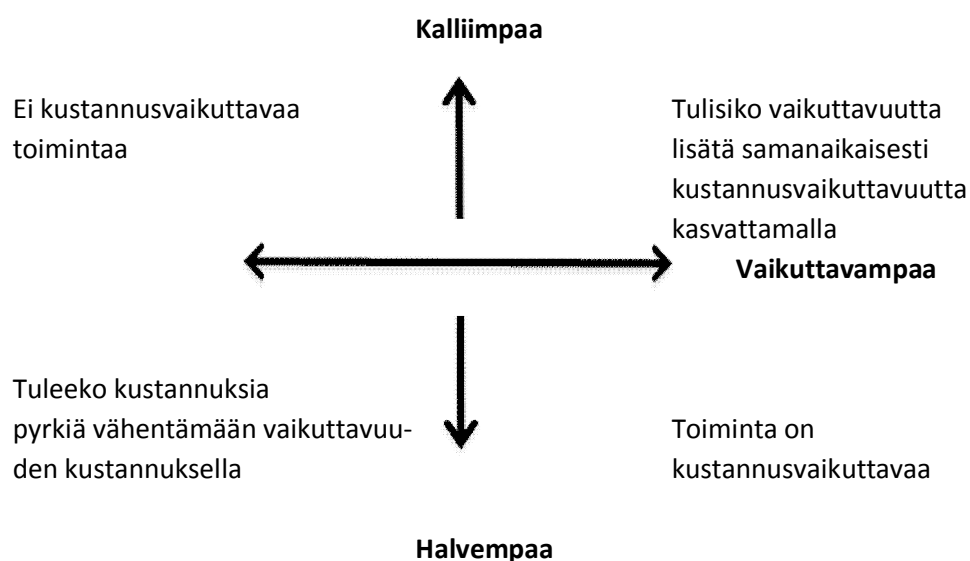
Yksi taloustieteen osa-alue on hyvinvointiteoria, jossa analysoidaan normatiivisia kysymyksiä. Hyvinvointiteorian päämääränä on tuottaa tietoa poliittisen päätöksenteon tueksi. Hyvinvointiteorian yksi keskeinen elementti on paretokehokkuuden arviointiasetelma. Resurssien käytön (allokaation) voidaan todeta olevan paretokehokasta tilanteissa, joissa kenenkään hyvinvointia ei ole mahdollista parantaa vähentämättä jonkun muun hyvinvointia. (Tuomala 2009,35) Paretokehokkuuden arvioinnissa tulee kiinnittää kuitenkin huomiota menetelmän yksilökeskeisyyteen ja pyrkiä samalla arvioimaan toimintaa laajempien yhteisöjen näkökulmasta.

Tehokkuuden ja tuottavuuden käsitteet tulee erottaa toisistaan. Vaikka tehokkuus olisikin huono, voi toiminta tästä huolimatta olla kannattavaa. Tämän kaltainen tilanne voi syntyä silloin, kun toiminnan vaikuttavuus on heikko. Mahdollista on myös, että vaikuttavuus on hyvää, mutta tehokkuus voi tästä huolimatta olla huonoa. Tämän kaltainen tilanne syntyy, kun kustannukset ovat erityisen korkeat. Ratkaisuna edellä kuvattujen tuottavuus ongelmien parantamiseksi on tehokkuuden parantaminen (Sintonen & Pekurinen. 2006, 55). Sosiaali- ja terveyspalvelujen taloudellisuutta arvioitaessa tulee huomioida, että terveyspalveluiden käyttöön ja terveyteen liittyvä ulkoisvaikutuksia, joita markkinamekanismi ei huomioi. Ulkoisvaikutus tarkoittaa, että jonkin hyödykkeen tuottaminen tai kuluttaminen voi aikaan saada joillekin muille tahoille myönteisiä tai kielteisiä vaikutuksia (Sintonen & Pekurinen 2006, 83-84). Osana päätöksentekoprosessia ulkoisvaikutusten arviointiin tulee kiinnittää huomiota. Ulkoisvaikutukset voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin ulkoisvaikutuksiin. Positiivisilla ulkoisvaikutuksilla tarkoitetaan tilaa, jossa voimavaroja ei käytetä tehokkaasti ja näin ollen tuotanto jää vähäiseksi. (Pekkarinen ym. 2007, 103 - 105.)

5.2 Taloudellisen arvioinnin tyypit

5.2.1 Kustannus- vaikuttavuus analyysi

Kustannus-vaikuttavuus analyysiä (CEA, cost-effectiveness analysis) käytetään paljon sosiaali- ja terveysalan taloudellisen arvioinnin menetelmänä. Kustannus-vaikuttavuus analyysissä mitataan toiminnan hyötyjä luonnollisissa yksiköissä. Luonnollisena yksikkönä voidaan tässä opinnäytetyössä pitää muun muassa asiakkaan varhaisemman kotiutumisen myötä syntyneitä säästettyjä hoitovuorokausia. Kustannus-vaikuttavuus analyysissä saavutetut hyödyt yhdistetään kustannuksiin, jonka avulla saadaan selville kustannukset tuotettua hyöty-yksikköä kohtaan (Byford ym. 2004. 16). Kustannus-vaikuttavuus analyysin tarpeen merkitys vähenee, jos jonkin vaihtoehto on selkeästi toisia vaihtoehtoja halvempi ja vaikuttavampi, tai selvästi kalliimpi tai vähemmän vaikuttava. Mikäli toimintaa suunniteltaessa päädytään tilanteeseen, että suunniteltu malli on kalliimpi, mutta mahdollisesti enemmän hyödyllinen tulee kustannusvaikuttavuutta tarkastella yksityiskohtaisemmin. Kustannusvaikuttavuuden tarkastelu voidaan yksinkertaisemmillaan aloittaa kuviossa 2. esitettyjä tekijöitä pohtien. Opinnäytetyön yhteydessä kustannusvaikuttavuus analyysin avulla voitaisiin tarkastella jakamalla kustannukset aikaansaadulla fyysisellä vaikutuksella, esimerkiksi euroa/säästövuorokausi. Kustannusvaikuttavuusanalyysi sopii opinnäytteen kontekstiin, koska kaikkia toimintamallin positiivisiakaan vaikutuksia ei ole mielekäästä arvottaa euromääräisesti. Tehostetun kotihoidon toiminnalle lisäarvoa tuo myös asiakkaan lisääntynyt valinnanvapaus ja oletettu terveydentilan ja elämänlaadun kohoaminen.



Kuvio 2: Kustannusvaikuttavuuden arvioinnin ulottuvuudet. (Mukailtu Byford ym. 2004. 99.)

5.2.2 Kustannus-hyöty analyysi

Kustannus-hyöty analyysille on ominaista, että sekä hyödyt että kustannukset mitataan rahamääräisesti. Rahamääräinen mittaaminen mahdollistaa vertailun tietyn intervention hyötyjen ja kustannusten välillä. Mikäli hyötyjen todetaan olevan kustannuksia suuremmat, voidaan ohjelman todeta olevan kannattava. Kustannus-hyötyanalyysin haasteena sosiaali- ja terveysalalla on, kuinka hyödyt kyetään arvottamaan rahallisesti mitattavaan muotoon. (Byford ym. 2004. 17) Julkisten hankkeiden arviointiin on käytetty kustannus-hyötyanalyysiä viime vuosisadalta lähtien. Kustannus-hyötyanalyysiä voidaan käyttää päätöksenteon tukena. Tiivistetysti voidaan todeta, että mikäli hankkeen aikaansaamat hyödyt ovat kustannuksia suuremmat, katsotaan hanke kannattavaksi (Brent 2006, 3). Opinnäytetyön näkökulmasta kustannus-hyötyanalyysiä on haasteellista toteuttaa, koska toimintamalli on kehitteillä eikä mallin hyötyjä ja tämän kustannuksia ole mahdollista tarkkaan arvioida.

5.2.3 Kustannus-seuraus analyysi

Yleisesti käytetty kustannus-seurausanalyysi on yleisesti käytetty menetelmä sosiaali- ja terveysalalla. Kustannus-seuraus analyysin (cost-consequence analysis) avulla voidaan tuottaa helposti tulkittavaa tietoa päätöksentekijöille, rajaten pois muun muassa suhdelukujen tarkastelun, joka on olennaisena osana muun muassa kustannus-vaikuttavuustutkimusta. Kustannus-seuraus analyysin perustuu käytännön tarpeisiin (Torrance 1997, 8 - 20).

Tässä opinnäytetyössä tehostetun kotihoidon toimintamallin taloudellinen arviointi sisältää elementtejä sekä kustannus-vaikuttavuusanalyysistä että kustannus-hyötyanalyysistä. Kustannus-vaikuttavuusanalyysiä käytetään tässä arvioiden säästövuorokausien määrää ja tämän kautta saavutettavia taloudellisia vaikutuksia. Toisaalta euromääräisiä summia laskettaessa hyödynnetään kustannus-hyöty analyysiä. Tämän opinnäytetyön näkökulmasta tulee kuitenkin kiinnittää huomiota siihen, että esitettävät summat perustuvat arvioon, koska tehostetun kotihoidon toiminnan todellisista kustannuksista ei opinnäytetyötä tehdessä ole tietoa.

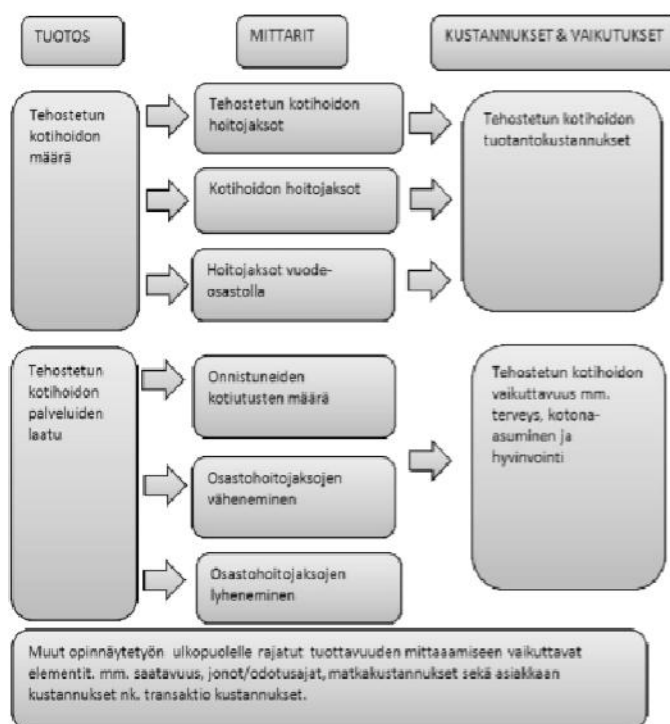
5.3 Palvelutuotannon kustannukset ja kustannusten arviointi

Palvelutuotannon kustannukset tuotantoyksikössä muodostuvat panosten määrästä ja panosten hinnoista, joita palvelujen tuottamiseen käytetään. Palvelutuotannossa panokset, eli tuotantotekijöiden määrä syntyy työstä, käytetyistä laitteista ja toimitiloista sekä välituotteista. Välituotteita kotihoidossa ovat esimerkiksi hoitotarvikkeet ja lääkkeet. Panoshinnoilla tarkoitetaan panosten laatua. Vanhuspalveluissa tuotanto on hoitajalähtöistä, jolloin henkilöstön osaaminen määrittää paljolti käytettävissä olevien tuotantopanosten laatua, mikä puolestaan

heijastuu tuotettujen palvelujen laatuun (Kangasharju 2008, 9). Taloudellisessa arvioinnissa keskeistä on linjaus siitä, lasketaanko kustannuksia yleisellä tasolla vai hyvin yksityiskohtaisesti. Käytettyjen panosten määrää voidaan arvioida hyvin tarkasti, laskemalla voimavarojen käytöstä aiheutuneita kustannuksia välittömien tai tuottavuuskustannusten näkökulmasta (Kaila ym. 2007, 95). Tässä opinnäytetyössä akuutin tehostetun kotihoidon toimintamallin taloudellista arviointia tehdään laajempia kokonaisuuksia tarkastellen. Opinnäytetyössä selvitetään toimintamallin vaikutuksia välituotekustannuksiin. Kotihoidossa olemassa olevia palvelukokonaisuutena voidaan pitää muun muassa asiakkaaksi tuloprosessia.

Suoritteita ja käytettyjä panoksia kotihoidossa kuvaa kotikäyntien ja kotiutusten määrä. Julkisesti tuotettujen palvelujen hintatiedot ovat kuitenkin tarpeellisia panosten määrän arvioinnissa. Hintaindeksien avulla voidaan muun muassa kuvata panoshintojen kehittymistä markkinoilla. Tuottavuudella on suora yhteys kustannuksiin, koska panosten käytön vähentäminen saman tuotoksen tuottamiseksi vähentää kustannuksia. Tuottavuutta tarkasteltaessa saadaan käsitys tuotosten, eli suoritteiden tai vaikuttavuuden sekä panosten määrästä suhteessa toinen toisiinsa. Vertailtaessa tuottavuuden tasoja eli mitattaessa varsinaista tehokkuutta tuottavuustaso erot kertovat teknisestä tehokkuudesta. (Kangasharju 2009, 14). Terveystieteiden tutkimuksessa on olemassa vähän tietoa tuottavuuden ja tehokkuuden suhteesta. Vielä ei ole olemassa tietoa siitä, paraneeko tehokkuus tuottavuuden laskiessa ja heikkeneekö tehokkuus tuottavuuden noustessa vai kulkevatko nämä samansuuntaisesti (Sintonen & Pekurinen 2006, 56).

Uuden toimintamallin tehokkuutta arvioidaan palvelua kuvaavien indikaattoreiden avulla. Opinnäytetyössä indikaattoreita kuvataan alla olevassa kuviossa (Kuvio 3.). Opinnäytetyön indikaattoreina on tehostetun kotihoidon määrä, sen tuottavuus ja vaikuttavuus sekä laatu, jota opinnäytetyössä tarkastellaan ennustaen onnistuneiden kotiutusten, osastohoitojaksojen määrän vähenemisen ja lyhenemisen näkökulmasta. Tarkemmin opinnäytetyössä tuottavuudella tarkoitetaan palvelutuotannon määrällä hoitopäiviä ja kotihoidon/tehostetun kotihoidon käyntikertoja sekä erilaisten tuotantotekijöiden, kuten henkilöstökulujen, tilojen ja laitteiden suhdetta. Opinnäytetyössä tehokkuudella tarkoitetaan tarkasteltujen toimintayksiköiden tuottavuutta suhteessa parhaimpaan mahdolliseen ennakoitavissa olevaan tuottavuuteen. Oikein kohdennettujen ja oikea-aikaisen kuntoutuksen, tehostetun kotihoidon palvelut siirtävät ikääntyneen asiakkaan laitoshoidon siirtymistä, samalla laitoshoidon lyhenevät ja laitospaikkojen käyttö tehostuu entisestään (Vaarama & Voutilainen 2002, 360).

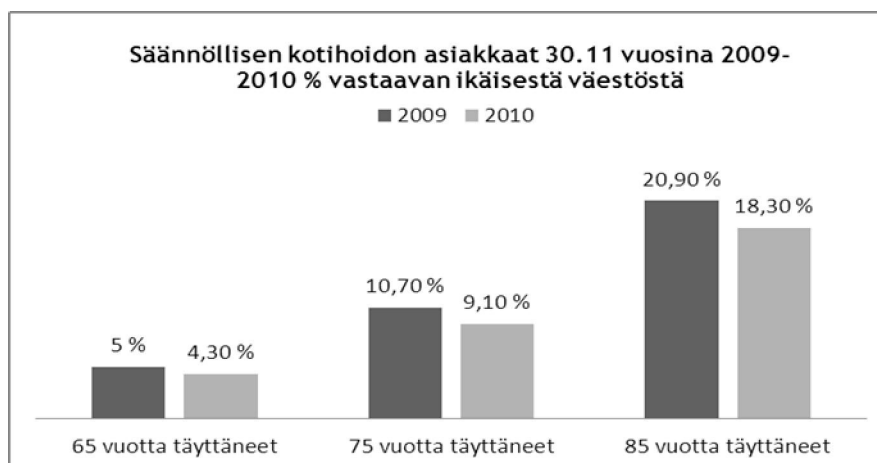


Kuvio 3: Palvelua kuvaavat indikaattorit.

5.4 Ikääntyneiden palvelutuotannonkustannukset Suomessa ja Vantaalla

Suomessa kuntien tulee varata riittävästi määrärahoja kaikkiin valtionavustuksen perusteena oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin. Kunnilla on mahdollisuus määritellä itse kuinka paljon kunta osoittaa talousarviossaan varoja järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvien palvelujen järjestämiseen (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733> viitattu 10.3.2012).

Terveyspalvelujen kokonaiskustannukset Suomessa olivat vuonna 2010 yli 75 vuotta täyttäneen väestön osalta 1,2 miljardia euroa. Vuoteen 2009 verrattuna kustannukset nousivat 19 miljoonaa euroa eli 1,6 %. Suomessa palvelujen käytön tasoa yli 75 vuotta täyttäneiden osalta arvioidaan suhteutettuna sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuositukseseen. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteena vuoteen 2012 mennessä oli, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91-92 % asuu kotona joko itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisen sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. Vantaalla 31.12.2011 75 vuotta täyttäneistä kuntalaisista kotona asui 91,8 %. Vuonna 2012 syyskuun lopussa kotihoidon peittävyys oli 8,8 %. Kotihoidon osalta sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten laatusuosituksen tavoitteena oli, että 13-14% 75 vuotta täyttäneistä saa säännöllisen kotihoidon palveluja. (Kuusikko työryhmän raportti 2008, 29, STM 2008, 45)



Kuvio 4: Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11. Vuosina 2009 - 2010 (% vastaavan ikäisestä väestöstä).

Kustannustietoja ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuksista kerättiin pääasiassa hyödyntäen *Kuusikko*- työryhmän vanhuspalvelujen asiantuntijatyöryhmän laatimaa raporttia, jossa verrataan kuuden suurimman kunnan sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuksia. Kuusikko vanhuspalvelujen vertailuun osallistuvat kunnat ovat Helsinki, Espoo, Vantaa, Tampere, Turku ja Oulu. Tässä opinnäytetyössä kuusikkotyöryhmän raporttia tarkastellaan Vantaan kaupungin kustannustietoja tarkastellen. Kuusikko- työryhmän raportti on julkaistu 6/2012.

Vantaalla vuonna 2011 75 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyi edellisvuosiin nähden 5,7 %. Vuonna 2011 Kotihoidon asiakasmäärä laski yhden prosentin, mutta käyntimäärä kasvoi 5 %. Vuoden 2011 aikana 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden käyntimäärä kasvoi kokonaisuudessaan yli 11 %. Käyntimäärien kasvua selittää muun muassa lisääntynyt asiakkaiden palveluntarve.

Taulukko 2: Yli 65 vuotta täyttäneen väestön rakennemuutos vuosina 2010 - 2011.

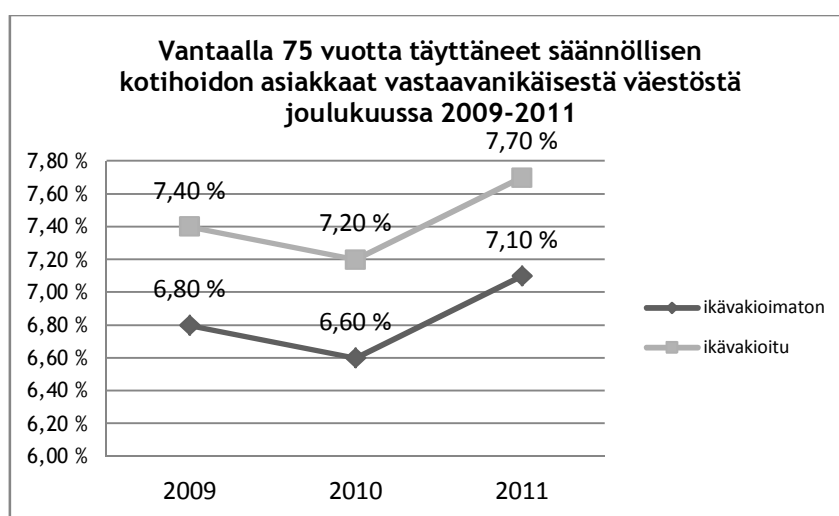
Yli 65- vuotta täyttäneen väestön rakenteenmuutos vuosina 2010 - 2012

	31.12.2010		31.12.2011	
	N	%	N	%
65 vuotta täyttäneet	24 127	12,10 %	25 878	12,70 %
75 vuotta täyttäneet	8 842	4,40 %	9 339	4,60 %
85 vuotta täyttäneet	1 785	0,90 %	1 912	0,90 %
Yhteensä:	200 055	100 %	203001	100 %

Taulukko 3:Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärän kasvu Vantaalla 2009 - 2011 (75 vuotta täyttäneet).

Vantaalla 75 vuotta täyttäneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat vastaavan ikäisestä väestöstä joulukuussa 2009 - 2011			
	2009	2010	2011
ikävakioimaton	6,80 %	6,60 %	7,10 %
ikävakioitu	7,40 %	7,20 %	7,70 %

(% kaikista 75 vuotta täyttäneistä)



Kuvio 5: Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 2009 - 2011.

Vantaalla 65 vuotta täyttäneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannukset olivat vuonna 2011 yhteensä 147 343 753 euroa. Ikävakioituna vuonna 2011 kustannukset Vantaalla asukasta kohden olivat 6528 euroa. Vantaalla sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaiskustannukset 85 vuotta täyttäneiden osalta olivat 36 949 308 euroa. Asukasta kohden kustannukset yli 85 vuotta täyttäneiden osalta olivat 19 325 euroa. (Kuusikko työryhmän raportti 2012, 5, 20)

Vuonna 2011 Vantaalaisia 75 vuotta täyttäneitä potilaita hoidettiin erikoissairaanhoidossa 5190 potilasta. Erikoissairaanhoidossa oleville potilaille kertyi vuoden 2011 aikana 3384 hoitojaksoa erikoissairaanhoidossa. Yhdestä erikoissairaanhoidon hoitojaksosta Vantaan kaupunkia laskutettiin keskimäärin 4063 euroa, jolloin vuotuinen vuode-osastohoitojaksoista kertynyt kustannus oli yhteensä 13 749 379 euroa. Ikävakioinnin periaatteena on, että iäkkäämmät henkilöt tarvitsevat nuoriin verrattuna usein runsaammin palveluja. Kuusikko kunnissa palvelujen käyttöä ja näiden kustannuksia tarkkaillaan tilanteessa, jossa kuusikko-kuntien vanhusväestöllä on laskennallisesti sama ikärakenne. (Kuusikko työryhmän raportti 2012, 1). Vantaan kaupungissa vuosien 2007-2011 aikana yli 75 vuotiaiden kuntalaisten määrä on kasvanut 23,8 %

(n=1798) ja 85 vuotta täyttäneiden osuus oli vastaavasti kasvanut 36,8 % (n=514). Vantaan koko väestöstä vuoden 2011 lopussa 75 vuotta täyttäneitä oli 4,6 %, tällöin Vantaalaisia 85 vuotta täyttäneitä oli 0,9 %

Taulukko 4: Ikääntyneiden määrän muutos Vantaalla 2010 - 2011.

	N	%
65 vuotta täyttäneet	1751	7,10 %
75 vuotta täyttäneet	497	5,60 %
85 vuotta täyttäneet	<u>127</u>	<u>7,10 %</u>
Yhteensä	2375	100 %

6 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimusaineiston keräys toteutettiin kuuden Vantaalaisen perus-terveydenhuollon vuodeosaston osastonhoitajien ja hoitotyöntekijöiden kanssa yhteistyössä. Kysely toteutettiin kokonaisuudessaan tiiviissä yhteistyössä Vantaan kaupungin eri asiantuntijatoimijoiden kanssa ja tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin Vantaan kaupungin tietoturva säännöksiä. Kyselylomake laadittiin moniammatillisessa tehostetun kotihoidon suunnittelutyöryhmässä ja lomakkeen hyväksyivät sairaalapalvelujen ylihoitaja ja kotihoidon päällikkö.

Lomakkeen laadinnan tavoite oli, että tämän täyttäminen olisi nopeaa ja kuormittaisi osaston henkilökuntaa niin vähän kuin mahdollista. Tämä koettiin tärkeänä elementtinä, koska kysely toteutettiin kesäaikana, jolloin osastoilla työskenteli minimi määrä henkilökuntaa. Ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä vastaajille kyselylomake esiteltiin. Esitestaamisella tarkoitetaan, että mittarin toimivuutta ja luotettavuutta testataan pienellä vastaajajoukolla (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009, 154). Esitestauksen yhteydessä mittarin testaajille lähetettiin lomakkeen ja saatekirjeen ohessa palautelomake mittarin toimivuudesta. Lomakkeen testaajille annettiin palautelomakkeella mahdollisuus antaa kehittämis ehdotuksia ja palautetta mittarin toimivuudesta ja käyttökelpoisuudesta. Palautelomakkeella tiedusteltiin testaajilta myös, olivatko kysymykset helposti ymmärrettäviä ja riittävän selkeitä siten, etteivät kysymykset jättänyt vastaajalle tulkinnanvaraa.

Kyselyyn osallistuvien osastojen henkilökunta täytti kyselyn kaikista 60 tai yli 60 vuotiaista potilasta ajalla 18.6.2012 - 22.7.2012, jotka edellä mainittuna aikavälillä kotiutuivat kotihoidon palvelujen turvin siten, että kotihoidon asiakkuus alkaa hoitojakson päätyttyä tai asiakkaalla oli ennen laitoshoidojaksoa voimassa oleva kotihoidon asiakkuus.

Kyselyn avulla koottiin tietoa perusjoukosta, potilaista, jotka olivat vuodeosasto hoitojaksolla aineistonkeruu ajankohtana vantaalaisilla perusterveydenhuollon osastoilla. Perusjoukon kriteerejä tässä tutkimuksessa olivat: Potilaan tuli olla iältään 60 vuotta tai enemmän ja potilas kotiutui aineistonkeruun aikana vuode-osastolta kotiin kotihoidon palvelujen turvin tai potilaalla oli jo ennen hoitojakson alkua voimassa oleva kotihoidon asiakkuus.

Kyselylomakkeet lähetettiin yhteensä kuudelle perusterveydenhuollon osastolle. Kyselyyn osallistuvat osastot valittiin osallistujiksi yhteistyössä tehostetun kotihoidon suunnittelutyöryhmän kanssa. Kyselystä informoitiin jokaisen osaston osastonhoitajaa, jotka puolestaan tiedottivat kyselystä muuta osaston henkilökuntaa. Kyselylomakkeet lähetettiin saatekirjeineen ja palautuskuorella varustettuna osastonhoitajille, jotka toimittivat kyselylomakkeet edelleen hoitotyöntekijöille täytettäväksi.

Kyselylomakkeelle ei kirjattu potilaiden henkilötietoja ollenkaan. Potilaan taustatietoina olivat vain potilaan ikä ja sukupuoli. Potilaiden henkilöllisyys ei täten tullut edes tutkimuksen tekijän tietoon missään vaiheessa.

6.1 Kyselylomakkeen kuvaus

Strukturoitu kyselylomake (liite 1.) sisälsi 21 kysymystä. Lomakkeen ensimmäisillä kysymyksillä kartoitettiin lomakkeen täyttäjän ammattinimikettä sekä kotiutuvien potilaiden taustatietoja, joita olivat potilaan ikä ja sukupuoli. Seuraavassa vaiheessa lomakkeella kerättiin tietoa potilasta hoitavasta vuodeosastosta ja potilaan hoitoon ohjautumisen ja hoitojakson päättymisen ajankohtaa. Myöhemmin kyselyssä haettiin vastauksia, kuinka monta päivää aikaisemmin potilas olisi voitu siirtää avohoitoon, mikäli tehostetun kotihoidon palvelut olisivat olleet saatavilla. Edellä kuvatun kysymyksen avulla haettiin mahdollisuutta arvioida tehostetun kotihoidon toimintamallin säästövaikutuksia hoitovuorokausina.

Kyselyn avulla kartoitettiin myös potilaan asumistietoja, arvioitiin potilaan tarvetta tukipalveluille sekä sitä, oliko potilas halukas vastaanottamaan hänelle tarjottuja tukipalveluja kotiutumisen tueksi. Kyselyn avulla haettiin vastausta myös siihen, olisiko hoitavan osaston mahdollista kotiuttaa potilaita iltaisin ja viikonloppuisin ja olisiko ilta- ja viikonloppukotiutukset mahdollista toteuttaa potilaan näkökulmasta muutoin, kuin virka-aikaan. Lomakkeen viimeiset kysymykset olivat avoimia kysymyksiä. Vastaajat saivat esittää toivomaansa yhteydenotto-tapaa ja lähetekäytäntöä tehostettuun kotihoitoon sekä jakaa ajatuksiaan ja mielipiteitään toimintamallin kehittämistä kohtaan.

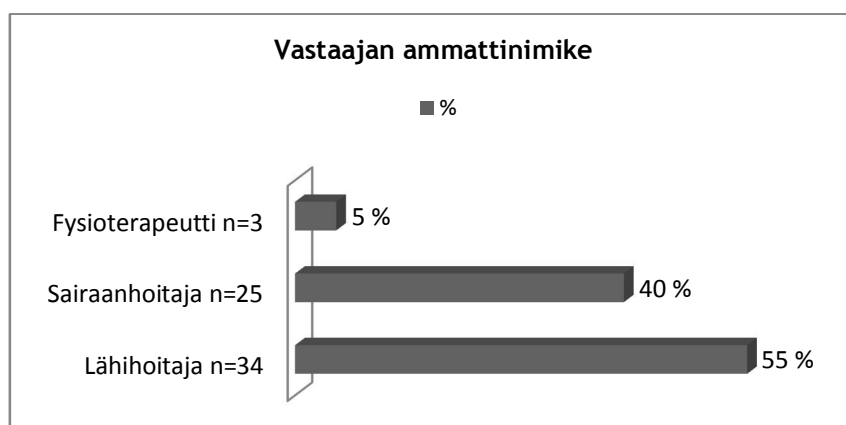
7 Kyselylomakkeiden tulokset

Kyselylomakkeet lähetettiin yhteensä kuudelle perusterveydenhuollon osastolle. Aineisto kerättiin ajalla 18.6.2012 - 22.7.2012. Kyselylomakkeet täytettiin aineistonkeruun aikana kaikista yli 60 vuotiaista kotiutuvista potilaista.

7.1 Vastaajan ammattinimike ja potilaiden taustatiedot

Kyselylomakkeen alussa tarkasteltiin kyselyyn vastanneiden ammattihenkilöiden taustatietoja (Kuvio 4.) sekä potilaiden taustatietoja.

Kaikista vastaajista (N=62, 100 %) 55 % (n=34) oli ammatiltaan lähihoitajia tai perushoitajia. Vastaajista 40 % (n=25) oli sairaanhoitajia ja 5 % (n=3) vastaajaa oli ammatiltaan fysioterapeutteja.

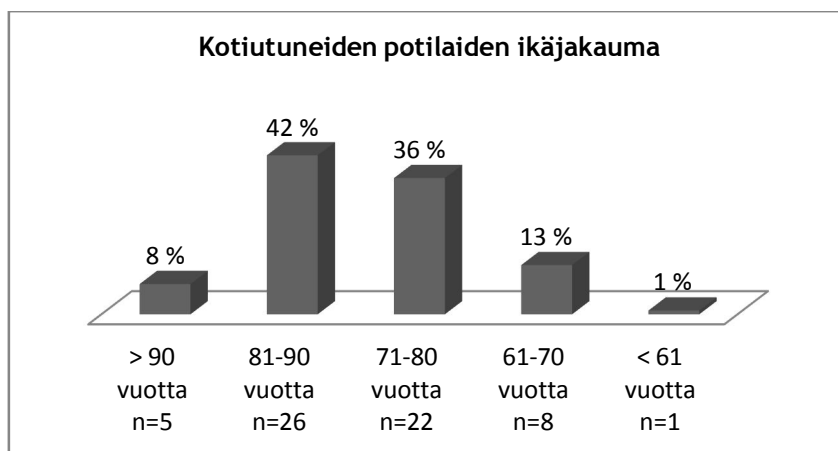


Kuvio 6: Vastaajan ammatti.

Kyselylomakkeen kysymyksillä kaksi ja kolme kartoitettiin potilaiden taustatietoja kysyen potilaiden ikää ja sukupuolta. Kyselylomakkeella ikää kysyttiin jakaen vastausvaihtoehdot viiteen luokkaan.

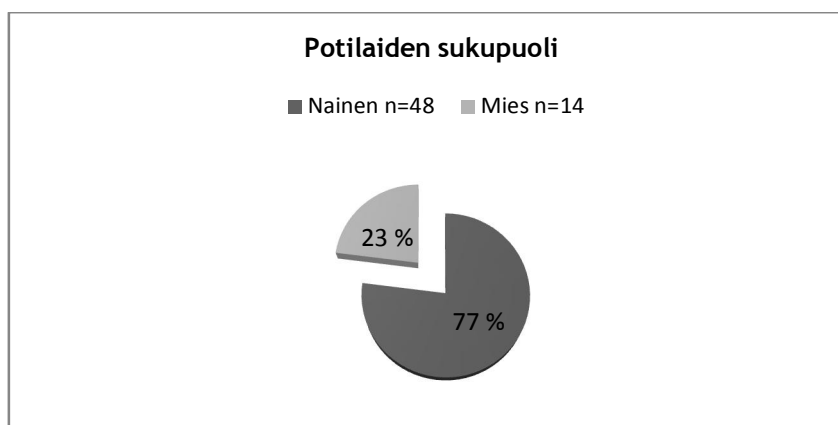
Alla olevassa taulukossa (Taulukko 5.) kuvataan osastoilta kotiutuvien potilaiden ikäjakaumaa. Valtaosa (n=26, 42 %) aineistonkeruun aikana kotiutuneista potilaista sijoittui iältään välille 81-90 vuotta. Toiseksi suurin kotiutettujen potilaiden ikäryhmä oli 71-80 vuotiaat potilaat, joita oli yhteensä 36 % (n=22) potilasta. Vähiten potilaita aineistonkeruun ajankohtana kotiutettiin ikäryhmissä yli 90 vuotta (n=5, 8 %) ja 61-70 vuotta (n=8, 13 %). Yksi kotiutuvista potilasta oli iältään 60 vuotta (n=1, 2 %).

Taulukko 5: Kotiutuneiden potilaiden ikäjakauma.



Aineistonkeruu ajankohtana kaikista kotiutuneista potilaista naisia oli 77 % (n=48) ja miehiä 23 % (n=14) (Taulukko 6.)

Taulukko 6: Potilaiden sukupuoli.

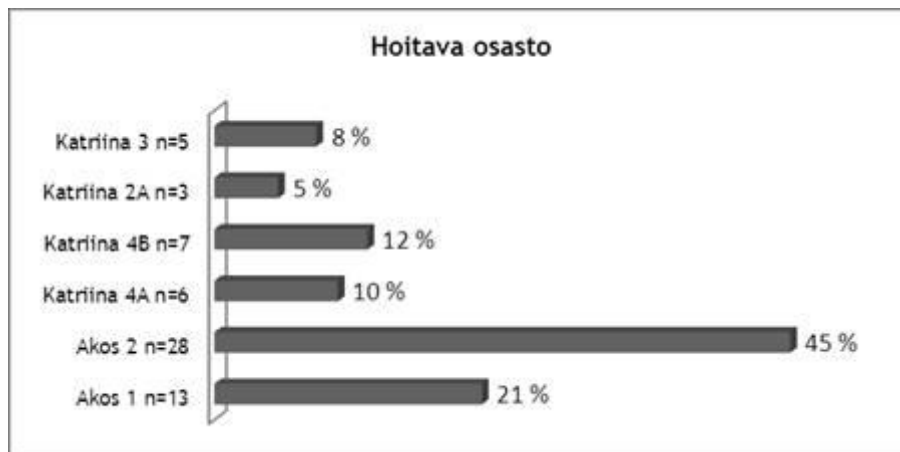


7.1.1 Hoitava osasto ja potilaan siirtyminen osastohoitoon

Kyselylomakkeen kysymyksessä neljä kysyttiin hoitavan osaston tietoja, jotta kotiutusten määrän arvioiminen kultakin kyselyyn osallistuneelta osastolta on mahdollista arvioida. Taulukossa seitsemän kuvataan kyselyyn vastaamisen perusteella, kuinka monta yli 60 vuotiasta potilasta kultakin osastolta kotiutettiin aineistonkeruun aikana. Aineistonkeruun aikana eniten potilaita kotiutui Katriinan sairaalan akuuteilta vuodeosastoilta, osastoilta Akos1 ja Akos2. Osastolta Akos2 kotiutettiin aineistonkeruun aikana yhteensä 28 yli 60vuotiasta potilasta

(n=28, 45 %). Osastolta Akos 1 kotiutettiin 13 potilasta (n=13, 21 %). Vähiten vastauksia saatiin Katriinan sairaalan osastolta 2a, josta vastauksia saatiin kolme (n=3, 5 %).

Taulukko 7: Hoitava vuodeosasto.



Kyselylomakkeen kysymyksellä viisi kysyttiin mistä potilas tuli osastohoitoon. Alla olevasta taulukosta (taulukko 8.) nähdään, että kaikista potilaista (N=60, 100 %) 60 % (n=36) tuli vuodeosasto hoitoon kotoa ja 36,7 % (n=22) siirtyi osastolle jatkohoitoon jostakin erikoissairaanhoidon osastolta. Kotiutuneista potilaista 3,3 % (n=2) ohjautui osastohoitoon asumispalveluyksiköstä.

Taulukko 8: Potilaan asumistiedot ennen hoitojakson alkua.

Statistics

Mistä potilas tuli osastolle

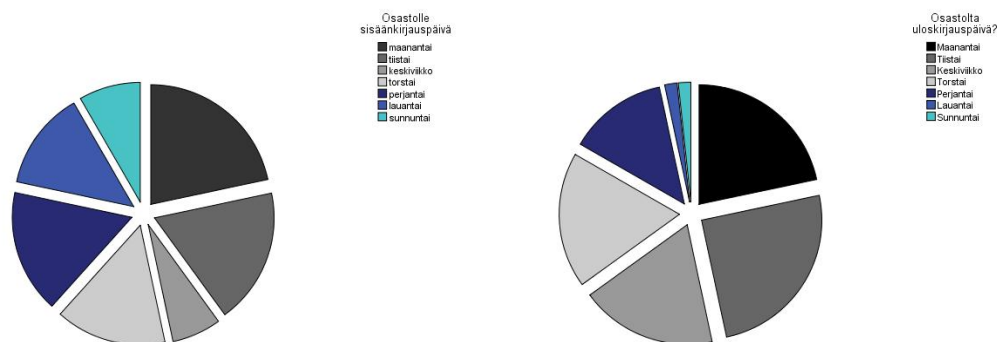
N	Valid	Missing
	60	2

Mistä potilas tuli osastolle

	Frequency	Valid Percent
Valid koti	36	60,0
asumispalveluyksikkö	2	3,3
sairaala	22	36,7
Total	60	100,0
Missing System	2	
Total	62	

7.2 Potilaiden osastohoitojakson alku ja kotiutuminen

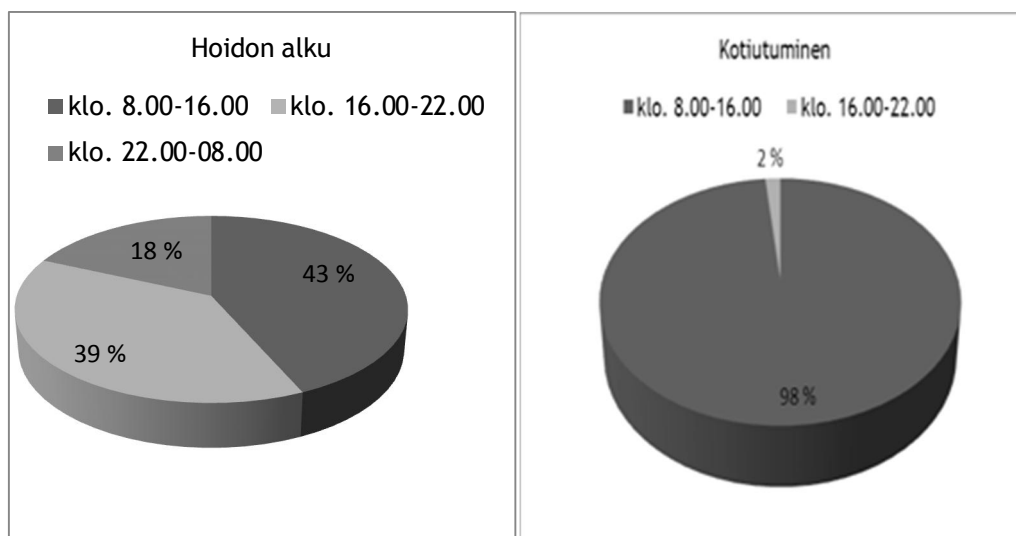
Potilaiden sisäänkirjaus osastoille jakautui viikonpäivien kesken melko tasaisesti. Eniten sisäänkirjauksia oli maanantaisin 21 % (n=13) ja vähiten keskiviikkoisin 6,5 % (n=4). Viikonloppuaikaan lauantaisin (n=8, 12,9) ja sunnuntaisin (n=5, 6,1 %) potilaita sisäänkirjattiin yhteensä 13 (n=13, 21 %). Potilaiden sisään ja uloskirjausta tarkastellessa (kuvio 7.) voidaan havaita, että arkipäivien osalta myös potilaiden uloskirjaus jakaantui tasaisesti kaikille viikonpäiville. Potilaiden uloskirjaus osastolta oli viikonloppuisin vähäistä, uloskirjauksia lauantaisin ja sunnuntaisin oli yksi kumpanakin viikonpäivänä. Yhteensä viikonloppuna kotiutui näin ollen kaksi potilasta (n=2, 3,2 %).



Kuvio 7: Potilaiden sisäänkirjauksen ja uloskirjauksen jakaantuminen viikonpäivien kesken.

7.2.1 Hoitoon ohjautumisen ja kotiutumisen ajankohta

Potilaiden hoitoon ohjautumisen ajankohta jakaantui pääosin kello 8.00-22.00 välille. Kaikista potilaista (N=61) 43 % (n=26) siirtyi osastohoitoon kello 8.00-16.00 välillä. Kello 16.00-22.00 välisenä aikana hoitoon ohjautui 39 % (n=23) kaikista potilaista. Yö aikaan kello 22.00-8.00 välisenä aikana osastolle kirjattiin 18 % (n=11) potilaista. Kaikista potilaista (n=61, 100 %) kotiutui osastohoidosta kello 8.00-16.00 välisenä aikana 98 %. 2 % potilaista kotiutettiin kello 16.00-22.00 välillä (kuvio 6.).



Kuvio 8: Potilaiden osastohoitojakson ja kotiutumisen kellonajat.

7.3 Hoitojakson pituus

Kyselylomakkeen kysymyksellä kymmenen kysyttiin potilaiden hoitojakson kestoja päivinä. Alla olevasta taulukosta (taulukko 9.) ilmenee potilaiden hoitojaksojen pituus hoitovuorokausina. Kaikista potilaista (N=62, 100 %) alle vuorokauden pituisia hoitojaksoja oli yhdellä potilaalla (n=1, 1,6 %) samoin kuin yhden - kahden vuorokauden pituisia hoitojaksoja oli yhdellä potilaalla (n=1, 1,6 %). Valtaosan kaikista potilaista (N=62, 100 %) hoitojaksot kestivät enemmän kuin kymmenen vuorokautta (n=36, 58,1 %). Toiseksi eniten potilaiden hoitojaksot olivat kes-
toltaan kuusi - kymmenen vuorokautta (n=17, 27,4 %).

Taulukko 9: Hoitojakson pituus.

Statistics

hoitojakson pituus

N	Valid	62
	Missing	0

hoitojakson pituus

	Frequency	Percent
Valid <24h	1	1,6
1-2vrk	1	1,6
3-5vrk	7	11,3
6-10vrk	17	27,4
>10vrk	36	58,1
Total	62	100,0

Potilaiden iän vaikutusta hoitojakson pituuteen tarkasteltiin opinnäytetyössä ristiintaulukoinnin avulla. Alla esitettävästä taulukosta (taulukko 10.) voidaan havaita, että ikäryhmässä 61 - 70 vuotiaat potilaat (N=8, 100 %) hoitovuorokaudet jakaantuivat pituudeltaan tasaisesti siten, että 61 - 70 vuotiaita potilaiden hoitojaksoja oli kaikissa luokissa, joilla hoitojakson pituutta kyselylomakkeella tarkasteltiin. Eniten ikäryhmässä 61 - 70 vuotiaat potilaat hoitojaksot olivat pituudeltaan yli kymmenen vuorokautta (n=5, 62,5 %). Myös ikäryhmässä 71 - 80 vuotiaat potilaat (N=22, 100 %) hoitojaksot kestivät yli kymmenen vuorokautta (n=14, 63,6 %). Ikäryhmässä 81 - 90 vuotiaat potilaat (n=26, 100 %) hoitojaksoista 57,7 % (n=15) oli pituudeltaan enemmän kuin kymmenen vuorokautta. Huomioitavaa on, että tässä ikäryhmässä esiintyneet lyhyimmätkin hoitojaksot olivat pituudeltaan vähintään kolme - viisi vuorokautta (n=2, 7,7 %). Yli 90 vuotiaiden potilaiden hoitojaksot olivat kestoltaan vähintään kolme - viisi vuorokautta (n=1, 20,0 %) ja suurimmalla (n=3, 60 %) osalla yli 90 vuotiaista potilaista hoitojakso oli pituudeltaan 6 -10 vuorokautta. Kaikista (N=62, 100 %) aineistonkeruuajankohtana kotiutuneista yli 60 vuotiaista potilaista oli 58,1 % osastohoitojaksolla enemmän kuin kymmenen vuorokautta.

Taulukko 10: Potilaan ikä suhteessa hoitojakson ajalliseen kestoan.

Case Processing Summary

	Cases	
	Valid	
	N	Percent
potilaan ikä * hoitojakson pituus	62	100,0%

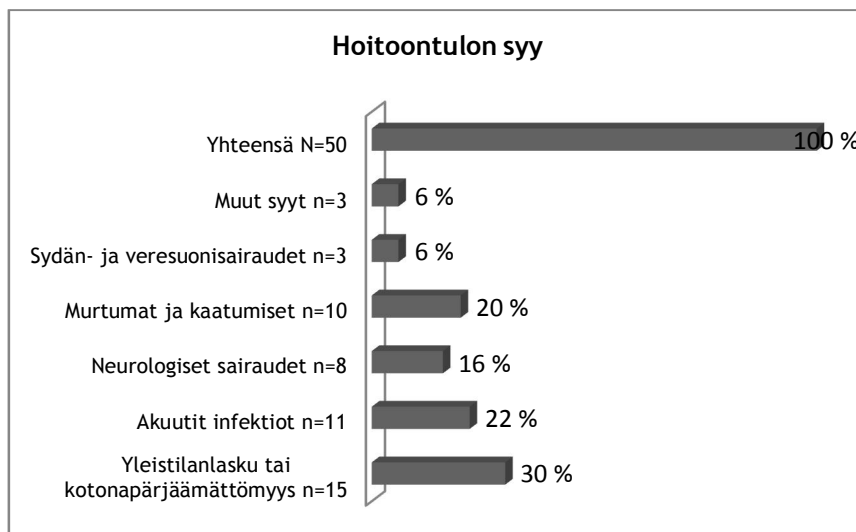
potilaan ikä * hoitojakson pituus Crosstabulation

Count		hoitojakson pituus					Total
		<24h	1-2vrk	3-5vrk	6-10vrk	>10vrk	
potilaan ikä	<60	0	0	0	0	1	1
	61-70	1	0	1	1	5	8
	71-80	0	1	3	4	14	22
	81-90	0	0	2	9	15	26
	>90	0	0	1	3	1	5
Total		1	1	7	17	36	62

7.4 Hoitoontulon syy

Osastohoitoon päätyneen syynä 24 % (n=15) potilaista oli yleistilan lasku tai kotona pärjäämättömyys. 18 % (n=11) potilaista osastohoitoon ohjautumisen syynä olivat akuutit infektiot, kuten pneumoniat ja virtsatieinfektiot.

Neurologiset sairaudet olivat pääasiallisena diagnoosina 13 % (n=8) potilaista. Murtumat ja kaatumiset 16 % (n=10) ja sydän- ja verisuonisairaudet 5 % (n=3) potilaista. Muita syitä osastohoitojakson alkaessa oli 5 % (n=3) potilaalla. Muina luokittelemattomina syinä oli mm. haa- vanhoito tai sovittu arviointijakso osastolla. Hoitoon tulon syy tieto puuttui 19 % (n=12) kai- kista potilaista (N=62, 100 %).



Kuvio 9: Hoitoon tulon syy.

7.5 Säästöpäivät

Kyselylomakkeen kysymyksellä 12. kysyttiin, kuinka monta hoitopäivää aikaisemmin potilas olisi voitu siirtää avohoitoon, mikäli tehostetun kotihoidon palvelut olisivat hoitojakson aikana olleet saatavilla. Vastaja arvioivat (taulukko 11.), että puolet (n=31, 50 %) potilaista olisi voitu kotiuttaa alle 24 tuntia varhaisemmin, kun kotiutus tosiasiaassa tapahtui.

Vastajat arvioivat, että 22,6 % (n= 14) potilaista olisi voinut kotiutua osastohoitojaksolta yksi - kaksi vuorokautta varhemmin. Kolmanneksi eniten (n= 12, 19,4 %) varhaisemman kotiutuk- sen arvioitiin olleen mahdollista kolme - viisi vuorokautta varhemmin (n=6, 9,7 %) ja enem- män kuin kuusi vuorokautta varhaisemmin (n= 6, 9,7 %), mikäli tehostetun kotihoidon palvelut olisivat hoitojakson aikana olleet saatavilla.

Taulukosta 12. voidaan havaita, että mikäli tehostetun kotihoidon palvelut olisivat olleet saa- tavilla kotiutusajankohtana, olisi kotiutuvien potilaiden (N=62) laskennallisen keskiarvon pe- rusteella voitu säästää yhteensä 115 laitoshoitovuorokautta.

Taulukko 11: Varhaisempi avohoitoon siirtyminen tehotetun kotihoidon turvin.

Statistics

Kuinka monta hoitopäivää aikaisemmin potilas olisi voitu siirtää avohoitoon?

N	Valid	62
	Missing	0

Kuinka monta hoitopäivää aikaisemmin potilas olisi voitu siirtää avohoitoon tehostetun kotihoidon turvin?

		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1vrk	31	50,0	50,0
	1-2vrk	14	22,6	72,6
	3-4vrk	6	9,7	82,3
	5-6vrk	5	8,1	90,3
	>6vrk	6	9,7	100,0
	Total	62	100,0	

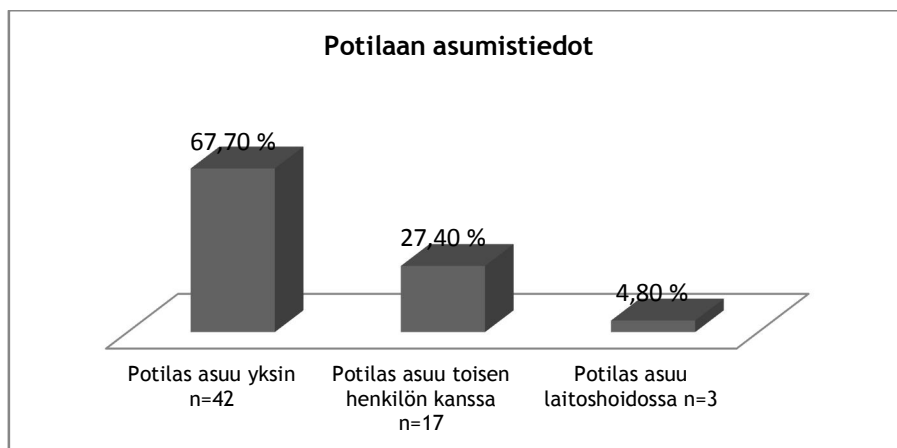
Taulukko 12: Keskimääräiset säästövuorokaudet.

säästö vrk	n	keskimääräiset tunnit	tunnit muutettuna vuorokausiksi	säästövuorokaudet keskimäärin
alle 24h	n=25	12h	372h/24	15,5vrk
1-2vrk	n=10	24h	336h/24	14vrk
3-4vrk	n=4	36h	216h/24	9vrk
5-6vrk	n=5	132h	660h/24	27,5vrk
>6*	n=7	168h	1176h/24	49vrk
yhteensä	N=62			115vrk

*säästöpäivät laskettu seitsemän vuorokauden mukaan

7.6 Potilaiden asumistiedot

Kyselylomakkeen kysymyksellä 13. kysyttiin potilaan asumistietoja (kuvio 10.). 67,7 % (n=42) potilaista asui yksin. Potilaista 27,4 % (n=17) asui toisen henkilön kanssa ja 4,8 % (n=3) asui laitoshoidossa.



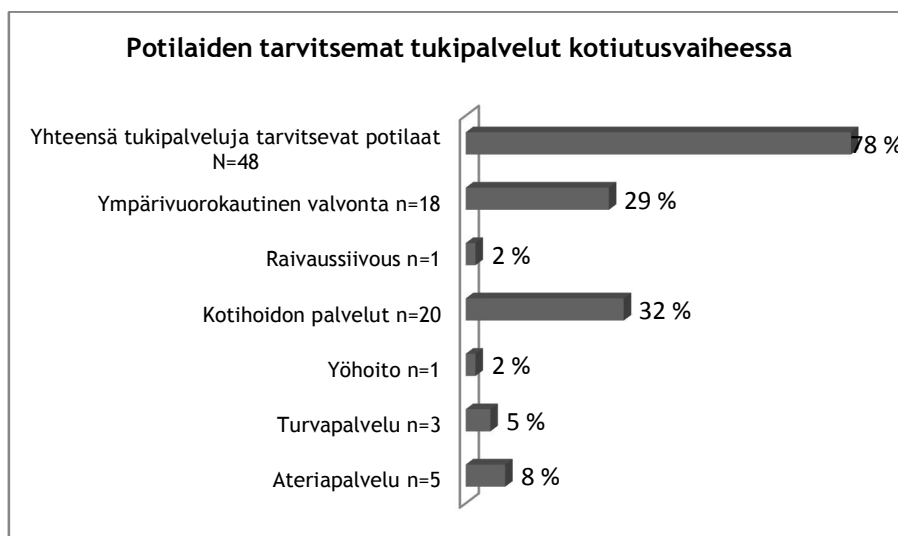
Kuvio 10: Potilaan asumistiedot.

Asumistietojen lisäksi kysymyksellä kartoitettiin kuinka moni potilaista oli ennen laitoshoitajaksolle siirtymistään kotihoidon asiakas. Hoitajaksolla olleista kaikista potilaista (N=62, 100 %) oli kotihoidon asiakkaita 20 % (n=15) enne laitoshoitajakson alkua.

7.7 Potilaan tukipalvelujen tarve

Kyselylomakkeen kysymyksellä 15. kysyttiin hyväksyykö potilas hänelle kotiutumisen tueksi suunniteltuja tukipalveluja. Potilaista 93,5 % (n=53) oli halukkaita vastaanottamaan tukipalveluja kotiutumisen tueksi. Potilaista 6,5 % (n=4) kieltäytyi tukipalveluista kotiutuessaan vuodeosasto hoidosta.

Kuviossa 11. esitetään, millaista tukea kotiutuva potilas tarvitsi turvallisen kotiutumisen tueksi. Kaikista potilaista (N=62, 100 %) 78 % (n=48) tarvitsi kotiutusvaiheessa tukipalveluja. Eniten tarvetta oli kotihoidonpalveluille, joita tarvitsi 32 % (n=20) potilaista. Toiseksi eniten 29 % (n=18) potilaat tarvitsivat turvallisen kotiutumisen tueksi ympärivuorokautista valvontaa. Sii-vouspalvelua ja yöhoitoa tarvitsi yksi potilas kumpaakin (n=1, 2 %). Turvapalvelua tarvitsi kolme potilasta (n=3, 5 %) ja ateriapalvelua viisi (n=5, 8 %) potilasta.

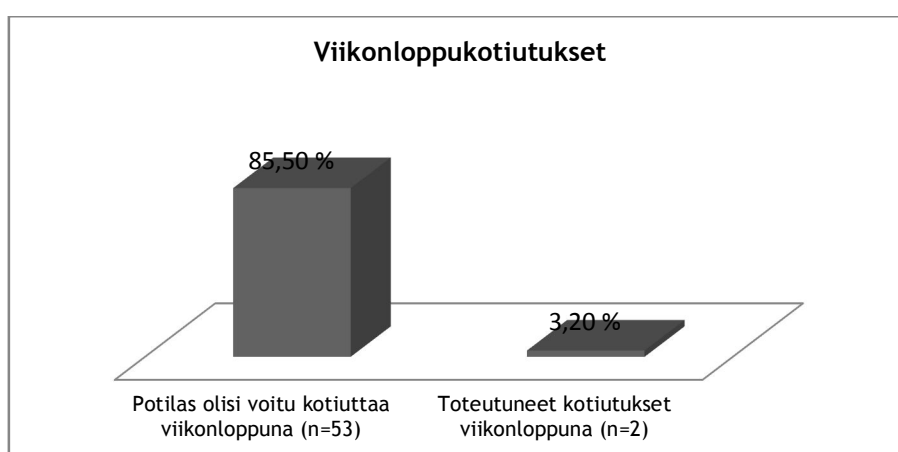


Kuvio 11: Potilaiden kotiutusvaiheessa tarvitsemat tukipalvelut.

7.8 Olisiko potilas voitu kotiuttaa illalla tai viikonloppuna

Kaikista kotiutuksista 54 (87 %) olisi voitu tehdä illta aikaan ja viikonloppuna olisi voitu suorittaa 53 (n=53, 86 %) (kuvio 12.). Toteutuneita viikonloppukotiutuksia aineistokeruun aikana tehtiin kaksi (N=2, 3,2 %).

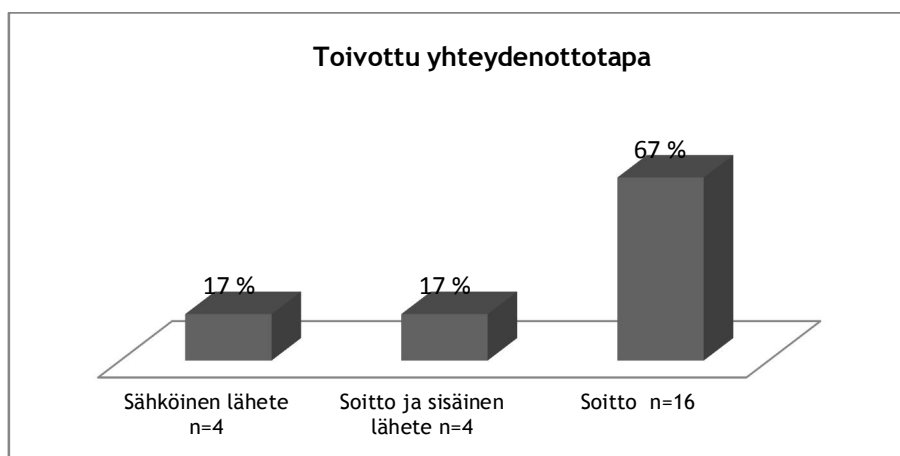
Lomakkeen kysymykset 16 ja 17 koski olisiko potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn näkökulmasta ollut mahdollista kotiuttaa potilas viikonloppuna. Vastaaajien mukaan potilaista 85,5 % (n=53) olisi voitu kotiuttaa viikonloppuna. Aineistonkeruun aikana toteutuneita viikonloppukotiutuksia oli kaksi (n=2, 3,2 %). Jokaiselta osastolta olisi ollut mahdollista kotiuttaa potilaita sekä iltaisin että viikonloppuisin (N=62, 100 %).



Kuvio 12: Mahdolliset ja toteutuneet illta- ja viikonloppukotiutukset.

7.9 Lähetekäytäntö ja toiveet toimintamallin suunnittelutyöryhmälle

Kyselylomakkeen lopuksi lomakkeen täyttäjiä pyydettiin vastaamaan millaista yhteydenotto-tapaa osastojen henkilökunta toivoo tehostettuun kotihoitoon. Kysymys oli lomakkeella muo-toiltu avoimeksi kysymykseksi, jolloin vastaajilla oli mahdollisuus esittää vapaasti toiveitaan koskien yhteydenottoa ja potilaan lähettämistä tehostettuun kotihoitoon. Kysymykseen vasta-si yhteensä 24 vastaajaa (n=24, 100 %). Eniten osaston henkilökunta toivoi yhteydenottoa pu-helimitse (n=16, 67 %). Muita toivottuja yhteydenottotapoja olivat sähköinen lähete (n=4, 17 %) ja sisäinen lähete ja soitto (n=4, 17 %).



Kuvio 13: Toivottu yhteydenottotapa tehostettuun kotihoitoon.

Kyselyn lopuksi vastaajat saivat tuoda esiin ajatuksiaan ja esittää toiveitaan suunnittelutyö-ryhmän jäsenille. Vastaajat toivat esiin moniammatillisen yhteistyön tärkeyden erityisesti toiminta- ja fysioterapiapalveluja toivottiin osaksi tehostetun kotihoidon toimintaa.

"Fysioterapeutin mukaan ottaminen tehostettuun kotihoitoon on tärkeää", "Fysioterapeutin arvioita tarvitaan, kun potilas kotiutuu.", "..pitäisi olla fysioterapeutti, joka vastaanottaisi potilaan...", "Toimintaterapeutti olisi hyvä saada kotikäynnille, jotta potilas saa oikeat apuvälineet liikkumisen tueksi.", "Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan, kotisairaala, kotihoito ja fysioterapia.."

Vastaajat toivat esiin ajatuksiaan siitä, että nykyisellä toimintamallilla potilaita lähetetään liian usein sairaalaan.

"Potilaita lähetetään liian usein päivystykseen... aina ei tarvitse tilata ambulanssia."

"Jos potilaan kunto huononee kotihoito, voisi lisätä käyntejä, ettei potilasta tarvitse lähettää sairaalaan sen vuoksi.."

Vastaajat painottivat myös osaamisen varmistamisen merkitystä sekä riittävää resursointia henkilökuntaan ja välineisiin, jotta tarpeisiin voidaan vastata nopeasti.

"..Riittävästi henkilökuntaa, jotta tarpeeseen voidaan vastata nopeasti.. tarvitaan riittävää koulutustasoa, jotta potilaat pystytään arvioimaan hyvin.. aina ei tarvitse lähettää sairaalaan"

"..panostusta henkilökuntaan.. voimavarakeskeinen ja kuntouttavatyöote on tärkeää, jotta voidaan seurata kotona selviytymistä.." "Pitäisi olla välineet ja tekniikka, jotta sairaalaan-tulo voitaisiin välttää..."

Vuodeosastojen henkilökunta toivoi myös, että yhteistyö uuden tehostetun kotihoidon toimintayksikköön olisi joustavaa ja saumatonta. Myös tiedonsiirron joustavuus ja oikea-aikaisuus nousi esiin vastauksissa. Toisaalta toimintamallin odotetaan olevan tehokasta ja laadukkaasta asiakasnäkökulmasta.

"Joustava yhteistyö.. joustava tiedonsiirto.."

"Toivon hyvää yhteistyötä ja hyvää informointia tehostetun kotihoidon toimintatavoista"

"..jos potilas on ennestään kotihoidon asiakas, olisi hyvä, ettei tarvitsisi tehdä uutta lähetettä, vaan pelkkä soitto riittäisi, "..pitäisi olla nykyistä tehokkaampaa ja enemmän käyntejä..." .. "toivoisi, että potilaat saisivat laadukasta hoitoa..."

8 Kustannusvaikutusten arviointia

8.1 Välittömät kustannukset

Tehostetun kotihoidon toimintayksikkö perustetaan olemassa olevien resurssein, eikä nykyistä toimintaa laajenneta, vaan kohdistetaan uudelleen. Tästä peruseriaatteesta johtuen käyttösuunnitelmissa on budjetoituna suuri osa hoitohenkilöstön palkkakustannuksista. Toiminnan käynnistäminen kuitenkin aikaansaa panosten lisästarpeita jonkin verran myös henkilöstökulujen näkökulmasta, kuten tehostetun kotihoidon esimiehen viranperustamiskustannukset, jotka vuositasolla lisäävät menoja n. 6000 € (esimiehen virka muutettu sairaanhoitajan vakanssista esimiehen viraksi). Henkilöstökuluvaikutuksia on jonkin verran myös osan nykyisin päivätyötä tekevän henkilöstön siirtyessä kaksivuorotyöhön. Tarkka työaikamuutosten aiheuttama kustannusten lisäyksen arviointi ei ole mahdollista, koska selkeää kuvaa ilta- ja viikonlopputyön resursoinnin lisätarpeesta ei toiminnan suunnitteluvaiheessa ole saatavilla. Esimerkin avulla voidaan kuitenkin arvioida kustannusten lisäystä työaikamuodon muuttuessa.

Mikäli tehostettu kotihoidon resursoitaisiin siten, että jokaisena arki-iltana kello 14.00-22.00 maanantaista perjantaihin työssä olisi kaksi sairaanhoitajaa, lauantaisin ja sunnuntaisin, aamu- ja iltavuoroissa yksi sairaanhoitaja, joiden korottamaton tuntipalkka on 15,71€. Tulisi esimerkin mukaisesti laskettuna iltavuoroista hättälisäkorvauksia maksettavaksi 374,40 € kuukaudessa, lauantai aamuvuoroista 87,92 €, sunnuntai aamuvuoroista 439,88 €, lauantai iltavuoroista 251,40 € ja sunnuntai iltavuoroista 592,22 €.

Arviolaskelman mukaan henkilöstökulut lisääntyvät sairaanhoitaja lisäresursoinnin myötä noin 1657,80 € kuukaudessa. Vuositasolla esimerkinmukainen resurssien lisääminen toisi lisäkustannuksia 18998,80 €.

8.2 Tehostetun kotihoidon välituotteiden panosten arviointi

Tehostetun kotihoidon toimintamallin suunnitteluvaiheessa välituotteiden panosten hintaa on vaikea tarkasti arvioida, mutta joitakin suuntaa antavia laskelmia voidaan kuitenkin pyrkiä selvittämään.

Tehostetun kotihoidon toimintamallin myötä tarve leasingautojen hankintaan kasvaa. Kahden leasingauton hankinta hinta (neljän vuoden sopimuksella/maksimikilometrit 60 000km) vuodessa olisi 6540 €. Leasing autojen hankinnassa tulee kuitenkin huomioida näiden positiiviset talousvaikutukset kilometrikorvausten vähenemisen näkökulmasta. Työntekijän oman ajoneuvon käyttökustannuksina korvattava kilometrit olisivat vuositasolla vastaavilla kilometreillä $(0,45\text{e}/\text{km} \cdot 15\,000 \cdot 2)$ 13 500 € vuodessa. Panosmäärään tulee eittämättä vaikuttamaan myös tehostetun kotihoidon toimitilojen vuokrat ja ylläpitokustannukset. Opinnäytetyön tekovaiheessa ei toimitiloja ole vielä määritelty, joten tässä yhteydessä tilojen vuokran arviointi välituotekustannuksena on mahdotonta.

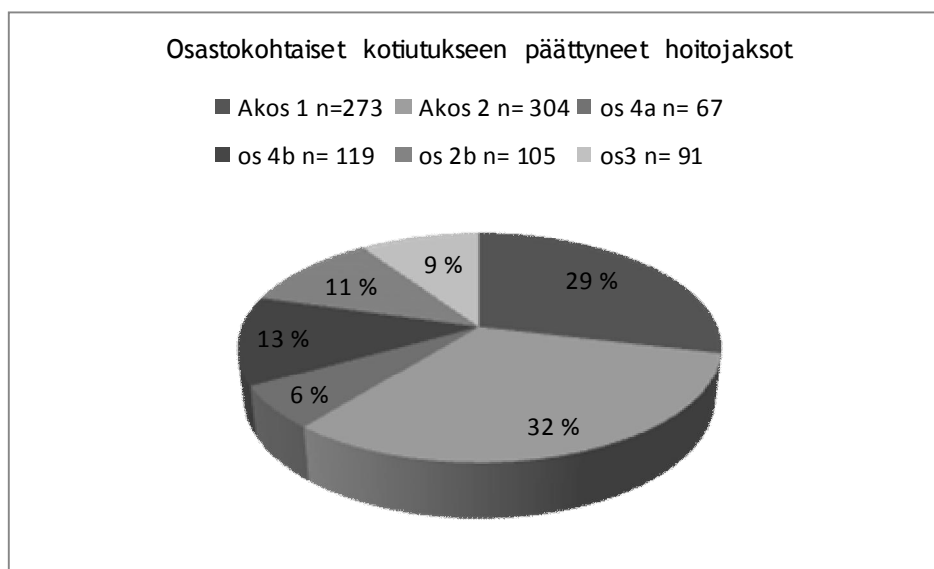
8.3 Toimintamallin tuottavuuden arviointi näkökulmana varhaisempi kotiutuminen

Aineistonkeruun aikana (18.6.2012-22.7.2012) osastoilta kotiutui 62 (N=62,100 %) potilasta (aineistonkeruuaika vuorokausina oli 35 vrk). Vuositasolla aineistonkeruujankohdan mukaan kotiutukseen päättyviä hoitajaksoja tulisi osastoilta olla vuodessa olla 646 kotiutusta, mikäli kotiutusten määrä noudattaisi vuositasolla samaa trendiä kuin aineistonkeruun aikana $(62/35=1,77 \cdot 365=646,05)$

Tammikuussa - syyskuussa 2012 osastoilta, jotka olivat tutkimuksessa mukana (kuvio 14.) kotiutui yhteensä 959 potilasta. Kotiutukset on laskettu seuraavan kaavan mukaan:

Kaava 1: Kotiutusten määrän laskenta.

$$\frac{\text{kotiutusten kuukausittais-} \\ \text{ten keskiarvojen keskiar-} \\ \text{vo}}{100} * \text{päätyneet hoitojak-} \\ \text{sot} = \text{kotiutukseen} \\ \text{päätyneet hoitojaksot}$$



Kuvio 14: Kotiutukseen päätyneet hoitojaksot osastoittain tammi- syyskuussa 2012.

Laskettaessa kotiutusten määrä aikavälillä tammikuu- syyskuu 2012 oli kotiutuksia osastoilta, joissa tutkimusaineisto kerättiin yhteensä 959 (N=959, 100 %) kotiutusta. (tammikuu - syyskuu 2012 yht. 274 vrk) $959/274=3,5*365=1277,5$.

Tarkastellessa kotiutuksien jakautumista suhteutettuna tammikuun - syyskuun aikana toteutuneisiin kotiutuksiin vuositasolla tulisi kotiutukseen päätyviä hoitojaksoja olla yhteensä 1277. Aineistonkeruun aikana kotiutuksia tapahtui osastoilta 1,98 kertaa vähemmän kuin tammikuun - syyskuun aikainen kotiutusten määrä laskennallisesti vuositasolle suhteutettuna oli. ($1277,5/646,05=1,977$). Eron kotiutusmäärissä vuositasolla tarkasteltuna ja aineistonkeruun aikana selittää muun muassa se, että aineisto kerättiin kesälomakaudella, jolloin vastaavilla osastoilla oli käytössään vähemmän henkilökuntaa ja enemmän vuosiloman sijaisia vakituisen henkilökunnan sijaan.

Kyselyn tuloksista ilmeni, että jos tehostetun kotihoidon palvelut olisivat olleet saatavilla kotiutusajankohtana, olisi aineistonkeruun aikana kotiutuvien potilaiden (N=62) laskennallisen

keskiarvon perusteella (taulukko 12.) voitu säästää yhteensä 115 laitoshoitovuorokautta. Laskettuna arvioidut säästövuorokauden euromääräisinä olisi kustannuksissa säästetty 315 49, 10 €. (hoitopäivämaksu sairaalapalveluissa 274,34 €/vrk 115*274,34)

Taulukko 10: Keskimääräiset säästövuorokaudet.

säästö vrk	n	keskimääräiset tunnit	tunnit muutettuna vuorokausiksi	säästövuorokaudet keskimäärin
alle 24h	n=25	12h	372 h/24	15,5 vrk
1-2vrk	n=10	24h	336 h/24	14 vrk
3-4vrk	n=4	36h	216 h/24	9 vrk
5-6vrk	n=5	132h	660 h/24	27,5 vrk
>6*	n=7	168h	1176 h/24	49 vrk
yhteensä	N=62			115 vrk

*säästöpäivät laskettu seitsemän vuorokauden mukaan

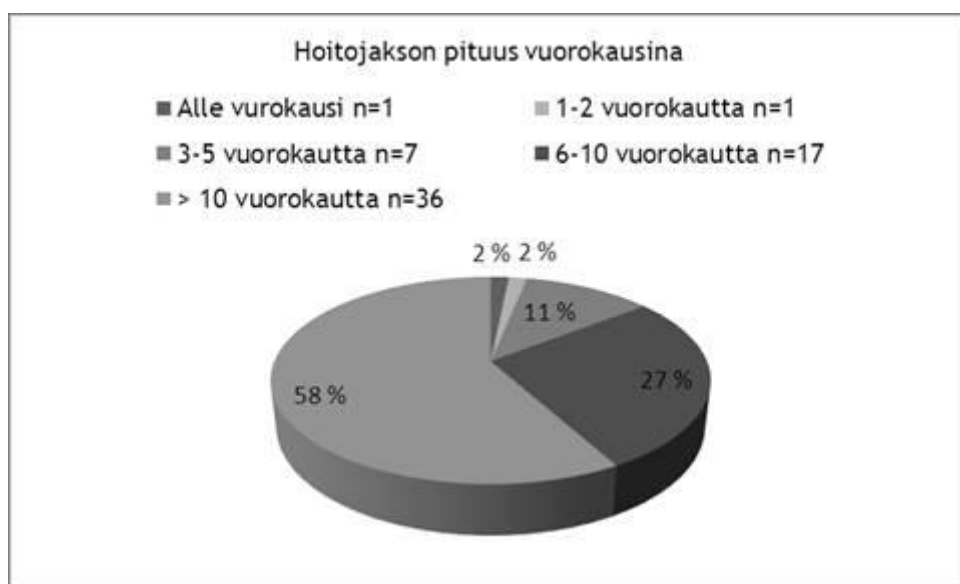
Vahvistettujen asiakasmaksujen perusteella asiakas maksaa lyhyessä laitoshoidossa yhdestä hoitovuorokaudesta ennen maksukatonta täyttymistä 32,60 € hoitovuorokaudesta. Näin ollen palveluntuottajan tulot asiakasmaksuissa arvioitujen säästöpäivien osalta olivat maksimissaan 3749 € (Laskennassa ei ole huomioitu sellaisia potilaita, joilla asiakasmaksukatto on täyttynyt, jolloin asiakasmaksu hoitovuorokaudessa on 15,10 €/hoitovuorokausi).

Edellä kuvatussa tilanteessa palvelutuotannon kustannusten ja tulojen erotus on 27 685,10 €, joka tässä yhteydessä merkitsee euromääräistä säästöä, kun palvelutuotannon kustannuksista vähennetään asiakasmaksuilla saatava tulo. Jotta hoitajaksojen kustannuksia pystyttiin opinnäytetyössä arvioimaan taloudellisten vaikutusten näkökulmasta, tarkasteltiin hoitajaksojen pituutta hoitajaksojen keskimääräisen pituuden perusteella.

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin potilaiden hoitajakson kestoa vuorokausina. Lomakkeen vastausvaihtoehdot oli jaettu viiteen vaihtoehtoon seuraavasti: Hoitajakson pituus alle yksi vuorokausi, yksi - kaksi vuorokautta, kolme - viisi vuorokautta, kuusi-kymmenen vuorokautta tai enemmän kuin kymmenen vuorokautta.

Kuviosta 15. ilmenee potilaiden hoitajaksojen pituus jaoteltuina edellä mainittuihin kategorioihin. Alle vuorokauden pituisia hoitajaksoja oli yhdellä potilaalla (n=1, 2 %) samoin kuin yhden - kahden vuorokauden pituisia hoitajaksoja (n=1, 2 %). Seitsemän potilaan hoitajakso oli pituudeltaan 3 - 5 vuorokautta (n=7, 11 %). Valtaosan (N=62, 100 %) hoitajaksot olivat pituu-

deltaan enemmän kuin kymmenen vuorokautta (n=36, 58 %). 27 % potilaiden hoitajaksoista oli kestoltaan kuusi-kymmenen vuorokautta (n=17, 27 %).



Kuvio 15: Hoitojakson pituudet vuorokausina.

Laskettaessa hoitajaksojen pituuksien keskiarvot oli kaikkien potilaiden (N=62, 100 %) hoitajakset pituudeltaan yhteensä 587,5 vuorokautta (taulukko 13). Hoitajaksojen kustannukset olivat näin ollen yhteensä 161 174,75 €. 588 hoitovuorokaudesta kunnalle maksetaan asiakasmaksuina 36,20 €/hoitovuorokausi, joka keskiarvojen perusteella laskettuna on yhteensä 21 286 €/588 vuorokautta. (Laskennassa ei ole huomioitu sellaisia potilaita, jolla asiakasmaksukatto on täyttynyt, jolloin asiakasmaksu hoitovuorokaudessa on 15,10 €/hoitovuorokausi) Hoitovuorokausien kustannukset, vähennettynä asiakasmaksuilla ovat yhteensä 139 888,75 €.

Taulukko 11: Hoitajaksojen potilaskohtainen keskimääräinen pituus.

vrk	h	n	yht h.	yht vrk.
>24	24	1	24	1
1,5vrk	36	1	24	1
4vrk	96	7	672	28
7,5vrk	180	17	3060	125,5
12vrk	288	36	10368	432
			14148	587,5

Vastaajat arvioivat, että tehostetun kotihoidon palvelujen turvin oltaisi voitu säästää yhteensä 115 hoitovuorokautta. Euromääräinen säästö asiakasmaksut vähennettynä hoitovuorokausissa oli yhteensä 27 685, 10 €. Näin ollen osastohoidon kokonaiskustannuksissa olisi aineistonkeruun aikana voitu säästää 20 %.

8.4 Säästöpäivät vuodessa

Tarkastellessa hoitovuorokausissa aikaansaataavaa säästöä olettaen, että tammi - syyskuun 2012 kotiutusten määrän perusteella vuodessa kotiutuisi 1277 potilasta. Voidaan arvioida tämän potilasmäärän tuottamia hoitopäiväsäästöjä suhteutettuna aineistonkeruun aikana aikaansaatuihin säästövuorokausiin (115vrk/62 potilasta) seuraavasti laskettuna

säästöpäivät aineistonkeruun aikana/kotiutuneet potilaat= X säästöpäivää 35 päivässä
 $365 \cdot x = \text{säästöpäivät vuodessa}$.

*kotiutuvat potilaat vuodessa/ 365pv.=X*1,85= säästöpäivät vuodessa.*

Edellä kuvatulla tavalla laskettuna saadaan tieto, että mikäli potilaita kotiutuisi vuodessa 1277 ja säästöpäiviä kertyisi samassa suhteessa kuin aineistonkeruun aikana kertyisi vuositasolla yhteensä 2362 säästöpäivää. Euromääräisesti $274,34 \cdot 2362 = 647\,991,08$ € (säästöpäivät * hoitovuorokausimaksu sairaalapalveluissa). Asiakasmaksuina (ilman maksukattoa) tuloja saataisiin 2362 säästöpäivästä yhteensä korkeintaan 85 504,40 €. Sairaalapalvelujen hoitovuorokausimaksun ja tuloina saatavien asiakasmaksujen erotus olisi 562 486,68 €. Mikäli 1277 potilaalle kertyisi hoitopäiviä osastolle samassa suhteessa kuin aineistonkeruun aikana kotiutuneille potilaille (9,4 hoitopäivää/potilas, yhteensä 588 hoitopäivää) kertyisi vuodessa hoitopäiviä 12004 hoitopäivää. Potilaiden hoitokajsoista syntyisi näin ollen yhteensä 3 293 177,30 €.

Euromääräinen säästö asiakasmaksut vähennettynä hoitovuorokausissa oli yhteensä 27 685, 10 €. Näin ollen osastohoidon kokonaiskustannuksissa olisi aineistonkeruun aikana voitu säästää 17 %.

9 Luotettavuus ja eettisyys

9.1 Kehittämistyön luotettavuuden arviointi

Reliaabelius ja validius muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Mikäli tutkimuksessa käytetty otos edustaa perusjoukkoa hyvin ja mittauksessa on satunnaisvirheitä niin vähän kuin mahdollista tutkimuksen kokonaisluotettavuutta voidaan pitää hyvänä. Tutkimuksen reliaabelisuksella tarkoitetaan sitä, että tutkimus ei tuota sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen reliaabeliutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota siihen, kuinka hyvin tutkimuksen

otos edustaa perusjoukkoa, mikä on saavutettu vastausprosentti ja kuinka hyvin havaintoyksikköjen tiedot on syötetty sekä siihen minkälaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy.

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa ollaan kiinnostuneita siitä kuinka hyvin tutkija on onnistunut teoreettisten käsitteiden operationalisoinnissa ja kuinka mittarin sisältö, kysymykset, muotoilu ja vastausvaihtoehdot ovat onnistuneet. Mittaria tarkastellaan myös arvioiden kuinka hyvin mittarin asteikko toimii ja millaisia epätarkkuuksia mittariin mahdollisesti sisältyy (Vilka 2007, 149-154.)

Tutkimuksen luotettavuus merkitsee sitä, että tutkimus tieto on kyetty perustelemaan hyvin. Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin liittyy keskeisenä osana myös tutkimustulosten kriittinen arviointi (Lötjönen 1999). Jotta tutkimusta voidaan pitää hyvänä, tulee tutkimuksen noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvää tutkimuskäytäntöä tulee noudattaa koko tutkimusprosessin ajan kysymystenasettelussa, tutkimuksen tavoitteita asetettaessa, aineistoa kerätessä ja käsiteltäessä sekä tutkimuksen tuloksia esitettäessä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös, että tutkimuksessa ei loukata tiedeyhteisöä, hyvää tieteellistä tapaa tai tutkittavaa kohdetyhmää (Vilka 2007, 90)

Opinnäytetyölleni myönnettiin tutkimuslupa Vantaan kaupungilta 21.5.2012. Kohdeorganisaatiolle lähetettiin tutkimuslupahakemus, jonka liitteenä oli tutkimussuunnitelma, saatekirje ja kyselylomake. Tutkimuslupahakemuksessa sitouduin siihen, että työn valmistuttua annan työni kohdeorganisaation käyttöön ja heillä on oikeus antaa tutkimustani koskevaa tietoa myös ulkopuolisille. Lisäksi tutkimuslupahakemuksessa allekirjoituksellani vahvistin, että kyselylomake ei sisällä minkäänlaisia tunnistetietoja ja kerätty aineisto suojataan ja arkistoidaan määräajaksi ilman tunnistetietoja ja salasanalla suojattuna tietokoneelle. Oman opinnäytetyöni teen omalle työpaikalleni, jolloin vaarana tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta saattaa olla objektiivisuus.

Vilkan (2007, 16.) mukaan tutkittavan ja tutkijan niin etäinen suhde kuin mahdollista lisää sekä tutkimusprosessin että tutkimustulosten luotettavuutta. Opinnäytetyön aineistonkeruu vaiheessa pyrin siihen, että oma asemani työyhteisössä ei vaikuta vastausten sisältöön. Tutkimus esiteltiin osastonhoitajille osastonhoitajakokouksessa ja kyselylomake saatekirjeineen käytiin yhteisesti läpi. Tämän jälkeen jokaisen osaston osastonhoitaja käsitteli asian vielä omilla osastotunneilla, jonka jälkeen lomakkeet luovutettiin täyttäjille.

Anttilan (2007) mukaan jo ennen tutkimuksen käytännön toteutusta tutkijan tulee pohtia omaa suhdettaan tutkittavaan ilmiöön. (Anttila 2007, 22-25.) Opinnäytetyössäni tavoitteenani on arvioida myös omaa rooliani laajasti. Arvioinnin uskon tapahtuvan kuvaten omia tehtäviäni

suhteessa toiminnan kehittämiseen ja johtamiseen. Tämä on mielestäni merkityksellistä, koska joissakin tapauksissa tutkimuskohteen tuttuus voi vinouttaa tutkijan näkemyksiä tutkimuskohteeseen. Joskus arvioija on niin läheisessä suhteessa arvioitavaan, ettei hän kykene huomioimaan oman näkökulmansa vinoutumista. Keskeistä on, että arvioija omaa tarkoituksenmukaisen ymmärryksen arvioinnin kohteen toimintalogiikasta (Anttila 2007, 83.)

9.2 Käytettävän mittarin luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden perustana on mittarin sisältövaliditeetti. Tutkimuksen on mahdotonta tuottaa luotettavia tuloksia, mikäli mittari ei mittaa haluttua ilmiötä tai mittari on väärin valittu. Sisältövaliditeettia arvioitaessa tarkastellaan mittaako mittari oikeaa ilmiötä, onko käsitteet operationalisoitu oikein, onko valittu oikea mittari ja millainen mittarin teoreettinen rakenne on. Mittarin kykyä mitata oikeaa ilmiötä arvioidaan mittarin kattavuutta tarkastelemalla. Keskeistä on, ettei tutkimusilmiön osa-alueita jää mittaamatta. Suosituksena on käyttää olemassa olevia standardoituja ja testattuja mittareita. Teoreettisten käsitteiden operationalisointi on vaativa osa mittarin rakentamista ja edellyttää mm. huolellista kirjallisuuteen perehtymistä. Operationalisoinnin tueksi voidaan käyttää asiantuntija paneelia, joka omalta osaltaan arvioi mittarin muuttujien operationalisoinnin onnistumista (Vehviläinen & Julkunen ym. 2010, 152-153.) Omassa opinnäytetyössäni tutkimusilmiö oli sen kaltainen ja niin sidottuna tutkimusympäristöön, ettei valmiin mittarin käyttäminen ollut mahdollista vaan opinnäytetyön toteuttaminen vaati mittarin rakentamista juuri tähän kehittämishankkeeseen. Omassa työssäni operationalisoinnin onnistumisen arvioimiseksi käytettiin juuri asiantuntija ryhmä joka koostui osastonhoitajista, sairaalapalvelujen ylihoitajasta, avopalvelu päälliköstä, kotiutushoitajista ja henkilöstön edustajistosta. Myös omassa työssäni mittari esitettiin, jolla tarkoitetaan sitä, että tämän toimivuutta ja luotettavuutta arvioitiin ennen tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Validiteetin heikoin muoto on näennäisvaliditeetti, joka tutkija ja asiantuntija paneelin tekemään mittarin luotettavuuden arviointiin. Ennen mittarin käyttöä näennäisvaliditeettia arvioidaan, mikä mahdollistaa tutkimuskohteen ja asiantuntijoiden arvioinnin mittarin luotettavuudesta (Vehviläinen & Julkunen ym. 2010, 154.) Omassa opinnäytetyössäni näennäisvaliditeettia tarkasteltiin verraten työryhmän näkemyksiä mittarista verrattuna esitestauksessa saatuun palautteeseen mittarin toimivuudesta.

Tämän opinnäytetyön sisäistä validiteettia parantaa osaltaan myös opinnäytetyön tekijän lähes kymmenen vuoden kokemus kotihoitotyöstä, kotihoidosta toimintaympäristönä sekä kotihoidon kehittämishankkeista. Toki edellä kuvattu voi myös toimia myös validiteettia heikentäen, koska toimintaympäristö sekä tutkimusilmiö ovat läheisessä vuorovaikutuksessa opinnäytetyön tekijään päivittäisessä työssä. Opinnäytetyössä tätä pyrittiin ennaltaehkäisemään tut-

kimalla juuri potilaiden kotiutumista vuodeosastoilta, jolloin osastojen henkilökunta, potilaat sekä toimintaympäristö on työn tekijälle melko vieraita.

9.3 Tutkimuksen eettisyyden arviointi

Tutkimustyö kietoutuu monin tavoin tutkimusetiikkaan, eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen (Vilkkä 2005, 29) Tieteellisen toiminnan ytimenä on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, jonka avulla pyritään vastaamaan kysymyksiin sellaisista säännöistä, joita tutkimuksessa pitää noudattaa (Kankkunen ym. 2010, 172.) Eettiset kysymykset ovat tärkeitä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, esimerkiksi hoitotieteessä. Tutkimuksen tulokset julkaistaan avoimesti ja rehellisesti siten, että tutkittavien tietosuoja säilytetään (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavat oleellisesti myös tutkimustulosten julkaisun rehellisyys ja esitettyjen tulosten luotettavuus (Krause & Kiikkala 1996.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen eettisyyttä pyrittiin edistämään noudattamalla tieteellisen toiminnan eettisiä ohjeita, Laurea ammattikorkeakoulun eettistä ohjeistusta sekä toimimaan tutkimusluvassa sitouduttujen sääntöjen mukaisesti.

10 Johtopäätökset

Tehostetun kotihoidon palvelutuotannon kustannuslaskennalla on keskeinen osa uuden toimintamallin tuottavuutta arvioitaessa. Ennen toimintamallin käynnistämistä on hyvä tunnistaa millaisiin tuotantotekijöihin tulee alusta saakka kiinnittää huomiota. Olennaista sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuustarkastelussa mieltää, että toimintamallin hoitajalähtöisyyden vuoksi keskeistä on kiinnittää huomiota prosessien toimivuuteen sekä henkilökunnan osaamisen kehittämiseen. Johtamistyöllä voidaan todeta olevan tärkeä merkitys, jotta toiminta on laadukasta, vaikuttavaa ja kokonaistuottavuudeltaan edullista. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia Johan Groopin (2012) väitöstutkimuksen kanssa, jonka päämääränä oli parantaa kotihoidon tuottavuutta. Kotihoidon palvelujen kysynnän kasvaessa tulee kyetä hoitamaan yhä enemmän asiakkaita heikentämättä palvelujen laatua. Groopin mukaan kotihoidon tuottavuutta voidaan nostaa kahdella eri tavalla: Tuottamalla enemmän laatustandardoituja palveluita nykyisin resurssein eli hoitamalla enemmän asiakkaita tai tuottamalla nykyiset kotihoidon palvelut vähemmällä resursseilla vähentämällä kapasiteettia. Tehostetun kotihoidon palvelujen voidaan siis ajatella osaltaan lisäävän kotihoidon tuottavuutta, kun asiakaskunta laajenee, laitoshoidon käyttö vähenee ja erityisesti, kun henkilöstöresurssit pohjautuvat asiakaslähtöiseen tarpeeseen ympärivuorokauden.

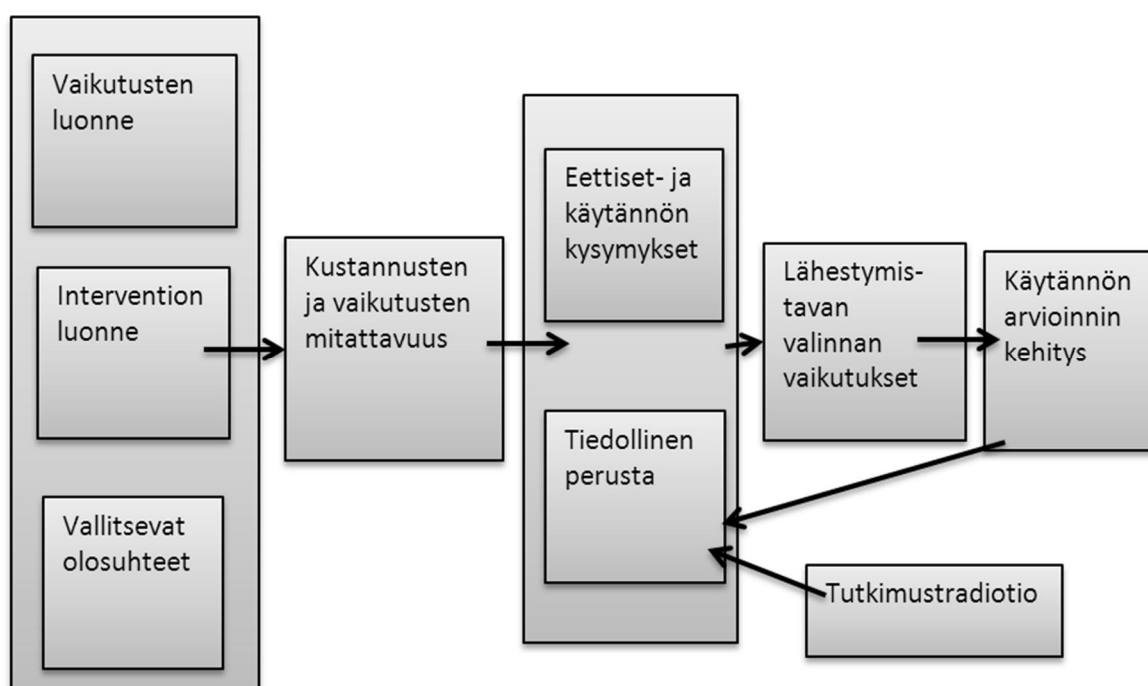
Opinnäytetyön yhtenä keskeisenä tuloksena voidaan pitää havaintoa siitä, että Vantaalla potilaiden kotiutusprosessia tulee tarkastella edelleen ja pyrkiä edistämään toimijoiden joustavuutta, jotta tuottavuus kasvaisi. Tutkimustuloksista ilmenee, että sekä potilaiden näkökulmasta, että vuodeosastojen mahdollisuuksien näkökulmasta potilaita voitaisiin kotiuttaa kello 16.00 jälkeen iltaisin sekä viikonloppuisin. Jotta vuodeosastojen potilaskuormaa voitaisiin jatkossa vähentää, tulisi vanhusten avopalveluissa pohtia miten tehostettu kotihoito yhdessä kenttäkotihoiton kanssa kykenisi tulevaisuudessa vastaanottamaan kotiutuvia potilaita myös virka-ajan ulkopuolella. Tulosten perusteella tuottavuus- ja vaikuttavuusnäkökulmasta tulee toimintamallin varhaisessa vaiheessa kiinnittää laajalti huomiota asiakkaaksi tuloprosessin toimivuuteen, myös Tepponen 2009 väitöskirjassaan korostaa palveluketjujen saumattomuutta kaikissa asiakkuuden vaiheissa.

Aineistonkeruun aikana potilaista, jopa 78 % tarvitsi kotiutumisen tueksi erilaisia tukipalveluja. Jotta varhaisempi kotiutumien laitoshoidosta mahdollistuisi, tulee tehostetun kotihoidon kehittää yhteistyötä kotiuttavien osastojen kanssa. Kotiutusprosessissa olennaista on toimintojen joustavuus ja ennakoitavuus. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että kotiutusprosessin joustavuutta edistää tukipalvelujen tarpeen kartoitus potilaan ollessa vielä laitoshoidossa ennen kotiutuksen toteutusta. Erilaisten tukipalvelujen tuottaminen kotihoidon asiakkaille lisää kustannuksia Vanhusten avopalveluihin. Kustannusten hillitsemisen näkökulmasta ensiarvoisen tärkeää on jatkuvasti arvioida asiakkaan todellista tarvetta tukipalveluille. Tukipalveluja tulee lisätä ja vähentää asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten perusteella. Myös tukipalvelujen aiheuttamien kustannusten hillitsemisessä tehostetun kotihoidon hoitajien osaamisella voidaan todeta olevan keskeinen rooli. Kyky arvioida asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia on riippuvainen kunkin hoitajan arviointikyvyistä.

10.1 Tutkimusprosessin arviointi

Taloudellisen arvioinnin haasteina voidaan sosiaali- ja terveysalalla pitää muun muassa interventioiden moninaisuus. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ja taloudellisten vaikutusten rinnakkain tarkastelu on haasteellista. Toiminnan todelliset vaikutukset saattavat myös näyttäytyä vasta pitkällä aikavälillä. Kuviossa 16. esitetään sellaisia selittäviä tekijöitä, jotka voivat rajoittaa sosiaali- ja terveysalalla toteutettujen taloudellisen arviointien vähäisyyttä. Toiminnan vaikutukset ja toimintaympäristön olosuhteet voivat myös olla niin moninaisia, että näitä on haastavaa tarkastella talousnäkökulmasta. Jokainen asiakas on myös yksilö, jonka palvelukokonaisuus on rakennettu asiakkaan henkilökohtaista tarvetta vastaavaksi. Niinpä tarkkaa tuottavuutta on lähes mahdotonta laskea parhaimmallaan taloustieteen menetelmällä. Sosiaali- ja terveyspalveluissa saatetaan myös vierastaa taloustieteen käsitteiden tuomista oman

alan tutkimukseen. Omassa opinnäytetyöprosessissa asenteet taloudellista tutkimusta kohtaan tuli esiin lähes kaikissa tutkimusenteko vaiheessa. Opinnäytetyöprosessin vaiheissa havaitsin myös, että päätöksenteossa ei ole useinkaan vaadittu taloudellista arviointia perusteimaan projektien ja toimintamallien käyttöönottoa. Painopiste sosiaali- ja terveyspalveluissa luonnollisesti on elämänlaatuun ja terveyteen liittyvissä perusteissa. Yhä tiukentuneessa taloustilanteessa kuitenkin olisi ensiarvoisen tärkeää nostaa myös taloudellinen kestäväkehitys tarkastelun kohteeksi. Toisaalta kuten omassa opinnäytetyössäni havaitsin, on taloudellisen arvioinnin keinoja vaikea käyttää uuden sosiaali- ja terveyspalvelun toimintamallin vaikuttavuuden arviointiin. Opinnäytetyötä tehdessä havaitsin, että ennakoarviointia on erityisen vaikeaa suorittaa. Opinnäytteen näkökulmasta olisi merkittävästi yksinkertaisempaa arvioida toimintaa, josta on saatavilla selkeitä toiminta- ja taloustilastoja. Tilastojen avulla syvällisempi vaikuttavuuden tutkimus olisi melko yksinkertaista toteuttaa. Ennakoarvioinnissa ei pystytä arvioimaan asiakkaan terveydessä tai elämänlaadussa todennettuja muutoksia, (vaikuttavuus) vaan arviointi perustuu yksinomaan oletuksiin.



Kuvio 16: Taloudellisen arvioinnin haasteita.

Kokonaisuutena tutkimuksen tekeminen oli mielenkiintoinen ja opettava prosessi. Jälkeenpäin tarkasteltuna prosessin vaiheet eivät edenneet ongelmitta. Ensimmäiset haasteet nousivat esiin jo kirjallisuuskatsausta tehdessä. Tämänkaltaisia kustannusvaikuttavuus tutkimuksia oli saatavilla niukasti teoreettisen viitekehyksen luomiseksi. Lisäksi haasteita aikaansai käsitteiden määrittely, ymmärrys sekä näiden soveltaminen oman tutkimustyön kontekstiin. Opinnäyte-

työssä käytetyt käsitteet ovat osin terveystieteistä ja osin taloustieteen käsitteitä ja näiden yhteensovittaminen osoittautui melko haastavaksi. Lisäksi opinnäytetyön aineistonkeruu vaihe ei sujunut ongelmitta. Alkuperäinen tarkoitus oli kerätä tutkimusaineistoa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta, mutta henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneiden äkillisten ongelmien vuoksi tutkimusaineiston keruu rajoittui vain perusterveydenhuollon osastoille. Omat tavoitteeni tutkinnon suorittamiselle sekä opinnäytetyön valmistumiselle myös muuttuivat näiden ongelmien myötä ja saivat tutkimusprosessin etenemisen tuntumaan vaiheittain raskaalle. Prosessin eri vaiheissa esiintyneistä haasteista huolimatta prosessi eli mukana ajatuksissa koko ajan huolimatta niistä prosessin vaiheista, joissa näkyvää etenemistä ei saatukaan aikaan. Tutkimusaiheen uudenlainen lähestymistapa piti koko prosessin ajan yllä mielenkiintoa ja innostusta niin tutkimuksen aihetta kuin tutkimustyötä kohtaan.

Koin kyselylomakkeen laadinnan vaikeaksi toteuttaa. Työryhmän jäsenissä oli mukana osastonhoitajia ja ylihoitajia, jotka työskentelevät niillä osastoilla, joissa kysely toteutettiin. Työryhmän jäsenet toivovat lomakkeen olevan nopeasti täytettävä ”rasti ruutuun” tyyppinen kysely, jotta henkilöstön kuormittuminen tutkimukseen osallistumisesta jäisi niin vähäiseksi kuin mahdollista. Opinnäytetyön luotettavuuden ja yleistettävyyden näkökulmasta tarkasteluna kyselylomakkeen olisi ollut viisainta olla merkittävästi tarkempi. Mikäli muun muassa hoitajaksojen pituutta olisi mitattu lomakkeella siten, että vastaajat olisivat kirjanneet ylös täsmällisesti toteutuneet hoitovuorokaudet, olisi tulososiossa saatu aikaan tarkemmat euromääräiset säästöt keskiarvoihin perustuvan laskentatavan sijaan.

11 Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Hyvinvointi- ja terveystalouden taloudelliselle tutkimukselle on yhä kasvava tarve. Pääosin kuntien vastuulla olevien terveys- ja hyvinvointipalvelujen rahoitus on viime vuosina kiristynyt. Tällöin esiin nousee kysymys siitä, kuinka olemassa olevia voimavaroja voidaan käyttää mahdollisimman tehokkaasti. Oletettavaa on, että tehostetun kotihoidon toimintamallin käyttöönoton myötä palveluketjut tulevat entistä toimivimmaksi, kun jo olemassa olevia toimintoja kyetään yhdistämään ehyeksi kokonaisuudeksi. Kyetäksemme vastaamaan lisääntyneeseen palveluntarpeeseen sosiaali- ja terveystalouden haasteena tulevaisuudessa on pohtia uudenlaisia tapoja tuottaa ikääntyneiden palveluja. Rahoituspohjan heikkeneminen ja yleinen taloudellinen tilanne edellyttävät monitasoista tarkastelua toimintaa suunniteltaessa. Alalle ominaisten toimintojen monimuotoisuus, asiakkaiden tarpeet ja tulevat lainsäädännön muutokset edellyttävät yhä huolellisempaa palvelurakenteiden, prosessien ja palvelujen vaikuttavuuden tarkastelua. Jotta kotihoidon tuottamat palvelut olisivat vaikuttavia, tulee näiden jatkossa olla entistä joustavampia ja saumattomampia. Palvelujärjestelmän joustavuuden rakentaminen on tehtävänä työläs ja aikaa vievä, mutta mahdollistaa pitkällä aikavälillä pal-

velujen vaikuttavuuden kasvun sekä nykyistä kustannustehokkaammat toiminnot. Järjestämällä kotiin vietäviä palveluja uudella tavalla positiivisten taloudellisten vaikutusten lisäksi edistetään asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun sekä edistetään asiakkaan valinnanvapauden lisääntymistä palvelujärjestelmässä.

Tehostetun kotihoidon suunnittelutyö Vantaalla perustui vantaalaisten ennustettavissa olevaan nopeaan väestön ikääntymiseen ja ikääntyneen väestön palvelutarpeen lisääntymiseen. Suunnittelutyössä oli merkityksellistä huomioida palvelujen laatutekijöiden rinnalla tavoite luoda taloudellisesti kestävä ja vaikuttava toimintamalli. Tehostetun kotihoidon toimintamalli käynnistyi Vantaalla 1.4.2013. Kokemukseen perustuvaa tietoa ei näin ollen ole vielä saatavilla, mutta suunnittelutyön rinnalla tehdyn opinnäytetyön tulokset antavat viitteitä siitä, että tehostetun kotihoidon toimintamallin turvin voimme tulevaisuudessa odottaa laitoshoitopaikkojen tarpeen vähenevän nykyisestä, mikäli saamme kotiutusprosessin nykyistä toimivammaksi.

Taloudellinen tutkimus perustuu usein kokeellisiin menetelmiin ja arvioinnissa kiinnitetään huomiota vaikutusten ja käytettyjen panosten suhteeseen. Eittämättä panoshintojen ja vaikutusten arviointi on merkityksellistä, mutta kokemukseni mukaan ensiarvoisen tärkeää olisi tutkia prosessien toimivuutta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuden tarkastelun jokaisessa vaiheessa tulisi pitää mielessä toiminnan hoitajalähtöisyys ja asiakaskunnan moninaisuus. Tulevaisuudessa tulisi kehittää sellaisia mittareita joiden avulla voitaisiin tutkia kuinka vaikutukset ovat syntyneet, millaiset taustatekijät tuloksiin vaikuttavat ja kuinka palveluketjut toimivat. Opinnäytetyön aihetta voisi tulevaisuudessa lähestyä myös kvalitatiivisin menetelmin. Toimintamallin vaikutuksista asiakkaan valinnanvapauden lisääntymiseen ja palvelujen laadun näkökulmasta voidaan saada induktiivisen lähestymistavan avulla, kun toiminta on ollut käynnissä jo jonkin aikaa. Toisaalta tämän opinnäytetyön ex ante luonteen vuoksi myös taloudellista vaikuttavuutta olisi syytä jo lähitulevaisuudessa pyrkiä mittaamaan tarkemmin.

Jatkossa pidän tärkeänä, että alan koulutuksessa pitäisi enemmän herätellä opiskelijoita pohtimaan sitä, kuinka voimme uusia työtapoja kehittämällä, joustamalla rajapinnoissa ja haasteisiin tarttumalla vaikuttaa siihen, että kykenemme tekemään myös taloudellisesti kestäviä valintoja ja tuottamaan myös tulevaisuudessa tarpeelliset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut ikääntyneelle väestölle.

Valtakunnallisella tasolla tulee lähitulevaisuudessa alkaa suunnitella laajemmin toimintoja, joiden turvin ikääntyneen henkilön on mahdollista asua omassa kodissaan silloinkin, kun toimintakyvyssä tapahtuu äkillisiä muutoksia. Tulevaisuudessa tarvitsemme enenevästi turvallisuutta edistäviä ja kuntouttavia palveluja, jotka tuotetaan joustavasti ja saumattomasti yli rakenteiden.

Lähteet

- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anthony, M.K. & Hudson-Barr, D.C. 1998. Successful Patient Discharge. A Comprehensive Model of Facilitators and Barriers. *Journal of Nursing Administration* 28 (3).
- Brent, R. 2006. Applied cost-benefit analysis. 2. painos, Cheltenham: Edward Elgas publishing. (Google kirja) viitattu 30.3.2012
- Byford, S., Hills, J., Knapp, M., Sefton, T. 2004. Making the most of it- Economic evaluation in the social welfare field. Suomennettu versio. Taloudellinen arviointi sosiaalialalla. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES
- Groop, J. ym. 2012. Palvelujärjestelmän rakennemuutos ja uudet toimintatavat PARETO-kehittämishanke 2008-2012 loppuraportti. Hema instituutti, Helsinki. Unigrafia Oy
- Groop, J. 2012. Theory of Constraints in Field Service - Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. Väitöskirja. Helsinki: Aalto-yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Porvoo: WSOY.
- Jester, R. & Turner, D. 1998. Hospital at home: the bromsgrove experience. *Nurs Stand*, 1998. 4-10; 12 (20): 40-2.
- Kaila, M., Mäkelä, M., Booth, N., Aronen, P., Jula, A., Klaukka, T., Kukkonen-Harjula, K., Reunanen, A., Rissanen, P., Sintonen, H. (2008). Käypä hoito -suositusten juurruttaminen terveydenhuoltoon voi parantaa huomattavasti kustannusvaikuttavuutta. *Suomen Lääkärilehti* 63 (15), 1423-1427.
- Kangasharju, A. 2008. Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä 1.-2 painos. Helsinki: WSOYpro.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Korhonen, S., Julkunen, I., Karjalainen, P., Muuri, A. & Seppänen-Järvelä, R. 2007. Arviointi ja hyvät käytännön sosiaalipalveluissa. Asiantuntijoiden pohdintoja tulevasta. Raportteja 16/2007. Stakes. Helsinki: Valopaino Oy.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. 2005. Näkö-kulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Viitattu 7.11.2010. [http://www.health.fi/timage.php?i=100269 & f=1 & name=N%E4k%F6kulmia+vaikuttavuusarviointiin.pdf](http://www.health.fi/timage.php?i=100269&f=1&name=N%E4k%F6kulmia+vaikuttavuusarviointiin.pdf)
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kuuden suurimman kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu 2011. Viitattu 30.10.2011. http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/Vanhuspalvelut/Vanhuspalvelujen_Kuusikko-raportti_2011.pdf

- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laine, J. & Valtonen, H. 2004. Hoivapalvelujen tuottavuudesta ja laadusta. Julkaisussa yhteiskuntapolitiikka. 4/2004. Helsinki: Stakes.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta. Viitattu 10.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>
- Leinonen, T., Pekurinen, M., Räikkönen, O. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Stakes. Helsinki: Valopaino Oy.
- Lötjönen, S. (toim.) Tutkijan ammattietiikka. 1999. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepoliittikan osaston julkaisusarja. Helsinki: Opetusministeriö.
- Meklin, P. 2002. Valtion talouden perusteet. HAUS, Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.
- Pahikainen, T. 2000. Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pietarinen, J. (toim.) 2002. Eettisen perusvaatimuksen tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R., & Pietarinen, J. Tutkijan eettiset valinnat. Gaudeamus kirja: Tampere: Tammerpaino.
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki. Yliopistopaino.
- Stakes. Kotihoidon laskenta 30.11.2010 Tilastoraportti. Viitattu 10.3.2012. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr22_11.pdf
- Stakes. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Viitattu 17.10.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf
- Suomenkielinen hoidokki verkkosanasto. Viitattu 21.10.2011. http://www.hoidokki.fi/index_fin.html
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Akateeminen väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- The Merriam-Webster Unabridged Dictionary. Viitattu 21.10.2011. <http://www.merriam-webster.com>
- Toikko, T. & Rantanen, Teemu. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedon tuotantoon. Tampere: Tampereen yliopiston paino.

Torrance, GW. 1997. Preferences for health outcomes and cost-utility analysis. *The American Journal of managed care* 3:8.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Kaksi skenaariota hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999-2030. Julkaisussa *yhteiskuntapolitiikka* 4/2002. Helsinki: Stakes.

Vehviläinen-Julkunen, K., & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M., & Vehviläinen-Julkunen, K., (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Vilka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. 2007. *Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen*. Helsinki: Edita.

Visakorpi, P. 2002. Hyvän kotisairaaloiminnan vaatimukset ja edellytykset. Pro Gradu-tutkielma. *Terveystieteiden tutkimuskeskus*. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Kuopion yliopisto.

YSA-yleinen Suomalainen asiasanasto. Viitattu 21.10.2011.
<http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/index.html>

<http://Vantaa.fi>. Viitattu 16.10.11.

Kuviot

Kuvio 1: Tuottavuuden ulottuvuudet.....	20
Kuvio 2: Kustannusvaikuttavuuden arvioinnin ulottuvuudet. (Mukailtu Byford ym. 2004. 99.)	21
Kuvio 3: Palvelua kuvaavat indikaattorit.	24
Kuvio 4: Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 30.11. Vuosina 2009 - 2010 (% vastaavan ikäisestä väestöstä).	25
Kuvio 5: Säännöllisen kotihoidon asiakkaat 2009 - 2011.	26
Kuvio 6: Vastaajan ammatti.....	29
Kuvio 7: Potilaiden sisäänkirjauksen ja uloskirjauksen jakaantuminen viikonpäivien kesken.	32
Kuvio 8: Potilaiden osastohoitojakson ja kotiutumisen kellonajat.....	33
Kuvio 9: Hoitoon tulon syy.	35
Kuvio 10: Potilaan asumistiedot.....	37
Kuvio 11: Potilaiden kotiutusvaiheessa tarvitsemat tukipalvelut.	38
Kuvio 12: Mahdolliset ja toteutuneet ilta- ja viikonloppukotiutukset.....	38
Kuvio 13: Toivottu yhteydenottotapa tehostettuun kotihoitoon.	39
Kuvio 14: Kotiutukseen päätyneet hoitojaksot osastoittain tammi- syyskuussa 2012.	42
Kuvio 15: Hoitojakson pituudet vuorokausina.	44
Kuvio 16: Taloudellisen arvioinnin haasteita.....	50

Kaavat

Kaava 1: Kotiutusten määrän laskenta.....	42
---	----

Taulukot

Taulukko 1: Opinnäytetyössä käytettävät käsitteet.	17
Taulukko 2: Yli 65 vuotta täyttäneen väestön rakennemuutos vuosina 2010 - 2011.....	25
Taulukko 3:Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärän kasvu Vantaalla 2009 - 2011 (75 vuotta täyttäneet).....	26
Taulukko 4: Ikääntyneiden määrän muutos Vantaalla 2010 - 2011.	27
Taulukko 5: Kotiutuneiden potilaiden ikäjakauma.....	30
Taulukko 6: Potilaiden sukupuoli.....	30
Taulukko 7: Hoitava vuodeosasto.	31
Taulukko 8: Potilaan asumistiedot ennen hoitajakson alkua.....	31
Taulukko 9: Hoitajakson pituus.....	33
Taulukko 12: Keskimääräiset säästövuorokaudet.	43
Taulukko 13: Hoitajaksojen potilaskohtainen keskimääräinen pituus.	44

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake 1/2

Liite 3 Kyselylomake 2/2

Liite 1 Saatekirje



Vantaa

Vanhus- ja vammaispalvelut
Vanhusten avopalvelut

05.06.2012

Hyvä yhteistyökumppani

Vantaalla kehitetään uutta tehostetun kotihoidon toimintamallia, jonka tavoitteena on potilaiden varhaisempi kotiutuminen sairaalasta. Muita tavoitteita toimintamallille on tehostaa palveluita entistä ennaltaehkäisevämmäksi, jotta joissakin tapauksissa asiakkaan siirtyminen sairaalahoitoon kyettäisiin ennaltaehkäisemään avohoidon tuen turvin mm. tarjoamalla lyhytaikaista akuuttihoitoa asiakkaan kotiin.

Suunnittelun tueksi toivoisimme teiltä apua arvioidessamme ennakkoon uuden toimintamallin tarvetta ja vaikuttavuutta. Saatekirjeen ohessa on kyselylomake, joita toivomme teidän täyttävän ajalla 18.06.2012- 22.07.2012. Vastausajan päätyttyä täytetyt lomakkeet pyydetään lähettämään vastauskuoressa 29.07.2012 mennessä osoitteeseen:

Kotihoidon esimies
Hanna Brotkin
Kielotie 11 d 2krs.
01300 VANTAA

Pyydämme teitä täyttämään lomakkeen kaikista yli 60-vuotiaista potilaista, jotka kotiutuisivat kotihoidon palvelujen turvin tai joilla jo on kotihoidon palveluita.

Mikäli teillä ilmenee kysyttävää toimintamallin suunnittelusta tai kyselylomakkeesta olkaa ystävällisesti yhteydessä sähköpostilla tai puhelimitse: hanna.brotkin@vantaa.fi tai p. 0400 703 841

Tehostetun kotihoidon suunnittelutyöryhmän puolesta

Sairaalapalveluiden ylihoitaja
Anna-Maija Liedenpohja

Kotihoidon päällikkö
Tuula Ekholm

Liite 2 Kyselylomake (1/2)



Vantaa

Lomakkeen täyttöpäivämäärä _____

Täyttäjän taustatiedot

1. Täyttäjän ammattinimike:

- Lähi/perushoitaja
- Sairaanhoitaja
- Hoitokoordinaattori
- Kotiutushoitaja
- Muu, mikä? _____

3. Potilaan sukupuoli

- nainen
- mies

4. Osasto

- HUS, päivystys
- Terveyskeskuspäivystys
- Sisätautien vuodeosasto
- AKOS 1/ 2
- Vanhuspsykiatria
- Muu, mikä? _____

6. Osastolle sisäänkirjauspäivä? (ympyröi)

ma ti ke to pe la su

8. Hoitoon ohjautumisen ajankohta?

- klo 8-16
- klo 16-22
- klo 22-08.00

10. Hoitajakson pituus?

- <1vrk
- 1-2vrk
- 3-5vrk
- 6-10vrk
- >10vrk

12. Mikäli tehostetun kotihoidon palvelut olisi ollut mahdollista saada, kuinka monta hoitopäivää aikaisemmin potilas olisi voitu siirtää avohoitoon?

- < 24h
- 1-2 vrk
- 3-4 vrk
- 5-6 vrk
- > 6vrk

Potilaan taustatiedot

2. Potilaan ikä:

- >60
- 61-70
- 71-80
- 81-90
- >90

5. Mistä potilas tuli osastolle?

- koti
- palvelutalo
- asumispalveluyksikkö
- sairaala
- muu, mikä? _____

7. Toteutunut uloskirjauspäivä? (ympyröi)

ma ti ke to pe la su

9. Kotiutuksen kellonaika?

- klo 8-16
- klo 16-22
- klo 22-08.00

11. Potilaan hoitoontulon syy (hoitajakson diagnoosi)?

Liite 2 Kyselylomake (2/2)

**13. Potilaan asumistiedot**

- Potilas asuu yksin
- Potilas asuu toisen henkilön kanssa
- Potilas asuu laitoshoidossa
- Potilas on kotihoidon asiakas
- Potilas saa säännöllistä apua muulta taholta, keneltä?
-

14. Millaisen tuen turvin potilas olisi voitu kotiuttaa osastolta aikaisemmin?

- ympäri vuorokautinen valvonta
- raivaussiivous
- kotihoidon palvelut
- yöhoidon palvelut
- turvapalvelu
- ateriapalvelu
- apuvälineet

15. Hyväksyykö potilas hänelle tarjotut palvelut kotiutuessa?

Kyllä Ei

16. Olisiko kotiutus voitu suorittaa illalla?

Kyllä Ei

18. Onko yksikössänne mahdollisuus kotiuttaa potilaita iltaisin ?

Kyllä Ei

17. Olisiko kotiutus voitu suorittaa viikonloppuna?

Kyllä Ei

19. Onko yksikössänne mahdollisuus kotiuttaa potilaita viikonloppuisin?

Kyllä Ei

20. Millaista yhteydenottotapaa toivotte tehostettuun kotihoitoon?

21. Millaisia ajatuksia uuden toimintamallin luominen teissä herättää? Millaisia seikkoja toivoisitte suunnitteluryhmän huomioivan tehostetun kotihoidon mallia rakennettaessa?

Kiitos vastauksestanne!

H.B 2012