



# Kotihoito Suomessa ja Euroopassa

## Kirjallisuuskatsaus kotihoidon resursseihin

Kristiina Kiiskilä

Saila Lahti

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Marraskuu 2025

Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK (YAMK)

**Kiiskilä, Kristiina & Lahti, Salla**

**Kotihoito Suomessa ja Euroopassa – Kirjallisuuskatsaus kotihoidon resursseihin**

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Marraskuu 2025, 52 sivua

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö, ylempi AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

## **Tiivistelmä**

Opinnäytetyö toteutettiin Keski-Suomen hyvinvointialueen käyttöön.

Opinnäytetyössä tarkasteltiin kotihoidon toteuttamista Suomessa ja Euroopassa (Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti, Saksa, Hollanti ja Iso-Britannia) resurssien näkökulmasta. Tavoitteena oli tunnistaa kotihoidon tuottamisen malleja ja resurssien käyttöä, jotka voisivat soveltua Keski-Suomen hyvinvointialueen tarpeisiin erityisesti tilanteessa, jossa palvelutarve kasvaa, mutta resurssit ovat rajalliset.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä, koska tutkimuskysymys tavoitteli uusia näkökulmia kotihoidon toteuttamiseen Suomessa. Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysia. Sisällön analyysin toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti.

Kahdeksi keskeiseksi teema-alueeksi nousivat teknologia ja henkilöstö.

Kotihoidon teknologiat jakaantuivat kahteen ryhmään: Asiakasta tukevaan teknologiaan (turva- ja hoivateknologia, telelääketiede, etävalvonta, digitaaliset viestintäkanavat) sekä henkilöstöä tukevaan teknologiaan (suunnittelun, raportoinnin ja johtamisen ICT-ratkaisut, työn organisointi- ja valvontateknologia).

Teknologian tutkimus ja kehittäminen keskittyvät isolta osin laajoihin digitalisaatiohankkeisiin, yhteneväisiin tietojärjestelmiin sekä etäratkaisuihin (etävalvonta, -monitorointi ja -konsultaatiot).

Tutkituissa maissa kotihoidon henkilöstöön kuuluvat lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat ja hoiva-avustajat. Monissa maissa sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla on useita pätevyystasoja. Henkilöstön oikea kohdentaminen ja työnjaon selkeyttäminen ovat keskeisiä keinoja resurssien riittävyyden varmistamisessa.

Johtopäätöksenä väheneviin henkilöstöresursseihin vastaaminen ei edellytä pelkästään henkilöstömäärän kasvattamista, vaan ennen kaikkea tehokasta resurssien kohdentamista, teknologian hyödyntämistä ja rakenteellisia uudistuksia. Eurooppalaisissa malleissa korostuvat digitalisaatio, etäpalvelut, toimintaa tukevat teknologiat sekä selkeästi porrastetut ammattirakenteet.

## **Avainsanat (asiasanat)**

kotihoito, teknologia, henkilöstö, resurssit

**Kiiskilä, Kristiina & Lahti, Salla**

**Home care in Finland and Europe – Literature review on home care resources**

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, November 2025, 52 pages

Degree Programme in Health Care and Social Services. Master's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

### **Abstract**

The thesis was carried out for the Central Finland welfare region.

The thesis examined the implementation of home care in Finland and Europe (Sweden, Norway, Denmark, Iceland, Germany, the Netherlands, and the United Kingdom) from a resource perspective. The aim was to identify models for the provision of home care and the use of resources that could be adapted to the needs of the Central Finland welfare region, particularly in a situation where the need for services is growing but resources are limited.

The thesis was carried out using a systematic literature review method, as the research question sought new perspectives on the implementation of home care in Finland. Qualitative content analysis was used as the analysis method. The content analysis was conducted inductively, i.e., based on the material.

Two key themes emerged technology and personnel.

Home care technologies were divided into two groups: technology supporting customers (safety and care technology, telemedicine, remote monitoring, digital communication channels) and technology supporting personnel (ICT solutions for planning, reporting, and management, work organization and monitoring technology).

Technology research and development largely focus on large-scale digitalization projects, integrated information systems, and remote solutions (remote monitoring, surveillance, and consultations).

Technology research and development largely focus on large-scale digitalization projects, integrated information systems, and remote solutions (remote monitoring, supervision, and consultations).

In the countries studied, home care personnel include doctors, nurses, practical nurses, and care assistants. In many countries, nurses and practical nurses have several levels of qualification. The right allocation of personnel and a clear division of labor are key to ensuring sufficient resources.

In conclusion, responding to declining human resources does not only require increasing the number of staff, but above all effective resource allocation, utilization of technology, and structural reforms. European models emphasize digitalization, remote services, technologies that support operations, and clearly structured career paths.

### **Keywords/tags (subjects)**

home care, technology, personnel, resources

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Kotihoito Suomessa .....</b>	<b>6</b>
2.1	Kotihoidon järjestäminen.....	6
2.2	Kotihoidon haasteet.....	8
<b>3</b>	<b>Kotihoidon johtaminen .....</b>	<b>9</b>
3.1	Henkilöstöressurssien johtaminen kotihoidossa.....	9
3.2	Henkilöstöjohtaminen resurssien näkökulmasta.....	10
<b>4</b>	<b>Kotihoidon tuottamisen malli .....</b>	<b>11</b>
4.1	Kotihoito Pohjoismaissa .....	11
4.1.1	Ruotsi .....	11
4.1.2	Norja .....	12
4.1.3	Tanska .....	14
4.1.4	Islanti.....	16
4.2	Iso-Britannia .....	17
4.3	Hollanti .....	19
4.4	Saksa.....	20
<b>5</b>	<b>Tutkimuksen toteutus.....</b>	<b>22</b>
5.1	Tutkimuksen tutkimuskysymys ja tavoite .....	22
5.2	Kirjallisuuskatsaus.....	22
5.3	Tiedonhaku.....	23
5.4	Aineiston analyysi.....	25
<b>6</b>	<b>Tulokset.....</b>	<b>27</b>
6.1	Teknologia .....	28
6.2	Henkilöstörakenne .....	30
<b>7</b>	<b>Pohdinta.....</b>	<b>32</b>
7.1	Johtopäätökset.....	32
7.2	Ajatuksia päätuloksista.....	33
7.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	36
7.4	Jatkotutkimustarpeet .....	38
	<b>Lähteet .....</b>	<b>39</b>
	<b>Liitteet .....</b>	<b>48</b>
	Liite 1. Tiedonhaku .....	48
	Liite 2. Sisällön analyysiin valittu aineisto .....	50

# 1 Johdanto

Suomessa oli vuonna 2024 kotihoidon asiakkaita 161 000, joista säännöllisen kotihoidon piirissä 107 000 (Kotihoito 2024). Kotihoidon henkilöstömäärä oli vuonna 2024 hieman yli 19 000 koostuen lähi- ja perushoitajista, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, hoiva-avustajista ja muista sosiaali- ja terveystyöntekijöistä (Vanhuspalvelujen tila 2024). Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman skenaariolaskelman mukaan, mikäli iäkkäiden palvelujen palvelurakennetta ei muuteta, tarvitaan vuoteen 2027 mennessä arviolta 14 200 uutta työntekijää lisää vastaamaan kasvavaan palvelutarpeeseen. Näinkin suureen henkilöstötarpeen lisääntymiseen ei voida vastata henkilöstömäärää lisäämällä, joten palvelurakenteen muuttaminen on ainoa vaihtoehto, jotta palvelut voidaan tuottaa käytettävissä olevalla henkilöstöllä. Lyhyen aikavälin keinot ovat työn tehokkuuden nostaminen, ammattilaisten työpanoksen kohdentaminen tehokkaammin, teknologian hyödyntäminen sekä työn suunnittelun tehostaminen ja palvelurakenteen muuttaminen kevyemmäksi, jotta käytettävissä oleva henkilöstö riittää palvelujen tuottamiseen. Tähän ennakoituun palvelutarpeeseen on vaikea vaikuttaa lyhyellä tähtäimellä myös siksi, koska eniten palvelutarvetta aiheuttavat etenevät pitkäaikaissairaudet. Eliniän kasvaessa pitenee myös aika, jolloin iäkkäät tarvitsevat palveluja. (Laatusuositus 2024, 84–85.)

Laatusuosituksessa (2024, 21) nähdään henkilöstön riittävän määrä ja monipuolinen henkilöstörakenne edellytyksenä sille, että asiakkaat saavat palvelun laadukkaana ja turvallisesti. Kotihoidossa tulee henkilöstöresurssia varata siten, että asiakkaalle palvelutarpeen arvioinnin ja sen perusteella tehdyn päätöksen mukaiset palvelut voidaan toteuttaa lakisääteisesti. Työkyvyn ja työhyvinvoinnin kehittäminen ovat yksi keino vahvistaa työvoiman riittävyyttä, koska epäkohdat lisäävät sairauspoissaoloja sekä työpaikan ja alan vaihtohalukkuutta. NORDCARE- kyselytutkimuksessa jo vuonna 2005 löydettiin riski työvoiman liikkumisesta alalta pois (Kröger & Vuorensyrjä 2008). Kröger ja Vuorensyrjä (2008) näkivät jo tuolloin raportissaan työvoiman pysymisen tärkeyden alalla vanhustyön kasvavan resurssitarpeen näkökulmasta. NORDCARE- kyselytutkimus, NORDCARE2, tehtiin uudestaan vuonna 2015 jolloin havaittiin negatiivinen kehitys suomalaisessa vanhustyössä, joka nosti erityisesti kotihoidossa koetun työpaineen pohjoismaiden korkeimmalle tasolle (Kröger, T., Puthenparambil, J. & Van Aerschot, L 2018). Työhyvinvoinnin kehittämisen lisäksi on tärkeää mahdollistaa ammattihenkilöiden keskittäminen koulutusta ja osaamista vastaaviin tehtäviin. Muun

muassa hoiva-avustajien lisääminen toimintayksiköissä mahdollistaa tätä työnjakoa, koska tehtävänkuvaa kohdistuu avustaviin tehtäviin. (Kröger & Vuorensyrjä 2008; Kröger ym 2018; Laatusuositus 2024, 21.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan kotihoidon toteuttamista Suomessa ja Euroopassa resurssien näkökulmasta. Työn toteuttamisesta Keski-Suomen hyvinvointialueen käyttöön sovittiin suullisesti ikääntyneiden koti- ja asumispalveluiden palvelujohtajan kanssa. Työn tavoitteena on tunnistaa malleja ja ratkaisuja, jotka voisivat auttaa vastaamaan ikääntyvän väestön kasvaviin palvelutarpeisiin rajallisin henkilöstöresurssein. Kirjallisuuskatsauksen kohdemaat ovat Pohjoismaat, Saksa, Hollanti ja Iso-Britannia.

## **2 Kotihoito Suomessa**

### **2.1 Kotihoidon järjestäminen**

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä perustuu valtion tukemaan julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Suomessa kotihoidon ohjauksesta, suunnittelusta ja lainsäädännön valmistelusta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystieteiden järjestämistä vastuu on ollut 1.1.2023 alkaen hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueet toimivat järjestämistä vastuuksiensa lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden pääasiallisina tuottajina. Myös yksityiset toimijat ja kolmas sektori eli yhdistykset ja järjestöt ovat mukana palveluiden tuottamisessa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät ja vastuut 2024; Kotihoito 2024.)

lääkäiden palveluiden järjestäminen on hyvinvointialueille kuuluvaa sosiaalihuoltoa, jota valvovat aluehallintovirastot ja Valvira (lääkäiden palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa). Kansallisena tavoitteena on mahdollistaa iäkkään ihmisen asuminen kotonaan mahdollisimman pitkään (Ikääntyminen-Muuttuvat vanhuspalvelut-kotihoito 2024). Kotihoito on palvelua, jota tarjotaan henkilölle jokapäiväiseen elämään kuuluvien toimintojen suoriutumisen tueksi tämän kotona ja asuinympäristössä. Kotihoito sisältää yksilöllisen tarpeen mukaista hoitoa ja huolenpitoa, toimintakykyä ja vuorovaikutusta edistävää toimintaa tai terveydenhuoltolain 25§:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidtoa. (L 1301/2014. 19 a §; Ikääntyminen-Muuttuvat vanhuspalvelut-kotihoito 2024; lääkäiden palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa N.d.)

Kotihoidon tarkoituksena on tukea ennen kaikkea iäkkäiden kotona selviytymistä. Kansallisena tavoitteena on, että ikääntynyt ihminen voisi asua omassa kotonaan mahdollisimman pitkään. Sosiaalihuoltolaissa säädetään oikeudesta kotihoitoon henkilölle, joka tarvitsee palvelua alentuneen toimintakykynsä vuoksi korkeasta iästä, sairaudesta, vammasta tai muusta vastaavasta syystä joutuessaan vuorokaudenajasta riippumatta. Kotihoitoa voi saada myös, jos erityinen perhe- tai elämäntilanne sitä vaatii. (Kotihoito 2024; L 1301/2014; Ikääntyminen-Muuttuvat vanhuspalvelut-kotihoito 2024.)

Sosiaalihuoltolain (30.12.2014/1301. 19 a § (26.8.2022/790)) mukaan kotihoito on palvelua, jolla huolehditaan henkilön suoriutumisesta jokapäiväisessä elämässään omassa kodissaan ja asuinympäristössään. Tärkeänä osana kotiin tuotettavia palveluita voidaan pitää tukipalveluita, jotka tukevat henkilön itsenäistä selviytymistä omassa kotonaan mahdollisimman pitkään tai tuottavat hyvinvointia elämänsisältöön. Tällaisia palveluita ovat ateriapalvelu, vaatehuoltopalvelu, siivouspalvelu, asiointipalvelu tai osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävä palvelu. (L 1301/2014; Ikääntyminen-Muuttuvat vanhuspalvelut-kotihoito 2024.)

Kotihoito on Suomessa maksullista ja maksu määräytyy muun muassa sen mukaan, onko palvelu tilapäistä vai säännöllistä. Maksun määräytymisessä otetaan huomioon myös palvelutunnit, perheen koko ja asiakkaan maksukyky sekä palvelun saajan ja hänen kanssaan samassa taloudessa asuvan puolison tulot. Suomessa osa sosiaaliturvaetuksista ja -palveluista määräytyvät asumisen perusteella, toiset taas perustuvat työskentelyyn. Kelan etuudet ja kunnalliset (hyvinvointialueiden tarjoamat) terveys- ja sosiaalipalvelut ja perustoimeentulotuki pohjaavat asumiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitus syntyy pääsääntöisesti kuntien verotuksista, valtionosuuksista ja asiakasmaksuista. Perusturvaetuudet Suomessa rahoitetaan pääasiassa veroilla, ansioperusteiset etuudet pääasiassa työntekijöiden ja työnantajien maksamilla vakuutusmaksuilla. (Kotihoito 2024; Suomen sosiaaliturvajärjestelmä 2025.)

Suomessa kotihoidossa työskentelevistä suurimman ryhmän muodostavat lähi- ja perushoitajat, joita vuonna 2023 toteutetussa seurannassa oli 71 % kaikista kotihoidossa työskentelevistä ammattiryhmistä. Sairaanhoidtajia ja terveydenhoitajia oli 11 % ja hoiva-avustajia 3 %. Muita sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä oli 7 %, tähän ryhmään kuuluvia ammattiryhmiä ovat esimerkiksi fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja sosionomit. Esi- ja vastuuhenkilöitä oli myös 7 % ja muuta

kotihoidon tuottamiseen osallistuvaa henkilöstöä oli yksi prosentti. Muu henkilöstö termi on käytössä vain kotihoidossa ja sisältää sellaiset ammattiryhmät, jotka eivät sisälly muihin edellä mainituihin ryhmiin. Laki ei Suomessa rajaa kotihoitoon osallistuvan henkilöstön ammattitutkintoja samalla tavalla kuin esimerkiksi ympärivuorokautisessa hoidossa, kunhan asiakasturvallisuus ja palveluntarve eivät vaarannu. (Vanhuspalvelujen tila 2023.)

## 2.2 Kotihoidon haasteet

Vuonna 2024 Suomessa kotihoidon asiakkaita oli 161 000, joista säännöllisen kotihoidon piirissä 107 000. Kotihoidossa tehtiin 40,6 miljoonaa käyntiä, joista 40,3 miljoonaa säännöllisen kotihoidon asiakkaille (Kotihoito 2024). Kotihoidossa henkilöstöä oli lokakuussa 2024 laskennallisesti 19 072 (Vanhuspalvelujen tila 2024). Suurten ikäluokkien siirtyessä palvelujen käyttökään kasvaa iäkkään väestön määrä voimakkaasti tulevina vuosina. THL on viimevuonna tuottanut arvion asiakasmäärien kasvusta ja sen mukaan kotihoitoa, yhteisöllistä asumista ja ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevien iäkkäiden määrä kasvaa vuoteen 2027 mennessä nykyisestä 33 000 asiakkaalla ja iäkkäiden palvelujen henkilöstötarve kasvaa nykyisestä 14 200 työntekijällä. (Laatusuositus 2024, 84.)

Syntyvyys pienenee koko ajan, muuttoliike kasvaa ja ihmisten eliniän odote pidentyy koko ajan. Nämä ovat yleismaailmallisia ilmiöitä, joihin on varauduttava myös Suomessa. Nämä ilmiöt muodostavat haasteen kotihoitoonkin myös sitä kautta, että hoitoalan koulutukseen hakeutuu koko ajan vähemmän henkilöitä. (Hanell, Jalovaara, Kauppinen, Kmak, Kuivalainen, Leinonen, Linnosmaa, Rotkirch, Samaletdin, Vaalavuo, Valkonen & Zechner 2023, 2–8.)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 21.5.2024 ”Suosituksen hoiva-avustajan tehtävänkuvasta, osaamisvaatimuksista sekä niihin vastaavasta koulutuksesta iäkkäiden palveluissa”. Tällä yritettiin vastata suureen resurssivajeeseen sosiaali- ja terveyspalveluissa siten, että ammattihenkilöiden osaaminen pystyttäisiin kohdentamaan tehokkaammin ammatillista osaamista vaativiin tehtäviin. Merkittävä muutos kotihoidon toteuttamisen kannalta oli suosituksen osa lääkehoidosta ja siihen liittyvästä osaamisesta; ”Jos työnantaja kuitenkin arvioi, että ympärivuorokautisen hoidon tai kotihoidon toimintayksikön toiminnan kannalta hoiva-avustajien osallistuminen lääkehoitoon on välttämätöntä, tulee hoiva-avustaja kouluttaa lääkehoidon tehtäviin, hänen osaamisensa tulee varmistaa ja hänellä tulee olla kirjallinen lääkehoitolupa. Lääkehoitolupa on asiakas- tai lääkekohtainen. Hoiva-avustaja voi koulutuksen ja luvan saatuaan antaa valmiiksi jaettuja lääkkeitä luonnollista

tietä, mutta ei huumausainelääkkeitä tai pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä”. (Suositus hoiva-avustajan tehtäväkuvasta, osaamisvaatimuksista ja niihin vastaavasta koulutuksesta iäkkäiden palveluissa 2024.)

### **3 Kotihoidon johtaminen**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteutti vuonna 2023 Vanhuspalvelujen tila -seurannan kyselyn pääosin iäkkäiden asumispalveluiden, pitkäaikaishoidon ja kotihoidon esihenkilöille. Vastanneita oli 2748 yksikköä, joista 840 kotihoidon yksiköitä. Raportin mukaan suunnittelun ja johtamisen rakenteita on uudistettava, jotta tulevaisuudessa pystytään vastaamaan kasvavaan asiakaspohjaan. (Kotihoidon esihenkilö rekrytoi neljänneksen työajastaa – suunnittelun ja johtamisen uudistukset välttämättömiä 2025.)

#### **3.1 Henkilöstöressurssien johtaminen kotihoidossa**

THL:n toteuttamassa Vanhuspalvelujen tila- kyselystä kävi ilmi, että vaikeimmaksi esihenkilöt kokivat muun muassa pitkän tähtäimen henkilöstösuunnittelun korostaen riittämättömiä henkilöstöressursseja ja rekrytointihaasteita (Kotihoidon esihenkilö rekrytoi neljänneksen työajastaa – suunnittelun ja johtamisen uudistukset välttämättömiä 2025). Iäkkäiden palvelujen laadulle ja henkilöstön riittävyydelle tulee selkeät vaatimukset laista ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), jotka esihenkilöiden on taattava palveluiden toteutumisella ja henkilöstön riittävällä pätevyydellä. Lain asettamiin vaatimuksiin on vastattava työn järjestämisellä siten, että otetaan huomioon asiakaslähtöisyys, työntekijöiden hyvinvointi ja toimintamallien ja -tapojen kehittäminen. (Kehusmaa, Honkanen & Saukkonen 2024, 159.)

Toiminnanohjausjärjestelmä on kotihoidon johdon työkalu suunnitelmalliseen resursointiin. Järjestelmä ohjaa resursseja hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaiseen tarpeeseen (Kotihoidon toiminnanohjaus on ennen kaikkea johdon työväline 2018). Henkilöstöressurssien oikea-aikainen kohdentaminen pidemmällä aikavälillä on kuitenkin haastavaa sekä lähes päivittäin muuttuvan palvelutarpeen ja henkilöstön nopean rekrytoinnin vaikeuksien sekä jo ennestään vallitsevan henkilöstöpulan vuoksi.

### 3.2 Henkilöstöjohtaminen resurssien näkökulmasta

Henkilöstöjohtaminen on yksi johtamisen osa-alue, jolla varmistetaan, että organisaatiolla on käytettävissä toiminnalle välttämätön henkilöstöresurssi. Henkilöstöjohtamisella varmistetaan myös käytettävissä olevan henkilöstön riittävä osaaminen sekä huolehditaan henkilöstön suorituskyvystä ja sitoutumisesta. (Viitala 2021, 3.) Henkilöstöjohtamisella varmistetaan, että käytettävissä oleva henkilöstöresurssi on kohdennettu oikein, jotta organisaatio voi suoriutua tehtävästään tavoitteidensa mukaisesti (Viitala 2021, 10).

Henkilöstökäytäntöjen ”kimppu teoria” (HR bundle approach) tarkastelee henkilöstöjohtamisen tehokkuutta muun muassa sen kautta, kuinka hyvin henkilöstökäytäntöjä osataan hyödyntää vastaamaan organisaation tarpeita. Myös käytännön ja tarpeen yhteensovittaminen toisiaan tukeväksi kokonaisuudeksi vaikuttaa tehokkuuteen. (Viitala 2021, 21–22.)

Resurssiperusteisen teorian mukaan henkilöstö on yksi organisaation keskeisistä menestystekijöistä. Teoria korostaa, että yritys on sitä kilpailukykyisempi, mitä vaikeammin sen toimintaa voidaan jäljitellä ja mitä harvinaisempaa osaamista se kykenee tuottamaan olemassa olevilla resursseillaan. Teoria pohjaa resurssiperustaiseen strategia-ajatteluun, jossa strategiatutkijat Edith Penrose, Jay B. Barney ja Robert M. Grant ovat todenneet organisaation kilpailuedun ja menestyksen riippuvan käytettävissä olevista resursseista sekä niiden mahdollisimman tehokkaasta hyödyntämisestä. Tässä resursseilla tarkoitetaan niin taloudellisia, fyysisiä kuin aineettomia resursseja kuten maine tai henkilöstö. (Fahy & Smithee 1999.)

Resurssilähtöiseen ajatteluun pohjaa myös henkilöstöjohtamisen kontingenssiteoria, jota ovat tutkineet muun muassa John E. Delery ja Harold D. Doty (1996). Kontingenssinäkökulmassa ajatellaan henkilöstöjohtamisen olevan tilannesidonnaista ja tilannetta määrittelee esimerkiksi käytettävissä olevan henkilöstön lisäksi ulkoiset tekijät kuten vaikkapa tarjolla oleva työvoima. (Viitala 2021, 16.)

Hyvinvointialuetta ei voida pitää varsinaisena kilpailevana yrityksenä, koska esimerkiksi kotihoidon asiakasmaksuista säädetään Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeessa kotona annettavan palvelun ja asumispalvelujen maksuista seuraavasti: ”Maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia” (Kotona annettavan palvelun ja asumispalvelujen maksut 2024). Kuitenkin ajatellaan, että vaikka hyvinvointialueet Suomessa eivät kilpaile toisten yritysten kanssa varsinaisesti,

niin kilpailuasetelmana voidaan pitää yhteiskunnallisia muutoksia kuten esimerkiksi väestörakenteen muutosta, jota vastaan hyvinvointialueen on taisteltava palveluiden järjestäjänä ja pääasiallisena tuottajana.

Valitsimme resurssiperusteisen teorian opinnäytetyömme taustaksi, koska tavoittelemme vastauksia siihen, miten vähenevät resurssit voidaan kohdentaa mahdollisimman tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti kasvavan palvelutarpeen sekä toisaalta myös vähenevien henkilöstöresurssien myötä. Valintaamme perustelemme myös sillä, että resurssiperustainen teoria näkee henkilöstön yhtenä organisaation keskeisistä menestykseen vaikuttavista tekijöistä.

## **4 Kotihoidon tuottamisen malli**

Pohjoismaissa ja Iso-Britanniassa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta ja palveluiden järjestämisestä vastaa yksi taho; Pohjoismaissa kunta tai valtio ja Iso-Britanniassa NHS (National Health Service). Saksassa ja Hollannissa rahoitusmalli perustuu sosiaali- ja terveysvakuutuksiin. Muissa maissa sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitus on verotuspohjainen. (Aronkytä 2010, 3.)

### **4.1 Kotihoito Pohjoismaissa**

#### **4.1.1 Ruotsi**

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän vastuualueet jakautuvat Ruotsissa kolmelle hallinnolliselle tasolle; valtiolle ja alueille, joita on 21 sekä kunnille, joita on 290. Valtio vastaa lainsäädännöstä ja yleisistä suuntaviivoista. Keskeisimpiä sosiaali- ja terveydenhuoltoon määritteleviä lakeja ovat sosiaalipalvelulaki (socialtjänstlagen) ja terveys- ja sairaanhoitolaki (hälso- och sjukvårdslagen). Sosiaalipalvelulaki määrittelee muun muassa sosiaalipalveluiden tavoitteita ja periaatteita ja terveys- ja sairaanhoitolaki säätelee terveydenhuollon järjestämisestä ja laadusta. Palveluiden laatua ja yhdenmukaisuutta valvovat ja kehittävät valtion virastot kuten Socialstyrelsen (Sosiaali- ja terveyshallitus). (National Center for biotechnology information 2019.)

Perusterveydenhuollosta, sairaalapalveluista ja erikoissairanhoidosta vastaavat 21 aluetta. Alueille kuuluu joissain tapauksissa kotihoidon vastuut erityisesti palliatiivisen hoidon ja kotiin vietä-

vän sairaanhoidon osalta. Kotihoidon vastuut ovat siirtyneet viime aikoina enemmän kuntien vastuulle ja nykyään jo noin 90 % kunnista vastaa myös kotiin vietävästä sairaanhoidosta. Kunnat ovat päävastuussa kotihoidosta kuten kotipalveluista (siivous, ruoanlaitto, peseytyminen), henkilökohtaisesta hoivasta (pukeutumisapu, liikkumisessa avustaminen) ja lisäpalveluista, joihin kuuluu turvahälyttimet, ateriapalvelut, kuljetuspalvelut ja päivätoiminta. (National Center for biotechnology information 2019; Socialstyrelsen 2025.)

Palvelut myönnetään yksilöllisen tarvearvion perusteella, jonka tekee kunnan sosiaalityöntekijä tai hoivakoordinaattori. Asiakkaat voivat valita palveluntuottajan julkisten ja yksityisten vaihtoehtojen joukosta. Palvelut ovat pääosin verorahoitteisia, mutta asiakkailta peritään kuitenkin kohtuullinen maksu, joka oli vuonna 2023 enintään 2 359 kruunua kuukaudessa (noin 200 euroa). (Sage Journals 2024.)

Myös Ruotsissa niin kuin Suomessakin, noudatetaan politiikkaa, jonka tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneiden asuminen omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Palvelut tuotetaan kunnan omana toimintana tai yksityisten palveluntuottajien toimesta. Vuonna 2019 noin 17 % kotihoidosta tuotettiin yksityisten palveluntuottajien toimesta. (Johansson 2023.)

#### **4.1.2 Norja**

Norjassa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on organisoitu kolmelle eri tasolle; valtakunnalliselle, maakunnalliselle ja kunnalliselle. Perusterveydenhuollon järjestäminen on kuntien vastuulla ja erikoissairaanhoidosta vastaa valtio neljän alueellisen terveystoimintayksikön (Regional Health Authorities, RHA) kautta. Terveystoimintayhteisöjen verkosto (helse-felleskap) koordinoi hoitoa näiden tasojen välillä. (Saunes, Durvy & Litvinova 2024, 2; Aronkytö 2010, 12.)

Norjassa toteutettiin vuonna 2002 sairaalauudistus, jossa valtio otti sairaalat omistukseensa ja toiminta organisoitiin terveydenhuoltoalan yrityksiä. Aiemmin maakunnat omistivat ja johtivat sairaaloita. Aluksi terveysalueita oli viisi, mutta Etelä- ja Itä-Norja yhdistettiin vuonna 2007. Nämä neljä aluetta vastaavat alueensa erikoissairaanhoidosta, sen rahoituksesta, suunnittelusta ja tuotannosta. Ne ovat organisoineet myös maan sairaalat noin 50 terveysyritykseksi. Tämän sairaalauudistuksen perimmäinen tavoite oli lisätä kustannustehokkuutta ja lyhentää potilasjonoja. Uudistuksella etsittiin ratkaisua myös terveyspalveluiden alueellisiin tasoeroihin. Aiemmin sairaaloiden

rahoitus tuli kuntien saamien valtionosuuksien kautta, mutta nykyään se tulee suoraan valtion budjetista, jolloin kansalaiset ovat tasavertaisessa asemassa keskenään riippumatta siitä missä asuvat. (Vehkasaari 2002; Your social security rights in Norway 2012, 5; Aronkytö 2010, 13; Willberg & Valtonen 2007, 35.)

Norjan terveydenhuoltomenoista yli 85 % rahoitetaan julkiselta sektorilta. Terveydenhuoltoa rahoitetaan myös kansallisella vakuutusjärjestelmällä sekä potilasmaksujen avulla. Pääsääntöisesti kaikki Norjassa asuvat kuuluvat kansallisen vakuutusjärjestelmän eli sosiaalivakuutusjärjestelmän piiriin. Tämä järjestelmä rahoitetaan osin työnantajien maksuista sekä asukkaiden itse maksamista sosiaalivakuutusmaksuista, osin verovaroin. Sosiaalivakuutusmaksua maksetaan bruttotulojen perusteella ja työnantajan vakuutusmaksut lasketaan prosenttiosuuksina maksetuista palkoista. Norjassa on käytössä myös asiakasmaksujen maksukattojärjestelmä. (Saunes ym. 2024, 3, 17; Your social security rights in Norway 2012, 5.)

Norjassa on käytössä ns. omalääkärijärjestelmä. Omalääkärit toimivat perusterveydenhuollossa ammatinharjoittajina, kunnan palkkalistoilla on vain alle 8 % lääkäreistä. Potilaalla on oikeus valita omalääkäriinsä ja sitä voi vaihtaa kaksi kertaa vuodessa. Erikoissairaanhoidon hakeudutaan omalääkäriin lähetteellä. Potilaalla on oikeus myös toisen yleislääkäriin arvioon erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeestaan. Lähes kaikki Norjan sairaalat ovat julkisia. Yksityissairaaloista saa vain kiireetöntä hoitoa. Jos julkinen puoli ei ole tehnyt yksityisen palveluntarjoajan kanssa sopimusta, ei yksityisen terveydenhuollon kuluista saa korvausta. (Aronkytö 2010, 17; Saunes ym. 2024, 10; Terveydenhuoltojärjestelmä Norjassa N.d.)

Norjassa kunnat vastaavat kuntoutuksesta, päivystyspalveluista sekä sairaanhoidosta. Kuntien vastuulle kuuluu myös laadukkaiden hoivapalveluiden tarjoaminen vanhuksille ja muille huolenpitoa tarvitseville. Viime vuosina kuntien vastuuta on laajennettu vastaamaan entistä enemmän ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta. Norjan hallitus on antanut myös suosituksia muun muassa terveydenhuollon ammattilaisten roolien laajentamisesta sekä tehtävien jakamisesta ammattilaisten kesken perusterveydenhuollossa. Näillä toimilla pyritään parantamaan järjestelmän tehokkuutta ja vaikuttavuutta. (Saunes ym. 2024, 2–10; Your social security rights in Norway 2012, 5.)

Norjassa pitkäaikaista terveydenhuoltopalvelua annetaan asiakkaan kotona tai hoitokodissa tai palvelutalossa. Pitkäaikaisia sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi henkilökohtainen tai käytännöllinen apu kotona, intervallijaksot hoitokodeissa sekä iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden pitkäaikaishoito laitoksessa. Saadaksesen pitkäaikaisia sosiaalipalveluita, asiakkaalla tulee olla sairaudesta, vammasta tai iästä johtuva erityinen avuntarve. Lisäksi asukkaan on päivittäisistä toiminnoista selvitäkseen oltava täysin riippuvainen käytännöllisestä tai henkilökohtaisesta avusta. Pitkäaikaista hoitoa saadaksesen tulee tehdä hakemus kunnalle. Kunta perustaa päätöksensä lääkäreiden sekä muiden asiakasta hoitaneiden ammattilaisten arvioon palvelun tarpeesta, näyttöön perustuvan arvioinnin perusteella. (Your social security rights in Norway 2012, 27–28; Healthcare services in the home 2022.)

Kotisairaanhoitopalveluihin Norjassa kuuluvat sekä kotisairaanhoito että muut kotona tarjottavat terveydenhuollon muodot. Näitä tarjoamalla pyritään parantamaan asiakkaan elämänlaatua, selviytymistä kotona ja pidentämään myös elinikää. Kotisairaanhoito sekä henkilökohtaisen avustajan käyttö ovat asiakkaalle maksuttomia. Muihin kotihoitopalveluihin sovelletaan rajoitettua omavastuuta. (Healthcare services in the home 2022; Your social security rights in Norway 2012, 28.)

#### **4.1.3 Tanska**

Tanskan aluehallinto koki mittavan uudistuksen vuonna 2007 kun kuusitoista maakuntaa lakkautettiin ja niiden tilalle perustettiin viisi itsehallinnollista aluetta. Myös kuntien määrä supistettiin 271:stä 98:n. Samalla myös sosiaali- ja terveystalvet uudistettiin keskittämällä vaativa erikoissairaanhoito ja sairaalapalvelut itsehallinnollisille alueille. Uudistuksen jälkeen Tanska on valvonut itsehallinnollisten alueiden ja kuntien vastuulla olevia sote-palveluita ja niiden tuottamista niin tarkasti, että se on herättänyt suurta kritiikkiä erityisesti laajojen raportointivelvollisuuksien ja tarkkojen määräysten suhteen. Myös keskitetyn järjestelmän takia on arvioitu aiheutuneen ainakin puoli miljoonaa turhaa sairaalakäyntiä ja 40 000 turhaa hoitopäivää. Byrokratiaa alettiin purkamaan vuonna 2020 pikkuhiljaa. Kolme kuntaa saivat parlamentin päätöksellä kokeiluluontoisesti oikeuden päättää itse, kuinka järjestävät vanhusten hoidon omalla alueellaan. Käytännössä tämä tarkoitti vapautusta suurimmasta osasta hoiva-alaa sääntelevistä normeista ja raportointivelvollisuuksista. Kokeilusta saatiin niin positiivisia kokemuksia, että vanhusten hoivabyrokratiaa lähdettiin purkamaan kaikissa kunnissa vuoden 2022 alusta. (Horelli 2022.)

Tanskan julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä toimii nykyään kolmella tasolla: valtio, alueet (region) ja kunnat (Horelli 2022). Valtiolla on vastuu terveydenhuollon ja vanhustenhuollon valvonnasta ja sääntelystä. Alueilla on järjestämisvastuu sairaalahoidosta, mukaan lukien ensihoito ja psykiatria, sekä yleislääkäreiden ja erikoislääkäreiden yksityisvastaanotoilla tarjoamista terveydenhuoltopalveluista. Kunnilla puolestaan on järjestämisvastuu useista perusterveydenhuolto- ja sosiaalipalveluista, kuten vanhustenhoitopalveluista, sairaalan ulkopuolisesta kuntoutuksesta, kotisairaanhoidosta, lasten hammashoidosta, lasten sairaanhoitopalveluista ja fysioterapiasta. (Life in Denmark 2025.)

Tanskan sosiaaliturvajärjestelmän peruseriaatteena on, että kaikilla kansalaisilla on yhtäläiset oikeudet sosiaaliturvaan ja yhtäläiset mahdollisuudet päästä palveluiden piiriin. Suurin osa terveydenhuoltopalveluista rahoitetaan yleisin verovaroin; kunnallisveroilla, valtion varoilla sekä yleiskatteisilla valtionosuuksilla ja ne ovat pääosin maksuttomia. Jokainen kunta jakaa itse resurssit muun muassa omaa kotihoitoonsa. (Life in Denmark 2025; Bechb, Buraua, Ehlerta, Enemarka, Hald & Shawc 2025.)

Julkinen terveydenhuolto kattaa kaiken perusterveydenhuollon, ennaltaehkäisevän terveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sairaalat, mielenterveyspalvelut, pitkäaikaissairauksien hoidon sekä hammashoitopalvelut alle 18-vuotiaille lapsille (Horelli 2022). Kotihoito voi sisältää henkilökohtaista hoitoa ja käytännön apua. Henkilökohtainen hoito on apua henkilökohtaisessa hygieniassa, pukeutumisessa, sängystä nousemisessa, ruokailussa jne. auttamista. Käytännön apu on apua ja tukea tarvittavissa käytännön tehtävissä, kuten esimerkiksi siivouksessa, pyykinpesussa ja ostoksilla käymisessä. Tanskassa kunta tekee päätöksen, millaista apua asiakas voi saada, perustuen palvelutarpeen arvioon. Palvelutarpeen arvion tekee asiakkaan kotona terveydenhoitaja. (Life in Denmark 2025; City of Copenhagen N.d.)

### **Vapaan valinnan malli**

Kaikilla kotipalveluun ohjatuilla kansalaisilla on mahdollisuus valita vähintään kahden kotiauttajan välillä. Käytännössä kunta päättää, miten kunnan asukkaille varmistetaan kotiavun vapaa valinta. Kunta voi tehdä sopimuksen kahden tai useamman toimittajan kanssa, joista toinen voi olla kunta itse, ja joista kansalainen voi sitten valita. Kunta voi tarjota kansalaisilleen myös niin sanotun valin-

nanvapaustodistuksen. Valinnanvapaustodistus antaa kansalaisille, jotka ovat hakeneet apua palvelulain 83 §:n mukaisesti, oikeuden tehdä sopimuksen avun antamisesta CVR-rekisteröidyn yrityksen kanssa. (Sundhedsstyrelsen 2023.)

Noin kolmannes kunnista käyttää hankintajärjestelmää, jossa vanhustenhoidon tuottajat valitaan kilpailutuksen kautta. Tämä voi auttaa luomaan kilpailukyysisemmät markkinat, joilla kilpaillaan sekä hinnalla että laadulla, mutta yleensä yksityisten toimittajien määrä vähenee. Hieman yli puolet kunnista käyttää hyväksymisjärjestelmää, jossa yksityiset toimittajat hyväksytään kunnan omien hinta- ja laatu- ehtojen perusteella. Tämä voi auttaa luomaan markkinat, joilla hintakilpailu on vähäisempää. Toisaalta useat yksityiset toimittajat kilpailevat usein kansalaisten suosiosta, ja yksittäisellä kansalaisella on näin ollen useita toimittajia, joista valita. Loput kunnat tarjoavat valinnanvapauden niin sanotuilla vapaavalintatodistuksilla, joiden avulla kansalainen voi tehdä sopimuksen CVR-rekisteröidyn yrityksen kanssa avun antamisesta. Tämä tehdään joko yksin tai yhdessä muiden järjestelmien kanssa. Sekä henkilökohtaiselle hygienialle että käytännön avulle on siis yksityiset markkinat. Pelissä on kuitenkin useita erilaisia markkinadynamiikkaa, ja markkinatilanteessa on merkittäviä eroja kuntien välillä. (Foged & Houlberg 2024.)

#### **4.1.4 Islanti**

Islannissa terveyden- ja sairaanhoidon järjestäminen sekä sen rahoitus ovat valtion vastuulla, ja kustannukset katetaan pääasiassa verovaroin. Islannin terveysministeriö (Ministry of Health) on vastuussa terveydenhuollon hallinnosta ja päätöksenteosta. Terveyspalvelulaki säätelee terveydenhuoltopalveluista ja lain tavoitteena on huolehtia myös siitä, että kaikilla islantilaisilla on pääsy parhaisiin mahdollisiin terveyspalveluihin ja palvelut olisivat jokaiselle helposti saavutettavissa. (Life and health N.d.)

Terveyspalvelulaki määrittelee myös kansallisten terveydenhuoltopalvelujen perusrakenteen. Maa on jaettu seitsemään terveydenhuoltopiiriin, joista kussakin toimii yksi tai useampi terveydenhuoltolaitos. Terveydenhuoltolaitos tarjoaa yleisiä terveydenhuoltopalveluja, kuten perusterveydenhuoltoa, palvelua ja hoitoa hoitokodeissa sekä yleisiä sairaalapalveluja. Ikäihmisten palveluista on säädetty erikseen Ikääntyneiden asioista annetussa laissa nro 125/1999. (Life and Health N.d.; Willberg & Valtonen 2007, 17.)

Osa terveydenhuollon rahoituksesta tulee asiakasmaksuista. Asiakasmaksut ovat alhaisemmat vanhuksille, vammaisille ja lapsille. Islannin terveydenhuollossa on käytössä myös omavastuujärjestelmä. Omavastuujärjestelmän piiriin kuuluvat terveyskeskuksissa ja sairaaloissa tarjottavien palveluiden maksut sekä itsenäisten ammatinharjoittajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien, puheterapeuttien ja psykologien terveyspalvelut. (Terveydenhuoltojärjestelmä Islannissa N.d.)

Islannissa kotihoitopalvelut jaetaan kotitukipalveluihin (aiemmin sosiaalipalvelut) ja kotihoitopalveluihin. Integroidusta kotihoidosta on kyse silloin, kun näitä palveluita tarjoaa sama palveluntarjoaja. Kotipalvelun tarkoituksena on tarjota apua päivittäisissä toiminnoissa. Palvelu voi olla tilapäistä tai pitkäaikaista olosuhteista riippuen. Kotipalvelua haetaan asuinkunnalta. Kotihoito on tarkoitettu kotona asuville, jotka tarvitsevat säännöllistä terveydenhuoltoa esimerkiksi sairauksien tai sairauksien ja tapaturmien seurausten vuoksi. Kotisairaanhoidon palvelut ovat maksuttomia ja ne sisältävät psyykkisen ja fyysisen terveyden hoidon ja seurannan sekä lääkkeiden annon ja puheutumisessa avustamisen. (Home care services N.d.)

Islannissa kotihoidonpalveluihin kuuluvat kotikuntoutus, ateriapalvelu sekä apuvälineet. Kotikuntoutus on tarkoitettu henkilöille, jotka ovat hakeneet kotitukea, tukipalveluita tai kotihoitoa. Apua voidaan tarvita toimintakyvyn, terveyden ja elämänlaadun palauttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Apuvälineet luokitellaan teknisiin (esim. pyörätuolit, rollaattorit, nostojärjestelmät), kertakäyttöisiin (vaipat, diabetesapuvälineet), kuulokojeisiin, ravitsemus- ja erityisruokavalioihin sekä proteesit ja terapeuttiset laitteet (esim. ortopediset kengät, hengitysapuvälineet, happi). Islannin terveystulos osallistuu niiden apuvälineiden kustannuksiin, jotka kuuluvat apuvälineiden tukia koskevan asetuksen piiriin. Terveydenhuollon työntekijä tekee hakemuksen avustuksesta tuki- ja hoitoapuvälineiden hankintaan. Etäpalvelut ovat myös kasvava osa Islannin kotihoitopalveluita. (Home care services N.d.)

## 4.2 Iso-Britannia

Yhdistyneessä kuningaskunnassa lainsäädäntövaltaa käyttää parlamentti. Maiden (Englanti, Wales, Skotlanti ja Pohjois-Irlanti) kansankokouksilla on kuitenkin myös omaa päätäntövaltaa lainsäädäntöön liittyvissä asioissa. Terveydenhuoltopolitiikkaan liittyvät päätökset tehdään kunkin maan omassa hallinnossa. Myös julkisesta terveydenhuollosta vastaa kussakin maassa oma kansallinen

terveyspalvelunsa (National Health Service, NHS), joka on ollut toiminnassa jo vuodesta 1948 ja se takaa kaikille ilmaisen julkisen terveydenhuollon. Jokaisessa maassa on myös oma itsenäinen terveyspalvelujen tuottajaorganisaatio. Palvelujen tuottamiseen osallistuu myös yksityinen sektori, mutta vähemmän kuin muualla, kansallisella tasolla. (Ahonen 2024; Ora 2025.)

Englannissa perustettiin vuonna 1999 terveyshallituksen alainen, mutta toiminnallisesti riippumaton instituutti NICE (National Institute for Clinical Excellence), jonka tehtävä oli vähentää palvelujen saatavuus- ja laatuvariaatioita maantieteellisesti. Vuonna 2012 sen toiminta vahvistettiin laissa (Health and Social Care Act 2012). Poliittika on vaikuttanut vahvasti palveluvalikoimaan. NICE:n tehtävänä on muun muassa arvioida uusia hoitomenetelmiä, koota hoitomenetelmien vaikuttavuudesta saatua näyttöä, ohjeistaa terveydenhuollon rahoituksen suunnittelua, määrittää laatustandardeja ja kehittää potilasturvallisuutta. (Ahonen 2024.)

Alueelliset tilaajaorganisaatiot ovat vastuussa terveydenhuollon tuottamisesta, ja rahoituspäätökset perustuvat paikallisten tarpeiden arviointiin, kansallisiin prioriteetteihin, NICE:n ja ammatillisten elinten tuottamiin suosituksiin sekä merkittävässä määrin myös aiempiin rahoituspäätöksiin. Englannissa on ollut 1980-luvun lopulta asti vahvasti valtiojohtoinen terveydenhuolto ja New Public Management -periaatteisiin pohjautuva terveydenhuoltoajattelu, mikä tarkoittaa käytännössä markkinaperustaisuutta sekä kuluttajalähtöistä ajattelua. (Ahonen 2024.)

Iso-Britannian terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2019 Euroopan kahdeksanneksi korkeimmat. Terveyspalveluita rahoitetaan progressiivisilla veroilla, yksityisillä vakuutuksilla ja maksuilla. Lähes 80 % menoista rahoitetaan verovaroin sekä noin 17 % asiakasmaksuilla. Englannissa valtion keskushallinto päättää vuosittain terveydenhuollon budjetista, kun taas Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin hallitukset päättävät omien rahoitusosuuksiensa prioriteeteista. (Ahonen 2024.)

Lokakuusta 2023 sosiaalihuollon palvelumaksujen omavastuu asetettiin 86 000 puntaan (noin 99 000 €) yksilön elinaikana. Alle 16-vuotiaille, yli 60-vuotiaille sekä vähävaraisille, maksullisetkin palvelut voidaan korvata. Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia, ja niiden kriteerit vaihtelevat eri maissa. (Ahonen 2024.)

Vaikka Iso-Britannia on panostanut priorisointityöhön ja uusien hoitojen arviointiin, ei kokonaisvaltaisia päätöksiä ole tehty siitä, kuinka resursseja tulisi jakaa sektoreiden välillä. 2000-luvun aikana panostukset hoitoihin ovat olleet suurempia kuin panostukset ennaltaehkäisyyn, mikä on myös heikentänyt kansanterveyttä. (Ahonen 2024.)

Vuonna 2022 NHS teki suunnitelman kiireellisten hoitopalveluiden elvyttämiseksi. Tämä sisälsi muun muassa erikoistuneiden tiimien, niin sanottujen kriisiryhmien (urgent community response team, UCR-tiimi) lisäämisen palveluihin, jotka vastaavat kiireelliseen avun tarpeeseen kuten esimerkiksi kaatumisissa, sekavuustiloissa ja diabetekseen liittyvissä kiireellisissä tilanteissa. Tiimit otettiin käyttöön huhtikuussa 2022 koko maassa, joillakin alueilla jo hieman aiemmin. Lähes neljännesmiljoona ihmistä (226 895) on saanut kiireellistä lääketieteellistä apua kotoa käsin - monet ovat välttäneet sairaalahoidon - sen jälkeen, kun tiimit otettiin käyttöön valtakunnallisesti huhtikuussa 2022 - kaksi vuotta ennen NHS:n pitkän aikavälin suunnitelman tavoitetta. (Millions of patients to benefit from care at home thanks to NHS community response teams 2023.)

Myös Iso-Britanniassa oikeus kotihoitoon selvitetään palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Jos palvelutarpeen arvioinnissa nähdään tarve kotihoidolle, kunta on velvollinen järjestämään sitä. Olosuhteista kuten esimerkiksi tuloista ja säästöistä riippuen, määritellään asiakkaan maksama osuus. Tämä perustuu sosiaalihuoltoa koskevaan taloudelliseen arviointiin, jonka perusteella laaditaan henkilökohtainen budjetti. Halutessaan asiakas voi saada henkilökohtaisen budjetin suorana maksuna itselleen, jonka avulla on mahdollisuus palkata esimerkiksi joku tuttu henkilö toteuttamaan kotihoidon. (Help at home from a paid carer 2024.)

### 4.3 Hollanti

Hollannissa valtionhallinto, paikallishallinto ja sairausvakuutusyhtiöt ovat yhteisvastuullisia pitkäaikaisesta kotihoidosta. Valtionhallinto, erityisesti Terveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriö, vastaa terveydenhuollon lainsäädännöstä, laadusta ja turvallisuudesta sekä pakollisen sairausvakuutuksen sisällön ja laajuuden määrittämisestä (Ministry of Health, Welfare, and sport N.d.). Valtionhallinto vastaa myös ympärivuorokautisesta hoivasta, jota tarjotaan laitoksissa. Jos se on käytännöllistä ja turvallista eikä kustannukset ylitä laitoshoidon kustannuksia, ympärivuorokautista hoivaa voi saada myös kotiin. Kunnat vastaavat sosiaalihuoltolain alaisesta kotiin tuotavasta tuesta, joka voi käsittää ei-lääketieteellistä apua, kuten päivittäistoimintoihin liittyvä tuki. Myös omaishoitajien

tukeminen kuuluu kunnallisiin vastuisiin. Sairausvakuutusyhtiöt kattavat kotisairaanhoidon tai kotihoiton palveluiden kulut tietyin kriteerein. (Government of the Netherlands N.d.)

Hollannissa kotihoitojärjestelmä perustuu pääsääntöisesti julkiseen rahoitukseen ja yksityiseen palvelutuotantoon. Hollannissa sairausvakuutus on pakollinen. Säännöllinen kotihoitopalvelu kuuluu perussairausvakuutuksen piiriin, jolla katetaan kotihoiton kustannukset. Kuitenkin myös Hollannissa on kriteerit, joiden perusteella julkista kotihoitoa saa. Rekisteröity sairaanhoitaja tekee arvion jokaisessa tapauksessa siitä, minkälaisia palveluja asiakas tarvitsee ja mikä palveluja tuottava taho olisi paras niitä tarjoamaan (Government of the Netherlands N.d.). Perusteita kotihoitolle Hollannissa on esimerkiksi dementia, Parkinsonin tauti, palliatiivinen hoito, loukkaantumiset tai toipuminen leikkauksesta. Jos haluaa laajempaa kotihoitoa, voi anoa yksityisen palveluntuottajan palveluja, jotka eivät kuulu sairausvakuutuksen piiriin. Myös, jos ei halua jonottaa pitkiä aikoja julkisiin hoivakoteihin on mahdollista saada yksityinen kotihoito, yksityisillä palveluntuottajilla ei yleensä ole pitkiä jonotusaikoja. Yksityisen kotihoiton hankkiessaan, voi valita tuntimäärän vuorokautta kohti, ympärivuorokautisen palvelun tai esimerkiksi pelkän yöhoidon kotiin. Yksityiseltä palveluntuottajalta voi myös pyytää palvelua esimerkiksi englanniksi. Hollannissa on useita kotihoitopalvelua tuottavia yrityksiä. (Home care in the Netherlands: How does it work? 2025.)

Tunnetuin kotihoitoa tuottava yritys Hollannissa lienee voittoa tavoittelematon Buurtzorg, joka on uudistanut kotihoitomallia itseohjautuvilla tiimeillä, teknologian hyödyntämisellä monipuolisesti sekä valmentavan tuen mallilla, joka on poistanut tarpeen hierarkkiselle johtamisjärjestelmälle (Buurtzorg: Revolutionising home care in the Netherlands 2025). Hollannissa on myös noin 2500 muuta kotihoitoa tarjoavaa palveluntuottajaa, jotka tekevät sopimuksia vakuutusyhtiöiden kanssa palveluntuotannosta ja jakavat esimerkiksi tuotantovastuun (Taponen & Uenk 2020; Huijbers N.d.)

#### **4.4 Saksa**

Saksa on liittotasavalta, joka on muodostunut 16 osavaltiosta. Jokaisessa maan osavaltiossa on oma perustuslaki, joka pohjaa koko maan perustuslakiin. Lait säätää parlamentti eli liittopäivät (Bundestag), jolle liittoneuvosto (Bundesrat) esittää lakialoitteensa. Presidentti valitsee liittopäivät joka 5. vuosi. Lainsäädäntövalta jakautuu liittovaltion ja osavaltioiden välillä. Saksassa valtion osallisuus terveydenhuoltojärjestelmässä on toimia vain ylimpänä lainsäätäjänä ja toiminnan raamien asettajana. Kansallisella tasolla päätoimijoita ovat liittokokous, liittoneuvosto ja terveysministeriö.

Osavaltioiden tasolla osavaltion ministeriö huolehtii ohjauksesta. Osavaltioilla voi olla myös omia lakeja koskien sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Aronkytö 2010, 31.)

Terveydenhuollon rahoitus perustuu Saksassa vakuutusperusteiseen järjestelmään. Vakuutusjärjestelmä on kaksijakoinen; lakisääteisten sairausvakuutuskassojen lisäksi on olemassa myös yksityinen sairausvakuutus. Lakisääteinen sairausvakuutus tuli pakolliseksi kaikille kansalaisille vuoden 2009 alusta, samaan aikaan myös sairaskassojen maksut yhtenäistettiin. Maksut kerätään kansalliseen terveysrahastoon, josta kassat saavat rahoituksensa. Rahoitus palautetaan kassoille riskienhallintajärjestelmän avulla, eli kassan saama rahoitus perustuu asiakkaiden sairastuvuuteen ja riskeihin. Myös yksityiset sairausvakuutusyhtiöt osallistuvat riskienhallintajärjestelmään. (Aronkytö 2010, 31–33.)

Lakisääteisen sairausvakuutuksen maksut riippuvat vakuutetun tuloista. Yksityisen sairausvakuutuksen maksut perustuvat ikään ja terveysriskeihin. Asiakas voi itse valita sairaskassan sekä halutessaan vaihtaa sitä. Lakisääteisen sairausvakuutuksen voi kuitenkin vaihtaa yksityiseen vain, jos vuositulot ylittävät 48 000 euron rajan. Sairausvakuutuksen lisäksi Saksan sosiaaliturvaan kuuluvat lakisääteisesti myös pitkäaikaishoitovakuutus (LCTI), joka vastaa pitkäaikaishoidon järjestämisestä, eläkevakuutus, tapaturmavakuutus ja työttömyysvakuutus. (Aronkytö 2010, 31–34; International Health Care System Profiles Germany 2020; Blumel, Sparnger, Achstetter, Hengel, Eriksen, Maresso & Busse 2024, 3; Naumanen 2018, 20; Your social security rights in Germany 2012, 4.)

Toisin kuin monissa muissa maissa, sekä lakisääteinen- että yksityinen sairausvakuutus käyttävät samoja palveluntarjoajia. Saksassa sairaalat ovat lähes puoleksi sekoitus julkisia ja yksityisiä sairaaloita. Yksityiset sairaalat ovat enimmäkseen voittoa tavoittelemattomia. Osavaltiot ovat vastuussa sairaaloista. Saksan sairaaloissa käytetään DGR-pohjaista laskutusjärjestelmää. (International Health Care System Profiles Germany 2020; Aronkytö 2010, 35.)

Saksassa pitkäaikaishoidon etuuksia myönnetään hakemuksesta, ja hoidon tarve arvioidaan lääketieteellisen asiantuntijalautakunnan toimesta. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota neljään hoitotarvetta mittaavaan seikkaan: henkilökohtaiseen hygieniaan, ruokailuun, liikkumismahdollisuuksiin ja taloudenhoitoon (Your social security rights in Germany 2012, 32.) Lautakunta määrittää asiakkaan

hoitoluokan viisiportaisesta asteikosta. Hyväksytyt hakijat voivat valita joko rahallisen tuen tai ammattihoidon kotona tai hoitokodissa. Kotona annettavaa hoitoa voidaan lisäksi täydentää välineillä ja laitteilla, jotka helpottavat hoidon järjestämistä, kotitöiden hoitamista tai parantavat asuinympäristöä. Vuonna 2023 astui voimaan pitkäaikaishoidon tuki- ja helpotuslaki, joka toi lisää resursseja palveluiden käyttäjille. Uudistuksiin sisältyivät muun muassa: vakuutusmaksujen porrastus lasten lukumäärän perusteella, koti- ja avohoidon käteis- ja palveluettuuksien korotukset sekä tuki pitkäaikaishoidon laitosten omavastuiden alentamiseksi. Lisäksi laissa säädettiin toimista, joilla parannetaan sairaalahoidon työoloja sekä lisätään avoimuutta ja tiedonsaantia hoitoa tarvitseville. (Your social security rights in Germany 2012, 31; International Health Care System Profiles Germany 2020.)

## **5 Tutkimuksen toteutus**

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on käytännössä työelämän kehittämistoimintaa tutkimuksellisella lähestymistavalla. Tutkimusta ja tiedon tuottamista ohjaavat käytännön työelämästä nousevat kysymykset ja ongelmat. Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla ei pyritä ratkaisemaan ainoastaan yksittäistä konkreettista ongelmaa, vaan kehittämistoiminnan ohella pyritään tuottamaan tietoa myös laajempaan keskusteluun ja tarkasteluun. (Toikko & Rantanen 2009, 19–23.)

### **5.1 Tutkimuksen tutkimuskysymys ja tavoite**

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymys on selvittää, kuinka henkilöstöresursseja ja teknologiaa on hyödynnetty Ruotsin, Norjan, Islannin, Tanskan, Saksan, Hollannin ja Iso-Britannian kotihoidoissa. Tavoitteena on tunnistaa kotihoidon tuottamisen malleja ja resurssien käyttöä, jotka voisivat mahdollisesti soveltua Keski-Suomen hyvinvointialueen tarpeisiin erityisesti tilanteessa, jossa palvelutarve kasvaa, mutta henkilöstöresurssit ovat rajalliset.

### **5.2 Kirjallisuuskatsaus**

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena voi olla esimerkiksi rakentaa suosituksia, ohjata ja ohjeistaa käytännöissä sekä löytää erilaisia työkaluja sekä menetelmiä. Kirjallisuuskatsauksella voidaan myös kuvata sitä, mitä aiheesta jo tiedetään tai tavoitella uusia näkökulmia johonkin ilmiöön tai asiaan.

(Vilkkä 2023, 13.) Tässä työssä käytettiin menetelmänä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen menetelmä, jonka avulla tunnistetaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan saavutetun tiedon laatua ja yhdistetään tuloksia määritellyistä ilmiöistä (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Kirjallisuuskatsauksen perustelemme tutkimuskysymyksellä, joka tavoittelee mahdollisia uusia näkökulmia kotihoidon toteuttamiseen Suomessa.

Tämän menetelmän avulla kartoitettiin tutkimuskysymyksen kannalta keskeisiä julkaisuja ja tutkimuksia, joiden avulla pyrittiin hahmottamaan kotihoidon toteuttamisen malleja ja resurssien käyttöä eri maissa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tiivistää aiemman tutkimustiedon sisältö ja tuottaa uusia näkökulmia kotihoidon kehittämiseen Suomessa. (Salminen 2011.)

Työ toteutettiin Finkin (2005) seitsenportaisen mallin mukaan seuraavasti. Ensimmäiseksi määriteltiin tutkimuskysymys. Seuraavaksi valittiin tietokannat, joista tietoa ja kirjallisuutta haettiin. Kolmannessa vaiheessa valittiin hakutermejä ja fraaseja, joilla parhaiten vastattiin tutkimuskysymyseen. Neljännessä vaiheessa karsittiin hakutuloksia päättämällä kriteerit, joilla poistettiin hakutuloksista materiaali, josta ei ollut työn kannalta hyötyä. Taulukossa 1. on kootusti sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tämän jälkeen arvioitiin hakutuloksiemme tieteellistä laatua ja valikoitiin työhön mahdollisimman laadukas materiaali. Kuudennessa vaiheessa toteutettiin itse katsaus standardoidusti, jonka mukaan koottiin hakutuloksista työlle oleellinen tieto. Viimeisenä vaiheena oli tulosten syntetisointi tarkoittaen saavutetun tiedon raportointia, löydösten selittämistä ja tutkimuksen laadun kuvausta. (Fink 2005, 2–3.)

### 5.3 Tiedonhaku

Aineisto opinnäytetyöhön kerättiin sekä tietokannoista hakusanoilla että etsimällä tietoa maiden omilta virallisilta sivuilta. Apuna käytettiin myös tekoälyä (ChatGPT) hakiessamme tietoa eri maiden palvelujen tuottamisesta ja järjestämisestä. Kansalliset sivustot ovat alkuperäiskielillä ja lähteiden hakeminen olisi tuottanut suuria hankaluuksia ilman tekoälyn apua. Lähde mihin porauidimme AI:n avulla, tarkistettiin ja haettiin alkuperäinen julkaisu. Kaikki tutkimusosion tieteelliset artikkelit haettiin hakusanoilla eri tietokannoista. Käytimme myös niin kutsuttua lumipallotekniikkaa. Tässä tekniikassa etsitään tutkimusartikkeleiden lähdeluettelosta lisää aiheeseen liittyviä merkityksellisiä tutkimuksia (Vilkkä 2023, 66).

## **Keskeiset käsitteet**

Kotihoito on työmme keskeisin ilmiö. Suomessa sosiaalihuoltolaki L 3103/2014 (19 a § (26.8.2022/790)) määrittelee sen tarkoittavan palvelua, jolla varmistetaan henkilön selviytyminen asuinympäristössään ja kotonaan jokapäiväisistä toiminnoista. Yksilölliset tarpeet huomioon ottaen kotihoitoon voi sisältyä muun muassa hoitoa ja huolenpitoa, vuorovaikutusta ja toimintakykyä tukevaa toimintaa sekä terveydenhuoltolain 25§ tarkoitettua kotisairaanhoidoa. (L 3103/2014.)

Kotihoidon johtaminen on yksi työmme keskeisistä käsitteistä. Johtaminen voidaan määritellä liitetyväksi organisaation strategian toimeenpanemiseen ja valvontaan, mutta myös vuorovaikutusprosessiksi, jonka avulla pyritään vaikuttamaan ryhmään tavoitteiden saavuttamiseksi. Siihen voidaan katsoa kuuluvaksi toiminnan suunnittelun, organisoinnin ja valvonnan. (Juuti 1996.)

Resurssit käsitteenä tarkoittavat yksikön voimavaroja, jotka sisältävät niin aineelliset kuin aineettomatkin välineet ja tavat päästä organisaation tavoitteisiin (Resurssi 2020). Henkilöstöä voidaan pitää merkittävimpänä kotihoidon resurssina. Välineistö, millä työtä tehdään, näyttäytyy vain pienenä osana resursseja. Henkilöstön koulutuksen näemme kuuluvan resurssien ja henkilöstön alle tai osaksi niitä. Resurssisuunnitteluun vaikuttaa niin henkilöstön määrä kuin koulutus.

## **Hakusanat ja tietokannat**

Teoriapohjaan liittyvässä tiedonhaussa käytettyjä keskeisiä hakusanoja olivat kotihoito, tuottaminen, tuotanto, järjestäminen. Täydentävinä hakusanoina julkinen sektori, yhteisöt, yksityiset palveluntuottajat, perhe. Varsinaiseen tutkimuskysymykseen liittyvässä tiedonhaussa käytettiin Janet Finna, Cinahl, ProQuest, PubMed ja Google Scholar tietokantoja, koska kyseisistä tietokannoista löytyi laadukkaimpia tutkimuksia ja parhaiten tutkimuskysymykseemme vastaavia julkaisuja. Ensimmäisissä hauissa tuli satoja, jopa tuhansia osumia. Lopullisessa haussa käytettiin seuraavia hakusanoja; home care, workforce, technology, resource, virtual care, tele\* ja health\* sekä Sweden, Norway, Denmark, british\*, Netherland, Island, Germany ja Great Britain. Lopullisessa haussa hakusanoja täsmentämällä hakutuloksia tuli kymmeniä tai ei ollenkaan. Liitteessä 1 on lopullisessa haussa tulleet osumat ja valikoitujen tutkimusten lukumäärä.

Tietokannoista valikoitiin otsikon perusteella tutkimuksia lähempään tarkasteluun alla olevasta taulukosta ilmi käyvien kriteerien mukaisesti. Valituista luettiin tiivistelmät ja niiden pohjalta tehtiin valinnat jatkuon menevistä tutkimuksista, joista luettiin koko tutkimuksen teksti ja tehtiin lopulliset valinnat opinnäytetyössä käytettävistä tutkimuksista. Jokaisessa karsinnassa huomioitiin tutkimuksen vastaavuus opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyöhön valittiin lopulta yhteensä kaksikymmentäkahdeksan tutkimusta. Näistä tutkimuksista viisi on norjalaista, neljä ruotsalaista, kolme suomalaista, yksi islantilainen ja kolme saksalaista tutkimusta. Tutkimuksia, joissa käsitellään Pohjoismaita, Skandinaviaa tai Eurooppaa oli neljä. Suomalaiset tutkimukset ovat suomenkielisiä ja muut englanninkielisiä. Valitut tutkimukset on esitelty liitteessä 2.

Taulukko 1. Sisäänto- ja poissulkukriteerit

Sisääntokriteerit	Poissulkukriteerit
Kymmenen vuotta tai nuoremmat julkaisut, artikkelit tai tutkimukset	Yli kymmenen vuotta vanhat julkaisut, artikkelit tai tutkimukset
suomen- tai englanninkieliset	muun kuin suomen- tai englanninkieliset
ilmainen	maksullinen
väitöskirja tai tieteellinen artikkeli	AMK-opinnäytetyötasoiset julkaisut
koko teksti saatavilla	ei koko tekstiä saatavilla

## 5.4 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysia. Sisällön analyysin toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Sisällön analyysi eteni vaiheittain alkaen valmisteluvaiheesta edeten analysointivaiheen kautta raportointivaiheeseen. (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022.) Ensimmäisessä vaiheessa pelkistettiin sisältö eli etsittiin aineistosta asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Analyysiyksikkö saattoi olla esimerkiksi yksittäinen sana lause tai asiakokonaisuuus. Perehtymisvaiheessa tarkistettiin vielä tutkimuskysymys, jotta varmistuttiin siitä, että kerätty aineisto antoi siihen vastauksen. Löydökset taulukoitiin tutkimuksittain sekä koodattiin eri väreillä. Toisessa vaiheessa alkuperäisilmaisut pelkistettiin yksinkertaisempaan muotoon ja etsittiin pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia ja niistä muodostettiin ryhmiä, joista muodostui

alaluokkia. Tämän jälkeen saman sisältöisiä alaluokkia ryhmiteltiin yhteneväisiksi kokonaisuuksiksi, joista puolestaan muodostui yläluokkia. Analyysivaiheessa päämääränä oli tiivistää haettu tieto muodostamalla luokkia ja pelkistämällä saatua tietoa. Prosessi eteni ryhmitellen materiaalia ai-neistolähtöisesti. (Elo ym. 2022.) Sisällön analyysistä on esimerkki taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkki sisällön analyysistä

Tutkimus	Lauseet	Alaluokat (englan- niksi)	Alalu- kat (suo- meksi)	Ala- luokka	Ylä- luokka	Pää- luokka
Strandell, R. 2022. "It´s always a battle against time". Experiencing and handling temporal conditions in homecare work.	In the con- text of homecare, ICT in- cludes several different technolo- gies such as systems and de- vices for register- ing, plan- ning and monitor- ing the everyday work.	devices for registering  devices for planning  monitoring the eve- ryday work	tilas- tointi- väli- neet  suun- nittelu- väli- neet  moni- toroin- tiväli- neet	tieto- ja viestin- tätekn- niikka	Henki- löstön tekno- logia	Tekno- logia
Bishop ym. 2024. Human resource management in homecare in England: managing people for safe care during crisis.	One of the most sali- ent ap- proaches has been using digi- tal tech- nology to transi tion to virtual	recruit- ment  selection  training  meetings	rekry- tointi  valinta- tekno- logia  koulu- tus	virtuaa- litekno- logia	Henki- löstöön liittyvä tekno- logia	Tekno- logia

	forms of recruitment, selection, training, and online meetings		kokoukset			
Strandell, R. 2022. "It's always a battle against time". Experiencing and handling temporal conditions in homecare work.	Almost two thirds of the care workers are assistant nurses and one-third are care aides.	assistant nurse care aides	lähihoitaja hoivaavustaja			Kotihoidon henkilöstö
Cowdell ym. 2023. Home care nurses lived experiences of caring relationships with older adults: A phenomenological study.	This paper describes registered nurses' lived experiences of caring relationships in the context of homecare provision for older adults living in Denmark.	registered nurse	rekisteröity sairaanhoitaja	Sairaanhoitaja		Kotihoidon henkilöstö

## 6 Tulokset

Tutkimus keskittyy kahteen tärkeimpänä pitämäämme resurssiin: teknologia ja henkilöstö. Henkilöstörakenne on merkittävä resurssi pohtiessamme tulevaisuuden haasteita kotihoidon toteuttamisen suhteen. Teknologia on myös yhä enenevässä määrin vastaamassa kotihoidon haasteisiin.

## 6.1 Teknologia

Analyysimme perusteella teknologia muodostui pääluokaksi, jonka alle muodostui kolme yläluokkaa; henkilöstöön liittyvä, asiakkaisiin liittyvä sekä niin asiakkaisiin kuin henkilökuntaankin liittyvä teknologia. Alaluokkatasoja muodostui kaksi. Ylempi alaluokka muodostui tieto- ja viestintäteknikasta, turvallisuusteknologiasta, hoivateknologiasta, telelääketieteestä sekä virtuaaliteknologiasta. Viimeisin luokka sisältää yksityiskohtaisia teknologisia ratkaisuja.

### Asiakkaisiin liittyvä teknologia

Asiakkaisiin liittyvät teknologiat pitävät sisällään turvallisuus- ja hoivateknologiaa, telelääketieteellisiä ratkaisuja sekä tieto- ja viestintäteknikkaa. Turvallisuusteknologiasta esimerkkinä Ruotsissa ja Norjassa käytössä olevat henkilökohtaiset turvahälyttimet, digitaaliset avainlukot sekä digitaaliset valvontaratkaisut. (Strandell 2022; Glomsås, Knutsen, Fossum & Halvorsen 2021; Nilsen, Dugstad, Eide, Knudsen Gullslett & Eide 2016; Stokke, Melby, Isaksen, Obstfelder & Andreassen 2021.)

Asiakkaisiin liittyvään hoivateknologiaan voidaan lukea mukaan muun muassa Ruotsin suihkurobotit, äly-wc ja digitaalinen kynä tai Hollannin automaattinen tunnistus- ja raportointijärjestelmä kuin myös niin Hollannissa kuin esimerkiksi Tanskassakin olevat etävalvontaratkaisut (University of Amsterdam 2025; Strandell 2022; Andersen, Svendsen & Tiedemann 2024; Calgren, Karlsson & Lind 2016).

Telelääketieteellisistä ratkaisuista mainittakoon Ruotsin terveystietokirjalomake, Hollannissa käytössä olevat digitaalinen lähetejärjestelmä ja sähköinen triage- menetelmä sekä telehoitoalusta (Calgren ym. 2016; Belo, Brekelmans, Brouwer, van der Burg, & Hoencamp 2024; Garzo, Hijmans, Keller, Rozevink & van der Sluis 2021). Myös Saksassa on kehitetty iteratiivista tieto- ja viestintäalustaa, joka mahdollistaisi eri alojen ammattilaisten sekä potilaiden ja omaishoitajien verkostoitumisen. Tutkimuksissa on todettu, että telemonitorointi auttaa potilaita tuntemaan olonsa turvallisemmaksi, auttaa heitä pysymään itsenäisempänä kotonaan ja voi näin parantaa heidän yleistä elämänlaatuaan. (Scheibe, Lang, Druschke, Arnold, Luntz, Schmitt & Holthoff-Detto 2021.)

Tieto- ja viestintäteknikka, joka liittyy pelkästään asiakkaisiin sisältää esimerkiksi valvontalaitteet automatisoitujen tietojen tuottamiseksi (UK) ja Tanskassa käytössä olevan digitaalisen terveystietojen väkirjan. Saksassa on testattu tablettisovellusta dementiapotilaiden hoidossa ja todettu sen voivan vaikuttaa myönteisesti kognitiivisten kykyjen ja muistojen säilyttämiseen ja sitä kautta auttaa heitä säilyttämään itsenäisyytensä ja asumaan kotona mahdollisimman pitkään. (Farrier, Jalilian, Sedda & Unsworth 2024; Gybel Jensen, Gybel Jensen & Loft 2024; Klein, von Bousse & Kunze 2024.)

### **Henkilöstöön liittyvä teknologia**

Henkilöstöön liittyvästä teknologiasta nousi suurimpana alaluokkana tieto- ja viestintäteknikkaan liittyvät ratkaisut kuten tilastointi-, suunnittelu- ja raportointiteknologiat sekä johdolle suunnatut työn organisointi- ja valvontateknologiat (Strandell 2022). Tieto- ja viestintäteknikkaan voidaan lukea myös etäkonsultaatioihin ja tietojen analysointiin sekä riskien tunnistamiseen liittyvät teknologiat ja sovellukset (Andersen ym. 2024; Alam, Farrington, Lathwood, Maruthappu, Patel, Street & Windle 2024). Myös virtuaalitekniikka nousi yhtenä henkilöstöön liittyvänä teknologian luokkana, joista esimerkkinä rekrytointiin, valintaprosessiin, koulutuksiin ja kokouksiin liittyvät teknologiat (Bishop, Le & Macrae 2024).

### **Asiakkaisiin ja henkilöstöön liittyvä teknologia**

Sekä asiakkaisiin että henkilöstöön liittyviä teknologioita löytyi lähes jokaisesta alaluokasta; tieto- ja viestintäteknikasta, virtuaalitekniikasta, telelääketieteestä sekä turvallisuusteknologiasta. Tieto- ja viestintäteknikka -luokasta esimerkkeinä digitaaliset viestintäteknologiat asiakkaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä sekä etävalvontateknologiat (Gybel ym. 2024; Andersen ym. 2024; Glazer, Helder, Janus, Kylén, Ludden, Nordin, Pilosof, Sturge, Vogt & Zimlichman 2025). Virtuaalitekniikasta, joka liittyy niin asiakkaisiin kuin henkilöstöön, esimerkkinä Englannin digitaalinen kotihoito ja virtuaaliosasto (Farrier ym. 2024; Alam ym. 2024). Telelääketieteellisistä ratkaisuista nostamme esimerkkeinä Hollannin sähköiseen terveystieteeseen liittyvät teknologiat sekä Tanskan digitaaliset terveystieteet ja verkkopohjaiset lääkkeiden toimitusteknologiat (Belo ym. 2024; Gybel ym. 2024). Turvallisuustekniikkaa kuvataan myös sanalla sosiaalinen hälytysjärjestelmä. Tähän kategoriaan kuuluvat kaikki henkilökohtaiset hälytysjärjestelmät sekä kodin häly-

tysjärjestelmät, joista tulee hälytys valituille henkilöille, esimerkiksi hoitohenkilökunnalle tai sukulaisille. Tästä esimerkkinä erilaiset turva- ja kaatumishälyttimet sekä kaas- ja savuhälyttimet. (Stokke ym. 2021).

Etähoidon, älylaitteiden, seurantatekniikan, henkilökohtaisten hälyttimien ja hyvinvointitekniikan ajatellaan mahdollistavan turvallisemman, terveellisemmän ja aktiivisemmän elämäntavan ikääntyneille. Seuranta – ja valvontatekniikkaa voidaan käyttää turvallisuuden parantamiseen ja tieto- ja viestintäteknikkaa parantamaan sosiaalista yhteyttä. Hoivateknologia kuten erilaiset laitteet ja mittarit parantavat ikääntyneiden terveyttä ja lisäävät aktiivisuutta. (Frennert & Östlund 2018.)

Taulukko 3. Tulokset tiivistettynä teknologiasta

Päälouokka	Yläluokka	Alaluokka	
TEKNOLOGIA	Asiakkaisiin liittyvä teknologia	Turvallisuusteknologia: turvahälyttimet, digilukot, valvontaratkaisut	
		Hoivateknologia: suihkurobotit, äly-WC, etävalvonta	
		Telelääketiede: terveystarkastukset, sähköinen triage, telehoitoalusta	
			Tieto- ja viestintäteknikka: digiterveyspäiväkirjat, valvontalaitteet, tablettisovellus dementiapotilaille
		Henkilöstöön liittyvä teknologia	Tieto- ja viestintäteknikka: raportointi-, suunnittelu-, analyysi- ja riskientunnistustyökalut
			Virtuaalitekniikka: rekrytointi, koulutus, kokoukset
		Asiakkaisiin ja henkilöstöön liittyvä teknologia	Etäviestintä, etävalvonta, virtuaalipotilaskäyttö, virtuaaliosastot, sähköinen konsultaatio, hälytysjärjestelmät

## 6.2 Henkilöstörakenne

Kotihoidon henkilöstörakenne käsittää tutkimissamme maissa seuraavat ammattiryhmät; lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, hoiva-avustaja sekä muu hoitohenkilöstö. Hoiva-avustajia oli lähteestä riippuen jaettu kotihoidon avustajiin, hoitotyön avustajiin, henkilökohtaisiin avustajiin ja maassa

työskenteleviin ulkomaisiin henkilökohtaisiin avustajiin. Muu hoitohenkilöstö sisälsi hallinnossa, johtotehtävissä, tutkimuksessa ja muissa tehtävissä työskentelevän hoitohenkilöstön, joka ei ole suorassa potilaskontaktissa. Hoitotyön ammattilaisten määrässä on suuria eroja maiden välillä. (Van Enoo, Declercq, Onder, Finne-Soveri, Garms-Homolová, Jónsson, Dix, Smit, van Hout & van der Roest 2015; Van der Roest, van Enoo, van Lier, Onder, Garms-Homolová, Smit, Finne-Soveri, Jónsson, Draisma, Declercq, Bosmans, van Hout & IBenC project 2019; Gruber, Zeiser, Schröder & Büscher 2021.)

Islannissa kotihoito ymmärretään laajasti yhteisöllisenä ja moniammatillisena toimintana, jossa pyritään yhdistämään ammatillinen sekä läheisten antama hoiva. Siellä kotihoitoa pidetään kollektiivisena vastuuna, jossa asiakkaan hyvinvointi nähdään yhteisenä tavoitteena. Tarkoituksena on rakentaa ikään kuin verkosto asiakkaan ympärille, joka varmistaa, että hän saa oikea-aikaista, kokonaisvaltaista ja tarpeisiinsa sopivaa tukea. Tämä verkosto muodostuu sekä läheisistä (perhe, sukulaiset, naapurit) että ammattilaisista eri sektoreilta, kuten sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit, toimintaterapeutit, sairaanhoitajat, yleis- ja erikoislääkärit. Tällainen malli korostaa yhteistyötä ja tiedonkulkua eri toimijoiden välillä, jolloin vastuu asiakkaasta ei ole yhden tahon harteilla ja henkilökuntarakenne on laajempi. (Bjornsdottir 2018.)

Hoitohenkilöstö luokiteltiin lähteestä riippuen rekisteröity/edistynyt rekisteröity sairaanhoitaja, lisensoitu käytännön sairaanhoitaja, hoitaja-avustaja sekä johtaja. Hollannin kotihoidon henkilöstössä sairaanhoitajien ja lähihoitajien pätevyyksissä tai oikeuksissa on porrasteisuutta; sairaanhoitajia on kolmessa tasossa, jotka vastaavat Suomessa ammatillista koulutusta, kandidaatin ja masterin koulutusta. Lähihoitajia on sertifioituja ja ilman sertifiointia toimivia. Myös Norjassa sairaanhoitajakoulutus on porrastettua (Cremers, van Dijk, van Dulmen, Huisman-de Waal, Ista, Nieuwboer, Schoonhoven, Vermeulen & Wendt 2023; Bolt, Meijers, Schols, van der Steen & Zwakhalen 2020).

Hoiva-avustajista käytettiin erilaisia nimityksiä riippuen tutkittavasta maasta. Hollannissa hoiva-avustajasta käytetään nimitystä terveys- ja hyvinvointiapulainen ja esimerkiksi Tanskassa avustava terveydenhuollon ammattilainen (Cremers ym. 2023; Binderup & Moth 2020). Myös Ruotsissa pu-

hutaan avustavasta sairaanhoitajasta, jonka vastaavia termejä voivat riippuen maasta ja käännök-  
sistä sekä siitä, onko tutkinto laillistettu, olla käytännön sairaanhoitaja, LVN (licensed vocational  
nurse), LPN (licensed practical nurse) ja CPN (clinical practical nurse) (Sjögren & Parding 2024).

Taulukko 4. Tulokset tiivistettynä henkilöstörakenteesta

<b>HENKILÖSTÖRAKENNE</b>	<b>Ammattiryhmät</b>	Lääkäri, sairaanhoitaja (3 tasoa), lähihoitaja, hoiva-avustaja, muu henkilöstö
	<b>Hoiva-avustajien roolit</b>	Kotihoidon avustaja, hoitotyön avustaja, henkilökohtainen avustaja
	<b>Porrastetut koulutusrakenteet</b>	Sairaanhoitaja (ammattillinen–kandi–maisteri), lähihoitajat (sertifioitu/ei-sertifioitu)
	<b>Islannin malli</b>	Moniammatillinen ja yhteisöllinen kotihoito, asiakkaan ympärille rakentuva verkosto

## 7 Pohdinta

### 7.1 Johtopäätökset

Tutkimuksissamme henkilöstörakenteesta oli verrattain vähän tutkimuksia, joissa olisi kartoitettu koko henkilöstön rakennetta nimenomaan kotihoidossa. Henkilöstörakennetta tutkiessamme emme löytäneet merkittäviä eroja Suomen henkilöstörakenteeseen. Suurimmaksi osaksi tutkimuksissa oli keskitytty vain sairaanhoitajien kokemuksiin tai näkemyksiin. Esimerkiksi Binderup ja Moth (2020) tekivät vuonna tutkimuksen Tanskassa selvittäen voisiko sairaanhoitajien tehtäviä kotihoi-  
dossa korvata avustavilla terveydenhuollon ammattilaisilla. Meidän suorittamamme selvityksen perusteella Euroopan henkilöstörakenteesta ei mahdollisesti löydy ratkaisua koko ajan väheneviin henkilöstöresursseihin, mutta mahdollisesti resurssien mahdollisimman oikealla sijoittelulla saattaisi löytyä ainakin helpotusta, viitaten muun muassa Binderupin ja Mothin (2020) tutkimukseen. Vastaus väheneviin henkilöstöresursseihin ei välttämättä olekaan henkilöstöresurssin volyyymi vaan resurssin oikeanlainen kohdentaminen. Tätä päätelmää tukee myös strategiatutkijat Penrose, Barney ja Grant, jotka ovat todenneet organisaation menestyksen pohjaavan käytettävissä oleviin resursseihin ja niiden mahdollisimman tehokkaaseen hyödyntämiseen. He käsittivät resursseilla taloudelliset, fyysiset ja aineettomat resurssit kuten maine tai henkilöstö. (Fahy & Smithee 1999.)

Saksassa ei ole käytössä henkilöstömitoitusta, vaan henkilöstömäärä määräytyy korvauskäytännön mukaan. Sielläkin käydään keskustelua kotihoidon riittävästä henkilöstömäärästä. Tällä hetkellä vähäiset henkilöstöresurssit ovat ajaneet maan siihen, että palveluiden määrä ei perustu enää asiakaskysyntään, vaan käytettävissä olevan henkilöstön määrään. Tutkimuksellisesti on koettu selvittää tuottavaa työaikaa eli hoitajien hoitoon käyttämää tehokasta työaikaa. Asiakkaan tarvitsema aika voi kuitenkin vaihdella yleiskunnon mukaan ja se on luonteeltaan dynaamista johtuen esimerkiksi dementiasta tai muista sairauksista. Asiantuntijat ovat Saksassakin todenneet, että henkilöstömäärän määrittäminen ei ole suurin huolenaihe vaan se, että pätevää henkilöstöä on saatavilla. (Gruber ym. 2021.)

Teknologian osalta ainakin uusimmat tutkimukset keskittyvät hyvin pitkälti tieto- ja viestintäteknologiaan. Euroopassa tutkitaan ja kehitetään hyvin laajoissa mittakaavoissa terveydenhuollon digitalisaatiota ennemmin kuin yksittäisiä teknologisia ratkaisuja. Esimerkiksi Gybel Jensen & kumppanit toteavat tutkimuksessaan, että muun muassa Tanska pyrkii luomaan universaalien julkisen digitaalisen sektorin kaikille (Gybel ym. 2024). Teknologian tutkimus ja kehittäminen keskittyvät isolta osalta laajoihin digitalisaatioprojekteihin, yhteneväisiin tietojärjestelmiin ja etäratkaisuihin kuten -valvontaan, -konsultaatioihin ja -monitorointiin.

## 7.2 Ajatuksia päätuloksista

Työmme tarkoituksena oli selvittää millä tavoin Euroopassa hyödynnetään kotihoidon resursseja, josko Euroopasta löytyisi tuottamisen tapoja tai ratkaisuja vastauksena vallitseviin kotihoidon haasteisiin Suomessa. Samat haasteet tuntuvat vallitsevan kaikissa muissakin tutkituissa maissa. Esimerkiksi Binderup ja Moth (2020) totesivat tutkimuksessaan, että useissa maissa havaittu väestörakenteen muutos tarkoittaa ikääntyneiden kansalaisten osuuden kasvua väestössä mikä perhemallien kehityksen muassa lisää ikääntyneiden virallisen terveydenhuollon tarvetta. He totesivat myös samassa tutkimuksessa, että avainasemassa tulevaisuuden haasteisiin on resurssien optimaalinen kohdentaminen. Myös Alamin & kumppaneiden tutkimuksessa todettiin (2024), että terveydenhuoltojärjestelmän kapasiteettia rasittaa tulevaisuudessa koko ajan kasvavat terveydenhuoltomenot, kasvava palveluiden tarve sekä monisairauspopulaatio (Alam ym. 2024; Binderup & Moth 2020.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmallien ja palveluiden järjestämisen mallien erot eri maiden välillä ovat varmasti merkityksellisiä osaltaan tulevaisuuden haasteisiin vastaamisessa. Osassa maita rahoitus perustuu sosiaali- ja terveysvakuutuksiin, osassa maita sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus taas on verotuspohjainen. Joissain maissa palveluiden järjestämismallit on valtiolla tai kunnilla, kun taas Iso-Britanniassa siitä vastaa NHS (National Health Service) (Aronkylä 2010, 3). Palveluiden tuottajavastuissa on myös eroja maiden välillä esimerkkinä Suomen varsin pieni yksityinen palveluntuotanto verrattuna Hollannin noin 2500 yksityiseen palveluntuottajaan (Taponen & Uenk 2020). Rahoitusmalleihin, järjestämismallisiin ja palveluntuotantoon emme työssämme paneutuneet enempää, koska niihin vaikuttaminen tapahtuu valtion tasolta ja se on hidas prosessi emmekä sieltä saa vastausta lähitulevaisuuden haasteisiin.

Kotihoidon resurssit, joihin keskityimme, olivat henkilöstö ja teknologia. Henkilöstörakenteesta ei varsinaisesti löytynyt ilmeisiä ratkaisuja esittelemiimme haasteisiin vaan henkilöstörakenne oli pääosin Suomeen verrattavissa. Binderup ja Moth (2020) tutkivat sairaanhoitajien tehtävien osittaisen korvaamisen mahdollisuutta avustavilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä. Myös Suomessa on tehty vastaavanlaista kokeilua vuonna 2024 kun Sosiaali- ja terveysministeriö mahdollisti suosituksellaan hoiva-avustajien osallistumisen lääkehoitoon tietyn reunaehdoin ja edellytyksin (Sosiaali- ja terveysministeriö 21.5.2024). Henkilöstöresurssien suhteen olemme niin Binderupin ja Mothin (2020) kuin strategiatutkijoidenkin kannalla siinä, että tulevaisuudessa avainasemassa haasteisiin vastaamisessa on resurssien optimaalinen kohdentaminen.

Perheenjäsenten osuus ikäihmisten hoidossa korostui tutkimuksista ainakin Saksassa ja Islannissa. Saksassa suurin osa pitkäaikaishoidon saajista hoidetaan kotona perheenjäsenten toimesta ja myös Islannissa perheenjäseniltä odotetaan osallistumista hoitoon ja avustamista henkilökohtaisessa hoidossa. (Gruber ym. 2021; Björnsdóttir 2018.) Tämä asia nousi otsikoihin Suomessakin työeläkevakuutusyhtiö Varman toimitusjohtaja Risto Murton nostettua keskusteluun aikuisten lasten vastuun ikääntyvien vanhempien hoitamisesta (Karvinen 2025). Kansainvälisen tutkimustiedon valossa palkaton hoiva voi vaikuttaa kielteisesti hoivaajan työllisyyteen, työtunteihin ja kertyneisiin ansioihin. Koska hoivatyö vie osan ajasta, hoivaajat saattavat vähentää palkkatyön määrää pystyäkseen tekemään palkatonta hoivaa ja säilyttämään vapaa-aikansa. Hoivan ja ansiotyön yhteensovittaminen voi myös tuntua kuormittavalta, mikä voi johtaa työajan vähentämiseen. Läheisten työllisyyden lasku voi heikentää julkista taloutta kymmenillä miljoonilla euroilla vuosittain, jolloin

vanhusten ympärivuorokautisesta asumisesta suunnitellut säästöt eivät toteudukaan odotetusti. (Melartin 2024.)

Yksi iso kysymys on kansainvälisyys henkilöstörakenteessa. Iso-Britanniassa on suuri osa aikuisten sosiaalihuollossa työskentelevistä ihmisistä kansainvälisesti rekrytoituja. Skills for Care:n tuottaman raportin aikuisten sosiaalihuollon rakenteesta ja työvoimasta (The size and structure of the adult social care sector and workforce in England 2025) mukaan Iso-Britanniaan rekrytoitiin maaliskuun 2022 ja maaliskuun 2024 välisenä aikana noin 185 000 työntekijää hoivatyöhön. Myös Saksassa henkilöstöpulan ratkaisemiseen on käytetty hoitohenkilökunnan rekrytointia ulkomailta sekä vähemmän pätevän henkilöstön rekrytointia (Gruber ym. 2021). Voisiko kansainvälisestä rekrytoinnista olla apua myös Suomen kotihoidon henkilöstöpulaan? Nimenomaan kotihoidossa kielitaidolla on suuri merkitys, koska työskentely tapahtuu pääsääntöisesti yksin. Voisiko kansainvälisessä rekrytoinnissa ja kansainvälisissä koulutusohjelmissä panostaa vahvasti suomen kielen opetukseen?

Tulokset teknologiasta yllättivät. Varsin vähän löytyi varsinaisia tutkimuksia yksittäisistä teknologioista. Enemmän tutkimukset ja uusin kehittämistyö keskittyvät tietojärjestelmiin ja laajaan digitalisaatioon. Toisaalta laaja digitalisaatio mahdollistaa resurssien laajan optimaalisen kohdentamisen ja vastaa näin suurelta osin tulevaisuuden haasteisiin. Tutkimuksista nousi esiin kuitenkin huoli teknologian vaikutuksesta hoitoetiikkaan. Hoivaan liitetään pehmeämpiä käsitteitä, kuten myötätunto, luottamus ja sitoutuminen, kun taas teknologiassa korostuu tehokkuus, nopeus ja tarkkuus. Uudet teknologiset ratkaisut voivat tuoda mukanaan uusia eettisiä haasteita. Klein ym. (2024) ja Scheibe ym. (2021) korostivat tutkimuksissaan henkilökohtaisen tuen roolia teknologiaa kehitettäessä ja otettaessa käyttöön. Ihannetapauksissa käyttäjille tarjotaan henkilökohtaista tukea käytön aikana, mutta se taas vaatii lisää aikaa ja taloudellisia resursseja. Teknologian mahdollistamaa itsenäistä elämää ei myöskään pidetty samana asiana kuin arvokasta elämää. Teknologia voi tuoda turvallisuuden tunnetta, mutta se voi myös pahentaa ikääntyneiden yksinäisyyttä vähentämällä tarvetta sosiaaliselle kanssakäymiselle tai liikkumiselle. (Gjerstad, Gjerstad-Sørensen & Teig 2025.)

Tutkimuksen tavoitteena ei ollut vertailla eri maita, vaan kartoittaa, miten kotihoidon resursseja kohdennetaan eri Euroopan maissa ja voisiko niistä löytyä ratkaisuja Suomen kotihoidon haasteisiin. Haasteet – kuten väestön ikääntyminen, kasvavat terveydenhuoltomenot ja henkilöstöpula –

ovat samankaltaisia useissa maissa. Tutkimuksemme maat eroavat toisistaan erityisesti rahoitus- ja järjestämismalleissa, mutta niiden vaikutus kotihoidon arkeen on rajallinen lyhyellä aikavälillä. Henkilöstörakenteessa ei löytynyt selkeitä ratkaisuja, vaikka osassa maita hoivatyötä tuetaan avustavan henkilöstön ja ulkomaisen työvoiman avulla. Perheenjäsenten rooli on joissain maissa merkittävä, mutta siihen liittyy myös riskejä työllisyydelle ja taloudelle. Teknologian rooli kotihoidossa kasvaa, mutta tutkimukset painottavat sen eettisiä ulottuvuuksia sekä tarvetta säilyttää inhimillisyyttä ja tuki käyttäjille. Teknologia voi lisätä turvallisuutta ja tehostaa resurssien käyttöä, mutta se ei korvaa sosiaalista vuorovaikutusta tai takaa arvokasta elämää. Ratkaisuksi korostuvatkin ennen kaikkea resurssien tehokas kohdentaminen ja teknologian hyödyntäminen.

Johtopäätöksenä todetaan, että kotihoidon tulevaisuuden ratkaisuissa korostuvat resurssien tehokas käyttö, teknologian eettinen hyödyntäminen ja henkilöstön riittävyys, mahdollisesti myös kansainvälistä rekrytointia vahvistaen.

### **7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön perusperiaatteita sekä Jyväskylän ammattikorkeakoulun eettisiä periaatteita. Eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan hyvän tieteellisen käytännön perusperiaatteet ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023, 11; Eettiset periaatteet 2024).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tutkimus tutkii sitä mitä pitikin. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Nämä käsitteet liittyvät erityisesti määrälliseen tutkimukseen ja ne ovatkin saaneet osakseen kritiikkiä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Laadullisissa tutkimuksissa, erityisesti, jos niissä käytetään analyysimenetelmänä sisällönanalyysia, suositellaan käytettävien kriteereitä credibility (tutkimuksen uskottavuus/vastaavuus), transferability (siirrettävyys), dependability (luotettavuus) sekä confirmability (vakiintuneisuus). Termien suomennokset sekä tulkinnat saattavat jonkin verran vaihdella eri lähteissä. (Tuomi & Sarajärvi 2024, 160–163.)

Tämä opinnäytetyö on tehty kirjallisuuskatsauksena, joten se ei tarvinnut erillistä tutkimuslupaa. Opinnäytetyöstä on kuitenkin sovittu suullisesti työelämän edustajan kanssa. Tämän opinnäytetyön uskottavuutta vahvistaa se, että työn tekijöinä toimivat kaksi pitkän työkokemuksen omaavaa hoitajaa, jotka käsittelivät aineistoa yhdessä. Aineiston valinta, analyysi ja tulkinta tehtiin yhteisesti keskustellen ja vertaillen näkemyksiä, mikä vähentää yksittäisen tutkijan ennako-oletusten vaikutusta ja lisää tulosten luotettavuutta. Työn tekijöiden pitkä käytännön kokemus hoitotyöstä vahvistaa tulosten käytännön merkittävyyttä ja sovellettavuutta hoitotyön eri konteksteissa. Tutkimusprosessin aikana tehtiin muistiinpanoja, mikä tukee prosessin läpinäkyvyyttä ja jäljitettävyyttä. Kumpikin työn tekijöistä teki kirjallisuuskatsausta ensimmäistä kertaa, joten toisinaan työ vei mennessään ja muistiinpanoissa olisi varmasti voinut olla huolellisempi.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, missä määrin tutkimuksen tulokset ovat sovellettavissa muihin vastaviin ympäristöihin tai tilanteisiin. Tässä opinnäytetyössä siirrettävyyttä tukee tutkimusprosessin ja aineistonvalinnan selkeä kuvaus. Tiedonhausta on laadittu taulukko, ja artikkelien valintaperusteet on esitetty avoimesti. Opinnäytetyön teoreettinen tausta on muodostettu monipuolisesti luotettavista lähteistä. Osa teoreettisen viitekehyksen lähteistä on 15–20 vuotta vanhoja, joten riski vanhentuneeseen tietoon on näiltä osin olemassa. Niiden käyttö on ollut kuitenkin perusteltua, ja tekijät ovat tunnistaneet tähän liittyvän rajoitteen. Sisällön analyysiin valitut artikkelit on julkaistu 2015 tai sen jälkeen. Toisaalta teknologia ja digitalisaatio kehittyvät niin huimaa vauhtia, että tutkimukset vanhenevat nopeasti. Kymmenen vuoden rajaus tutkimusten hakemisessa saattoi olla liikaa.

Luotettavuus viittaa tutkimusprosessin johdonmukaisuuteen ja siihen, että tutkimus on mahdollista toistaa samoja menetelmiä käyttäen. Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisää se, että tutkimusprosessi on kuvattu systemaattisesti vaiheittain: tiedonhaku, aineiston valinta, analyysi ja tulosten raportointi. Aineiston hankinnassa on käytetty luotettavia ja tunnettuja tietokantoja, ja hakukriteerit on dokumentoitu huolellisesti. Tiedonhausta on laadittu taulukko ja katsaukseen valitut artikkelit ovat opinnäytetyön liitteenä. Analyysin tuloksia on avattu avoimesti ja rehellisesti ja tuloksista on laadittu kaavio. Kahden tekijän yhteinen työskentely ja jatkuva vuoropuhelu voidaan myös nähdä eräänlaisena sisäisenä vertaisarviointina, joka tukee tutkimusprosessin johdonmukaisuutta ja varmistaa, että johtopäätökset perustuvat aineistoon.

## 7.4 Jatkotutkimustarpeet

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tutkia sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmallien eroja sekä niiden vaikutusta palveluiden järjestämiseen ja saatavuuteen sekä myös vaikutuksia henkilöstöresurssien saatavuuteen ja toisaalta myös asiakastyytyvyyteen.

Kansainvälisten rekrytointien tutkiminen ja kehittäminen ovat yksi tulevaisuuden merkittäviä tutkimuskohteita. Kotihoidossa on erityisen tärkeää hyvä kielitaito, koska työtä tehdään pääsääntöisesti yksin. Kielitaito on merkittävässä roolissa kommunikoimisessa asiakkaiden kanssa sekä toisaalta myös asiakasohjeisiin ja käyntien sisältöön liittyviin ohjeistuksiin perehtymisessä, hoitotyön laadukasta kirjaamista unohtamatta. Kielitaidon hankkimisessa korostuu mielestämme yhteistyö oppilaitosten ja työelämän kanssa riittävän kielitaidon saavuttamiseksi. Olisi kiinnostavaa myös tutkia kansainvälisten rekrytointien muista haasteista, mutta myös mahdollisuuksista. Tähänkin tulisi ottaa mukaan niin asiakkaiden, työyhteisön kuin kansainvälisten työntekijöidenkin näkökulma.

Resurssien kohdentamiseen on tulevaisuudessa kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Tehtävien kohdentaminen eri ammattiryhmien kesken olisi tärkeää ottaa tarkastelun alle, jotta resurssit pystyttäisiin kohdentamaan vastaamaan todelliseen tarpeeseen. Erityisesti sairaanhoitajien ja lähihoitajien työnkuvat olisivat mielenkiintoista kirjoittaa hyvin yksityiskohtaisesti auki siten, että tehtäisiin tarkka tehtävien rajaus, mitkä ovat niitä tehtäviä mihin tarvitaan ehdottomasti kutakin koulutustasoa. Tarkasteltaisiin löytyisikö esimerkiksi lähihoitajien tai sairaanhoitajien perinteisestä tehtävien jaosta muokattavaa ja vapautuisiko mahdollista resurssia, jos sairaanhoitaja- ja lähihoitajaresurssit kohdennettaisiin spesifisti vain kyseisiä koulutuksia ehdottomasti vaativiin tehtäviin.

Hoiva-avustajat ovat ammattiryhmänä tällä hetkellä mielestämme liian vähällä painoarvolla. Voisiko tätä ammattiryhmää hyödyntää tehokkaammin? Olisiko hoiva-avustajien koulutuksen sisällössä mahdollista muutokset tai lisäykset, jotka mahdollistaisivat heidän tehokkaamman hyödyntämisensä? Mitä tarkoittaisi käytännön työelämässä esimerkiksi lääkehoidon perusopintojen tai haavanhoidon perusopintojen lisääminen hoiva-avustajan koulutusohjelmaan?

## Lähteet

Ahonen, S. 2024. Kansainvälisiä esimerkkejä terveydenhuollon priorisoinnin eettisistä periaatteista. ETENEn tilaama selvitystyö. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta (ETENE). Viitattu 1.6.2025. [https://etene.fi/documents/66861912/0/ETENEn+tilaama+selvitysty%C3%B6+\(2024\)+Kansainv%C3%A4lisi%C3%A4+esimerkkej%C3%A4+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisist%C3%A4+periaatteista.pdf/18e3b21d-d748-e85b-25ae-2b73e3405bbc/ETENEn+tilaama+selvitysty%C3%B6+\(2024\)+Kansainv%C3%A4lisi%C3%A4+esimerkkej%C3%A4+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisist%C3%A4+periaatteista.pdf?t=1726495642875](https://etene.fi/documents/66861912/0/ETENEn+tilaama+selvitysty%C3%B6+(2024)+Kansainv%C3%A4lisi%C3%A4+esimerkkej%C3%A4+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisist%C3%A4+periaatteista.pdf/18e3b21d-d748-e85b-25ae-2b73e3405bbc/ETENEn+tilaama+selvitysty%C3%B6+(2024)+Kansainv%C3%A4lisi%C3%A4+esimerkkej%C3%A4+terveydenhuollon+priorisoinnin+eettisist%C3%A4+periaatteista.pdf?t=1726495642875).

Alam, A., Farrington, T., Lathwood, M., Maruthappu, M., Patel, H., Street, J. & Windle, N. 2022. A Retrospective Cohort Study Evaluating the Association Between Implementation of a Digital Care Plan and Hospitalization Rates for Home Care Residents in the United Kingdom Home Health Care Management & Practice 2023, Vol. 35(2): 123-128. Viitattu 1.7.2025. doi: 10.1177/10848223221135560.

Alam, A., Farrington, T., Lathwood, M., Maruthappu, M., Patel, H., Street, J. & Windle, N. 2024. Predicting Hospitalization Risk Among Home Care Residents in the United Kingdom: Development and Validation of a Machine Learning-Based Predictive Model. Home Health Care Management & Practice 2024, Vol. 36(4) 253 –261. Viitattu 15.6.2025. <https://doi.org/10.1177/10848223241253839>.

Andersen, M., Svendsen, M. & Tiedemann, S. 2024. Monitoring the digital healthcare transition in Denmark: Challenges, achievements and future. European Journal of Public Health(2024), Vol 34; 3. Viitattu 11.7.2025. ProQuest Central; CINAHL Ultimate. doi: 10.1093/eurpub/ckae144.075.

Aronkylö, T. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehityssuunnat Euroopassa; Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia. Sitran selvityksiä 16. Sitra. Helsinki. <https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/SelvityksiC3A42016-2.pdf>.

Bechb, M., Buraua, V., Ehlerta, C., Enemarka, U., Hald, A., Shawc, J. Care professionals' experiences and mediation of conditions for well-functioning interprofessional collaboration: a mixed-methods case study of rehabilitation pathways in Danish home care. Journal of interprofessional care. 2025, Vol. 39, NO. 2, 163–176. Viitattu 30.5.2025. <https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2452963>. Janet Finna.fi.

Belo, J.N., Brekelmans, W., Brouwer, R.J., van der Burg, B.L.S. & Hoencamp, R. 2024. Teleconsulting in wound care: Connecting the primary care to the wound specialist reduces unnecessary referrals. Viitattu 6.6.2025. DOI: 10.1111/wrr.13185. <https://janet.finna.fi>.

Binderup, A. & Moth, G. 2020. Community-based homecare nursing in Denmark: exploring factors related to substitution of nurses by ancillary health professionals. Viitattu 19.6.2025. doi: 10.1111/scs.12871. Scandinavian journal of caring sciences, 2021;35(2):559-566. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434286/>.

Bishop, S., Le, T. & Macrae, C. 2024. human resource management in homecare in England: managing people for safe care during crisis. BMC Health Services Research (2024) 24: 1589. Viitattu 12.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11842-y>.

Bjornsdottir K. 2018. 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. Scand J Caring Sci. 2018 Mar;32(1):177-185. Epub 2017 May 24. Viitattu 25.6.2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12443>.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Hengel, P., Eriksen, A., Maresso, A. & Busse, R. 2024. Germany Health system summary. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. Viitattu 2.6.2025. <https://iris.who.int/ser-ver/api/core/bitstreams/5204d87b-8e2e-4b9a-9da7-832c40e97ce1/content>.

Bolt, S., Meijers, J., Schols, J., van der Steen, J. & Zwakhalen, S. 2020. Nursing staff needs in providing palliative care for persons with dementia at home or in nursing homes: A survey. doi:10.1111/jnu.12542. Journal of Nursing Scholarship, 2020; 52:2, 164-173. Viitattu 30.5.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32039556/>.

Buurtzorg: Revolutionising home care in the Netherlands. 2025. Centre for Public Impact. Viitattu 12.6.2025. <https://centreforpublicimpact.org/public-impact-fundamentals/buurtzorg-revolutionising-home-care-in-the-netherlands/>.

Calgren, G., Karlsson, D. & Lind, L. 2016. Computers, informatics, nursing 2016-08, Vol.34(8), p. 360-368. Viitattu 12.7.2025. <https://janet.finna.fi>.

City of Copenhagen. Home care services. Viitattu 10.5.2025. <https://international.kk.dk/live/healthcare/elderly-care-and-home-care/home-care-services>.

Cremers, B., van Dijk, M., van Dulmen, S., Huisman-de Waal, G., Ista, E., Nieuwboer, M., Schoonhoven, L., Vermeulen, H. & Wendt, B. 2023. Low-value home-based nursing care: A national survey study. DOI: 10.1111/jan.15970. Journal of Advanced Nursing. 2024;80:1891-1901. Viitattu 30.5.2025. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15970>.

Eettiset periaatteet. 2024. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.8.2025. <https://jamkstudent.sharepoint.com/sites/Eettiset-periaatteet-Elmo>.

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede. 34 (4), 215-225.

Fahy, J. & Smithee, A. 1999. Strategic Marketing and the Resource Based View of the Firm. Academy of Marketing Science Review, Volume 1999 no.10. Viitattu 15.5.2025. [https://scholar.google.fi/scholar?q=fahy+j+smithee+1999&hl=fi&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.fi/scholar?q=fahy+j+smithee+1999&hl=fi&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart).

Farrier, M., Jalilian, A., Sedda, L. & Unsworth, A. 2024. Length of stay and economic sustainability of virtual ward care in a medium- sized hospital of the UK: a retrospective longitudinal study. BMJ Open 2024;14. Viitattu 11.7.2025. doi:10.1136/bmjopen-2023-081378.

Frennert, S. & Östlund, B. Narrative Review: Technologies in Eldercare. 2018. *Nordic Journal of Science and Technology Studies*. Vol. 6 No. 1 (2018). Viitattu 20.6.2025. DOI: <https://doi.org/10.5324/njsts.v6i1.2518>.

Fink, Arlene (2005). *Conducting Research Literature Reviews: From the Internet to the Paper*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Foged, Soren Kjaer. & Houlberg, Kurt. Kommunernes tilvejebringelse af det frie valg af hjemmepleje og brug af udbud. 22.3.2024. Det Nationale forsknings- og analysecenter for velfaerd. Viitattu 23.7.2025. [https://www.vive.dk/da/udgivelser/kommunernes-tilvejebringelse-af-det-frie-valg-af-hjemmepleje-og-brug-af-udbud-qz55362z/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.vive.dk/da/udgivelser/kommunernes-tilvejebringelse-af-det-frie-valg-af-hjemmepleje-og-brug-af-udbud-qz55362z/?utm_source=chatgpt.com).

Garzo, A., Hijmans, J., Keller, T., Rozevink, S. & van der Sluis, C. 2021. HoMEcare aRm rehabilitation (MERLIN): telerehabilitation using an unactuated device based on serious games improves the upper limb function in chronic stroke. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, (2021) 18:48. Viitattu 4.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00841-3>.

Gjerstad, B., Gjerstad-Sørensen, R., & Teig, I. L. (2025). The impact of welfare technology on care ethics: A qualitative analysis of healthcare professionals and managers' experiences with welfare technologies. *BMC Health Services Research*, 25, 1-12. Viitattu 10.8.2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12187-2>.

Glazer, J., Helder, R., Janus, S., Kylén, M., Ludden, G., Nordin, S., Pilosof, N., Sturge, J., Vogt, T. & Zimlichman, E. 2025. How to age right and care(fully) at home? A protocol for a multistage comparative study of ageing in place and hospital at home care across three countries. doi:10.1136/bmjopen-2024-096385. *BMJ open* 2025-04, Vol.15 (4). Viitattu 20.6.2025. <https://janet.finna.fi>.

Glomsås, H.S., Knutsen, I.R., Fossum, M. & Halvorsen, K. 2021. 'They just came with the medication dispenser' - a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC Health Serv Res* 21, 245 (2021). Viitattu 20.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>.

Government of the Netherlands. Viitattu 10.5.2025. <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/long-term-care-at-home>.

Gruber, E. M., Zeiser, S., Schröder, D., & Büscher, A. 2021. Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 746–755. Viitattu 25.6.2025. <https://doi-org.ezproxy.jamk.fi:2443/10.1111/hsc.13324>.

Gybel Jensen, C., Gybel Jensen, F. & Loft, M. 2024. Patients' Experiences With Digitalization in the Health Care System: Qualitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, 2024;26:e47278. Viitattu 3.6.2025. doi: 10.2196/47278. <https://janet.finna.fi>.

Hanell, T., Jalovaara, M., Kauppinen, T., Kmak, M., Kuivalainen, S., Leinonen, T., Linnosmaa, I., Rotkirch, A., Samaletdin, Y., Vaalavuo, M., Valkonen, T., Zechner, M. Väestörakenteen muutos haastaa yhteiskunnan kestävyden. 20.1.2023. Demography-ohjelman kokoama tietopaketti. Viitattu 15.5.2025. [https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuoressa/ohjelmat-ja-hankkeet/2023\\_demography\\_vaalitietopaketti.pdf](https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/strateginen-tutkimus-pahkinankuoressa/ohjelmat-ja-hankkeet/2023_demography_vaalitietopaketti.pdf).

Healthcare services in the home. 2022. The Norwegian Directorate of Health. Viimeksi päivitetty 21.12.2022. Viitattu 2.6.2025. <https://www.helsenorge.no/en/help-services-in-the-municipalities/home-nursing-and-other-healthcare-services-in-the-home/>.

Help at home from a paid carer. 18.1.2024. Viitattu 3.8.2025. [https://www.nhs.uk/social-care-and-support/care-services-equipment-and-care-homes/homecare/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.nhs.uk/social-care-and-support/care-services-equipment-and-care-homes/homecare/?utm_source=chatgpt.com).

Home care in the Netherlands: How does it work?. 2025. XPAT. Viitattu 20.5.2025. <https://www.xpat.nl/expat-netherlands/living-in-holland/home-care-in-the-netherlands-how-does-it-work/>.

Home care services. West Iceland Health. N.d. Viitattu 3.6.2025. <https://island.is/en/o/hve/home-care-services-hve>.

Horelli M. 19.12.2022. Tanska purkaa turhaa sote-sääntelyä – hoivan kokeilusta hyviä tuloksia. Viitattu 3.6.2025. <https://www.hyvinvointiala.fi/tanska-purkaa-turhaa-sote-saantelya-hoivan-kokeilusta-hyvia-tuloksia/>.

Huijbers, P. N.d. Care in the neighbourhood: better home care and reduced costs. European Commission under the Seventh Framework Programme Grant agreement no. 223037 and supported by the Austrian Ministry of Science. Viitattu 30.7.2025. [https://interlinks.euro.centre.org/model/example/NeighbourhoodCareBetterHomeCareAtReducedCost?utm\\_source=chatgpt.com](https://interlinks.euro.centre.org/model/example/NeighbourhoodCareBetterHomeCareAtReducedCost?utm_source=chatgpt.com).

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Helsinki. Viitattu 13.8.2025. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf).

Ikääntyminen – Muuttuvat vanhuspalvelut – Kotihoito. 22.2.2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.9.2024. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>.

International Health Care System Profiles Germany. 2020. The Commonwealth Fund. Viitattu 2.6.2025. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>.

lääkäiden palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. N.d. Valvira. Viitattu 12.10.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/iakkaiden-palvelut>.

Johansson L. (2023) Long-Term Care System Profile: Sweden. Global Observatory of Long-Term Care, Care Policy & Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science. Viitattu 15.7.2025. <https://goltc.org/system-profile/sweden/>.

Juuti, P. (1996). Mitä on johtaminen. Aikuiskasvatus, 16(4), 244–252, 341. Viitattu 15.5.2025. <https://doi.org/10.33336/aik.92404>.

Karvinen, A. 2025. Kohauttaneella ehdotuksella olisi mullistava seuraus: Vanhukset jättävät kotinsa. Uutinen Iltalehdessä 9.8.2025. Viitattu 9.8.2025. <https://www.iltalehti.fi/kotimaa/a/aecf8d69-163e-41c1-ae2e-52f9b9aab892>.

Kehusmaa, S., Honkanen, S., Saukkonen, P. toim. Kehittyvät iäkkäiden palvelut Suomessa. Vanhuspalvelujen tila- seurannan tuloksia 2023. THL- raportti 5/2024. Viitattu 3.7.2024. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/150082/URN\\_ISBN\\_978-952-408-324-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/150082/URN_ISBN_978-952-408-324-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Klein, M., von Bosse, A. & Kunze, C. 2024. The Needs and Experiences of People With Early-Stage Dementia Using an Application for Cognitive and Physical Activation in Germany: Qualitative Study JMIR Aging 2024;7:e62689. Viitattu 27.5.2025. DOI: 10.2196/62689. <https://aging.jmir.org/2024/1/e62689>.

Kotihoidon esihenkilö rekrytoi neljänneksen työajastaan – suunnittelun ja johtamisen uudistukset välttämättömiä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 15.1.2025. Viitattu 10.5.2025. <https://thl.fi/-/kotihoidon-esihenkilo-rekrytoi-neljanneksen-tyoajastaan-suunnittelun-ja-johtamisen-uudistukset-valttamattomia>.

Kotihoidon toiminnanohjaus on ennen kaikkea johdon työväline. 27.6.2018. Tietoevry. Viitattu 3.6.2025. <https://www.tietoevry.com/fi/uutishuone/kaikki-uutiset-ja-tiedotteet/blogi/2018/kotihoidon-toiminnanohjaus-on-ennen-kaikkea-johdon-tyovaline/>.

Kotihoito. 15.10.2024. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.5.2025. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>.

Kotihoito 2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 47/2025. 30.9.2025. Viitattu 10.11.2025. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>

Kotona annettavan palvelun ja asumispalvelujen maksut. 15.10.2024. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.2.2025. <https://stm.fi/maksut-kotipalvelu-kotisairaanhoido>.

Kröger, T., Puthenparambil, J., Van Aerschot, L. 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.7.2025. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57183/978-951-39-7372-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kröger, T., Vuorensyrjä, M. 2008. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa vertailussa. Vanhuspalvelujen koti- ja laitoshoidon piirteitä ja ongelmia. Yhteiskuntapolitiikka 73 (2008) :3. Viitattu 18.5.2025. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101112/kroger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37–45.

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Voimaantulo 1.4.2015. Viitattu 1.12.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L1>.

Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Viitattu 20.2.2025. <https://julkai-sut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165460>.

Life and Health. Ministry of Health. Government of Iceland. Viitattu 3.6.2025. <https://www.government.is/topics/life-and-health/>.

Life in Denmark.dk. Last updated: 21 January 2025. Viitattu 18.5.2025. <https://lifeindenmark.borger.dk/healthcare/the-danish-healthcare-system>.

Melartin, H. 2024. Joku muu hoitaa. Miten ympärivuorokautisen palveluasumisen säästöt vaikuttavat palkattomaan hoivaan ja läheisten työllisyyteen? Impulseja 5/2024. Kalevi Sorsa –säätiön julkaisu. Viitattu 10.8.2025. <https://sorsafoundation.fi/wp-content/uploads/kss-joku-muu-hoitaa-print.pdf>.

Millions of patients to benefit from care at home thanks to NHS community response teams . 9 March 2023. News. Viitattu 15.5.2025. [https://www.england.nhs.uk/2023/03/millions-of-patients-to-benefit-from-care-at-home-thanks-to-nhs-community-response-teams/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.england.nhs.uk/2023/03/millions-of-patients-to-benefit-from-care-at-home-thanks-to-nhs-community-response-teams/?utm_source=chatgpt.com).

Ministry of Health, Welfare, and sport. Wikipedia. Viitattu 5.6.2025. [https://en.wikipedia.org/wiki/Ministry\\_of\\_Health%2C\\_Welfare\\_and\\_Sport?utm\\_source=chatgpt.com](https://en.wikipedia.org/wiki/Ministry_of_Health%2C_Welfare_and_Sport?utm_source=chatgpt.com).

Naumanen, S. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus. Taustaraportti Talouspolitiikan arviointineuvostolle. Viitattu 2.6.2025. <https://talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wp-content/uploads/2019/01/Naumanen2019.pdf>.

National Center for biotechnology information (NCBI). Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries. National library of medicine. World Health Organization 2019. Viitattu 4.7.2025. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545729/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545729/?utm_source=chatgpt.com).

Nilsen, E.R., Dugstad, J., Eide, H., Knudsen Gullslett, M. & Eide, T. 2016. Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. BMC Health Serv Res 16, 657 (2016). Viitattu 27.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>.

Ora, U. 3.3.2025. Lääkärilehti. 2025;80:e43498. www.laakarilehti.fi/e43498. Viitattu 20.5.2025. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/britannian-ylypeys-ajautui-kriisiin/>.

Resurssi. Wikipedia. 7.11.2020. Viitattu 10.5.2025. <https://fi.wikipedia.org/wiki/Resurssi>.

Sage Journals. The logic of home care time. 30.5.2024. Viitattu 20.5.2025. [https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0961463X241258310?utm\\_source=chatgpt.com](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0961463X241258310?utm_source=chatgpt.com).

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 10.8.2025. [https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf).

Saunes I.S., Durvy, B. & Litvinova, Y. 2024. Norway: Health System Summary. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. Viitattu

2.6.2025. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379919/9789289014380-eng.pdf?sequence=1>.

Scheibe, M., Lang, C., Druschke, D., Arnold, K., Luntz, E., Schmitt, J. & Holthoff-Detto, V. 2021. Independent Use of a Home-Based Telemonitoring App by Older Patients With Multimorbidity and Mild Cognitive Impairment: Qualitative Study. *JMIR Hum Factors*. 2021 Jul 12;8(3):e27156. DOI: [10.2196/27156](https://doi.org/10.2196/27156) Viitattu 1.7.2025. <https://doi.org/10.2196/27156>.

Sjögren, F. & Parding, K. 2024. Retention of Staff in Nordic Healthcare— A Literature Review. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 14(3), 23-85. Viitattu 2.7.2025. Retrieved from <http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/retention-staff-nordic-healthcare-literature/docview/3118316445/se-2>.

Socialstyrelsen. 30.4.2025. Elderly care services. Viitattu 10.7.2025. [https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/elderly-care-services/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/elderly-care-services/?utm_source=chatgpt.com).

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät ja vastuut. 12.11.2024. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.2.2025. <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>.

Stokke, R., Melby, L., Isaksen, J., Obstfelder, A. & Andreassen, H. 2021. A qualitative study of what care workers do to provide patient safety at home through telecare. *BMC Health Serv Res* 21, 553 (2021). Viitattu 25.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06556-4>.

Strandell, R. 2022. "It's always a battle against time". Experiencing and handling temporal conditions in homecare work. *International Journal of Social Welfare*. 2023; 32: 207-220. Viitattu 11.6.2025. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijsw.12559?msocid=15f169d8b011647a05ed7d10b1396562>.

Strandell, R. & Stranz, A. 2022. Dimensions of job precariousness and associations with workers' health and well-being in Swedish homecare. *International Journal of Care and Caring*, 2022;3:335-354. Viitattu 1.7.2025. <https://doi.org/10.1332/239788221X16349200319640>.

Sundhedsstyrelsen. Hjemmehjælp. 26.1.2023. Viitattu 3.8.2025. [https://www.sst.dk/da/Fagperson/Aeldres-sundhed-pleje-og-omsorg/Frit-valg-for-%C3%A6ldre/Hjemmehjælp?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sst.dk/da/Fagperson/Aeldres-sundhed-pleje-og-omsorg/Frit-valg-for-%C3%A6ldre/Hjemmehjælp?utm_source=chatgpt.com).

Suomen sosiaaliturvajärjestelmä. 31.3.2025. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.6.2025. [Suomen sosiaaliturvajärjestelmä - Sosiaali- ja terveysministeriö](https://stm.fi/documents/1271139/150123656/Hoiva-avustaja+suositus+fi.pdf/0f2b684d-fdf8-c6df-1e92-0e29b830d058/Hoiva-avustaja+suositus+fi.pdf?t=1716309823231).

Suositus hoiva-avustajan tehtävänkuvasta, osaamisvaatimuksista ja niihin vastaavasta koulutuksesta iäkkäiden palveluissa. 21.5.2024. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.1.2025. <https://stm.fi/documents/1271139/150123656/Hoiva-avustaja+suositus+fi.pdf/0f2b684d-fdf8-c6df-1e92-0e29b830d058/Hoiva-avustaja+suositus+fi.pdf?t=1716309823231>.

Taponen, S. & Uenk, N. 2020. Risk allocation in service triads – The case of Dutch and Finnish home care procurement. *Journal of Purchasing and Supply Management*. Volume 26. Issue 4. October 2020. Viitattu 20.6.2025. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1478409220301060?via%3Dihub>.

Terveydenhuoltojärjestelmä Islannissa. N.d. Viitattu 3.6.2025. <https://mcc.is/fi/living-in-iceland/healthcare/the-healthcare-system#terveydenhuollon-piirit>.

Terveydenhuoltojärjestelmä Norjassa. N.d. Viitattu 2.6.2025. <https://www.eu-terveydenhoito.fi/terveyspalvelut-ulkomailla/maakohtaista-tietoa-terveyspalveluista/norja/>.

The size and structure of the adult social care sector and workforce in England. 2025. Skills for care. Workforce intelligence. Viitattu 15.6.2025. <https://www.skillsforcare.org.uk>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy. Viitattu 27.9.2025. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2024. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

University of Amsterdam.2025. Viitattu 10.6.2025. <https://www.health-holland.com/project/2024/2024/kepler-night-nurse-home-fall-detection-and-mobility-reporting>.

Van Eeno, L., Declercq, A., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolová, V., Jónsson, P.V., Dix, O., Smit, J.H., van Hout, H.P.J & van der Roest H.G. 2015. Substantial between-country differences in organizing community care for older people in Europe—a review. *European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 2, 213–219. Viitattu 2.7.2025. DOI: 10.1093/eurpub/ckv152. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26338722/>.

Van der Roest, H., van Eeno, L., van Lier, L., Onder, G., Garms-Homolová, V., Smit, J. H., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Draisma, S., Declercq, A., Bosmans, J. E., van Hout, H. P. J & IBenC project. 2019. Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: design, baseline, and rationale of the IBenC project. *BMC Health Services Research*, 19. Viitattu 25.6.2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4109-y>.

Vanhuspalvelujen tila 2024: Kotihoidon asiakkaille suunniteltu palvelutuntien määrä toteutuu puolella yksiköistä. Tilastoraportti 9/2025. 21.3.2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.11.2025. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/vanhuspalvelujen-tila>

Vanhuspalvelujen tila 2023. Tilastoraportti 16/2024. 23.4.2024. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.2.2025. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148876/Tilastoraportti\\_16\\_2024.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148876/Tilastoraportti_16_2024.pdf?sequence=2&isAllowed=y).

Vehkasaari, M. 2002. Uudistuksen mallia haettiin liike-elämästä. Norjassa sairaalat muutettiin valtion omistamiksi terveysyrityksiksi. *Lääkärilehti* 47/2002, 4790-4792. Viitattu 2.6.2025. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/uudistuksen-mallia-haettiin-liike-elmst-norjassa-sairaalat-muutettiin-valtion-omistamiksi-terveysyrityksiksi/>.

Viitala, R. 2021. Henkilöstöjohtaminen -Keskeiset käsitteet, teorit ja trendit. Edita Publishing. Helsinki. [www.ellibs.fi](http://www.ellibs.fi).

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki: Art House.

Vilka, H. 2025. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Santalahti-kustannus.

Willberg, M. & Valtonen, H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:36. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 5.5.2025. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74080/Selv200736.pdf?sequence=1>.

Your social security rights in Germany. 2012. European Commission. Viitattu 2.6.2025. [https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/your-social-security-rights\\_en?prefLang=fi](https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/your-social-security-rights_en?prefLang=fi).

Your social security rights in Norway. 2012. European Commission. Viitattu 2.6.2025. [https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/your-social-security-rights\\_en?prefLang=fi](https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/moving-working-europe/eu-social-security-coordination/your-social-security-rights_en?prefLang=fi).

## Liitteet

### Liite 1. Tiedonhaku

TIETOKANTA	HAKUSANAT	OSUMAT	TIIVISTELMÄT	VALITUT
Janet Finna	homecare AND united kingdom AND technology	1 020	5	2
	homecare AND sweden AND technology	870	6	2
	homecare AND denmark AND technology	518	4	0
	homecare AND netherlands AND technology	1 219	5	2
	homecare AND England AND resource	1827	3	1
	homecare AND netherlands AND workforce	146	5	1
	homecare AND virtual care AND uk	310	6	1
	home care AND netherland AND tele*	589	2	1
	digitalization AND denmark AND heat*	3093	4	1
	home care AND workforce AND sweden	5930	3	2
	home care AND norway AND technology	24079	2	1
	older people AND home care AND iceland	1948	6	1
Cinahl	home care AND denmark AND technology	22	1	1
	home care services AND workforce AND germany	2	2	1
	home care services AND workforce AND iceland	310	3	1
Pub Med	home care AND denmark AND technology	1084	3	1
	home care AND netherlands AND technology	1612	4	1
	home care AND denmark AND resource	331	2	1
	home care AND norway AND technology	3206	4	1
	home care AND germany AND technology	1691	6	2

ProQuest	elderly care AND digital healthcare AND norway	2923	3	1
	home care AND workforce AND norway	5035	2	0
	elderly care AND digital healthcare AND iceland	561	3	0
	home care AND workforce AND iceland	1022	2	0
	home care AND digital healthcare AND germany	18772	4	0
	older people AND technology AND norway	23884	5	2
	home care AND workforce AND norway	28	3	0
Google scholar	norway AND aging adult AND Home care AND welfare technolog*		5	1

## Liite 2. Sisällön analyysiin valittu aineisto

Alam, A., Farrington, T., Lathwood, M., Maruthappu, M., Patel, H., Street, J. & Windle, N. 2022. A Retrospective Cohort Study Evaluating the Association Between Implementation of a Digital Care Plan and Hospitalization Rates for Home Care Residents in the United Kingdom Home Health Care Management & Practice 2023, Vol. 35(2): 123-128. Viitattu 1.7.2025. doi: 10.1177/10848223221135560.

Alam, A., Farrington, T., Lathwood, M., Maruthappu, M., Patel, H., Street, J. & Windle, N. 2024. Predicting Hospitalization Risk Among Home Care Residents in the United Kingdom: Development and Validation of a Machine Learning-Based Predictive Model. Home Health Care Management & Practice 2024, Vol. 36(4) 253–261. Viitattu 15.6.2025.  
<https://doi.org/10.1177/10848223241253839>.

Andersen, M., Svendsen, M. & Tiedemann, S. 2024. Monitoring the digital healthcare transition in Denmark: Challenges, achievements and future. European Journal of Public Health(2024), Vol 34; 3. Viitattu 11.7.2025. ProQuest Central; CINAHL Ultimate. doi: 10.1093/eurpub/ckae144.075.

Belo, J.N., Brekelmans, W., Brouwer, R.J., van der Burg, B.L.S. & Hoencamp, R. 2024. Teleconsulting in wound care: Connecting the primary care to the wound specialist reduces unnecessary referrals. Viitattu 6.6.2025. DOI: 10.1111/wrr.13185. <https://janet.finna.fi>.

Binderup, A. & Moth, G. 2020. Community-based homecare nursing in Denmark: exploring factors related to substitution of nurses by ancillary health professionals. Scandinavian journal of caring sciences, 2021;35(2):559-566. Viitattu 19.6.2025. doi: 10.1111/scs.12871. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434286/>.

Bishop, S., Le, T. & Macrae, C. 2024. human resource management in homecare in England: managing people for safe care during crisis. BMC Health Services Research (2024) 24: 1589. Viitattu 12.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11842-y>.

Bjornsdottir K. 2018. 'I try to make a net around each patient': home care nursing as relational practice. Scand J Caring Sci. 2018 Mar;32(1):177-185. Epub 2017 May 24. Viitattu 25.6.2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12443>.

Bolt, S., Meijers, J., Schols, J., van der Steen, J. & Zwakhalen, S. 2020. Nursing staff needs in providing palliative care for persons with dementia at home or in nursing homes: A survey. doi:10.1111/jnu.12542. Journal of Nursing Scholarship, 2020; 52:2, 164-173. Viitattu 30.5.2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32039556/>.

Calgren, G., Karlsson, D. & Lind, L. 2016. Computers, informatics, nursing 2016-08, Vol.34(8), p.360-368. Viitattu 12.7.2025. <https://janet.finna.fi>.

Cremers, B., van Dijk, M., van Dulmen, S., Huisman-de Waal, G., Ista, E., Nieuwboer, M., Schoonhoven, L., Vermeulen, H. & Wendt, B. 2023. Low-value home-based nursing care: A national survey study. DOI: 10.1111/jan.15970. Journal of Advanced Nursing. 2024;80:1891-1901. Viitattu 30.5.2025. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15970>.

Farrier, M., Jalilian, A., Sedda, L. & Unsworth, A. 2024. Length of stay and economic sustainability of virtual ward care in a medium- sized hospital of the UK: a retrospective longitudinal study. *BMJ Open* 2024;14. Viitattu 11.7.2025. doi:10.1136/bmjopen-2023-081378.

Frennert, S. & Östlund, B. Narrative Review: Technologies in Eldercare. 2018. *Nordic Journal of Science and Technology Studies*. Vol. 6 No. 1 (2018). Viitattu 20.6.2025. DOI: <https://doi.org/10.5324/njsts.v6i1.2518>.

Garzo, A., Hijmans, J., Keller, T., Rozevink, S. & van der Sluis, C. 2021. HoMEcare aRm rehabiLitation (MERLIN): telerehabilitation using an unactuated device based on serious games improves the upper limb function in chronic stroke. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, (2021) 18:48. Viitattu 4.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00841-3>.

Gjerstad, B., Gjerstad-Sørensen, R., & Teig, I. L. (2025). The impact of welfare technology on care ethics: A qualitative analysis of healthcare professionals and managers' experiences with welfare technologies. *BMC Health Services Research*, 25, 1-12. Viitattu 8.7.2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12187-2>.

Glazer, J., Helder, R., Janus, S., Kylén, M., Ludden, G., Nordin, S., Pilosof, N., Sturge, J., Vogt, T. & Zimlichman, E. 2025. How to age right and care(fully) at home? A protocol for a multistage comparative study of ageing in place and hospital at home care across three countries. doi:10.1136/bmjopen-2024-096385. *BMJ open* 2025-04, Vol.15 (4).Viitattu 20.6.2025. <https://janet.finna.fi>.

Glomsås, H.S., Knutsen, I.R., Fossum, M. & Halvorsen, K. 2021. 'They just came with the medication dispenser' - a qualitative study of elderly service users' involvement and welfare technology in public home care services. *BMC Health Serv Res* 21, 245 (2021). Viitattu 20.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06243-4>.

Gruber, E. M., Zeiser, S., Schröder, D., & Büscher, A. 2021. Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 746–755. Viitattu 25.6.2025. <https://doi-org.ezproxy.jamk.fi:2443/10.1111/hsc.13324>.

Gybel Jensen, C., Gybel Jensen, F. & Loft, M. 2024. Patients' Experiences With Digitalization in the Health Care System: Qualitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, 2024;26:e47278. Viitattu 3.6.2025. doi: 10.2196/47278. <https://janet.finna.fi>.

Klein, M., von Bosse, A. & Kunze, C. 2024. The Needs and Experiences of People With Early-Stage Dementia Using an Application for Cognitive and Physical Activation in Germany: Qualitative Study *JMIR Aging* 2024;7:e62689. Viitattu 27.5.2025. DOI: 10.2196/62689. <https://aging.jmir.org/2024/1/e62689>.

Nilsen, E.R., Dugstad, J., Eide, H., Knudsen Gullslett, M. & Eide, T. 2016. Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – a longitudinal case study. *BMC Health Serv Res* 16, 657 (2016). Viitattu 27.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1913-5>.

Scheibe, M., Lang, C., Druschke, D., Arnold, K., Luntz, E., Schmitt, J. & Holthoff-Detto, V. 2021. Independent Use of a Home-Based Telemonitoring App by Older Patients With Multimorbidity and Mild

Cognitive Impairment: Qualitative Study. *JMIR Hum Factors*. 2021 Jul 12;8(3):e27156. Viitattu 1.7.2025. <https://doi.org/10.2196/27156>.

Sjögren, F. & Parding, K. 2024. Retention of Staff in Nordic Healthcare— A Literature Review. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 14(3), 23-85. Viitattu 2.7.2025. Retrieved from <http://ezproxy.jamk.fi:2048/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/retention-staff-nordic-healthcare-literature/docview/3118316445/se-2>.

Strandell, R. 2022. "It's always a battle against time". Experiencing and handling temporal conditions in homecare work. *International Journal of Social Welfare*. 2023; 32: 207-220. Viitattu 11.6.2025. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijsw.12559?msocid=15f169d8b011647a05ed7d10b1396562>.

Strandell, R. & Stranz, A. 2022. Dimensions of job precariousness and associations with workers' health and well-being in Swedish homecare. *International Journal of Care and Caring*, 2022;3:335-354. Viitattu 1.7.2025. <https://doi.org/10.1332/239788221X16349200319640>.

Stokke, R., Melby, L., Isaksen, J., Obstfelder, A. & Andreassen, H. 2021. A qualitative study of what care workers do to provide patient safety at home through telecare. *BMC Health Serv Res* 21, 553 (2021). Viitattu 25.6.2025. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06556-4>.

University of Amsterdam. 2025. Viitattu 10.6.2025. <https://www.health-holland.com/project/2024/2024/kepler-night-nurse-home-fall-detection-and-mobility-reporting>.

Van Eeno, L., Declercq, A., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolová, V., Jónsson, P.V., Dix, O., Smit, J.H., van Hout, H.P.J & van der Roest H.G. 2015. Substantial between-country differences in organizing community care for older people in Europe—a review. *European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 2, 213–219. Viitattu 2.7.2025. DOI: 10.1093/eurpub/ckv152. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26338722/>.

Van der Roest, H., van Eeno, L., van Lier, L., Onder, G., Garms-Homolová, V., Smit, J. H., Finne-Soveri, H., Jónsson, P. V., Draisma, S., Declercq, A., Bosmans, J. E., van Hout, H. P. J & IBenC project. 2019. Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: design, baseline, and rationale of the IBenC project. *BMC Health Services Research*, 19. Viitattu 25.6.2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4109-y>.