

Eija Grönroos, Marja-Leena Perälä

## **Asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuus**

Makropilottihankkeen lähtötilanteen arviointi

30/2002

Projektiryhmä:  
Marja-Leena Perälä  
Pekka Rissanen  
Juha Teperi  
Eija Grönroos  
Teija Hammar  
Päivi Pöyry  
Anu Salo  
Anja Noro

ISBN 951-33-1321-2  
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2002

<b>Tekijät</b> Eija Grönroos, Marja-Leena Perälä		<b>Julkaisija</b> Stakes
		<b>Kustantaja</b> Stakes
<b>Julkaisun nimi</b> Asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuus. Makropilottihankkeen lähtötilanteen arviointi		
<b>Julkaisun sarja ja numero</b> Aiheita 30/2002		
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Satakunnan Makropilotti -hankkeen tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleja, joiden avulla palvelujärjestelmästä voidaan saada saumaton, tehokas, asiakkaan näkökulmasta organisaatorajat kattava palvelukokonaisuus. Hankkeessa toteutettiin sosiaali- ja terveysministeriön tietoteknologiastategiaa. Asiakaslähtöisellä saumattomalla palveluketjulla pyritään uudistamaan perinteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosesseja sekä parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja toiminnan vaikuttavuutta, asioimisen helpoutta, omatoimisuutta, itsenäistä suoriutumista ja tasa-arvoa.</p> <p>Makropilotin Asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuuden arvioinnin tavoitteena on selvittää kuinka saumattomuutta tukevan teknologian käyttöönotto vaikuttaa ikääntyneen asiakkaan, omaisen ja sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön elämänlaatuun, kokemukseen palvelujen laadusta, henkilöstön työtyytyväisyyteen, palvelujen käyttöön ja kustannusvaikuttavuuteen. Tässä lähtötilanteen mittauksessa kuvataan lähtötilannetta ja arvioidaan käytetyn kvasikokeellisen asetelman soveltuvuutta ja satunnaistamisen onnistumista.</p> <p>Arvontiasetelma on kvasikokeellinen. Siinä on kaksi koekuntaa Pori (Viikarin alue) ja Ulvila, joista valittiin haastateltavaksi yhteensä 75 asiakasta, vertailuryhmäksi 35 asiakasta kahdesta yhtä aikaa meneillä olevan ja rinnakkain toteutettavan PALKO-tutkimuksen vertailukunnista. haastateltaviksi valittiin yli 65-vuotiaita kotoa sairaalaan menneitä ja sieltä kotiuduttua kotihoidon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) palveluita saavia asiakkaita. Mukaan ei otettu psykiatrisella, syöpä- tai dementiadiagnosilla kotiutuneita. Lisäksi suoritettiin kysely myös kunkin asiakkaan yhdelle omaiselle ja häntä hoitavalle kotihoidon työntekijälle.</p> <p>Tulokset osoittavat vastinparien valinnan onnistuneen useimpien muuttujien osalta kohtalaisen hyvin. Kunnat eivät eronneet merkittävästi toisistaan taustamuuttujien suhteen. Hyvä hoito, sen järjestäminen asiakaslähtöisyyden ja saumattomuuden periaatteiden mukaan oli toteutunut perusmittaustilanteessa hieman paremmin Ulvilassa ja Porin vertailukunnassa kuin Porissa ja Ulvilan vertailukunnassa.</p>		
<b>Avainsanat</b> Satakunnan Makropilotti, asiakkaan ohjausmalli, saumattomat palveluketjut, vanhukset, elämänlaatu, toimintakyky, asiakkaat, omaiset, henkilöstö		
<b>Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)</b>		
<b>ISSN</b> 1236-9845	<b>ISBN</b> 951-33-1321-2	
<b>Kokonaissivumäärä</b> 50	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 16 € (sis. alv)
<b>Jakaja ja myyjä</b> Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

<b>Författare</b> Eija Grönroos, Marja-Leena Perälä		<b>Utgivare</b> Stakes
		<b>Förläggare</b> Stakes
<b>Publikationens namn</b> Resultat av en modell för klienthandledning. Utvärdering av Makropiloten-projektets utgångsläge		
<b>Publikationsserie och -nummer</b> Aiheita 30/2002		
<b>Sammandrag</b>		
<p>Projektet Makropiloten i Satakunda syftar till att utveckla verksamhetsmodeller inom social- och hälsovården för att åstadkomma en obruten, effektiv och kundcentrerad servicehelhet över organisationsgränserna. I projektet tillämpades social- och hälsovårdsministeriets datatekniksstrategi. Man strävar att med en klientcentrerad obruten servicekedja förnya traditionella verksamhetsprocesser inom social- och hälsovården samt att förbättra tillgången på tjänster, deras kvalitet och verksamhetens effekt, liksom också att göra tjänsterna användarvänliga, sporra klienter att reda sig på egen hand, samt att skapa jämlikhet.</p> <p>Utvärderingen av resultaten av modellen för klienthandledning inom Makropiloten syftar till att utreda hur införandet av teknologin som stöder ett obrutet servicesystem påverkar äldre klienters, deras anhörigas och social- och hälsovårdspersonals livskvalitet, deras upplevelser om servicekvalitet, personalens arbetsbelåtenhet, användningen av servicen samt kostnadseffektiviteten. Här beskrivs utgångsläget och utvärderas lämpligheten av den kvasiexperimentella studieramen samt resultatet av randomiseringen.</p> <p>Utvärderingsläget är kvasiexperimentellt och omfattar två testkommuner, Björneborg (Viikariområdet) och Ulfsby, i vilka 75 klienter intervjuades. Kontrollgruppen bestod av 35 klienter från två kommuner som samtidigt deltog i PALKO-studien (En förbättring av rutinerna i samband med utskrivning). De intervjuade var över 65-åringar som tagits in på sjukhus hemifrån och efter utskrivningen tagit emot hemvårdens tjänster (hemservice och hemsjukvård). Personer med psykiatrisk, cancer- eller demensdiagnos från sjukhuset togs inte med i studien. Därtill deltog en anhörig för varje klient och den person som tog hand om klienten vid hemvården i enkäten.</p> <p>Resultaten visar att valet av kontrollgrupp för de flesta variabler varit rätt lyckat. Kommunerna skiljde sig inte märkbart från varandra vad gäller bakgrundsvariabler. Utvärderingen visade att klientcentrerad och obruten vård hade verkställts något bättre i Ulfsby och Björneborgs jämförelsekommun än i Björneborg och Ulfsbys jämförelsekommun.</p>		
<b>Nyckelord</b>		
Makropiloten i Satakunda, modell för klienthandledning, obrutna servicekedjor, äldre personer, livskvalitet, funktionsförmåga, klienter, anhöriga, personal		
<b>Övriga uppgifter (t.ex. elektronisk version eller webbadress)</b>		
<b>ISSN</b> 1236-9845	<b>ISBN</b> 951-33-1321-2	
<b>Antal sidor sammanlagt</b> 50	<b>Språk</b> Finska	<b>Pris</b> 16 € (inkl. moms)
<b>Distribution och försäljning</b> Stakes, PB 220, 00531 Helsingfors, tfn (09) 3967 2140 eller (09) 3967 2141 eller automat (09) 3967 2308, fax (09) 3967 2450		

**DESCRIPTION****Date of publication**

<b>Authors</b> Eija Grönroos, Marja-Leena Perälä		<b>Editor</b> STAKES
		<b>Publisher</b> STAKES
<b>Name of publication</b> Success of care management model. Evaluation of the starting situation in the Macropilot project		
<b>Publication series and number of publication</b> Aiheita 30/2002		
<b>Abstract</b>  <p>The goal of the Satakunta Macropilot project is to develop new operational models within social welfare and health care in order to support a seamless linking of services by various providers in a way that responds optimally to clients' needs. The project implemented the IT strategy of the Ministry of Social Affairs and Health. The aim of a client-oriented seamless service chain is to renew traditional operational processes within social welfare and health care and to enhance the availability and quality of services and the effectiveness of operations. Other goals include promoting the user-friendliness of services and independent living and equality among clients.</p> <p>The evaluation of the success of client care management within the Macropilot project aims to determine how the implementation of technology that supports a seamless service system affects the quality of life of elderly clients, their relatives and the social welfare and health care personnel, and to map out their experiences regarding the quality of services, job satisfaction among the personnel, the use of services and cost-effectiveness. In this paper, we describe the starting situation and evaluate the applicability of the quasi-empirical research frame used and the success of randomisation.</p> <p>The evaluation setup is quasi-empirical, involving two municipalities: Pori (the Viikari area) and Ulvila. A total of 75 clients from the municipalities were chosen to be interviewed for the study. The control group consisted of 35 clients from two municipalities which were simultaneously participating in the PALKO (Integrated services in the practice of discharge) study. The chosen interviewees were people aged 65 and over who had been admitted to hospital from home and, after being discharged, had used home care services (home help services or home nursing). People discharged with a diagnosis of psychiatric illness, cancer or dementia were excluded from the study. In addition, a questionnaire was presented to one family member of each client and one member of the home care personnel working with the client.</p> <p>The results show that the choice of control municipalities was successful in the case of most variables. The municipalities did not differ significantly from each other in terms of background variables. The basic evaluation showed that the care was slightly better and arranged in a more client-oriented and seamless manner in Ulvila and the control municipality of Pori than in Pori and the control municipality of Ulvila.</p>		
<b>Key words</b>  Satakunta Macropilot, care management model, seamless service chains, elderly people, quality of life, functional ability, clients, family members, personnel		
<b>Other information (e.g., electronic publication or address of an Internet publication)</b>		
<b>ISSN</b> 1236-9845	<b>ISBN</b> 951-33-1321-2	
<b>Total number of pages</b> 50	<b>Language</b> Finnish	<b>Price</b> 16 € (incl. VAT)
<b>Distributor and vendor</b> STAKES, PO Box 220, FIN-00531 Helsinki, FINLAND. Tel. +358 9 3967 2140 or +358 9 3967 2141 or answering machine +358 9 3967 2308, Telefax +358 9 3967 2450		

## SISÄLLYS

<b>Johdanto</b> .....	9
Tietotekniikan hyödyntäminen asiakkaan ohjausmallin suunnittelussa Satakunnan Makropilotti -hankkeessa .....	9
Satakunnan Makropilotin omaneuvojamallin, PALKO-tutkimuksessa kehitetyn asiakkaan ohjausmallin ja perinteisen Case management -mallien tavoitteiden yhtäläisyydet ja erot .....	10
Asiakkaan ohjausmallin ja teknisten innovaatioiden käyttöönotto Satakunnan Makropilotissa .....	11
<b>Arviointiasetus ja tiedon keruu</b> .....	14
Arviointiasetus .....	14
Tiedon keruu .....	15
<b>Käytetyt mittarit ja aineiston analysointi</b> .....	16
Käytetyt mittarit .....	16
Aineiston käsittely ja sen analysointi .....	16
<b>Tulokset</b> .....	17
Asiakkaat .....	17
Vastaajien taustatekijät .....	17
Toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus .....	18
Itsenäistä suoriutumista tukevien palveluiden käyttö .....	19
Asiakkaan tiedon ja avun tarve, saaminen ja riittävyys .....	20
Saumattomat palveluketjut .....	21
Asiakaslähtöisyys – itsemäärääminen ja päätöksenteko .....	22
Omaiset .....	23
Vastaajien taustatekijät .....	23
Toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus .....	25
Omaisten osallistuminen läheistensä hoitoon, palveluiden suunnittelu, asiakaslähtöisyys ja saumattomuus .....	26
Tiedon ja avun tarve, saaminen ja riittävyys .....	26
Omaistentiedon ja tuen saanti sekä hoidon kuormittavuus .....	27
Omaisten kokemus palveluiden laadusta .....	28
Kotihoidon henkilöstön arvio asiakkaasta .....	28
Vastaajien taustatekijät .....	28
Asiakkaiden toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus kotihoidon henkilöstön näkökulmasta .....	30
Läheisten hoitoon osallistuminen ja tiedon kulku .....	32
Henkilöstön arvio palveluiden järjestämisestä .....	33
Vastaajien taustatekijät .....	33
Henkilöstön työnkuva ja palveluiden tarve .....	34
Palveluiden saumattomuus ja tiedon kulku .....	36
Palveluiden laatu kotihoidon henkilöstön arvioimana .....	39
Henkilöstön näkemys omasta kompetensistaan ja vaikuttamisen mahdollisuuksista omaan työhönsä .....	40
Henkilöstön terveys, työkyky ja tyytyväisyys työhön ja elämään .....	42
<b>Yhteenveto ja pohdinta</b> .....	43
<b>Satunnaistamisen onnistuminen</b> .....	46
<b>Lähteet</b> .....	47
<b>Liite 1.</b> Käsitteet ja niiden operationalisointi .....	49

# Johdanto

## Tietotekniikan hyödyntäminen asiakkaan ohjausmallin suunnittelussa Satakunnan Makropilotti -hankkeessa

Noin viidenneksessä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastapauksista tarvitaan yli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajojen tapahtuvaa tiedonvaihtoa (Itälä 2000). Lex Makropilotissa (811/2000) säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan saumattoman palveluketjun järjestämisen alueellisesta kokeilusta sekä siihen liittyvistä omaneuvojalpalveluista, palveluketjusuunnitelmasta, sähköisestä asiakaskortista ja viitetietokannasta. Lain tavoitteena on saada kokemuksia saumattoman palveluketjun järjestämisestä. Tavoitteena on myöskin saada kokemuksia siitä, miten tietoteknologian hyödyntämistä voidaan parantaa vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakkaiden tarpeita ja miten tietoteknologiaan käytettäviä varoja voidaan tässä toiminnassa kohdentaa tarkoituksenmukaisella tavalla (Lex Makropilotti 811/2000/1§). Hankkeen keskeisimpiä valtakunnan tason toimijoita olivat sosiaali- ja terveysministeriö, kauppa- ja teollisuusministeriö ja Kela. Hanke voidaan nähdä osana toimeenpanevan Tietotekniikan hyödyntäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa -strategiatyötä. Siinä haluttiin edistää tietoyhteiskuntakehityksen tasapuolista jakautumista kaikille ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietoverkkoja hyödyntävää verkostoitumista kunnissa. Pyrittiin pois palveluiden porrasteisuudesta siirtymällä saumattomiin palveluihin, kansalaisen ja asiakkaan toimintamahdollisuuksien parantamiseen. Haluttiin myös kehittää tietosuojaa ja tietoturvaa sekä parantaa tietojärjestelmien integraatiota ja yhteensopivuutta (STM 1996). Tietosuojan perustana oli asiakkaan tai potilaan suostumus sektorirajat ylittävään tiedon kat-

seluun (Ohtonen 2002b). Makropilotissa lähdettiin etsimään ratkaisuja organisaatioiden toiminnan yhteensovittamisen ongelmiin. Valinta perustui tieto- ja viestintätekniikan muroksessa nähtyihin mahdollisuuksiin sekä pyrkimykseen palveluiden joustavaan tuottamiseen. Hanke on tähännyttä erityisesti palvelujärjestelmään kuuluvien organisaatioiden yliorganisatoristen toimintamallien edistämiseen eli keskinäisen verkostoitumisen kehittämiseen (Liikanen 2001).

Tietoteknisten välineiden oletettiin auttavan asiakasta palvelujen vertailussa, asioiden vireillepanossa, vuorovaikutuksessa ja häntä itseään koskevien tietojen käytön valvonnassa (Ruotsalainen 2000). Uusia teknisiä innovaatioita ja toimintamalleja kehittämällä pyrittiin parantamaan palveluiden laatua. Grönroos (1987) tarkoittaa laadulla teknistä ja toiminnallista laatua, jotka vaikuttavat asiakkaan saamaan organisaatiokuvaan ja sitä kautta hänen kokemuksiinsa yhdessä hänen aiempien odotustensa kanssa. Palveluiden teknisellä laadulla hän tarkoittaa sitä, mitä potilas konkreettisesti saa hakiessaan palveluita: palveluiden määrää, käytettyjen laitteiden tasoa ja henkilökunnan ammattitaitoa. Toiminnallisella laadulla hän tarkoittaa yhteistyön sujuvuutta organisaation ja palveluiden käyttäjän välillä. Siihen vaikuttavat mm. palveluiden nopeus ja joustavuus, terveydenhuoltohenkilöstön suhtautuminen asiakkaita kohtaan ja palvelualltius. Vuori puolestaan (1993) asettaa terveydenhuollon laatu-käsitteelle seuraavia määrittäviä: teho, vaikuttavuus, tehokkuus, saavutettavuus, hyväksyttävyyys, riittävyys ja tieteellis-toiminnallinen laatu. Tavoitteiden tärkeysjärjestykseen asettami-

nen riippuu laadun määrittelijän arvoista ja intresseistä. Hän pitää potilaiden tyytyväisyyttä hoidon laadullisena tavoitteena. Tyytymätön potilas on merkki siitä, että hoito ei ole saavuttanut tavoitettaan. Viimeisen kymmenen vuoden aikana palveluiden saumattomuutta, nopeutta ja asiakaslähtöisyyttä on pidetty itsestään selvästi hyvinä asioina (STM 1998a ja 1998b).

Makropilotin Asiakkaan ohjausmallin tulokSELLISUUDEN arvioinnin tavoitteena on selvittää kuinka saumattomuutta tukevan teknologian käyttöönotto vaikuttaa ikääntyneen asiak-

kaan, omaisen ja sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön elämänlaatuun, kokemukseen palvelujen laadusta, tyytyväisyyteen, palvelujen käyttöön ja kustannusvaikuttavuuteen. Näitä asioita selvitetään vertailemalla kahden koe- ja kahden vertailukunnan asiakkaita, heidän omaisiaan ja sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöä vuosina 2001–2003. Perustilanteen mittauksessa, joka toteutettiin vuonna 2001 kuvataan lähtötilannetta ja arvioidaan käytetyn kvasikokeellisen asetelman soveltuvuutta ja satunnaistamisen onnistumista (Perälä ym. 2002).

## Satakunnan Makropilotin omaneuvojamallin, PALKO-tutkimuksessa kehitetyn asiakkaan ohjausmallin ja perinteisen Case management -mallien tavoitteiden yhtäläisyydet ja erot

Satakunnan Makropilotin tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleja, joiden avulla palvelujärjestelmästä voidaan saada saumaton, tehokas, asiakkaan näkökulmasta organisaatorajat kattava palvelukokonaisuus. Asiakaslähtöisellä saumattomalla palveluketjulla pyritään uudistamaan perinteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosesseja sekä parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja toiminnan vaikuttavuutta, asioimisen helppoutta, omatoimisuutta, itsenäistä suoriutumista ja tasa-arvoa (Satakunnan Makropilotti 1998).

PALKO-tutkimuksen asiakkaan ohjausmallin tavoitteena on kehittää asiakkaiden hyvää hoitoa sekä palveluiden ja hoidon saumattomuutta. Saumattomuudella tarkoitetaan selkeää asiakkaan kotiutumista ja kotihoitoa, jossa asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen hoitovastuun luovuttajan ja vastaanottajan palvelut limittyvät niin, ettei asiakas 'juuri huomaa' palvelun antajan vaihtumista. Sen tavoitteena on kehittää hoito- ja kotiutuskäytäntöjä perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoid-

dosta kotihoitoon; asiakkaan selviytymistä kotona ja hoidon jatkuvuuden varmistamista (Perälä ym. 2001).

Case management on sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetty asiakaslähtöinen toimintamalli, jonka avulla voidaan arvioida ihmisten terveyttä, suunnitella, tuottaa ja jakaa palveluita, koordinoita ja tarkkailla asiakkaiden tarpeisiin vastaamisen vaatimuksia (American Nurses Association 1988). Peruseriaatteina ovat asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, hoidon jatkuvuus ja johdonmukaisuus. Tavoitteena on myös lisätä toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta. Hoito toteutetaan siten, että hoitotiimi on mahdollisimman pysyvä ja pieni, jotta mallin peruseriaatteet voivat toteutua. Organisaatio ohjataan toimimaan siten, että toiminnan keskipisteenä on asiakas ja kaikki hoitotiimin jäsenet suuntaavat asiantuntemuksensa toimiakseen hoidon sujuvuuden ja saumattomuuden takaamiseksi.

Sekä Satakunnan Makropilotissa käytetyssä että PALKO-tutkimuksessa kehitetyssä asiakkaan ohjausmallissa ovat taustalla Case mana-



gement -ajattelun peruseriaatteet: asiakasläh- töisyys, vastuullisuus, hoidon jatkuvuus ja joh- donmukaisuus toiminnan taloudellisuuden ja tehokkuuden lisääminen. Hoito pyritään mo- lemmissa toimintamalleissa toteuttamaan siten, että hoitotiimi on mahdollisimman pysyvä ja pieni.

Makropilotin asiakkaan ohjausmallissa perinteistä case manageriä/palveluohjaajaa vas- taa omaneuvoja, jonka tukena toimii moniam- matillinen taustatiimi. Moniammatillisen tiim- in taustalla toimii lisäksi virtuaalitiimi tuke- na asiakkaan palveluiden suunnittelussa ja to- teutuksessa. Virtuaalitiimin jäsenet voivat olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin edustajia. PALKO-tutkimuksessa palveluohjaa- jana toimii vastuuhoitaja, joka on hoitoparin keskuudesta valittu henkilö. Hänellä on pää- vastuu asiakkaan hoidosta. Hoitoparilla tarkoi- tetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työn- tekijän muodostamaa työparia, joka toimii hoitotiimin sisällä ja koordinoi eri työntekijöi- den palveluja asiakaskohtaisesti. Vastuuhoi- taja ja hoitoparia avustaa kotihoidon hoitoti- mi joka on avohoidossa toimiva moniamma- tillinen ryhmä, johon kuuluvat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät, lääkäri ja muut erityistyöntekijät kuten fysio- ja toimintaterapeu- tit sekä avopuolen/vanhustenhuollon so- siaalityöntekijät. Hoitotiimin kokoonpano muodostuu asiakkaan tarpeiden ja palveluiden

perusteella (Perälä 2001). Terveysten- ja sosiaa- lihuollon ammattilaisten toiminta vastuuhoi- tajina ja hoitoparina on osa heidän omaan am- mattiinsa kuuluvaa toimintaa. Satakunnan Makropilotin omaneuvojan rooli poikkeaa PALKO-tutkimuksen vastuuhoitajan toimen- kuvasta siten, että hänen tehtävänsä on tarkemmin määritelty ja rajattu ja toiminta perustuu aina kirjalliseen sopimukseen.

PALKO-projektissa kehittämistyö on tavoitelähtöistä. Se on tyypillinen ”bottom-up”- hanke. Näkökulmana on asiakkaan hyvä hoito ja elämä kotona sekä eri asiantuntijoiden työ- panoksen yhdistäminen tämän tavoitteen to- teuttamiseksi. Tästä näkökulmasta tarkastel- laan asiakkaan hoitoa ja henkilöstön toimin- taa kokonaisuutena. Kehittämistyö perustuu nykyisen toiminnan arviointiin ja tunnistettu- jen ongelmien ratkaisemiseksi haetaan inno- vatiivisia ratkaisuja ja mahdollisuuksia muut- taa toimintaa tavoitteiden mukaisesti. Hyvän ratkaisun hakeminen voi johtaa uusien käytän- töjen ja rakenteiden kehittämiseen ja/tai ny- kyisten käytäntöjen ja rakenteiden uudistami- seen (Perälä 2001). Satakunnan Makropilotis- sa keskushallinnon ohjaus ulottuu projektin tavoitteiden asettamisen ohella myös keinoihin, kuten omaneuvojakäytännön kokeiluun ja uu- den sosiaaliturvakortin käyttöönottoon (Oh- tonen 2002a).

## Asiakkaan ohjausmallin ja teknisten innovaatioiden käyttöönotto Satakunnan Makropilotissa

Satakunnan Makropilotti -hankkeessa on tar- koituksena pilotoida asiakkaan ohjausmallia Itätullin ja Aittaluodon kaupunginosissa (Viik- karissa), jossa sitä toteutetaan omaneuvoja- palvelujen, palveluketjujen suunnittelun ja asia- kaslähtöisen tiimityön muodossa. Ajateltiin, että useat asiakkaat eivät voi käyttää eri palve- luja asianmukaisella tavalla. Siksi asiakkaalle kehitettiin mahdollisuus pyynnöstä käyttää

omaneuvojaa, joka oli tehtävään nimetty ja koulutettu sosiaali- tai terveysalan ammatti- henkilö. Kun asiakas on valinnut omaneuvo- jan, laaditaan omaneuvojalpalveluiden tarkem- masta toteuttamisesta kirjallinen sopimus, jon- ka asiakas ja omaneuvoja allekirjoittavat (Lex Makropilotti 811/2000/8§). Omaneuvojan teh- tävänä on järjestää, ohjata ja seurata asiakkaal- le annettavia palveluja palveluketjussa. Oma-

neuvoja toimii yli sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisten organisaatiorajojen pyrkiessään yhdessä asiakkaan kanssa – asiakasläh-töisyyttä kunnioittaen – kartoittamaan asiakkaan palvelutarpeet, esittelemään asiakkaan saatavilla olevat soveltuvat palvelu- ja hoitovaihtoehdot sekä seuraamaan palvelujen toteutusta. Mikäli tarpeelliseksi osoittautuu, omaneuvoja voi laatia palveluketjusuunnitelman tai muuttaa jo aiemmin tehtyä suunnitelmaa. Omaneuvojalle on lainsäädännössä annettu myös kunta- tai kuntayhtymätasolle ulottuva palveluketjun toimivuuteen liittyvä raportointitehtävä.

Tämän tutkimuksen perusmittauksen suorittamisen jälkeen on raportoitu että vanhusten palveluketjussa asiakkaiden riippuvuus avusta sekä tilanteiden kroonisuus näyttää johtavan omaneuvojo toimintaan, jossa keskeistä on palvelujen tarpeen kartoitus, palvelujen organisointi, koordinaatio ja seuranta. Sopimuksen tehneitä ammattiryhmiä ovat olleet terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, lääkäri, kodinhoitaja, osastonhoitaja, perheyöntekijä, perushoitaja ja kättilö (Liikanen ja Virtanen 2002).

Omaneuvojan ja asiakkaan palvelussa konkreettisesti mukana olevan moniammatillisen tiimin tukena toimii taustatiimi (Levola 2001). He voivat tarjota asiantuntemustaan paitsi olemalla fyysisesti läsnä, myöskin sähköisen konsultoinnin avulla. Asiakkaan tarpeista riippuen tiimi muodostuu eri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden työntekijöistä. Makropilotissa perustiimillä tarkoitettiin tiimiä, joka vastaa kunnan alueella sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutuotannosta väestön palvelutarpeen perusteella. Perustiimin jäsenet ovat joko julkisen sektorin toimijoita (kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä) tai sopimuksellisia yksityisen tai kolmannen sektorin toimijoita. Virtuaalitiimillä tarkoitettiin tiimiä, joka toimii perustiimin tukena asiakkaan palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa (Satakunnan Makropilotti 2000, 2001).

Alueellisten ohjausmallien osakokonaisuudessa tavoitteena on kehittää Aluetietojärjestelmään pohjautunut palveluketjusuunnitel-

ma. Sen avulla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eri organisaatioissa voidaan suunnitella etukäteen mahdollisimman tehokkaaksi ja taloudellisesti järkeväksi kokonaisuudeksi. Tavoitteena on myös parantaa palveluja ja säästää kustannuksia kehittämällä järjestelmiä, joilla asiakkaan tiedot liikkuvat sujuvasti organisaatiosta toiseen asiakkaan itsensä sijasta. Suunnitelma on kaikkien asiakkaan palveluun osallistuvien ammattihenkilöiden käytössä, jolloin asiakkaan kulkua palveluketjussa voidaan jatkuvasti seurata ja tehdä siihen mahdollisesti tarpeellisia muutoksia. Informaatio- ja asiointipalvelujen tavoitteena on lisätä kansalaisten, asiakkaiden ja ammattilaisten mahdollisuuksia saada ja välittää sosiaali- ja terveystietoa. Tavoitteeseen pyritään Internet-pohjaisilla palveluilla. Ne on jaettu kahteen osaan: Yleiset sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sosiaaliturvan informaatiopalvelut (Sosterva-info) ja Asiakkaan palvelusivut. Sosterva-info avattiin katselukäyttöön kesäkuussa 2001. Siitä kansalainen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö saavat ajantasaiset tiedot palveluista ja tapahtumista sekä niiden saatavuudesta. Asiakkaan palvelusivuilta asiakas saa tarvitsemansa henkilökohtaiset soster-tietonsa. Niiden avulla hän voi myös allekirjoittaa ja lähettää sähköisesti hakemuksia sekä tehdä palveluvarauksia. Asiakkaan palvelusivujen käyttö edellyttää samalla aina sosiaaliturvakortin käyttöä (<http://www.makropilotti.fi/yleista.htm>).

Palveluketjusuunnittelun tarkoitus on olla osa aluetietojärjestelmää ja siten teknisesti tuettu toimintamalli. Suunnittelun yhteydessä oli tarkoituksena määritellä asiakkaan palvelutarve ja ne organisaatiot, jotka hänen hoitoonsa ja palveluidensa tuottamiseen osallistuvat (Liikanen 2002). Palveluketjun suunnittelua on kuitenkin toteutettu omaneuvojen suunnittelutyöryhmän työnä, koska tekninen sovellus ei valmistunut pilotoitavaksi hankkeen ensimmäisen vaiheen eli kesäkuun 2001 loppuun mennessä. Vuoden 2002 alussa aluetietojärjestelmä oli koekäytössä ja järjestelmän sisältö ja käytettävyys olivat alkutekijöissään. Omaneuvojat ovat mallintaneet asiakasläh-töistä palveluketjun suunnittelua omaneuvojatapausten kautta ja osallistuneet toiminnallisina asiantun-

tijoina palveluketjusuunnitelman tekniseen määrittelytyöhön. Suunnitelmista on toteutunut luotettu sähköposti, joka otettiin käyttöön huhtikuussa 2001 testauksen ja käyttäjäkoulutuksen jälkeen. Luotettu sähköposti toimii sosiaaliturvakortin avulla. (Levola 2001, Mikola ja Levola 2001). Sen jako ammattilaisille aloitettiin joulukuussa 2000. Korttia jaettiin kaikille pilotoinnissa mukana olleille toimitussih-teereille ja omaneuvojille. Lisäksi korttia on jaettu pilottialueiden tietohallinnon ammattilaisille ja Makropilotin henkilökunnalle yhteensä noin 270 kappaletta. Korteja on ollut kunnissa jaossa noin 6 000 kappaletta, mutta sitä oli vuoden 2002 kevääseen mennessä hakenut noin 10–15 % siihen oikeutetuista. Syksyllä 2001 kaksikymmentäviisi työntekijää ilmoitti, että heillä oli käytössään uutta tekniikka Makropilottiin liittyen. Pilotoinneissa mu-

kana olleet työntekijät olivat syksyyn 2001 mennessä käyttäneet korttia sosterva-infon ylläpitoon ja luotetun sähköpostin kokeiluun. Varsinaisena toimintamallina ja osana saumaton palveluketjua luotettua sähköpostia ei vuonna 2001 päästy kokeilemaan (Koivisto J, Loula P. 2002). Yhteenvetona voidaan todeta, että toteutettaessa tämän tutkimuksen asiakkailla ja omaisille suunnattu peruskysely eli helmi-huhtikuussa 2001 käytännöllisesti mitään Makropilottiin liittyvää uutta teknologiaa ei oltu otettu käyttöön. Suoritettaessa kyselyt kotihoidon ja kotisairaanhoidon henkilöstölle loka-joulukuussa 2001 vain murto-osa suunnitelluista teknologisista innovaatioista oli otettu käyttöön. Prosessi päättyy vuoden 2003 loppussa, jolloin pilotoinnin mahdollistavan kokeilulain voimassaolo päättyy (Nylander ym. 2002a).

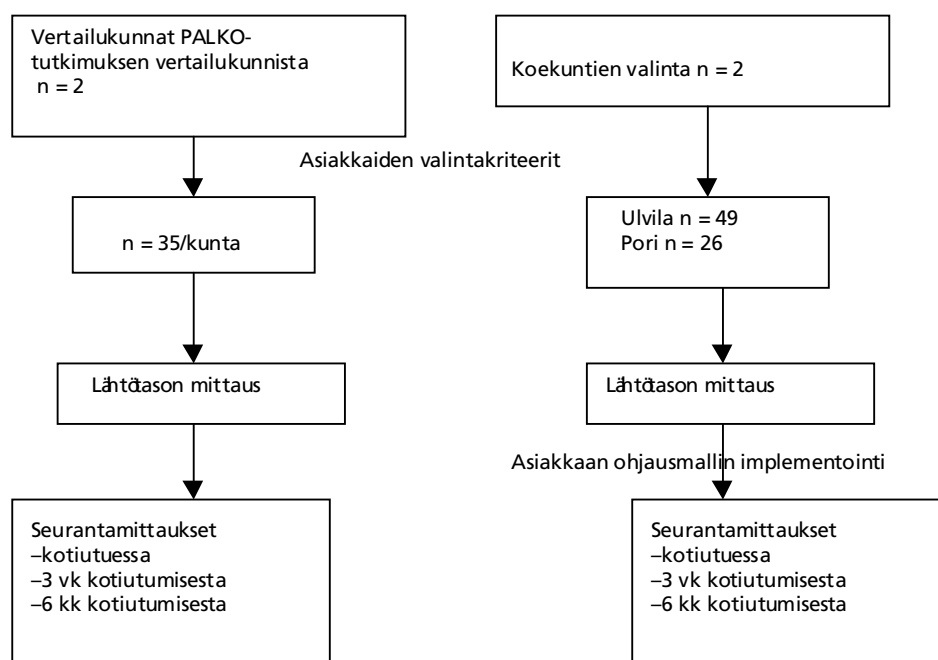
# Arviointiasetelma ja tiedon keruu

## Arviointiasetelma

Arviointiasetelmassa käytettiin kvasikokeellista koe- ja tutkimusasetelmaa, jossa interventiona oli asiakkaan ohjausmalli informaatioteknologian tukemana (kuvio 1). Vertailukohtana oli PALKO-hanke, jossa interventiona on palveluiden saumattomuutta lisäävä asiakaslähäinen kotiutumiskäytäntö. Siinä edistetään tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä eri toimijoiden välillä (Perälä ym. 2000). Makropiilotti-koekunnat saavat vertailukunnat PALKO-projektiryhmän kunnista. Näissä kunnissa ei tutkimusaikana toimeenpanna mitään interventiota. Makropiilotissa on mukana kaksi kuntaa, Porin Viikarin alue ja Ulvila. PALKO-projektissa on 22 tietyn kriteerein valittua kuntaa, joista 11 kuntaa on arvottu koe- ja 11 kuntaa vertailuryhmään lähtöarvioinnin jälkeen.

PALKO-malli kehitettiin yhdessä käytännön toimijoiden kanssa toimintatutkimuksella. Mallissa hyödynnettiin aiheeseen liittyvää tutkimusta sekä käytännön asiantuntemusta. Tiedonkulkua hoitoa tarkasteltiin asiakkaan hoitopolun eri vaiheissa; asiakkaan siirtyminen kotoa sairaalaan, mahdollisesti siirtyminen toiseen sairaalaan ja kotiin. Kussakin vaiheessa tarkasteltiin, mitä on asiakkaan hyvä siirtyminen, millaiset käytännöt edistävät asiakkaan joustavaa hoitoon pääsyä, mitä tietoja tulisi siirtää ja miten ne siirtyvät viiveettömästi. Molemmat hankkeet kehittävät palveluiden saumattomuutta asiakasnäkökulmasta luomalla tavoitetta tukevia käytäntöjä mm. tehostamalla teknologian käyttöä (Perälä ym. 2002). Tutkimuksen lähtötilanteen tiedot kerättiin keväällä ja kesällä 2001 ja seuranta-arviointi tapahtuu syksyllä 2002 (1/2001).

### MAKROPILOTTI



KUVIO 1. Vertailuasetelma

## Tiedon keruu

Arvioinnissa kiinnostuksen kohteena ovat toimintatapojen muutosten vaikutukset asiakkaan terveydentilaan ja elämänlaatuun, omaisten kuormittavuuteen ja elämänlaatuun sekä kokemukset toiminnan asiakaslähtöisyydestä, tiedon saamisesta, hoidon ja palveluiden saumattomuudesta sekä palveluiden käytöstä. Lisäksi tarkastellaan henkilöstön näkemyksiä hoidon ja palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja saumattomuudesta (jatkuvuudesta) ja sitä, millaisia vaikutuksia uudella käytännöllä on henkilöstön toimintaan ja yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa sekä hoitoon käytettyä aikaa.

Peruskyselyn aineistot saatiin potilashaastatteluilla, omaisten ja henkilöstön kyselyillä. Seurantamittauksissa hyödynnetään lisäksi dokumenttien sisällönanalyysiä ja rekisteriaineistoja. Tiedon keruu Makropilotissa toteutetaan samansisältöisesti, samalla tavoin ja samanaikaisesti kuin PALKO-tutkimuksessa. Lähtötilanteessa haastateltavat asiakkaat saatiin kotihoidon rekistereistä, seurannassa asiakkaat valittiin kotoa sairaalaan tulleista asiakkaista.

Molemmista Makropilotti- kunnista valittiin haastateltavaksi yhteensä 75 asiakasta (Porista 26 ja Ulvilasta 49), PALKO:ssa 35 kustakin kunnasta. haastateltaviksi valittiin yli 65-vuotiaita kotoa sairaalaan menneitä ja sieltä

kotiuduttua kotihoidon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) palveluita saavia asiakkaita. Mukaan ei kuitenkaan otettu psykiatrisella, syöpä- tai dementia-diagnoosilla kotiutuneita. Lähtö- ja seurantamittaukset toteutetaan noin 1,5 vuoden välein. Perusmittaustilanteessa kerättiin kyselyllä tietoa asiakkailta, kunkin asiakkaan yhdeltä omaiselta ja häntä hoitavalta kotihoidon työntekijältä. Lisäksi lähetettiin kysely kaikille kotihoidossa työskenteleville. Siinä arvioitiin kotihoidon sisäistä sekä kotihoidon ja sairaaloiden välistä tiedonkulkua ja käytäntöjä. Myöskin seurantamittaukset suoritetaan asiakkaille, heidän omaisilleen ja henkilöstölle. Lisäksi kustakin kunnasta kerätään tietoa kotihoidon, kotisairaanhoidon ja sairaanhoidon dokumenteista lähtö- ja seurantatilanteessa yhteistyö- ja toimintatapojen muutosten arvioimiseksi.

Kunnista nimetyt ja tutkijoiden kouluttamat tutkimusyhdyshenkilöt haastattelivat potilaat ja antoivat omaisille ja henkilöstölle tutkimuslomakkeet. Tutkimusyhdyshenkilö oli työyksikön ulkopuolinen henkilö eikä osallistunut arvioitavan asian kehittämiseen. Lisäksi yhdyshenkilö koordinoi haastateltujen omaisten kyselyjä sekä henkilöstön potilaskohtaisia arviointeja (1/2001).

# Käytetyt mittarit ja aineiston analysointi

## Käytetyt mittarit

*Toimintakykyä* tutkittiin Marja Jylhän (1985) laajennetulla versiolla mm. Shanasin (1968) käyttämästä ADL-mittarista, koettuja terveysongelmia Nottingham Health Profile -mittarilla (Koivukangas ym. 1995), koettua elämäntilaa EQ-5-instrumentilla (Ohinmaa, Sintonen 1999) ja *avun saannin riittävyttä* tarvealueittain (Perälä ja Räikkönen 2002) instrumentilla sekä soveltuvin osin Sari Rissasen (1999) väitöskirjatyöhön laatimalla kysymyssarjalla. Lisäksi kehitettiin tätä tutkimusta varten luotuja Likert-asteikollisia skaaloja sekä yksittäisiä kysymyksiä mittaamaan *tiedon saannin riittävyttä, hyvää hoitoa, kotiutumiskäytäntöjä, koettua terveydentilaa, kotona selviytymistä ja avun tarvetta*.

*Koettua hoidon kuormittavuutta* tutkittiin 15-väittämisellä 5-portaisella PALKO-tutkimuksessa käytetyllä Cope Indexillä.

*Sosiaali- ja terveyspalveluhenkilöstön toimintaa ja työtyytyväisyyttä ja yhteistyö- ja toimintatapoja* tutkittiin sekä PALKO- tutkimusta varten laadituilla että aiemmin mm. Sinervon käyttämillä (1995, 1997) mittareilla.

*Palveluiden laatua ja käyttöä* tutkittiin PALKO-tutkimusta varten laadituilla ja osin aiemmin laadituilla (Perälä ja Räikkönen) strukturoituilla kysymyssarjoilla.

*Kustannusvaikuttavuutta* selvitettiin sekä palveluiden käyttöä koskevien kysymysten avulla että retrospektiivisesti kuntien luovuttamista palvelurakennetta, kotiutumiskäytäntöjä ja kustannuksia koskevien tietojen avulla.

## Aineiston käsittely ja sen analysointi

Mittarit koostuivat suurimmaksi osaksi Likert-asteikollisista skaaloista, joista muodostettiin tarvittavia summamuuttujia. Ennen summamuuttujien laskemista suoritettiin konfirmatoriset faktorianalyysit ja laskettiin Cronbachin alfat. Tarkastettiin myös yksittäisten muuttujien keskinäiset korrelaatiot. Standardoiduista mittareista (ELSA-mittari, NHP ja EQ-5) laskettiin indeksipistemäärät niiden kehittäjien ohjeistuksen mukaan. Myöskin Cope Indexistä laskettiin summamuuttujat faktorianalyysin

jälkeen keskiarvomenetelmällä. Varimax-rotation avulla päästiin teoriaan sopivaan kolmen faktorin ratkaisuun.

Aineistoa analysoitiin Khin neliötestin, riippumattomien otosten t-testien, Mann-Whitneyn U:n sekä Kruskal-Wallis testien avulla. Ulvilalle valittua vertailukuntaa käsitellään tuloksissa nimellä: Vertailukunta U ja Porille valittua vertailukuntaa nimellä vertailukunta P.

# Tulokset

## Asiakkaat

### Vastaajien taustatekijät

Koeryhmän tutkimushenkilöt olivat 65–98-vuotiaita porilaisia (n = 26) ja ulvilalaisia (n = 49). Ikäluokkaan 65–75-vuotiaat kuului 25 % (n = 36), ikäluokkaan 76–85-vuotiaat 50 % (n = 73) ja ikäluokkaan yli 86-vuotiaat 25 % (n = 36) tutkimushenkilöistä. Suurin osa (74 %) tutkimushenkilöistä oli naisia (74 %), siviilisää-

dyltään leskiä (58 %) ja heillä oli lapsia (82 %). Enemmistö (85 %) oli käynyt kansakoulun, mutta ei ollut saanut mitään ammattikoulutusta (62 %). Koe- ja vertailukuntien vastaajat eivät eronneet sosiodemografisten taustatekijöiden osalta toisistaan tai keskenään muutoin kuin siviilisäädyn suhteen siten, että Ulvilalaisissa vastaajissa oli muita kuntia enemmän naimisissa olevia (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Koe- ja vertailukuntien haastatellut asiakkaat sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan

Muuttuja	Koekunnat n (%)		Vertailukunnat n (%)		Yhteensä
	Ulvila	Pori	kunta U	kunta P	
<i>Ikä</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 145</i>
65-75-vuotiaat	10 (20)	8 (30)	6 (17)	12 (34)	36 (25)
76-85-vuotiaat	29 (60)	10 (40)	20 (57)	14 (40)	73 (50)
Yli 86	10 (20)	8 (30)	9 (26)	9 (26)	36 (25)
<i>Sukupuoli</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 144</i>
Mies	14 (29)	8 (31)	7 (20)	9 (26)	38 (26)
Nainen	35 (71)	18 (69)	28 (80)	26 (74)	107 (74)
<i>Siviilisääty</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 34</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 145</i>
Naimaton	3 (6)	2 (8)	6 (18)	1 (3)	12 (8)
Naimisissa	22 (50)	2 (8)	10 (29)	5 (14)	39 (27)
Asumuserossa tai eronnut	2 (4)	6 (23)	0 (0)	2 (6)	10 (7)
Leski	22 (45)	16 (61)	18 (53)	27 (77)	83 (58)
<i>Onko lapsia</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 145</i>
Kyllä	43 (88)	20 (77)	25 (71)	31 (89)	119 (82)
Ei	12 (22)	6 (23)	10 (29)	4 (11)	26 (18)
<i>Peruskoulutus</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 145</i>
Vähemmän kuin kansakoulu	3 (6)	2 (8)	2 (5)	1 (3)	8 (5)
Kansakoulu	45 (92)	20 (77)	31 (90)	27 (77)	123 (85)
Keskikoulu tai oppikoulu	1 (2)	3 (11)	2 (5)	4 (11)	10 (7)
Ylioppilastutkinto	0 (0)	1 (4)	0 (0)	3 (9)	4 (3)
<i>Ammattikoulutus</i>	<i>n = 48</i>	<i>n = 25</i>	<i>n = 35</i>	<i>n = 33</i>	<i>n = 141</i>
Ei mitään koulutusta	37 (77)	11 (44)	25 (71)	14 (43)	87 (62)
Ammatillinen kurssi	4 (8)	5 (20)	26 (9)	8 (24)	26 (18)
Ammattikoulututkinto	6 (13)	5 (20)	1 (3)	8 (24)	20 (14)
Opistotason tutkinto	1 (2)	3 (12)	0 (0)	1 (3)	5 (4)
Korkeakoulututkinto	0 (0)	1 (4)	0 (0)	2 (6)	3 (2)

Suurin osa vastaajista asui yksin (67 %), neljännes (26 %) avo- tai aviopuolison kanssa, 5 % omien lasten kanssa ja 2 % sisarusten tai jonkun muun kanssa. Tutkimushenkilöiden lapsista 80 % asui samalla paikkakunnalla. Ulvilalaisista suurempi osa kuin sen vertailukuntaan kuuluvista asui haja-asutusalueilla (36 % vs. 6 %) tai maaseutukeskuksissa (12 % vs. 0 %) kuin kaupunkikeskuksissa (51 % vs. 94 %). Porilaisista tutkimushenkilöistä useampi asui kaupunkikeskuksissa kuin Porin vertailukunnassa asuvista (100 % vs. 31 %). Suurempi osa ulvilalaisista kuin vertailukuntaan U kuuluvista omisti oman asunnon (65 % vs. 54 %) tai asuimuoto oli muu (16 % vs. 0 %). Ulvilalaisissa vastaajissa oli vähemmän palvelutalossa asuvia kuin sen vertailukunnassa asuvissa (6 % vs. 26 %). Porissa oli enemmän vanhustentalossa asuvia kuin sen vertailukunnassa (31 % vs. 0 %). Noin kahdeksankymmentä prosenttia kaikista haastatelluista ilmoitti asuvansa mieluiten omassa kodissaan jos saisi vapaasti valita.

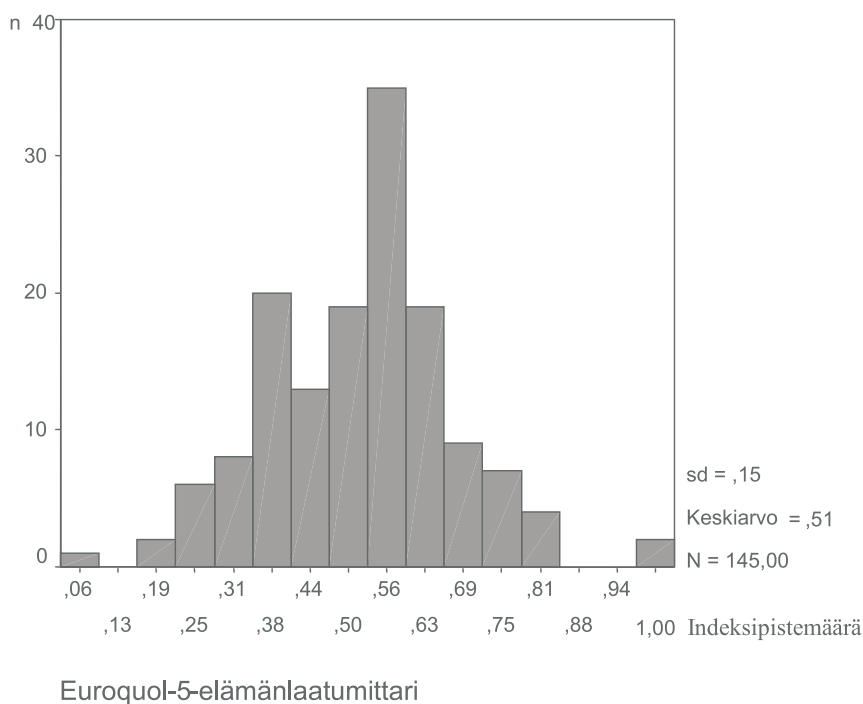
## Toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus

Kun tutkimushenkilöiltä kysyttiin millaiseksi he kokivat nykyisen terveydentilansa, puolet vastasi sen olevan keskinkertainen eli ei hyvä

eikä huono. Suurin osa (81 %) ilmoitti sen pysyneen samanlaisena tai parantuneen viimeisen sairaalajakson jälkeen. He arvioivat sairautensa haittaavan jonkin verran (keskiarvo 2,5 asteikolla 1–5) jokapäiväistä elämäänsä, mutta silti selviävänsä melko hyvin (keskiarvo 3,9 asteikolla 1–5) kotonaan. Koe- ja vertailuryhmät eivät eronneet toisistaan näön, puheen tai apuvälineiden käytön suhteen. Myöskään päivittäisistä toimista suoriutumisessa ei ollut eroa koe- ja vertailuryhmien välillä.

NHP-mittarin pistemäärät tutkimusaineistossa olivat kaikilla osa-alueilla korkeammat kuin samanikäiselle suomalaiselle väestölle lasketut keskimääräiset referenssiarvot, eli asiakkaat kokivat subjektiivisesti enemmän terveysongelmia kuin referenssi väestö. Koe- ja vertailuryhmien välillä ei ollut muuta eroa kuin, että porilaiset ilmoittivat vertailukuntaansa kuuluvia vähemmän tunteneensa erilaisia kipuja ( $p = 0,07$ ). Koetussa elämänlaadussa EQ-5-elämänlaatumittarilla mitattuna ei ollut eroja koe- ja vertailuryhmien kesken. Suurin osa tutkimusjoukosta koki elämänlaadun keskimääräisen hyvänä (kuvio 2). Keskiarvo 0,51 oli alhaisempi kuin samanikäiselle väestölle laskettu referenssiarvo joka on 0,63 eli otoksen koettu elämänlaatu oli jonkin verran alhaisempi verrattuna samanikäiseen suomalaiseen väestöön.





KUVIO 2. Tutkimusjoukko koetun elämänlaadun mukaan

## Itsenäistä suoriutumista tukevien palveluiden käyttö

Keskimäärin kolmanneksella vastanneista oli käytössä turvapuhelin. Turvaranneke oli käytössä yhdellä porilaisella ja kymmenellä Ulvilan vertailukunnan vastaajalla (n = 124). Turvapalvelun apua edellisen viikon aikana oli käyttänyt viisi vastaajaa. Koe- ja vertailukuntien kesken ei ollut merkitseviä eroja terveyskeskus- ja yksityislääkäripalveluiden käytössä viimeisen sairaalassaolon jälkeen. Ulvilalaiset olivat käyttäneet hieman useampia kunnallisen tai yksityisen kotipalvelun kotisairaanhoidon työntekijän tai fysioterapeutin palveluita kuin sen vertailukuntaan kuuluvat, mutta vertailukuntaan kuuluvien palveluihin käyttämä aika oli pidempi kuin ulvilalaisten. Asiakkaan pal-

veluihin käyttämä aika viimeisen sairaalassaolon jälkeen kaikissa ryhmissä vaihteli yhden ja kolmenkymmenen tunnin välillä. Vertailukuntiin kuuluvat olivat käyttäneet ulvilalaisia ja porilaisia useampia tukipalveluita: ateriapalvelua, kuljetus- ja saattajapalvelua, kylvetyspalvelua ja siivousapua (taulukko 2).

Viimeisen kotiutumisen jälkeen 12 % kaikista vastanneista oli ollut lyhytaikaisessa hoidossa. Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat (43 %) olivat ulvilalaisia (4 %) useammin käyttäneet tätä mahdollisuutta. Intervallihoitoa (1 %), päiväsairaalahoitoa (3 %), osavuorokautista hoitoa (< 1 %) ja kuntoutusta kuntoutuslaitoksessa (4 %) saivat harvat vastaajat. Päiväkeskustai virkistystoiminnassakin oli ollut mukana 13 %. Tätä palvelumuotoa oli käytetty eniten Porin vertailukunnassa (33 %).

TAULUKKO 2. Palveluiden käyttö- ja vertailuryhmissä

	Koe/vertailukunta $n$ $\bar{x}$ $sd$		Koe/vertailukunta $n$ $\bar{x}$ $sd$	
	Ulvila	Vertailukunta U	Pori	Vertailukunta P
Terveyskeskus- tai yksityislääkärin palveluiden käyttökerrat viimeisen sairaalassaolon jälkeen	$n = 20$ $\bar{x} = 1,77$ $sd = 1,93$	$n = 22$ $\bar{x} = 1,75$ $sd = 0,97$	$n = 12$ $\bar{x} = 1,75$ $sd = 0,97$	$n = 15$ $\bar{x} = 3,20$ $sd = 5,62$
	$p = 0,96$		$p = 0,34$	
Kunnallisen tai yksityisen kotipalvelun kotisairaanhoidon työntekijän tai fysioterapeutin käytettyjen palveluiden määrä (maks. 5)	$n = 49$ $\bar{x} = 1,45$ $sd = 0,54$	$n = 35$ $\bar{x} = 1,11$ $sd = 0,52$	$n = 25$ $\bar{x} = 1,40$ $sd = 0,65$	$n = 35$ $\bar{x} = 1,54$ $sd = 0,78$
	$p = 0,06$		$p = 0,46$	
Kunnallisen tai yksityisen kotipalvelun kotisairaanhoidon työntekijän tai fysioterapeutin palveluihin käyttämä aika	$n = 43$ $\bar{x} = 3,4$ $sd = 3,8$	$n = 19$ $\bar{x} = 8,43$ $sd = 10,3$	$n = 18$ $\bar{x} = 4,2$ $sd = 3,4$	$n = 26$ $\bar{x} = 5,7$ $sd = 4,5$
	$p = 0,05$		$p = 0,21$	
Käytettyjen tukipalveluiden määrädellisen viikon aikana (maks. 4)	$n = 49$ $\bar{x} = 0,94$ $sd = 1,23$	$n = 35$ $\bar{x} = 2,0$ $sd = 1,1$	$n = 26$ $\bar{x} = 0,62$ $sd = 0,94$	$n = 35$ $\bar{x} = 1,14$ $sd = 1,17$
	$p = 0,006$		$p = 0,05$	

## Asiakkaan tiedon ja avun tarve, saaminen ja riittävyys

Tutkimushenkilöt ilmoittivat tarvitsevansa toisen henkilön apua keskimäärin 4–6 päivänä viikossa. Useimmille apua antoivat lapset (69 %), muut sukulaiset (33 %), ystävät ja naapurit (27 %), puoliso (19 %) ja sisarukset (8 %). Lapset olivat auttaneet noin 68 % asiakkaista edellisen viikon aikana. Useimmat asuivat samassa taloudessa puolisonsa kanssa. Ulvilassa 45 %:lla, sen vertailukunnassa 20 %:lla ( $p = 0,02$ ), Porissa 13 %:lla ja sen vertailukunnassa 9 %:lla eniten auttava omainen asui samassa taloudessa. Vain 2 %:lla kaikista vastanneista joku läheisistä toimi kunnan palkkaamana omaishoitajana. Läheiset olivat hoitaneet tutkimukseen osallistuneita asiakkaita keskimäärin yhdeksän tuntia seitsemäntoista minuuttia edellisen viikon aikana. Eniten läheistensä apua olivat saaneet ulvilalaiset, jotka olivat saaneet

sitä 17 tuntia 34 minuuttia edeltävän viikon aikana. Ero vertailukuntaan tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,000$ ). Ulvilan vertailukunnassa keskimääräinen läheisiltä saatu apu edellisen viikon aikana oli 51 minuuttia asiakasta kohden. Kaikki vastanneet kokivat läheisen antaman avun tärkeänä.

Suurin osa tutkimushenkilöistä koki saaneensa riittävästi tietoa sairaalan ja kotihoiton työntekijöiltä eri hoito- ja palveluvaihtoehtoista (keskiarvo 3,3 asteikolla 1–4). Useimmat asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa sairaalahoitoon (keskiarvo 4,4 asteikolla 1–5). Ulvilalaiset olivat hieman tyytyväisempiä kuin heidän vertailuryhmänsä (4,8 vs. 4,5,  $p = 0,004$ ). Asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä kotihoitoon ja sen henkilöstöön (keskiarvo 4,7 asteikolla 1–5). Lähes puolet (46 %) heistä oli sitä mieltä, että kaikki tai lähes kaikki heidän hoitoonsa ja palveluihinsa liittyvistä toiveista ja odotuksista ovat täyttyneet. Lähes kaikki asiakkaat pitivät

päivittäisiin toimintoihinsa ja jokapäiväiseen elämänsä saatua apua riittävänä (molemmissa keskiarvo 3,7 asteikolla 1–4). Porin vertailukuntaan kuuluvat pitivät kipuihinsa ja särkyihinsä saamaansa apua hieman riittämättömämpänä kuin porilaiset (keskiarvo 3,4 vs. 3,8,  $p = 0,004$ ) ja Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat pitivät saamaansa apua sosiaalietuuksien hakemiseen ja ympäristön rajoitteiden korjaamiseen parempana kuin ulvilalaiset (keskiarvo 3,9 vs. 3,3,  $p = 0,002$ ). Hyvä hoito (avun saatavuus, palveluiden luotettavuus ja asiakaslähtöisyys sekä hoidon inhimillisuus) oli asiakkaiden mukaan toteutunut keskimäärin hyvin (keskiarvo 3,7 asteikolla 1–4). Se oli toteutunut hieman paremmin Ulvilassa kuin sen vertailukunnassa (keskiarvo 3,9 vs. 3,7,  $p = 0,009$ ).

## Saumattomat palveluketjut

Saumattomia palveluketjuja kuvattiin yhden hoitoketjun aikaisen hoitopaikkojen vaihtuvuuden määrän ja jonotusajan avulla. Viidellätoista strukturoidulla väittämällä kartoitettiin myös kuinka palveluiden saatavuus, luotettavuus, asiakaslähtöisyys ja hoidon inhimillisuus olivat toteutuneet.

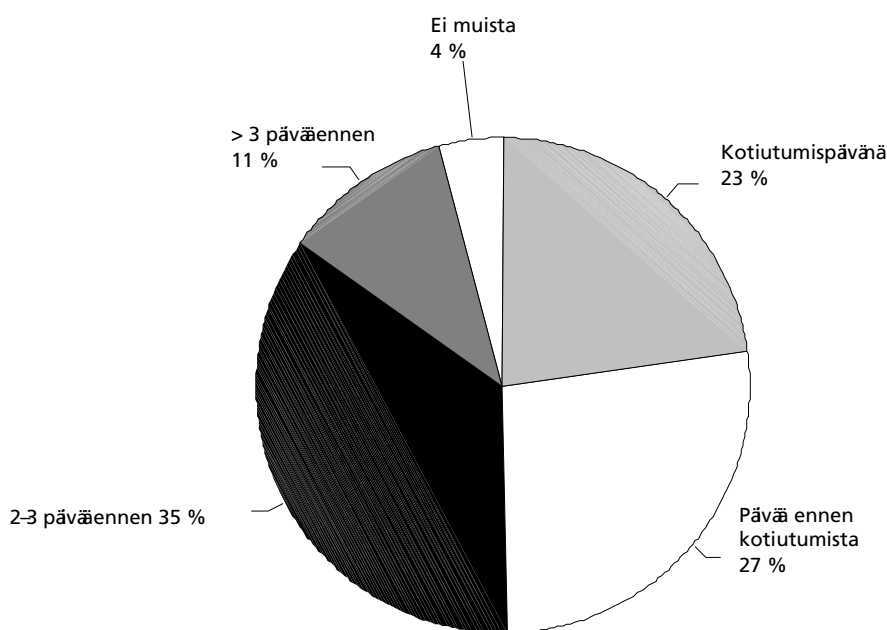
Pienempi osa tutkimukseen osallistuneista ulvilalaisista (43 %) kuin sen vertailukuntaan kuuluvista (86 %) oli samassa sairaalassa, johon meni kotoaan. Ulvilalaiset olivat vaihtaneet sairaalaa kaksi kertaa ja Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat kerran hoitoketjunsä aikana. Ulvilalaisista suurin osa (65 %) oli otettu sisään terveyskeskukseen ja kotiutunut sieltä, 33 % mennyt kotoa keskus- tai aluesairaalaan, mutta kotiutunut terveyskeskuksesta. Vertailukuntaan U kuuluvista 40 % oli mennyt keskus-

sairaalaan ja kotiutunut sieltä ja 40 % oli mennyt terveyskeskukseen ja kotiutunut sieltä.

Porilaisista haastatelluista 64 % oli otettu sisään terveyskeskukseen ja kotiutunut sieltä, 12 % oli mennyt keskus- tai aluesairaalaan ja kotiutunut sieltä. Kuusitoista prosenttia asiakkaista oli mennyt keskus- tai aluesairaalaan, mutta kotiutunut terveyskeskuksesta. Porin vertailukuntaan kuuluvista 45 % oli otettu sisään terveyskeskukseen tai terveyskeskussairaalaan ja kotiutunut samasta paikasta, 20 % oli mennyt keskus- tai aluesairaalaan ja myös kotiutunut sieltä ja 31 % oli mennyt keskus- tai aluesairaalaan ja kotiutunut terveyskeskuksesta.

Kunnat eivät eronneet sen suhteen, kuinka nopeasti asiakas pääsi tarvittaessa kotoa sairaalaan. Eroa ei kuntien välillä ollut myöskään poliklinikallaodotusajoissa. Ulvilan vertailukunnassa oli enemmän sellaisia, jotka joutuivat odottamaan sairaalan poliklinikalla osastolle tai toiseen laitokseen siirtoa kuin Ulvilassa (37 % vs. 12 %). Kotihoidon suunnittelu Ulvilassa verrattuna sen vertailukuntaan oli useampien kohdalla järjestetty asiakaslähtöisyyden ja saumattomuuden periaatteita noudattaen ( $p = 0,007$ ). Sen sijaan Porissa tilanne oli tilanne oli huonompi kuin sen kontrollikunnassa ( $p = 0,03$ ).

Vähän yli kolmannes kaikista haastatelluista oli saanut tiedon kotiutuksestaan 2–3 päivää ennen kotiin siirtymistään. Tutkimuksessa mukana olleista noin 23 % sai tiedon kotiutuksestaan vasta samana päivänä (kuvio 3). Suurin osa (87 %) oli tyytyväinen tiedonsaannin ajoitukseen, koki kotiin palaamisen turvallisenä tai melko turvallisenä (88 %) ja heidän ensimmäinen vuorokautensa kotona oli sujunut hyvin tai melko hyvin (85 %).



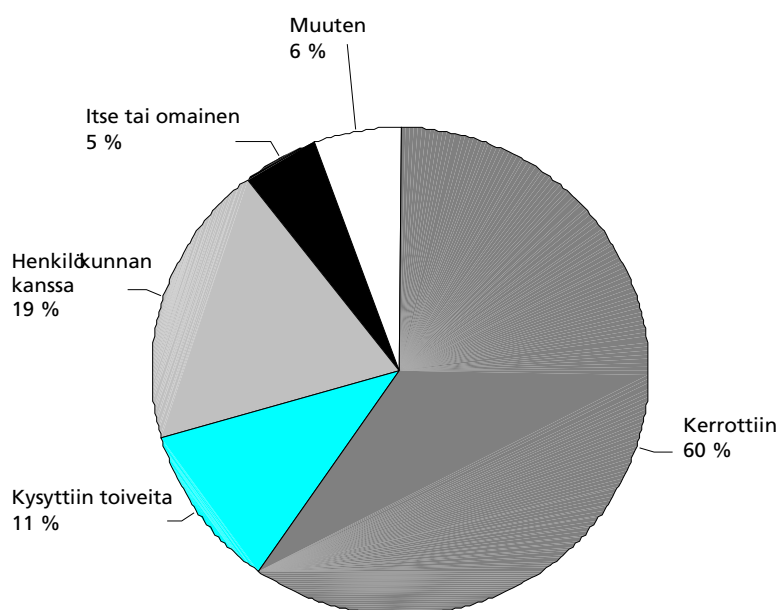
KUVIO 3. Asiakkaiden kotiutumisesta saadun tiedon ajankohta

Lähes kaikilla (95 %) kyselyyn vastanneilla oli nimetty vastuulääkäri. Porin vertailukunnassa noin puolella vastanneista (47 %) oli vastuuhoidtaja kotipalvelussa, Porissa vain 12 %:lla, Ulvilassa 8 %:lla ja sen vertailukunnassa 13 %:lla. Vastuuhoidtaja kotisairaanhoidossa oli 36 %:lla Porin vertailukuntaan kuuluvista, 1 %:lla porilaisista, 67 %:lla ulvilalaisista ja 49 %:lla sen vertailukuntaan kuuluvista.

### Asiakaslähtöisyys – itse-määrääminen ja päätöksenteko

Vastaajilta kysyttiin, kuinka kotiutumisesta päätettiin ja kuinka tärkeänä he pitivät mukanaoloaan päätöksenteossa. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista piti tärkeänä omaa läsnäoloaan päätettäessä kotiutumisesta (80 %) ja palveluista ja hoidosta kotona (83 %). Porin vertailukuntaan kuuluvat pitivät tärkeämpänä

kuin porilaiset mukanaoloaan kotiutumispäätöstä tehtäessä (100 % vs 64 %). Puolet vastanneista piti omaisen mukanaoloa tärkeänä päätettäessä kotiutuksesta ja keskimäärin 60 % päätettäessä kotona saatavista palveluista. Ulvilalaiset pitivät omaisten läsnäoloa kotona saatavista palveluista päätettäessä tärkeämpänä kuin muut (Ulvila 75 % vs. muut n.50 %). Suurin osa (60 %) kotiutuksista tapahtui siten, että vuodeosastojen henkilökunta päätti siitä ja asiakkaalle vain kerrottiin asiasta. Noin 19 % oli päättänyt kotiutumisesta yhdessä sairaalan henkilökunnan kanssa ja noin 5 % oli tehnyt kotiutumispäätöksen itse tai omaisen kanssa (kuvio 4). Porilaisista pienempi osa (12 %) kuin vertailukuntaan P kuuluvista (37 %) ja ulvilalaisista suurempi osa (29 %) kuin vertailukuntaan U kuuluvista (12 %) oli tehnyt kotiutumispäätöksen itse tai yhdessä sairaalan henkilökunnan tai omaisten kanssa.



KUVIO 4. Asiakkaiden kotiutumisesta päättämisen tapa.

Porilaisista suurempi osa (62 %) kuin heidän vertailukuntaansa kuuluvista (54 %) päätti hoidostaan ja saamistaan palveluista itse tai yhdessä omaisen tai kotipalvelun työntekijöiden kanssa. Samoin toimi pienempi osa ulvilalaisista (47 %) kuin heidän vertailukuntaansa kuuluvista (67 %). Lähes puolet (43 %) asiakkaista teki päätöksen hoidostaan ja palveluistaan yhdessä kotihoidon työntekijöiden kans-

sa. Neljännekselle asiakkaista vain kerrottiin heille suunnitellusta kotihoidosta ja palvelusta. Noin neljatoista prosenttia vastanneista teki päätöksen kotihoidosta ja palveluista itse tai omaisen kanssa. Vähiten käytetty tapa päätettäessä kotihoidosta ja palveluista oli asiakkaalta kysytyn mielipiteen huomiotta jättäminen päätöksenteossa (5 %).

## Omaisiet

### Vastaajien taustatekijät

Suurin osa vastanneista omaisista oli 46–65-vuotiaita. Omaisten ikäjakauma oli hyvin laaja vaihdellen 25–94-vuotta. Ikäjakauma oli samanlainen eri kunnissa. Enemmistö vastanneista oli naisia (66 %). Kaksi kolmannesta oli haastateltujen asiakkaiden lapsia. Heistä 74 % oli naimisissa tai avoliitossa ja 84 %:lla oli omia lapsia. Yli puolen peruskoulutus oli kansakou-

lu tai vähemmän, kolmannes oli käynyt keski- tai oppikoulun ja 14 %:lla oli ylioppilastutkinto. Neljänneksellä ei ollut mitään ammattikoulutusta, viidenneksellä ainoastaan ammatillisia kursseja, neljänneksellä ammattikoulututkinto, 17 %:lla opistoasteen tutkinto ja kymmenesosalla korkeakoulututkinto. Lähes puolet (43 %) vastaajista kävi kokopäivätyössä ja kolmannes (31 %) oli eläkkeellä (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Koe- ja vertailukuntien asiakkaiden omaiset sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan

Muuttuja	Koekunnat n (%)		Vertailukunnat n (%)		Yhteensä
	Ulvila	Pori	kunta U	kunta P	
<i>Ikä</i>	<i>n = 37</i>	<i>n = 21</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 92</i>
25-45-vuotiaat	9 (24)	3 (14)	3 (18)	2 (12)	17 (18)
46-65-vuotiaat	19 (52)	15 (72)	11 (64)	11 (65)	56 (61)
66-94-vuotiaat	9 (24)	3 (14)	3 (18)	4 (23)	19 (21)
<i>Sukupuoli</i>	<i>n = 37</i>	<i>n = 21</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 18</i>	<i>n = 94</i>
Mies	16 (42)	3 (14)	7 (41)	6 (33)	32 (34)
Nainen	22 (58)	18 (86)	10 (59)	12 (67)	62 (66)
<i>Siviilisääty</i>	<i>n = 38</i>	<i>n = 21</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 18</i>	<i>n = 94</i>
Naimaton	4 (11)	1 (5)	3 (18)	0 (0)	8 (9)
Naimisissa tai avoliitossa	29 (76)	17 (81)	12 (70)	12 (67)	70 (74)
Asumuserossa tai eronnut	3 (8)	2 (9)	2 (12)	2 (11)	9 (10)
Leski	2 (5)	1 (5)	0 (0)	4 (22)	7 (7)
<i>Onko lapsia</i>	<i>n = 38</i>	<i>n = 21</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 16</i>	<i>n = 92</i>
Kyllä	31 (82)	18 (86)	13 (77)	15 (94)	77 (84)
Ei	7 (18)	3 (14)	4 (23)	1 (6)	15 (16)
<i>Sukulaisuussuhde</i>	<i>n = 38</i>	<i>n = 21</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 18</i>	<i>n = 94</i>
Puoliso	7 (19)	1 (5)	1 (6)	2 (11)	11 (12)
Tytär tai poika	24 (63)	16 (76)	10 (59)	13 (72)	63 (66)
Sisko tai veli	2 (5)	2 (9,5)	2 (12)	0 (0)	6 (7)
Muu sukulainen tai läheinen	5 (13)	2 (9,5)	4 (23)	3 (17)	14 (15)
<i>Peruskoulutus</i>	<i>n = 38</i>	<i>n = 21</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 93</i>
Kansakoulu tai vähemmän	25 (66)	10 (48)	9 (53)	7 (41)	51 (55)
Keskikoulu tai oppikoulu	9 (24)	7 (33)	5 (29)	8 (47)	29 (31)
Ylioppilastutkinto	4 (10)	4 (19)	3 (18)	2 (12)	13 (14)
<i>Ammattikoulutus</i>	<i>n = 33</i>	<i>n = 21</i>	<i>n = 16</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 87</i>
Ei mitään koulutusta	12 (37)	5 (24)	4 (25)	2 (22)	23 (26)
Ammatillinen kurssi	9 (27)	3 (14)	4 (25)	2 (22)	18 (21)
Ammattikoulututkinto	8 (24)	4 (19)	6 (38)	5 (29)	23 (26)
Opistotason tutkinto	3 (9)	6 (29)	1 (6)	5 (29)	15 (17)
Korkeakoulututkinto	1 (3)	3 (14)	1 (6)	3 (18)	8 (10)
<i>Työssäkäynti</i>	<i>n = 37</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 17</i>	<i>n = 91</i>
Kokopävyössä	13 (35)	9 (45)	9 (53)	8 (47)	39 (43)
Osa-aikatyössä	3 (8)	0 (0)	3 (18)	1 (6)	7 (8)
Kokopävyöpiskelija	1 (3)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	2 (2)
Kotiäiti/koti-isä	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (6)	2 (2)
Eläkkeellä	13 (35)	2 (10)	4 (23)	4 (23)	28 (31)
Työön tai muu	7 (19)	7 (35)	1 (6)	3 (18)	13 (14)

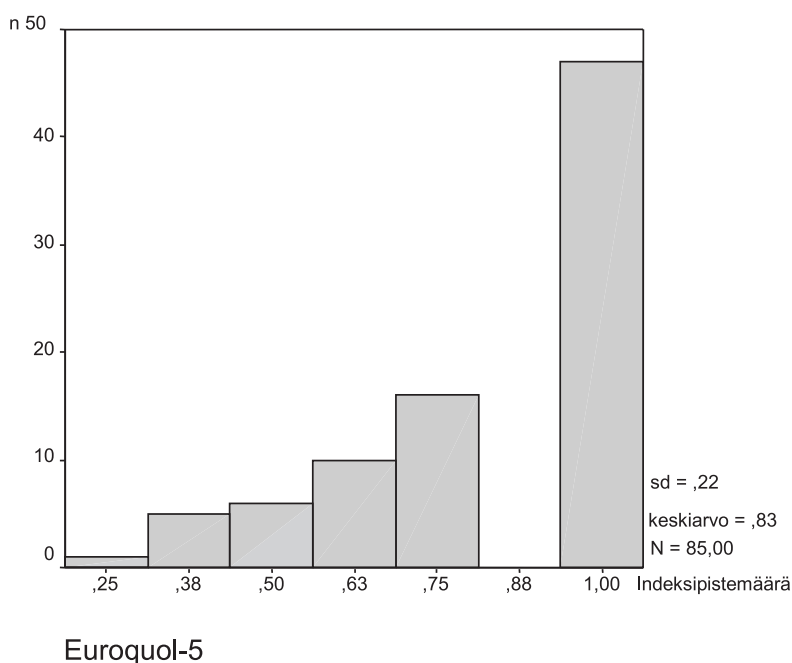
## Toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus

### *Omaisen toimintakyky ja koettu elämänlaatu*

Vastaajien terveydentila oli heidän oman arvionsa mukaan keskinkertainen (keskiarvo 3,6 asteikolla 1–5). Puolella heistä oli jokin tai joi-takin lääkärin toteamia pitkäaikaisia sairauksia tai muita vaivoja, joiden he eivät katsoneen haittaavan jokapäiväisiä toimiaan paljoakaan. Kuntien välillä ei ollut eroa koetuissa terveys-ongelmissa NHP-mittarilla mitattuna.

Jotakin apuvälinettä käytti 15 % vastaan-ista. Yleisimmin käytössä olivat erilaiset liik-

kumisen apuvälineet kuten rollaattori ja kävelykeppi (n = 6). Yli puolet (56 %) omaisista käytti reseptilääkkeitä. Kolmannes (32 %) koki, että heidän omaa elämäänsä oli vaikeuttanut heidän oman sairautensa hoito ja noin 40 %:lla unen ja levon saaminen tai mielialan vaihtelut ja ahdistus. Näissä asioissa ei kuntien välillä ollut eroja. Omaisten toimintakyky ELSA-mittarin mukaan oli keskimäärin kohtalainen (keskiarvo 2,17 asteikolla 1–3). Omaiset kokivat elämänlaatunsa suhteellisen hyvänä mitattuna EQ-5 elämänlaatumittarilla (kuvio 5). Vaihteluvälillä 0,002–1,0 se sai heidän kohdallaan arvon 0,83. Kuntien välillä ei ollut merkitseviä eroja koetussa elämänlaadussa.



KUVIO 5. Omaisten koettu elämänlaatu mitattuna EQ-5 elämänlaatumittarilla

### *Asiakkaan toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus*

Omaiset arvioivat asiakkaiden terveydentilan keskinäiseksi tai melko huonoksi (keskiarvo 2,5 vaihteluvälillä 1–5). Koe- ja vertailukuntien välillä oli eroja; porilaiset arvioivat asiakkaiden terveydentilan paremmaksi (keskiarvo 2,8) kuin heidän vertailukuntaansa kuuluvat (2,1). Asiakkaiden terveydentila oli viimeisen sairaalajakson jälkeen pysynyt ennallaan (keskiarvo 2,0 vaihteluvälillä 1–3). Se oli Ulvilan vertailukunnassa (keskiarvo 2,4) parantunut enemmän (keskiarvo 1,9) kuin Ulvilassa ( $p = 0,007$ ). Omaiset olivat sitä mieltä, että sairaudet haittaavat asiakkaiden elämää paljon; Porissa vähemmän kuin sen vertailukunnassa ( $p = 0,001$ ).

Kaikkien omaisten mukaan asiakkaat selviytyivät kotona melko huonosti. Asiakkaat tarvitsivat toisen henkilön apua keskimäärin 4–6 päivänä viikossa. Omaisten mukaan pääasiasa kotipalvelun työntekijät kävivät auttamassa vajaata kahta kolmasosaa (58 %), kotisairaanhoidon työntekijät keskimäärin 39 %:a, lapset auttoivat 54 %:a, avio- tai avopuoliso 14 %:a ja joka kymmenettä ystävät, naapurit tai tuttavat. Ulvilalaiset arvioivat useammin kuin sen vertailukuntaan kuuluvat pääasiallisesti auttajakseen kotisairaanhoidon työntekijän ( $p = 0,017$ ) tai avo- tai aviopuolison ( $p = 0,037$ ).

### Omaisten osallistuminen läheistensä hoitoon, palveluiden suunnittelu, asiakaslähtöisyys ja saumattomuus

Keskimäärin viidennes (22 %) vastanneista omaisista asui läheistensä kanssa samassa taloudessa; ulvilalaisista suurempi osa (34 %) kuin heidän vertailukuntaansa kuuluvista (17 %). Omaisista 77 % oli osallistunut omaisensa hoitoon edellisen sairaalahoitajakson jälkeen; ulvilalaisista suurempi osa (84 %) kuin heidän vertailukuntaansa kuuluvista (54 %). Noin kuudennes (12/72) kaikista vastaajista toimi omaishoitajina. Omaiset ilmoittivat osallistuvansa läheistensä hoitoon keskimäärin kaksi

tuntia päivässä. Ulvilalaisista suurempi osa kuin sen vertailukuntaan kuuluvista auttoi läheistään päivittäisissä toiminnoissa ( $p = 0,004$ ) ja antoi psykososiaalista tukea ( $p = 0,04$ ). Lähes kaikki omaiset (90 %) pitivät antamaansa apua tärkeänä läheisensä selviytymisen kannalta kotona.

Lähes kaikki vastanneet (90 %) pitivät läsnäoloaan tärkeänä päätettäessä läheisensä kotiutumisesta, kotihoidosta ja palveluista, mutta vain 57 % oli ollut mukana päätettäessä mitä kotihoitoon palveluita, 47 % päätettäessä mitä kotisairaanhoidon, 45 % päätettäessä omaisen tukipalveluista ja ainoastaan 17 % oli ollut mukana päätettäessä läheisen kuntoutuspalveluista. Alle puolet (44 %) oli osallistunut läheisensä kotihoitoon valmisteluun sairaalassa. Useimmiten mainittu syy osallistumattomuudelle oli se, että omainen huolehti kotiutumisesta itse ( $n = 30/91$ ). Kymmenen vastannutta ei ollut tietoinen mahdollisuudesta osallistua. Kolmannes (27 %) vastanneista oli osallistunut läheisen kotiutumisen ja kotihoitoon suunnitteluun kotiutumisen- tai kuntoutuskokouksissa, 35 % keskustelemalla lääkärin kanssa tai keskustelemalla siitä, 29 % kuinka omainen voisi osallistua läheisensä kotihoitoon. Suurin osa (61 %) oli keskustellut hoitajan kanssa, vähän yli viidennes (23 %) oli ollut mukana tekemässä kirjallista hoito- tai palvelusuunnitelmaa ja neljäsosaan (25 %) omaisista oli kotisairaanhoidon tai kotipalvelun työntekijä ottanut yhteyttä ennen tämän läheisen kotiutumista. Läheisen tai omaisten omalla terveydentilalla ei ollut yhteyttä osallistumisaktiivisuuteen.

### Tiedon ja avun tarve, saaminen ja riittävyys

Omaisten mukaan noin puolet (47 %) asiakkaista käytti fysio- tai toimintaterapeutin palveluita, 79 % kotipalvelun apua, 90 % kotisairaanhoidon apua, 58 % kotisairaanhoidon lääkäreiden apua, 47 % sosiaalityöntekijän palveluita ja 32 % jotakin muuta palvelua. Omaiset arvioivat asiakkaiden saaman avun fysio-/toimintaterapeuteilta ja sosiaalityöntekijöiltä keskimäärin melko riittämättömäksi (keskiarvot



2,1 ja 2,3 asteikolla 1–5), kotipalvelulta (keskiarvo 3,1), kotisairaanhoidolta (keskiarvo 3,3) ja kotihoidon lääkäreiltä (keskiarvo 2,8) saadun avun melko riittäväksi.

Omaiset olivat saaneet melko riittävästi tietoa läheistensä terveydenhoidosta (keskiarvo 2,9 asteikolla 1–4) ja eri palveluvaihtoehtoihin liittyvistä asioista (keskiarvo 2,7). He kokivat saaneensa hieman vähemmän riittävästi tietoa maksuihin liittyvistä asioista (keskiarvo 2,5). Neljännos omaisista ei tiennyt, kuinka asiakkaiden palveluista ja kotihoidosta oli päätetty. Keskimäärin 38 % oli yhdessä asiakkaiden ja kotihoidon työntekijöiden kanssa yhdessä päättänyt asiakkaan ja palveluista. Suurempi osa omaisista oli osallistunut yhdessä asiakkaan ja kotihoidon työntekijöiden kanssa päätöksen tekoon Porissa (47 %) kuin sen vertailukunnassa (27 %).

Avun saatavuudessa, palveluiden asiakaslähtöisyydessä ja hoidon inhimillisyydessä ei omaisten mukaan ollut kuntien välisiä eroja. Nämä asiat toteutuivat asiakkaan hoidossa omaisten mukaan lähes aina.

## Omaisten tiedon ja tuen saanti sekä hoidon kuormittavuus

Omaiset kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa (keskiarvo 1,8 asteikolla 1–4) heihin itseensä kohdistuvista palveluista kuten sosiaalivastuksista ja tukimuodoista, läheis- ja oma-apuryhmistä ja virkistysmahdollisuuksista. He kokivat saaneensa tukea omaan jaksamiseensa riittämättömästi sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta (keskiarvo 1,4 asteikolla 1–4) että läheisiltään (keskiarvo 1,8).

Viidennestä omaisista oli tuettu kuuntelemalla ja keskustelemalla heidän kanssaan. Neljäsosa oli tarvittaessa saanut lisäapua. Kenellekään vastanneista ei oltu tarjottu koulutusta tai työnohjausta ja ainoastaan yksi oli osallistunut läheisryhmän toimintaan. Keskustelussa oli tarvittaessa järjestetty lyhytaikainen hoitopaikka, mutta niissäkin ainoastaan 14 %:lle. Kolmannes omaisista koki, että heidän jaksamistaan ei oltu tuettu millään tavalla. Muiksi tukimuodoiksi mainittiin sisaren tai veljen apu, liikuntavammaisten retket ja kotipalvelun apu (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Koe- ja vertailuryhmän omaiset saatujen tukimuotojen mukaan

Muuttuja: Kuinka omaisen jaksamista on tuettu	Koe-/ vertailukunta n (%)				Koe-/ vertailukunta n (%)				Kaikki	
	Pori		Vertailukunta P		Ulvila		Vertailukunta U		kyllä	ei
	kyllä	ei	kyllä	ei	kyllä	ei	kyllä	ei	kyllä	ei
Kuuntelemalla ja keskustelemalla	4 (25)	12 (75)	6 (38)	10 (62)	4 (12)	28 (88)	2 (12)	15(88)	16 (20)	65 (80)
Järjestämälähtävällä lisäapua	4 (25)	12 (75)	5 (31)	11 (69)	9 (28)	23 (72)	8 (47)	9(53)	26 (32)	55 (68)
Tarjoamalla koulutusta ja työnohjausta	0 (0)	16 (100)	0 (0)	16 (100)	0 (0)	32 (100)	0 (0)	17(100)	0 (0)	81 (100)
Järjestämäläheisryhmiä	0 (0)	16 (100)	0 (0)	16 (100)	1 (3)	31 (97)	0 (0)	17(100)	1 (1)	80 (99)
Järjestämäläheiselle tarvittaessa lyhytaikainen laitoshoitopaikka	2 (12)	14 (88)	0 (0)	16 (100)	9 (28)	23 (72)	0 (0)	17(100)	11 (14)	70 (86)
Järjestämäläheiselle tarvittaessa päivähoitoa	3 (19)	13 (81)	0 (0)	16 (100)	2 (6)	30 (94)	0 (0)	17(100)	5 (6)	76 (94)
Järjestämäläheisiltä ja -päiviä	1 (6)	15 (94)	0 (0)	16 (100)	1 (3)	31 (97)	0 (0)	17(100)	2 (3)	79 (97)
Muulla tavoin	0 (0)	16 (100)	0 (0)	16 (100)	3 (9)	29 (91)	1 (6)	16(94)	4 (5)	77 (95)
Ei mitenkään	5 (29)	12 (71)	6 (38)	10 (62)	11 (34)	21 (66)	2 (12)	15(88)	24 (29)	58 (71)
<b>Yhteensä</b>	<b>16 (100)</b>		<b>16 (100)</b>		<b>32 (100)</b>		<b>17 (100)</b>		<b>81 (100)</b>	

Omaiset kokivat hoitamisen aiheuttavan vaikeuksia elämäänsä ja kokivat hoitamisen taakana melko harvoin (1,8 asteikolla 1–5), mut-

ta kokivat joskus saavansa puutteellisesti sosiaalista tukea hoitotyöhönsä (keskiarvo 3,0). Kunnat eivät eronneet näiden asioiden suhteen.

## Omaisten kokemus palveluiden laadusta

Omaisten mielestä lähes kaikki heidän esittämänsä asiakkaan kotihoitoon ja palveluihin liittyvät toiveet olivat toteutuneet (keskiarvo 2,8 asteikolla 1–4). Lähes puolet (43 %) eivät olleet esittäneet mitään toiveita tai heillä ei ollut hoitoon ja palveluihin liittyviä odotuksia. Myöskin asiakkaan sairaalassa saamiin palveluihin oltiin melko tyytyväisiä (keskiarvo 3,8 asteikolla 1–5). Omaiset olivat melko tyytyväisiä myöskin itse saamaansa kohteluun sairaalassa (keskiarvo 4,1 asteikolla 1–5).

Suurin osa palveluita käyttävistä oli tyytyväisiä asiakkaiden hoitoon (73 %) ja palveluihin (74 %) kotona. Myöskin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön oltiin tyytyväisiä. Tyytyväisimpiä oltiin kotisairaanhoidon (89 % tyytyväisiä) ja kotipalvelun (86 % tyytyväisiä) henkilöstöön. Yli puolet olivat tyytyväisiä myöskin kotihoidon lääkäreihin (69 %), kuntoutuspalveluiden antajiin (65 %) ja tukipalveluiden antajiin (67 %). Sosiaaliryöntekijöihin ilmoitti olevansa tyytyväisiä 34 % palveluita käyttävistä. Noin puolet vastanneista (48 %) eivät olleet heihin tyytyväisiä eikä tyytymättömiä ja 18 % ilmoitti olevansa tyytymättömiä. 74 % palveluita käyttäneistä olivat tyytyväisiä

hoidon ja palveluiden inhimillisyyteen. Alle puolet (46 %) palveluita käyttävistä olivat tyytyväisiä heille annettuun apuun ja tukeen. Suurin osa (77 %) oli tyytyväinen omaan elämäänsä vastaushetkellä.

Pyydettyäessä omaisilta avoimia kommentteja viimeisestä sairaalasta kotiutumisesta ja kotihoidosta, tuli eniten mainintoja yleisestä tyytyväisyydestä (n = 7), mainintoja kotisairaanhoidosta yleensä (n = 5), yleisiä mainintoja tyytyväisyydestä sairauden hoitoon ja terveyden tilaan (n = 5), kotiuttamisen suunnitteluun ja ohjeiden antoon (n = 5), hoidon ja henkilökunnan luotettavuuteen (n = 4) ja hoidon tarpeiden mukaisuuteen kotihoidossa (n = 3) ja kotisairaanhoidossa (n = 3). Vastanneista 41/95 ilmaisi tyytyväisyyttään sairaalasta kotiutumiseen ja kotihoitoon.

Pyydettyäessä omaisia kertomaan, mihin he olivat erityisen tyytymättömiä sairaalasta kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyen, eniten tyytymättömyyttä olivat aiheuttaneet henkilökunnan liian vähäiset resurssit (n = 9), vanhusten hoidon rakenteet ja järjestelyt (n = 8), kotiuttamisen ajankohta (n = 6), sosiaaliset kontaktit ja henkisen tuen puute (n = 5), asennoituminen hoitamiseen ja apuun (n = 5), tiedon välitys (n = 5) ja palveluiden tarjonta ja niiden puute (n = 5).

## Kotihoidon henkilöstön arvio asiakkaasta

### Vastaajien taustatekijät

Henkilöstön arvio asiakkaasta -kyselyyn vastanneet olivat iältään 23–61-vuotiaita. Koekunnissa oli enemmän 51–61-vuotiaita vastaajia kuin vertailukunnissa. Kyselyyn vastasi yksi mieshenkilö. Vastanneista 41 %:lla (n = 55) oli perus- tai lähihoitajan koulutus ja he myös toimivat vastaavalla nimikkeellä. Neljä perus- tai lähihoitajan koulutuksen saanutta toimi kodin-

hoitajan tai kotiavustajan ja kolme hoitajan nimikkeellä. Yli neljäsosa vastanneista oli sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Heitä edustivat parhaiten porilaiset vastaajat. Muun koulutuksen saaneita oli 16 %. Muuksi koulutukseksi mainittiin kotiavustajan kurssi, saattohoitajakoulutus ja sosiaaliavustajan koulutus. Yli 90 %:lla koekuntien ja alle 60 %:lla vertailukuntien vastaajista oli työkokemusta vähintään 11 vuotta (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Henkilöstön arvio asiakkaasta -kyselyyn vastanneet iän, sukupuolen, koulutuksen ja työkokemuksen mukaan

Muuttuja	Koekunnat n (%)		Vertailukunnat n (%)		n = 135 Yhteensä
	Ulvila	Pori	kunta P	kunta U	
<i>Ikä</i>	<i>n = 48</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 29</i>	<i>n = 30</i>	<i>n = 133</i>
23-35-vuotiaat	1 (2)	1 (4)	2 (7)	3 (10)	7 (5)
36-50-vuotiaat	21 (44)	10 (38)	18 (62)	16 (53)	65 (49)
51-61-vuotiaat	26 (54)	15 (58)	9 (31)	11 (37)	61 (46)
<i>Sukupuoli</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 29</i>	<i>n = 31</i>	<i>n = 133</i>
Mies	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (1)
Nainen	49 (100)	26 (100)	29 (100)	30 (97)	134 (99)
<i>Koulutus (samalla henkilöllä voi olla useampi koulutus)</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 29</i>	<i>n = 30</i>	<i>n = 134</i>
Kodinhoitaja	14 (29)	7 (27)	5 (17)	3 (10)	29 (22)
Perus- tai lähihoitaja	34 (69)	3 (12)	10 (35)	8 (27)	55 (41)
Sosiaalihoitaja	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
(Erikois)sairaanhoitaja	0 (0)	5 (19)	4 (14)	7 (23)	16 (12)
Terveystenhoitaja	2 (4)	13 (41)	7 (22)	0 (0)	22 (16)
Muu	0 (0)	4 (13)	6 (19)	12 (40)	22 (16)
<i>Työkokemus</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 25</i>	<i>n = 33</i>	<i>n = 31</i>	<i>n = 138</i>
0-10 vuotta	4 (8)	2 (8)	14 (42)	13 (42)	33 (24)
11-20 vuotta	17 (35)	9 (36)	11 (33)	9 (29)	46 (33)
21-32 vuotta	28 (57)	14 (56)	8 (25)	9 (29)	59 (43)

Noin 40 % vastanneista toimi kodinhoitajan tai kotiavustajan nimikkeellä, samoin kuin perus- tai lähihoitajan nimikkeellä (taulukko 6). Eniten heitä oli ulvilalaisissa (67 %). Lähes kaikilla (94 %) oli vakinainen työsuhde. Henkilöstöstä 43 % toimi kotipalvelussa, 45 % kotisairaanhoiton toimipisteessä ja 12 % muualla (n = 16) esimerkiksi neuvolassa (n = 12). Tutkimuskunnissa ei ollut yhdistettyjä kotihoidon ja kotisairaanhoiton toimipisteitä. Koekuntien vastaajat arvioivat, että noin kymmenesosa hei-

dän työajastaan liittyy kotipalveluun tai kotisairaanhoitoon kun siihen vertailukuntien vastaajien mukaan kului pääosa heidän työajastaan; Ulvilan vertailukunnassa 80 % ja Porin vertailukunnassa 94 % (taulukko 6). Muiksi työalueiksi mainittiin lastenneuvolatyö (n = 15), äitiysneuvolatyö (n = 12), aikuisten avovastaanotto neuvolassa (n = 10), kouluterveydenhoito (n = 2), koulutus (n = 2) ja perhe-suunnittelutyö (n = 1).

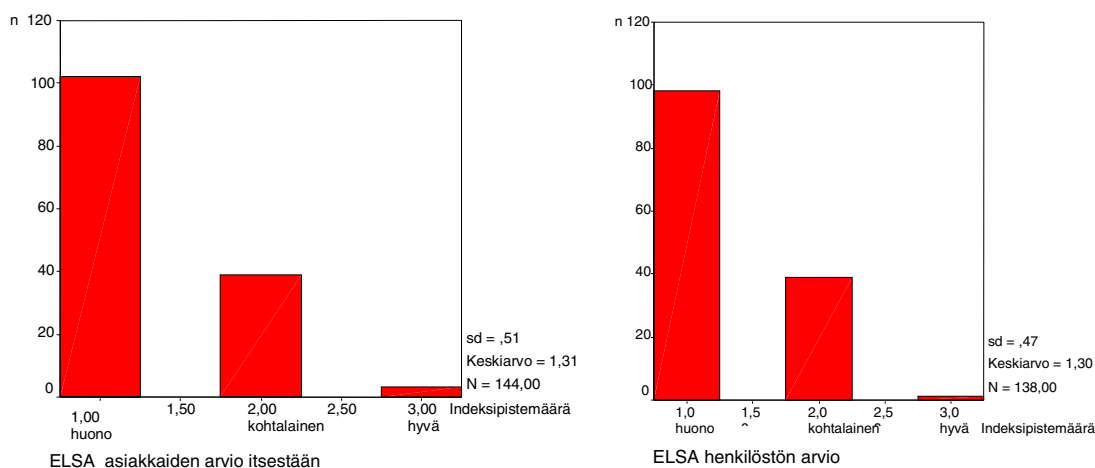
TAULUKKO 6. Henkilöstön arvio asiakkaasta -kyselyyn vastanneet tehtävänimikkeen, työsuhteen ja työn luonteen sekä toimipisteen mukaan

Muuttuja	Koekunnat n (%)		Vertailukunnat n (%)		Yhteensä
	Ulvila	Pori	kunta U	kunta P	
<i>Tehtävänimike</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 24</i>	<i>n = 29</i>	<i>n = 31</i>	<i>n = 133</i>
Kodinhoitaja tai kotiaavustaja	13 (27)	12 (50)	11 (38)	17 (54)	53 (40)
Perus- tai lähihoitaja	33 (67)	1 (4)	8 (26)	7 (23)	49 (37)
Sairaalan- tai terveydenhoitaja	2 (4)	11 (46)	6 (21)	7 (23)	26 (19)
Muu	1 (2)	0 (0)	4 (14)	0 (0)	5 (4)
<i>Työsuhteen luonne</i>	<i>n = 49</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 29</i>	<i>n = 31</i>	<i>n = 135</i>
Vakinainen	48 (98)	25 (96)	27 (94)	27 (88)	127 (94)
Sijaisuus, kestänyt yli puoli vuotta	1 (2)	1 (4)	1 (3)	2 (6)	5 (3)
Sijaisuus, kestänyt alle puoli vuotta	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (3)	2 (2)
Muu	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (1)
<i>Toimipiste</i>	<i>n = 48</i>	<i>n = 25</i>	<i>n = 33</i>	<i>n = 31</i>	<i>n = 137</i>
Kotipalvelun toimipiste	11 (23)	12 (48)	18 (55)	18 (58)	59 (43)
Kotisairaanhoidon toimipiste	30 (62)	10 (40)	10 (30)	12 (39)	62 (45)
Muu	7 (15)	3 (12)	5 (15)	1 (3)	16 (12)
Osuus (%), joka työstä liittyy kotipalveluun tai kotisairaanhoidon	10	7	80	94	45

## Asiakkaiden toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus kotihoidon henkilöstön näkökulmasta

Kotihoidon henkilöstö kuvasi asiakkaidensa terveydentilan keskinertaiseksi (keskiarvo 3,0 asteikolla 1–5) ja arvioivat sen pysyneen ennal-

laan viimeisen sairaalahoidon jälkeen (keskiarvo 2,1 asteikolla 1–3). ELSA-mittarilla mitattuna asiakkaiden oma ja henkilöstön arvio asiakkaiden toimintakyvystä eivät poikenneet toisistaan (kuvio 6). Molempien mukaan kotihoidon asiakkaista suurin osa oli sellaisia, joiden toimintakyky oli huono.

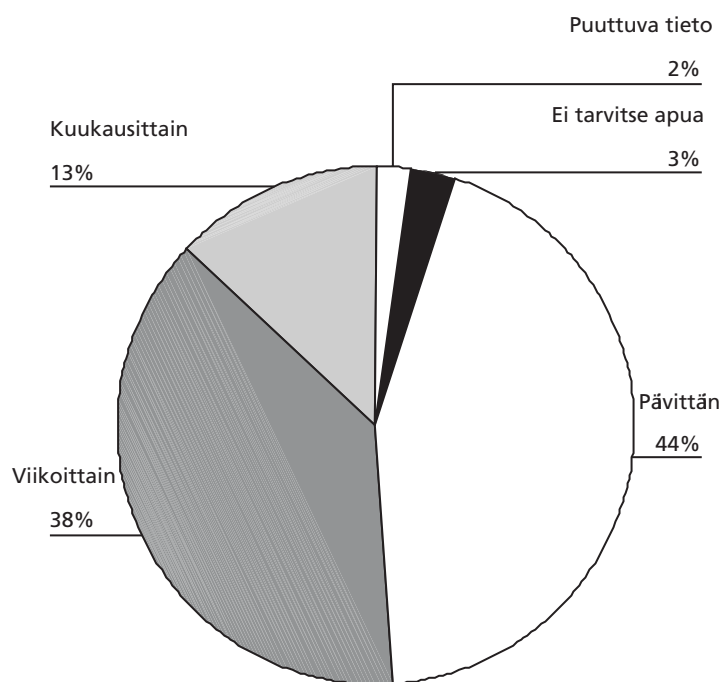


KUVIO 6. Asiakkaiden ja henkilöstön arviot asiakkaiden toimintakyvystä

Päivittäin kotihoidon apua tarvitsevat asiakkaat (44 %, n = 61) tarvitsivat sitä keskimäärin kaksi tuntia kolmetoista minuuttia. Päivittäistä apua tarvitsevia oli Ulvilan vertailukunnassa (67 %) ja Porin vertailukunnassa (61 %), Porissa (38 %) ja Ulvilassa (24 %). Kotihoidon henkilöstön mukaan apua tarvitsi viikoittain 38 % (n = 53) heidän asiakkaistaan joita autettiin keskimäärin tunti neljäkymmentäyksi minuuttia viikossa. Kuukausittain apua tarvitsevia oli 13 % (n = 18) vanhuksista ja tuolloin apua annettiin keskimäärin 1,8 h (kuvio 7).

Asiakkaista keskimäärin 87 % (n = 119) tarvitsi apua liikkumiseen jossakin muodossa. Vähiten tällaista apua tarvittiin Porissa; 34 % (n = 9) asiakkaista ei tarvinnut apua liikkumiseen lainkaan. Muihin perustoimintoihin kuten WC:ssä käyntiin, pukeutumiseen ja pesey-

tymiseen, ja ruoanlaittoon tarvitsi apua 93 % (n = 128) kyselyssä mukana olleen kotihoidon henkilöstön asiakkaista. Kotitöiden tekemiseen (98 %), sairautensa hoitoon (97 %), taloudellisiin kysymyksiin ja asioiden hoitoon (97 %), tarvitsivat apua lähes kaikki. Myöskin psykososiaalisen ja kognitiivisen avun tarve oli suuri; 95 % (n = 131) asiakkaista tarvitsi apua johonkin ongelmaan. Asiakkaat tarvitsivat apua unen ja levon saamiseen (75 %), mielialan vaihteluihin ja ahdistuneisuuteen (68 %), turvattomuuden tunteisiin ja erilaisiin pelkoihin (61 %), äkillisiin kriiseihin elämässä (45 %), yksinäisyyteen (59 %) ja mielekkään tekemisen järjestämiseen (64 %). Päihteiden liikakäytön vuoksi tarvitsi apua vain 13 % (n = 18) ja väkivaltaisen käyttäytymisen uhan vuoksi 8 % (n = 10).



KUVIO 7. Kotihoidon asiakkaiden avuntarpeen useus

Kotihoidon henkilöstö piti asiakkaiden saamaa apua keskimäärin melko riittävänä keskiarvo (3,3 asteikolla 1–5). Vähiten riittävänä pidettiin avun saantia liikkumiseen (keskiarvo 2,8) ja psykososiaalisiin ja kognitiivisiin tarpeisiin (3,1). Henkilöstö arvioi asiakkaidensa selviytyvän kotona kyselyhetkellä keskinertaisesti tai melko hyvin (keskiarvo 3,5 asteikolla 1–5). Vastaajat Porin vertailukunnassa arvioivat asiakkaidensa selviytyvän parhaiten (keskiarvo 4,0) ja Ulvilan vertailukunnassa huonoiten (keskiarvo 3,1).

### Läheisten hoitoon osallistuminen ja tiedon kulku

Kotihoidon henkilöstön mukaan suurin osa (86 %) omaisista osallistui läheisensä hoitoon ja se oli heidän mukaansa tärkeää (90 %). Tiedon kulku henkilöstön ja omaisten välillä ei ollut kovin hyvää (keskiarvo 4,3 asteikolla 1–9). Porilaiset kotihoidon työntekijät keskustelivat keskimäärin kolmesta (asteikko 1–9) ja sen vertailukuntaan kuuluvat kuudesta eri asiasta

( $p = 0,03$ ) omaisten kanssa. Ulvilalaisten yhteydenpito omaisten kanssa koski keskimäärin neljää ja sen vertailukuntaan kuuluvien työntekijöiden viittä asiaa.

Noin viidesosa (22 %) kotihoidon henkilöstöstä ei ollut yhteydessä asiakkaan omaisiin tai läheisiin. Useimmat olivat keskustelleet omaisten kanssa asiakkaan voinnin ja toimintakyvyn muutoksista (91 %), ohjanneet ja neuvoneet omaisia/läheisiä (82 %) ja keskustelleet heidän kanssaan hoidon ja palvelutarpeiden muutoksista. Kotihoidon henkilöstö keskusteli vähiten (26 %) omaisten kanssa omaishoidon tukien, vapaapäivien ja -ajan järjestämisestä ja asiakkaalle kuuluvista etuuksista ja tuisista (38 % keskusteli).

Enemmistöllä (73 %) oli kirjallinen hoito- tai palvelusuunnitelma. Porin vertailukunnassa se oli kaikilla, Porissa lähes kaikilla (92 %), Ulvilan vertailukunnassa noin kolmella neljänneksellä (77 %) ja Ulvilassa 43 %:lla. Tiedon kulku palvelusuunnitelman välityksellä oli kohtalaista (keskiarvo 5,5 asteikolla 1–8). Se sujui Ulvilassa (keskiarvo 6,0) paremmin kuin sen vertailukunnassa (keskiarvo 5,0,  $p = 0,03$ ).

Eniten puuttui tietoja asiakkaan antamasta luvasta omien tietojen käyttöön ja luovuttamiseen (56 % puuttui), 43 %:ta puuttui maininta asiakkaan toivomuksista ja odotuksista kotihoitossa ja 39 %:lta hoidon arvioinnin ajankohdasta. Maininta asiakkaan luvasta tietojen

käyttöön puuttui 84 %:lta Porin vertailukunnassa ja 19 %:lta ulvilalaisista. Porin vertailukunnassa 59 %:lta ja Ulvilassa 57 %:lta puuttuivat maininnat asiakkaan toivomuksista ja odotuksista.

## Henkilöstön arvio palveluiden järjestämisestä

### Vastaajien taustatekijät

Henkilöstökyselyyn vastanneet olivat 22–62-vuotiaita. Suurin osa heistä oli keski-ikäisiä eli 36–50-vuotiaita. Lähes kaikki olivat naisia. Kyselyyn vastasi kolme miestä. Suurin osa eli parisuhteessa (82 %). Lähes puolen peruskoulu-

tus oli kansakoulu tai kansalaiskoulu (43 %) viidenneksellä (22 %) oli ylioppilastutkinto. Vastanneissa oli eniten (31 %) sellaisia, joilla oli sosiaali- ja terveysalan perustutkinto ja lähes yhtä paljon (27 %) opistotason tutkinnon hankkineita. Kolmella prosentilla oli ammattikorkeakoulututkinto (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Henkilöstökyselyyn vastanneet iän, sukupuolen, siviilisäädyn ja koulutuksen mukaan

Muuttuja	Koekunnat n (%)		Vertailukunnat n (%)		Yhteensä
	Ulvila	Pori	kunta U	kunta P	
<i>Ikä</i>	<i>n = 19</i>	<i>n = 136</i>	<i>n = 44</i>	<i>n = 78</i>	<i>n = 277</i>
22-35-vuotiaat	2 (11)	12 (9)	13 (29)	17 (22)	44 (16)
36-50-vuotiaat	8 (42)	77 (56)	17 (39)	39 (50)	141 (51)
51-62-vuotiaat	9 (47)	47 (35)	14 (32)	22 (28)	92 (33)
<i>Sukupuoli</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 137</i>	<i>n = 45</i>	<i>n = 79</i>	<i>n = 281</i>
Mies	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (4)	1 (3)
Nainen	20 (100)	137 (100)	45 (100)	76 (96)	99 (278)
<i>Siviilisäätty</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 137</i>	<i>n = 45</i>	<i>n = 80</i>	<i>n = 282</i>
Naimaton	1 (5)	5 (4)	8 (18)	3 (4)	17 (6)
Naimisissa tai avoliitossa	14 (70)	119 (87)	31 (69)	68 (85)	232 (82)
Asumuserossa tai eronnut	5 (25)	10 (7)	4 (9)	7 (9)	26 (9)
Leski	0 (0)	3 (2)	2 (4)	2 (2)	7 (3)
<i>Peruskoulutus</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 136</i>	<i>n = 45</i>	<i>n = 80</i>	<i>n = 281</i>
Kansakoulu tai kansalaiskoulu	11 (55)	62 (45)	18 (40)	31 (39)	122 (43)
Keskikoulu tai peruskoulu	9 (45)	39 (29)	19 (42)	31 (39)	98 (35)
Ylioppilastutkinto	0 (0)	35 (26)	8 (18)	18 (22)	61 (22)
<i>Ammattikoulutus</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 134</i>	<i>n = 44</i>	<i>n = 79</i>	<i>n = 280</i>
Ammatillinen kurssi	2 (10)	28 (21)	6 (14)	19 (24)	55 (20)
Oppisopimuskoulutus	1 (5)	6 (5)	0 (0)	0 (0)	7 (2)
Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto	9 (45)	30 (22)	20 (45)	26 (33)	85 (31)
Kouluasteen tutkinto	5 (25)	23 (17)	7 (16)	11 (14)	46 (17)
Opistotason tutkinto	3 (15)	43 (32)	9 (20)	21 (27)	76 (27)
Ammattikorkeakoulututkinto	0 (0)	4 (3)	2 (5)	2 (2)	8 (3)

## Henkilöstön työnkuva ja palveluiden tarve

Yli puolet (65 %) vastaajista toimi kodinhoitajan tai kotiaavustajan nimikkeellä. Lähes viidennes tehtävänimike oli perus- tai lähihoitaja ja hieman vähemmän oli osastonhoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia (taulukko 8). Suurimmalla osalla (86 %) oli vakinainen työsuhte ja he toimivat kotipalvelun toimipistees-

sä (75 %). Sijaisia oli eniten (29 %) Porin vertailukunnan vastaajissa. Lähes kaikkien (99 %) vastaajien toimenkuvaan kuului päivätyötä ja suurin osa 87 % teki myös viikonlopputyötä. Yli puolet (58 %) teki iltatyötä, mutta vain 5 % yötyötä. Porin vertailukunnassa lähes kaikki (92 %) tekivät iltatyötä. Paljon (84 %) iltatyötä tekeviä oli myös Ulvilan vertailukunnassa. Eniten (20 %) yötyötä tekeviä oli Ulvilassa ja sen vertailukunnassa.

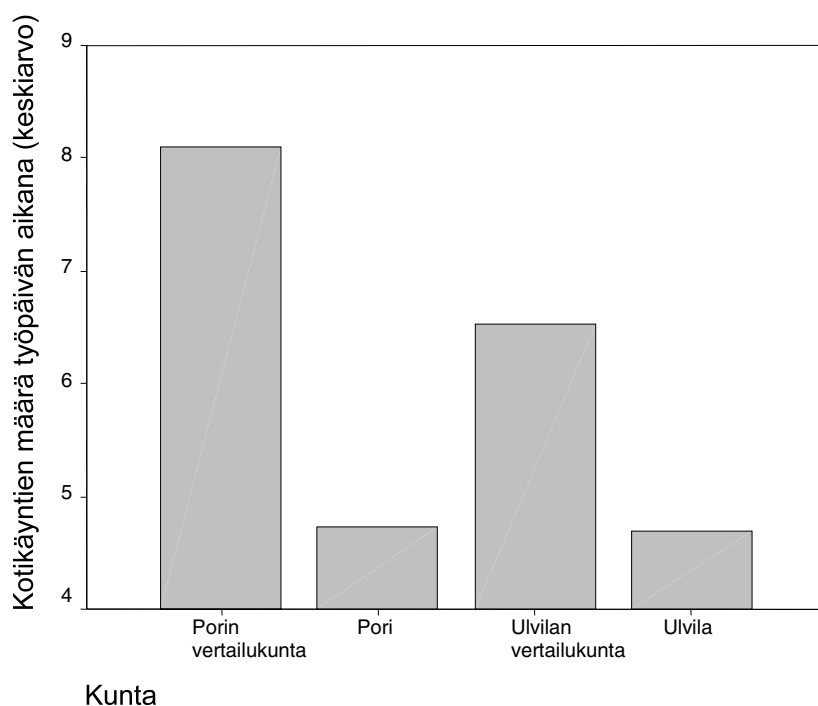
TAULUKKO 8. Henkilöstökyselyyn vastanneet tehtävänimikkeen, työsuhteen ja työn luonteen sekä toimipisteen mukaan

Muuttuja	Koekunnat n (%)		Vertailukunnat n (%)		Yhteensä
	Ulvila	Pori	kunta U	kunta P	
<i>Tehtävänimike</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 138</i>	<i>n = 44</i>	<i>n = 78</i>	<i>n = 280</i>
Johtava kodinhoitaja tai kotipalveluohjaaja	0 (0)	5 (4)	3 (7)	1 (1)	9 (3)
Kodinhoitaja tai kotiaavustaja	14 (70)	90 (65)	26 (59)	51 (66)	181 (65)
Perus- tai lähihoitaja	6 (30)	8 (6)	12 (27)	12 (15)	52 (18)
Osastonhoitaja, sairaan- tai terveydenhoitaja	0 (0)	35 (25)	3 (7)	14 (18)	38 (14)
<i>Työsuhteen luonne</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 136</i>	<i>n = 45</i>	<i>n = 80</i>	<i>n = 281</i>
Vakinainen	18 (90)	129 (95)	38 (84)	57 (71)	242 (86)
Sijaisuus, kestänyt yli puoli vuotta	2 (10)	7 (5)	4 (9)	16 (20)	29 (10)
Sijaisuus, kestänyt alle puoli vuotta	0 (0)	0 (0)	3 (7)	7 (9)	10 (4)
<i>Toimipiste</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 137</i>	<i>n = 45</i>	<i>n = 80</i>	<i>n = 282</i>
Kotipalvelun toimipiste	17 (85)	92 (67)	41 (91)	60 (75)	210 (75)
Kotisairaanhoidon toimipiste	3 (15)	41 (30)	4 (9)	20 (25)	68 (24)
Muu	0 (0)	4 (3)	0 (0)	0 (0)	4 (1)
<i>Kuuluuko työhön</i>	<i>n = 20</i>	<i>n = 135</i>	<i>n = 44</i>	<i>n = 79</i>	<i>n = 278</i>
päivätyötä	20 (100)	133 (99)	44 (100)	79 (100)	276 (99)
iltatyötä	3 (15)	49 (36)	37 (84)	73 (92)	162 (58)
yötyötä	4 (20)	2 (1)	9 (20)	0 (0)	15 (5)
viikonlopputyötä	17 (85)	113 (83)	39 (89)	74 (94)	243 (87)

Suurin osa vastaajista (87 %) oli tehnyt edellisenä työpäivänään kotikäyntejä. Niistä, joiden edellinen työpäivä oli sijoittunut viikonloppuun tai juhlapyhään ainoastaan yksi vastannut ei ollut tehnyt työpäivänsä aikana kotikäyntejä. Kotikäyntejä oli tehty keskimäärin noin kuuden asiakkaan luo (keskiarvo 5,8). Eniten kotikäyntejä olivat tehneet Porin vertailukun-

taan kuuluvat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät. He olivat käyneet keskimäärin kahdeksan asiakkaan luona. Seuraavaksi eniten kotikäyntejä olivat tehneet Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat (keskiarvo 6,5 asiakasta). Porilaiset ja ulvilalaiset olivat tehneet keskimäärin 4,7 kotikäyntiä (kuvio 8).



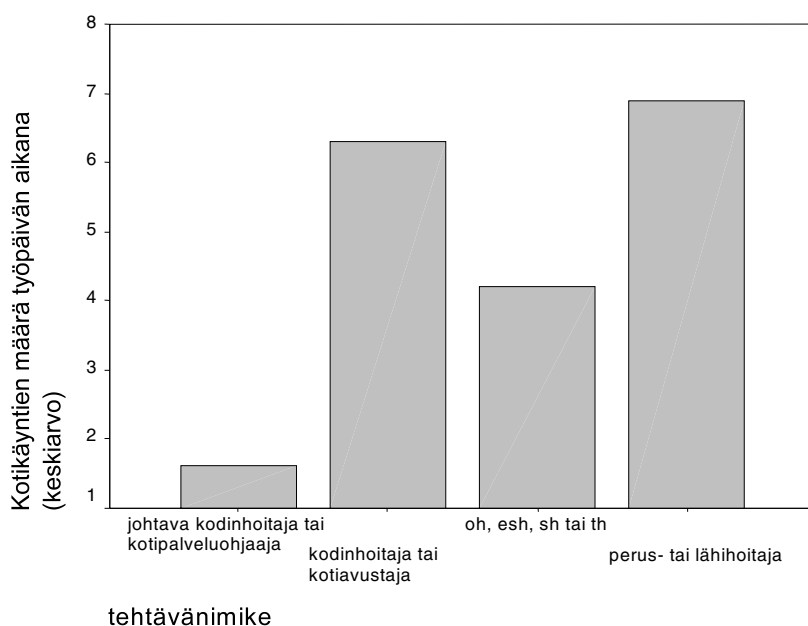


KUVIO 8. Kotikäyntien määrä työpäivän aikana kunnittain

Eniten kotikäyntejä olivat tehneet perus- tai lähihoitajat (keskimäärin 6,9 kotikäyntiä edellisessä työvuorossa), seuraavaksi eniten kodinhoitajat tai kotiavustajat (keskiarvo 6,3), osastonhoitajat, erikoissairaanhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vähemmän (keskiarvo 4,2) ja johtavat kodinhoitajat tai kotipalveluohjaajat vähiten (keskiarvo 1,6) (kuvio 9). Tarkasteltuna kunnan ja tehtävänimikkeen mukaan, eniten kotikäyntejä olivat tehneet Porin vertailukuntaan kuuluvat perus- tai lähihoitajat eli keskimäärin yhdeksän kotikäyntiä edellisen työvuoron aikana. Seuraavaksi eniten saman kunnan kodinhoitajat tai kotiavustajat (keskiarvo 8,4), osastonhoitajat erikoissairaanhoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (keskiarvo 7,0) ja neljänneksi eni-

ten Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat kodinhoitajat tai kotiavustajat (keskiarvo 6,9 kotikäyntiä edellisessä työvuorossa).

Kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijät olivat olleet tekemisissä keskimäärin kuuden asiakkaan kanssa työpäivän aikana (kuvio 9). Porin vertailukuntaan kuuluvat olivat olleet tekemisissä keskimäärin 6,7 asiakkaan kanssa ja porilaiset 5,8:n ( $p = 0,04$ ) ja Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat keskimäärin 7,8:n ja ulvilalaiset keskimäärin 4,7:n asiakkaan kanssa ( $p = 0,02$ ). Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden edellisen päivän kokonaistyöaika oli keskimäärin kuusi tuntia 48 minuuttia. Se oli pisin Porin vertailukunnassa eli 7 tuntia 25 minuuttia. Ero koekuntaan Poriin oli 47 minuuttia ( $p = 0,045$ ).



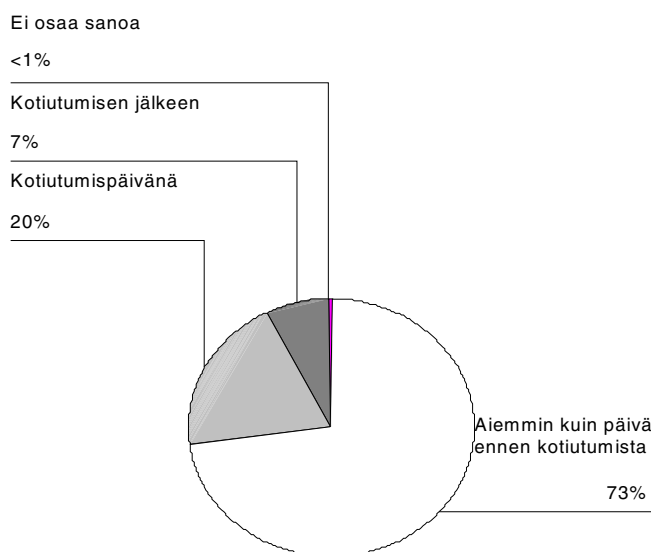
KUVIO 9. Kotikäyntien määrä työpäivän aikana ammattiryhmien mukaan

## Palveluiden saumattomuus ja tiedon kulku

Suurimmalla osalla (96 %) vastaajien asiakkaisista oli kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma tai muu vastaava. Vertailukunnassa P (97 %) ja Ulvilassa (95 %) se oli lähes kaikilla, Vertailukunnassa U kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma tai vastaava oli 88 %:lla ja Porissa 98 %:lla edellisen päivän asiakkaista. Vain 35 %:lla edellisen päivän kotikäyntiasiakkaista oli merkintä päivämäärästä, jolloin suunnitelmaa tarkistetaan tai arvioidaan.

Keskimäärin 80 % kotihoidon tai kotisairaanhoidon asiakkaista oli kotiutunut terveyskeskussairaalaan, 13 % aluesairaalaan ja 7 %

yliopistollisesta tai keskussairaalaan. Kuntien välillä oli eroa siten, että Ulvilassa 94 % (n = 17) ja sen vertailukunnassa vain 69 % (n = 29) oli kotiutunut terveyskeskussairaalaan. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Suurin osa (73 %) oli saanut tiedon asiakkaan kotiutumisesta ennen kotiutumista, noin 20 % kotiutumispäivänä ja 7 % kotiutumisen jälkeen (kuvio 10). Kuntien välillä oli eroa siten, että tiedon asiakkaan kotiutumisesta ennen kotiutumista oli saanut 80 % porilaisista kotihoidon tai kotisairaanhoidon työntekijöistä, 76 % vertailukuntaan P kuuluvista, 67 % ulvilalaisista ja 50 % vertailukuntaan U kuuluvista (p = 0,004).



KUVIO 10. Tiedon saannin ajoitus asiakkaan kotiutumisesta

Kolme neljäsosa (75 %) vastanneista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet tiedon asiakkaan kotiutumisesta ajoissa. Yleisimmin tieto asiakkaan kotiutumisesta oli saatu kotipalvelun edustajalta (43 %); Porissa useammin kuin tämän vertailukunnassa (52 % vs. 28 %) ja Ulvilan vertailukunnassa useammin kuin Ulvilassa (51 % vs. 28 %). Seuraavaksi tärkein tiedon lähde oli sairaalan osaston edustaja (35 %). 56 % Porin vertailukuntaan kuuluvista oli saanut tietoa osaston edustajalta ja porilaisista 27 % sekä ulvilalaisista 44 % ja 19 % Ulvilan vertailukuntaan kuuluvista. Ainoastaan 3 % vastanneista oli saanut tiedon asiakkaan kotiutumisesta sairaalan sosiaalityöntekijältä. Suurin osa vastanneista (76 %) oli saanut tietoa asiakkaan kotiutumisesta puhelimitse ja 26 % tapaamisissa ja palaverissa. Porilaisista 34 % ja 20 % sen vertailukuntaan kuuluvista oli osallistunut asiakkaidensa kotiutumista koskeviin palaveriin sekä 16 % ulvilalaisista ja vertailukuntaan U kuuluvista.

Kaksi kolmannesta (59 %) kaikkien henkilöstökyselyyn vastanneiden kotiutuneista asiakkaista sai ennen kotiutumistaan sekä kotipalvelun, että kotisairaanhoidon palveluita; Porin vertailukuntaan kuuluvat vähemmän (51 %) kuin porilaiset (66 %,  $p = 0,025$ ) ja Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat (48 %) vähem-

män kuin ulvilalaiset (78 %,  $p = 0,041$ ). Ainoastaan kotipalvelun apua sai keskimäärin 15 % vastanneista; Ulvilan vertailukunnassa (38 %) suurempi osuus asiakkaista kuin Ulvilassa (11 %). Lähes kaikki (95 %,  $n = 143/149$ ) ennen sairaalaan joutumista sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluita saaneista sai niitä myöskin kotiutumisensa jälkeen.

Kaikki vastanneet arvioivat saaneensa tietoa melko riittävästi (keskiarvo 2,7 asteikolla 1–4) kotiutuneen asiakkaan toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä ja asiakkaan elinympäristöön ja talouteen liittyvistä asioista (keskiarvo 2,5). He kokivat saaneensa melko riittävästi tietoa asiakkaan hoidosta sairaalassa, mutta keskimäärin melko riittävästi tietoa asiakkaan hoidosta ja palveluista kotona (keskiarvo 2,6) – Ulvilalaiset enemmän verrattuna sen vertailukuntaan kuuluviin (3,0 vs. 2,4,  $p = 0,015$ ).

Asiakkaiden kotiutuminen oli sujunut keskimäärin kohtalaisesti (keskiarvo 2,4 asteikolla 1–3). Työntekijöiden mukaan se oli sujunut paremmin Ulvilan vertailukunnassa (keskiarvo 2,4) kuin Ulvilassa (keskiarvo 1,9,  $p = 0,011$ ). Suurimpia ongelmien aiheuttajia kotiutuksessa kotihoidon ja kotisairaanhoidon henkilöstön mukaan olivat olleet liian varhainen kotiutus (47 %), henkilöstön välisen tiedottamisen

ja yhteistyön puutteet (38 %), asiakkaan pelko kotona olemista kohtaan (37 %) ja asiakkaan kotiympäristön puutteellisuudet ja/tai apuvälineiden puute (taulukko 9). Kuntien välillä oli eroja. Vähiten puutteita kotiympäristössä ja apuvälineiden saannissa sekä henkilöstön ja

asiakkaan/omaisen välisessä tiedottamisessa oli ulvilalaisilla. Heillä ongelmien aiheuttajaksi mainittiin usein muita syitä, joita olivat laitostuminen (n = 2), asiakas ei ollut tottunut olemaan yksin (n = 1), ei hallinnut lääkkeitensä annostelua (n = 1) ja alkoholi-ongelma (n = 1).

TAULUKKO 9. Henkilöstön käsityksiä ongelmien aiheuttajista kotiutuksessa koe- ja vertailuryhmissä

Ongelmien aiheuttajat kotiutuksessa (kyllä-vastausten osuus)	Koe- ja vertailukunnat n (%)		Koe- ja vertailukunnat n (%)		Yhteensä n = 159
	Ulvila n = 14	Vertailukunta U n = 28	Pori n = 75	Vertailukunta P n = 42	
Muuttuja					
1. Liian varhainen kotiutus	5 (36)	10 (36)	41 (55)	18 (43)	74 (47)
2. Henkilöstön väisen tiedottamisen ja yhteistyön puutteet	4 (29)	15 (54)	27 (36)	15 (36)	61 (38)
3. Asiakkaan pelko kotona olemista kohtaan	8 (57)	8 (29)	29 (39)	14 (33)	59 (37)
4. Asiakkaan kotiympäristön puutteellisuudet ja/tai apuvälineiden puute*	0 (0)	11 (39)	29 (39)	11 (26)	51 (32)
5. Omaisen/läheisen haluttomuus tai kyvyttömyys osallistua hoitoon	2 (14)	7 (25)	23 (31)	10 (24)	42 (26)
6. Puutteellisesti valmisteltu kotiutus	4 (29)	10 (36)	13 (17)	13 (31)	40 (25)
7. Asiakkaan voinnin äkillinen huonontuminen	2 (14)	4 (14)	10 (13)	9 (21)	25 (16)
8. Henkilöstön ja asiakkaan/omaisen väisen tiedottamisen ja yhteistyön väiset puutteet*	0 (0)	8 (29)	11 (15)	4 (10)	23 (15)
9. Asiakkaan haluttomuus kotiutua ja halu päättäkäisin sairaalaan	5 (36)	3 (11)	8 (11)	6 (14)	22 (14)
10. Jokin muu syy*	5 (36)	3 (11)	7 (9)	3 (7)	18 (11)

\* p < .05

Useimmilla 67 %:lla oli kotikäynnillä käytössään hoito- tai palvelusuunnitelma. Ulvilan vertailukunta poikkesi tässä suhteessa muista kunnista siten, että siellä suunnitelma oli käytössä ainoastaan 32 %:lla (p = 0,000). Reseptit ja lääkelistat oli käytössä 78 %:lla vastanneista, viestivihko tai vastavaa 63 %:lla, hoitotyön yhteenveto 38 %:lla ja lääkärin epikriisi tai decursusmerkinnät 28 %:lla. Epikriisi tai decursusmerkinnät olivat käytössä noin puolella (48 %) Ulvilan vertailukunnan vastaajista, kolmanneksella porilaisista (32 %), viidenneksellä (20 %) ulvilalaisista ja 13 %:lla Porin vertailukunnan vastaajista (p = 0,003).

Keskimäärin puolelle kotihoidon asiakkaista oli nimetty omahoitaja, palveluohjaaja tai muu vastuuhenkilö; Porissa harvemmalta kuin sen vertailukunnassa (p = 0,000). Vain

neljäosalle porilaisista kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijöiden toimipisteen asiakkaista oli nimetty omahoitaja, palveluohjaaja tai muu vastuuhenkilö. Vastaajat ilmoittivat olevansa keskimäärin kahdeksan henkilön omahoitaja; Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat useampien (keskimäärin 16:n) kuin ulvilalaiset (keskimäärin 4:n) ja Porin vertailukuntaan kuuluvat useamman (keskimäärin 10:n) kuin porilaiset (keskimäärin 6:n).

### *Yhteistyön useus eri ammattiryhmien kesken*

Asiakkaidensa hoitoon liittyvissä asioissa kyselyyn vastanneet johtavan kodinhoitajan tai kotipalveluohjaajan asemassa olevista lähes kaik-

ki (n = 8/9) olivat päivittäin yhteydessä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon edustajaan. Neljä yhdeksästä oli päivittäin yhteydessä myös terveyskeskusten vuodeosastojen edustajaan. Noin puolet (n = 5/9) oli yhteydessä sosiaalityöntekijään ja terveyskeskuksen vuodeosaston edustajiin sekä yksityisten palveluiden tuottajiin (n = 6/9) vähintään viikoittain.

*Kodinhoitajat tai kotiavustajat* (n = 171) pitivät eniten yhteyttä muihin kotipalvelun edustajiin. 81 % (n = 41/118) piti heihin yhteyttä päivittäin. Heidän toiseksi tärkeimpiä yhteistyökumppaneitaan olivat kotisairaanhoidon edustajat. Noin yhdeksän prosenttia kodinhoitajista ja kotiavustajista piti päivittäin ja 53 % viikoittain yhteyttä kotisairaanhoidon edustajiin. Noin 80 % vastanneista kodinhoitajista tai kotiavustajista ei pitänyt heihin juuri koskaan yhteyttä.

Kyselyyn vastanneet *osastonhoitajat, erikoissairaanhoidajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat* (n = 38) olivat eniten yhteydessä asiakkaidensa hoitoon liittyvissä asioissa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun edustajien kanssa. Suurin osa (84 %) oli yhteydessä kotisairaanhoidon päivittäin ja 11 % viikoittain. Suuri osa (43 %) piti yhteyttä kotipalveluun päivittäin ja viikoittain. Seuraavaksi eniten oltiin yhteydessä avoterveydenhuollon lääkäreiden kanssa. Viidennes (20 %) oli yhteydessä heihin päivittäin ja 70 % viikoittain. Noin puolet (47 %) vastasi olevansa yhteydessä heihin harvemmin kuin kuukausittain ja toinen puoli (53 %) ei juuri koskaan.

*Perus tai lähihoitajien* (n = 33) tärkeimpiä yhteistyökumppaneita olivat kotipalvelun edustajat. Päivittäistä yhteydenpitoa oli 66 %:lla ja viikoittain yhteyttä piti 29 %. Seuraavaksi eniten perus- tai lähihoitajat pitivät yhteyttä kotisairaanhoidon edustajiin. Noin puolet (51 %) piti yhteyttä päivittäin ja 26 % viikoittain. Kolmanneksi eniten pidettiin yhteyttä terveyskeskuksen vuodeosaston edustajiin. Noin kolmannes (30 %) perus- tai lähihoitajista piti heihin yhteyttä viikoittain, 6 % päivittäin, 15 % pari kertaa kuukaudessa ja 27 % harvemmin kuin kuukausittain.

## Palveluiden laatu kotihoidon henkilöstön arvioimana

Toivottu kotihoidon toimintakäytäntö eli kotihoidon yhteydenotto asiakkaaseen sairaalan osastolle, asiakkaan omaisiin/läheisiin, kotiutavalta osastolle ja kotihoidon osallistuminen asiakasta koskevaan hoito-, kotiutus-, kuntoutus- tms. kokoukseen sairaalan osastolla oli toteutunut paremmin Ulvilassa (keskiarvo 2,0 asteikolla 0–4) kuin sen vertailukunnassa (keskiarvo = 0,97, p = 0,018) ja Porin vertailukunnassa (keskiarvo 1,30) paremmin kuin Porissa (keskiarvo = 0,92, p = 0,23). Asteikolla 0–5 mitattuna, asiakkaan kotona selviytymistä oli valmisteltu melko vähän (keskiarvo 1,15) kotiloman, koekotiutuksen, arviointikäynnin, kodin muutostöiden tekemisen tai kotiin ennalta hankittujen apuvälineiden muodossa. Asiakkaan kotiutumisen toivotut toimintakäytännöt (kotiin tuominen/hakeminen, joku vastassa asiakasta, kotikäynti asiakkaan luo, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työnjaon sopiminen etukäteen ja asiakkaan palveluiden käynnistyminen viiveettä) olivat toteutuneet tyydyttävästi (keskiarvo 4,13 asteikolla 0–7).

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät arvioivat toimipisteidensä palveluiden laadun keskimäärin hyväksi (keskiarvo 3,8 asteikolla 1–5). Yhteistyö kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä arvioitiin hyväksi (keskiarvo 4,1 asteikolla 1–5) ja oman toimipisteen ja sairaaloiden välillä hyväksi (keskiarvo 3,4). Yhteistyö kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä koettiin Porissa parempana kuin sen vertailukunnassa (3,7 vs. 3,0, p = 0,13) samoin yhteistyö oman toimipisteen ja sairaaloiden välillä (Pori keskiarvo 4,4, Porin vertailukunta 3,8, p = 0,03). Tiedon kulku kotipalvelun ja kotisairaanhoidon välillä arvioitiin erinomaiseksi (keskiarvo 4,7) ja oman toimipisteen ja sairaaloiden välillä hyväksi (keskiarvo 4,0). Henkilöstön mukaan heidän omassa toimipisteessään avun saatavuus toteutui keskimäärin lähes aina (keskiarvo 2,8 asteikolla 1–4). Se toteutui Ulvilassa (keskiarvo 2,9) paremmin kuin sen vertailukunnassa (keskiarvo 2,3, p = 0,005) ja Porin vertailukunnassa (keskiarvo 3,1) paremmin

kuin Porissa (keskiarvo 2,6,  $p = 0,000$ ). Henkilöstö koki myöskin palveluiden inhimillisyyden toteutuvan lähes aina (keskiarvo 3,1 asteikolla 1–4).

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden mukaan henkilökuntaan liittyvät asiat kuten liiallinen työmäärä, henkilökunnan vaihtuvuus ja arkuus ottaa vastuuta hankalissa tilanteissa vaikeuttivat melko usein (keskiarvo 2,5 asteikolla 1–4) kotihoidon asiakkaan hoitoa ja palveluita heidän toimipisteessään. Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat (keskiarvo 3,1) olivat enemmän tätä mieltä kuin ulvilalaiset (keskiarvo 2,0,  $p = 0,13$ ). Kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijöiden mielestä hallinnolliset ja rakenteelliset sekä ammattikulttuuriin liittyvät asiat vaikeuttivat asiakkaan hoitoa ja palveluita melko harvoin.

## Henkilöstön näkemys omasta kompetenssistaan ja vaikuttamisen mahdollisuuksista omaan työhönsä

### *Hoito- ja hoivatyössä tarvittavat tiedot ja taidot*

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät pitivät työssään tarvitsemiaan tietoja ja taitoja melko hyvinä (keskiarvot eri osa-alueilla 3,7–3,9 asteikolla 1–5). Parhaimpina pidettiin taitoja ikääntyneiden hoivatyössä (keskiarvo 4,0). Taidoilla tarkoitettiin kykyä kohdata taustaltaan ja elämäntilanteeltaan erilaisia asiakkaita ja heidän läheisiään sekä kykyä toimia yhteistyössä heidän kanssaan, kykyä suunnitella, toteuttaa ja arvioida omaa työtä. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijät kokivat seuraavaksi

parhaiten hallitsevansa tiedot ikääntymisen vaikutuksista (keskiarvo 3,7). Tällä tarkoitettiin tietoa iän vaikutuksista asiakkaiden perustoimintoihin kuten liikuntakykyyn, ravitsemukseen, psyykkisiin toimintoihin, aistitoimintoihin ja sairauksien ilmenemiseen. Melko hyvinä (keskiarvo 3,7) pidettiin myös valmiuksia hoito- ja hoivatyön ammattilaisina eli kykyä vastata asiakkaiden ja työyhteisön odotuksiin, hakea ja soveltaa uutta tietoa sekä oman toiminnan arviointia. Yhtä hyvinä (keskiarvo 3,7) pidettiin tietoja asiakkaan hoitoon liittyvistä käytännöistä kuten asiakaslähtöisistä työtapoista, erilaisista palveluista ja apuvälineistä. Kuntien välillä oli eroa siten, että Porin vertailukuntaan kuuluvat pitivät tietojään asiakkaan hoitoon liittyvistä käytännöistä ja taitojaan ikääntyneiden hoito- ja hoivatyössä parempina kuin porilaiset (taulukko 10).

Neljätoista prosenttia kaikista vastanneista ei ollut osallistunut mihinkään koulutukseen viimeisen vuoden aikana. Suurin osa (80 %) oli osallistunut työnantajan järjestämään kertaluonteiseen koulutukseen, työnantajan järjestämään pitkäkestoiseen koulutukseen 14 % ja 12 % omaehtoiseen kertaluonteiseen koulutukseen. Omaehtoiseen pitkäkestoiseen koulutukseen oli osallistunut 2 % vastaajista. Viisi aiheita, joista kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijät olivat saaneet eniten työnantajan järjestämää koulutusta olivat: terveyden edistäminen (79 %), laatutyöskentely (78 %), ikääntyneiden ihmisten hoito- ja hoivatyö (72 %), sairauksien hoito (71 %) ja hoitotoimenpiteet (70 %). Yli kolmasosa (36 %) vastanneista seurasi säännöllisesti yhtä, lähes yhtä suuri osa (33 %) kahda, 18 % kolmea tai neljää, 1 % viittä tai useampaa ja 12 % ei yhtään ammatillista tai tieteellistä lehteä.

TAULUKKO 10. Koe- ja vertailukunnat hoito- ja hoivatyössä tarvittavien tietojen ja taitojen mukaan

Hoito- ja hoivatyössä tarvittavat tiedot ja taidot Muuttuja	Koe/vertailukunta $n \bar{x} sd$ Vertailukunta U Ulvila		Koe/vertailukunta $n \bar{x} sd$ Vertailukunta P Pori	
	Tiedot ikääntymisen vaikutuksista	n = 20 $\bar{x} = 3,71$ sd = 0,36	n = 45 $\bar{x} = 3,78$ sd = 0,57	n = 134 $\bar{x} = 3,72$ sd = 0,46
	$p = 0,566$		$p = 0,422$	
Tiedot asiakkaan hoitoon liittyvästä käytännöstä	n = 20 $\bar{x} = 3,57$ sd = 0,52	n = 45 $\bar{x} = 3,54$ sd = 0,61	n = 133 $\bar{x} = 3,58$ sd = 0,47	n = 80 $\bar{x} = 3,90$ sd = 0,52
	$p = 0,842$		$p = 0,000$	
Taidot ikääntyneiden hoito- ja hoivatyössä	n = 20 $\bar{x} = 3,74$ sd = 0,39	n = 45 $\bar{x} = 3,95$ sd = 0,50	n = 134 $\bar{x} = 3,90$ sd = 0,41	n = 80 $\bar{x} = 4,07$ sd = 0,47
	$p = 0,068$		$p = 0,004$	
Valmiudet hoito- ja hoivatyön ammattilaisena	n = 20 $\bar{x} = 3,67$ sd = 0,33	n = 44 $\bar{x} = 3,67$ sd = 0,49	n = 134 $\bar{x} = 3,65$ sd = 0,42	n = 80 $\bar{x} = 3,72$ sd = 0,43
	$p = 0,467$		$p = 0,247$	

### Teknisten apuvälineiden käyttö ja hallinta

Suurimmalla osalla vastanneista (70 %) oli käytössä pöytätietokone ja 5 %:lla kannettava tietokone. Puolella (50 %) oli käytössä matkapuhelimen puhelinvastaaja ja tekstiviestipalvelu, 39 %:lla lankapuhelimen puhelinvastaaja ja telefax. He arvioivat valmiutensa käyttää lankaja matkapuhelinta melko hyväksi (keskiarvo 3,9 asteikolla 1–5) ja valmiutensa käyttää tietokoneita ja ATK-laitteistoja ei hyväksi eikä huonoiksi (keskiarvo 2,7 asteikolla 1–5).

Yli puolet (60 %) vastanneista oli viimeisen viikon aikana käyttänyt matkapuhelinta yhteydenottoon asiakkaan muihin hoitoryhmän jäseniin, 47 % yhteydenottoon asiakkaisiin ja 36 % ottaakseen yhteyttä asiakkaan omaisiin/läheisiin. He arvioivat, että matkapuhelimesta oli ollut melko paljon (keskiarvo 4,1 asteikolla 1–5) apua heidän työssään.

Yli puolet (57 %) vastaajista ei ollut viimeisen viikon aikana käyttänyt lainkaan ATK-laitteita. Ulvilalaisista vastaajista (n = 19) ei kukaan ja Porin vertailukuntaan kuuluvista ainoastaan 5 % oli käyttänyt niitä. ATK:ta käyttäneistä 62 % oli käyttänyt sitä asiakastietojen rekisteröintiin ja seurantaan sekä hoidon ja palveluiden suunnitteluun ja kirjaamiseen, 55 % tiedonvälittämiseen ja vastaanottamiseen muille toimipisteille ja 47 % tiedotteiden, raporttien ym. kirjoittamiseen. Porin vertailukuntaan kuuluvat (keskiarvo 4,0 asteikolla 1–5) arvioivat, että heillä oli melko paljon apua tietotekniikasta työssään ja porilaisten mukaan (keskiarvo 2,9) siitä ei ollut hyötyä eikä haittaa ( $p = 0,000$ ). Ulvilalaiset arvioivat tietotekniikan antaman avun paljoksi (keskiarvo 4,1 asteikolla 1–5) ja sen vertailukuntaan kuuluvat melko vähäksi (keskiarvo 2,2,  $p = 0,000$ ). Ulvilassa kolmella työntekijällä 16:sta vastanneesta



(19 %) oli käytössä ATK-järjestelmä, joka mahdollisti asiakaskohtaisen tiedonhaun, sen vertailukuntaan kuuluvista kahdella 36:sta (6 %), Porissa 16 %:lla ja sen vertailukuntaan kuuluvista 54 %:lla ( $p = 0,000$ ). Ulvilassa toimipisteessään samantyyppisen tiedonhaun asiakkaille mahdollistava järjestelmä oli 7 %:lla vastanneista, tämän vertailukuntaan kuuluvista 6 %:lla, Porissa 3 %:lla ja tämän vertailukuntaan kuuluvista 22 %:lla ( $p = 0,002$ ).

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät kokivat ikääntyneiden parissa työskentelyn melko vaativaksi (keskiarvo 3,9 asteikolla 1–5). He kokivat vaikutusmahdollisuutensa omiin työtehtäviinsä (keskiarvo 3,6 asteikolla 1–5) ja työssä kehittymisen mahdollisuutensa melko hyväksi (keskiarvo 3,5 asteikolla 1–5). Ulvilalaiset kokivat työssä kehittymisen mahdollisuutensa paremmiksi kuin sen vertailukuntaan kuuluvat (keskiarvo 3,8 vs. 3,0,  $p = 0,000$ ) ja Porin vertailukuntaan kuuluvat kokivat ne parempina kuin porilaiset (keskiarvo 3,6 vs. 3,4,  $p = 0,03$ ). Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät ilmoittivat saavansa melko hyvin apua ja tukea työhönsä (keskiarvo 3,6 asteikolla 1–5); ulvilalaiset paremmin kuin sen vertailukuntaan kuuluvat (keskiarvo 3,9 vs. 3,4,  $p = 0,001$ ).

## Henkilöstön terveys, työkyky ja tyytyväisyys työhön ja elämään

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden terveydentila oli heidän mukaansa keskimäärin hyvä (keskiarvo 3,7 asteikolla 1–5). He arvioivat työkykynsä keskimäärin pistemäärällä 8,0 asteikolla 0–10 ( $sd = 1,4$ ). He arvioivat nykyisen työkykynsä hyväksi sen fyysisten (keskiarvo 3,8 asteikolla 1–5), henkisten (keskiarvo 3,9) ja sosiaalisten (keskiarvo 4,0) vaatimusten kannalta ja kokivat nykyisen työnsä kuormittavan heitä jonkin verran (keskiarvo 3,5 asteikolla 1–5).

Eniten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstöä vaivaava ongelma olivat kivut ja

säryt tuki- ja liikuntaelimestössä. Ne vaivasivat puolta (50 %) vastanneista melko usein tai lähes aina. Toiseksi useiten vaivannut ongelma oli väsymys työssä ja vapaa-aikana (38 % usein tai lähes aina). Varhaisia heräämisiä oli 34 %:lla, häiriintynyttä unta 25 %:lla ja päänsärkyä 24 %:lla ja melko usein tai lähes aina. 17 %:lla vastanneista oli jokin pysyvä vamma tai pitkäaikainen sairaus, joka häittäsi heidän työkykyään ja alle puolet (39 %) käytti säännöllisesti lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä. 35 % oli viimeisen vuoden aikana kokenut merkittäviä muutoksia työssään tai työyhteisössään ja 27 % yksityiselämässään.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät asennoituivat melko myönteisesti (keskiarvo 3,7 asteikolla 1–5) työssään tapahtuviin muutoksiin ja olivat melko tyytyväisiä (keskiarvo 4,0) tämänhetkiseen työhönsä ja elämäänsä. Iloa, mielihyvää ja tyytyväisyyttä oli tuottanut työn tuloksellisuuden näkeminen ja työssä onnistuminen. Eniten (35 % vastanneista) tyytyväisyyttä oli tuottanut asiakkailta saatu palaute ja toiseksi eniten (31 % vastanneista) asiakkaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja palveluihin. Kuusitoista prosenttia kyselyyn vastanneista oli kokenut palkitsevana luottamuksen ja vuorovaikutuksen hoitosuhteessa ja 15 % vastanneista onnistumisen asiakaskohtaisessa työssä. Myöskin hoidon tavoitteissa onnistuminen (14 % vastanneista) koettiin palkitsevana.

Eniten surua, mielihäpäaa tai tyytymättömyyttä oli tuottanut resurssien riittämättömyys työympäristössä (24 % vastanneista) ja toiseksi eniten työhön liittyvät avuttomuuden ja surun tuntemukset esimerkiksi asiakkaiden tuskien ja hädän sekä kuoleman kohtaaminen (12 % vastanneista). Yksitoista prosenttia ( $n = 31/283$ ) kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijöistä oli kokenut surua, mielihäpäaa tai tyytymättömyyttä aiheuttavana esimiehen puutteelliset johtamistaidot, 9 % vastanneista omien voimavarojen riittämättömyyden työssä ja 8 % asiakkaan osoittaman epäluottamuksen ja asiakkaalta saamansa huonon kohtelun.



## Yhteenveto ja pohdinta

### *Taustamuuttajat*

Asiakkaat olivat 65–98-vuotiaita kotihoidon ja kotisairaanhoidon asiakkaita. Kolme neljännesstä heistä oli naisia, kaksi kolmannesta leskiä ja seitsemän kymmenestä asui yksin. Heistä 66 % oli naisia, kolme neljästä oli naimisissa ja 84 %:lla oli omia lapsia. Vastanneet omaiset olivat 25–94-vuotiaita. Heistä 82 % oli yli 45-vuotiaita. Suurin osa (66 %) vastanneista oli haastateltujen lapsia ja noin puolet heistä kävi kokopäivätyössä. Sekä asiakaskohtaiseen arviointiin vastanneet että työtään koskevaan henkilöstökyselyyn vastanneet kotihoidon työntekijät olivat 22–66-vuotiaita ja lähes kaikki (99 %) olivat naisia. Koe kuntien (Ulvila ja Pori) vastaajista suuremmalla osalla oli yli 20 vuoden työkokemus kuin vertailukuntien, myöskin vastanneiden tehtävänimikkeet vaihtelivat kunnittain. Kuntien välillä ei ollut merkitseviä eroja muiden taustatekijöiden suhteen.

### *Asiakkaiden toimintakyky, koettu elämänlaatu ja omatoimisuus*

Sekä asiakkaiden, omaisten että henkilöstön mukaan asiakkaiden terveydentila oli keskinertainen. Omaisten mukaan koe- ja vertailukuntien välillä oli eroja siten, että porilaiset arvioivat asiakkaiden terveydentilan paremmaksi kuin tämän vertailukuntaan kuuluvat (asiakkaat, omaiset ja henkilöstö). Asiakkaiden toimintakyky sekä heidän itsensä että kotihoidon henkilöstön arvioimana ELSA-mittarilla mitattuna oli huono. Henkilöstön arviot eri kunnissa eivät poikenneet toisistaan, mutta asiakkaiden arvioissa itseään ulvilalaisten ja vertailukuntaan U kuuluvien toimintakyky oli alhaisempi verrattuna Poriin ja sen vertailukuntaan kuuluviin. Asiakkaiden huono toimintakyky lienee syy runsaalle omatoimisuutta tukevien palveluiden tarpeelle. Asiakkaat tarvitsivat toisen henkilön apua useita kertoja viikossa. Kak-

si kolmannesta kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijöiden kotiutuneista asiakkaista tarvitsi ennen kotiutumistaan sekä kotipalvelun, että kotisairaanhoidon palveluita; Porin vertailukuntaan kuuluvat tarvitsivat palveluita vähemmän kuin porilaiset ja Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat vähemmän kuin ulvilalaiset. Asiakkaat eri kunnissa olivat suhteellisen samanikäisiä, joten ikä ei selitä eroa koetussa toimintakyvyssä. Tämän tutkimuksen otokseen kuuluvien asiakkaiden toimintakyky on huono, koska nämä ihmiset tarvitsevat kotihoidon tai kotisairaanhoidon palveluita toimintakykyään tukemaan.

Asiakkaiden NHP- mittarin pistemäärät olivat kaikilla osa-alueilla korkeammat kuin samanikäiselle suomalaiselle väestölle lasketut keskimääräiset referenssiarvot eli asiakkaat kokivat subjektiivisesti enemmän terveysongelmia kuin referenssiväestö. Koe- ja vertailuryhmien välillä ei ollut muuta eroa kuin se, että porilaiset vanhukset ilmoittivat verrokkejaan vähemmän tunteneensa erilaisia kipuja. Porilaiset ja vertailuryhmään P kuuluvat kokivat olevansa enemmän sosiaalisesti eristettyjä kuin ulvilalaiset ja vertailukuntaan U kuuluvat. Koetussa elämänlaadussa ei ollut eroja koe- ja vertailuryhmien kesken mitattuna EQ-5 elämänlaatumittarilla. Suurin osa tutkimusjoukosta koki elämänlaadun keskimääräisen hyvänä. Myöskin koettu elämänlaatu oli jonkin verran alhaisempi verrattuna samanikäiseen suomalaiseseen väestöön. Saadut tulokset toimintakyvyn, koettujen terveysongelmien ja koetun elämänlaadun suhteen olivat hyvin samansuuntaisia. Tämä ei ole yllättävää, vaan kertoo siitä, että ne mittaavat eri näkökulmista vanhusväestön hyvinvointia luotettavasti. Käytetyissä standardoiduissa mittareissa on joitakin päällekkäisiä osa-alueita (esim. toimintakyky). NHP-mittaria onkin käytetty arvioitaessa eri sairauksien vaikutuksia koettuun terveydentilaan (koettuihin terveysongelmiin) sekä hoito-

toimenpiteiden vaikuttavuutta terveydentilan ja elämänlaadun muutoksiin (Koivukangas ym. 1995).

Ulvilalaiset olivat käyttäneet hieman useampia kunnallisen tai yksityisen kotipalvelun kotisairaanhoidon työntekijän tai fysioterapeutin palveluita kuin verrokkinsa, mutta näiden palveluihin käyttämä aika oli pidempi. Palveluihin käytetty aika viimeisen sairaalassaolon jälkeen asiakasta kohden kaikissa ryhmissä vaihteli yhden ja kolmenkymmenen tunnin välillä. Ulvilan ja Porin vertailuryhmiin kuuluvat olivat käyttäneet useampia tukipalveluita kuin ulvilalaiset ja porilaiset: ateriapalvelua, kuljetus- ja saattajapalvelua, kylvetyspalvelua ja siivousapua. Omaisten mukaan noin kahta kolmasosaa asiakkaista kävivät auttamassa pääasiassa kotipalvelun työntekijät, keskimäärin 39 %:a kotisairaanhoidon työntekijät, puolta auttoivat lapset, 14 %:a avio- tai avopuoliso ja kymmenesosa ystävät, naapurit tai tuttavat. Useimmat ulvilalaiset kuin sen vertailukuntaan kuuluvat arvioivat pääasiallisesti auttajakseen kotisairaanhoidon työntekijän tai avio- tai avopuolison. Asiakkaiden mukaan koe- ja vertailuryhmien kesken ei ollut merkitseviä eroja terveyskeskus- ja yksityislääkäripalveluiden käytössä viimeisen sairaalassaolon jälkeen.

Vaikka asiakkaiden toimintakyky oli huono asiakkaat arvioivat sairautensa haittaavan elämäänsä vain jonkin verran ja selviävänsä kotona melko hyvin. Tämä kertoo siitä, että asiakkaat olivat saaneet omatoimisuutta tukevia palveluita ainakin välttämättömmimpiin tarpeisiinsa riittävästi. Haastattelussa lähes kaikki asiakkaat vastasivat pitävänsä päivittäisiin toimintoihinsa ja jokapäiväiseen elämäänsä saatua apua riittävänä. Porin vertailukuntaan kuuluvat pitivät kipuihin ja särkyihin saamaansa apua hieman riittämättömämpänä kuin porilaiset. Ulvilan vertailukuntaan kuuluvat pitivät saamaansa apua sosiaalietuuksien hakemiseen ja ympäristön rajoitteiden korjaamiseen parempana kuin ulvilalaiset. Kotihoidon henkilöstö arvioi asiakkaan saavan apua melko riittävästi. Omaiset arvioivat asiakkaiden saaman avun jonkin verran riittämättömämmäksi kuin asiakkaat ja kotihoidon henkilöstö.

### *Omaisten toimintakyky, osallistuminen läheistensä hoitoon ja tuen saanti*

Omaisten terveydentila oli heidän mukaansa keskinkertainen. Puolella heistä oli jokin tai joitakin lääkärin toteamia pitkäaikaisia sairauksia tai muita vaivoja, joiden he eivät katsooneen haittaavan jokapäiväisiä toimiaan paljoakaan. Kuntien välillä ei ollut eroa mitattaessa koettuja terveysongelmia NHP-mittarilla. Omaisten toimintakyky oli kohtalainen (ELSA-mittari). Omaiset kokivat elämänlaatunsa keskimäärin suhteellisen hyvänä (EQ-5 elämänlaatumittari). Kuntien välillä ei ollut merkitseviä eroja myöskään koetun elämänlaadun suhteen.

Kotihoidon henkilöstön mukaan 86 % omaisista osallistui läheistensä hoitoon. Asiakkaiden mukaan heistä useimpia heistä auttoivat lapset, muut sukulaiset, ystävät ja naapurit sekä puoliso. Omaiset olivat hoitaneet asiakasta keskimäärin yhdeksän tuntia seitsemäntoista minuuttia kyselyä edeltäneen viikon aikana; ulvilalaiset omaiset auttoivat merkitsevästi enemmän kuin vertailukuntaan U kuuluvat. Tämä näkyi palveluiden käytössä siten, että Ulvilassa oli vertailukuntaansa vähemmän käytetty erilaisia tukipalveluita. Omaiset ja asiakkaat ilmoittivat omaisten osallistuvan asiakkaan hoitoon keskimäärin kaksi tuntia päivässä eli likimain yhtä paljon kuin kotihoidon työntekijät. Vain kahdella prosentilla asiakkaista joku heidän omaisistaan toimi omaishoitajana.

Omaiset kokivat läheisensä hoitamisen aiheuttavan vaikeuksia elämäänsä ja hoitamisen taakkana melko harvoin, mutta kokivat joskus saavansa puutteellisesti sosiaalista tukea hoitotyöhönsä. Kunnat eivät eronneet toisistaan näiden asioiden suhteen.

### *Palveluiden asiakaslähtöisyys ja saumattomuus*

Noin puolella kotihoidon/kotisairaanhoidon asiakkaista oli nimetty omahoitaja, palveluohjaaja tai muu vastuuhenkilö. Lähes kaikilla asiakkailla oli vastuulääkäri. Lähes kaikilla oli kirjallinen palvelusuunnitelma. Kotihoidon

suunnittelu Ulvilassa verrattuna tämän vertailukuntaan oli järjestetty paremmin asiakaslähtöisyyden ja saumattomuuden periaatteita noudattaen. Toisessa koekunnassa Porissa tilanne oli päinvastainen kuin vertailukunnassa. Toivottu kotihoidon toimintakäytäntö oli kotihoidon/kotisairaanhoidon työntekijöiden mukaan toteutunut paremmin Ulvilassa kuin sen vertailukunnassa ja Porin vertailukunnassa paremmin kuin Porissa. Toivottua kotihoidon toimintakäytäntöä kuvasivat kotihoidon yhteydenotto asiakkaaseen sairaalan osastolle, asiakkaan omaisiin/läheisiin, kotiuttavalle osastolle ja kotihoidon henkilöstön osallistuminen asiakasta koskevaan hoito-, kotiutus-, kuntoutus- tms. kokoukseen sairaalan osastolla.

Suurin osa (59 %) kotiutumisista tapahtui siten, että asiakkaalle kerrottiin asiasta, mutta vuodeosastojen henkilökunta päätti hänen puolestaan. Tämä voi johtua paitsi asiakkaiden iäkydestä mutta myös sairaaloiden toimintakulttuurista. Vähän yli kolmannes kaikista kyselyyn vastanneista oli saanut tiedon kotiutuksestaan 2–3 päivää ennen kotiin siirtymistään. Noin neljännes asiakkaista sai tiedon kotiutuksestaan vasta samana päivänä. Suurin osa asiakkaista (87 %) oli kuitenkin tyytyväisiä tiedonsaannin ajoitukseen, oli kokenut kotiin palaamisen turvallisena tai melko turvallisena (88 %) ja heidän ensimmäinen vuorokautensa kotona oli sujunut hyvin tai melko hyvin (85 %). Kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijöiden mukaan asiakkaiden kotiutuminen oli sujunut kohtalaisesti. Suurimpia ongelmien aiheuttajia kotiutuksessa kotihoidon ja kotisairaanhoidon henkilöstön mukaan olivat olleet liian varhainen kotiutus, henkilöstön välisen tiedottamisen ja yhteistyön puutteet, asiakkaan pelko kotona olemista kohtaan ja asiakkaan kotiympäristön puutteellisuudet ja/tai apuvälineiden puute. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstöstä 73 % oli saanut tiedon asiakkaan kotiutumisesta ennen kotiutumista, 20 % kotiutumispäivänä ja 7 % kotiutumisen jälkeen. Kolme neljäsosaa vastanneista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet tiedon asiakkaan kotiutumisesta ajoissa.

Lähes puolet (43 %) asiakkaista teki päätöksen hoidostaan ja palveluistaan yhdessä ko-

tihoidon työntekijöiden kanssa. Porilaisista suurempi osa (62 %) kuin tämän vertailuryhmään kuuluvista (54 %) päätti hoidostaan ja saamistaan palveluista itse tai yhdessä omaisen tai kotipalvelun työntekijöiden kanssa ja pienempi osa ulvilalaisista (47 %) kuin vertailuryhmään U kuuluvista (67 %). Lähes kaikki omaiset (90 %) pitivät läsnäoloaan tärkeänä päätettäessä läheisensä kotiutumisesta, kotihoidosta ja palveluista, mutta vain 57 % oli ollut mukana päätettäessä mitä kotihoidon palveluita, 47 % päätettäessä mitä kotisairaanhoidon, 45 % päätettäessä omaisen tukipalveluista ja ainoastaan 17 % oli ollut mukana päätettäessä läheisen kuntoutuspalveluista. Asiakkaista puolet piti omaisen läsnäoloa kotiutumisesta päätettäessä tärkeänä ja 60 % päätettäessä kotihoidosta ja palveluista. Alle puolet omaisista (44 %) oli osallistunut läheisensä kotihoidon valmisteluun sairaalassa. Suurin osa (61 %) oli keskustellut hoitajan kanssa, vähän yli viidennes (23 %) oli ollut mukana tekemässä kirjallista hoito- tai palvelusuunnitelmaa ja joka neljänteen (25 %) omaiseen oli kotisairaanhoidon tai kotipalvelun työntekijä ottanut yhteyttä ennen läheisen kotiutumista.

Kotihoidon henkilöstö arvioi saaneensa melko riittävästi tietoa kotiutuneen asiakkaan toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä ja asiakkaan elinympäristöön ja talouteen liittyvistä asioista. He kokivat saaneensa melko riittämättömästi tietoa asiakkaan hoidosta sairaalassa, mutta keskimäärin melko riittävästi tietoa asiakkaan hoidosta ja palveluista kotona Ulvilalaiset olivat saaneet sitä enemmän kuin tämän vertailukuntaan kuuluvat.

Omaiset olivat saaneet melko riittävästi tietoa läheisensä terveydenhoitoon ja eri palveluvaihtoehtoihin liittyvistä asioista, mutta hieman vähemmän riittävästi maksuihin liittyvistä asioista. He kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa heihin itseensä kohdistuvista palveluista kuten sosiaaliavustuksista ja tukimuodoista, läheis- ja oma-apuryhmistä ja virkistysmahdollisuuksista. Tukea omaan jaksamiseen koettiin saadun riittämättömästi sekä sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisilta sekä myöskin läheisiltä. Henkilöstön arvion mukaan tiedon kulku palvelusuunnitelman välityksellä oli

kohtalaista. Se sujui paremmin Ulvilassa kuin sen vertailukunnassa. Tiedon kulkua ei arvioitu kovin hyväksi.

Hyvä hoito oli sekä asiakkaiden että omaisten mukaan toteutunut keskimäärin hyvin. Se oli toteutunut asiakkaiden mukaan hieman paremmin Ulvilassa kuin tämän vertailukunnassa. Iäkkäät kokivat keskimäärin riittävästi

tietoa hoidostaan ja palveluistaan. Useimmat asiakkaat ja omaiset olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon sairaalassa sekä kotihoitoon ja sen henkilöstöön. Noin puolet asiakkaista ja omaisista oli sitä mieltä, että kaikki tai lähes kaikki heidän hoitoon ja palveluihin liittyvistä toiveistaan olivat toteutuneet.

## Satunnaistamisen onnistuminen

Tulokset osoittavat vastinparien valinnan onnistuneen useimpien muuttujien osalta kohtalaisen hyvin. Kunnat eivät eronneet merkittävästi toisistaan taustamuuttujien suhteen. Koe- ja vertailukuntaparit osoittautuivat keskenään jonkin verran erilaisiksi. Hyvä hoito, sen järjestäminen asiakaslähtöisyyden ja saumattomuuden periaatteiden mukaan oli toteutunut perusmittaustilanteessa hieman paremmin Ulvilassa kuin sen vertailukunnassa. Tilanne oli päinvastainen Porissa ja sen vertailukunnassa. Hyvä hoito, asiakaslähtöisyys ja saumattomuus

olivat toteutuneet hieman paremmin Porin vertailukunnassa kuin Porissa. Tämän vuoksi kuntapareja käsiteltiin tulostuksessa erikseen. Haittana tässä oli, että tutkimushenkilöiden määrä ryhmissä jäi pieneksi, mikä rajoittaa jonkin verran käytettäviä tilastollisia menetelmiä ja vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Toisaalta intervention aiheuttaman muutoksen tarkastelu lähtötilanteessa kahdessa erilaisessa kunnassa antaa seurantamittauksissa työhön oman mielenkiintoisen näkökulmansa.

## LÄHTEET

- Ala-Nikkola, M., Valokivi, H. (1997): Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Laaturaportti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. Stakes. Raportteja 215. Helsinki.
- American Nurses Association (1988): Case Management, Kansas City, MO:ANA.
- Grönroos, K. (1987): Hyvään palveluun. Palvelun kehittämisen julkishallinnossa. Valtion hallinnon kehittämiskeskus, Suomen kaupunkiliitto. Helsinki.
- Häkkinen, H. (2000): Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoimisessa. Meta-analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsittelevistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta käsittelevään suomalaisen keskusteluun. Pro gradu -tutkielma, Terveyshallintotiede. Kuopion yliopisto, Terveyshallinnon ja -talouden laitos.
- Koivisto, J., Loula, P. (2002): Satakunnan Makropilotti ja työn sosiotekinen muutos. Porin korkeakouluyksikkö. Julkaisusarja A. Nro A38/2002.
- Laitinen, P., Taskinen, H., Hyvärinen, S., Jalava, E.-L., Sinkkonen, S. (1995): Koti- ja laitoshoidon työntekijöiden välinen tiedonkulkua ja kotihoidon organisointi Kuopiossa 1994. Teoksessa: Sinkkonen, S. (toim.) Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopio.
- Levola, P. (2001): Satakunnan Makropilotti Ry, Pilotointi Porissa. Loppuraportti.
- Lex Makropilotti 22.9.2000 (811/2000).
- Liikanen, H., Virtanen, K. (2002): Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saumattomia palveluketjuja kehittämässä. Teoksessa: Ohtonen, J. (toim.) Ohtonen J. Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi. FinOHTAn raportteja 21/2002.
- Mikola, T., Levola, T. (2001): Satakunnan makropilotti. Pilotointiprojektin loppuraportti. Yhteenveto osaprojektin tuloksista.
- Noro, A., Aro, S., Jylhä, M., Pohjolainen, P., Ruth, J.-E. (1992): Vanhuksen sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 71. Helsinki.
- Nylander, O., Nenonen, M., Suominen, T., Rintanen, H., Lehtonen, J., Rintanen, R. (2002): Makropilottikuntien tunnusluvut 1995–2000. Makropilotti ja sosiaali- ja terveydenhuollon informaatiojärjestelmä osa III. Stakes. Tilastoraportteja 2/2002. Helsinki.
- Perälä, M.-L. (2001): Palveluja yhteensovittava kotiutumista ja kotihoitokäytäntö: PALKO-tutkimuksen kehittämissuunnitelma (2001–2004).
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Seppänen-Järvelä, R., Teperi, J., Hammar, T., Noro, A., Pöyry, P. (2000): An experimental study on the effects of a care-management hospital discharge pattern.
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Teperi, J., Hammar, T., Noro, A., Pöyry, P. (2001): Satakunnan makropilotti arviointi: Tuloksellisuus. Asiakkaan ohjausmallin arviointi hyödyntämällä palveluja integroiva kotiutumiskäytäntö (PALKO) tutkimuksen asetelmaa.
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Teperi, J., Hammar, T., Pöyry, P., Salo, A., Noro, A. (2002): Makropilotti asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuuden arviointi. Teoksessa: Ohtonen, J. (toim.) Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi. FinOHTAn raportteja 21/2002.
- Perälä, M.-L., Räikkönen, O. (2002): Monen tapauksen arviointitutkimus erikoissairaanhoidon osastojen omaehtoisesta kehittämistyöstä. (käsikirjoitus).
- Piirainen, K., Lindh, J. (1996): Palvelurakenteen muutoksesta case managementiin. Dialogi 2, 32–34.
- Ohtonen, J. (2002a): Arvioinnin kohde ja tulosten raportointi. Teoksessa: Ohtonen, J. (toim.) Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi. FinOHTAn raportteja 21/2002.
- Ohtonen, J. (2002b): Taustaa Satakunnan Makropilotti -hankkeelle. Teoksessa: Ohtonen, J. (toim.) Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi. FinOHTAn raportteja 21/2002.
- Ruotsalainen, P. (2000): Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa:
- Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P., Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketju. Helsinki.
- Satakunnan Makropilotti (1998): Hankesuunnitelma 17.12.1998. Versio 1.1. Satakunnan Makropilotti ry.
- Satakunnan Makropilotti (2000a): Perusjärjestelmäintegraatio ja aluetietojärjestelmä. Toiminnallinen kuvaus ja toiminnalliset vaatimukset. Timo Itälä 3.11.2000. Satakunnan Makropilotti ry.
- Satakunnan Makropilotti (2000b): Toiminnan ja resurssien ohjausmalli. Asiakkaan ohjausmalli. Palveluketju-suunnitelma. Paula Asikainen ja Päivi Schönroos. Satakunnan Makropilotti ry.
- Satakunnan Makropilotti (2001): Toiminnan ja resurssien ohjausmalli. Asiakkaan ohjausmalli. Paula Asikainen ja Päivi Schönroos. 31.8.2001. Satakunnan Makropilotti ry.
- Sinervo, T. (1995): Työtapojen muutos vanhuspalveluissa. Työn piirteiden, työn vaatimusten ja työntekijöiden hyvinvoinnin arviointi kyselymenetelmällä – osaraportti 1. Stakes. Aiheita 26/1995. Helsinki.
- Sinervo, T. (1997): Työtapojen muutos vanhuspalveluissa. Loppuraportti. Stakes. Aiheita 1/1997. Helsinki.
- STM (1996): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1995:27.
- STM (1998a): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa I – Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:8, Helsinki.
- STM (1998b): Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa II – Tietosuojat ja tietoturva. Sosiaali- ja terveydenhuollon työryhmämuistioita 1998:9, Helsinki.
- Vaarama, M., Hurskainen, R. (1993): Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Toimintaohjelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. Stakes. Raportteja 92. Jyväskylä.
- Vuori, H. (1993): Terveydenhuollon laadunvarmistus. SHKS. 1993:58–62. Helsinki.

## Käsitteet ja niiden operationalisointi

Lex Makropilotti 811/2000 3 §:

- 1) *asiakkaalla* potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) tarkoitettua potilasta, sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) tarkoitettua asiakasta sekä muun sosiaaliturvan hakijaa tai saajaa;
- 2) *saumattomalla palveluketjulla* toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä ja toteuttaja;
- 3) *sosiaaliturvakortilla* sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa järjestettäessä ja toteutettaessa käytettävää asiakaskorttia, johon sisältyy sähköisessä asiointissa ja muissa sähköisissä sovelluksissa tarvittava tekninen osa;
- 4) *sosiaali- ja terveydenhuollon omaneuvoilla* henkilöä, jonka asiakas on valinnut sosiaali- tai terveydenhuollon palvelujensa ja etuuksiensa toteuttamiseen osallistuvista sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijöistä avustamaan, edistämään ja seuraamaan palvelujen saumattomaa toteutumista;
- 5) *viitetiedolla* tietoa siitä, että mainitussa sosiaali- tai terveydenhuollon toiminnallisen yksikön sähköisessä asiakasrekisterissä tai osarekisterissä on tietynä ajankohtana tallennettua rekisterinpitäjän toiminnassa syntyneitä kyseessä olevaa asiakasta koskevia henkilötietoja;
- 6) *viitetietokannalla* 5 kohdassa tarkoitettujen viitetietojen ja niiden luovuttamista koskevien suostumusten muodostamaa sosiaali- tai terveydenhuollon asiakasrekisterin osarekisteriä, johon tallennetaan myös lokitiedot;
- 7) *palveluketjusuunnitelmalla* asiakkaan yhden tai useamman saumattoman palveluketjun toteuttamiseksi ja seuraamiseksi laadittua yksilöllistä suunnitelmaa;
- 8) *palveluketjutunnuksella* merkintää, joka osoittaa, mihin saumattomaan palveluketjuun kyseinen palvelutapahtuma liittyy; sekä
- 9) *suostumuksella* henkilölle annettuun riittävään tietoon perustuvaa, vapaaehtoista, yksilöityä, tietoista ja todennettavissa olevaa tahdonilmaisua, jolla henkilö hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn.

*Elämänlaatu:* koettu elämänlaatu, koetut terveysongelmat, terveydentila, mieliala.

*Kotona selviytyminen:* toiminnallinen status, päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, avun tarve ja turvallisuus.

*Koettu hoidon kuormittavuus:* koettu selviytyminen, saadun sosiaalisen, toiminnallisen ja materiaalsen tuen riittävyys.

*Uuden teknologian vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluhenkilöstöön:* henkilöstön rakenne ja määrä, tiedot ja taidot, työkuultuuri ja filosofia, työtyytyväisyys ja -taakka.

*Uuden teknologian vaikutukset yhteistyö- ja toimintatapoihin:* tiedon kulku, hoitopolku ja yhteistyö.



*Palvelujen laatu:* hoidon inhimillisuus, saatavuus, luotettavuus, riittävyys ja avun saannin nopeus, tietämys, saatu tuki, yhteistyön laatu, tyytyväisyys, autonomia ja asiakaslähtöisyys.

*Palveluiden käyttö:* avo- ja sairaalahoidon hoitotyöntekijöiden ja lääkäripalveluiden käyttö, sosiaalialan ammattilaisten palveluiden käyttö, tuki- ja turvapalveluiden käyttö.

*Kustannukset:* terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttö, lääkekustannukset, matkakulut, kulut, jotka johtuvat kodin muutostöistä, hoitoon käytetty aika.

*Kustannusvaikuttavuus:* Kustannusvaikuttavuudella tarkoitetaan koeryhmän ja kontrolliryhmän kustannusten muutoksen eroa jaettuna koeryhmän ja kontrolliryhmän vaikuttavuuden muutoksen erotuksella.

$$R = \frac{\Delta C_i - \Delta C_k}{\Delta E_i - \Delta E_k}$$