

Päivi Voutilainen (toim.)

## Laatua laatusuosituksella?

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan  
laatusuosituksen seuranta ja arviointi



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus  
postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki  
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)  
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Päivi Voutilainen (toim.)

# Laatua laatusuosituksella?

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan  
laatusuosituksen seuranta ja arviointi



Sosiaali- ja terveysalan  
tutkimus- ja kehittämiskeskus

Helsinki 2007

© Kirjoittaja ja Stakes

Taitto Raili Silius  
Kuviot Seija Puro

ISBN 978-951-33-1920-5 (nid.)  
ISSN 1236-0740 (nid.)  
ISBN 978-951-33-1921-2 (PDF)  
ISSN 1795-8210 (PDF)

Stakes, Helsinki 2007

Valopaino Oy  
Helsinki 2007

## Tiivistelmä

Selvityksen tavoitteena oli kuvata ja arvioida Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen valmisteluprosessia, sen keskeisten sisältöalueiden kehitystä vuodesta 2000, ennen suosituksen julkaisemista, vuoteen 2005<sup>1</sup>/2006, suosituksen aikaansaamia tuloksia ja muutoksia sekä laatusuositusta informaatio-ohjauksen välineenä. Arviointi käsitti sekä kontekstuaalisen että tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin.

Valmisteluprosessi kuvattiin valmistelua käsittelevästä dokumentaatioaineistosta: suunnitelmista, kokous- ja kuulemistilaisuuksien muistioista jne. sisällön erittelyä käyttäen ja arvioitiin toimeenpanoa edistävien periaatteiden toteutumisen kautta. Kuntien vanhuspoliittisten strategioiden (n = 89) sisältöä analysoitiin suosituksen sisältöalueiden – palvelurakenteen määrälliset tavoitteet, palvelujen toiminnalliset ja eettiset tavoitteet, riittävien voimavarojen turvaaminen, johtaminen, seuranta ja arviointi sekä kuntalaisille tiedottaminen – mukaisesti. Kotona asumisen tukea ja avopalveluiden ensisijaisuutta koskevan tavoitteen saavuttamista arvioitiin kansallisten tilastoaineistojen analyysin pohjalta. Henkilöstön määrän, rakenteen ja työhyvinvoinnin kehitystä arvioitiin valtakunnallisten tilasto- ja tutkimusaineistojen valossa. Erilliset aineistot koottiin ikääntyneiden palveluita johtavilta henkilöiltä (n = 75) focus group -haastatteluin ja web-kyselyn avulla. Näiden aineistojen pohjalta arvioitiin laatusuosituksen käyttöä toiminnan suunnittelun, koulutuksen seurannan ja arvioinnin välineenä, suosituksen aikaansaamia muutoksia sekä suositusta informaatio-ohjauksen välineenä.

Keskeinen laatusuosituksen toimeenpanoa edistävä tekijä näyttäisi olemassa olevan tiedon perusteella olevan valmisteluprosessi, joka on läpinäkyvä, avoin kaikkien keskeisten toimijoiden edustajille ja näin antaa mahdollisuuden osallistua valmisteluun. Lisäksi jo tavoitteita asetettaessa tulisi pohtia toimeenpanoa, vahvistaa suosituksen viestiä koulutuksella ja kytkeä arviointitiedon tuottaminen osaksi suosituksen seuranta ja arviointia.

Vanhuspoliittisten strategioiden sisällön analyysi osoitti, että strategioissa oli monipuolisesti esillä suosituksen keskeisten osa-alueiden sisältöjä. Toiminnan eettisiä ja toiminnallisia tavoitteita oli esillä runsaasti. Eri palveluille oli asetettu myös määrällisiä tavoitteita, joskin sanallisesti ilmaistuja tavoitteita vähemmän. Henkilöstön määrällisiä mitoitustavoitteita oli esitetty eniten laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen osalta ja vähiten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon osalta. Johtaminen osa-alueen sisältöjä, kuten henkilöstön osaamisen ja työhyvinvoinnin ylläpitämistä ja edistämistä, oli strategioissa käsitelty monipuolisesti. Strategian seurannan ja arvioinnin osalta tavoitteet olivat jossakin määrin selkiintymättömiä ja kolmasosassa strategioista ei eksplisiittisesti ilmaistu lainkaan, miten seuranta ja arviointi toteutetaan.

<sup>1</sup>Tilastotiedon osalta viimeisin mahdollinen tarkasteluvuosi on 2005.

Ikäihmisten kotona asumisen ja avopalveluiden kehityksen osalta voitiin todeta, että säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät lisääntyivät, mutta kattavuus (75 vuotta täyttäneisiin suhteutettuna) pieneni vuosina 2000–2005. Pitkään laskussa olleet säännöllisen kotihoidon ja kodinhoitoavun kattavuudet kääntyivät kuitenkin nousuun, edellinen vuonna 2003 ja jälkimmäinen vuonna 2004. Kehityskulku on jatkuessaan tärkeä kotona asumista ja avopalveluiden ensisijaisuutta painottavan suosituksen tavoitteen kannalta. Omaishoidon tuen asiakasmäärät nousivat tasaisesti koko 2000-luvun. Kaikissa ikääntyneiden palveluissa alueelliset erot olivat melko suuria.

Henkilöstön määrän ja rakenteen kehityksen osalta voidaan todeta, että kuntien ja kuntayhtymien kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa toimivan henkilöstön yhteenlaskettu määrä kasvoi kahdeksan prosenttia vuodesta 2000. Suhteessa 75 vuotta täyttäneiden säännöllisen avun tarvetta kuvaavaan tietoon henkilöstön määrä on kuitenkin varsin niukka. Eri tilasto- ja tutkimuslähteitä yhdistäen voidaan myös todeta, että henkilöstön määrä kasvoi palvelutaloissa ja henkilöstömitoitukset nousivat tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja vanhainkotihoidossa vuoden 2001 jälkeen. Terveyskeskusten vuodeosastolla toimivan hoitohenkilöstön määrä pysyi samantasoisena. Henkilöstön rakenne muuttui niin kotihoidossa, palveluasumisessa kuin laitoshoidossakin niin, että perus-/lähihoitajien ja sairaanhoitajien osuudet kasvoivat. Myönteisestä kehityskulusta huolimatta kehitettävää on edelleen, erityisesti, kun henkilöstön työhyvinvoinnin kehitys on ollut kielteistä.

Tietyistä esille nostetuista kehittämistarpeista huolimatta kuntien ikääntyneiden palveluita johtavat henkilöt pitivät laatusuositusta tärkeänä ohjausvälineenä. Suositusta oli hyödynnetty monipuolisesti erityisesti suunnittelussa ja sen merkitystä perusteluasiakirjana korostettiin. Strategioissa ja palvelurakenteen kehittämissuunnitelmissa asetettujen tavoitteiden saavuttamisen arviointi ja kuntalaisille tiedottaminen olivat haastateltavien ja web-kyselyyn vastanneiden yhteensä 75 eri kunnan edustajien mukaan kehittämistä vaativia kokonaisuuksia. Laatusuosituksen sisällön päivittämiseksi ja kehittämiseksi esitettiin konkreettisia ehdotuksia.

Toimintaympäristö on ollut voimakkaassa muutoksessa koko laatusuosituksen olemassa olon ajan. Laatusuosituksen viestiä on vahvistettu niin informaatio- kuin resurssiohjauksenkin keinoin. Näyttää kuitenkin siltä, että ikääntyneiden palveluiden laadun kehittämisessä juuri näihin palveluihin kohdistuvalla laatusuosituksella on tärkeä paikkansa. Tämän selvityksen tulokset ja aiempi tutkimustieto antavat viitteitä siitä, että suositus ei kuitenkaan yksinään olisi riittävä keino turvata palvelujen laatu, vaan suosituksen rinnalle tarvitaan myös muita ohjausvälineitä. Myös informaatio-ohjauksen järjestelmällinen kehittäminen on tärkeää.

# Sisällys

<b>OSA I: SELVITYKSEN TAUSTA, TAVOITTEET JA TOTEUTUS</b> .....	7
1 Johdanto .....	7
<i>Päivi Voutilainen</i>	
1.1 Selvityksen tausta .....	7
1.2 Arvioinnin käsite ja lähestymistavat .....	9
1.3 Selvityksen tavoitteet ja toteutus .....	10
<b>OSA II: ARVIOINTI</b> .....	12
2 Kontekstuaalinen arviointi .....	12
<i>Päivi Voutilainen</i>	
2.1 Muuttuva toimintaympäristö .....	12
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun informaatio-ohjaus .....	14
3 Laatusuosituksen laadintaprosessin arviointi .....	16
<i>Päivi Voutilainen</i>	
4 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi .....	18
4.1 Vanhuspoliittiset strategiat kunnissa .....	18
<i>Päivi Voutilainen &amp; Eija Kaskiharju</i>	
4.1.1 Vanhuspoliittisten strategioiden sisältöä koskevan selvityksen tavoitteet ja toteutus ..	20
4.1.2 Vanhuspoliittisten strategioiden sisältö .....	23
Strategioissa esitetyt palvelujen eettiset ja toiminnalliset tavoitteet .....	23
Palvelujen määrälliset tavoitteet .....	24
Riittävien voimavarojen turvaaminen .....	25
Johtaminen .....	26
Tavoitteiden seuranta ja arviointi .....	27
Tiedottaminen .....	27
4.1.3 Vanhuspoliittisia strategioita koskevan selvityksen tulosten arviointi .....	28
4.2 Ikäihmisten kotona asuminen ja avopalveluiden ensisijaisuus .....	29
<i>Reija Heinola, Sari Kauppinen, Eija Kattainen &amp; Harriet Finne-Soveri</i>	
4.2.1 Selvityksen tavoitteet ja toteutus .....	29
4.2.2 Kotona asumisen tukemista ja avopalveluiden ensisijaisuutta koskevien tavoitteiden	
toteutuminen .....	30
Kotona asuvien ikääntyneiden määrä .....	30
Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja kotiin annettavat palvelut osana palvelu-	
rakennetta .....	30
Kotiin annettavien palvelujen määrällinen kehitys .....	31
Kotiin annettavien palvelujen kohdentuminen .....	31

4.2.3	Kotona asumista ja avopalveluiden ensisijaisuutta koskevan selvityksen tulosten arviointi .....	35
4.3	Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys .....	36
	<i>Päivi Voutilainen, Sari Kauppinen, Timo Sinervo, Harriet Finne-Soveri, Marjukka Laine &amp; Reijo Ailasmaa</i>	
4.3.1	Henkilöstön määrän ja rakenteen kehitystä koskevan selvityksen tavoitteet ja toteutus.....	36
	Henkilöstömitoitus käsitteenä .....	37
	Henkilöstön määrän ja rakenteen yhteydet palvelujen laatuun .....	38
	Ikääntyneiden toimintakyky ja sairastavuus palveluiden henkilöstövoimavaroihin vaikuttavina tekijöinä .....	38
4.3.2	Henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys eri palveluissa .....	39
	Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön kehitys .....	40
	Ikääntyneiden palveluasumisen ja laitoshoidon henkilöstön kehitys .....	42
	Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön työhyvinvointi.....	43
4.3.3	Henkilöstön määrän, rakenteen ja työhyvinvoinnin kehityksen arviointi .....	49
4.4	Ikääntyneiden palveluita johtavien henkilöiden arviot laatusuosituksen avulla aikaansaaduista muutoksista ja suosituksesta informaatio-ohjauksen välineenä.....	54
	<i>Päivi Voutilainen &amp; Eija Kaskiharju</i>	
4.4.1	Selvityksen tavoitteet ja toteutus.....	54
4.4.2	Laatusuositus työvälineenä ja muutoksen tekijänä.....	56
	Laatusuosituksen tarkoituksenmukaisuus työvälineenä.....	56
	Laatusuositus suunnittelun, seurannan ja arvioinnin välineenä.....	56
	Laatusuosituksen avulla aikaansaadut muutokset.....	57
4.4.3	Laatusuositus informaatio-ohjauksen välineenä.....	58
4.4.4	Arviointi ikääntyneiden palveluiden johtajille tehdyn haastattelun ja kyselyn tuloksista .....	59
5	Summa summarum .....	61
	Kirjallisuus .....	64
	Liite 1. Kunnat, joiden vanhuspoliittiset strategiat olivat mukana analyysissa .....	68
	Liite 2. Vuonna 2001 kehitetty malli kotihoidon henkilöstömäärän arviointiin .....	70
	Liite 3. Ryhmähaastatteluihin ja web-kyselyyn osallistuneiden kuntien edustajat .....	71

# OSA I

## Selvityksen tausta, tavoitteet ja toteutus

### 1 Johdanto

*Päivi Voutilainen*

#### 1.1 Selvityksen tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003 oli ensimmäinen uudentyyppinen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitteluasiakirja, jonka tarkoituksena oli täsmentää hallitusohjelmassa asetettuja sosiaali- ja terveystavoitteita konkreettisten toimenpidesuosituksen avulla. Ohjelman eräänä ydinajatuksena oli kuntien toiminnan aiempaa tehokkaampi ohjaaminen yhteistyötä painottavalla otteella ja sen keskeisiä työvälineitä olivat laatusuositukset. Ohjelmakauden aikana valmisteltiin yhteensä viisi eri laatusuositusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a.) Osana tavoite- ja toimintaohjelmaa valmisteltiin myös Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus, jonka valmistelua vauhditti vilkas kansalais- ja mediakeskustelu. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat suosituksen 11.5.2001 (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001).

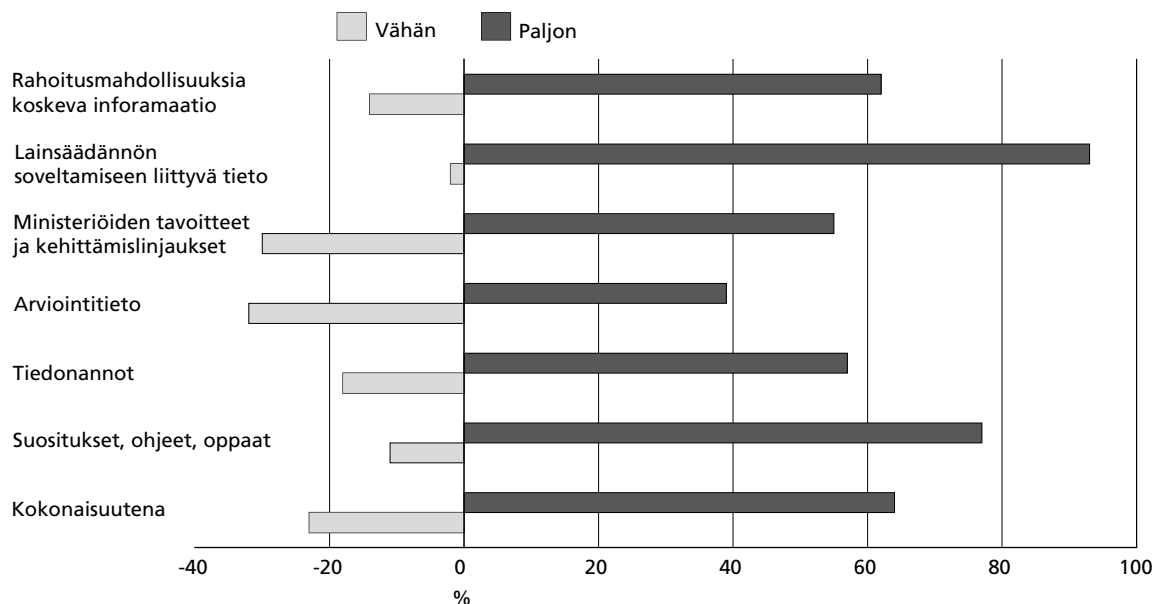
Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus korostaa kunnan kaikkien hallintokuntien yhteistä vastuuta ikääntyneiden kuntalaisten asumisen ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa. Siinä suositellaan kunnille oman vanhuspoliittisen strategian laadintaa laajassa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Sosiaali- ja terveysviranomaisille osoitetaan erityinen vastuu korkealaatuisen ja oikea-aikaisen akuutti- ja pitkäaikaisen hoidon ja palvelujen järjestämisestä ikääntyneille kuntalaisille. Tarkoitusta varten tulisi kunnissa laatia konkreettinen palvelurakenteen kehittämisohjelma osana vanhuspoliittista strategiaa. Palvelutoiminnan osalta suositus korostaa asiakaslähtöisyyttä ja palvelujen tuottajien osaamista sekä asiakkaiden, omaisten ja yleensä kuntalaisten osallistumista tulevaisuuden palvelujen suunnitteluun. Kunnille suositellaan entistä aktiivisempaa asetettujen tavoitteiden toteutumisen seuranta- ja tiedottamista ja vuoropuhelua kuntalaisten kanssa.

Suositus on tarkoitettu kuntien päättäjille ja johdolle, jotka ovat vastuussa toiminnallisista linjauksista, sekä voimavarojen osoittamisesta toimintaan. Suositus auttaa kuntien tarkastuslautakuntia arvioimaan kunnan toimien asianmukaisuutta, tavoitteiden toteutumista ja budjettivarojen käyttöä. Kuntalaisille suositus antaa suuntaviivat, joiden perusteella he voivat arvioida oman kuntansa palvelutasoa ja toimintatapoja sekä tehdä kehittämis ehdotuksia. Suosituksia voidaan käyttää hyväksi kuntasuunnitelman ja talousarvion laatimisessa, jossa tavoitteet konkretisoidaan työntekijämääräksi, investoinneiksi jne.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seurannan tueksi tehtiin IKI-indikaattoristo ja suosituksen toimeenpanon tueksi tukimateriaaleja (Vaarama ym. 2001, Voutilainen ym. 2002). Lisäksi järjestettiin hyvin suuri määrä erilaisia koulutus- ja tiedotustilaisuuksia. Tilaisuuksien järjestäjinä olivat järjestöt, erilaiset oppilaitokset ja lääninhallitukset, jotka myös



Kuvio 1. Informaatio-ohjauksen eri muotojen hyödyntäminen kunnissa (%) kuntavastaajien (n = 160) mukaan. (mukaellen Valtiovarainministeriö 2006, s. 101).



käynnistivät projekteja jalkautumisen tueksi (Lapin lääninhallitus 2002, Hynninen-Joensivu 2003, Kuusisto & Flemming 2003, Lehtonen & Voutilainen 2004).

Koska laatusuositukset ovat informaatio-ohjauksen uusia välineitä, on niiden aikaan saamien vaikutusten seuranta nostettu esiin (Hansson 2002). Suositusten on kuvattu osoittautuneen tarkoituksenmukaisiksi ja tehokkaiksi ohjaus- ja seurantavälineiksi (Hansson 2002), joskin on myös todettu, että niiden implementointi monien toimijoiden verkostoon on vaikutuksiltaan epävarmaa (Valtiontilintarkastajien kertomus 2002) ja että erityistä huomiota tulisi kiinnittää juuri toimeenpanoa tukevien hankkeiden käynnistämiseen ja tukemiseen kunnissa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2002). Vuonna 2006 ilmestyi raportti informaatio-ohjauksen toimivuudesta ja vaikuttavuudesta yleensä (Valtiovarainministeriö 2006). Raportissa todetaan, että informaatio-ohjauksen vaikuttavuudesta kokonaisuutena ei ole selkeää käsitystä, ja että laatusuositukset ovat vielä niin tuoreita informaatio-ohjauksen välineitä, ettei niiden merkitystä voida lopullisesti arvioida. Suosituksia kuitenkin hyödynnetään kunnissa informaatio-ohjauksen välineistä toiseksi eniten (kuvio 1.)

Informaatio-ohjauksen kehittämiseksi Valtiovarainministeriön raportissa esitettiin vuoro-vaikutteisuuden lisäämistä, esimerkiksi säännöllisesti järjestettäviä, alueellisia tapahtumia, joissa käydään läpi alan uusinta tietoa kuntien kehittämistoiminnan tueksi. Vaikuttavuuden ja tuottavuuden näkökulmia esitettiin myös osaksi informaatio-ohjausta; kiinteäksi osaksi ne pääsevät, jos ne otetaan huomioon jo toiminnan valmisteluvaiheessa, esimerkiksi uusia laatusuosituksia valmisteltaessa tai olemassa olevia päivitettäessä. Haasteena on myös ohjauksen sisällön terävöittäminen tiedon jakamisesta käytännön toimenpiteisiin. (Valtiovarainministeriö 2006.)

Laatusuositusten hyödyntäminen on lähestulkoon aina niiden laatimista suurempi haaste. On arvioitu, että voimavaroista 90 prosenttia kuluu suosituksen laatimiseen ja 10 prosenttia sen jalkauttamiseen, vaikka optimaalisessa tilanteessa tilanteen tulisi olla jopa päinvastainen. Vaikuttava laatusuositus on oleelliset kehittämiskohteet paikantava, selkeät toimenpiteet määrittelevä ja sitoutumiseen houkutteleva. Sitoutumisen edistämiseksi suosituksen laatimisprosessin aikana tulisi pystyä luomaan yhteinen ”omistajuus” sen sisältöön. (Teperi 2003.)

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevalle laatusuositukselle oli aikanaan sosiaalinen tilaus ja suositus käynnisti Suomen kunnissa runsaasti toimintoja suosituksen keskeisten sisältöalueiden edistämiseksi. Suomen Kuntaliitto vuoden 2002 lopulla tekemän selvityksen mukaan vanhuspoliittinen strategia oli tehty tai valmisteilla peräti 80 prosentilla kunnista (Suomen Kuntaliitto 2002).

Sekä valtioneuvoston vuosille 2004–2007 hyväksymä Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman että vuosina 2004–2007 toteutettavan Sosiaalialan kehittämissuositusten tavoitteissa korostetaan laatusuositusten seurannan merkitystä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b, 2004). Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin väliseen tulossopimukseen on kirjattu tavoite:

*Stakes on arvioinut TATO 2000–2003 mukaan laadittujen sosiaali- ja terveyspalveluista annettujen kouluterveydenhuollon, ikäihmisten hoidon ja palvelujen, mielenterveyspalveluiden, päihdepalveluiden, vammaisten asumispalveluiden ja apu-välinepalveluiden laatusuositusten toteutumista vuoden 2007 loppuun mennessä. Vuonna 2006*

*- Stakes tekee ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen seurannan*

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2005).

## 1.2 Arvioinnin käsite ja lähestymistavat

Arviointi on järjestelmälliseen tiedonkeruuseen ja analyysiin perustuvaa toimintaa, esimerkiksi ohjelman tai projektin, arvon määrittelyä (Robson 2001, Vuorela 1997) ja arvioinnille käsitteenä voidaan antaa erilaisia sisältöjä. Arvioinnin keskeisimmät lähestymistavat voidaan jaotella seuraavasti:

1. standardi- tai normiperustainen
2. tavoiteperusteinen
3. tehokkuusperusteinen ja
4. päätöksentekijään tai toiminnan osapuoliin liittyvä arviointi.

Standardi- tai normiperustainen arviointi muistuttaa tarkastusta, laillisuus- ja tarkoituksenmukaisuusvalvontaa, vaikka kriteerit voivat olla paljon monipuolisempiakin. Arvioinnin kriteerit voivat kohdistua esimerkiksi suunnitelmallisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Tavoiteperusteisessa arvioinnissa selvitetään, missä määrin arvioitavalle toiminnalle asetetut tavoitteet on saavutettu. Tällöin pohditaan paitsi tavoitteiden saavuttamista myös sitä, millaisia johtopäätöksiä voidaan tehdä tavoitteiden ja tulosten välisestä suhteesta ja onko olemassa sellaisia kilpailevia, väliin tulevia, tekijöitä, jotka myös ovat vaikuttaneet kehitykseen. Tavoitteista voidaan muodostaa kriteeristö (vrt. IKI-indikaattoristo), johon toteutunutta toimintaa verrataan. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi on keskeinen osa arvioinnin prosessia. Tavoiteperusteinen arviointi soveltuu käytettäväksi silloin, kun tavoitteet ovat kyllin täsmällisiä ja mitattavissa.

Tehokkuusperusteisessa arvioinnissa lähtökohtana on se, että asetetut tavoitteet tulee saavuttaa mahdollisimman pienin kustannuksin: tämän arvioinnin päämuotoja ovat kustannus-tehokkuus- ja kustannus-vaikuttavuus-analyysit. Tiedon käyttäjiin kytkeytyvä arviointi korostaa puolestaan tulosten hyödyllisyyttä ja käyttöä. Tämä arvioinnin malli olettaa, että päätöksentekijät eivät useinkaan toimi pelkästään tosiasioiden pohjalta, vaan heidän toimintaansa ohjaavat arvot, monet erilaiset intressit ja prioriteetit, jotka voivat eri henkilöillä olla hyvinkin erilaisia. Arvioitavan toiminnan eri osapuolia voivat olla poliittiset päätöksentekijät, virkamiehet, asiakkaat, kuntalaiset jne. (Patton 1997, Rossi ym. 1999, Vuorela 1997.)

Tässä selvityksessä käytettävä arvioinnin käsite sisältää useita edellä kuvattuja arvioinnin lähestymistapoja, joskin selkeimmin on kyse tavoiteperusteisesta, suosituksessa esitettyjen tavoitteiden saavuttamisen arvioinnista. Yhtäältä kyse on vaikutusten arvioinnista: tarvitaan tietoa siitä, onko suositus tuottanut toivottuja vaikutuksia kohderyhmään - ikäihmisiin - heidän hoitonsa ja palvelujensa laatuun. Arviointi on tässä yhteydessä myös kontekstuaalista: on pohdittava sitä, ovatko suosituksen avulla tavoiteltavat päämäärät tarkoituksenmukaisia tarkasteltavassa toimintaympäristössä. Toisaalta arviointi on tässä yhteydessä jälkiarviointia, jonka tulosten perusteella on mahdollisuus kehittää vastaavanlaisia prosesseja tulevaisuudessa, esimerkiksi laatusuositusta päivitetessä ja uudistettaessa. (Jalava & Virtanen 1998, Keränen 1999, Robson 2001.)

Tässä selvityksessä arvioinnin kohteena on laatusuosituksen kokonaisuus: sen eri osien ja ulottuvuuksien arviointi. Arvioinnin haasteena on se, että arvioitavana on kompleksinen kokonaisuus nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä, jossa laatusuosituksen ohella vaikuttavat useat muut tekijät. Arviointi kiteytyy tavoitteiden saavuttamisen arviointiin, useisiin seuranta-aineistoihin ja niiden analyysiin sekä näiden avulla tehtäviin päätelmiin laatusuosituksen vaikutuksista. Selvityksessä sovelletaan aineistotriangulaatiota, jolla tarkoitetaan useamman menetelmän käyttöä tiedon kokoamiseksi moniulotteisesta kokonaisuudesta.

### 1.3 Selvityksen tavoitteet ja toteutus

Tässä raportoitavan selvityksen tavoitteena on kuvata ja arvioida Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen valmisteluprosessia, sen keskeisten sisältöalueiden kehitystä vuodesta 2000, ennen suosituksen julkaisemista, vuoteen 2005<sup>1</sup>/2006, hankkeen aikaansaamia tuloksia ja muutoksia sekä laatusuositusta informaatio-ohjauksen välineenä.

Taulukkoon 1. on koottu selvityksen yksityiskohtaiset tehtävät ja kunkin tehtävän selvittämiseen käytettävät aineistot.

Raportti sisältää sekä teoreettisia että empiirisiä osia. Kontekstuaalinen arviointi tehdään tarkastelemalla toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia ja laadun informaatio-ohjausta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suosituksen keskeiset sisältöalueet (vanhuspoliittisten strategioiden sisältö, kotona asumisen tukeminen ja avopalveluiden ensisijaisuus & henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys) sekä kuntien ikääntyneiden palveluita johtavien/asiantuntijatehtävissä toimivien henkilöiden arviot laatusuosituksen käytöstä ja toimivuudesta informaatio-ohjauksen välineenä kuvataan esittämällä kunkin osa-alueen osalta a) selvityksen tavoitteet ja toteutus, b) keskeiset tulokset ja c) tulosten arviointi. Tässä yhteydessä arviointi on pitkälti tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Arvioinnin yhteydessä tehdään ehdotuksia siitä, ovatko tavoitteet edelleen relevantteja uudistettavassa laatusuosituksessa. Raportin lopussa on vielä tiivis yhteenvedo keskeisistä tuloksista ja niiden arvioinnista.

<sup>1</sup>Tilastotiedon osalta viimeisin mahdollinen tarkasteluvuosi on 2005.

Taulukko 1. Laatusuosituksen arvioinnin tehtävät ja kerätyt aineistot.	
Tehtävät	Aineistot
1. Kuvata laatusuosituksen laatimisprosessi ja arvioida, miten valmisteluprosessissa otettiin huomioon implementaatiota edistävät periaatteet (OECD 2001)	Valmistelua käsittelevä dokumentaatioaineisto (suunnitelmat, valmisteluryhmien kokousmuistiot, kuulemistilaisuuksien muistiot)
2. Kuvata ja arvioida suosituksen keskeisten sisältöalueiden kehittyminen kunnissa	
<i>Vanhuspoliittisten strategioiden laadinta</i>	Kuntien vanhuspoliittiset strategiat
– vanhuspoliittisten strategioiden määrä ja sisällön kattavuus <sup>2</sup>	
<i>Kotona asumisen tukeminen ja avopalvelujen ensisijaisuus</i>	Kansalliset tilastotietokannat:
– kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden ikäihmisten osuuden kehitys	– SOTKA-tietokanta & Sotkanet
– ikääntyneiden palvelurakenteen kehitys ja alueellinen vaihtelu	– Stakesin hoitoilmoitusrekisterit
– kotiin annettavien palveluiden (säännöllinen kotihoito, kodinhoitoapu & tukipalvelut) määrällinen kehitys	– IKI-indikaattoristo
– kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelujen kohdentumiskehitys (ikä, sukupuoli, palvelujen intensiteetti, dementiaoireiset henkilöt)	
<i>Henkilöstön määrä ja rakenne</i>	– Valtakunnalliset tilastot henkilöstöstä (Kuntasektorin palkat & Työssäkäyntitilasto / Tilastokeskus)
– työntekijöiden määrän kehitys keskeisissä ikääntyneiden palveluissa (kotipalvelut, asumispalvelut, laitoshoido), ml. henkilöstömitoitukset (henkilöstön määrää suhteessa asiakkaiden määrään, henkilöstön koulutusrakenne)	– Tutkimustulokset
3. Kuvata ja arvioida suosituksen käyttöä toiminnan suunnittelun, koulutuksen, seurannan ja arvioinnin välineenä sekä suosituksen aikaansaamia tuloksia ja muutoksia	Ryhmähaastattelut – kuntien ikääntyneiden palvelujen johtajat/ asiantuntijat
4. Arvioida suositusta informaatio-ohjauksen välineenä	Ryhmähaastattelut – kuntien ikääntyneiden palvelujen johtajat/ asiantuntijat

<sup>2</sup>Operationalisoitu IKI-indikaattoristossa: [www2.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet/evergreen/index.asp](http://www2.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet/evergreen/index.asp)

# OSA II

## Arviointi

### 2 Kontekstuaalinen arviointi

*Päivi Voutilainen*

#### 2.1 Muuttuva toimintaympäristö

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen arviointi on haasteellinen tehtävä, sillä laatusuosituksen 5-vuotisen olemassaolon ajan toimintaympäristössä on tapahtunut monia asioita, jotka ovat myös vaikuttaneet ikääntyneiden palvelujen kehitykseen. Näin ollen laatusuosituksen aikaansaamien muutosten ”eristäminen” muiden kehitykseen vaikuttaneiden ja parhaillaan vaikuttavien tekijöiden joukosta on vaikeaa.

Keskeisiä linjauksia ikääntyneiden palveluiden kehittämiseksi on laatusuosituksen julkistamisen jälkeen esitetty useissa sosiaali- ja terveystieteellisissä asiakirjoissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a; 2003b; 2003c; 2003d; 2006a, ks. myös Valtioneuvosto 2004). Nämä linjaukset vahvistavat laatusuosituksen keskeisiä viestejä huolellisesta varautumisesta ikääntyneiden määrän ja palvelutarpeiden kasvuun, kotona asumisen tukemisesta ja avopalveluiden ensisijaisuudesta sekä riittävien voimavarojen, erityisesti henkilöstövoimavarojen, turvaamisesta. Myös ikäihmisten omien voimavarojen vahvistamiseen, toimintakyvyn edistämiseen ja ehkäisevien, etsivien ja kuntouttavien palveluiden kehittämiseen sekä aktiivisen osallistumisen mahdollistamiseen liittyvät painotukset ovat linjauksissa esillä, sitä korostuneemmin, mitä pidemmälle 2000-luvulla on tultu.

Edellä kuvatut linjaukset luovat puitteita kunnissa tapahtuvalle palvelujen kehittämislle. Tavoitteiden saavuttamista on vauhditettu paitsi informaatio-ohjauksen keinoin, myös kehittämiseen suunnatun valtionavun turvin eli informaatio-ohjauksen tukena on tällä hetkellä myös resurssiohjauksen välineitä. Lääninhallitukset ovat myöntäneet valtionavustusta Sosiaalialan kehittämishankkeen painoalueelle *Vanhusten palveluiden saatavuuden ja laadun parantaminen*, jossa painopisteenä on ikäihmisten kotona asumisen tukeminen. Tavoitteeseen pyritään palvelurakennetta uudistamalla, kehittämällä erityisesti omaishoitoa ja kotipalvelua tai kotihoitoa sekä ottamalla palvelusetelit käyttöön sosiaalihuollon palveluissa. Kotipalvelun ja kotihoidon sekä ikäihmisten laitoshankkeet toteutetaan Sosiaalialan kehittämishankkeen ja Kansallisen terveydenhuollon hankkeen yhteisinä hankkeina. Vuosina 2003–2005 hankevaltionosuutta myönnettiin yhteensä 75 ikääntyneiden palveluita koskevalle hankkeelle. Vuonna 2004 hankerahoituksen suuruus oli 2,4 ja vuonna 2005 3,9 miljoonaa euroa. Pienimmät avustukset olivat 30 000 euroa ja suurimmat 400 000 euroa. Hankkeet edistävät osaltaan ikääntymispolitiikan, ml. laatusuosituksen, ja sosiaalialan kehittämishankkeen keskeisten tavoitteiden saavuttamista, sillä kotona asumisen tukeminen korostuu selvästi rahoitettujen hankkeiden tavoitteissa. Ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen liittyviä hankkeita on meneillään, samoin hankkeita, joissa kehitetään ehkäiseviä palveluita, kuten esimerkiksi ehkäiseviä kotikäyntejä, kaatumisten ehkäisyä tai terveysneuvontaan keskittyviä seniorineuvoloita. Hankkeissa tehdään myös palvelurakenteiden uudistamiseen liittyvää työtä. ([www.sosiaalihanke.fi](http://www.sosiaalihanke.fi))

Myös normiohjauksen keinoja on otettu käyttöön; laki omaishoidon tuesta (937/2005) tuli voimaan vuoden 2006 alusta. Lain tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus. Vuonna 2006 Sosiaalihuoltolakiin lisättiin säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää palvelutarpeen arviointi. Kiireellisissä tilanteissa palvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Ei-kiireellisissä tilanteissa kunnan on järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin 80 vuotta täyttäneille ja kansaneläkelain mukaista erityishoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta kuntaan. Lainmuutos ei muuta kunnan velvollisuutta järjestää sosiaalihuollon palveluja, mutta se täsmentää niitä menettelytapoja, joiden avulla palvelujen piiriin tullaan. Nämä uudistukset tukevat osaltaan ikääntymispolitiikan korostaman kotona asumisen tavoitteen toteutusta.

Viimeksi kuluneen vuoden aikana keskustelu ikääntyneiden palveluiden laadusta on jälleen voimistunut. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti keväällä 2006 professori Sirkka-Liisa Kivelän laatimaan ehdotukset toimenpiteistä, joiden avulla geriatria hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää. Selvityshenkilön raportti valmistui kesäkuussa 2006. Raportissa ehdotettiin mm. vanhuspoliittisen strategian laadintaa, vanhusasiamiehen toimen perustamista, vanhus-tenhuoltolain ja -asetuksen valmistelua ja paluuta korvamerkittyihin valtionosuuksiin. Lisäksi raportissa esitettiin sen tavoitteiden mukaisesti yksityiskohtaisia ehdotuksia perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kehittämiseksi, lääkehaittojen ehkäisyn sekä lääkehoitojen ja lääkkeettömien hoitojen kehittämiseksi ja masennustilojen ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi. Raportin julkistamistilaisuudessa nostettiin esille laatusuosituksen uudistaminen, jonka valmistelu on vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriön välisessä tulossopimuksessa vastuutettu Stakesille seuraavasti:

*Stakes osallistuu geriatria hoitoa ja vanhustyötä koskevan raportin ehdotusten jatkotoimenpiteiden kehittämiseen ja täytäntöönpanoon (mm. uuden ajan laatusuositusten laatiminen vanhustenhuoltoon, henkilöstömitoitusten valmistelu eri palvelumuotoihin).*

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2006c)

Syksyllä 2006 julkistetut Hyvinvointivaltion rajat -hankkeen raportit sisältävät useita ehdotuksia myös ikääntyneiden palvelujen kehittämiseksi. Ehdotukset liittyvät eri palvelujen, kuten omaishoidon tuen kehittämiseen, mutta myös laajempiin kokonaisuuksiin, kuten hoivarahaston perustamiseen, yksityisen palvelutuotannon roolin vahvistamiseen ja oikeudenmukaisesti mitoitettuihin käyttäjämaksuihin. (Stakes 2006.) Hoidon ja hoivan taloudellisen kestävyys turvaamiseksi tutkijat esittävät toimenpiteitä, joilla tuetaan talouskasvua, huolehditaan palveluiden rahoituspohjasta, tuetaan terveyden ja toimintakyvyn myönteistä kehitystä ja ehkäistään hoivan ja hoidon tarpeita sekä hillitään hoivan ja hoidon kustannusten nousua (Kautto ym. 2006).

Hyvinvointi 2015 -ohjelma esittää aktiivisen ikääntymisen ja ikääntyneiden hoivan turvaamiseksi seuraavia sosiaalipoliittisia tavoitteita:

- työvoiman riittävyyden ja osaamisen varmistaminen kotihoidon ja hoivapalvelujen turvaamiseksi
- ennakoiva ja turvallinen apu kotihoidon strategiaksi
- ikääntyvän väestön toimintakyvyn ylläpitäminen
- ikääntyvien sosiaalisten verkostojen ylläpitäminen ja yhteisvastuun vahvistaminen
- asiakkaan valinnanvapauden ja aseman vahvistaminen
- ikääntyneiden hoivan ja hoidon laadun parantaminen sekä
- lainsäädännön uudistukset.

Ehdotukset yhtäältä vahvistavat laatusuosituksen viestiä, tukevat merkittävästi laatusuosituksessa esitettyjä tavoitteita ikääntyneiden hoidon ja palvelujen kehittämiseksi, ja toisaalta tuovat

keskusteluun myös uusia painotuksia ja kokonaisuuksia, jotka laatusuositusta uudistettaessa tulee ottaa huomioon.

Vuonna 2006 Suomi on kunta- ja palvelurakennemuutoksen edessä. Kunta- ja palvelurakennemuutos uudistuu kohti hallinnollisesti erilaisia, laajempiin väestöpohjiin perustuvia yhteistoiminta-alueita. Lähtökohtia ovat väestön ikääntymisestä johtuvat muutokset palvelutarpeisiin sekä kuntien taloudellisen perustan turvaaminen niin, että niiden vastuulla olevat tehtävät voidaan jatkossakin toteuttaa eri puolilla maata kansalaisten yhdenvertaisuus turvaten ja hyvinvointiyhteiskunta säilyttäen. Uudistus edellyttää, että kunnat yhdessä kuntakumppaneidensa kanssa laativat myös seudulliset vanhuspoliittiset strategiat, joissa sekä määritellään seudulliset kehittämistavoitteet että sovitaan yhteisesti palvelujen tuottamisesta. (Suomen Kuntaliitto 2006.) Tällä uudistuksella, toimintaympäristön keskeisenä muutostekijänä, on paljon vaikutuksia, jotka on otettava huomioon laatusuositusta uudistettaessa.

Yhteenvedon voidaan todeta, että edellä kuvattu toimintaympäristö on ollut voimakkaassa muutoksessa koko laatusuosituksen olemassa olon ajan. Näin ollen on vaikea osoittaa ne keskeiset muutokset, jotka juuri laatusuosituksen avulla on aikaansaatu kuluneiden viiden vuoden aikana. Laatusuosituksen viestiä on vahvistettu paitsi uusilla ikääntymispolitiikkaa linjaavilla dokumenteilla myös resurssiohjauksella myöntämällä valtioavustusta kuntien kehittämishankkeille; rahoituksen myöntämisen yhtenä keskeisenä myöntökriteerinä on ollut ikääntymispoliittinen relevanssi. Nämä kaikki osaltaan ovat vaikuttaneet seuraavissa luvuissa kuvattuihin asiiasältöihin.

## 2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun informaatio-ohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus on normi-/säädosohjausta, resurssiohjausta tai informaatio-ohjausta (Hansson 2002). Näistä informaatio-ohjaus antaa päätöksentekijöille ja palvelujen tuottajille tietoa ja välineitä, joiden avulla voidaan kehittää toimintaa. Laajasti määriteltynä kaikki ohjaus sisältää informaatiota. Tällöin esimerkiksi lait ja resurssien kohdentuminen antavat tietoa siitä, mitä pidetään tärkeänä. Yleisimmin informaatio-ohjaus kuitenkin käsitetään ohjauksena, joka sisältää tietoa, mutta ei ole pakottavaa. (Hansson 2002, Oulasvirta ym. 2002.)

Laatusuositukset ovat laadun informaatio-ohjauksen välineitä. Ne liittyvät tiettyyn aikakautteen ja laadunhallinnan kehitykseen. Suositusten valmisteluprosessin avoimuus ja laaja osallistuminen vaikuttavat todennäköisesti suositusten hyväksymiseen ja hyödyntämiseen. Prosessissa käytävän dialogin tulisi sisältää keskustelua arvoista, koska lopulta kyse on valinnoista. (Mäki 2004.) Laadunvarmistuksen informaatio-ohjaus käynnistyi Suomessa 1980-luvun puolivälissä osana valtakunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmia. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunvarmistusta koskevia tavoitteita esitettiin ensimmäistä kertaa valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991 (Valtioneuvosto 1986). 1990-luvulla laadunvarmistus ja myöhemmin laadunhallinta tulivat selkeämmin näkyviin julkisen sektorin palveluiden johtamisen kehittämisessä ja asiakkaiden hoidossa ja palveluissa. Laatuvaatimusten ja kriteerien määrittämisen lisäksi johtamisessa korostettiin tuloksellisuutta osana johtamiskäytäntöjä. (Mäki 2004.)

Vuosien 1995–1998 valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveysministeriö asetti tavoitteita palvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Tällöin myös laadunhallinnan järjestämistä koskevan suosituksen laatiminen annettiin Stakesin tehtäväksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1994). Ensimmäinen laadunhallintasuositus *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa – valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä* valmistui 1995. Vuonna 1999 julkaistiin uusi suositus *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle*. Suomen Kuntaliitto laati *Laadunhallinta kuntien ylläpitämässä ja hankkimissa terveyspalveluissa* vuonna 1998.

Sosiaali- ja terveysministeriö on 2000-luvulla julkaissut useita sosiaali- ja terveystoimintapolitiittisia asiakirjoja, joissa on myös ikääntyneiden palvelujen laatua koskevia painotuksia. Ikääntyneiden palveluja linjaavien sosiaali- ja terveystoimintapolitiittisten asiakirjojen keskeiset tavoitteet ovat yhteneviä: ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen, kotona asumisen tukeminen ja avopalvelujen ensisijaisuus sekä riittävien ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen ovat asiakirjojen keskeistä sisältöä. Erityisesti 2000-luvulla tavoitteissa on korostunut varautuminen ikäihmisten määrän lisääntymiseen ja palvelutarpeiden kasvuun. Mitä pidemmälle 2000-luvulla on tultu, sitä korostuneemmin ovat esillä ikäihmisten toimintakyvyn edistämiseen ja ehkäisevien, etsivien ja kuntouttavien palveluiden kehittämiseen sekä aktiiviseen osallistumiseen liittyvät painotukset. Linjauksia ikääntyneiden palvelujen kehittämiseksi on asetettu seuraavissa sosiaali- ja terveystoimintapolitiittisissa asiakirjoissa:

- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003d)
- Kansallinen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003e)
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001)
- Kansallinen terveyshanke (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002)
- Sosiaalialan kehittämishanke (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b, 2003c)
- Sosiaali- ja terveystoimintapolitiikan strategiat 2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a)

Asiakirjat sisältävät ikääntyneiden palvelujen kehittämisen määrällisiä ja laadullisia tavoitteita.

Palveluiden laatuun liittyviä tavoitteita ovat

- asiakaslähtöisyys, jonka mukaan palvelujen sisältöä ja määrää tuli kehittää asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja voimavaroja vastaavasti ottaen huomioon myös hänen omaisensa, ystävänsä ja muu lähiyhteisö
- kattava palvelutarpeen arviointi
- asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumisen mahdollistaminen palvelujen tarpeen arviointiin, suunnitteluun, toteutukseen ja palvelujen toteutumisen arviointiin
- palvelujen yhteensovittaminen saumattomaksi kokonaisuudeksi
- kuntouttavan työotteen käyttö
- kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö
- henkilökunnan riittävä määrä
- henkilökunnan osaamisen systemaattinen kehittäminen
- pitkäaikaishoitoa tarjoavien yksiköiden kodinomaisuus.

(Sosiaali- ja terveysministeriö 1996; 2003b; 2003c; 2003d; 2003e; 2006a; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001.)

Laatu on moniulotteinen käsite ja silloin, kun sitä kehitetään informaatio-ohjauksen keinoin, on tarkoin määriteltävä sen sisältö ja tarkastelun kohde. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus kohdentuu palvelujärjestelmän kokonaisuuteen ja kuntien vanhuspalveluja suunnitteleville ja johtaville virkamiehille ja päättäjille. Laatusuosituksen tukimateriaalit, kuten Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu -opas vievät suosituksen viestin myös organisaatio-, työyksikkö- ja osittain myös yksittäisen asiakkaan ja ammattihenkilöstön välisen vuorovaikutuksen tasolle. Eri toimijoiden vuoropuhelu informaatio-ohjauksen viestin välittymisessä on erityisen tärkeää ja laadun moniulotteinen tarkastelu välttämätöntä. Viestin tulee kulkea asiakastasolta palvelujärjestelmän kehittämiseen ja takaisin: alhaalta ylös ja ylhäältä alas. Vain näin voidaan sopia laatusuosituksen yhdenmukaisesta suunnasta. On nimittäin nähtävissä, että eri toimijat määrittävät ja arvioivat laatua eri tavoin; hiljattain julkaistu Kansalaismielipide ja kunnat (Kunnallisanalan kehittämiskeskitys 2006) osoitti, että esimerkiksi kuntalaisten ja kunnanjohtajien arviot



vanhustenhuollon palveluiden laadun yhdestä ulottuvuudesta, riittävydestä, erosivat niin, että kuntalaisista yli puolet piti palveluita täysin tai jokseenkin riittämättöminä, kun kunnanjohtajien vastaava osuus oli 35 prosenttia.

Ikääntyneiden palveluiden laadun kehittämisessä juuri näihin palveluihin räätälöidyllä laatusuosituksella on tärkeä paikkansa. Jo olemassa olevan tutkimuksen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että suositus ei yksinään ole riittävä, vaan sen rinnalle tarvitaan muita ohjausvälineitä (Mäki 2004). Lisäksi tarvitaan informaatio-ohjauksen kehittämistä niin, että ohjausta ja sen vastaanottamista vahvistetaan koulutuksella ja että erityisesti arviointitiedon kytkentä kuntien ohjaukseen otetaan tarkasteluun (Valtiovarainministeriö 2006). Suosituksen toimivuus edellyttää kehittämisen taustalla vaikuttavien arvojen yhteistä määrittelyä ja konkretisointia toimintaohjeiksi koko kunnan tarkastelutasolta aina yksittäisen asiakkaan tasolle asti. Keskeiseksi toimivuuden takaajaksi näyttäisikin nousevan valmisteluprosessin onnistuneisuus niin, että jo tavoitteita asetettaessa pohditaan tarkoin niiden toimeenpanoa sekä monitoimijainen ja dialoginen toimeenpanoprosessi, jota vahvistetaan koulutuksen keinoin (Mäki 2004, Valtiovarainministeriö 2006).

### 3 Laatusuosituksen laadintaprosessin arviointi

*Päivi Voutilainen*

Laatusuosituksen valmistelu käynnistyi Stakesissa keväällä 2000 osana laajempaa Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2000–2003 liittyvää työskentelyä<sup>3</sup>. Syksyllä 2000 silloisen peruspalveluministeri Osmo Soininvaaran toimeksiannosta suositusta alettiin valmistella nopeutetussa aikataulussa, sillä kansalais- ja mediakeskustelu ikääntyneiden hoidon ja palvelujen laadusta kävi erityisen voimakkaana. Toimeksiannon mukaan suosituksen tuli perustua koko hoito- ja palvelujärjestelmän kokonaisuuteen ja avohuollon palveluiden tuli olla ensisijaisia. Laatusuosituksen tuli sisältää ikääntyneiden ihmisten hyvän hoidon ja palvelun periaatteita, palvelurakennetavoitteita, suositus henkilöstömitoituksiksi sekä suosituksia hyvän hoidon ja palvelun keskeisille osa-alueille.

Laatusuosituksen laadinnan aikaan käydyissä kansalais- ja mediakeskusteluissa korostettiin ennen kaikkea sitä, että henkilöstömitoitukset laitoksissa ovat aivan liian matalat, jotta ikääntyneiden ihmisten perustarpeisiin voitaisiin vastata hyvin. Myös pitkäaikaishoidon asiakkaiden epäasiallista kohtelua tuotiin keskusteluissa esiin. Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta työssä jaksamiseen liittyvä keskustelu oli voimakkaimmin esillä. Tällöin syntyi myös kansanliike, joka kampanjoi ihmisarvoisen vanhuuden puolesta ja keräsi adressin, jonka allekirjoitti yli 155 000 kansalaista.

Kansalaiskeskustelujen esiin nostama huoli palvelujen saatavuudesta ja laadusta sekä henkilöstövoimavarojen niukkuudesta otettiin vakavasti ja suositus valmisteltiin nopeutetussa aikataulussa. Tämä oli silloisessa tilanteessa hyvin perusteltu ratkaisu. Kaikki valmisteluun osallistuneet henkilöt olivat motivoituneita työhön ja työn tekemistä leimasi innostus: oltiin tekemässä uutta ja haluttiin vaikuttaa ikäihmisten hoidon ja palvelujen laadun kehittämiseen.

Seuraavaksi arvioidaan, miten ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen valmisteluprosessissa otettiin huomioon suosituksen toimeenpanoa edistävät periaatteet. OECD (2001) on esittänyt osallisuuden periaatteiksi mm. seuraavia:

<sup>3</sup>Sosiaali- ja terveysministeriö (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Julkaisuja 16. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tavoite 53: *Kuntien laadunhallintatyön tueksi valmistellaan ohjelmakauden aikana sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, kuntien, Suomen Kuntaliiton ja palvelunkäyttäjien yhteistyönä laatusuositukset, jotka sisältävät tarvittaessa myös suosituksia henkilöstön mitoituspusteista. Hallitusohjelmaan mukaan "sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaisen toteutumisen seuraamiseksi tulee luoda toimiva kriteeri- ja laatumittaristo, jossa asiakaslähtöisyys on yksi johtava periaate"*.

- keskeisten toimijoiden sitoutuminen
- kansalaisten oikeus saada tietoa, antaa palautetta ja osallistua
- tavoitteiden selkeys
- sisällön objektiivisuus
- käytettävissä olevat voimavarat
- koordinaatio
- vastuu ja
- arviointi.

Huolimatta nopeasta kolmen kuukauden mittaisesta valmisteluajasta keskeisten sidosryhmien mielipide suosituksen sisällöstä saatiin esille varsin monipuolisesti. 21-jäseninen asiantuntijapaneeli, yksi virallinen ja 10 erillistä kuulemistilaisuutta olivat niitä toimenpiteitä, joita tässä aikataulussa voitiin toteuttaa. Asiantuntijapaneeliin kutsuttiin palvelujen käyttäjien, kuntien, järjestöjen ja tiedeyhteisöjen edustajia. Paneeli kommentoi suosituksen eri versioita kirjallisesti ja kokoontui valmistelun aikana kerran koko päivän mittaiseen työkokoukseen. Valmistelun aikana järjestettiin yksi kuulemistilaisuus, johon kutsuttiin laajasti kuntien, järjestöjen ja lääninhallitusten edustajia kommentoimaan laatusuosituksen ensimmäistä versiota. Lisäksi järjestettiin erillisiä kuulemistilaisuuksia kymmenen tahon kanssa (Tehy ry, SUPER, KTV, Suomen terveydenhoitajaliitto STHL ry, Suomen kotipalveluhenkilöt SKH ry, Sosiaalityöntekijöiden liitto ry, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Kuntokallio, Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön keskus & Kunnallinen työmarkkinalaitos).

Kuulemistilaisuudet vaikuttivat suosituksen sisältöön, sillä niissä käytyjen keskustelujen jälkeen suosituksen sisältö täsmentyi käsittämään kuntien johdolle tarkoitetun yleissuosituksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehille ja työntekijöille tarkoitetun hyvän hoidon ja palvelun oppaan. 31.1.2001 oli valmiina Hyvään vanhuuteen - Valtakunnallinen suositus iäkkäiden ihmisten hoidon ja palvelun sekä niiden laadun kehittämistä. Tästä tiedotettiin 1.2.2001 tiedotustilaisuudessa, jonka jälkeen suositus oli kuukauden ajan kommentoitavana Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivuilla. Valmistelu jatkui tästä eteenpäin virkamiestyönä ja suositus julkaistiin lopullisessa muodossaan 11.5.2001. Kevään 2001 aikana laadittiin suosituksen jalkauttamissuunnitelma ja valmisteltiin tukimateriaaleja. Suosituksesta tiedotettiin laajasti lääninhallitusten, järjestöjen, koulutus- ja tutkimusorganisaatioiden järjestämissä koulutus- ja tiedotustilaisuuksissa.

Tiedottaminen valmisteluprosessin aikana oli avointa ja kaikkien valmisteluun osallistuneiden eri ryhmien jäsenet kierrättivät valmisteilla olevaa materiaalia omissa taustaryhmissään. Näin esille saatiin näkemyksiä varsin laajasti. Kansalaisten mahdollisuus osallistua valmisteluprosessiin pyrittiin varmistamaan siten, että asiantuntijapaneelissa oli mukana ikäihmisiä ja välillisesti edustus toteutui järjestöjen kautta. Prosessi oli läpinäkyvä, mutta internetiä olisi jälkikäteen arvioiden voinut käyttää tehokkaammin läpinäkyvyyden lisäämiseksi.

Työlle asetetut tavoitteet olivat selkeitä ja valmisteluun osallistuneet tahot pitivät niitä tärkeinä. Näkemyksiä suosituksen keskeisestä sisällöstä oli runsaasti ja käyty vilkas ja osin ristiriitainen keskustelu valmisteluryhmässä, asiantuntijapaneelin työkokouksessa ja kuulemistilaisuuksissa dokumentoitiin ja hyödynnettiin. Suosituksen sisällön objektiivisuus varmistettiin sitomalla työhön laaja asiantuntijajoukko, jolla oli vahva tietoperusta. Useita tahoja myös konsultoitiin, jotta kuntien, valtionhallinnon, järjestöjen, tutkimuksen ja tilastoasiantuntijoiden näkemykset ja tietovarannot saatiin käyttöön. Koordinaatio toimi valmistelun aikana hyvin. Edettiin tarkan ja yksityiskohtaisen suunnitelman ohjaamana, keskityttiin oleelliseen.

Työn valmistuminen nopeutetussa aikataulussa mahdollistettiin sillä, että käytettävissä olevat voimavarat olivat tarkoituksenmukaiset. Lisäresursseja tarvittiin ja niitä saatiin. Lisäresursseja saatiin myös suosituksen jalkauttamisen ja tukimateriaalin valmistelun tueksi.

Suosituksen vaikutusten arviointia pohdittiin jo suosituksen laadintavaiheessa ja suosituksen valmistuttua sen seurannan ja arvioinnin tueksi kehitettiin IKI -indikaattoristo, jossa suosituksen keskeinen sisältö operationalisoitiin määrällisiksi indikaattoreiksi. Indikaattoriston avulla kunnat

saattoivat arvioida omia vanhuspalveluitaan laatusuosituksen keskeisten sisältöjen osalta ja vertailla tilannettaan toisten kuntien, alueiden tai koko maan tilanteeseen. Kunnilla oli mahdollisuus myös täydentää indikaattoriston tietoja ajantasaisesti tiedoilla, joita ei valtakunnallisesti kerätä (esim. henkilöstömitoitusten osalta). Indikaattoriston tavoitteena oli tuottaa tietoa suosituksen keskeisten sisältöalueiden etenemisestä: miten ovat kehittyneet kotiin annettavat palvelut, miten henkilöstön määrä ja koulutus rakenne, onko kuntalaisten osallistuminen vanhuspalvelujen pitkän aikavälin suunnitelmien laadintaan mahdollistettu ja tiedotettu kuntalaisille, miten asetettuja tavoitteita on saavutettu. Indikaattoriston suurin anti arvioinnille oli jälkikäteen arvioituna se, että sitä kehitettäessä suositus operationalisoitiin mitattaviksi muuttujiksi. Operationalisoinnista on ollut paljon apua arviointia suunniteltaessa ja toteutettaessa. Indikaattoristoa on käytetty kunnissa lähinnä omaa ja vertailukuntaa tai -aluetta koskevan tilastoaineiston tarkasteluun, mutta tietoa sinne on lisätty vain vähän. Omaa kuntaa koskevan, laatusuosituksen olennaisesti liittyvän tilastotiedon tarkastelu ja vertaaminen oman kunnan tietoja toisten kuntien tai koko maan tilanteeseen on varmasti osaltaan hyödyttänyt kuntien työtä laatusuositusta jalkautettaessa, mutta se ei ole toivotulla tavalla tuottanut tietoa arvioinnin tueksi valtakunnallisella tasolla.

Suosituksista uudistettaessa tulisi huolehtia siitä, että valmisteluprosessin aikana saadaan luotua yhteinen omistajuus suosituksen sisältöön ja varmistaa edellistä laatimisprosessia laajempi kuulemismenettely, ml. kansalaisten laajempi osallistumismahdollisuus. Ohjauspoliittisesti suositus on palvelujen uudistamisen merkittävä väline, joka edustaa siirtymää uuteen yhteistyöhön perustuvaan paradigmaan, joka näkyy suositusten laajan valmistelun ja osallistavan työtavan kautta. Kun suositukset valmistellaan yhteistyössä, on kaikilla keskeisillä sidosryhmillä mahdollisuus vaikuttaa sen sisällöllisiin painotuksiin. Näin syntyy merkittävää sosiaalista pääomaa, vuorovaikutusta, luottamusta ja yhteistä tulevaisuusnäkyä. Laatusuosituksen valmisteluprosessi sisältää onnistuessaan siirtymää kohti kansalaisorientaatiota, monipuolisia verkostoja, uusien kollektiivisten mahdollisuuksien luomista moniulotteisen kokonaisuuden hallitsemiseksi. (Haverinen 2003.)

## 4 Tavoitteiden saavuttamisen arviointi

### 4.1 Vanhuspoliittiset strategiat kunnissa

*Päivi Voutilainen & Eija Kaskiharju*

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus esittää tavoitteeksi, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristönsään. Kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveystalvakuilla. Palvelun tulee olla asianmukaista ja asiakasta kunnioittavaa. Tavoitteen saavuttamiseksi jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia joka turvaa ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin ja jonka kunnan poliittinen johto on virallisesti vahvistanut. Strategiaan tulee sisältyä palvelurakenteen kehittämisohjelma.

Laatusuosituksessa strategia määriteltiin *toimintalinjaukseksi, jossa määritellään iäkkäiden kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistämisen tavoitteet ja eri hallintokuntien ja muiden toimijoiden vastuut niiden toteuttamisessa*. Suositus korostaa kunnan kaikkien hallintokuntien ja muiden tärkeiden sidosryhmien, kuten järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten palveluntuottajien, yhteistyötä ikääntymispolitiikalle asetettujen tavoitteiden toteuttamiseksi. Iäkkäiden kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien turvaaminen tavoitteiden asettamisessa ja tiedottaminen tavoitteiden saavuttamisesta säännöllisesti ovat niin ikään laatusuosituksen

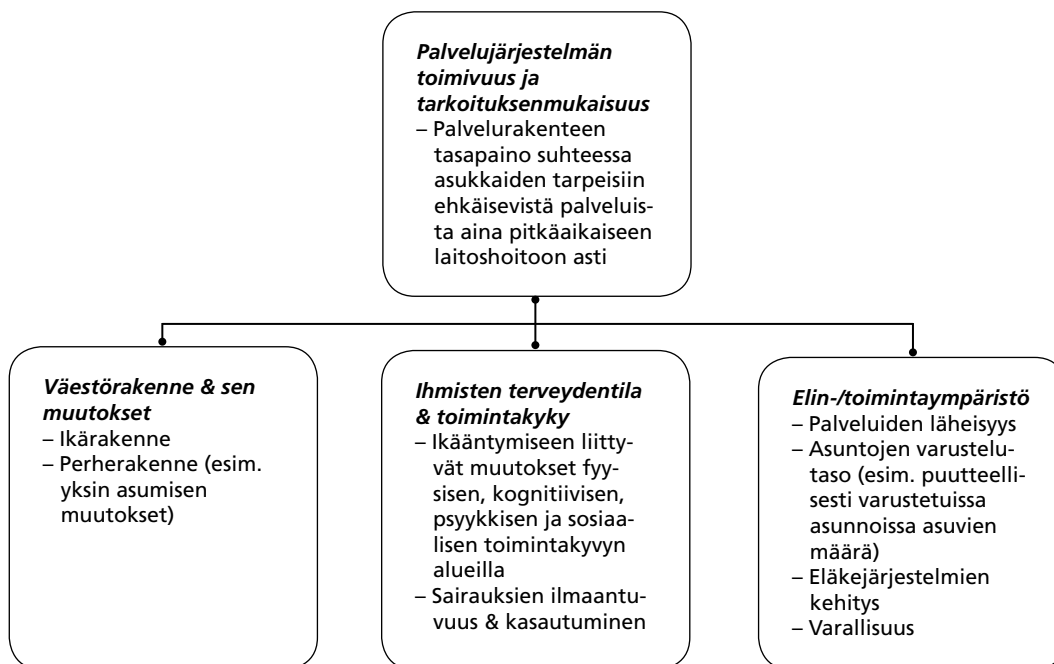
merkittäviä viestejä. Palvelurakenteen kehittämisohjelma on laatusuosituksen mukaan strategian operationalisoinnin väline, jossa konkretisoidaan palvelurakenteen tavoitetilat.

Vanhuspoliittinen strategiatyö pohjautuu huolelliseen nykytilan analyysiin, sen vahvuuksien ja heikkouksien tunnistamiseen, toimintaympäristössä tapahtuvien muutosten tunnistamiseen ja palvelujen kehittämisen taustalla olevien arvojen määrittämiseen ja näkyväksi tekemiseen. Vanhuspoliittinen strategia on osa kunnan muuta hyvinvointipolitiikkaa ja kuntastrategiaa. (Suomen Kuntaliitto 2006.)

Ikääntymispolitiikan tavoitteiden asettaminen, tavoitteiden toteuttaminen ja niiden saavuttamisen arviointi kunnissa on monivaiheinen prosessi. Strategiatyö on johtamisen ja päätöksenteon tuki. Aineksia strategiatyöhön tuotetaan sekä yksilöiden että yhteisöjen tasoilta; asiakkaiden kattava palvelutarpeiden arviointi tuottaa tietoa paitsi yksilötasolle myös hoitoa ja palveluja tuottavien organisaatioiden ja jopa koko kunnan tasolle. Tietoa voidaan monipuolisesti hyödyntää nykyistä palvelujärjestelmää kehitettäessä ja tulevaisuutta suunniteltaessa. Parhaimmillaan strategiatyön jänne ulottuu yksittäisen palvelujen käyttäjän hoito- ja palvelusuunnitelmasta palveluyksikköjen toimintasuunnitelmiin, kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan, kuntastrategiaan sekä talousarvioon ja -suunnitelmaan. (Suomen Kuntaliitto 2006.) Tieto ikäihmisten toimintakyvystä ja elämänlaadusta yhdistettynä väestörakennetta ja sen muutoksia ja elinympäristöä koskevaan tietoon auttaa kehittämään palveluita kuntalaisten palvelutarpeita vastaavasti. (kuvio 2.)

Laatusuosituksen innoittamina ja sen keskeisen sisällön mukaisesti kunnat ovat laatineet vanhuspoliittisia strategioita ja palvelurakenteen kehittämisohjelmia runsaasti. Jo vuonna 2002 tehty vanhuspoliittisten strategioiden olemassaoloa selvittävä kysely kunnille osoitti, että kunnista 80 prosenttia oli tehnyt tai parhaillaan valmisteli vanhuspoliittista strategiaa<sup>4</sup>. Asukasluvultaan suuremmat kunnat olivat laatineet strategian pieniä kuntia useammin. Kyselyyn vastanneista yli 10 000 asukkaan kunnista 73 ja alle 6000 asukkaan kunnista 24 prosenttia oli laatinut strategian.

Kuvio 2. Palvelujärjestelmän kehittämiseen vaikuttavat tekijät (mukaiillen Tilvis 2001).



<sup>4</sup>Kesällä 2006 tehtiin omaishoidon tukea kunnissa koskeva kysely, johon vastasi 365 kuntaa. Näistä kunnista 82 %:lla oli ajantasainen vanhuspoliittinen strategia; tulos on siis hyvin samansuuntainen Suomen Kuntaliiton vuonna 2002 tekemän kyselyn tulosten kanssa.

Valmistuneista strategioista 70 prosenttia oli kunnanvaltuuston ja viidennes kunnanhallituksen tai sosiaali- ja terveystalokunnan vahvistamia. Vanhuspoliittisen ohjelman laatimiseen olivat osallistuneet monet tahot. Päävastuu valmistelusta oli ollut sosiaali- ja terveydenhuollon viranhaltijoilla, usein yhdessä kunnan luottamushenkilöiden kanssa. Kunnan yleisjohto tai muiden toimialojen viranhaltijat olivat olleet jonkin verran valmistelussa mukana, mutta tiivistä yhteistyötä oli ollut vain 10 prosentilla vastanneista. (Suomen Kuntaliitto 2002.)

Ikäihmistien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien parantamiseksi kuntiin oli perustettu vanhusneuvostoja. Vanhuspoliittisen ohjelman tehneistä kunnissa 127 kunnassa toimi vanhusneuvosto. Vanhusneuvosto oli vastaajien arvion mukaan osallistunut paljon tai jonkin verran strategian valmisteluun joka toisessa kunnassa. Toisaalta lähes puolet vanhusneuvostoista ei ollut lainkaan mukana strategian valmistelussa. Vanhusneuvostojen lisäksi järjestöt, seurakunta ja palvelujen käyttäjät ja omaiset olivat olleet jonkin verran mukana valmisteluvaiheessa. Kaikkein vähiten näytti yhteistyötä olleen kaupallisten palveluntuottajien ja vapaaehtoistyötä tekevien kanssa. Puolet vastaajista arvioi, että kuntalaiset osallistuivat paljon tai jonkin verran vanhusohjelman valmisteluun. Puolet vastaajista taas katsoi, että kuntalaiset eivät osallistuneet lainkaan valmisteluun. Yleisimmät osallistumiskeinot olivat kuntalaisille tehdyt kyselyt ja haastattelut sekä yleisötilaisuudet. (Suomen Kuntaliitto 2002.)

#### 4.1.1 Vanhuspoliittisten strategioiden sisältöä koskevan selvityksen tavoitteet ja toteutus

Stakes selvitti keväällä 2006 kuntien laatimien vanhuspoliittisten strategioiden sisältöä osana laatusuosituksen seurantaan. Asiakirja-analyysin tavoitteena oli kuvata kuntien vanhuspoliittisten strategioiden sisältöä laatusuosituksen sisältöalueiden mukaisesti

- a. palvelurakenteen määrälliset tavoitteet
- b. palvelujen toiminnalliset ja eettiset tavoitteet
- c. riittävien voimavarojen turvaaminen
  - i. henkilöstön määrä
  - ii. henkilöstön kelpoisuus ja koulutustaso
  - iii. toimitilat koti- ja laitoshoidossa
- d. johtaminen
- e. tavoitteiden seuranta ja arviointi
- f. tiedottaminen kuntalaisille.

Asiakirjoja analysoitiin määrällistä ja laadullista sisällön analyysia käyttäen, sillä sisällön analyysi sopii hyvin tällaisen kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysin avulla aineisto järjestettiin tiiviiseen ja selkeään muotoon (taulukot). Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla kaikki kuntien strategiat. Tämän jälkeen tehtiin strukturoitu tutkimuslomake, jonka jälkeen jokaisesta strategiasta poimittiin tutkimuslomakkeelle keskeiset tiedot. Määrällisen analyysin tukena käytettiin Excel -ohjelmistoa. Aineisto raportoidaan edellä kuvattujen suosituksen pääsisältöalueiden mukaisesti.

Tässä osassa selvitystä analysoitavan aineiston muodosti 89 kuntien strategia-asiakirjaa (ks. liite 1), jotka saatiin käyttöön pääsääntöisesti kuntien www-sivuilta. Kolme strategiaista oli seutukunnallisia joko kahta tai useampaa kuntaa koskevia. Lisäksi kaksi kuntaa oli mukana seudullisessa strategiassa, mutta oli tehnyt myös oman strategian, joista molemmat otettiin mukaan analyysiin, kuten myös strategia, jonka laatinut kunta liittyi toiseen kuntaan vuoden 2005 alussa.

Analyysissa oli mukana kuntien strategioita kaikista lääneistä: 35,9 prosenttia edusti Etelä-Suomen, 13,5 prosenttia Itä-Suomen, 33,7 prosenttia Länsi-Suomen, 13,5 prosenttia Oulun ja 3,4 prosenttia Lapin lääniä (taulukko 2.).

Taulukko 2. Analysoidut vanhuspoliittiset strategiat lääneittäin ja maakunnittain.			
Lääni	Maakunta	Strategioiden lukumäärä	% strategioista
Etelä-Suomen lääni	Uusimaa	10	11,2
	Itä-Uusimaa	3	3,4
	Kanta-Häme	4	4,5
	Päijät-Häme	6	6,7
	Kymenlaakso	6	6,7
	Etelä-Karjala	3	3,4
Itä-Suomen lääni	Etelä-Savo	2	2,3
	Pohjois-Savo	5	5,6
	Pohjois-Karjala	5	5,6
Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi	7	7,9
	Satakunta	6	6,7
	Pirkanmaa	4	4,5
	Keski-Suomi	4	4,5
	Pohjanmaa	6	6,7
	Etelä-Pohjanmaa	2	2,3
	Keski-Pohjanmaa	1	1,1
Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	12	13,5
Lapin lääni		3	3,4
Yhteensä		89	100,0

Taulukko 3. Selvityksen kunnat kuntakoon mukaan.		
Kunnan koko asukasta	Analyysissä mukana olevien strategioiden määrä	%
alle 2 000	4	4,5
2 001–4 000	8	9,0
4 001–6 000	14	15,7
6 001–10 000	17	19,1
10 001–30 000	23	25,9
30 001–80 000	13	14,6
80 0001–	10	11,2
Yhteensä	89	100,0

Niissä kunnissa, joiden strategia-asiakirjat olivat analyysissä mukana, asui yhteensä 3 108 389 henkeä eli 59,1 prosenttia Suomessa asuvasta väestöstä (yht. 5 255 580). Analysoitavan aineiston yli 65-vuotiaiden keskimääräinen prosentuaalinen osuus oli 13,4 strategiat kattavasta väestömäärästä. Kunnittain tarkasteltuna 65 vuotta täyttäneiden osuus vaihteli 8,4–27,6 prosenttiin. Tämänhetkinen 65 vuotta täyttäneiden prosentuaalinen osuus koko väestöstä on 16.

Asukasluvut niissä kunnissa, joiden strategia-asiakirjat analysoitiin, vaihtelivat niin, että analyysissä oli mukana hieman yli puolet asukasluvultaan yli 10 000 asukkaan kuntien (52 %) strategiaa (taulukko 3.).

Analyysissa mukana olevat strategiat oli laadittu tai päivitetty pian laatusuosituksen julkistamisen jälkeen vuonna 2001. Yli puolet tutkimuksessa mukana olleista 89 strategiasta oli laadittu vuosina 2002–2003. Kaikista strategioista ei kuitenkaan ilmennyt tarkkaa laatimis- tai päivitysvuotta. Strategioiden aikajänne vaihteli niin, että 45 prosenttia kunnista oli laatinut strategian noin kymmenen vuoden aikajänteelle vuoteen 2010. Alle kymmenen vuoden aikavälille strategioita oli laadittu 12 prosentissa kuntia. Pidemmälle aikavälille, vuosiin 2012–2030, saakka luonnosteltiin tulevaisuutta joka viidennen kunnan strategiassa.

Strategioiden laatimiseen osallistuneet toimijat jaettiin tässä selvityksessä kolmeen ryhmään: poliittinen taso, virkamiestaso ja kohderyhmän eli ikäihmisten edustajat. Useimmiten laatimisprosessiin osallistujina mainittiin kehittämisryhmän - strategian laadinta oli delegoitu nimetyille ryhmälle - jäsenet ja heidän asemansa, mutta on todennäköistä, että kaikkia prosessiin osallistuneita ei ole strategioissa eksplisiittisesti ilmaistu. Joissakin strategioissa mainittiin vain henkilöiden nimet ilman tietoa taustaorganisaatioista tai työtehtävistä. Strategioiden laadintaan oli yleisimmin osallistunut sosiaali- ja terveydenhuollon johtavia viranhaltijoita (37 %), käytännön

Taulukko 4. Vanhuspoliittisten strategioiden laatimiseen osallistuneet toimijat.			
Osallistuvat toimijat		Osallistujia kuv. mainintojen määrä 89 strategiassa	% (prosentuaalinen osuus 874 maininnasta)
Poliittiset päätöksentekijät	Kunnan-/kaupunginvaltuusto	27	3,1
	Kunnan-/kaupunginhallitus	35	4,0
	Perusturva-/sosiaali- ja/tai terveyslautakunta	72	8,2
	Muut lautakunnat	12	1,4
Virkamiehet	Lääninhallituksen viranhaltijat	9	1,0
	Kuntien yhteistyöelimen, kuntayhtymän tai sairaanhoitopiiriin edustajat	10	1,1
	Kunnan/kaupungin johtavat viran- ja toimenhaltijat	17	1,9
	Sosiaali- ja terveydenhuollon johtavat viran- ja toimenhaltijat (kuten esim. perusturvajohdajat, kotihoidon-, palveluasumisen ja laitoshoidon johtajat jne.)	322	36,9
	Käytännön vanhustyössä toimivat	106	12,2
	Muut viran- ja toimenhaltijat (kuten esim. teknisen toimen, sivistys-, kulttuuri- ja vapaaajantoimen viran- ja toimenhaltijat)	74	8,5
Kansalaiset	Vanhusneuvostojen edustajat	30	3,4
	Eläkeläisjärjestöjen edustajat	32	3,7
	Muut (kuten omaiset, omaishoitajat, järjestöt, vapaaehtoiset)	44	5,0
Muut toimijat	Koulutusorganisaatiot (kuten yliopistot, ammattikorkeakoulut jne.)	15	1,7
	Yksityiset palveluntuottajat (ml. järjestöjen palvelutuotanto)	37	4,2
	Organisaation ulkopuoliset konsultit	5	0,6
	Muut (kuten seurakunta)	27	3,1
	<b>Yhteensä</b>	<b>874</b>	<b>100,0</b>

vanhustyössä toimivia (12 %) ja kunnan muita viranhaltijoita teknisen-, sivistys-, kulttuuri- ja vapaa-ajantoimen alueilta. Kansalaistahoa eli ikäihmisiä edustavien järjestöjen edustajia oli 12 prosenttia. Strategian laatimiseen osallistuneet toimijat on lueteltu taulukossa 4.

#### 4.1.2 Vanhuspoliittisten strategioiden sisältö

##### Strategioissa esitetyt palvelujen eettiset ja toiminnalliset tavoitteet

Lähes kaikissa strategioissa oli nimetty tai määritelty arvoja ja eettisiä periaatteita, jotka vaikuttivat palveluiden kehittämiseen ja näkyivät asetetuissa tavoitteissa. Ikääntyneiden palveluiden tavoitteiksi oli yleisesti asetettu ikäihmisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantaminen, voimavarojen tukeminen sekä itsenäisen suoriutumisen ja sosiaalisen integraation tukeminen. Vanheneva ihminen nähtiin strategioissa aktiivisena ja riippumattomana kuntalaisena, jolla on oikeus tasa-arvoon ja osallisuuteen. Tätä kuvasivat esimerkiksi seuraavat ilmaisut:

*Ikääntyvä ihminen on arvokas, aktiivinen ja osallistuva.  
Seniorit ovat hyväkuntoisia, aktiivisia, monipuolisesti harrastuksiin ja yhteiskuntaelämään osallistuvia ja asettavat korkeita vaatimuksia sekä asumiselle että elinympäristölleen.*

Palvelutuotannon eettisiksi periaatteiksi oli määritetty yleisimmin seuraavat:

- itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
- sosiaalisen integraation turvaaminen
- yksilöllisyyden kunnioittaminen ja
- turvallisuus.

Eettiset periaatteet, erityisesti asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittaminen, näkyivät strategioissa työn lähtökohtana esimerkiksi seuraavasti:

*Vanhustenhuollon lähtökohtana ovat vanhuksen omat yksilölliset tarpeet, toiveet ja arvostukset, jotka heijastavat hänen ainutkertaiseen elämänsä tapoineen ja tottumuksineen.*

Ikääntyneiden palveluiden turvaaminen ja kehittäminen nähtiin yleisesti kunnan kaikkien hallintokuntien ja muiden toimijoiden yhteiseksi tehtäväksi ja haasteeksi. Tätä kuvasi mm. seuraava ilmaisu:

*Vanhusten palvelut perustuvat kaikkien yhteistyökumppaneiden hyvään ja joustavaan yhteistyöhön, jota tehdään omaisten, vapaaehtoisten, yksityisten palveluntuottajien ja kaupungin muiden hallintokuntien kanssa.*

Myös toiminnallisia tavoitteita oli asetettu useita. Keskeisin tavoite kaikissa strategioissa oli kotona asumisen tukeminen ja avopalveluiden kehittäminen. Lähes jokaisessa strategiassa asetettiin tavoitteeksi se, että kotihoitoa, kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa, tuli määrällisesti lisätä ja palveluvalikoimaa monipuolistaa. Esille tuotiin esimerkiksi yöpartioinnin aloittaminen, jotta kotihoidon asiakkaita voitaisiin palvella ympäri vuorokauden. Joissakin kunnissa (n = 10) strategiseksi tavoitteeksi asetettiin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen. Kotihoidon palveluissa todettiin useita organisoinnin, laajentamisen, monipuolistamisen ja yhteistyön kehittämisen tarpeita.

Tukipalveluita pyrittiin asetettujen tavoitteiden mukaan kohdentamaan nykyistä tehokkaammin; tavallisimmin tavoite oli kohdentaa palvelut niitä eniten tarvitseville. Myös tukipalveluiden kattavuutta tavoiteltiin lisäävän. Useimmiten tukipalvelujen lisäämistavoitteet koskivat ateriapalvelujen tarjontaa, mutta jonkin verran myös kauppa- ja asiointipalveluja sekä turvapalveluja. Turvateknologian, esimerkiksi turvapuhelinten, turva- ja hyvinvointirannekkeiden ym. turval-



lisuuden lisäämiseksi tarkoitettujen apuvälineiden tarpeen arviointi ja käyttöön otto oli esillä 60 prosentissa kuntien strategia-asiakirjoja.

Palvelujen turvaamiseksi ja monipuolistamiseksi oli joka viidennessä analysoidussa strategiassa asetettu tavoitteeksi palvelusetelin käyttöönotto, palvelusetelitoiminnan kehittäminen ja/tai arvioiminen. Yhteensä 60 prosentissa strategioita esitettiin ostopalvelujen lisäämistä; useimmiten aiottiin hankkia tukipalveluja, mutta lisäystarvetta nähtiin myös asumispalveluissa.

Dementoituneiden ihmisten palvelujen turvaaminen oli myös keskeinen tavoite lähes kaikkien selvitykseen osallistuneiden kuntien strategioissa, sillä näiden palveluiden kehittämiseen liittyviä toimenpiteitä ehdotettiin noin kahdessa kolmesta strategiasta. Esimerkiksi muistineuvoloiden perustaminen ja/tai niiden palveluvalikoiman monipuolistaminen, päivätoiminnan käynnistäminen tai lisääminen, omaishoitajien tukeminen ja erillisten dementiayksiköiden perustaminen olivat toimia, joita strategioissa oli ehdotettu dementiaoireisten ihmisten ja heidän läheistensä elämän- ja palvelujen laadun edistämiseksi.

Seudullinen ja/tai kuntien välinen yhteistyö palvelujen tuottamisessa ja organisoinnissa asetettiin tavoitteeksi joka viidennessä strategiassa. Myös kuntien sisäisen yhteistyön lisääminen oli asetettu toiminnalliseksi tavoitteeksi: sosiaali- ja terveystoimen lisäksi tärkeinä yhteistyökumppaneina pidettiin liikuntatoimintaa (60 %) sekä kulttuuri-, vapaa-ajan ja sivistystoimintaa mukaan lukien kansalais- ja työväenopistot ja ikäihmisten yliopisto (52 %). Kehittämistavoitteiksi nimettiin myös yhdyskuntasuunnitteluun, asuin- ja lähiympäristöjen esteettömyyteen, ml. asuntojen peruskorjaustoimintaan liittyviä tavoitteita; esimerkiksi hissien rakentaminen hissittömiin taloihin oli tavoitteena.

Kolmas sektori nähtiin tärkeänä yhteistyökumppanina, sillä kaksi kolmasosaa kunnista oli kirjannut strategiaansa tavoitteita yhteistyön lisäämisestä ja toiminnan edistämisestä järjestöjen ja seurakunnan kanssa. Joissakin kunnissa vapaaehtoistoimintaa pyrittiin tukemaan tarjoamalla tilat ja rahallista avustusta toimintaan. Myös säännölliset yhteiset tavoitteelliset tapaamiset järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten palveluntuottajien kanssa esitettiin tavoitteina. Kiteytettynä voidaan sanoa, että strategioissa esitettiin tavoitteita, joilla pyritään toteuttamaan ideaa koko kunnan toimijuudesta: koko kunta ikääntyneiden asialla.

Toiminnallisia tavoitteita asetettiin sekä olemassa olevien palveluiden lisäämiseksi ja/tai kehittämiseksi sekä uusien palvelumuotojen käynnistämiseksi. Ikäihmisten toimintakyvyn edistäminen oli monen kunnan agendalla (n = 60); ikäihmisten toimintakyvyn kohentamiseksi oli tavoitteina mainittu mm. liikuntatilojen esteettömyyden ja saavutettavuuden parantaminen, ikäihmisille sopivien ryhmien järjestäminen esimerkiksi kuntosaleissa, sekä yleisemmin liikunta- ja ulkoilumahdollisuuksien kehittäminen ikäihmisille. Kulttuuritoimen osalta tavoitteita ilmaistiin useita. Näistä keskeisimpiä olivat osallistumismahdollisuuksien turvaaminen opiskeluun, kuten esimerkiksi tietotekniikan opiskeluun, ja harrastuksiin. Myös kulttuuritapahtumien järjestäminen ja kulttuuritilojen esteettömyys ja saavutettavuus, kirjaston palveluiden saavutettavuuden parantaminen ja palvelujen sopiva hinnoittelu oli asetettu tavoitteiksi. Ikäihmisten liikkumisen ja osallistumismahdollisuuksien parantamiseksi suunniteltiin myös palvelulinjojen käynnistämistä ja niiden lisäämistä, kutsutaksitoiminnan perustamista ja joukkoliikenneyhteyksien parantamista.

Edellä kuvattujen toiminnallisten kehittämiskohteiden lisäksi esillä oli pienessä määrin suun terveydenhuollon, kuntoutus- ja mielenterveyspalveluiden saatavuuden parantaminen.

### **Palvelujen määrälliset tavoitteet**

Yli 75-vuotiaiden osalta strategioissa asetettiin yleisesti tavoitteeksi, että kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden kuntalaisten osuus olisi 90 prosenttia - tavoitteen asettelua ohjasi siis 1990-luvun puolivälissä asetettu valtakunnallinen tavoite (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996). Selvityksessä mukana olleiden strategioiden mukaan 75 vuotta täyttäneiden kotona asumista koskevien ta-

Taulukko 5. Palvelurakenteelle strategioissa asetetut määrälliset tavoitteet suhteutettuna 75 vuotta täyttäneisiin.		
	Strategioissa esitetty tavoite- taso (keskiarvo, %)	Tavoitteiden vaihteluväli (%)
Kotihoito	25,0	10,0*–32,5
Tukipalvelut	24,4	11,5–33,0
Omaishoidon tuki	5,7	3,0–11,0
Palveluasuminen	5,4	2,6–12,0
Laitoshoido, lyhytaikainen	3,6	1,0–10,0
Laitoshoido, pitkäaikainen	10,6	3,0–10,8
*10 prosentin kattavuustavoite koskee 85 vuotta täyttäneiden tehostettua kotihoitoa		

voitteiden keskiarvo oli 89,7 % (vaihteluväli 82,5–93 %). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa esitetty tavoite (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2002) näytti ohjanneen myös kotihoidolle asetettujen tavoitteiden laatimista, sillä tavoitteeksi oli yleisesti asetettu 25 prosentin kattavuus. Omaishoidon tuen tavoitekattavuudeksi oli strategioissa asetettu keskimäärin 5,7 prosenttia (vaihteluväli 3–11 %). Muutamassa strategiassa tavoite oli ilmaistu tukea saavien lukumääränä (esim. 50 hoitajalle vuosittain), jolloin prosentuaalisesta ja ikäryhmittäisestä kattavuustavoitteesta ei saatu tietoa. Suurimmassa osassa strategioita ilmaistiin, että omaishoidon tuen hoitopalkkiota korotetaan vuosittain. Omaishoidon tukea koskeviksi tavoitteiksi asetettiin myös tukeen kuuluvien palveluiden monipuolistaminen ja lisääminen. Avopalveluiden kokonaisuuteen kuuluvalla palveluasumisella oli myös asetettu tavoitteita. Ns. tavallista ja tehostettua palveluasumista ei useimmiten erotettu tavoitteita asetettaessa toisistaan. Pitkäaikaisen laitoshoidon kattavuutta kuvaavat tavoitteet vaihtelivat kolmesta yli kymmeneen prosenttiin. (Taulukko 5.)

### Riittävien voimavarojen turvaaminen

Riittävien voimavarojen turvaaminen on yksi suosituksen sisältöalue. Se käsittää sekä henkilöstön että toimitilat. Lähes kaikissa strategioissa oli esillä henkilöstömitoituksiin liittyviä teemoja (n = 71). Näistä yhdeksässä viitattiin laatusuositukseen ottamatta sen tarkemmin kantaa mitoitusten tavoitetasoihin. Kahdessa strategiassa todettiin laatusuositukseen viitaten, että mitoitustavoitteet oli saavutettu (mitoitus oli tasolla keskiverto-hyvä) eikä tarvetta tavoitteiden uudelleen asetteluun ollut. 16 strategiassa (18 %) tavoite ilmaistiin sanallisesti siten, että *pyritään saavuttamaan valtakunnallinen suositusten mukainen taso*.

Määrällisiä tavoitetasoja oli esillä 44 strategiassa (49,4 %). Strategioissa esitetyt tavoitteet oli esitetty palvelumuodoittain siten, että useimmiten mitoitustavoite oli asetettu laitoshoidolle ja tehostetulle palveluasumiselle. Palvelumuotojen kuvaus oli strategioissa varsin kirjavaa, joten ao. taulukossa käytetään osittain strategioissa esitettyjä ilmauksia (taulukko 6.).

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tai yhdistetyn kotihoidon henkilöstön mitoitustavoitteita oli asetettu muutamassa strategiassa. Seitsemässä strategia-asiakirjassa asetettiin kotipalvelun mitoitustavoitteita, useimmiten suhteessa sataa 65 vuotta täyttäneitä kohti. Tavoitteet vaihtelivat 1,63–2 työntekijää sataa 65 vuotta täyttäneitä kohti. Kotisairaanhoidon henkilöstön mitoitustavoitteita asetettiin neljässä strategiassa. Nämä tavoitteet oli ilmaistu tasona 0,3 työntekijää sataa 65 vuotta täyttäneitä kohti.

70 prosentissa strategioita ilmaistiin, että henkilöstöä tarvitaan lisää ennen vuotta 2010, ja että lisästarve kasvaa etenkin vuoden 2010 jälkeen. Henkilöstön lisästarpeita esitettiin kaikkien keskeisten ikääntyneiden palvelujen osalta: kotiin annettavat, asumis- ja laitoshoidon palvelut. Osassa strategioista määriteltiin myös määrällisiä rekrytointitarpeita, muutama kunta arvioi

Taulukko 6. Henkilöstömitoitustavoitteet palvelumuodoittain.			
Palvelumuoto	Strategioissa asetettujen mitoitustavoitteiden keskiarvo	Vaihteluväli	Määrällisen tavoitteen asettaneiden kuntien määrä
Palveluasuminen	0,36	0,22–0,51	6
Tehostettu palveluasuminen	0,51	0,40–0,65	18
Dementiaryhmäkodit/ dementiayksiköt	0,59	0,55–0,70	7
Vanhainkoti	0,61	0,44–0,80	14
Terveyskeskuksen vuode- osastohoito ja muu laitoshoido*	0,69	0,50–0,90	38

\*18 strategiassa on käytetty käsitettä 'laitushoito'; asiayhteydestä on tehty tulkinta, että kyseessä olisi muu kuin vanhainkodissa tapahtuva laitushoito, joten niiden osalta tavoitetasot on kirjattu terveyskeskuksen vuodeosaston kanssa samaan kategoriaan.

rekryointitarpeensa aina vuoteen 2030 saakka. Useimmiten rekryointitarpeita arvioitiin kymmenen vuoden aikajänteelle.

Riittävien voimavarojen turvaamiseen oli Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa sisällytetty henkilöstövoimavarojen ohella koti- ja laitoshoidon toimitilat. Suosituksen mukaan hyvä ympäristö ylläpitää ja edistää fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä. Esteettömyys, lähiympäristö palveluineen ja muu asuin ympäristön toimivuus lisäävät kotona asumisen mahdollisuutta, jota voidaan tukea myös apuvälinein. Näihin liittyviä tavoiteasetteluja oli strategioihin kirjattu useita: kolmea strategiaa lukuun ottamatta kaikissa muissa esitettiin joitakin toimitiloihin liittyviä kehittämistavoitteita. Esillä oli rakennusten perusparannus- ja investointisuunnitelmia; 50 prosentissa strategioista oli esitetty peruskorjaussuunnitelmia tai ainakin todettu niiden tarve. Noin joka kymmenennessä strategiassa esitettiin korjaustoimenpiteiksi laitosten isojen osastojen jakaminen pienemmiksi yksiköiksi tai osastojen huoneiden saneeraus niin, että niistä muodostettaisiin 1–2 hengen huoneita.

Dementoituneiden ihmisten tulevaisuuden hoito- ja palvelujärjestelyjä oli ylipäättään pohdittu paljon; strategioissa oli tavoitteita dementoituneiden ryhmäkotien ja/tai dementiayksiköiden perustamiseksi ja lisäämiseksi. Joka viidennessä strategiassa esitettiin suunnitelmia uusien palveluasumisyksiköiden ja pienkotien rakentamiseksi lähivuosina. Myös kuntoutusyksiköiden ja vanhuspsykiatristen yksiköiden perustaminen oli strategioissa esillä. Laitospaikkoja esitettiin lisättäväksi joka kymmenennen kunnan strategia-asiakirjassa. Samoin joka kymmenes strategia nosti esiin ikääntyneiden päivä-, palvelu- tai seniorikeskuksen perustamisen. Näistä keskuksista suunniteltiin ikääntyneiden kohtaamispaikkoja, joissa olisi tarjolla harrastus- ja kuntoutumismahdollisuuksia sekä esimerkiksi ateriointi- tai saunassa käyntimahdollisuus.

### Johtaminen

Laatusuosituksessa esitettiin johtamisen tavoitteeksi laadukkaiden palvelujen ja hoidon sekä hyvinvoinnin turvaaminen ikäihmisille. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi esitettiin poliittisen johdon vastuulle asettaa toimintaa koskevat kokonaistavoitteet sekä luoda aineelliset ja muut edellytykset tavoitteiden saavuttamiselle. Ammatillisen johdon vastuulle puolestaan esitettiin asetettujen tavoitteiden saavuttaminen, työn tarkoituksenmukainen organisointi, toiminnan tuloksellisuus, kehittämistyö, uudistaminen ja henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen.

Useaan (n = 35) strategiaan olikin kirjattu kehittämishaasteita johtamisen kehittämiseksi. Kehittämishaasteet liittyivät työilmapiirin parantamiseen, henkilöstön työhyvinvoinnin tur-

vaamiseen sekä henkilöstön asiantuntijuuden järjestelmälliseen kasvattamiseen. Henkilöstön osaamiseen ja työhyvinvointiin kiinnitettiin strategioissa huomiota niin, että osaamisen kehittämiseen liittyviä tavoitteita oli asetettu 72 ja työhyvinvoinnin kehittämiseen liittyviä tavoitteita 40 strategiassa. Joissakin strategioissa oli kirjattu tavoitteeksi myös henkilöstön koulutustason nostaminen (n = 18). Strategioissa esitettyjen toimenpide-ehdotusten mukaan henkilöstörakennetta esitettiin muutettavaksi siten, että vailla sosiaali- ja terveysalan perustutkintoa olevilta työntekijöiltä vapautuvat virat ja toimet täytetään alan peruskoulutuksen saaneilla henkilöillä. Osaamisen kehittämisen osalta esitettiin, että paitsi vakinaisen henkilökunnan, myös sijaisten mahdollisuudet täydennyskoulutukseen tulisi turvata. Oppisopimuskoulutus tuotiin esille yhtenä toimivana vaihtoehtona varmistaa henkilöstön osaamisen kehittäminen. Myös erityisosaamisen alueita, kuten ehkäisevien ja toimintakykyä ylläpitävien ja edistävien työmenetelmien oppiminen sekä dementiaoireisten, masentuneiden ja päihdeongelmaisten ihmisten hoidon tarpeisiin vastaaminen, nostettiin strategioissa esiin. Yleisesti todettiin, että gerontologista osaamista on kehitettävä. Myös tietoteknisten valmiuksien kehittäminen nousi vahvasti esiin. Henkilöstön jaksamisen tukemiseen oli asetettu tavoitteita ja toimenpide-ehdotuksia. Näitä olivat mm. työohjaus, työkykyä ylläpitävä kuntoutus ja työkierto.

### **Tavoitteiden seuranta ja arviointi**

Tavoitteiden seuranta ja arviointi on laatusuosituksen yksi keskeinen osa-alue. Keskiössä on se, että asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan järjestelmällisesti, otetaan käyttöön laatuindikaattorit ja julkaistaan seurantatiedot vuosittain paikallisena palvelukatsauksena. Seuranta ja arviointi ilmaistiin eksplisiittisesti 61 strategiassa (69 %). Tavoitteiden seurannasta ja arvioinnista vastuullisiksi tahoiksi määritettiin tässä selvityksessä analysoiduissa strategioissa strategian laatinut työryhmä tai erikseen asetettu seurantaryhmä (n = 15). Kuudessa strategiassa seuranta ja arviointivastuu oli ikääntyneiden palveluista vastuussa olevilla viran- tai toimenhaltijoilla, kuten vanhustyön johtajilla. Joissakin strategioissa (n = 7) seuranta- ja arviointivastuu oli useammalla taholla, kuten viran- ja toimenhaltijoilla sekä lautakunnalla (sosiaali-/terveys-/perusturvalautakunta). Viidessä strategiassa mainittiin vanhusneuvostot strategian arviointiin osallistujina. Kaikkien kuntien strategioista ei kuitenkaan ilmennyt, miten seuranta ja arviointi tapahtuvat (n = 28). Useimmiten seurantaväli oli yksi vuosi, ja joissakin kunnissa strategiat aiottiin tarkistaa joka viiden vuoden välein.

### **Tiedottaminen**

Laatusuosituksen mukaan kunnan palvelutasosta ja sen tavoitteista, palvelujen saannin ehdoista sekä seurannan tuloksista tulisi vuosittain tiedottaa myös kuntalaisille. Kuntaan esitettiin nimettäväksi yhdyshenkilö tai useampia, joihin kuntalaiset voisivat ottaa yhteyttä palveluja koskeissa kysymyksissä. Yhteydenotot esitettiin kirjattaviksi ja raportoitaviksi palvelukatsauksessa.

Yhteensä 75 prosentissa strategioita mainittiin kuntalaisille tiedottamiseen liittyviä toimenpiteitä. Yleisenä tavoitteena oli lisätä ja parantaa tiedottamista. Monia erilaisia tiedottamisen muotoja oli käytössä (taulukko 7.). Näistä yleisimpiä olivat asukasfoorunit.

Taulukko 7. Kuntalaisille tiedottamisen muotoja strategioissa.	
Tiedottamisen muoto	% (mainittu strategioissa)
Asukasfoorumit, -illat tms.	25,0
Tiedotusvälineiden käyttö: sanomalehdet, paikallistelevisio ja -radio	15,9
Palveluopas	14,8
Kunnan www-sivut	12,5
Erillinen palvelukatsaus	10,2
Esitteet	8,0
Neuvontapiste tai palvelupuhelin	6,8
Tiedottaminen yhteistyössä vanhusneuvoston kanssa	6,8
Yhteensä	100,0

Yhteenvedon strategioiden sisällön analyysistä voidaan todeta, että strategioissa oli varsin monipuolisesti esillä kaikkien laatusuosituksen osa-alueiden sisältöjä. Toiminnan eettisiä ja toiminnallisia tavoitteita oli esillä runsaasti. Eri palveluille oli asetettu myös määrällisiä tavoitteita, joskin sanallisesti ilmaistuja tavoitteita vähemmän. Henkilöstön määrällisiä mitoitustavoitteita oli esitetty eniten laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen osalta ja vähiten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon osalta. Johtaminen osa-alueen sisältöjä, kuten henkilöstön osaamisen ja työhyvinvoinnin ylläpitämistä ja edistämistä, oli strategioissa käsitelty monipuolisesti. Strategian seurannan ja arvioinnin osalta tavoitteet olivat jossakin määrin selkiintymättömiä ja kolmasosassa strategioista ei eksplisiittisesti ilmaistu lainkaan, miten seuranta ja arviointi toteutetaan.

#### 4.1.3 Vanhuspoliittisia strategioita koskevan selvityksen tulosten arviointi

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen keskeinen viesti oli, että kunnat laativat vanhuspoliittisen strategian ja sen osana palvelurakenteen kehittämissuunnitelman. Näissä tuli määrittellä tavoitteet iäkkäiden kuntalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi sekä osoittaa kunnan eri hallintokuntien ja sidosryhmien vastuut tavoitteiden toteuttamiseksi. Palvelurakenteen kehittämissuunnitelmassa tuli määrittää tavoitteet palvelutasolle ja voimavaroille sekä toimenpiteet asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Suositus korosti seurannan ja arvioinnin merkitystä sekä kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien turvaamista tavoitteita asetettaessa.

Tältä osin suositus on toiminut hyvin ja asetettu tavoite on saavutettu. Kunnat ovat valmisteelleet ja/tai päivittäneet vanhuspoliittisia strategioitaan. Jo vuonna 2002 kunnista 80 prosenttia oli tehnyt tai valmisteli strategiaa. Vuoden 2006 syksyllä omaishoidon tuen seurantatutkimuksen yhteydessä koottu aineisto osoitti, että 82 prosentilla kuntia oli vanhuspoliittinen strategia ikääntyneiden palvelujen kehittämisen tukena.

Tässä selvityksessä analysoitiin vanhuspoliittisten strategioiden sisältöjä. Kuntien vanhuspoliittiset strategiat olivat monipuolisia ja niissä esiin nostetut teemat mukailivat suosituksen keskeisiä sisältöalueita. Toiminnan eettisiä ja toiminnallisia tavoitteita oli esillä monipuolisesti ja runsaasti. Eri palveluille oli asetettu myös määrällisiä tavoitteita, joskin sanallisesti ilmaistuja tavoitteita vähemmän. Henkilöstön määrällisiä mitoitustavoitteita oli esitetty eniten laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen osalta ja vähiten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon osalta. Johta-

misen osa-alueen sisältöjä, erityisesti henkilöstön osaamisen ja työhyvinvoinnin turvaamista, oli strategioissa käsitelty monipuolisesti. Strategian seurannan ja arvioinnin osalta tavoitteet olivat jossakin määrin selkiintymättömiä ja kolmasosassa strategioista ei eksplisiittisesti ilmaistu lainkaan seurantaa ja arviointia.

Voidaan todeta, että suositus on ohjannut strategioiden sisällön muotoutumista kunnissa. Sisällöissä on esillä kuitenkin myös muita kuin suoraan suosituksen sisältöön liittyviä tavoitteita. Näistä esimerkkinä voidaan mainita ehkäiseviin palveluihin liittyvät strategiset tavoitteet, kuten ikäihmisten liikuntamahdollisuuksien parantamiseen (esim. ikäihmisten kuntosalitoiminta), kuntoutumista edistävien palvelujen lisäämiseen, seniorineuvolatoiminnan käynnistämiseen sekä päivätoiminnan kehittämiseen ja lisäämiseen liittyvät tavoitteet.

Strategioiden valmistelun tueksi on tuotettu materiaalia (Lehtonen & Voutilainen 2004, Suomen Kuntaliitto 2006), joka tukee vanhuspoliittisten strategioiden laadintaa. Suosituksen sisältöä uudistettaessa voidaankin pohtia, olisiko hyödyllistä sisällyttää suositukseen ehdotus strategian sisällöksi/rakenteeksi hyödyntäen suosituksen jälkeen julkaistua tukimateriaalia. Tällainen sisältöehdotus voisi osaltaan vaikuttaa mm. tavoitteiden konkreettisuuteen ja näin tukea seurantaa ja arviointia sekä ennen kaikkea varmistaa sen, että strategioiden sisällöt pysyvät monipuolisina.

Laatusuosituksen sisältöä uudistettaessa tulisi korostaa konkreettisten tavoitteiden asettamisen merkitystä; jos tavoitteet ilmaistaan abstraktilla tasolla, puuttuu seurannalta ja arvioinnilta tukeva perusta. Seurannan ja arvioinnin merkityksen sekä kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien edelleen kehittäminen ovat myös korostusta vaativia asioita laatusuosituksen sisältöä uudistettaessa.

Strategioiden valmistelua painottava tavoite on edelleen tarkoituksenmukainen sisältö uudistettavassa suosituksessa ja ajankohtainen mm. kunta- ja palvelurakennemuutoksen vuoksi. Suositusta uudistettaessa tulisi huomiota kiinnittää strategioissa ja erityisesti palvelurakenteen kehittämissuunnitelmissa asetettavien tavoitteiden mitattavuuden korostamiseen seurannan ja arvioinnin kehittämiseksi.

## 4.2 Ikäihmisten kotona asuminen ja avopalveluiden ensisijaisuus

*Reija Heinola, Sari Kauppinen, Eija Kattainen & Harriet Finne-Soveri*

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen keskeinen tavoite on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja omassa tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisesti tuotetuilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. Hoidon tulee olla asianmukaista ja asiakasta kunnioittavaa. Avopalvelut ja kotona asumisen tuki ovat ensisijainen vaihtoehto. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido sekä niihin liittyvät tukipalvelut ja omaishoidon tuki tulisi mitoittaa kunnassa esiintyvää tarvetta vastaavasti. Vaikka avopalvelut ovatkin ensisijainen vaihtoehto, on palvelurakennetta aina tarkasteltava kokonaisuutena. Avopalveluiden toimivuus vaikuttaa palveluasumisen ja laitoshoidon toimintaan ja kehittämistarpeisiin. Palvelurakenteen tulisi kokonaisuutena olla tasapainoinen kunnan asukkaiden tarpeet huomioon ottaen.

### 4.2.1 Selvityksen tavoitteet ja toteutus

Selvityksen tämän osan tavoitteena on kuvata ja arvioida Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen keskeisten sisältöalueiden kehitystä vuodesta 1990 lähtien, mutta erityisesti vuodesta 2000 vuoteen 2005.

Yksityiskohtaiset tehtävät ovat:

1. Kuvata kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuuden kehitystä
2. Kuvata ikääntyneiden palveluiden rakenteen kehitystä ja alueellista vaihtelua sekä erityisesti kotiin annettavien palveluiden (kotipalvelu, kotisairaanhoidon ja omaishoidon tuki) määrällistä kehitystä
3. Kuvata avopalvelujen kohdentumista asiakkaiden iän, sukupuolen, ja palvelujen intensiteetin mukaan sekä dementiaoireisten ihmisten näkökulmasta

Aineistona käytettiin kansallisia tilasto- ja tutkimusaineistoja. Palvelujen määrällistä kehitystä kuvaava tieto on koottu Stakesin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekistereistä ja Tilastokeskuksen Kuntien toimintatilastosta. Palveluiden kehitys kuvataan sekä absoluuttisina asiakasmäärinä että prosenttiosuuksina. Palvelujen kohdentumisen kehitystä tarkastellaan asiakkaiden iän, sukupuolen ja saadun palvelun intensiteetin mukaan. Palvelurakenteita tarkastellaan myös maakunnittain.

## 4.2.2 Kotona asumisen tukemista ja avopalveluiden ensisijaisuutta koskevien tavoitteiden toteutuminen

### **Kotona asuvien ikääntyneiden määrä**

75 vuotta täyttäneistä henkilöistä hieman vajaa 90 prosenttia asuu kotona ja osuus on pysynyt koko 2000-luvun lähes samansuuruisena vaihdellen 89,5 prosentista 89,8 prosenttiin. Vuonna 2005 kotona asuvia yli 75 -vuotiaita oli 89,6 prosenttia ikäryhmästä ([www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)). Indikaattori ilmaisee vuoden lopussa kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuuden vastaavanikäisestä väestöstä. Indikaattoria laskettaessa kotona asuvia ovat muut kuin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa pitkäaikaishoidossa, vanhainkodeissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, kehitysvammlaitoksissa tai kehitysvammaisten autetussa asumisessa olevat.

### **Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja kotiin annettavat palvelut osana palvelurakennetta**

Ikääntyneiden keskeisiä sosiaali- ja terveyspalveluja ovat kotipalvelu, kotisairaanhoidon tuki, omaishoidon tuki, ikääntyneille tarkoitettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja pitkäaikainen vuodeosastohoito terveyskeskuksissa. Palvelurakenteen kokonaiskehitystä keskeisten ikäihmisten hoivapalvelujen osalta on kuvattu vuodesta 1990–2005.

Viimeisten 15 vuoden aikana avopalveluiden kattavuus on pienentynyt säännöllisen kotihoidon osalta, mutta omaishoidon tuen kattavuus on noussut, erityisesti 2000-luvulla. Palveluasumisen volyyymi on kolminkertaistunut 15 vuoden tarkastelussa, mutta kasvu on tasaantunut 2000-luvulla. Palveluasumisesta lähes kaksi kolmasosaa on tehostettua palveluasumista, jossa henkilökuntaa on läsnä ympärivuorokautisesti. Pitkäaikaishoitoa vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on puolestaan purettu 1990-luvun alussa asetettujen tavoitteiden suuntaisesti.

Vuodesta 1995 lähtien on joka toinen vuosi tehty asiakaslaskenta säännöllisen kotihoidon asiakkaista. Säännöllistä kotihoitoa saaneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä on vähentynyt 12,1 prosentista 11,5 prosenttiin vuodesta 2000 vuoteen 2005. Kotihoidon kattavuuden lasku näyttää kuitenkin pysähtyneen, sillä vuonna 2003 säännöllistä kotihoitoa sai 11,4 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, kun vastaava osuus oli 11,5 prosenttia vuonna 2005. Asiakkaiden lukumäärä on kasvanut noin 3 000:lla. Tämä kehityskulku on tärkeä, sillä 75 vuotta täyttäneillä säännöllisen avun tarpeet kasvavat. Palveluasumisessa olleiden 75 vuotta täyttäneiden osuus nousi 5,1 prosentista 5,4 prosenttiin vuosina 2000–2005 ja asiakasmäärä kasvoi lähes 4 000 henkilöllä. Tehostetussa palveluasumisessa oli vuonna 2000 1,7 prosenttia yli 75-vuotiasta ja vuonna 2005 jo 3,4 prosenttia. Tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä nousi noin 7 700 asiakkaalla vuodesta 2000 vuoteen 2005. Palveluasumisessa on siis tapahtunut siirtymää tehostettuun palveluasumiseen.

Taulukko 8. Ikääntyneiden palvelujen rakenne 1990–2005 (75 vuotta täyttäneet asiakkaat, lkm ja % vastaavasta väestöstä).												
	Omaishoidon tuki		Säännöllinen kotihoito		Ikääntyneiden palveluasuminen		Siitä tehostettu palveluasuminen		Vanhainkodit		Terveyskeskusten pitkäaikaishoito	
		%		%		%		%		%		%
1990	9 326	3,3	..	..	..	..	..	..	22 180	7,8	9 608	3,4
1995	8 041	2,7	41 294	13,8	10 197	3,4	..	..	19 535	6,5	10 312	3,4
2000	10 300	3,0	..	..	17 226	5,1	5 857	1,7	18 093	5,3	10 360	3,0
2001	11 340	3,2	42 231	12,1	17 911	5,1	7 791	2,2	17 755	5,1	10 362	3,0
2002	12 270	3,4	..	..	19 015	5,3	9 127	2,6	17 786	5,0	10 024	2,8
2003	12 938	3,5	41 962	11,4	20 270	5,5	10 393	2,8	17 212	4,7	9 640	2,6
2004	13 531	3,6	..	..	20 900	5,5	11 760	3,1	17 246	4,5	9 602	2,5
2005	14 465	3,7	45 037	11,5	21 125	5,4	13 554	3,4	16 878	4,3	9 758	2,5

Lähteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit, Stakes ja Kuntien toimintatilasto, Tilastokeskus ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006.

Omaishoidon tuella hoidettiin vuonna 2000 kolme prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja vuonna 2005 vastaava osuus oli 3,7 prosenttia. Omaishoidon tuen asiakasmäärät kasvoivat noin neljällä tuhannella henkilöllä. (Taulukko 8.).

Palvelurakenne vaihtelee alueellisesti jonkin verran. Maakunnittain tarkasteltuna 75-vuotiaista säännöllisessä kotihoidossa olevien osuus vaihtelee alle 10 prosentista (Uusimaa, Satakunta, Päijät-Häme, Pohjanmaa) aina Etelä-Savon 15,3 ja Pohjois-Pohjanmaan 17,4 prosenttiin. Vanhainkodeissa hoidetaan suhteellisesti suurinta osaa 75 vuotta täyttäneistä Pirkanmaalla (6,4 %) ja terveyskeskusten vuodeosastoilla Päijät-Hämeessä (5,0 %). Palveluasumista on eniten Keski-Pohjanmaalla (10,5 %) (Taulukko 9.).

### Kotiin annettavien palvelujen määrällinen kehitys

Säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon ja tukipalvelujen käyttäjinä olleiden ikääntyneiden, samoin kuin vähintään kerran vuoden aikana kodinhoitoapua saaneiden vanhuskotilouksien määrät ovat vaihdelleet 2000-luvulla. Kaikissa palvelumuodoissa asiakasmäärät olivat vuonna 2005 suuremmat kuin 2000-luvun alussa. Omaishoidon tuki on ollut nopeimmin laajeneva palvelumuoto, sillä omaishoidon tuen asiakasmäärä kasvoi yli kolmanneksen aikavälillä 2000–2005. Vuonna 2005 kodinhoitoapua sai 18,2 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä (72 000 kotitaloutta). Kodinhoitoavun kattavuus laski 19,7 prosentista 18,2 prosenttiin vuosina 2000–2005, joskin nousi hiukan vuodesta 2004. Myös tukipalvelujen kattavuus laski 13,5 prosentista 12,8 prosenttiin vuosina 2000–2005. Tukipalveluja sai 65 vuotta täyttäneistä noin 108 000 henkilöä vuonna 2005 (tieto kerätään vain 65 vuotta täyttäneiden osalta, ei tarkemmin ikäeriteltynä) (Taulukko 10.).

### Kotiin annettavien palvelujen kohdentuminen

Kun palvelujen kohdentumista tarkastellaan iän mukaan, voidaan todeta, että 65 vuotta täyttäneiden kotihoitoasiakkaiden kokonaismäärä on kaiken kaikkiaan hieman kasvanut vuodesta 1995 vuoteen 2005. Suurin asiakasryhmä ovat 75–84-vuotiaat, joita on lähes puolet asiakkaista. Joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta ja joka kuudes on 65–74-vuotias. Nuorimman ikäryhmän eli 65–74-vuotiaiden osuus on laskenut, kun taas 85 vuotta täyttäneiden osuus ja 2000-luvulla myös 75–84-vuotiaiden asiakkaiden osuus on kasvanut. Palvelua kohdennetaan entistä enemmän 85 vuotta täyttäneille, vaikka he eivät vielä olekaan pääasiallisena asiakaskuntana. Vuonna 2005 säännöllisen kotihoidon kaikkien asiakkaiden keski-ikä oli 76,8 vuotta. Keski-ikä 65 vuotta täyt-



**Taulukko 9. Ikääntyneiden palvelujen rakenne ja peittävyys maakunnittain 2005. (75 vuotta täyttäneet asiakkaat, lkm ja % vastaavasta väestöstä).**

Maakunta	Säännölliset kotihoidon palvelut		Ikääntyneiden palvelu-asuminen		Siitä tehostettu palvelu-asuminen		Vanhainkodit		Terveyskeskusten vuodeosstot, pitkäaikaishoito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Koko maa	45 037	11,5	21 125	5,4	13 554	3,4	16 878	4,3	9 758	2,5
Uusimaa	7 228	9,9	3 905	5,3	2 810	3,8	3 240	4,4	1 654	2,3
Itä-Uusimaa	646	10,1	282	4,4	143	2,2	368	5,8	107	1,7
Varsinais-Suomi	3 930	10,4	1 388	3,7	1 205	3,2	1 891	5,0	730	1,9
Satakunta	2 045	9,9	1 045	5,1	746	3,6	1 209	5,9	355	1,7
Kanta-Häme	1 665	11,3	758	5,2	366	2,5	795	5,4	265	1,8
Pirkanmaa	3 959	10,9	1 416	3,9	623	1,7	2 318	6,4	659	1,8
Päijät-Häme	1 551	9,8	696	4,4	464	2,9	314	2,0	802	5,0
Kymenlaakso	1 664	10,0	919	5,5	577	3,5	586	3,5	438	2,6
Etelä-Karjala	1 351	11,0	484	3,9	327	2,7	459	3,7	381	3,1
Etelä-Savo	2 436	15,3	1 096	6,9	633	4,0	659	4,1	527	3,3
Pohjois-Savo	2 566	11,9	1 091	5,1	588	2,7	636	3,0	602	2,8
Pohjois-Karjala	2 025	14,0	728	5,0	282	2,0	476	3,3	561	3,9
Keski-Suomi	2 867	13,7	1 136	5,4	683	3,3	877	4,2	523	2,5
Etelä-Pohjanmaa	1 900	10,6	1 256	7,0	611	3,4	790	4,4	539	3,0
Pohjanmaa	1 568	9,8	1 135	7,1	852	5,3	614	3,9	492	3,1
Keski-Pohjanmaa	656	11,9	577	10,5	408	7,4	182	3,3	63	1,1
Pohjois-Pohjanmaa	3 996	17,4	1 491	6,5	881	3,8	972	4,2	409	1,8
Kainuu	884	11,8	568	7,6	573	7,6	20	0,3	159	2,1
Lappi	1 859	13,3	946	6,8	724	5,2	365	2,6	436	3,1
Ahvenanmaa	239	10,8	208	9,4	58	2,6	106	4,8	56	2,5

Lähteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit, Stakes ja Kuntien toimintatilasto, Tilastokeskus ja sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006.

**Taulukko 10. Kotiin annettavien palveluiden asiakasmäärien kehitys (75 vuotta täyttäneet asiakkaat, lkm ja % vastaavasta väestöstä) 2000–2005.**

	Kodinhoitoapu*		Tukipalvelut**		Omaishoidon tuki		Säännöllinen kotihoito	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2000	67 210	19,7	105 195	13,5	10 300	3,0		
2001	68 631	19,6	106 556	13,5	11 340	3,2	42 231	12,1
2002	69 229	19,3	110 265	13,8	12 270	3,4		
2003	68 986	18,7	111 997	13,8	12 938	3,5	41 962	11,4
2004	67 450	17,7	108 248	13,0	13 531	3,6		
2005	71 669	18,2	107 827	12,8	14 465	3,7	45 037	11,5

Kodinhoitoapu, omaishoidon tuki ja säännöllinen kotihoito suhteutettu 75 vuotta täyttäneisiin, tukipalvelut 65 vuotta täyttäneisiin

\*Kotitaloudet, joiden viitehenkilö on täyttänyt 75 vuotta

\*\* 65 vuotta täyttäneet tukipalveluasiakkaat, lkm ja % vastaavasta väestöstä

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006.

Taulukko 11. 65 vuotta täyttäneet säännöllisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaat ikäryhmittäin 1995, 2001 ja 2005.

Ikäryhmät	1995		2001		2005		Muutos 1995–2005	Muutos 2001–2005
	n	%	n	%	n	%	%	%
65–74	11 999	22,5	10 122	19,3	9 279	17,1	-22,7	-8,3
75–84	26 371	49,5	25 288	48,3	26 559	48,9	0,7	5,0
85+	14 923	28,0	16 943	32,4	18 478	34,0	23,8	9,1
65+ yht.	53 293	100	52 353	100	54 316	100	1,9	3,7
75+ yht.	41 294	77,5	42 231	80,7	45 037	82,9	9,1	6,6

Lähde: Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri/kotihoidon laskenta, Stakes.

Taulukko 12. Säännöllisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon käynnit/ kk yli 65 vuotta täyttäneiden asiakkaiden luona vuosina 1995, 2001 ja 2005 (%).

	Säännöllisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon 65+ asiakkaat 30.11 Kotipalvelun tai kotisairaanhoidon käynnit / kk				
	Alle 9 %	9–16 %	17–40 %	Yli 40 %	Yhteensä %
1995	50,3	16,2	18,3	15,2	100,0
2001	41,9	15,3	18,6	24,3	100,0
2005	42,4	12,7	18,2	26,8	100,0

Lähde: Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri/kotihoidon laskenta, Stakes ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006.

täneillä asiakkailla oli 81,3 vuotta. Kaikkien asiakkaiden keski-ikä on noussut 0,9 vuodella ja 65 vuotta täyttäneiden keski-ikä 1,3 vuodella vuodesta 1995 vuoteen 2005. (Taulukko 11.)

Kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa saavat asiakkaat ovat paitsi yhä iäkkäämpiä myös huonokuntoisempia, sillä paljon palveluja (käyntejä) saaneiden asiakkaiden osuus on koko ajan kasvanut. Asiakkaiden luona käytiin edelleen vuonna 2005 yleisimmin 1–8 kertaa kuukaudessa, mutta näiden asiakkaiden osuus on vähentynyt vuodesta 1995 vuoteen 2005. Yli 40 käyntiä kuukaudessa eli vähintään 10 käyntiä viikossa tarvitsevien määrä on selvästi kasvanut vuodesta 1995 vuoteen 2005. Vuonna 1995 yli 40 käyntiä saavien asiakkaiden osuus oli 15 prosenttia, kun se vuonna 2005 oli jo 27 prosenttia. Käyntikertojen mediaani on noussut vuoden 1995 kahdeksasta kahteentoista käyntiin vuonna 2005 eli puolet asiakkaista tarvitsee vuonna 2005 vähintään 12 käyntiä kuukaudessa. Nämä luvut kertovat asiakkaiden avuntarpeen lisääntymisestä (Taulukko 12.).

Kotipalveluissa on tapahtunut myös sisällöllistä muutosta. Yhä useammin asiakas saa samalla käynnillä sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. Monet kunnat ja palveluntuottajat eivät enää pystykään erittelemään kotihoidon käyntejä näiden kahden palvelun välillä. Tästä syystä esimerkiksi vuoden 2005 kotihoidon laskennasta ei enää saada tietoa asiakkaiden ja käyntien jakautumisesta kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken. Aiempina vuosina vajaa puolet 65 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaista sai pelkästään kotipalvelua, noin neljäsosa pelkästään kotisairaanhoidoa ja lähes kolmasosa kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa. Lisäksi monet aiemmin kodinhoitoapuun sisältyneet toiminnot on muutettu tukipalveluiksi (esimerkiksi kauppakassipalvelu, siivous ja ateriapalvelut).

Stakesin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterien tuottaman tiedon mukaan henkilöitä, joilla oli dementoiva sairaus, oli sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjinä 31.12.2005 yhteensä 32 490<sup>5</sup>, noin 8 500 henkilöä enemmän kuin vuonna 1999. Joka viides dementia-asiakas sai säännöllisen kotihoidon palveluja vuonna 2005. Vuodesta 1999 säännöllisessä kotihoidossa olevien dementia-asiakkaiden määrä kasvoi 45 prosenttia vuoteen 2005. Tämä myönteinen kehitys johtune siitä, että kattavuudeltaan niukkenevia kotihoidon palveluja on kohdennettu henkilöille, joilla on diagnosoitu dementoiva sairaus. Suurin osa dementia-asiakkaista oli laskentahetkellä 31.12.2005 vanhainkodeissa tai tehostetun palveluasumisen yksiköissä, joissa on dementoituneille suunnattuja ryhmäkoteja ja/tai erityisyksiköitä, ns. dementiayksiköitä.

Tavallisessa palveluasumisessa olevien dementia-asiakkaiden määrä on vähentynyt neljänneksen ja terveyskeskusten vuodeosastoilla pitkäaikaisessa hoidossa hoidettavien määrä kasvanut kymmenen prosenttia. Tehostettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito ovat lisääntyneet vuodesta 1999 vuoteen 2005 (66 %); kasvu kuvastaa osaltaan ryhmäkotien määrän kasvua. Vaikka tarkasteluajanjakso on lyhyt, voidaan sanoa, että rekisteritietojen mukaan kehityskulku on dementoituvien henkilöiden näkökulmasta tarkoituksenmukainen (Taulukko 13.).

Sukupuolittain tarkasteltuna yli 75-vuotiaat naiset käyttävät miehiä yleisemmin kaikkia avohuollon palveluita: säännöllistä kotihoitoa, tavallista palveluasumista ja tehostettua palveluasumista (Kuvio 3.).

Yksin asuminen on yleisempää ikääntyneiden naisten kuin miesten keskuudessa, joten on luonnollista, että palvelujen tarve ikääntyvillä naisilla on suurempaa määrällisesti kuin miehillä. 80 vuotta täyttäneistä henkilöistä naisilla oli miehiä useammin suuria vaikeuksia henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä ja pukeutumisessa. Samoin iäkkäillä naisilla oli miehiä useammin kodinhoitoon ja asiointiin liittyviä vaikeuksia. (Vaarama ym. 2006.)

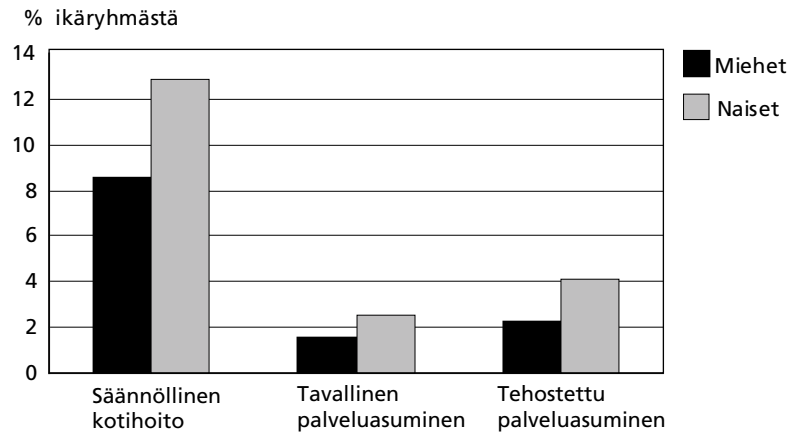
Yhteenvetona ikäihmisten kotona asumisen ja avopalveluiden kehityksestä voidaan todeta, että säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät ovat lisääntyneet, mutta kattavuus on vähentynyt vuosina 2000–2005. Pitkään laskussa ollut säännöllisen kotihoidon ja kodinhoitoavun kattavuus on noussut kuitenkin hivenen vuodesta 2004. Sen sijaan tukipalvelujen kattavuus on laskenut

Taulukko 13. Dementoivaa sairautta sairastavien asiakkaiden käyttämät sosiaali- ja terveyspalvelut 1999, 2001, 2003 ja 2005 (Lkm & %).						
	1999	2001	2003	2005	Muutos 1999–2005/ lkm	Muutos %
	N	N	N	N		
Säännöllinen kotihoito	4 683	5 263	6 601	6 809	2 126	45,4
Palveluasuminen	2 138	1 325	1 695	1 599	-539	-25,2
Vanhainkoti ja tehostettu palveluasuminen	9 034	11 205	12 737	15 004	5 970	66,1
Perusterveydenhuolto, lyhyt-aikainen	1 654	1 904	2 181	1 869	215	13,0
Perusterveydenhuolto, pitkä-aikainen	5 871	5 841	5 733	6 487	616	10,5
Erikoissairaanhoido	621	670	712	722	101	16,3
Yhteensä	24 001	26 208	29 659	32 490	8 498	35,4

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005 ja 2006.

<sup>5</sup>Suomessa oli vuonna 2005 noin 85 000 keskivaikeasta tai vaikeasta dementiaasta kärsivää henkilöä. Lisäksi lievästi dementoituneita arvioidaan olevan noin 30 000.

Kuvio 3. Avopalvelujen peittävyys 75 vuotta täyttäneillä sukupuolittain (% ikäryhmästä).



Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006

vuodesta 2000 vajaalla prosentilla. Tilastoista ei selviä kodinhoitoavun sisältö eli esimerkiksi se, kuinka paljon tukipalvelun tyyppisiä palveluja siihen sisältyy. Dementoituneiden kotiin annettavien palvelujen kehitys on ollut myönteistä. Omaishoidon tuen asiakasmäärät ovat nousseet tasaisesti koko 2000-luvun. Kaikissa ikääntyneiden palveluissa alueelliset erot ovat melko suuria.

#### 4.2.3 Kotona asumista ja avopalveluiden ensisijaisuutta koskevan selvityksen tulosten arviointi

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus korostaa ikääntyneiden kotona asumisen turvaamista nopeasti saatavien, ammattitaitoisesti tuotettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden turvin. Ikäihmisten kotona asumisen ja avopalveluiden kehityksestä voidaan todeta, että säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät ovat lisääntyneet, mutta kattavuus on pienentynyt suosituksen julkaisuvuodesta 2001 vuoteen 2005. Pitkään laskussa olleen kodinhoitoavun ja säännöllisen kotihoidon kattavuus on kuitenkin parin viime vuoden ajan hieman noussut. Sen sijaan tukipalveluiden kattavuus on laskenut tarkasteluajanjaksolla noin prosentin. Omaishoidon tuen asiakasmäärät ovat nousseet tasaisesti koko 2000-luvun. Dementiaoireisten henkilöiden kotiin annettavien palveluiden kehitys on ollut myönteistä.

Ikääntyneiden säännöllisen kotihoidon palveluita sai 11,5 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä vuonna 2005. Osuus on varsin niukka, kun sitä tarkastellaan suhteessa avun tarvetta ja saatujen palvelujen riittävyttä koskeviin tutkimustuloksiin. Arviot ikääntyneiden säännöllisen, päivittäisen, avun tarpeen laajuudesta ovat seuraavat: noin joka kuudes yli 65-vuotias, joka kolmas yli 75-vuotias ja joka toinen yli 85-vuotias tarvitsee arvioiden mukaan apua päivittäin (Vaarama 2004, ks. myös Blomgren ym. 2006).

Palvelujen tarve ei kasva lineaarisesti iäkkäiden määrän kasvun kanssa. Palvelutarpeen kasvua tulevaisuudessa vähentäväksi tekijäksi on esitetty ikäihmisten toimintakyvyssä tapahtuvia myönteisiä muutoksia, jotka hidastavat palvelujen tarpeen kasvua. Vanhimmissa, 75–84-vuotiaiden ja 85 vuotta täyttäneiden ikäluokissa, tutkimustulokset toimintakyvyn kehityksestä ovat kuitenkin osin ristiriitaisia. (Aromaa ym. 2002, Martelin ym. 2004.) 85 vuotta täyttäneiden ikäluokassa ei myönteistä kehitystä ole todettavissa, vaan nämä henkilöt ovat usein monisairaita ja dementoituneiden sairauksien vallitsevuus tässä ikäryhmässä on 35 prosenttia. Kotihoidon turvaaminen myös näille kaikista iäkkäimmille asiakkaille on haaste varsinkin, kun keskimääräinen elinajanodote jatkuvasti kasvaa.

Kotiin annettava apu kohdentuu yhä iäkkäämmille ja toimintakykyään jo paljon menettäneille henkilöille; 75–84-vuotiaat ovat suurin asiakasryhmä säännöllisessä kotihoidossa, mutta palveluita kohdennetaan entistä enemmän 85 vuotta täyttäneille. Palvelujen intensiteetti eli runsaasti palveluja saaneiden asiakkaiden osuus on kasvanut tasaisesti. Yli 41 käyntiä kuukaudessa saavia kotihoidon asiakkaita on jo 27 prosenttia ja tämä osuus kasvaa tulevaisuudessa. Tämä kuvastaa asiakkaiden hoitoisuuden muutoksia.

Palvelurakenne vaihtelee alueellisesti paljon; säännöllistä kotihoitoa saavia 75 vuotta täytäneitä asiakkaita on eniten Pohjois-Pohjanmaalla (17,4 %) ja Etelä-Savossa (15,3 %), koko maan keskiarvo on 11,5 % (vaihtelu 9,8 %–17,4 %). Pienimmillään suhteelliset osuudet ovat alle kymmenen prosenttia. Tämä kuvastaa osaltaan sitä, että kansalaiset eivät välttämättä ole yhdenvertaisessa asemassa palvelutarpeen arvioinnin ja palvelujen saannin suhteen.

Voidaan todeta, että suosituksen tavoite kotona asumisen mahdollistamisesta riittävien ja oikea-aikaisten palvelujen turvin on edelleen tarkoituksenmukainen. Suositusta uudistettaessa tämän tavoitteen merkitystä tulisi edelleen korostaa, sillä muutokset palveluiden määrässä ja kohdentumisessa ovat varsin pieniä, kun asiaa tarkastellaan tilasto- ja tutkimustiedon valossa. Uudistettavaan suositukseen tulisi lisätä ikäihmisten fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen sekä ehkäisevien palvelujen sisältöjä, sillä ikäihmisten toimintakyky ja siinä tapahtuvat muutokset ovat olennaisen tärkeitä palvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Myös laaja-alaisen palvelutarpeen arvioinnin merkitys tulisi nostaa suosituksessa esille, sillä sen turvin voidaan palvelut kohdentaa tarkoituksenmukaisesti.

### 4.3 Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys

*Päivi Voutilainen, Sari Kauppinen, Timo Sinervo, Harriet Finne-Soveri, Marjukka Laine & Reijo Ailasmaa*

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen mukaan kunnissa on asetettava sellaisia tavoitteita, jotka pystytään käytettävissä olevin voimavaroin toteuttamaan. Palvelujen määrällisten ja laadullisten tavoitteiden toteuttamiselle osoitetaan paikallisten olosuhteiden pohjalta riittävät voimavarat, joita ovat henkilöstön määrä, kelpoisuus ja koulutustaso. Tässä selvityksessä tarkastellaan keskeisissä ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitystä sekä henkilöstömitoitusten kehitystä erityisesti 2000-luvulla. Laatusuosituksessa todetaan myös, että *henkilöstön hyvä ammattitaito, hyvinvointi ja sitoutuminen työhönsä vaikuttavat hoidon laatuun myönteisesti. Ammattitaitoinen ja oman ammattitaidon kehittämistä kiinnostunut sekä työhönsä motivoitunut henkilöstö on iäkkäiden hyvän hoidon ja palvelun tärkein osatekijä. Osallistavalla ja kannustavalla johtamisella, työn tarkoituksenmukaisella organisoinnilla sekä turvallisella ilmapiirillä voidaan lisätä henkilöstön jaksamista ja työviihtyvyyttä.* Tarkasteluun on edellä kuvattu suosituksen sisältö huomioon ottaen otettu myös henkilöstön työhyvinvoinnin kehitystä kuvaava osio.

#### 4.3.1 Henkilöstön määrän ja rakenteen kehitystä koskevan selvityksen tavoitteet ja toteutus

Henkilöstön määrän ja rakenteen kehittymistä koskevan selvityksen osan tehtävinä oli kuvata  
1. ikääntyneiden kotipalvelussa, kotisairaanhoidossa, palveluasumisessa ja laitoshoidon palveluissa toimivan henkilöstön määrän ja rakenteen kehitystä Suomessa ajanjaksoilla 1990–2005

2. henkilöstön määrää suhteessa asiakkaiden määrään ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa sekä
3. henkilöstön hyvinvointia.

Henkilöstömäärän ja -rakenteen tarkastelu vuosina 1990–2005 koskee pääasiassa kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa, ikääntyneiden palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja perusterveydenhuollon vuodeosastoilla toimivaa kunnallista henkilöstöä. Tiedot perustuvat tältä osin Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkat -tilastoon, joka sisältää tietoja kuntien ja kuntayhtymien kuukausipalkkaisuudesta henkilöstöstä tilastovuoden lokakuulta. Kunnat ja kuntayhtymät ilmoittavat työntekijöidensä tiedot (mukaan lukien palkat) henkilötasolla Tilastokeskukselle, joka täydentää aineistoa muun muassa koulutus-, alue-, toimiala- ja ammattiluokituksilla. Tietoja on saatavissa vuodesta 1975, mutta tietosisällöt ja luokitukset ovat muuttuneet. Rekisteri kattaa lähes 100 prosenttia kuukausipalkkaisuudesta henkilöstöstä. Tieto siitä, missä palvelussa työntekijä työskentelee, perustuu toimintayksikköluokitukseen (KTOYK). Yleensä KTOYK-luokat summataan toimialaluokitukseksi, mutta tässä raportissa on käytetty alkuperäistä KTOYK-luokitusta, koska se on paljon tarkempi kuin toimialaluokitus. Ammattiryhmäkohtaiset tiedot on poimittu käyttäen Kansainvälisen työjärjestön (ILO) maailmanlaajuiseen ammattiluokitukseen ISCO-88:aan (International Standard Classification of Occupations) perustuvaa luokitusta.

Kunnallisen henkilöstön lisäksi on esitetty myös yksityisten palveluntuottajien henkilöstömäärät ikääntyneiden palveluissa. Siltä osin tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilastoon.

Tiedot henkilöstön määrästä suhteessa asiakkaiden määrään tehostetun palveluasumisen yksiköissä, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla koottiin pääasiassa kotimaisista, ikääntyneiden parissa toimivaa henkilöstöä käsittelevistä tutkimuksista. Tutkimukset haettiin kotimaisista ARTO-, LINDA- ja MEDIC-tietokannoista hakusanoilla ”henkilöstö”, ”henkilöstömitoitus” ja ”henkilökuntarakenne”. Lisäksi Gerontologia- ja Hoitotiede-lehdistä vuosilta 1990–2005 poimittiin artikkelit, jotka käsittelivät henkilöstömitoituksia ikääntyneiden palveluissa. Tällä hakumenettelyllä löydettiin tiedot yhteensä yhdeksästä tutkimuksesta, joiden keskeiset tulokset henkilöstön määrästä suhteessa asiakkaiden määrään koottiin taulukkoon (taulukko 18.) tutkimuksen tekijän tai tekijöiden ja henkilöstömitoitusta kuvaavien tunnuslukujen mukaan. Taulukossa on mukana myös kaksi erillisajoa valtakunnallisista tilastoaineistoista sekä kunnallisten että yksityisten palvelujen osalta.

### **Henkilöstömitoitus käsitteenä**

Onnistuneella henkilöstömitoituksella tarkoitetaan sitä, että riittävät tiedot ja taidot omaava henkilöstö tuottaa määrältään ja laadultaan tarkoituksenmukaiset hoitotyön palvelut suurimmalle mahdolliselle määrälle asiakkaita kustannustehokkaimmalla ja inhimillisesti vaikuttavimmalla tavalla (ANA 1999, Langemo ym. 2002, Partanen 2002). Henkilöstömitoitus -käsite sisältää siis kannanoton sekä hoitotyössä tarvittavan henkilöstön määrään että sen koulutusrakenteeseen. Henkilöstömitoituksen kuvaamisessa käytetään erilaisia tunnuslukuja, esimerkiksi henkilöstön ja hoidettavien potilaiden välistä laskennallista suhdelukua, hoitotyön kokonaistunteja hoitopäivää kohti tai hoitotyöntekijöiden työtunteja hoitopäivää kohti ja potilaiden määrää yhtä hoitotyöntekijää kohti.

Suomessa ikääntyneiden palveluasumisen ja laitoshoidon mitoitukset ilmaistaan yleensä henkilöstön ja asiakkaiden välisenä laskennallisena tunnuslukuna. Käytännössä kuitenkin vaihtelee, mitkä henkilöstöryhmät sisällytetään mitoitukseen. Hoitohenkilöstömitoitukseen lasketaan tavallisimmin kuuluviksi koulutetut perus- ja lähihoitajat sekä sairaanhoitajat, jotka osallistuvat asiakkaan välittömään hoitoon. Hoito- ja laitosapulaisten osallistuminen asiakkaiden välittömään hoitotyöhön vaihtelee, samoin se, lasketaanko heidät mukaan hoitohenkilöstömitoitukseen vai ei. Varsin yleisesti hoito- ja laitosapulaiset sisällytetään hoitohenkilöstömitoitukseen silloin, kun he

osallistuvat asiakkaiden välittömään hoitotyöhön. Silloin, kun heidän työnsä käsittää esimerkiksi vain siivoustehtäviä, heitä ei lueta hoitohenkilöstömitoitukseen kuuluviksi. Palveluasumisen ja laitoshoidon yksiköissä työskentelee myös terapiahenkilöstöä, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja, joiden sisällyttäminen hoitohenkilöstömitoitukseen vaihtelee.

### **Henkilöstön määrän ja rakenteen yhteydet palvelujen laatuun**

Henkilöstömitoitukset ovat hoitotyön laadun tärkeä edellytys ja niiden turvaaminen merkittävä osa ikääntyneiden palveluja johtavien työtä. Øvretveit (1998) määrittää palvelujen laadun kyvyksi täyttää palvelua eniten tarvitsevien asiakkaiden tarpeet säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti. Øvretveit esittää laadun arvioinnin viitekehukseksi kolmiulotteista matriisia. Siinä hoidon ja palvelun laatua esitetään arvioitavaksi panosten (inputs; rakennetekijät), prosessin ja tulosten (outcomes) näkökulmista ja lisäksi niitä kutakin asiakkaan, ammattilaisten ja johtamisen laatuulottuvuudet huomioon ottaen. Näistä johtamisen laadulla tarkoitetaan voimavarojen tehokasta käyttöä asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseksi toiminnalle asetettujen rajoitusten ja toimintaohjeiden (lait, asetukset, toimintaohjelmat, suositukset yms.) rajoissa. Hyvistä rakenteista keskeisimpiä ovat henkilöstön määrä ja koulutus, sillä ne luovat edellytyksiä hyvälle hoidolle ja palvelulle sekä hyvälle tuloksille. (Øvretveit 1998.)

Henkilöstön mitoittaminen on yksi osa hoitotyön inhimillisten resurssien johtamista (Human Resource Management, HRM). Mitoittamisen ohella asiantuntijuuden jatkuvan kehittämisen ja urakehityksen mahdollistaminen, erilaiset kannusteet ja monimuotoinen työhyvinvoinnista huolehtiminen ovat keskeisiä inhimillisten resurssien johtamisen elementtejä. Losey (1999) määrittää inhimillisten resurssien johtamisen tietoon ja taitoon perustuvaksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on optimoida työntekijöiden persoonalliset ja ryhmässä toimimisen taidot tilanteessa, jossa pyritään kohti yhteisesti sovittuja päämääriä.

Henkilöstömitoituksilla ja hoidon laadulla on yhteyksiä. Pitkäaikaishoidossa henkilöstömitoitusten yhteyttä hoidon laatuun on kuitenkin selvitetty huomattavasti vähemmän kuin akuuttihoitossa. Tutkimustulokset ovat tuoneet kuitenkin esiin samankaltaisia tuloksia: henkilöstön koulutustaso vaikuttaa henkilöstön määrää enemmän hoidon laatuun, ainakin käänteisillä indikaattoreilla todettuna. Tutkimuksissa yleisimmin raportoituja laatu- tai tulosindikaattoreita ovat olleet: painehaavaumien esiintyvyys (Anderson ym. 1998, Bostick 2004, Hendrix & Foreman 2001, Hutt ym. 2002, Laine ym. 2005a) sekä asiakkaiden toimintakyvyn muutokset (Spector & Takada 1991, Hutt ym. 2002), ravitsemustila (Harrington ym. 2000, Martau ym. 2002), käytösoireet (Anderson ym. 1998, Hutt ym. 2002) ja infektiot (Anderson ym. 1998, Harrington ym. 2000).

Asiakkaiden toimintakyvyn myönteiset muutokset ovat yhteydessä henkilöstön korkeaan mitoitukseen ja vähäiseen vaihtuvuuteen (Spector & Takada 1991). Käänteisillä laatu- ja tulosindikaattoreilla todettuna matala henkilöstömitoitus oli yhteydessä laadun ongelmiin: painehaavaumien (Anderson ym. 1998, Hendrix & Foreman 2001, Hutt ym. 2002) ja infektioiden määriin (Anderson ym. 1998, Harrington ym. 2000), asiakkaiden toimintakyvyn kielteisiin muutoksiin (Hutt ym. 2002) ja käytösoireisiin (Anderson ym. 1998, Hutt ym. 2002). Vaaraman ym. (1999) tutkimuksessa hoitopäivän hinnan, josta suurin osa muotoutui henkilöstökustannuksista, ja omaisten tyytyväisyyden välillä ei ollut suoraa yhteyttä.

### **Ikääntyneiden toimintakyky ja sairastavuus palveluiden henkilöstövoimavaroihin vaikuttavina tekijöinä**

Hoidon ja palveluiden tarvetta aiheuttavat ikääntyneiden yleisimmät sairaudet ovat koti- ja laitoshoidossa pääsääntöisesti samat. Yleisin ja tärkein hoidon ja palveluiden tarpeen aiheuttaja sekä koti- että laitoshoidossa on dementoivasta sairaudesta johtuva älyllisen toimintakyvyn vaje, joka on noin 16–60 prosentilla kotihoidon asiakkaista ja 70 prosentilla pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaista. Kaikkiaan laitoshoidon asiakkaista alle 10 prosentilla älyllinen toimintakyky on nor-

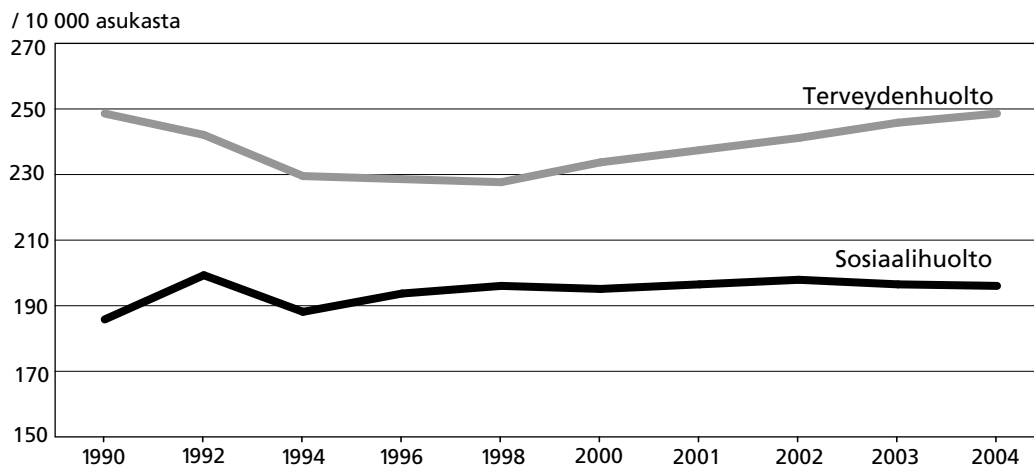
maali ja tämä osuus on vähentynyt koko 2000-luvun ajan. Vähintään keskivaikeasti dementiaa sairastavien osuus on lisääntymässä niin palvelutaloissa, vanhainkodeissa kuin terveyskeskusten osastoillakin (Noro 2005, Finne-Soveri 2006b). Jos nykyinen kehityskulku jatkuu, on laitoshoidossa kahdeksan vuoden kuluttua vain dementoituneita henkilöitä ja heistä 80–90 prosentilla demensian aste on vähintään keskivaikea. Em. lisäksi laitoshoidossa älyllisen toimintakyvyn laskua selittävät aivohalvaus (21 %), Parkinsonin tauti (5 %) sekä aivotrauman jälkitila (3 %). Laitoksissa asuvista vanhuksista 14 prosentilla on todettu älyllisen toimintakyvyn vaje ilman selittävää diagnoosia ja kotihoidossa vastaava osuus on 43 % (Finne-Soveri 2006a; 2006b). Dementoivien sairauksien lisäksi laitoshoidon asiakkaila esiintyy muita, iäkkäillä yleisiä sairauksia, kuten verenpainetauti (29 %) sepelvaltimotautia (19 %), sydämen rytmihäiriöitä (13 %), diabetesta (17 %) ja lonkkamurtuman jälkitiloja (14 %). Kaikkiaan laitoshoidon asiakkaila on useita diagnooseja ja keskimäärin joka kolmannella on käytössään yhdeksän lääkettä tai enemmän. Kotihoidon asiakkaista joka toisen terveydentila on epävaka (Finne-Soveri 2006b).

Tarkoituksenmukaisen henkilöstömitoituksen – sekä henkilöstön rakenteen että henkilöstön määrän – kehittäminen on keskeinen osa ikääntyneiden palvelujen laadukasta kehittämistä. Palvelujen suunnittelun tulisi perustua nykyistä tarkempaan käsitykseen siitä, millainen asiakasrakenne palveluissa on. Palveluita suunniteltaessa ja mitoitettaessa tietä siitä, millaisia asiakkaita vanhuspalveluissa on, on olennaisen tärkeä. Lähitulevaisuuden keskeisin kehittämishaaste liittyy henkilöstön osaamisen kehittämiseen niin, että henkilöstö pystyy vastaamaan monisairaiden dementoituvien sekä heidän omaistensa tarpeisiin.

#### 4.3.2 Henkilöstön määrän ja rakenteen kehitys eri palveluissa

Vuonna 1990 kuntien sosiaali- ja terveystoimessa oli 232 000 ja vuonna 2005 yhteensä noin 250 300 kuukausipalkkaista työntekijää. Väestöön (per 10 000 asukasta; ks. kuvio 4.) suhteutettuna tunnuslukuina tarkastellen sosiaali- ja terveystoimen yhteenlaskettu henkilöstön määrä laski 1990-luvun lamavuosina ja nousi vuoteen 2001 tultaessa takaisin 1990-luvun alun tasolle. Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön kokonaismäärä on kuitenkin kehittynyt eri tavoin niin, että terveydenhuollon henkilöstömäärä on kasvanut koko 2000-luvun, mutta sosiaalihuollon henkilöstön määrä on hieman pienentynyt.

Kuvio 4. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimen yhteenlaskettu henkilöstö väestöön (per 10 000 asukasta) suhteutettuna vuosina 1990–2005.





Ikäihmisten hoivapalveluissa toimii tällä hetkellä yhteensä vajaa 50 000 lähi/perus-, sairaan- ja terveydenhoitajaa, joiden keskeisimpiä toimintaympäristöjä ovat ikäihmisten kodit, erilaiset päivä- ja palvelukeskukset, palveluasumisen yksiköt, vanhainkodit ja terveyskeskukset. Tämän henkilöstön määrään liittyvä keskustelu on ollut vilkasta aina 1990-luvun lopulta asti. Turvallisuuden ja vastuullisuuden käsitteet ovat erityisesti 2000-luvulla tulleet osaksi mitoituskeskustelua, joka on kulminoitunut pitkälti laitoshoitoon. Sosiaali- ja terveystieteissä asiakirjoissa henkilöstön riittävyys ja osaaminen on vahvasti esillä erityisesti tulevaisuuteen varautumisen näkökulmasta. (Esim. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 2003b, 2003c, 2003d, ICN 2006.) Tutkimuksissa on tuotettu tietoa henkilöstön määrästä suhteessa apua tarvitsevien ikääntyneiden tarpeisiin (Isola & Voutilainen 1998, Vaarama ym. 1999, Toivanen ym. 2000, Isola ym. 2001, Vaarama ym. 2001, Voutilainen ym. 2001, Muurinen 2003, Laine 2005).

### Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön kehitys

Kuntien ja kuntayhtymien kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa toimivien henkilöiden määrä on noussut vuodesta 1985 vuoteen 2005 noin 30 prosenttia niin, että vuonna 2005 kotipalvelussa tehtiin yhteensä noin 12 000 ja kotisairaanhoidossa noin 3 300 henkilötyövuotta.<sup>6</sup> Tarkasteltaessa henkilöstön määrää on otettava huomioon se, että kunnista 47 prosentissa<sup>7</sup> toimii yhdistetty kotihoidon organisaatio, mutta henkilöstö tilastoidaan joko kotipalvelun tai kotisairaanhoidon henkilöstöön, koska muita vaihtoehtoja ei ole. Kotisairaanhoidossa on Kuntasektorin palkat-tilastossa rekisteröity selvästi kotipalvelua pienempi joukko työntekijöitä, mikä ei anna todellisesta kotisairaanhoidon henkilöstötilanteesta oikeaa kuvaa. Näin ollen näiden molempien – sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon – yhteenlaskettu työntekijämäärä on luotettavampi henkilöstömäärän kehityksen osoitin kuin kotipalvelun tai kotisairaanhoidon erilliset luvut. On myös otettava huomioon, että kotipalveluhenkilöstö tarjoaa jonkin verran palveluja myös muille kuin ikääntyneille (säännöllisen kotihoidon asiakkaista vajaa 15 % on alle 65-vuotiaita). Samoin on huomioitava se, että KTOYK-luokituksessa kotisairaanhoidon kanssa samaan luokkaan sisältyy myös kouluterveydenhoito. Taulukossa 14. esitetyissä henkilöstöluvuissa on mukana koko kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa työskentelevä henkilöstö mukaan lukien työnjohto-, erilainen asiantuntija-, toimisto- ja avustavissa tehtävissä toimiva henkilöstö.

Edellä olevat luvut kuvaavat kunnallista henkilöstöä. Sen lisäksi yksityisessä kotipalvelussa toimivien määrä on kasvanut 1990-luvulta lähtien voimakkaasti ja tasaisesti. Vuonna 1990 yksityisessä kotipalvelussa toimi Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilaston mukaan 333 työntekijää ja

Taulukko 14. Kuntien ja kuntayhtymien kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa toimivan henkilöstön kehitys 1985–2005.							
	1985	1990	1995	2000	2005	Erotus 1985–2005 %	Erotus 2000–2005 %
Kotipalvelu	10 268	11 442	12 586	12 792	11 957	16,4	– 6,5
Kotisairaanhoido	1 551	1 651	1 357	1 312	3 277	111,3	149,8
Yhteensä	11 819	13 093	13 943	14 104	15 234	28,9	8,0

<sup>6</sup>Henkilöstömäärä on henkilötyövuosina, jolloin virkavapaalla olevat eivät ole mukana ja osa-aikaisten työpanokseksi on laskettu 60 % koko-aikaisten työpanoksesta.

<sup>7</sup>Toimintakykyymmittäneiden käyttöä ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa selvittäneen tutkimuksen yhteydessä vuonna 2005 koottiin tietoa siitä, toimivatko kotipalvelu ja kotisairaanhoido kunnassa yhdistettynä vai erillisinä.

vuonna 2003 heitä oli lähes 2 400. Yksityisen sektorin kotipalveluista osa kohdistuu muille kuin ikääntyneille, esimerkiksi lapsiperheille.

Henkilöstön rakenne kotipalveluissa on muuttunut siten, että sairaan-, terveyden- ja lähihoitajien määrä on voimakkaasti kasvanut. Kodinhoitajien ja kotiavustajien määrä on vähentynyt; tämä johtuu 1990-luvun alussa toteutetusta koulutusuudistuksesta, jolloin kotiavustajien ja kodinhoitajien koulutus loppui ja korvautui lähihoitajan tutkintoon johtavalla koulutuksella. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Henkilöstön rakenteen kehitys kuntien ja kuntayhtymien kotipalveluissa 1990–2005.						
Ammattiryhmä (ISCO) Kotipalvelu	Henkilötyövuodet				Muutos 1995–2005, %	Muutos 2000–2005, %
	1990	1995	2000	2005		
Osastonhoitajat	0	5	24	32	540,0	33,3
Sairaanhoitajat	7	34	136	410	1 105,9	201,5
Terveydenhoitajat	1	19	45	79	315,8	75,6
Sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat	275	539	552	389	-27,8	-29,5
Perus- ja lähihoitajat	9	150	1 567	4 204	2 702,7	168,3
Mielenterveyshoitajat	1	8	6	1	-87,5	-83,3
Sosiaalialan hoitajat	6	49	70	183	273,5	161,4
Kodinhoitajat ja kotiavustajat	10 848	11 375	9 987	6 154	-45,9	-38,4
<b>Varsinainen asiakastyön henkilökunta yhteensä</b>	<b>11 146</b>	<b>12 177</b>	<b>12385</b>	<b>11452</b>	<b>-6,0</b>	<b>-7,5</b>
Sairaala- ja hoitoapulaiset	54	171	161	160	-6,4	-0,6
Muut ammatit	242	238	246	345	45,0	40,2
<b>Kaikki ammatit yhteensä</b>	<b>11 442</b>	<b>12 586</b>	<b>12 792</b>	<b>11957</b>	<b>-5,0</b>	<b>-6,5</b>
Kotisairaanhoito (ml. kouluterveydenhoito)						
Osastonhoitajat	68	35	34	32	-8,6	-5,9
Sairaanhoitajat	217	192	275	423	120,3	53,8
Terveydenhoitajat	645	483	473	688	42,4	45,5
Sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat	0	18	11	91	405,6	727,3
Perus- ja lähihoitajat	370	245	171	1 320	438,5	671,9
Mielenterveyshoitajat	1	2	4	5	150,0	25,0
Sosiaalialan hoitajat	0	0	0	1	0,0	0,0
Kodinhoitajat ja kotiavustajat	57	233	240	593	154,5	147,1
<b>Varsinainen asiakastyön henkilökunta yhteensä</b>	<b>1 358</b>	<b>1 207</b>	<b>1 207</b>	<b>3 153</b>	<b>161,2</b>	<b>161,1</b>
Sairaala- ja hoitoapulaiset	43	16	7	3	-81,3	-57,1
Muut ammatit	249	134	97	122	-9,0	25,8
<b>Kaikki ammatit yhteensä</b>	<b>1 651</b>	<b>1 357</b>	<b>1 312</b>	<b>3 277</b>	<b>141,5</b>	<b>149,8</b>

Yhteenvedon voidaan todeta, että kuntien ja kuntayhtymien kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa toimivan henkilöstön yhteenlaskettu määrä on kasvanut kahdeksan prosenttia vuodesta 2000. Suhteessa 75 vuotta täyttäneiden säännöllisen avun tarvetta kuvaavaan tietoon, jonka mukaan 25–30 prosenttia ikäluokasta tarvitsee säännöllisesti apua selviytyäkseen kotona, henkilöstön määrä on kuitenkin varsin niukka. Henkilöstön rakenne on kotipalvelussa muuttunut niin, että perus-/lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrät ovat nousseet, erityisesti 2000-luvulla. Kotisairaanhoidossa on tapahtunut vastaavanlainen kehitys.

### Ikääntyneiden palveluasumisen ja laitoshoidon henkilöstön kehitys

Ikääntyneiden laitoshoidossa (vanhainkoti- ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa) henkilöstön määrä on vähentynyt 1990-luvun alkuun verrattuna, ja erityisesti suhteessa kohdeväestöön – 75 vuotta täyttäneisiin – henkilöstövoimavaroja on nykyisin vähemmän kuin 1990-luvun alussa. Sen sijaan palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa henkilöstön määrä on kasvanut, sekä absoluuttisina lukuina että suhteessa kohdeväestöön.

Kuntien vanhusten palvelutalojen henkilöstömäärä henkilötövuosina kasvoi noin 3 500:lla vuodesta 1990 vuoteen 2005. Vastaavana ajanjaksona vanhainkotien henkilöstömäärä väheni lähes saman verran ja perusterveydenhuollon vuodeosaston henkilöstö noin 1 300:lla henkilötövuodella. Koska erityisesti vanhusten palveluasumisessa on paljon yksityisten palveluntuottajien eli järjestöjen ja yritysten tuottamia palveluja, on alla olevaan taulukkoon otettu tiedot myös niiden henkilöstömäärän kehityksestä. Yksityisen sektorin tiedot perustuvat Tilastokeskuksen Työssäkäyntitilastoon, josta viimeisin käytettävissä oleva tieto on vuodelta 2004. Yksityisten vanhusten palvelutalojen henkilökuntamäärän on asiakasmäärien perusteella arvioitu olevan noin 68 prosenttia toimialan Palvelutalot ja ryhmäkodit -henkilökunnasta. Kun julkisten ja yksityisten vanhainkotien yhteenlaskettu henkilöstömäärä suhteutetaan tuhanta (1 000) 75-vuotiasta kohti, on vanhainkotien henkilöstömäärä kohderyhmään suhteutettuna kuitenkin vähentynyt. Terveyskeskusten vuodeosastojen henkilöstö väheni 1990-luvulla, mutta 2000-luvulla henkilöstön määrä on hieman lisääntynyt myös suhteessa 75 vuotta täyttäneisiin. (Taulukko 16.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammattirakenne on muuttunut 1990-luvulta ja muutos on nähtävissä myös ikääntyneiden palveluissa, joissa on panostettu kuluneella vuosikym-

Taulukko 16. Vanhusten palvelutalojen, vanhainkotien ja terveydenhuollon vuodeosaston henkilöstö 1990–2005.						
	1990	1995	2000	2005*	Erotus 1990–2005* %	Erotus 2000– 2005* %
Vanhusten palvelutalot – julkinen	1 062	1 481	2 724	4 574	330,8	67,9
Vanhusten palvelutalot – yksityinen	1 353	2 589	6 263	10 276	659,5	64,1
Henkilöstö yhteensä/ 1 000 75+	8,5	13,6	26,4	37,8		
Vanhainkoti – julkinen	16 410	15 031	14 694	13 012	-20,7	-11,4
Vanhainkoti – yksityinen	2 341	2 382	3 284	3 092	32,1	-5,8
Henkilöstö yhteensä/ 1 000 75+	66,2	58,0	52,8	41,0		
Terveyskeskusten vuode- osastot	19 877	17 418	18 419	18 530	-6,8	0,6
Henkilöstö/1 000 75+	70,2	58,0	54,1	47,2		
* Yksityisten palvelujen henkilöstötiedot koskevat vuotta 2004.						

menellä koulutustason nostamiseen. Sairaanhoidtajien ja perus-/lähihoitajien määrät kasvoivat. Kun palveluasuminen yleistyi, myös lähi- ja sairaanhoidtajien määrä siellä kasvoi; sairaanhoidtajien määrä nousi noin 50:stä vuonna 1995 noin 400:aan vuonna 2005. Vanhainkodeissa sairaanhoidtajien määrä kasvoi 10 vuoden tarkastelujaksolla 30 prosenttia ja terveyskeskusten vuodeosastoilla lisäystä oli lähes 40 prosenttia. Myös lähi-/perushoitajien määrä kasvoi: palvelutaloissa oli vuonna 1995 yhteensä noin 240 perus-/lähihoitajaa ja vuonna 2005 lähes 2 400. Vanhainkodeissa perus-/lähihoitajien määrä kasvoi myös paljon, 40 prosenttia; terveyskeskusten vuodeosastolla kasvu oli maltillisempaa. Kylvettäjien ja sosiaali- ja/tai terveysalan perustutkintoa vailla olevien sairaalaja hoitoapulaisten määrä väheni. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa osastonhoitajien määrä väheni selvästi. (Taulukko 17).

Henkilöstön koulutustaso on Suomessa hyvä verrattuna useisiin muihin maihin. Tutkimusten mukaan terveyskeskusten vuodeosastoilla vähintään perus-/lähihoitajan tutkinnon suorittaneita on noin 90 % ja vanhainkodeissa 75 %. Sairaanhoidajan tai vastaavan koulutus on noin joka kolmannella. Vanhainkodeissa sosiaali- ja/tai terveysalan perustutkinto puuttuu noin neljännekseltä, mitä voidaan pitää melko suurena lukuna. (Vaarama ym. 1999, Isola ym. 2001, Kukkola 2001, Voutilainen ym. 2001, Isola ym. 2005).

Tiedot henkilöstömitoituksista<sup>8</sup> – hoitohenkilöstön määrästä suhteessa asiakkaiden/potilaiden määrään – on koottu kotimaisista, ikääntyneiden parissa toimivaa henkilöstöä käsittelevistä tutkimuksista sekä määrittämällä mitoitusta kuvaava tunnusluku suhteuttamalla Tilastokeskuksen Kuntasektorin palkat -tilaston henkilöstömääriä sekä Stakesin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterien asumis- ja hoitopäivätietoja sekä käyttämällä Stakesin yksityisten sosiaalipalvelujen -tilastoaineistoa. Henkilöstömitoituksia ikääntyneiden hoidossa Suomessa on raportoitu viime vuosina yhdeksässä tutkimuksessa (Isola & Voutilainen 1998, Vaarama ym. 1999, Toivanen ym. 2000, Isola ym. 2001, Kukkola 2001, Vaarama ym. 2001, Voutilainen ym. 2001, Isola ym. 2005, Laine 2005), joissa ne on todettu mataliksi suhteessa hoidettavien tarpeisiin. Henkilöstön määrä suhteutettuna asiakkaiden määrään vaihtelee ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa niin, että suhdeluvut ovat tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa terveyskeskusten vuodeosastoja pienemmät, mikä kuvastaa asiakkaiden hoitoisuuden eroja (ks. Sjöholm ym. 2005, Noro ym. 2005). Henkilöstön keskimääräinen mitoitus vaihtelee vanhainkodeissa 0,41:stä 0,63:een ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 0,45:stä 0,69:ään (taulukko 18.). Osassa tutkimuksia keskimääräistä mitoitusta ei ole esitetty, vaan on ilmoitettu esimerkiksi yhden laitoksen eri osastojen tai eri laitosten pienin ja suurin henkilöstömitoitus.

Eri tilasto- ja tutkimuslähteitä yhdistäen voidaan todeta, että henkilöstömitoitukset ovat nousseet tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja vanhainkotihoitossa vuoden 2001 jälkeen. Tehostetun palveluasumisen mitoitus on tänä päivänä 0,45–0,55 -tasolla ja vanhainkodeissa 0,52–0,63 -tasolla. Terveyskeskusten vuodeosastolla toimivan hoitohenkilöstön määrä on pysynyt varsin samantasoisena, 0,65:n yläpuolella 2000-luvulla tuotetun tiedon mukaan.

### **Ikääntyneiden palveluissa toimivan henkilöstön työhyvinvointi**

Henkilöstön kuormitus lisääntyi sosiaali- ja terveyspalveluissa koko 1990-luvun. Kuormitus on vanhustenhuollossa erittäin suurta verrattuna muihin aloihin sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä. Sairauspoissaolot lisääntyivät Vahteran ym. (2002) mukaan sairaanhoidajilla ja lähihoitajilla/perushoitajilla (vanhustenhuoltoa ei ole eroteltu muista toimipaikoista) vuodesta 1995 vuoteen 2000 noin kolmanneksella ja kodinhoitajilla sekä hoitoapulaisilla neljänneksellä, joilla poissaolot olivat jo entuudestaan yleisiä.

Työterveyslaitoksen ja Stakesin vuosina 1994, 1999 ja 2005 tekemien tutkimusten (Laine ym. 2006; Elovainio ym. 1993) perusteella kuormituksen lisääntyminen ei ole loppunut sosi-

<sup>8</sup>Henkilöstömitoitus tarkoittaa asiakkaiden/potilaiden määrää yhtä hoitotyöntekijää kohti.

Taulukko 17. Eräiden ammattiryhmien määrän kehitys henkilötövuosina 1990–2005 vanhusten palvelutaloissa, vanhaikodeissa ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa kunnissa ja kuntayhtymissä.						
Ammattiryhmä (ISCO)	1990	1995	2000	2005	Muutos 1995–2005, %	Muutos 2000–2005, %
<b>Vanhusten palvelutalot</b>						
22302 Osastonhoitajat	1	5	11	56	1 020,0	409,1
32311 Sairaanhoitajat	1	48	130	408	750,0	213,8
32312 Terveystenhoitajat	0	2	10	15	650,0	50,0
34601 Sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat	21	56	117	98	75,0	-16,2
51321 Perus- ja lähihoitajat	33	236	747	2 352	896,6	214,9
51322 Mielenterveyshoitajat	0	5	9	7	40,0	-22,2
51326 Sosiaalialan hoitajat	24	38	65	60	57,9	-7,7
51331 Kodinhoitajat ja kotiaivustajat	60	388	751	530	36,6	-29,4
<b>Varsinainen hoitohenkilökunta yhteensä</b>	<b>139</b>	<b>777</b>	<b>1 840</b>	<b>3 525</b>	<b>353,7</b>	<b>91,6</b>
Sairaala- ja hoitoapulaiset	85	263	391	465	76,8	18,9
Muu henkilöstö	837	441	494	584	32,4	18,2
<b>Kaikki ammatit yhteensä</b>	<b>1 062</b>	<b>1 481</b>	<b>2 724</b>	<b>4 574</b>	<b>208,8</b>	<b>67,9</b>
<b>Vanhainkoti</b>						
22302 Osastonhoitajat	273	277	279	218	-21,3	-21,9
32311 Sairaanhoitajat	833	886	1 108	1 155	30,4	4,2
32312 Terveystenhoitajat	0	2	5	14	600,0	180,0
34601 Sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat	30	58	119	79	36,2	-33,6
51321 Perus- ja lähihoitajat	4 163	4 531	5 685	6 385	40,9	12,3
51322 Mielenterveyshoitajat	5	8	8	8	0	0
51326 Sosiaalialan hoitajat	35	37	82	117	216,2	42,7
51331 Kodinhoitajat ja kotiaivustajat	345	604	563	432	-28,5	-23,3
<b>Varsinainen hoitohenkilökunta yhteensä</b>	<b>5 683</b>	<b>6 404</b>	<b>7 850</b>	<b>8 406</b>	<b>31,3</b>	<b>7,1</b>
Sairaala- ja hoitoapulaiset	5 488	4 733	3 914	2 592	-45,2	-33,8
Muu henkilöstö	5 239	3 895	2 930	2 014	-48,3	-31,3
<b>Kaikki ammatit yhteensä</b>	<b>16 410</b>	<b>15 031</b>	<b>14 694</b>	<b>13 012</b>	<b>-13,4</b>	<b>-11,4</b>
<b>Terveyskeskuksen vuodeosasto</b>						
22302 Osastonhoitajat	1 268	1 101	1 078	857	-22,2	-20,5
32311 Sairaanhoitajat	3 142	3 429	4 546	4 719	37,6	3,8
32312 Terveystenhoitajat	28	22	18	64	190,9	255,6
34601 Sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat	1	0	4	45	4 400,0	1 025,0
51321 Perus- ja lähihoitajat	6 228	6 572	7 070	7 608	15,8	7,6
51322 Mielenterveyshoitajat	68	135	148	182	34,8	23,0
51326 Sosiaalialan hoitajat	0	6	12	6	0,0	-50,0
51331 Kodinhoitajat ja kotiaivustajat	3	24	25	225	837,5	800,0
<b>Varsinainen hoitohenkilökunta yhteensä</b>	<b>10 738</b>	<b>11 289</b>	<b>12 900</b>	<b>13 706</b>	<b>21,4</b>	<b>6,2</b>
Sairaala- ja hoitoapulaiset	4 004	3 061	2 654	2 576	-15,8	-2,9
Muu henkilöstö	5 135	3 068	2 865	2 248	-26,7	-21,5
<b>Kaikki ammatit yhteensä</b>	<b>19 877</b>	<b>17 418</b>	<b>18 419</b>	<b>18 530</b>	<b>6,4</b>	<b>0,6</b>

Taulukko 18. Henkilöstömitoitukset tehostetun palveluasumisen yksiköissä, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön määrä suhteessa asiakkaiden/potilaiden määrään (tehostetun palveluasumisen osalta koko henkilökunnan määrä suhteessa asukkaiden määrään).

Lähde/julkaisu	Tehostettu palveluasuminen	Vanhainkoti	Terveyskeskusten vuodeosasto
Isola & Voutilainen 1998			0,45–0,50
Vaarama ym. 1999		0,46–0,52	0,64
Toivanen ym. 2000		0,46	0,59
Isola ym. 2001			0,51–0,60
Kukkola 2001			0,59–0,66
Vaarama ym. 2001*	0,36	0,42	0,66
Voutilainen ym. 2001		0,41–0,60	
Tilastoaineisto 1** 2004		0,52	0,66
Tilastoaineisto 2*** 2004	0,55	0,63	
Isola ym. 2005			0,59–0,63
Laine 2005****	0,46	0,62	0,69

\* Perustuu vuoden 1999 tilastoaineistoihin  
 \*\* Kuntien ja kuntayhtymien henkilöstö (htv) 2004 vanhustaluuissa (KTOYK-luokan mukaan) / Tilastokeskus & Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterit/Stakes  
 \*\*\* Stakesin yksityiset sosiaalipalvelut -tilastoaineisto 2004 (29 järjestöjen tai yritysten vanhainkotiä & 300 sellaista järjestöjen ja yritysten tehostetun palveluasumisen yksikköä, joilla on henkilökuntaa ympäri vuorokauden ja joilla ei ole muuta toimintaa kuin tätä & joissa > 90 % asiakkaita on vanhuksia)  
 \*\*\*\* sisältää hoito-/laitos-/sairaala-apulaisten lukumäärän; palvelutalojen lukumäärä aineistossa on pieni

aali- ja terveyspalveluissa (artikkelissa käytetyt kuviot perustuvat em. aineistoihin<sup>9</sup>). Erityisesti vanhustenhuollossa (vanhainkodit ja palvelutalot, terveyskeskusten vuodeosastot ja kotipalvelu) kielteinen kehitys on edelleen jatkunut (Laine ym. 2006).

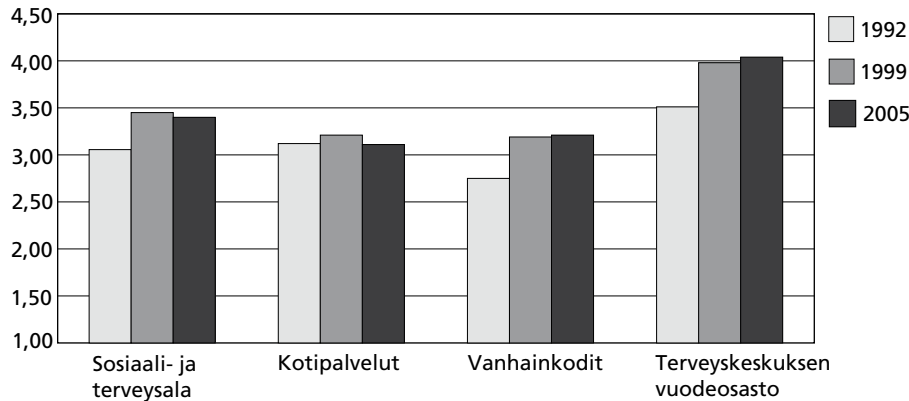
Vanhusten laitoshoidossa työn keskeinen ongelma on jatkuva kiire. Kiire liittyy asiakkaiden suureen määrään, henkilöstön riittämättömyyteen sekä tekemättömien töiden paineeseen. Työntekijät kokevat usein, että eivät pysty tarjoamaan asiakkailleen kaikkea sitä palvelua, mitä haluaisivat. Erityisesti psyykinen ja sosiaalinen tuki jää hoitamatta, kun yritetään vastata asiakkaiden 'pakollisiin' fyysisiin tarpeisiin ensin (Sinervo 2000). Kuviossa 5. on kuvattu asiakkaiden suuren määrän tuottamaa kuormitusta. Kehitys vanhustaluuissa lukuun ottamatta kotipalvelua on samansuuntainen kuin muuallakin sosiaali- ja terveyspalveluissa, mutta erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla voimakkaampi. Huolimatta siitä, että henkilöstömäärä on lievästi kasvanut ja tuottavuus heikentynyt, ei kiireen kokemus ole helpottanut.

Kiire voidaan ajatella henkilöstömäärän ja asiakkaiden tarvitseman hoidon määrän suhteena. Kiireen kokemus liittyy kuitenkin myös rakenteellisiin tekijöihin, kuten osaston kokoon, fyysisiin tekijöihin (kuten ahtaus ja muut tilaratkaisut), hoidon organisointiin, erilaisten asiakkaiden osastoille sijoittumiseen ja osaston toimintakulttuuriin.

Rakenteellisista tekijöistä tiedetään, että kiireen tunne vähenee, kun osasto jaetaan pienempiin vastualueisiin tai moduuleihin (Häggman-Laitila, 1996, Sinervo, 1994, 1997). Samoin

<sup>9</sup>Työterveyslaitos ja Stakes ovat toteuttaneet kyselytutkimuksen 5 000 satunnaisesti valitulle sosiaali- ja terveysalan työntekijälle vuosina 1992, 1999 ja 2005. Vastaaajien määrät olivat 2 779, 3 072 ja 2 870 em. vuosina. Artikkelin perustuu aineistoon, johon eri vuosina toteutetut kyselyt on yhdistetty (ks. tarkemmin Laine ym. 2006).

Kuvio 5. Henkilöstön kokema kiire 1992, 1999 ja 2005.



osastokoko on yhteydessä hoidon koettuun laatuun ja osin myös kuormitukseen (Pekkarinen ym. 2004a, b). Pienemmissä yksiköissä osaston päivärytmi on helpompi järjestää joustavammaksi ja kokemus aikataulun perässä juoksemisesta vähenee. Suurissa yksiköissä päivärytmi lienee keino hallita työtä ja pitää huoli siitä, että kaikki välttämättömät asiat (lääkkeidenjako, ruokien jako, pesut) tulevat hoidetuiksi.

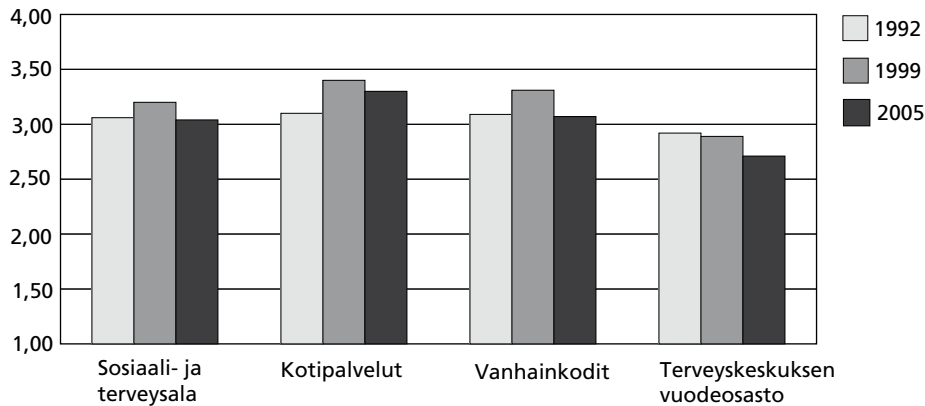
Erityisen haitallisena kiirettä pidetään silloin kun se yhdistyy vähäisiin vaikutusmahdollisuuksiin ja heikkoihin mahdollisuuksiin käyttää kykyjään (kontrolli työssä, työn hallinta). Suuri työmäärä ja kova työpaine voidaan hallita, mikäli työntekijällä on riittävät mahdollisuudet itsenäisesti vaikuttaa työhönsä, suunnitella sitä itsenäisesti sekä mahdollisuus käyttää osaamistaan monipuolisesti (Karasek & Theorell 1990). Heikoin tilanne on silloin, kun työ on yksinkertaista ja rutinoitunutta, eikä työntekijällä ole vaikutusmahdollisuuksia. Edellä mainittu osastokoko ja erikoistuminen ovat ilmeisesti rakenteellisia tekijöitä lisätä kontrollia työssä. Vaikutusmahdollisuuksien lisääminen liittyy olennaisesti myös esimiesten johtamistapaan. Johtamistapa, jossa painotetaan työntekijöiden ja ryhmän itsenäistä päätöksentekoa sekä vastuun ottamista antaa mahdollisuuden työn parempaan hallintaan, mutta edellyttää johtamiselta ja työtovereilta myös tukea (Vahtera ym. 2002).

Työntekijöiden kokemalla kiireellä ja vaikutusmahdollisuuksilla on myös selvä yhteys hoidon laatuun. Merkittävä osa työyksiköiden välisistä laatueroista voidaan selittää työntekijöiden kokemalla stressillä (Pekkarinen ym. 2004b, Pekkarinen ym. 2006c). Henkilöstön ja omaisten kokemista laatueroista yksiköiden välillä voitiin selittää jopa yli puolet työntekijöiden kuormituksella (Pekkarinen ym. 2004b). Samoin rajoitteiden käyttö osastolla oli selvästi yhteydessä henkilöstön kuormitukseen ja kontrolliin työssä (Pekkarinen 2006c).

Valitettavasti kiireen kasvaessa myös vaikutusmahdollisuudet työhön ovat entisestään heikentyneet vanhuspalveluissa (Laine ym. 2006). Sosiaali- ja terveysalalla yleensä vaikutusmahdollisuudet lisääntyivät 1990-luvun lopulla, mutta kääntyivät 2000-luvulla laskuun. Kotihoidossa ja vanhainkodeissa trendi on samankaltainen, mutta terveyskeskusten vuodeosastoilla tilanne on huonontunut lievästi koko ajan (kuvio 6.). Muutokseen on vaikea löytää selitystä. Yhtenä selityksenä voidaan pitää työelämän arvojen yleistä muutosta. Kun 1990-luvulla korostettiin tiimityön kehittämistä, näyttäisivät arvot koventuneen 2000-luvulla.

Vanhuspalveluissa työ on myös ruumiillisesti erittäin raskasta ja kiire lisää fyysistä kuormitusta. Terveyskeskusten vuodeosastot, vanhainkodit ja kotihoito ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa kuormittavimmat sektorit ja kuormitus on kotihoitoa lukuun ottamatta edelleen kasvanut. Kotihoidossa kuormituksen väheneminen on todennäköisesti seurausta siitä, että siivoustyö on vähentynyt. (Laine ym. 2006).

Kuvio 6. Henkilöstön vaikutusmahdollisuudet vuosina 1992, 1999 ja 2005.



Osa työntekijöiden kokemasta kuormittumisesta voidaan selittää osaston asiakasrakenteella. Osaston asiakasrakenne muoaa työn luonnetta. Esimerkiksi liikuntakykyisten dementiapotilaiden hoito tuottaa erilaisia kuormitustekijöitä kuin vuoteeseen hoidettavien fyysisesti huonokuntoisten potilaiden hoito. Dementiaan liittyy psyykkisiä ja kognitiivisia oireita ja työ koostuu enemmän asiakkaiden ohjaamisesta ja tekemään auttamisesta, kun taas vuoteeseen hoidettavien asiakkaiden hoidossa on runsaasti fyysistä kuormitusta (nostamista, kääntämistä).

Vanhustenhuollossa asiakkaat koetaan aiempaa kuormittavampina. Asiakkaat koetaan aiempaa moniongelmaisempina ja motivoitumattomampina ja asiakkaiden häiritsevän käyttäytymisen koetaan lisääntyneen. Lisäksi väkivallan uhkan koetaan lisääntyneen (Laine ym. 2006). Työntekijät kokevat erityisesti asiakkaiden käytösoireet rasittavina, mutta myös depressio tai fyysinen huonokuntoisuus liittyy kuormittumiseen (Pekkarinen ym. 2004a, Heponiemi ym. 2006). Siihen, miten paljon erilaisten asiakkaiden koetaan rasittavan, näyttää vaikuttavan myös osaston erikoistuminen. Esimerkiksi dementian ja psykiatristen oireiden hoitoon erikoistuneissa yksiköissä asiakkaiden käytösoireiden suurta määrää ei koeta rasittavaksi, mutta fyysinen huonokuntoisuus kylläkin. Vastaavasti ei-erikoistuneilla osastoilla asiakkaiden käytösoireet kuormittavat työntekijöitä, mutta fyysinen huonokuntoisuus ei (Pekkarinen ym. 2006a).

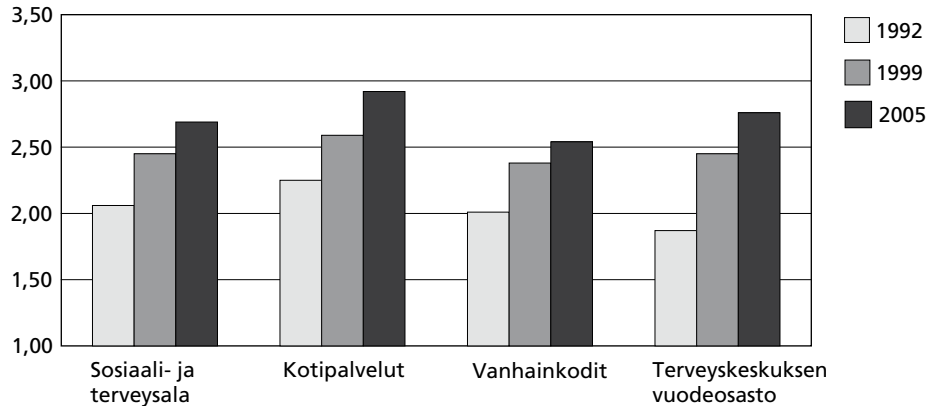
Erlaisia asiakkaita hoidetaan myös erilaisella orientaatiolla. Sekaosastoilla voi olla vaikeaa vaihtaa työorientaatiota eri asiakkaiden kohdalla. Erikoistumalla tietyn tyyppisten asiakkaiden hoitoon (esim. dementiayksiköt, kuntoutusyksiköt) voidaan osaston toimintakulttuuri rakentaa niissä hoidettaville asiakkaille sopivaksi. Tästä on aiempien laadullisten tutkimusten lisäksi saatu näyttöä jossakin määrin myös laajemmissa tilastollisissa tutkimuksissa. (Sinervo 1994, Pekkarinen ym. 2004a, 2006a, Heponiemi ym. 2006).

Kotihoidossa niin tehtävät kuin organisaatiotkin ovat muuttuneet voimakkaasti. Ensiksi kotipalvelun tehtävistä mm. siivous on siirtynyt lähes täysin tukipalveluksi ja vanhusten itse muualta ostettavaksi palveluksi. Työ on pitkälti asiakkaan eikä kodin hoitoa. Toiseksi lapsiperheiden auttaminen on vähentynyt voimakkaasti. Kolmas keskeinen muutos on ollut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen alueellistamisen yhteydessä.

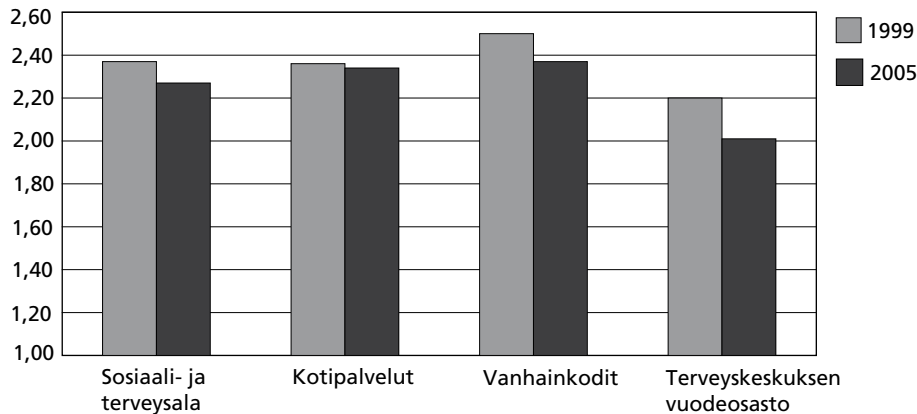
Kotihoidon yhdistämisellä on ollut myönteisenä vaikutuksena se, että palveluiden koordinaatio on parantunut. Henkilöstön näkökulmasta muutoksella on ollut myös kielteisiä vaikutuksia. Näyttää siltä, että erityisesti kotisairaanhoidon työntekijät kokevat työnsä sisällön kielteisemmäksi yhdistetyissä kotihoidon toimipisteissä. Sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon työntekijät arvioivat työyhteisön kielteisemmäksi yhdistetyn kotihoidon toimipisteissä. Työyhteisöjen ristiriidat ja ammattiryhmien välinen kilpailu ovat yleisempiä yhdistetyissä toimipisteissä. (Perälä ym. 2006). Tiimityön lisääntymisen olisi voinut olettaa olevan myönteinen kehitys työssä. Ilmeisesti kotihoidossa sosiaali- ja terveydenhuollon kulttuurien yhdistäminen ei ole sujunut ongelmitta.



Kuvio 7. Muutosten aiheuttama kuormittavuus vuosina 1992, 1999 ja 2005.



Kuvio 8. Johtamisen oikeudenmukaisuus henkilöstön kokemana vuosina 1999 ja 2005.



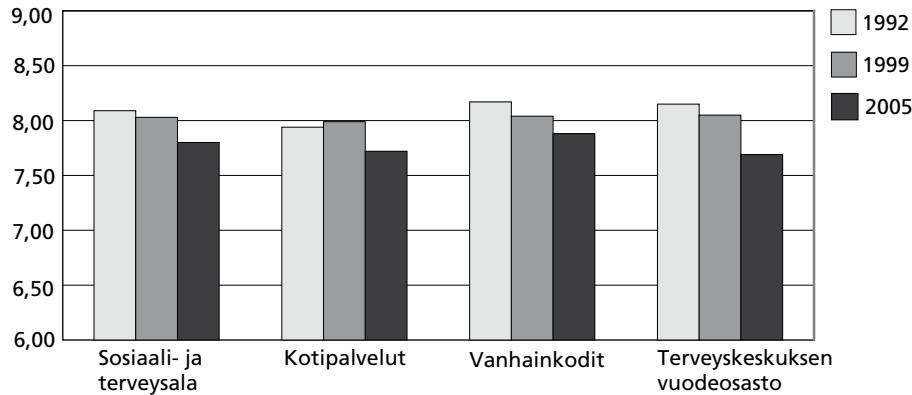
Muutokset koetaankin sosiaali- ja terveysalalla entistä kuormittavampina. Vanhustenhuollossa jatkuvat muutokset kuormittavat erityisesti kotipalvelun työntekijöitä (kuvio 7.). Laitoshuollossa tilanne vastaa muun sosiaali- ja terveysalan tilannetta.

Kuormituksen lisääntymisen ohella näyttää myös siltä, että vanhushuollon työyhteisöjen ilmapiiri ja johtaminen ovat heikentyneet. (Laine ym. 2006). Johtamisen oikeudenmukaisuuden koetaan viiden vuoden aikana heikentyneen yleensäkin sosiaali- ja terveysalalla, mutta terveyskeskusten vuodeosastoilla muita aloja enemmän (kuvio 8.). Johtamisen oikeudenmukaisuus on viime vuosina osoittautunut henkilöstön jaksamiselle ja terveydelle keskeiseksi tekijäksi. Oikeudenmukaisuudella on myös suuri merkitys siinä, missä määrin työntekijät haluavat sitoutua organisaatioon. Näyttää myös siltä, että oikeudenmukaisuudella on yhteys hoidon laatuun ja työsuoritukseen.

Terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa omaa työtä pidetään vähemmän palkitsevana kuin monella muulla sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla. Kotipalvelutyössä välitön asiakastyö näyttää palkitsevan enemmän: asiakassuhteet koetaan toimiviksi, asiakkailta saadaan palautetta ja onnistumisen kokemukset ovat yleisiä. Yhteistä kaikille kolmelle vanhustyön sektorille on kuitenkin vahva tunne siitä, että yhteiskunnassa heidän työtään ei paljonkaan arvosteta. (Laine ym. 2006).

Kuormitus näkyy vanhushuollossa työskentelevien heikkona työkykynä ja muita yleisempinä epäilyinä työssä jaksamisesta eläkeikään saakka (Laine ym. 2006). Vanhushuollossa työkyky

Kuvio 9. Henkilöstön työkyvyn kehitys.



on likimain samalla tasolla kuin yleensäkin sosiaali- ja terveysalalla, mutta heikentyminen on ollut voimakkaampaa erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla (kuvio 9.). Kuormitus näkyy myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksina sekä mielenterveyden häiriöinä (Elovainio ym. 2000). Jo aiemmin kodinhoitajilla ja avustavilla työntekijöillä riski jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle on ollut erittäin suuri (emt.). Kun henkilöstö ikääntyy, myös työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien määrä (vaikka suhde pysyisikin samana) kasvaa. Siten eläkkeelle siirtyy seuraavan kymmenen vuoden aikana joistakin ammattiryhmistä jopa puolet.

Eläkkeelle siirtyminen voi olla myös uudenlainen mahdollisuus hoitokulttuurien muuttamiseen. Kun normaalisti vain pieni osa henkilöstöstä vaihtuu, eivät tuoreen koulutuksen saaneiden näkemykset hyvästä hoidosta pääse muuttamaan hoitokulttuureja. Kun nyt suuri osa henkilöstöstä vaihtuu, voidaan tilannetta käyttää hyväksi, mikäli samaan aikaan käynnistetään hoidon kehittämishankkeita.

Yhteenvetona voidaan todeta, että muutokset työhyvinvoinnissa ovat olleet lähinnä kielteisiä. Henkilöstön niin fyysinen kuin psyykinenkin kuormitus ja sairauspoissaolot lisääntyivät. Kiire on hoitohenkilöstön työssä keskeinen ongelma. Tämä on selkeä kehittämishaaste, sillä työntekijöiden kokemalla kiireellä ja vaikutusmahdollisuuksilla on yhteys hoidon laatuun.

### 4.3.3 Henkilöstön määrän, rakenteen ja työhyvinvoinnin kehityksen arviointi

Toukokuussa 2001 annettu Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus korostaa riittävien henkilöstövoimavarojen turvaamista. Suosituksen liitteinä on tietoa henkilöstömitoituksista (valtakunnalliset keskiarvot & eri kuntien asettamia mitoitustavoitteita) sekä mitoituksen tavoitetasoja ilmaiseva taulukko, jossa esimerkin omaisesti asetettiin tavoitetasoiksi seuraavat:

- Hyvä mitoitus 0,80
- Keskiverto mitoitus 0,50–0,60
- Välttävä mitoitus 0,32.

(Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2001, s. 24).

Henkilöstön määrään liittyvä keskustelu on ollut vilkasta koko laatusuosituksen viisivuotisen olemassaolon ajan. Laitoshoidon henkilöstömitoitukset ovat kautta vuosikymmenten olleet kotihoidon mitoitusta suuremman mielenkiinnon kohteena. Vuonna 1985 Sosiaalhallituksen työryhmä julkaisi raportin vanhainkotihoidon henkilöstömäärästä ja rakenteesta ja vuonna 1987

Sosiaalihuollon Vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden mitoitustyöryhmä antoi suosituksia vanhainkoti- ja terveyskeskusten vuodeosastohoidon mitoituksiksi (Sosiaalihuolto 1985; 1987). 1990-luvun puolivälin jälkeen keskustelu vilkastui jälleen ja keskusteluun osallistuivat myös kansalaiset, erityisesti henkilöt, joiden omainen oli pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Esitettiin, että henkilöstömitoitukset laitoksissa ovat aivan liian matalat, jotta ikääntyneiden ihmisten perustarpeisiin voitaisiin vastata hyvin. Myös pitkäaikaishoidon asiakkaiden epäasiallista kohtelua tuotiin keskusteluissa esiin. Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta työssä jaksamiseen liittyvä keskustelu on ollut voimakkaimmin esillä. Keskustelun vauhdittamana käynnistettiin 1990-luvun lopulla pitkäaikaishoidon laatua selvittäviä tutkimushankkeita, joiden tulokset osaltaan vahvistivat kansalais- ja mediakeskusteluissa esillä olleiden laatuongelmien olemassa olon (Isola & Voutilainen 1998, Vaarama ym. 1999).

Vuodesta 2000 henkilöstön määrä kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa on noussut kahdeksan prosenttia, kun asiaa tarkastellaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön yhteiskehityksenä. Yhteiskehityksen tarkastelu on perusteltua siitä syystä, että henkilöstö voidaan rekisteröidä joko kotipalveluun tai kotisairaanhoidon; yhdistetyn kotihoidon rekisteröimismahdollisuutta ei tällä hetkellä ole käytettävissä. Kotipalveluun on rekisteröity 2000-luvulla hieman vähemmän ja kotisairaanhoidon enemmän työntekijöitä verrattuna 1990-lukuun. Kotisairaanhoidon rekisteröidyn henkilöstön lisäys johtunee osittain siitä, että kotihoidon asiakkaina on jatkuvasti monisairaampia ja toimintakykyään jo paljon menettäneitä ikäihmisiä, jotka tarvitsevat runsaasti paitsi apua arjen sujumiseen myös sairauksien hoitoon. Tämä ilmiö on nähtävissä palvelujen intensiteetin lisäyksenä; yli 41 käyntiä kuukaudessa saavien asiakkaiden osuus kotihoidon asiakkaina on jatkuvasti kasvanut. Henkilöstörakenne on kotihoidossa muuttunut niin, että perus-/lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrät ovat nousseet, erityisesti 2000-luvulla, ja kodinhoitajien ja kotiavustajien määrät laskeneet koulutusuudistuksen seurauksena.

Ikäihmisten palvelujen ja sitä kautta henkilöstön määrällisen tarpeen olennaisen tärkeä määrittäjä on ikäihmisten toimintakyky, joka heikkenee iän myötä, mutta yksilöllinen vaihtelu on tässä suurta. Toimintakyky vaihtelee paljon väestöryhmittäin, esimerkiksi ihmisten sosioekonomisen taustan, kuten koulutustaustan, mukaan. Ylempään koulutusryhmään kuuluvilla koettu toimintakyky, koettu terveys ja arkielämästä suoriutuminen ovat paremmalla tasolla verrattuna alempaan koulutusryhmään kuuluviin. Ikäihmisten toimintakyky on parantunut viimeisten 20 vuoden aikana, mutta vanhimmissa ikäryhmissä – 75 ja 85 vuotta täyttäneiden ryhmissä – muutoksen suunta ja suuruus vaihtelevat. Koska juuri 75–84-vuotiaiden ja 85 vuotta täyttäneiden määrät kasvavat kotihoidon asiakkaina voimakkaasti, on näiden ikäluokkien toimintakyvyssä tapahtuva kehitys tärkeä huomioon otettava tekijä niin palvelujen kuin henkilöstönkin määrää suunniteltaessa. (Aromaa ym. 2002, Martelin ym. 2004, Sulander ym. 2006.)

Asiakkaiden avun tarpeen, hoitoisuuden, tulisi olla ensisijainen mitoitusperuste. Näin myös kotihoidon henkilöstön mitoittamista voidaan perustellusti tarkastella ikäihmisten avun tarpeen kautta. Noin joka kuudes yli 65-vuotias, joka kolmas yli 75-vuotias ja joka toinen yli 85-vuotias tarvitsee arvioiden mukaan apua päivittäin (Vaarama 2004, ks. myös Blomgren ym. 2006). Niistä, jotka ovat palvelujen piirissä, osa tarvitsisi enemmän apua. Vaaraman (2004) mukaan noin joka kymmenes palvelujen ulkopuolella oleva yli 75-vuotias olisi tarvinnut kotipalvelua, kotisairaanhoidon tai muita palveluita, ja samoin joka kymmenes palvelujen käyttäjistä tarvitsisi enemmän apua kuin mitä sai.

Vuonna 2001 laatusuosituksen laadinnan yhteydessä kehitettiin malli kotihoitohenkilöstön tarpeen määrittämisen tueksi (Vaarama ym. 2001, ss. 28–29; ks. liite 2.). Malli hyödyntää tietoa ikäihmisten avun tarpeesta. Tarkasteltaessa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön yhteismäärää (henkilötyövuosina) eri kattavuusvaihtoehdoilla em. mallia hyödyntäen, voidaan karkeasti arvioida henkilöstön määrällistä tarvetta. Taulukkoon 19. on koottu esimerkkejä henkilöstötarpeesta eri kattavuusvaihtoehdoilla.

Taulukko 19. Esimerkkejä kuntien ja kuntayhtymien kotihoidon henkilöstön laskennallisesta lisätarpeesta eri kattavuusvaihtoehdoissa.

75 vuotta täyttäneitä palvelun piirissä %	65–74 -vuotiaita palvelun piirissä %	Henkilöstön laskennallinen tarve	Henkilötyövuosia vuonna 2005 (Asiakastyötä tekevän henkilöstön henkilötyövuodet kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa*)	Henkilöstön laskennallinen lisätarve**
25	2,5	16 261	14 316	1 945
30	2,5	19 180	14 316	4 864
35	2,5	22 099	14 316	7 783

\*Kotipalvelussa asiakastyön henkilökuntaa on 11 957 henkilötyövuotta. Kuntasektorin palkat -tilastossa käytetyssä KTOYK -luokituksessa kotisairaanhoidon kanssa samaan luokkaan tilastoidaan myös koulu-terveydenhoitajat. Tätä laskelmaa varten on taulukossa 4. esillä olevasta terveydenhoitajien määrästä arvioitu 400:n työskentelevän kotisairaanhoidossa. Tarkkaa lukumäärää ei tästä tilastointitavasta johtuen voida esittää.

\*\*Lisätarvetta arvioitaessa on otettava huomioon se, että kunnat ostavat palveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta, joilla on oma henkilöstönsä. Yksityisten ostopalvelujen osuutta on nykyisen Kuntien toimintatilaston perusteella vaikea arvioida. Yksityiset sosiaalipalvelut -tilaston mukaan yksityiset palveluntuottajat tuottavat noin neljäsosan ikääntyneiden kotipalveluista, mutta asiakkaat ostavat palveluja myös suoraan palvelujen tuottajalta.

Henkilöstötarvetta arvioitaessa on aina otettava huomioon kunnan palvelurakenteen kokonaisuus, sillä eri palveluvaihtoehtojen painotuksissa – ja myös eri palvelumuotojen henkilöstövoimavaroissa – on paljon kuntakohtaisia eroja. Ikäihmisten avun tarpeisiin vastataan siis erilaisin palveluvalikoimin. Tuoreen tutkimuksen mukaan ikäihmisistä (yli 70-vuotiaista) 43 prosenttia sai apua toimintakykynsä heikkenemisen takia (Blomgren ym. 2006); tätä tarvetta tyydytettiin sekä virallisen että epävirallisen auttajaverkoston avulla ja näitä yhdistellen. Tulos vastaa varsin tarkoin Vaaraman ja Kaitsaaren (2002) raporttoimia tuloksia avun tarpeeseen vastaamisessa.

Henkilöstön määrän lisäämiseen on tarvetta, jos kotiin annettavien palvelujen kattavuutta lisätään vastaamaan paremmin ikäihmisten päivittäisen avun tarvetta. Säännöllisen kotihoidon asiakkaina on tällä hetkellä vajaa 12 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä; säännöllistä apua tarvitsee tutkimusten mukaan 25–30 prosenttia ko. ikäluokasta. Tähän avun tarpeeseen voidaan vastata erilaisin palveluin sekä virallista että epävirallista auttajaverkostoa hyödyntäen.

Mikäli henkilöstön määrä lisääntyisi 1 945:llä (ks. taulukko 19.) aiheutuisi tästä kustannuksia 66,9 miljoonaa euroa<sup>10</sup> vuodessa edellyttäen että 30 prosenttia palkattavasta henkilöstöstä olisi sairaan-/terveydenhoitajia ja 70 prosenttia lähihoitajia.

Tarve kotihoidon henkilöstön mitoitusperusteiden määrittämiseksi sekä tavoitetaso asetamiseksi on ilmeinen. Tältä osin suositus kaipaa kipeimmin uutta sisältöä. Kotihoidon henkilöstön mitoitusperusteiden ja/tai tavoitetasojen määrittäminen tukee osaltaan kotona asumisen mahdollistamisen ja avopalveluiden ensisijaisuuden tavoitteita.

Henkilöstömäärä vanhusten palvelutaloissa nousi, mutta laski vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla vuodesta 1990 vuoteen 2005. Suhteessa 75 vuotta täyttäneiden määrään henkilöstön määrä lisääntyi palvelutaloissa, mutta laski vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Samoihin aikoihin asiakkaiden hoitoisuus kasvoi palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla (ks. Noro ym. 2005).

Henkilöstörakenne on muuttunut siten, että perus-/lähihoitajien ja sairaanhoitajien määrä on moninkertaistunut palveluasumisessa. Sairaanhoitajien määrä on lisääntynyt vanhainkodeissa 30 ja terveyskeskusten vuodeosastoilla lähes 40 prosenttia viimeksi kuluneen kymmenen vuoden

<sup>10</sup>Lähihoitajan kokonaisansio kuukaudessa henkilösivukuuluineen on 2 701,44 euroa kuukaudessa; kun tämä kerrotaan 12:lla ja 1 361:llä (= 70 % laskennallisesta lisätarpeesta eli 1 945:stä) saadaan 44,1 m€. Sairaanhoitajan kokonaisansio kuukaudessa henkilösivukuuluineen on 3 245,48 euroa kuukaudessa. Kun tämä kerrotaan 12:lla ja 584:lla (= 30 % laskennallisesta lisätarpeesta eli 1 945:stä) saadaan 22,7 m€. Nämä yhdistäen vuotuisiksi kustannukseksi muodostuu 66,8 m€.

aikana. Myös lähi- ja perushoitajien määrä kasvoi vanhainkodeissa noin 40 ja terveyskeskusten vuodeosastoilla 16 prosenttia vastaavalla ajanjaksolla. Samalla sosiaali- tai terveysalan peruskoulutusta vailla olevien työntekijöiden, sairaala- ja hoitoapulaisten ja kylvettäjien, määrä väheni.

Henkilöstömitoitukset eli henkilöstön määrä suhteessa asiakkaiden määrään ovat kasvaneeet 2000-luvulla laatusuosituksen antamisen jälkeen niin, että mitoitukset tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa ovat nousseet ja pysyneet ennallaan terveyskeskusten vuodeosastoilla. Paras mitoituskasvu on nähtävissä tehostetussa palveluasumisessa. Tämä kuvastaa osaltaan sitä, että dementoituneiden ryhmäkodit usein sijaitsevat hallinnollisesti tehostetun palveluasumisen yhteydessä. Tässä suhteessa on tapahtunut dementoituneiden ihmisten näkökulmasta merkittävä laadullinen parannus: yksiköitä ja niissä asiakkaita on enemmän ja heitä hoitaa kasvava joukko koulutettuja hoitotyöntekijöitä. Suhteessa hoidettavien tarpeisiin ja ikäihmisten määrän lisääntymiseen, kasvuvauhti on kuitenkin hyvin maltillinen. Ongelmana on erityisesti se, että henkilökunnalla on runsaasti sairauspoissaoloja, jolloin ns. virallinen ja todellinen mitoitustilanne saattavat poiketa toisistaan huomattavasti. Todellinen mitoitustilanne on usein niin sanottua virallista lukua huomattavasti matalampi (ks. Helsingin kaupunki 1999, Partanen ym. 2005), koska henkilöstön poissaolot konkretisoituvat todellisissa arjen tilanteissa.

Mikäli terveyskeskusten henkilöstömitoitustasoa nostettaisiin tasolle 0,70 ja vanhainkotien henkilöstömitoitustasoa keskitasolle eli tasolle 0,60, näihin palveluihin olisi palkattava noin 2 000 työntekijää lisää. Tästä aiheutuisi 66 miljoonan euron suuruinen kustannus vuodessa edellyttäen että 30 prosenttia palkattavasta henkilöstöstä olisi sairaan-/terveydenhoitajien ja 70 prosenttia lähihoitajia (vrt. kotihoidon henkilöstöä koskevat laskelmat edellä).

Mitoitustaso vaihtelee – ainakin sen tulisi vaihdella – asiakkaiden tarpeiden mukaan. Tämä on ensisijainen lähtökohta mitoituksen suunnittelulle. Asiakkaiden tarpeissa, hoitoisuudessa, on laitos- ja jopa osastokohtaisia eroja, vaikkakin suuria aineistoja käyttäen asiakkaiden hoitoisuus porrastuu palvelumuodoittain niin, että hoitoisuus on suurin terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin hoitoisuutta kuvaavat luvut ovat verrattain lähellä toisiaan (Sjöholm ym. 2005, Noro ym. 2005). Kaikissa näissä palveluissa kyse on asiakkaan pitkäaikaisesta kodista, joten hoidon ja palvelun laadun ohella asiakkaalle tulisi turvata myös hyvä elämänlaatu hänen loppuelämänsä ajaksi. Toinen keskeinen lähtökohta mitoitukselle muotoutuu toiminnalle asetetuista tavoitteista: mitä halutaan saada aikaan, millaisia tuloksia, millaista elämänlaatua?

Mitoitusta suunniteltaessa on oleellista myös ottaa huomioon henkilöstömitoituksen dynaamisuus, esimerkiksi se, miten henkilöstön lyhyt- ja pidempiä aikaisia poissaoloja pystytään korvaamaan sijaisilla tai miten turvataan se, että asiakkaiden tilanteessa tapahtuvat muutokset, vaikkapa saattohoitotilanteet, voidaan hoitaa joustavasti.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevaa laatusuositusta uudistettaessa, tulisi edellä kuvatut henkilöstömitoitusten tavoitetasot ottaa uuteen tarkasteluun henkilöstön työhyvinvointia kuvaava tieto huomioon ottaen. Mitoitustilanteeseen voisi sisällyttää varahenkilöiden käytön mahdollisuuden niin, että mitoitustilanne pysyisi eri tilanteissa tietyllä, kulloinkin tavoitteena olevalla tasolla. Lisäksi tarvitaan edelleen erityistilanteiden edellyttämä varaus: yksikön rakenteelliset edellytykset ja hoidettavien asiakkaiden erityistarpeet (esim. käyttösoireiset dementia-asiakkaat) on otettava huomioon.

Tärkeää on huolehtia myös siitä, että kaikissa ikääntyneiden palveluissa on osaava ja riittävä johtotehtävissä toimivien joukko. Johtotehtävissä toimivien määrä vanhainkodeissa ja vanhusten palvelutaloissa sekä ylihoitajien määrä terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähentynyt noin 50 prosentilla vuodesta 1990. Johtotehtävissä toimivien työ, kuten henkilöstön rekrytointi, sijaisten hankinta, toiminnan ja talouden lyhyen ja pidemmän aikavälin suunnittelu ja muut hallinnolliset tehtävät, ovat vuosien varrella siirtyneet pitkälti asiakastyötä tekeväälle henkilöstölle, jolla ei koulutuksensa ja aiemman työkokemuksensa puolesta ole näihin tehtäviin riittäviä valmiuksia.

Tämän johdosta välittömään asiakastyöhön käytettävä työaika vähenee entisestään. Hoitotyötä tekevä henkilöstö tarvitsee tuekseen työn sisällön tuntevia johtajia, joilla on mahdollisuus vaikuttaa henkilöstön määrään ja rakenteeseen. Työyksikön henkilöstövoimavarat tulisi suunnata tarkoituksenmukaisesti asiakkaiden tarpeet huomioon ottaen sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä, alati muuttuvaa toimintaympäristöä tarkasti seuraten. (Voutilainen ym. 2006.) Henkilöstövoimavaroja koskevien päätösten valmistelu edellyttää vankkoja perusteluja: huolellista nykytilan analyysia sekä selkeitä suunnitelmia lyhyen ja pitkän aikavälin haasteiden ratkaisemiseksi. Päätösten perustelujen tueksi tarvitaan näyttöä nykyisistä henkilöstömitoituksista suhteessa asiakkaiden tarpeisiin ja valtakunnallisiin vertailulukuihin (Noro ym. 2005, Finne-Soveri ym. 2006). Henkilöstöön määrään ja rakenteeseen liittyvän tiedon tulisi sisältyä kuntien vanhuspoliittisiin strategioihin ja palvelurakenteen kehittämisohjelmiin

Yhteenvetona henkilöstön määrän ja rakenteen kehityksestä voidaan todeta, että tavoitteiden asettaminen henkilöstön mitoittamiseksi on edelleen tarkoituksenmukainen sisältö laatusuosituksessa. Henkilöstön määrä ja rakenne ovat kehittyneet suosituksen suuntaisesti, mutta kehittämisen tarvetta on edelleen. Uudistuksen yhteydessä suositukseen tulisi sisällyttää a) tietoa mitoitusperusteista, b) niistä ammattiryhmistä, jotka lasketaan mukaan mitoitukseen sekä c) tietoa mitoitustasoista niin kotihoidon kuin asumis- ja laitoshoitopalvelujenkin osalta. Tämän haasteellisen tehtävän toteuttamiseksi olisi perusteltua käynnistää kehittämishanke, jossa tuotettaisiin tietoa ja hyviä käytäntöjä tiiviissä yhteistyössä erilaisten palveluntuottajien kanssa. Tämä ehdotus sisältyi myös nykyiseen suositukseen.

Mitoitusperusteiden yhtenäistämiseksi suositus voisi sisältää yksityiskohtaisempaa tietoa hyödynnettäväksi mitoitus suunnitelmia tehtäessä. Olennaisen tärkeitä kotihoidon, palveluasumisen ja laitoshoidon henkilöstön mitoittamista suunniteltaessa ovat asiakkaiden oikeudet ja toiminnalle asetetut laatuvaatimukset – mitä halutaan saada aikaan. Ainakin seuraavat tekijät tulee mitoitusta suunniteltaessa ottaa huomioon:

- Asiakkaiden oikeudet saada riittävät, tarpeen mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollo palvelut
- Asiakkaan avun tarve, josta saadaan tietoa kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b)
- Henkilöstön mahdollisuus tuottaa laadultaan ja vaikuttavuudeltaan tarkoituksenmukaiset palvelut asiakkaille
- Erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä, kuten esimerkiksi käytösoireiset dementiaoireiset asiakkaat ja vanhuspsykiatriset asiakkaat
- Kotihoidolle, palveluasumiselle ja pitkäaikaiselle laitoshoidolle kunnan vanhuspoliittisessa strategiassa ja/tai palvelurakenteen kehittämisohjelmassa asetetut tavoitteet
- Toiminnan organisointi ja toteutus, kuten työvuorosuunnittelu, jonka avulla tulisi turvata se, että asiakkaiden tarpeisiin voidaan tyydyttävästi vastata niin aamulla, päivällä kuin illallakin, henkilöstön yhteiskäytön mahdollisuus, sekä ikääntyneiden asiakkaiden toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän toimintamallin käyttö asiakastyössä, koska usein asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen, hänen voimavaransa monipuolisesti hyödyntäen, vie enemmän aikaa kuin asioiden tekeminen asiakkaan puolesta.
- Palvelujen hankkiminen ostopalveluina.
- Ympäristötekijät, kuten välimatkat kunnan sisällä (kotihoito) ja toimintayksikön koko, rakenteellinen toimivuus ja paloturvallisuus (palveluasuminen ja laitoshoido)
- Asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön osaaminen
- Henkilöstön työhyvinvointia kuvaavat tunnusluvut (lyhyt- ja pitkäaikaiset sairauspoissaolot, vaihtuvuus, jne.).

Henkilöstön mitoittamisen haasteena asiakkaiden näkökulmasta on turvata saumaton hoito- ja palvelukokonaisuus ja palveluiden jatkuvuus sekä minimoida henkilöstön vaihtuvuus.

Työhyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta on tärkeää, että sijaisten käyttö vuosilomien ja sairauspoissaolojen sekä erilaisissa vaativissa tilanteissa on mahdollista. Pysyvä varahenkilöjärjestelmä on näistä syistä yksi perusteltu ratkaisuvaihtoehto.

Henkilöstömitoitusten määrittely kaipaasi myös kehittämistä. Nykyinen henkilöstön määrää suhteessa asiakkaiden määrään kuvaava tunnusluku on varsin karkea estimaatti henkilöstön määrää arvioitaessa, sillä se ei ota riittävässä määrin huomioon erilaisten asiakkaiden erilaisia hoidon tarpeita eikä tarpeisiin vastaamiseksi tarvittavaa hoitotyöntekijöiden osaamista. Laitoshoidon vertailukehittämishankkeessa (Noro ym. 2005) on osoitettu, että asiakasrakenne ja asiakkaiden hoidon tarve vaihtelee eri osastoilla ja siten myös asiantuntemus, jota hoidossa tarvitaan, vaihtelee osastoittain. Kipeimmin mitoitustämäärittelyä - ja hyviä käytäntöjä - tarvitsee kuitenkin kotihoito. Tähän tulisi erityisesti panostaa.

Epäselvyyttä on ollut siitä, keitä lasketaan mukaan mitoitukseen. Tilannetta selkeyttäisi, jos tästä annettaisiin uudistettavan suosituksen yhteydessä selkeä ehdotus. Yhteisesti sovittuja määritelmiä käyttäen voitaisiin yhdenmukaistaa käytäntöjä, jolloin mitoitustukujen vertailu olisi nykyistä paremmin mahdollista. Myös eri lääninhallitusten tekemissä peruspalvelujen arviointiraporteissa vuonna 2006 on tuotu esille se, että kuntien on vaikea tuottaa ajantasaista ja luotettavaa tietoa sosiaalialan henkilöstöstä (esim. Lapin lääninhallitus 2006).

## 4.4 Ikääntyneiden palveluita johtavien henkilöiden arviot<sup>11</sup> laatusuosituksen avulla aikaansaaduista muutoksista ja suosituksesta informaatio-ohjauksen välineenä

*Päivi Voutilainen & Eija Kaskiharju*

Edellä esitetyt arviot suosituksen keskeisten tavoitteiden toteutumisesta tarvitsevat tuekseen tietoa siitä, miten keskeiset laatusuosituksen toimeenpanossa toimivat henkilöt arvioivat suosituksen aikaansaamia muutoksia ja suosituksen toimivuutta ohjausvälineenä. Arvioiden esille saamiseksi toteutettiin osatutkimus, jossa haastateltiin kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavia henkilöitä ja asiantuntijoita.

### 4.4.1 Selvityksen tavoitteet ja toteutus

Tämän selvityksen osan tavoitteena oli koota kunnissa ikääntyneiden palveluiden johtavien henkilöiden arvioita laatusuosituksen avulla aikaansaaduista mahdollisista muutoksista ja suosituksesta informaatio-ohjauksen välineenä. Strukturoidut haastatteluteemat olivat

- laatusuosituksen tarkoituksenmukaisuus työvälineenä: onko suositus tarkoituksenmukainen paikalliset tarpeet huomioon ottaen
- laatusuositus palveluiden kehittämisen suuntaajana: onko suositusta käytetty suunnittelun, koulutuksen, seurannan ja arvioinnin välineenä
- laatusuosituksen avulla aikaansaadut tulokset/muutokset: onko suositus johtanut konkreettisiin toimenpiteisiin kunnassa, suunniteltuihin tai suunnittelemattomiin muutoksiin
- laatusuosituksen avulla aikaansaatuisten muutosten pysyvyys: miten pysyviä muutokset ovat sekä
- onko laatusuositus riittävä informaatio-ohjauksen välineenä.

<sup>11</sup>Stakes tekee lääninhallituksille ja kuntien yleisjohdolle kaikkien laatusuositusten arviointia koskevan kyselyn vuoden 2007 alussa.

Ikääntyneiden palveluita kunnissa johtavien henkilöiden arvioita laatusuosituksen avulla aikaansaaduista muutoksista sekä arvioita suosituksesta informaatio-ohjauksen välineenä koottiin focus group -haastatteluin. Ryhmähaastattelut aineiston keruun menetelmänä ovat lisääntyneet voimakkaasti 1990-luvulla. Lisääntynyt suosio johtuu erityisesti siitä, että ryhmähaastattelut tarjoavat varsin nopean ja edullisen tavan kerätä tietoa (Reed 1997, Mäenpää ym. 2002). Lisäksi ryhmähaastattelua käyttäen kerättävä tieto on moniulotteista, sillä tieto syntyy ryhmän jäsenten välisessä vuorovaikutuksessa. Ryhmän jäsenet voivat tukea, rohkaista ja innostaa toisiaan mielipiteiden vaihtoon. (Krueger 1994.) Tässä selvityksessä ryhmähaastattelulla tarkoitetaan focus group -haastattelua: 1–2 tuntia kestävä ryhmäkeskustelua, jossa keskustelun aiheet (= fokus) on tarkoin etukäteen suunniteltu ja jossa keskustelua ohjaa haastattelija.

Haastateltavat valittiin kuntien ikääntyneiden palveluita johtavien henkilöiden ja asiantuntijoiden joukosta tarkoituksenmukaisuusotantaa (ks. Burns & Grove 2005) hyväksi käyttäen. Haastatteluun valittiin sellaisia henkilöitä, jotka halusivat osallistua ryhmähaastatteluun ja kertoa haastattelussa arvionsa laatusuosituksen hyödyntämisestä ja suosituksesta informaatio-ohjauksen välineenä. Kaikilla oli lisäksi hallussaan asiaan liittyvää tietoutta ja kokemusta laatusuosituksen jalkauttamisesta; näin ryhmän jäsenillä oli yhteinen tietoperusta, joka helpotti aiheesta keskustelua. Näiden henkilöiden ammattinimikkeet olivat pääsääntöisesti vanhustyönjohtaja, vanhuspalvelujohtaja, vanhustyön päällikkö tai vastaava.

Ryhmähaastatteluja järjestettiin yhteensä viisi ja niihin osallistui ikääntyneiden palveluista vastaavia henkilöitä pääkaupunkiseudulta, Jyväskylän, Oulun ja Vaasan seuduilta sekä Ylä-Savon kunnista. Haastatteluihin osallistui yhteensä 36 henkilöä 28 kunnasta (ks. liite 3.). Suurista kaupungeista edustajia oli usein enemmän kuin yksi. Ryhmien koot vaihtelivat viidestä yhteen-toista. Haastattelun pääteemat kerrottiin osallistujille samalla, kun heitä pyydettiin osallistumaan haastatteluun. Yhdessä ryhmähaastattelussa tulisi olla rajallinen määrä teemoja, sillä jos teemoja on liikaa, haastattelun anti jää pinnalliseksi (Carey 1994). Tässä selvityksessä keskustelua käytiin edellä kuvattujen viiden haastatteluteeman ympärillä.

Ennen ryhmähaastattelun toteutusta tehtiin koehaastattelu, johon osallistui kaksi henkilöä. Koehaastattelun jälkeen teemoja täsmennettiin ja ne järjestettiin loogiseksi kokonaisuudeksi. Kaikissa viidessä focus group -haastattelussa osallistujat keskustelivat erittäin vilkkaasti. Haastattelija varmisti sen, että kaikki saivat äänensä kuuluviin ja että kaikki teemat käytiin läpi.

Koska ryhmähaastatteluihin osallistui varsin rajallinen määrä edustajia, haluttiin niissä saatuja tuloksia validoida tekemällä web-kysely, jossa vastaajilta pyydettiin arvioita vastausvaihtoehtojen sisältävien ja avointen kysymysten avulla edellä kuvatuista teema-alueista: suosituksen tarkoituksenmukaisuudesta työvälineenä, sen käytöstä suunnittelun, koulutuksen, seurannan ja arvioinnin välineenä, suosituksen avulla aikaansaaduista tuloksista ja muutoksista sekä suosituksesta informaatio-ohjauksen välineenä. Kysely lähetettiin 100 kunnan ikääntyneiden palveluista vastaavalle henkilölle syksyllä 2006 focus group -haastattelujen jälkeen. Nämä 100 osallistujaa poimittiin systemaattista satunnaisotantaa käyttäen valitsemalla joka kolmannen kunnan (aakkosjärjestyksessä) ikääntyneiden palveluista vastaava henkilö pois lukien ne kunnat, joiden edustaja osallistui ryhmähaastatteluihin. Kyselyyn vastasi yhteensä 47 kunnan ikäihmisten palveluista kunnassa vastaava henkilö; vastausprosentti oli siis 47. Koska web-kyselyn avulla haluttiin validoida haastatteluissa esiin nousseet keskeiset tulokset, on web-kyselyn anti tältä osin täysin riittävä. Avoimista vastauksista kertyi rikas aineisto, myös mahdollista myöhempää analyysia varten. Tulokset raportoidaan seuraavassa teema-alueittain sekä haastattelu- että web-kyselyn osalta.



#### 4.4.2 Laatusuositus työvälineenä ja muutoksen tekijänä

##### **Laatusuosituksen tarkoituksenmukaisuus työvälineenä**

Haastatellut ja web-kyselyyn vastanneet pitivät laatusuositusta yleisesti tarkoituksenmukaisena työvälineenä, sillä sen keskeinen viesti – vanhuspoliittisen strategian ja sen osana palvelurakenteen kehittämisohjelman laatiminen – sai sisältönsä, kussakin kunnassa omanlaisensa, paikallisesti. Suositus oli johtanut konkreettiseen toimintaan kaikissa niissä kunnissa, joiden edustajat osallistuivat haastatteluihin. Pitkän ja keskipitkän aikavälin suunnittelu oli saanut kunnissa vauhtia laatusuosituksen antamisen jälkeen. Haastateltavat toivat esiin sen, että laatusuositus on vaikuttanut ennen kaikkea vanhuspoliittisten strategioiden ja palvelurakenteen kehittämisohjelmien syntymiseen tai olemassa olevien strategioiden ja ohjelmien päivittämiseen ja niiden sisältöön. Web-kysely vahvisti haastattelujen tuloksia tältä osin ja kyselyn vastauksissa suosituksen tarkoituksenmukaisuutta kuvattiin mm. näin:

*Kuntaan on laadittu vanhuspoliittinen strategia. Suositusta on strategiatyössä hyödynnetty henkilöstömitoitusten tarkastelussa, kuntalaisille tiedottamisen kehittämisessä, seudullisessa ja paikallisessa laatutyössä, johtamisen ja päätöksenteon tukena.*

Suosituksen käyttökelpoisuutta laadun kehittämisen työvälineenä pohdittiin ryhmissä monipuolisesti; olennaisen tärkeänä pidettiin sitä, että suositus antoi perusteluja, joiden avulla voitiin sekä valmistella että esittää kehittämistoimenpiteitä lautakunnille ja/tai valtuustoille. Muutostarpeita voitiin paremmin viedä eteenpäin niiden asioiden osalta, joista oli käytettävissä määrällistä vertailu- tai muuta tietoa. Asiaa kuvattiin mm. näin:

*Laatusuosituksessa esitettyjä henkilöstömitoituksia on hyödynnetty perusteltaessa henkilöstön lisätarvetta ja vanhustyön kehittämistä poliittisille päättäjille.*

Suosituksella arvioitiin olleen painoarvoa niin isoissa kuin pienissäkin kunnissa, mutta pienten kuntien edustajat arvioivat suosituksen merkityksen suuremmaksi kuin suurten kuntien edustajat.

##### **Laatusuositus suunnittelun, seurannan ja arvioinnin välineenä**

Laatusuositusta oli hyödynnetty erityisesti *suunnittelun* tukena, mikä onkin johdonmukaisesti suosituksen keskeinen sisältö huomioon ottaen. Strateginen suunnittelu lisäsi toiminnan tavoitteellisuutta myös muilta osin. Vanhuspoliittiset strategiat saivat haastateltujen mukaan suositukselta konkreettista sisältöä: ikääntyneiden kuntalaisten kotona asumista haluttiin tukea lisäämällä ehkäiseviä (esim. ehkäisevät kotikäynnit) ja kotiin annettavia palveluita, monipuolistamalla palveluvalikoimaa (esim. yöpartioiminta), kehittämällä avun kohdentamisen kriteereitä ja turvaamalla riittävät henkilöstövoimavarat. Erityisesti suositukselta arvioitiin olleen hyötyä henkilöstömitoitusten suunnittelun tukena. Suositus antoi perusteluja kehittämisen suunnaksi. Suositus oli haastateltavien mukaan vaikuttanut erityisesti laitoshoidon mitoituksiin, sillä juuri näiden osalta suosituksessa esitettiin sekä valtakunnallista vertailutietoa että esimerkkitaulukko, jossa mitoitukset esitettiin asteikolla: välttävä-keskiverto-hyvä. Mitoitustietoja oli hyödynnetty myös ostopalveluita kilpailutettaessa.

Suosituksen puutteena pidettiin sitä, että kotihoidon henkilöstön mitoittamiselle ei annettu lainkaan ohjeistusta. Haastateltavat toivat esiin sen, että suositusta mahdollisesti uudistettaessa huomio tulisi kiinnittää erityisesti kotihoidon, kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon henkilöstön mitoittamiseen ja tältäkin osin tukea kotona asumisen mahdollistamista ja avopalvelujen ensisijaisuutta. Kotihoidon henkilöstön mitoittamisen tueksi toivottiin hyvien käytäntöjen kehittämistä ja tiedon levittämistä niistä. Myös ns. tavallisen palveluasumisen henkilöstön mitoittamiseen toivottiin tukea.

Haastateltujen mukaan kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien turvaaminen ja asiakaslähtöinen palvelujen suunnittelu ja kehittäminen sai suosituksesta pontta ja sisältöä. Kuntalaisille tiedottamiseen laatusuositus oli vaikuttanut siten, että tiedottamiseen kiinnitettiin ylipäättään enemmän huomiota ja sitä toteutettiin aiempaa järjestelmällisemmin. Suosituksen esittämiä palvelukatsauksia ei oltu juurikaan tehty, mutta erilaisia esitteitä, esimerkiksi palveluesitteitä, oli laadittu runsaasti. Myös paikallislehtiä oli hyödynnetty kuntalaisille tiedottamisen tukena.

Suositus on haastateltavien mukaan vaikuttanut täydennyskoulutuksen sisältöihin jossakin määrin. Laatusuosituksella informoitiin aikanaan runsaasti: koulutus- ja tiedotustilaisuuksia kohdennettiin myös muille kuin sosiaali- ja terveysalan toimijoille ja näitä toteutettiin sekä erillisinä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille suunnattuina että yhteisinä, kaikille kiinnostuneille kuntalaisille avoimina tilaisuuksina. Koulutus- ja tiedotustilaisuudet muodostivat haastateltavien mukaan hyvän pohjan yhteiselle strategiatyölle. Ikääntyneiden parissa toimivalle henkilöstölle oli koulutusta tarjottu runsaasti ja koulutussisällöt olivat moninaiset. Tämä täydennyskoulutus ei suoraan liittynyt suosituksen sisältöalueisiin, mutta kylläkin sen tueksi tuotettiin tukimateriaaleihin, kuten *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu* -oppaaseen. Esimerkiksi ikääntyneiden toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, palveluiden laadun kehittäminen, dementoivien sairauksien hoito ja lääkehoito olivat esimerkkejä täydennyskoulutuksen sisällöistä. Esimiehille oli järjestetty johtamiskoulutusta.

Laatusuosituksen todettiin suunnan palvelujen *seuranta* ja *arviointia* jossakin määrin, mutta selkeästi suunnittelua vähemmän. Keskeisiä seurattavia asiakokonaisuuksia olivat

- eri palveluiden kattavuudelle asetettujen tavoitteiden kehittyminen
- asiakkaiden hoitoisuus palvelurakenteen eri portailla
- henkilöstömäärien kehittyminen
- talous- ja toimintasuunnitelman toteutumisen arviointi
- palveluiden laadun kehittyminen, esimerkiksi asiakastytyväisyyskyselyitä hyödyntäen.

Joissakin kunnissa strategiassa ja kehittämissuunnitelmissa asetettujen tavoitteiden toteutumista seurattiin vuosittain. Tällaisia mainintoja tuli haastatteluissa ja web-kyselyssä esille kuitenkin vähän. Seuranta- ja arviointiraportteja tehtiin lähinnä poliittisille päätöksentekijöille ja vanhusneuvostoille. Toimintakertomus mainittiin yhtenä tärkeänä seuranta- ja arviointitiedon välittäjänä. Kuntalaisille tiedotettiin seurannan ja arvioinnin tuloksista vain vähän.

### **Laatusuosituksen avulla aikaansaadut muutokset**

Laatusuosituksen avulla arvioitiin saadun sekä välillisiä että välittömiä muutoksia. Konkreettisia tuloksia olivat valmistuneet strategiat ja palvelujen kehittämissuunnitelmat, joiden ohjaamina iäkkäiden kuntalaisten palveluita pyrittiin kehittämään. Strategiat toimivat sekä suunnittelun että arvioinnin perustana. Välillisesti suositus tarjosi myös perusteluasiakirjan, johon saatettiin vedota muutoksia suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Keskeisenä tuloksena tai muutoksena haastatellut ja web-kyselyn vastaajat pitivät joissakin kunnissa ikääntymiskysymysten näkyväksi tulona laatusuosituksen myötä. Myönteisenä muutoksena pidettiin sitä, että suositus nosti esiin keskeisiä ikäihmisten palveluiden kehittämisteemoja, joista käynnistyi keskustelu kunnassa iäkkäiden kuntalaisten (esimerkiksi vanhusneuvoston edustajien välityksellä), viranhaltijoiden ja luottamushenkilöiden kesken. Yhteisiä keskusteluita pidettiin kehittämistoiminnan keskeisenä lähtökohtana.

Eri toimijoiden yhteistyö oli haastateltavien mukaan jossakin määrin onnistunutta, mutta tehostamisen varaa esitettiin olevan. Suosituksen kuitenkin arvioitiin osaltaan tukevan monitoimijaisuuden periaatetta eli kaikkien eri toimijoiden – kuntalaisten, kunnan, järjestöjen, seurakunnan, yksityisten palveluntuottajien – yhteistä työtä hyvän vanhuuden turvaamiseksi iäkkäille kuntalaisille. Yhteistyötä kuvattiin tehdyn kunnan liikunta-, kulttuuri-, sivistys- ja teknisen toimen kanssa, mutta myös järjestöt, seurakunnat ja yksityiset palveluntuottajat mai-

nittiin yhteistyökumppaneina. Monipuolisen yhteistyön korostamista toivottiin myös uuden laatusuosituksen sisällöksi.

Välittömiä, suosituksen pohjalta aikaansaatuja muutoksia esitettiin haastatteluissa useita. Useimmat näistä liittyivät henkilöstöön: kotihoitoon, palveluasumiseen ja vanhainkoteihin oli useissa kunnissa saatu lisää henkilöstöä ja henkilöstömitoitukset olivat nousseet. Oli myös perustettu varahenkilöstöjärjestelmiä. Henkilöstön täydennyskoulutusta oli lisätty; tähän oli osaltaan vaikuttanut myös sosiaalihuollon täydennyskoulutussuositus, joka pohjautuu sosiaalihuoltolain (710/1982) muutokseen (Kallio & Sarvimäki 2006). Henkilöstöön liittyvinä toimenpiteinä mainittiin myös se, että määräaikaista työntekijöitä oli vakinaistettu.

Muutosten uskottiin olevan pysyviä, varsinkin suurten linjausten, joita vanhuspoliittisissa strategioissa oli tehty. Todettiin myös, että ikääntymiseen ja ikäihmisiin kohdistuvat asenteet ovat muuttuneet suopeammiksi. Ikääntyneiden ihmisten tarpeet on tiedostettu, kun niistä on päästy suosituksen myötä keskustelemaan strategiaa tehtäessä.

#### 4.4.3 Laatusuositus informaatio-ohjauksen välineenä

Kysymys laatusuosituksen riittävydestä informaatio-ohjauksen välineenä herätti sekä haastatteltavien keskuudessa runsaasti keskustelua että tuotti runsaasti vastauksia web-kyselyn kautta. Kaikissa haastatteluissa tuotiin esille se, että tarvittaisiin enemmän normeja: laatusuositus ei ole ollut riittävä tuki palveluiden ja erityisesti henkilöstövoimavarojen kehittämisessä. Tätä kuvattiin mm. seuraavasti:

*Suositus on kuitenkin vain suositus, esimerkiksi henkilöstömitoitusten osalta tarvittaisiin jatkossa järeämpiä aseita kuntatalouden niukkuuden jakamista vastaan.*

*Tarvitaan sitovaa lainsäädäntöä vanhusväestön palvelujen määrän ja laadun turvaamiseksi (vrt. päivähoidon ja vammaispalvelun subjektiiviset oikeudet).*

*Laatusuosituksella on ohjaava rooli, jolla varmasti voidaan vaikuttaa jonkin verran. Mutta, jos halutaan turvata ikääntyneiden hoidossa tasapuolisuus ja tietty laatutaso, tarvitaan sitovampia välineitä koko valtakunnan tasolla.*

Toisaalta toisenlaisiakin mielipiteitä tuli esille, kuten:

*Suositus on hyvä pohja perusteluille kunnan päätöksenteossa, mutta jättää sopivasti omaa harkinnanvaraa.*

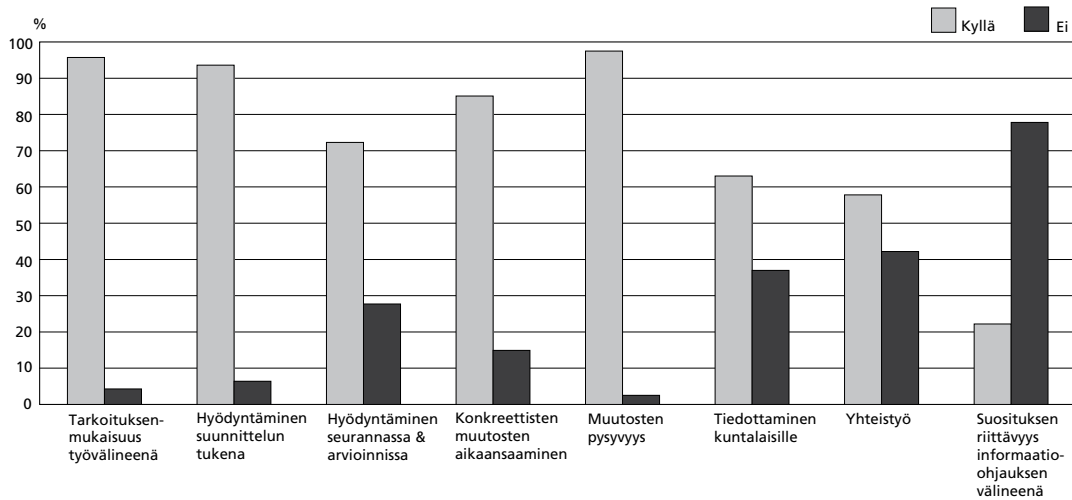
Voidaan kuitenkin sanoa, että yleisesti niin haastatteluissa kuin kyselyvastauksissakin kaivattiin minimitasojen määrittämistä sekä selkeää ohjeistusta siitä, mitä palveluita kunnan tulisi tuottaa. Pohdittiin siis julkisen ja yksityisen vastuun rajoja. Laatusuosituksen uudistukselta odotetaan tässä suhteessa konkreettisempia määrittelyjä. Uudistuksen tulisi konkretian lisäksi tuottaa myös uutta sisältöä, erityisesti ehkäisevien palveluiden kokonaisuus sekä kuntoutumista edistävä toiminta olivat tässä yhteydessä esille nostettuja teemoja.

Vaikka laatusuositusta ei kaikilta osin pidetty riittävänä hyvän hoidon ja palveluiden turvaajana, sitä pidettiin kuitenkin hyödyllisenä informaatio-ohjauksen välineenä ja perusteluasiakirjana. Todettiin, että

*Elämä laatusuosituksen jälkeen on kuitenkin ollut sen puutteista huolimatta helpompaa.*

Yhteenvedona voidaan todeta, että tietyistä esille nostetuista kehittämistarpeista huolimatta laatusuositusta pidettiin tärkeänä ohjauksena. Suositusta oli hyödynnetty monipuolisesti

Kuvio 10. Web-kyselyyn vastanneiden (n = 47) arviot laatusuosituksesta.



niin suunnittelussa kuin seurannassa ja arvioinnissakin. Suositus oli tarjonnut runsaimmin eväitä suunnitteluun ja sen merkitystä perusteluasiakirjana korostettiin. Strategioissa ja palvelurakenteen kehittämissuunnitelmissa asetettujen tavoitteiden saavuttamisen arviointi ja kuntalaisille tiedottaminen olivat haastateltavien ja web-kyselyyn vastanneiden yhteensä 75 eri kunnan edustajien mukaan kehittämistä vaativia kokonaisuuksia (kuviot 10.). Laatusuosituksen sisällön päivittämiseksi ja kehittämiseksi esitettiin konkreettisia ehdotuksia.

Näitä olivat seuraavat:

- monitoimijaisuuden ja yhteisvastuun voimakkaampi korostaminen: Koko kunta ikäntyneiden asialla!
- tietoa palvelutarpeen arvioinnin yhtenäistämiseksi
- kotihoidon henkilöstön mitoitusperusteiden ja tavoitetasojen määrittely ml. henkilöstörakenne
- tavallisen palveluasumisen henkilöstön mitoitusperusteiden ja tavoitetasojen määrittely ml. henkilöstörakenne
- tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon henkilöstön mitoitusperusteiden määrittäminen ja tavoitetasojen päivittäminen ml. henkilöstörakenne
- toimintakykyä, kuntoutumista, edistävä toiminta läpileikkaavaksi näkökulmaksi
- seurannan ja arvioinnin merkityksen korostaminen ja
- kustannustehokkuus.

#### 4.4.4 Arviointi ikäntyneiden palveluiden johtajille tehdyn haastattelun ja kyselyn tuloksista

Haastatellut ja web-kyselyyn vastanneet pitivät laatusuositusta tarkoituksenmukaisena työvälineenä laadun parantamiseksi. Näin todettiin myös Valtiovarainministeriön (2006) selvityksessä, jossa valtion informaatio-ohjauksen kuvattiin tukeena hyvin juuri laadun kehittämiseen liittyvää työtä. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus oli lisännyt kunnissa strategista suunnittelua ja sitä kuvattiinkin käytetyn yleisimmin suunnittelun tukena. Tämä tulos vahvistaa vanhuspoliittisten strategioiden sisällön analyysin tuloksia ja kertoo siitä, että suosituksen keskeinen viesti on välittynyt kuntiin hyvin. Suurin osa haastateltavista ja web-kyselyyn vastaajista toi esiin sen, että suositus tarjosi ennen kaikkea perusteluja suunnittelun tueksi.

Suositus oli antanut konkreettista sisältöä vanhuspoliittisiin strategioihin; tältä osin tulos on myös hyvin samansuuntainen kuin vanhuspoliittisten strategioiden sisällön analyysin tulos. Erityisesti suosituksesta arvioitiin olleen hyötyä henkilöstömitoitusten suunnitteluun, sillä suositus antoi perusteluja kehittämisen suunnaksi. Laitoshoidon mitoitusten suunnitteluun oli suosituksesta saatu apua ja vahvasti tuotiin esiin se, että myös kotihoidon henkilöstön mitoittamiseen tarvitaan tukea. Kotihoidon henkilöstön mitoittamiseen liittyvän ohjeistuksen puutetta pidettiin suosituksen suurimpana puutteena ja toivottiin, että suositusta uudistettaessa tämä puute korjattaisiin. Mitoituksen osalta haastatellut ja kyselyyn vastanneet esittivät, että tavoite- tasojen lisäksi pitäisi pohtia ja ohjeistaa myös mitoituserusteita sekä sitä, mitkä ammattiryhmät lasketaan mukaan mitoituksiin. Paitsi mitoitussisältöihin suositus oli antanut eväitä kuntalaisten ja eri palveluiden asiakkaiden osallisuuden mahdollistamiseen ja tukemiseen. Suosituksen sisältö oli siis ohjannut vanhuspoliittisten strategioiden sisältöä.

Suosituksista oli hyödynnetty myös koulutuksen välineenä, joskin selvästi suunnittelua vähemmän. Haastatellut ja web-kyselyyn vastaajat korostivat koulutuksen osalta sitä, että koulutus – silloin kun sen kohderyhmänä olivat laajasti eri toimijat ikäihmisten edustajista aina poliittisiin päätöksentekijöihin asti – tarjosi hyvän pohjan yhteiselle työlle, mahdollisti eri toimijoiden yhteistä keskustelua niin arvoista kuin konkreettisemmistakin asiasisällöistä. Tämä on tärkeä esiin tuotu asia, sillä eri toimijoiden vuoropuhelu on todettu erityisen tärkeäksi informaatio-ohjauksen viestin välittymisessä (Mäki 2004). Käytännön työntekijöille tarjottu täydennyskoulutus sai jossakin määrin sisältönsä laatusuosituksen tukimateriaaliksi laaditusta Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu -oppaasta, mutta sitä on myös hyödynnetty paljon itse- tai ryhmässä opiskelun välineenä; opasta on myyty yli 4000 kappaletta.

Tarve vanhuspoliittisten strategioiden seurannan ja arvioinnin edistämiseksi nousi esiin tästäkin aineistosta. Haastatellut ja web-kyselyyn vastanneet esittivät, että arviointiin liittyvää tietoa tarvittaisiin lisää. Tämän asiakokonaisuuden korostaminen on haaste uudistettavan laatusuosituksen kehittämisessä samoin kuin koulutusmahdollisuuksien tarjoaminen suosituksen antamisen jälkeen (vrt. Valtiovarainministeriö 2006).

Laatusuosituksen avulla oli kunnissa saatu aikaan sekä välillisiä että välittömiä tuloksia ja muutoksia. Konkreettisimmillaan vanhuspoliittinen strategia – asiakirja – oli saavutettu tulos. Välillisesti suositusta arvioitiin käytetyn eniten perusteluasiakirjana silloin, kun asioita valmisteltiin poliittiseen päätöksentekoon. Lähes kaikki haastatellut ja web-kyselyyn vastanneet korostivat sitä, että suosituksen julkisuus nosti esiin ikäihmisten palveluiden kehittämisen ja käynnisti keskustelua kunnassa. Kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien kehittämisessä ja kuntalaisille tiedottamisessa nähtiin eniten kehittämistarpeita.

Sekä haastatteluissa että web-kyselyn vastauksissa pohdittiin monipuolisesti laatusuosituksen riittävyttä ja toimivuutta informaatio-ohjauksen välineenä. Laatusuositusta – niin tärkeänä kuin sitä pidettiinkin – ei pidetty täysin riittävänä ohjauksvälineenä. Erityisesti henkilöstön määrän kehittäminen oli se alue, joka ei haastateltavien ja kyselyyn vastanneiden arvioiden mukaan kehitynyt riittävästi suosituksella. Tältä osin tuotiin esiin toiveita sekä resurssi- että normiohjauksen keinovalikoiman käyttöön ottamiseksi asian edistämiseksi.

## 5 Summa summarum

Tässä raportoitavan selvityksen tavoitteena oli kuvata ja arvioida Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen valmisteluprosessia, sen keskeisten sisältöalueiden kehitystä vuodesta 2000, ennen suosituksen julkaisemista, vuoteen 2005<sup>12</sup>/2006, hankkeen aikaansaamia tuloksia ja muutoksia sekä laatusuositusta informaatio-ohjauksen välineenä.

Toimintaympäristö on ollut voimakkaassa muutoksessa koko laatusuosituksen olemassa olon ajan. Näin ollen on varsin vaikea osoittaa ne keskeiset muutokset, jotka juuri laatusuosituksen avulla on aikaansaatava kuluneiden viiden vuoden aikana. Laatusuosituksen viestiä on vahvistettu paitsi uusilla ikääntymispolitiikkaa linjaavilla dokumenteilla, jotka vahvistavat laatusuosituksen viestiä, myös resurssiohjauksella. Valtioavustusta on myönnetty kuntien kehittämishankkeille ja rahoituksen myöntämisen yhtenä keskeisenä myöntökriteerinä on ollut ikääntymispoliittinen relevanssi. Vuonna 2006 voimaan tulleet omaishoidon tukea ja palvelutarpeen arviointia koskevat lainsäädännön muutokset vaikuttavat myös tilanteeseen.

Ikääntyneiden palveluiden laadun kehittämässä juuri näihin palveluihin kohdistuvalla laatusuosituksella on tärkeä paikkansa. Tämän selvityksen tulokset ja aiempi tutkimustieto antavat viitteitä siitä, että suositus ei kuitenkaan yksinään ole riittävä keino turvata palvelujen laatu, vaan suosituksen rinnalle tarvitaan muita ohjausvälineitä. Lisäksi tarvitaan informaatio-ohjauksen kehittämistä niin, että ohjausta ja toimeenpanoa vahvistetaan koulutuksella ja kytkemällä arviointitieto kuntien ohjaukseen (Valtiovarainministeriö 2006).

Suosituksen toimivuus edellyttää kehittämisen taustalla vaikuttavien arvojen yhteistä määrittelyä ja konkretisointia toimintaohjeiksi koko kunnan tarkastelutasolta aina yksittäisen asiakkaan tasolle asti. Keskeinen toimeenpanon fasilitaattori ja toimivuuden takaaja näyttäisi olemassa olevan tiedon perusteella olevan valmisteluprosessin onnistuneisuus niin, että

- valmisteluprosessi on avoin ja läpinäkyvä niin, että varmistetaan kaikkien keskeisten toimijoiden edustajien mahdollisuus osallistua valmisteluun
- jo tavoitteita asetettaessa pohditaan tarkoin niiden toimeenpanoa
- vahvistetaan suosituksen viestiä koulutuksen keinoin
- kytketään arviointitiedon tuottaminen kiinteäksi osaksi seuranta- ja arviointia.

Suositusta uudistettaessa tulisi huolehtia siitä, että valmisteluprosessin aikana saadaan luotua yhteinen omistajuus suosituksen sisältöön ja varmistaa edellistä laatimisprosessia laajempi kuulemismenettely, ml. kansalaisten osallistumismahdollisuus. Ohjauspoliittisesti suositus on palvelujen uudistamisen merkittävä väline. Kun suositukset valmistellaan yhteistyössä, on kaikilla keskeisillä sidosryhmillä mahdollisuus vaikuttaa sen sisällöllisiin painotuksiin. Näin syntyy merkittävää sosiaalista pääomaa, vuorovaikutusta, luottamusta ja yhteistä tulevaisuusnäkyä. (Haverinen 2003.) Tämän sosiaalisen pääoman kertyminen on tärkeä välillinen tuotos, joka välittää muiden suosituksessa ilmaistujen sisältöjen edistymistä.

Vanhuspoliittisten strategioiden sisällön analyysi osoitti, että strategioissa oli monipuolisesti esillä suosituksen keskeisten osa-alueiden sisältöjä. Voidaankin todeta, että suositus oli merkittävästi ohjannut strategioiden sisällön muotoutumista kunnissa. Laatusuositusta uudistettaessa tulisi korostaa konkreettisten tavoitteiden asettamisen merkitystä; jos tavoitteet ilmaistaan abstraktilla tasolla, puuttuu seurannalta ja arvioinnilta tukeva perusta. Seurannan ja arvioinnin merkityksen sekä kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien edelleen kehittäminen ovat myös korostusta vaativia asioita laatusuosituksen sisältöä uudistettaessa. Strategioiden valmistelua painottava tavoite on edelleen tarkoituksenmukainen sisältö uudistettavassa suosituksessa ja ajankohtainen mm. kunta- ja palvelurakennemuutoksen vuoksi.

<sup>12</sup>Tilastotiedon osalta viimeisin mahdollinen tarkasteluvuosi on 2005.

Ikäihmistien kotona asumisen ja avopalveluiden kehityksen osalta voidaan todeta, että säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät ovat lisääntyneet, mutta kattavuus on vähentynyt vuosina 2000-2005. Pitkään laskussa olleet säännöllisen kotihoidon ja kodinhoitoavun kattavuudet ovat kuitenkin kääntyneet nousuun vuonna 2004. Omaishoidon tuen asiakasmäärät ovat nousseet tasaisesti koko 2000-luvun. Dementoituneiden kotiin annettavien palvelujen kehitys on ollut myönteistä. Kaikissa ikääntyneiden palveluissa alueelliset erot ovat melko suuria. Suosituksen tavoite kotona asumisen mahdollistamisesta riittävien ja oikea-aikaisten palvelujen turvin on edelleen tarkoituksenmukainen. Suositusta uudistettaessa tämän tavoitteen merkitystä tulisi edelleen korostaa, sillä muutokset palveluiden määrässä ja kohdentumisessa ovat varsin pieniä, kun asiaa tarkastellaan tilasto- ja tutkimustiedon valossa. Uudistettavaan suositukseen tulisi lisätä ikäihmistien fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen sekä ehkäisevien palvelujen sisältöjä, sillä ikäihmistien toimintakyky ja siinä tapahtuvat muutokset ovat olennaisen tärkeitä palvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Myös laaja-alaisen palvelutarpeen arvioinnin merkitys tulisi nostaa suosituksessa esille, sillä sen turvin voidaan palvelut kohdentaa tarkoituksenmukaisesti.

Henkilöstön määrän ja rakenteen kehityksen osalta voidaan todeta, että tavoitteiden asettaminen henkilöstön mitoittamiseksi on edelleen tarkoituksenmukainen sisältö laatusuosituksessa. Henkilöstön määrä ja rakenne ovat kehittyneet suosituksen suuntaisesti, mutta kehittämisen tarvetta on edelleen runsaasti. Uudistuksen yhteydessä suositukseen tulisi sisällyttää a) tietoa mitoitustasaperusteista, b) niistä ammattiryhmistä, jotka lasketaan mukaan mitoitukseen sekä c) tietoa mitoitustasosta niin kotihoidon kuin asumis- ja laitoshoidon palvelujenkin osalta. Tämän haasteellisen tehtävän toteuttamiseksi olisi perusteltua käynnistää kehittämishanke, jossa tuotettaisiin tietoa ja hyviä käytäntöjä tiiviissä yhteistyössä erilaisten palveluntuottajien kanssa. Tämä ehdotus sisältyi myös nykyiseen suositukseen. Työhyvinvoinnin kehitys on mitoituksen kehityksen tärkeä ponnin: muutokset työhyvinvoinnissa ovat olleet lähinnä kielteisiä, sillä henkilöstön kuormitus ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet. Tarve kotihoidon henkilöstön mitoitustasoperusteiden määrittämiseksi sekä tavoitetaso asettamiseksi on ilmeinen. Tältä osin suositus kaipaa kipeimmin uutta sisältöä. Kotihoidon henkilöstön mitoitustasoperusteiden ja/tai tavoitetasojen määrittäminen tukee osaltaan kotona asumisen mahdollistamisen ja avopalveluiden ensisijaisuuden tavoitteita. Tärkeää on huolehtia myös siitä, että kaikissa ikääntyneiden palveluissa on osaava ja riittävä johtotehtävissä toimivien joukko.

Tietyistä esille nostetuista kehittämistarpeista huolimatta kuntien ikääntyneiden palveluita johtavat henkilöt pitivät laatusuositusta tärkeänä ohjausvälineenä. Suositusta oli hyödynnetty monipuolisesti erityisesti suunnittelussa ja sen merkitystä perusteluasiakirjana korostettiin. Strategioissa ja palvelurakenteen kehittämishajelmassa asetettujen tavoitteiden saavuttamisen arviointi ja kuntalaisille tiedottaminen olivat haastateltavien ja web-kyselyyn vastanneiden yhteensä 75 eri kunnan edustajien mukaan kehittämistä vaativia kokonaisuuksia. Laatusuosituksen sisällön päivittämiseksi ja kehittämiseksi esitettiin konkreettisia ehdotuksia.

Selvityksen toteutuksessa hyödynnettiin aineisto- ja menetelmätriangulaatiota, sillä haluttiin tuottaa mahdollisimman monipuolinen kuva tarkasteltavasta moniulotteisesta kokonaisuudesta. Selvityksessä hyödynnettiin kansallisia tilasto- ja rekisteriaineistoja sekä koottiin erilliset aineistot vanhuspoliittisten strategioiden analyysiin ja ikääntyneiden palveluita johtavien henkilöiden arviointien selvittämiseen.

Kansallisten tilastojen ja rekisterien käyttöön liittyy useita haasteita. Tilastojen ja rekisterien tuottama tieto muodostaa sekundaarisen, ns. toisen käden aineiston. Rekistereitä hyödyntävässä tutkimuksessa tukeudutaan jo olemassa oleviin aineistoihin, jotka on tuotettu muihin kuin raportoitavan selvityksen tarkoituksiin. Aineisto sisältää valmiiksi operationalisoidut käsitteet, muuttajat, jolloin aineiston tuottajalla ja loppukäyttäjillä voi olla erilaisia tulkintoja muuttajien määrittämisestä; tämä voi vaikuttaa muuttajien arvojen tulkintoihin. Tässä selvityksessä käytetyt

tilasto- ja rekisteriaineistot soveltuivat kuitenkin erittäin hyvin selvityksen kysymyksen asetteluihin. Käytetyt tiedot: operatioinalisoidut muuttajat, olivat yksiselitteisiä: asiakkaiden määrä vuoden aikana ja laskentahetkellä eri palveluissa sekä henkilöstön kokonaismäärä ja rakenne eri palveluissa. Näiden osalta tulosten tulkinta, muutos absoluuttisina lukumäärinä ja prosentuaalisina osuuksina, tarkasteltavana olevalla ajanjaksolla, on varsin yksinkertaista. Tietojen keruussa ja tulosten tulkinnassa on ollut mukana vahva tilastoasiantuntemus; tämä varmistaa tulosten luotettavuutta. Luotettavuutta varmistaa myös se, että käytetyt tilastot ja rekisterit ovat kattavia ja tietojen keruu niihin perustuu tilastolakiin (62/1994) ja lakiin sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tilastotoimesta (409/2001); kunnallisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on lakisääteinen velvollisuus tuottaa tietoa näihin tilastoihin ja rekistereihin. Tilasto- ja rekisteriaineiston tuottamaa kuvaa henkilöstön määrän ja rakenteen kehityksestä täydennettiin tutkimustiedon avulla. Täydentävä ja taustoittava tieto koottiin kirjallisuuskatsauksin.

Vanhuspoliittisten strategioiden sisällön analyysin luotettavuuden varmistamiseksi analyysin teki henkilö, joka ei ole ollut millään tavoin osallisena laatusuosituksen valmistelussa tai jalkauttamisessa; näin haluttiin varmistaa analyysiprosessin objektiivisuus. Haasteena analyysissa oli valtavan tietomäärän tiivistäminen selvityksen tavoitteet huomioon ottaen järkeväksi kokonaisuudeksi. Tätä tehtävää helpotti se, että suosituksen sisältöalueet olivat analyysin perusrunkona. Sisältöalueita oli myös operationalisoitu IKI -indikaattoristossa; tämä tuki analyysiprosessia, varsinkin, kun kyseessä oli määrällinen sisällön analyysi.

Ikääntyneiden palveluita johtavien henkilöiden arvioiden keräämiseksi tehtiin focus group -haastatteluja, jotka onnistuivat hyvin. Ryhmähaastattelujen luotettavuutta pidetään yleensä hyvänä, kun niitä käytetään juuri niihin soveltuvissa aiheissa (Krueger 1994). Tämän aihepiirin selvittämiseen haastattelu sopi erinomaisesti: haastateltavat olivat käsiteltävän aiheen asiantuntijoita, tunsivat laatusuosituksen ja sen jalkauttamisen ja heillä oli runsaasti näkemyksiä suosituksen kehittämiseksi. Ryhmähaastattelu toimi hyvin myös siltä osin, että siihen osallistujat innostivat toinen toistaan keskusteluun ja käyty keskustelu syveni.

Haastattelua tehtäessä on tutkijan oltava tietoinen omista sitoumuksistaan ja näkemyksistään tutkittavasta aiheesta, jotta ne eivät vaikuttaisi ryhmän jäseniin ja saadun tiedon laatuun (Mäenpää ym. 2002). Tämä asia otettiin haastatteluja tehtäessä huomioon. Ryhmähaastattelun tulokset ovat kuitenkin pienen joukon (n = 36 haastatteluissa; n = 47 web-kyselyssä) arvioita, jolloin yleistyksiä tehtäessä on oltava varovainen. Suuntaa antavia tulokset kuitenkin ovat.



## Kirjallisuus

- ANA 1999. Nursing sensitive quality indicators for acute care settings and ANA's safety & quality initiative. American Nurses Association. Verkkoartikkeli osoitteesta: [www.nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm](http://www.nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm).
- Anderson RA, Hsieh P & Su H. 1998. Resource allocation and resident outcomes in nursing homes: Comparison between the best and the worst. *Research in Nursing and Health* 21, 297–313.
- Aromaa A & Koskinen S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Kansanterveyslaitos, Helsinki, 103–125.
- Blomgren J, Martikainen P, Martelin T & Koskinen S. 2006. Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71, 167–178.
- Bostick JE. 2004. Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality* 19, 130–136.
- Burns N & Grove SK. 2005. *The Practice of Nursing Research, 5th Edition - Conduct, Critique, & Utilization*. Saunders, Philadelphia.
- Carey M. 1994. The group effect in focus groups: planning, implementing, and interpreting focus group research. In Morse J. (ed.) *Critical issues in qualitative research methods*. Sage Publications, Thousand Oaks, 225–241.
- Elovainio M & Lindström K. 1993. Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen toimivuus ja henkilöstön hyvinvointi. Raportteja 113. Stakes, Helsinki.
- Elovainio M, Forma P, Halmeenmäki T & Sinervo T. 2000. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön ikärakenne ja eläkkeelle siirtyminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 65, 125–134.
- Finne-Soveri H. 2006a. Vanhusten hoidon erottelu sosiaali- ja terveystoimen kesken on keinotekoista. *CHES ONLINE* 2006/1, 6–7.
- Finne-Soveri H. 2006b. Suomalaisen kotihoidon asiakasrakenne eurooppalaisessa vertailussa. Teoksessa: Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P & Noro A. (toim.) *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes, Helsinki, 151–157.
- Hansson A-I. 2002. Selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. Työryhmämuiistioita 2002:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Harrington C, Zimmerman D, Karon S & ym. 2000. Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *Journal of Gerontology, Social Sciences* 55B, 5, 278–287.
- Haverinen R. 2003. Laatudokumentit ja suomalainen sosiaalipalvelujen modernisaatio. *Yhteiskuntapolitiikka* 68, 325–336.
- Helsingin kaupunki. 1999. Vanhusten laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoitus ja ammattikuntarakenne. Sosiaaliviraston julkaisusarja B 3/1999. Helsingin kaupungin Sosiaalivirasto, Helsinki.
- Hendrix TJ & Foreman SE. 2001. Optimal long-term care nurse-staffing levels. *Nurse Economics* 19, 164–176.
- Heponiemi T, Elovainio M, Pekkarinen L, Noro A, Finne-Soveri H & Sinervo T. 2006. The moderating effect of employee hostility on the association of long-term elderly care unit's negative resident characteristics to employee stress and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology* 11(2), 157–168.
- Hutt E, Lin M & Kramer A. 2002. Effects of nurse staffing on selected quality measures for long term residents derived from MDS. In: *Centers for Medicare and Medicaid Services: Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios In Nursing Homes*. Verkkoartikkeli osoitteesta: <http://cms.hhs.gov/medicaid/reports/rp700hmp.asp>
- Hynninen-Joensivu E. 2003. Yhdessä ikäihmisten asialla. Etelä-Suomen IkäLaatu -projektin loppuraportti. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 72. Etelä-Suomen lääninhallitus, Helsinki.
- Häggman-Laitila A & Kotilainen H. 1996. Tämähkö on nyt sitten se paras ratkaisu? Uudentyyppiset ja perinteiset pitkäaikaishoidon tilat ja ympäristöt vertailussa. Raportteja 202. Stakes, Helsinki.
- ICN (International Council of Nurses). 2006. *Safe staffing saves lives*. ICN, Geneva.
- Isola A & Voutilainen P. 1998. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Raportteja 8. Helsingin kaupungin terveysvirasto, Helsinki.
- Isola A, Voutilainen P, Rautsiala T & ym. 2001. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Toinen vaihe. Raportteja 12. Helsingin kaupungin terveysvirasto, Helsinki.
- Isola A, Voutilainen P, Rundström-Honga A-M & ym. 2005. Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Kolmas vaihe. Tutkimuksia 1. Helsingin kaupungin terveysvirasto, Helsinki.
- Jalava U & Virtanen P. 1998. Tietoa luova projekti. Polku oppivaan organisaatioon. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Kallio A & Sarvimäki P. (toim.) 2006. Sosiaalihuollon täydennyskoulutusosuus. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Karasek R & Theorell T. 1990. *Healthy work. Stress, productivity, and reconstruction of working life*. Basic Books, New York.
- Kautto M, Häkkinen U, Laine V & ym. 2006. Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä. Edita Prima. Helsinki.

- Keränen R. 1999. Lyhyt johdatus hankearviointiin. Sisäinen ja ulkoinen arviointi. Selvityksiä 18. Suomen Aluetutkimus FAR, Sonkajärvi.
- Kunnallissalan kehittämissäätö KAKS. 2006. Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2006. Kunnallissalan kehittämissäätö Polemia-sarjan julkaisu nro 66. KAKS, Helsinki.
- Krueger R. 1994. Focus groups: a practical guide for applied research. Sage Publications, Newbury Park.
- Kukkola S. 2001. Terveyskeskusten potilasosastojen henkilöstömitoitus. Sairaanhoitaja 74 (7), 9–11.
- Kuusisto M-L & Fleming R. 2003. Laatuviesti leviää Länsi-Suomessa. Laatuviesti Länsi-Suomessa -hankkeen loppuraportti. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja 6/2003. Länsi-Suomen lääninhallitus, Turku.
- Laine J. 2005. Henkilöstö ja työvoiman käyttö pitkäaikaishoidossa. Teoksessa: Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M & Vähäkangas P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki.
- Laine M. 2005. Hoitajana huomennakin. Hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Turun yliopiston julkaisuja sarja C 233. Turun yliopisto, Turku.
- Laine J, Linna M, Häkkinen, Noro A. 2005a. Measuring the Productive Efficiency and Clinical Quality of Institutional Long-Term Care for the Elderly. *Health Economics* 14, 245–256.
- Laine M, Wickström G, Pentti J, Elovainio M, Kaarlela-Tuomaala A, Lindström K, Raitoharju R & Suomala T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Langemo D, Anderson J & Volden C. 2002. Nursing quality outcome indicators: the North Dakota study. *Journal of Nursing Administration* 32, 98–105.
- Lapin lääninhallitus. 2002. Ikäihmistien hoito ja palvelut Lapin läänissä 2001–2002. Lapin lääninhallituksen julkaisusarja 2002:10. Lapin lääninhallitus, Rovaniemi.
- Lapin lääninhallitus. 2006. Lapin läänin peruspalvelujen arviointiraportti. Lapin lääninhallituksen julkaisusarja 2006:2. Lapin lääninhallitus, Rovaniemi.
- Lehtonen A & Voutilainen P. 2004. Ikäpolitiikkaa Itä-Suomeen. Aiheita 19. Stakes, Helsinki.
- Looney MR. 1999. Mastering the competencies of HR management. *Human Resource Management* 38, 99–102.
- Martelin T, Sainio P & Koskinen S. 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa: Kautto M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti. 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki, 117–131.
- Martau J, Lin M & Kramer A. 2002. Effects of nurse staffing on nursing home quality measures. In: Centers for Medicare and Medicaid Services: Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios In Nursing Homes. Available at: <http://cms.hhs.gov/medicaid/reports/rp700hmp.asp>
- Muurinen S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Tampereensis* 936. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Mäenpää T, Åstedt-Kurki P & Paavilainen E. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruun menetelmänä tutkittaessa alasteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* 14, 100–107.
- Mäki T. 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet: Henkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 109. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Noro A. 2005. Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M & Vähäkangas P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki, 48–63.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M & Vähäkangas P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki.
- OECD. 2001. Citizens as partners. OECD handbook on information, consultation and public participation in policy-making. OECD, Pariisi.
- Oulasvirta L, Ohtonen J & Stenvall J. 2002. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus: Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Partanen P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Partanen P, Heikkinen T & Vehviläinen-Julkunen K. 2005. Sairaanhoitajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki. Saatavilla: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/22885/file/Tyoolobarometri.pdf](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/22885/file/Tyoolobarometri.pdf)
- Patton MQ. 1997. Utilization-focused evaluation. The new century text. (3rd ed.) Sage Publications, Lontoo.
- Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M & ym. 2004a. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Aiheita 11. Stakes, Helsinki.
- Pekkarinen L, Sinervo T, Perälä M-L & Elovainio M. 2004b. Work Stressors and the Quality of Life in Long-Term Care Units. *The Gerontologist*, 44(5), 633–643.
- Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M & ym. 2006a. Resident care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units. *Research in Nursing and Health*. (painossa)
- Pekkarinen L, Sinervo T, Elovainio M & ym. 2006b. Minkälaisiin työyhteisöihin hoitotyöntekijät sitoutuvat? Työyhteisön ilmapiiri, johtaminen ja työnpaikan vaihtoaiheet vanhusten laitoshoidossa. Teoksessa: Jokivuori P, Latva-Karjanmaa R & Ropo A. Työelämän taitekohtia. Työpoliittinen tutkimus 309. Työministeriö, Helsinki.

- Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H & Noro A. 2006c. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44(12), 1114–1120.
- Perälä M-L, Grönroos E & Sarvi A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Raportteja 8. Stakes, Helsinki.
- Reed J. 1997. Focus groups: issues of analysis and interpretation. *Journal of Advanced Nursing* 26(4), 765–771.
- Robson C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammi, Helsinki.
- Rossi PH, Freeman HE & Lipsey MW. 1999. Evaluation. A systematic approach. 6th ed. Sage Publications, Lontoo.
- Sinervo T. 1994. Vanhainkotien organisaatiokulttuurin muutos – Teoreettinen osa ja ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset. Kasvatustieteen lisensiaattitutkimus. Teoksessa: Elovainio M & Sinervo T. 1994. Vanhainkotien kehittämisen seurantalutkimus. Tutkimuksia 44. Stakes, Helsinki, 1–175.
- Sinervo T. 1997. Työtapojen muutos vanhushuolteen palveluissa. Loppuraportti. Aiheita 1. Stakes, Helsinki.
- Sinervo T. 2000. Work in care for the elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organizational cultures. Research Report no 109. Stakes, Helsinki.
- Sjöholm M, Talvinko T & Paunio P. 2005. Ikääntyneiden toimintakyky ja avun tarve. Suurten kaupunkien 4. RAVA-tutkimus. Qualisan, Helsinki.
- Sosiaalihuolto 1985. Vanhainkotihoidon sisällön kehittämistä sekä henkilöstömäärää ja rakennetta selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaalihuollon julkaisu 10/1985. Sosiaalihuolto, Helsinki.
- Sosiaalihuolto 1987. Vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden mitoitusryhmän muistio. Sosiaalihuollon raporttisarja Nro 11/1987. Sosiaalihuolto, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006. Stakes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Julkaisu 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Esitteitä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Seurantajulkaisu. Julkaisu 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b. Valtioneuvoston periaatepäätös sosiaalialan tulevaisuuden turvaamiseksi. Esitteitä 5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003c. Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Monisteita 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003d. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisu 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003e. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Julkaisu 18. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön ja sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten (Stakes) tulossopimus vuosille 2004–2007; tarkistusvuosi 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Julkaisu 12. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b. Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Kuntatiedote 5/2006. Saatavilla: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/7463/index.htm>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006c. Sosiaali- ja terveysministeriön ja sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskusten (Stakes) tulossopimus kaudelle 2004–2007; tarkistusvuosi 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Spector WD & Takada HA. 1991. Characteristics of nursing homes that affect resident outcomes. *Journal of Ageing and Health* 3, 427–454.
- Stakes, 1996. Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes, Helsinki.
- Stakes 2006. Oikeus ja kohtuus. Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Stakes, Helsinki.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A & Uutela A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B1/2006. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Suomen Kuntaliitto 2002. Vanhuspoliittinen strategiatyö kunnissa. Saatavilla: [http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;65;353;11124;32121;32125](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;65;353;11124;32121;32125)
- Suomen Kuntaliitto 2006. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Kunnat toteuttavat uudistuksen. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

- Toivanen M, Peiponen A & Valvanne J. 2000. Vanhusten laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen hoitohenkilöstömitoitus ja ammattikuntarakenne. *Gerontologia* 14, 114–121.
- Vaarama M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoitopalvelut – Nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa: Kautto M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Vaarama M, Kainulainen S, Perälä M-L & Sinervo T. 1999. Vanhusten laitoshoidon tila – voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Aiheita 46. Stakes, Helsinki.
- Vaarama M, Luomahaara J, Peiponen A & Voutilainen P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Raportteja 259. Stakes, Helsinki.
- Vaarama M & Kaitsaari T. 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä M & Kautto M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes, Helsinki, 120–148.
- Vaarama M, Luoma M-L & Ylönen L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. 104–136. Stakes, Helsinki.
- Vahtera J, Kivimäki M & Virtanen P. 2002. Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa: tutkittua tietoa ja haasteita. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Valtioneuvosto 1986. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet – valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1987–1991. Valtioneuvosto, Helsinki.
- Valtioneuvosto 2004. Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko väestökehityksestä, väestöpolitiikasta ja ikärakenteen muutokseen varautumisesta. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 27. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma – ohjelman toteutus ja vaikutus kunnissa. 40/2002. Valtiontalouden tarkastusvirasto, Helsinki.
- Valtiontilintarkastajien kertomus vuodelta 2002. Valtioneuvosto, Helsinki.
- Valtiovarainministeriö 2006. Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä. Tutkimukset ja selvitykset 3/2006. Valtiovarainministeriö, Helsinki.
- Voutilainen P, Muurinen S, Vaarama M & Isola A. 2001. Vanhusten hoitotyö Helsingin kaupungin vanhainkodeissa. Tutkimuksia 1. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Helsinki.
- Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivirta L, Eloniemi-Sulkava U & Finne-Soveri H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Stakes, Helsinki.
- Voutilainen P, Peiponen A, Noro A & Kauppinen S. 2006. Henkilöstömitoitusten määrittely ja kehittäminen hoitotyön johtajien haasteena ikääntyneiden palveluasumisessa ja pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavissa yksiköissä. Premissi 1, 33–38.
- Vuorela T. 1997. Arvioinnin tilaajan opas. Valtiovarainministeriö/ Hallinnon kehittämisosasto & Hallinnon kehittämisskeskus. Helsinki.
- Øvretveit J. 1998. Evaluating health interventions. Open University Press, Buckingham.

#### Ei-painetut lähteet:

[www.sosiaalihanke.fi](http://www.sosiaalihanke.fi)

[www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi)

Lähi- ja sairaanhoitajien kokonaisansioita koskeva tieto: [www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi) (Kuntapalkat 2005, kuukausipalkkaiset, kokonaisansio €/kk)

Teperi J. 2003. Laatusuosituksen informaatio-ohjauksen välineenä. Esitelmä Stakesin & Suomen Kuntaliiton järjestämällä Terve Kunta -päivillä 23.1.2003.

## LIITE 1.

## Kunnat, joiden vanhuspoliittiset strategiat olivat mukana analyysissä

Asukasluku	Kunta	Lääni	Maakunta	Kunnan asukasluku 2005
Alle 2 000	Kaskinen	Länsi-Suomen lääni	Pohjanmaa	1 482
	Piippola	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	1 337
	Pulkkila	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	1 632
	Tarvasjoki	Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi	1 960
<b>Yhteensä</b>			<b>6 411</b>	
2 001–4 000	Kiihtelysvaara 1)	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Karjala	(v. 1999) 2 729
	Marttila	Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi	2 064
	Merikarvia	Länsi-Suomen lääni	Satakunta	3 582
	Myrskylä	Etelä-Suomen lääni	Itä-Uusimaa	2 033
	Oravainen (Oravais)	Länsi-Suomen lääni	Pohjanmaa	2 193
	Pomarkku	Länsi-Suomen lääni	Satakunta	2 528
	Tuusniemi	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Savo	2 998
	Vihanti	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	3 338
<b>Yhteensä</b>			<b>18 736</b>	
4 001–6 000	Askola	Etelä-Suomen lääni	Itä-Uusimaa	4 555
	Hämeenkoski ja Kärkölä	Etelä-Suomen lääni	Päijät-Häme	Hämeenkoski Kärkölä 2 191
	Joroinen	Itä-Suomen lääni	Etelä-Savo	4 974
	Kälviä	Länsi-Suomen lääni	Keski-Pohjanmaa	5 619
	Maalahti (Malax)	Länsi-Suomen lääni	Pohjanmaa	4 483
	Pielavesi	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Savo	5 542
	Pyhtää 2)	Etelä-Suomen lääni	Kymenlaakso	5 482
	Ranua	Lapin lääni		5 138
	Ristiina	Itä-Suomen lääni	Etelä-Savo	4 715
	Ruokolahti	Etelä-Suomen lääni	Etelä-Karjala	5 104
	Savitaipale	Etelä-Suomen lääni	Etelä-Karjala	5 897
	Suolahti	Länsi-Suomen lääni	Keski-Suomi	4 126
	Sysmä	Etelä-Suomen lääni	Päijät-Häme	5 364
	Tyrnävä	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	4 655
<b>Yhteensä</b>			<b>68 439</b>	
6 001–10 000	Eno	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Karjala	6 764
	Haapajärvi	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	7 882
	Hattula	Etelä-Suomen lääni	Kanta-Häme	9 332
	Huittinen	Länsi-Suomen lääni	Satakunta	9 064
	Ii	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	6 867
	Iitti	Etelä-Suomen lääni	Kymenlaakso	6 867
	Ilomantsi	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Karjala	7 265
	Kalajoki	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	6 422
	Kauhava	Länsi-Suomen lääni	Etelä-Pohjanmaa	9 198
	Kiuruvesi	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Savo	8 026
	Laitila	Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi	9 745
	Loppi	Etelä-Suomen lääni	Kanta-Häme	8 569
	Muhos	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	7 964
	Pudasjärvi	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa	8 240
	Somero	Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi	9 380
	Tammela	Etelä-Suomen lääni	Kanta-Häme	9 606
	Uusikaarlepyy (Nykarleby)	Länsi-Suomen lääni	Pohjanmaa	6 505
	<b>Yhteensä</b>			<b>138 204</b>

10 001– 30 000	Anjalankoski	Etelä-Suomen lääni	Kymenlaakso		16 930
	Hamina 3)	Etelä-Suomen lääni	Kymenlaakso		21 957
	Hollola	Etelä-Suomen lääni	Päijät-Häme		21 199
	Hämeenkyrö	Länsi-Suomen lääni	Pirkanmaa		10 186
	Iisalmi	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Savo		22 482
	Jämsän seutu	Länsi-Suomen lääni	Keski-Suomi	Jämsä	15 164
	Järvenpää	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		37 505
	Kaarina	Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi		21 943
	Kangasala	Länsi-Suomen lääni	Pirkanmaa		26 807
	Kontiolahdi	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Karjala		12 768
	Kuusamo	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa		17 113
	Laukaa	Länsi-Suomen lääni	Keski-Suomi		17 193
	Nastola	Etelä-Suomen lääni	Päijät-Häme		14 790
	Nivala	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa		10 889
	Orimattila	Etelä-Suomen lääni	Päijät-Häme		14 614
	Pietarsaari (Jakobstad)	Länsi-Suomen lääni	Pohjanmaa		19 521
	Sipoo (Sibbo)	Etelä-Suomen lääni	Itä-Uusimaa		18 719
	Tammisaari (Ekenäs)	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		14 566
	Tornio	Lapin lääni			22 297
	Ulvila	Länsi-Suomen lääni	Satakunta		13 803
	Uusikaupunki	Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi		16 198
	Valkeakoski	Länsi-Suomen lääni	Pirkanmaa		20 408
	Vihti	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		25 935
	<b>Yhteensä</b>				<b>418 520</b>
30 001–80	Hyvinkää	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		43 848
	Hämeenlinna	Etelä-Suomen lääni	Kanta-Häme		47 335
	Joensuu	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Karjala		57 858
	Kirkkonummi	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		33 581
	Kotkan-Haminan seutu	Etelä-Suomen lääni	Kymenlaakso	Kotka	54 838
				Hamina	21 957
				Miehikkälä	2 433
				Pyhtää	5 138
				Virolahti	3 641
	Kouvola	Etelä-Suomen lääni	Kymenlaakso		31 054
	Lappeenranta	Etelä-Suomen lääni	Etelä-Karjala		59 073
	Lohja	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		36 585
	Pori	Länsi-Suomen lääni	Satakunta		76 144
	Rauma	Länsi-Suomen lääni	Satakunta		36 589
	Rovaniemi	Lapin lääni			57 835
	Seinäjäkoki	Länsi-Suomen lääni	Etelä-Pohjanmaa		36 409
	Tuusula	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		34 890
	Vaasa	Länsi-Suomen lääni	Pohjanmaa		57 241
	<b>Yhteensä</b>				<b>696 449</b>
Yli 80 001	Espoo	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		231 704
	Helsinki	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		560 905
	Jyväskylä	Länsi-Suomen lääni	Keski-Suomi		84 434
	Kuopio	Itä-Suomen lääni	Pohjois-Savo		90 726
	Lahti	Etelä-Suomen lääni	Päijät-Häme		98 413
	Oulu	Oulun lääni	Pohjois-Pohjanmaa		128 962
	Tampere	Länsi-Suomen lääni	Pirkanmaa		204 337
	Turku	Länsi-Suomen lääni	Varsinais-Suomi		174 868
	Vantaa	Etelä-Suomen lääni	Uusimaa		187 281
	<b>Yhteensä</b>				<b>1 761 630</b>
	1) Liittyi Joensuuhun vuoden 2005 alusta, väkiluku laskettu Joensuun lukuun				
	2) ja 3) Väkiluku laskettu seudullisessa strategiassa Kotkan-Haminan seudun lukuun				

## LIITE 2.

### Vuonna 2001 kehitetty malli kotihoidon henkilöstömäärän arviointiin

Kotihoidon henkilöstömäärän arvioimiseksi tarvitaan seuraavat tiedot:

1. 65 ja 75 vuotta täyttäneiden määrä kunnassa
2. Alle ja yli 75-vuotiaiden avun tarve
  - a. 65–74-vuotiaiden osuus asiakkaina on jatkuvasti pienentynyt ja mallin perustana on palvelujen käyttötilastoihin perustuva arvio siitä, että avun tarve tässä ikäryhmässä on noin 2,5 %
  - b. 75 vuotta täyttäneiden avun tarve perustuu tutkimustietoon: 25–30 % ikäryhmästä tarvitsee apua päivittäin selviytyäkseen kotona
3. Tieto avun intensiteetistä; osa tarvitsee apua satunnaisesti, yhä suurempi joukko kuitenkin enemmän kuin 41 käyntiä kuukaudessa. Seuraavassa esimerkissä avun tarve on arvioitu keskimäärin 4,5 tunniksi viikossa (= 234 tuntia vuodessa). Tämä arvio on varovainen ja mahdollistaa varsin suuren vaihtelun avun intensiteetissä, joka on jatkuvasti kasvanut .
4. Tieto kotihoidossa työskentelevien henkilöiden määrästä. Jos halutaan tosiasiallisesti arvioida kotiin annettavan palvelun henkilöstötarve, tulisi henkilöstöstä poistaa palveluasumiin menevän työpanoksen osuus (29 %). Yhden työntekijän asiakastyöhön käyttämä aika on seuraavassa laskelmassa arvioitu 1575 tuntia vuodessa.

Mallin laskentakaava on seuraava:

$$a = X * 0,025$$

$$b = Y * n \text{ (esim. } 0,25)$$

$$[(a+b) * 234] / 1575$$

X = 65–74-vuotiaiden määrä kunnassa

Y = yli 75-vuotiaiden määrä kunnassa

n = yli 75-vuotiaiden kotihoidon tavoitekattavuus

<sup>13</sup>Vuonna 1995 sellaisten ikääntyneiden säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaiden osuus, joiden luona käytiin yli 41 kertaa kuukaudessa oli 15 %, mutta vuonna 2005 jo 27 %.

## LIITE 3.

## Ryhmähaastatteluihin ja web-kyselyyn osallistuneiden kuntien edustajat

Ryhmähaastatteluihin osallistuneet	Osallistujien lkm	Ryhmähaastatteluihin osallistuneet	Osallistujien lkm
Espoo	2	Mustasaari	1
Haukipudas	1	Muhos	1
Helsinki	2	Muurame	1
Iisalmi	1	Oulu	2
Jyväskylän kaupunki	2	Pedersören kunta	1
Jyväskylän maalaiskunta	2	Sipoo	1
Järvenpää	1	Sonkajärvi	3
Keuruun-Multian th kp	1	Toivakka	1
Kiiminki	1	Tuusula	1
Korpilahti	1	Uurainen	1
Laukaa	1	Vaasa	1
Liminka	1	Vantaa	1
Luoto	1	Vieremä	1
Maalahti	1		

WEB-KYSELYYN VASTANNEET	
Alavus	Lapinlahti
Hamina	Lappeenranta
Hauho	Laukaa
Himanka	Laitila
Huittinen	Lieto
Hämeenlinna	Loimaa
Ilomantsi	Mäntsälä
Inkoo	Nurmes
Joensuu	Orimattila
Juva	Pyhäjärvi
Jämsä	Raahe
Kaarina	Rovaniemi
Kalajoki	Ruovesi
Kankaanpää	Sievi
Karttula	Siilinjärvi
Kauhava	Sodankylä
Kemi	Tervola
Kiikala	Urajala
Kiuruvesi	Uusikaupunki
Kokemäki	Vähäkyrö
Kortesjärvi	Vihti
Lahti	Ylistaro
Laihia	Ylivieska



## RAPORTTEJA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2007

Päivi Hämäläinen, Jarmo Reponen, Ilkka Winblad: eHealth of Finland. Check point 2006  
Report 1/2007 Tilausnro R1/2007

### 2006

Sinikka Reito: Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Ikaalilainen palveluohjaus auttaa työikäistä palvelujärjestelmän labyrintissa  
Raportteja 16/2006 Tilausnro R16/2006

Ritva Linnakangas, Asko Suikkanen, Victor Savtschenko, Lauri Virta: Vammaisten osallisuus työmarkkinoilla  
Raportteja 15/2006 Tilausnro R15/2006

Päivi Pihlaja, Elina Kontu (toim.): Arjen moninaisuutta. Erityisryhmät päiväkodissa  
Raportteja 14/2006 Tilausnro R14/2006

Timo Tuori, Britta Sohlman, Marko Ekqvist, Tytti Solantaus: Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoito Suomessa 1995–2004  
Raportteja 13/2006 Tilausnro R13/2006

Terhi Hinkka, Juha Koivisto, Riitta Haverinen: Kartoittava kirjallisuuskatsaus sosiaalisen kuntoutuksen työmuodoista ja niiden vaikutuksista  
Raportteja 12/2006 Tilausnro R12/2006

Hannele Hyppönen (toim.), Kirsi Hännikäinen, Marja Pajukoski, Pekka Ruotsalainen, Lauri Salmivalli, Emmi Tenhunen: Sähköisen reseptin pilotin arviointi II (2005–2006)  
Raportteja 11/2006 Tilausnro R11/2006

Nina Mellin, Jouni Vihmo, Esa Österberg: Alkoholihaittojen yhteiskunnalliset kustannukset Suomessa vuonna 2003  
Raportteja 10/2006 Tilausnro R10/2006

Marja Veikkolainen, Päivi Hämäläinen: Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tieto- ja viestintätekniikan koulutus- ja oppimateriaalitarve ja koulutuksen kehittämisen haasteet  
Raportteja 9/2006 Tilausnro R9/2006

Marja-Leena Perälä, Eija Grönroos, Anu Sarvi: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi  
Raportteja 8/2006 Tilausnro R8/2006

Ilkka Winblad, Jarmo Reponen, Päivi Hämäläinen, Maarit Kangas: Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2005. Tilanne ja kehityksen suunta  
Raportteja 7/2006 Tilausnro R7/2006

Ilka Haarni Keskeneräistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa  
Raportteja 6/2006 Tilausnro R6/2006