

Marja-Leena Perälä, Pekka Rissanen, Eija Grönroos,
Teija Hammar, Päivi Pöyry, Juha Teperi

**PALKO – Palveluja yhteensovittava
kotiutuminen ja kotihoito
Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi**

Aiheita 27/2003

ISBN 951-33-1426-X
ISSN 1236-9845

Stakesin monistamo, Helsinki 2003

Tekijät Perälä, M-L, Rissanen, P, Grönroos, E, Hammar, T, Pöyry, P, Noro, A, Teperi, J.		Julkaisija Stakes
		Kustantaja Stakes
Julkaisun nimi Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi.		
Julkaisun sarja ja numero Aiheita 27/2003		
Tiivistelmä <p>Hoidon jatkuvuuden keskeisimpiä ongelmia ovat puutteet asiakkaan hoitoa ja palveluja koskevassa tiedonkulussa. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaan kotiutumista ja kotona selviytymistä erityisesti hoidon ja palveluiden jatkuvuuden näkökulmasta. Tarkastelun kohteena ovat yli 65-vuotiaat kotihoidon asiakkaat, kotiutuminen ja kotihoito. Tämä tutkimus liittyy PALKO (Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito) –tutkimuksiin. Sarjan kolmannessa tutkimuksessa kehitettiin malli asiakkaan hyvään kotiutumiseen sekä hoidon ja palveluiden yhteensovittamiseen. Neljännessä tutkimuksessa mallin soveltuvuutta ja vaikutuksia arvioidaan koe-vertailuasetelmalla. Tässä raportoitu tutkimus esittelee tutkimusasetelman ja lähtömittausten tuloksia.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on kuvata iäkkäiden asiakkaiden terveydentilaa ja toimintakykyä, palveluiden tarvetta ja käyttöä, hoidon jatkuvuutta, palveluiden saumattomuutta ja asiakkaan päätöksentekoon osallistumista sekä palveluiden ja avun saannin riittävyttä ja laatua. Lisäksi tarkastellaan läheistään hoitavien omaisten osallistumista hoitoon ja heidän hyvinvointiaan. Keskeisenä tavoitteena on myös tutkia koe- ja vertailuasetelman onnistumista.</p> <p>Tiedonkeruussa käytettiin asiakkaiden (n = 721) strukturoituja haastatteluja ja heitä hoitavien omaisten (n = 479) ja kotihoidon henkilöstön (n = 688) lomakekyselyitä. Tutkimukseen valitut asiakkaat olivat yli 65-vuotiaita sairaalasta kotiutuneita ja kotihoidon palveluja saavia asiakkaita 22 kunnasta (11 koe- ja 11 vertailukuntaa).</p> <p>Kolmasosa asiakkaista arvioi toimintakykynsä huonoksi ja vain noin pari prosenttia hyväksi. Henkilöstön edustajien arviot olivat samansuuntaisia. Suurin osa asiakkaista koki sairauksien haittaavan elämäänsä hyvin paljon tai melko paljon. Tästä huolimatta suurin osa asiakkaista koki elämänlaatunsa kohtalaiseksi hyväksi. Eniten apua asiakkaat tarvitsivat raskaisiin kotitöihin ja sairauden hoitoon, vähiten ruokailuun. Asiakkaat kokivat saavansa apua riittävimmin tavaroiden kantamiseen ja riittämättömimmin liikkumiseen. He olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja arvioivat saamansa avun kohtalaiseksi riittäväksi. Omaiset arvioivat asiakkaan palvelujen tarpeen suuremmaksi kuin henkilöstön edustaja ja asiakas itse. Omaiset suhtautuivat myös palveluiden riittävyteen ja laatuun kriittisimmin. Omaiset arvioivat selviytyvänsä asiakkaan hoidosta melko hyvin. Vaikka hoitamista pidettiin vaativana, se koettiin melko harvoin taakkana. Huolimatta siitä, että puolet omaisista koki ainakin joskus jääneensä loukkuun hoitajan rooliin, läheisen hoitaminen oli vaivan arvoista. Tulokset osoittivat koe- ja vertailukuntaparien valinnan onnistuneen PALKO-asetelmassa hyvin.</p>		
Avainsanat ADL, asiakas, asiakkaan itsemäärääminen, henkilöstö, koe-vertailuasetelma, kotihoito, kotiutuminen, laatu, omainen, palveluiden käyttö, palveluohjaus, saumaton hoito- ja palveluketju, terveyteen liittyvä elämänlaatu, toimintakyky		
Muut tiedot (esim. elektroninen julkaisu tai verkkojulkaisun osoite)		
ISSN 126-9845	ISBN 951-33-1426-X	
Kokonaissivumäärä 69	Kieli Suomi	Hinta 16 (sis. alv)
Jakaja ja myyjä Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, puh (09) 3967 2140 tai (09) 3967 2141 tai automaatti (09) 3967 2308, faksi (09) 3967 2450		

DESCRIPTION

Date of publication

Authors Perälä, M-L, Rissanen, P, Grönroos, E, Hammar, T, Pöyry, P, Noro, A, Teperi, J.		Editor STAKES	
		Publisher STAKES	
Name of publication PALKO - Integrated services in hospital discharge and home-care: experimental design and results of baseline evaluation.			
Publication series and number of publication Aiheita 27/2003			
Abstract <p>Failures in information flow with regard to the care of clients and to service interfaces are fundamental problems in the continuity of care. In this ongoing study, the discharge of clients and their ability to cope at home are examined in particular from the viewpoint of continuity of care and services. The focus is on home-care clients aged 65 or more, their discharge from hospital to their homes, and home-care produced by a multiprofessional team. This study is a part of the PALKO (Integrated Services in the Practice of Discharge and Home Care) series of studies. In the third part of the study, a model for the optimal discharge of clients and the integration of care and services was developed. In the fourth and the last phase of the study, the feasibility and effects of the model are evaluated by means of an experimental design. In this report, the results are based on a baseline evaluation.</p> <p>The aim of the study was to describe the health and functional status of home-care clients, their health-related quality of life, and their need and use of services, as well as the continuity of care, the participation of clients in decision-making, the adequacy of care and services, and the wellbeing of informal care givers involved. The second aim was to examine success of the PALKO experimental design in municipalities.</p> <p>Structured interviews were used to collect data from clients (n = 721), while questionnaires were employed in the case of informal care givers (n = 479) and home-care personnel (n = 688). The clients were chosen for the study from 22 municipalities. The selection criteria were as follows: the client had been admitted to hospital from home, was 65 years of age or older, had been discharged from hospital within the past 3–6 months and was receiving home-care services after discharge; in addition, there had been no primary diagnosis of cancer or dementia or any psychiatric diagnosis, and home visits were regular.</p> <p>The ADL score was classified as poor in over half of the clients and as good in only a few percent. The evaluations made by the home-care personnel were similar. Two-thirds of the respondents reported having ailments that hampered their everyday life to a considerable or great extent. Despite this, their perceived quality of life was relatively high. The clients needed most assistance for heavy housework and for the care of their illnesses. The clients received the most adequate amount of help in carrying things and the least help in moving around. They were very satisfied with the services that they received, and they stated that they had received a reasonably adequate amount of help. Informal care givers assessed client's need of help as being more extensive than did clients and home-care personnel. They were also more critical about the adequacy and quality of services than were clients and home-care personnel. Informal care givers seldom felt that taking care of their next of kin was a burden, although care work was experienced as demanding. Half of the informal care givers felt at least sometimes that they had been trapped in the care giver's role, but despite this caring was experienced worth the effort. The results showed that the grouping of municipalities into experimental and comparison groups was successful.</p>			
Keywords ADL, case-/care management, client, clients self-determination, discharge, experimental design, functional status, health-related quality of life, home care, informal care giver, personnel, quality, seamless service chain, use of services			
Other information (e.g., electronic publication or adress of an Internet publication)			
ISSN 1236-9845		ISBN 951-33-1426-X	
Total number of pages 69		Language Finnish	Price 16 EUR (incl. VAT)
Distributor and vendor			

SISÄLTÖ

Kuviot ja taulukot	8
1 Johdanto	11
2 Asiakkaan kotiutuminen	13
2.1 Kotiutumisen ongelmia ja niiden ratkaisuyrityksiä	13
2.2 Care/case management palveluohjaaja -toiminta ratkaisuna kotiutumisen ongelmiin	14
3 PALKO – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito -käytännön kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi	15
3.1 PALKO-mallin kehittäminen	15
3.2 PALKO-mallin juurruttaminen	15
3.3 Vaikuttavuustutkimuksen tavoitteet ja tutkimusasetelma	16
3.4 Koe-vertailuasetelma	16
4 Tutkimuksen tavoitteet	20
5 Aineistot, mittarit ja aineiston analysointi	21
5.1 Aineistot ja tiedonkeruu	21
5.2 Käytetyt mittarit	21
5.3 Aineiston käsittely ja analysointi	21
6 Tulokset	23
6.1 Asiakkaat, omaiset ja asiakasta arvioineet kotihoidon edustajat taustamuuttujien mukaan	23
6.1.1 Asiakkaat	23
6.1.2 Omaiset	23
6.1.3 Asiakkaita arvioineet kotihoidon edustajat	23
6.2 Asiakkaan terveys, toimintakyky ja terveyteen liittyvä elämänlaatu	28
6.3 Asiakkaan palveluiden tarve ja käyttö	31
6.3.1 Asiakkaan palveluiden tarve	31
6.3.2 Palveluiden käyttö	33
6.3.3 Omaisen antama apu	35
6.4. Hoidon jatkuvuus, palveluiden saumattomuus ja asiakkaan päätöksentekoon osallistuminen	37
6.4.1 Hoitoon pääsyn sujuvuus ja hoidon jatkuvuus	37
6.4.2 Tiedon saanti	41
6.4.3 Asiakkaan päätöksentekoon osallistuminen	43
6.5 Palveluiden ja avun saannin riittävyys ja laatu	45
6.5.1 Palveluiden ja avun saannin riittävyys	45
6.5.2 Hoidon ja palveluiden laatu asiakkaiden kokemana	50
6.6 Läheisiään hoitavien omaisten hyvinvointi	53
6.7 Koe- ja vertailukuntien erot tarkasteltuna summamuuttujatasolla	55
7 Yhteenveto ja pohdinta	57
7.1 Tulosten tarkastelua	57
7.2 Yhteenveto tutkimustuloksista vastaajaryhmittäin	59
7.3 Tutkimuksen luotettavuudesta	60
7.4 Koe-vertailuasetelman onnistuminen	61
Lähteet	62
LIITTEET	
Liite 1. Muuttujaluettelo – asiakasaineisto	
Liite 2. Muuttujaluettelo – omaisaineisto	
Liite 3. Muuttujaluettelo – henkilöstön arvio asiakkaasta	

KUVIOT JA TAULUKOT

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimusasetelma.

Kuvio 2. Vertailuasetelma.

Kuvio 3. Asiakkaiden apuvälineiden ja lääkkeiden käyttö (n = 878–719).

Kuvio 4. Asiakkaiden toimintakyky (ELSA-mittari) asiakkaiden (n = 720) ja henkilöstön edustajien (n = 680) arvioimana.

Kuvio 5. Asiakkaiden koettu elämänlaatu mitattuna EQ-5-mittarilla.

Kuvio 6. Asiakkaan tarvitsema apu liikkumiseen ja kotitöihin henkilöstön edustajien (n = 614–671), omaisten (n = 441–464) ja asiakkaiden (n = 658–720) mukaan.

Kuvio 7. Asiakkaan tarvitsema apu päivittäisiin perustoimintoihin henkilöstön edustajien (n = 657–672), omaisten (n = 443–471) ja asiakkaiden (n = 698–717) mukaan.

Kuvio 8. Asiakkaan tarvitsema apu sairauksiin, turvattomuuteen ja sosiaalisiin tarpeisiin henkilöstön edustajien (n = 638–668), omaisten (n = 357–464) ja asiakkaiden (n = 712–720) mukaan.

Kuvio 9. Omaisen antaman avun useus.

Kuvio 10. Henkilöt, joiden kanssa asiakas suunnitteli kotiutumistaan (% asiakkaista).

Kuvio 11. Asiat, joita oli kirjattu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (%:lla asiakkaista).

Kuvio 12. Hoitoja ja palveluita koskevan tiedon lähde asiakkaiden (n = 718) ja omaisten (n = 458) mukaan (% vastaajista).

Kuvio 13. Tiedonsaannin riittävyys asiakkaiden (tietoa tarvitsevat n = 219–710) ja omaisten (tietoa tarvitsevat n = 240–441) mukaan.

Kuvio 14. Asiakkaan kotiutuminen – päätöksentekotapa asiakkaiden (n = 695) mukaan.

Kuvio 15. Asiakkaan kotihoito- ja palvelut – päätöksentekotapa asiakkaiden (n = 692) mukaan.

Kuvio 16. Asiakkaiden kotihoidon ja palveluiden tarpeen ja riittävyyden arvioinnissa mukana olleet asiakkaiden mukaan (n = 720).

Kuvio 17. Avun saannin riittävyys liikkumiseen ja kotitöihin asiakkaiden (n = 658–720), omaisten (n = 441–464) ja henkilöstön edustajien (n = 349–671) mukaan.

Kuvio 18. Asiakkaan avun saannin riittävyys päivittäisiin perustoimintoihin asiakkaan (n = 698–717), omaisten (n = 443–471) ja henkilöstön edustajien (n = 657–672) mukaan.

Kuvio 19. Asiakkaan avun saannin riittävyys sairauksiin, turvattomuuteen ja sosiaalisiin tarpeisiin asiakkaiden (n = 712–720), omaisten (n = 357–464) ja henkilöstön edustajien (n = 638–668) mukaan.

Kuvio 20. Eri työntekijäryhmiltä saadun avun riittävyys asiakkaiden (n = 699–718) ja omaisten (n = 225–461) mukaan.

Kuvio 21. Omaisten koettu elämänlaatu mitattuna EQ-5 elämänlaatumittarilla.

TAULUKOT

Taulukko 1. 15D-instrumenttiin perustuvat voimalaskelmat.

Taulukko 2. Kotiutumisen onnistuminen –muuttujaan perustuvat voimalaskelmat.

Taulukko 3. Koe- ja vertailukuntien asiakkaat taustatekijöidensä mukaan.

Taulukko 4. Koe- ja vertailukuntien asiakkaat asuinpaikan ja asumismuodon mukaan.

Taulukko 5. Koe- ja vertailukuntien asiakkaiden omaiset taustatekijöiden mukaan.

Taulukko 6. Henkilöstökyselyn vastaajat iän, sukupuolen, koulutuksen ja työkokemuksen mukaan.

Taulukko 7. Asiakkaan terveydentila asiakkaan, omaisen ja henkilöstön edustajan arvioimana.

Taulukko 8. Asiakkaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu (NHP-mittari) kyllä vastausten määrät ja osuudet (n = 691–713).

- Taulukko 9. Asiakkaiden avuntarpeen määrä asiakkaiden (n = 719) ja omaisten (n = 468) arvioimana.
- Taulukko 10. Kotihoidon, fysio- ja toimintaterapeutin sekä vapaaehtoisjärjestöjen palveluiden käyttö kyselyä edeltäneen viikon aikana (n = 700–731).
- Taulukko 11. Asiakkaiden tukipalveluiden käyttö kyselyä edeltäneen viikon aikana (n = 714–718).
- Taulukko 12. Kodin ulkopuolisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö viimeisen sairaalassaolon jälkeen asiakkaiden mukaan (n = 710–720).
- Taulukko 13. Omaiset, joilta asiakas saa apua sekä avun saanti edellisen viikon aikana.
- Taulukko 14. Odotusajat sairaalaan kotoa lähtemisessä ja poliklinikalla.
- Taulukko 15. Asiakkaan kotoa sairaalaan lähtemisen sujuvuus.
- Taulukko 16. Asiakkaan hoitopaikka sairaalaan mennessä ja kotiutuessa.
- Taulukko 17. Hoidon jatkuvuus asiakkaiden mukaan.
- Taulukko 18. Omaisen osallistuminen läheisensä kotihoidon suunnitteluun koe- ja vertailukunnissa.
- Taulukko 19. Asiakkaan läsnäolon tärkeys päätettäessä hänen kotihoidostaan ja palveluistaan.
- Taulukko 20. Asiakkaan mukanaolo päätettäessä kotihoidosta ja -palveluista.
- Taulukko 21. Asiakkaan kotona selviytyminen asiakkaan, omaisen ja henkilöstön edustajien mukaan (%).
- Taulukko 22. Asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyys sairaalahoitoon (%).
- Taulukko 23. Asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyys kotihoidon palveluihin.
- Taulukko 24. Hyvään hoitoon kuuluvien asioiden toteutuminen asiakkaan ja omaisen mukaan.
- Taulukko 25. Omaisten terveyteen liittyvä elämänlaatu (NHP-mittari) kyllä vastausten määrät ja osuudet.
- Taulukko 26. Omaisille järjestetty tuki koe- ja vertailukunnissa (kyllä-vastaukset).
- Taulukko 27. Koe- ja vertailukuntien erot tarkasteltuna summamuuttujatasolla (palveluja koskevat muuttujat).

1 Johdanto

Terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmien kehittämisessä on viime vuosina ollut tavoitteena siirtyminen laitoshoidosta avohoitopainotteisuuteen. Sairaalat ovat tehostaneet toimintaansa ja se on näkynyt hoitajaksojen lyhenemisenä ja aikaisina kotiutuksina leikkausten jälkeen. Sairaala-paikkojen vähentäminen ei kuitenkaan ole johtanut kotihoitopalveluiden paranemiseen kunnissa, vaan viimeisen kymmenen vuoden aikana kodinhoitoapua saavien määrä on vähentynyt yli 30 %. Vaikka iäkkäiden osuus väestössämme kasvaa, merkittävin palveluiden tarpeeseen vaikuttava tekijä ei kuitenkaan ole asiakkaan ikä vaan toimintakyky. Vakavat sairaudet, yksinäisyys, sosiaalisten verkostojen puute ja puutteelliset elinolot lisäävät palvelujen tarvetta (Vaarama ym. 2002). Hoitojen ja itsenäistä selviytymistä tukevien välineiden kehittyminen on kuitenkin mahdollistanut yhä useamman iäkkään henkilön itsenäisen kotona asumisen ja näin lisännyt kotihoitopalveluiden tarvetta. (Vaarama & Hurskainen 1993a, Kokko & Heikkilä 1995, Lehto 1995, Kansanterveyskertomus 1996, Kunnallisen... 1996, STM 1996a, Vaarama & Lehto 1996, Heikkilä ym. 2003.)

Asiakkaiden siirtyminen oikeaan aikaan oikeaan paikkaan on yksi tärkeimmistä tehokkaasti toimivan terveydenhuoltojärjestelmän haasteista. Sairaaloiden kotiuttamisrekistereiden tarkastelu osoittaa, että asiakkaat siirtyvät usein sairaalasta toiseen saman hoitajakson aikana: hoitoketjut sisältävät useita peräkkäisiä hoitajaksoja (Salmela 1995, Rissanen & Noro 1999). Asiakkaan hoitoketjussa kotoa sairaalaan ja sairaalasta kotiin on monia saumakohtia, joiden onnistunut ylittäminen vaatii yhteisiä toimintaperiaatteita ja tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä niin sairaalan ja kotihoiton henkilöstön välillä kuin kotihoiton työntekijöiden kesken. Terveydenhuollon erikoistuminen pirstoo kokonaisuhoitoa ja vaikeuttaa hoidon jatkuvuutta. Useissa tutkimuksissa on todettu, että hoidon jatkuvuus kärsii asiakkaan siirtyessä perusterveydenhuollon laitoksesta erikoissairaanhoidon ja päinvastoin. (Noro ym. 1992, Tervo & Räsänen 1993, Vaarama & Hurskainen 1993a, Malin 1996, Ala-Nikkola & Valokivi 1997.) Hoivan ja huolenpidon pirstoutuminen osiin saattaa merkitä myös avun inhimillisyyden katoamista (Viljaranta 1995).

Iäkkään asiakkaan kotiutumisen onnistuminen vaatii jatkuvaa ja riittävää apua kotona sekä palveluiden integrointia ja palveluiden tuottajien saumatonta yhteistyötä. Tämän edellytyksenä on jatkuva erikoissairaanhoidon ja avohoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden välisen yhteistyön ja kotiutumiskäytäntöjen kehittäminen. Palveluiden integroinnin tarve lisääntyy tulevaisuudessa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelutarpeen laajentuessa. Paineita palvelusektorin laajenemiselle tulee ikääntyvän, yksin asuvan väestön määrän lisääntymisestä. Asiakkaita on myös tullut entistä tietoisempia hoitopalveluiden kuluttajia. He pyytävät yhä enemmän tietoa vaihtoehtoisista hoitomuodoista. Vastauksena tähän kansalliset terveydenhuollon suunnitelmat korostavat palveluiden integrointia, akuutin hoidon ja kotihoitopalveluiden kehittämistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä (STM 1996b, STM 1998).

Julkinen sektori vastaa osasta iäkkäiden tarvitsemasta kokonaisuhoivasta. Kotona omaistaan hoitavien läheisten määrä on lisääntynyt vuodesta 1998, vaikka suhteessa koko väestön tulotasoon heidän saamansa taloudellinen tuki on pienentynyt (Vaarama ym. 2003). Myös sellaisten asiakkaiden osuus kasvaa, jotka eivät saa apua sukulaisiltaan perherakenteiden muuttuessa (Gothóni 1990, STM 1996a). Jos kotihoiton palvelut sairaan iäkkään asiakkaan hoitamiseen kotona ovat riittämättömiä, hoitotaakan kasvaessa omaiset uupuvat ja sairastuvat ja he tarvitsevat itsekin apua (Clark & Opit 1994). Epävirallisille auttajille annetun tuen määrä vaihtelee ja itse tuen antamista

on kritisoitu asiakaslähtöisyyden puutteesta (Vaarama ym. 1999).

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaan kotiutumista ja kotona selviytymistä erityisesti hoidon ja palveluiden jatkuvuuden näkökulmasta. Tarkastelun kohteena ovat yli 65-vuotiaat kotihoidon asiakkaat, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sairaaloista kotiutuminen ja kotihoito.

Tutkimus liittyy PALKO, *Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito* -tutkimusten sarjaan. Ensimmäisessä osassa tutkittiin hallinnollisiin rekistereihin perustuen hoito- ja kotiutumiskäytäntöjä ja niiden vaihtelua kunnissa. Analyysi kohdistui aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaisiin (Rissanen & Noro 1999). Toisessa, survey-tutkimuksessa, tarkasteltiin yhteistyö- ja tiedonkulkukäytäntöjä ja palvelurakennetta asiakkaan kotiutumisessa ja kotihoidossa työskentelevien näkökulmasta (Pöyry & Perälä 2003). Kolmas tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa yhdessä kotihoidon ja sairaalan työntekijöiden kanssa kehitettiin tutkimuksiin ja kokemukseen perustuva kotiutumisen ja kotihoidon käytäntö samoin kuin metodi käytännön siirtämistä muihin toimintayksiköihin (Perälä & Hammar 2003). Neljännessä tutkimuksessa arvioidaan kehitetyn mallin vaikuttavuutta ja soveltuvuutta kokeilemalla sitä koekunnissa; arvioimalla vaikutuksia asiakkaaseen, omaiseen ja kotihoidon työntekijöihin. Arvioinnissa käytetään myöhemmin tässä tutkimuksessa kuvattavaa koe-vertailuasetelmaa. Lähtötilanteen mittaukset, jonka tulokset esitetään myös tässä raportissa, toteutettiin vuosina 2000–2001 ja seurantamittaukset vuosina 2002–2003.

2 Asiakkaan kotiutuminen

2.1 Kotiutumisen ongelmia ja niiden ratkaisuyrityksiä

Kriittisin ajankohta asiakkaan kotiutumisessa on kotiin siirtymistä seuraavat vuorokaudet. Tavallisimpia syitä epäonnistuneeseen kotiutumiseen ovat olleet liian varhainen kotiutus, liian myöhään aloitettu kotiutumisen suunnittelu, puutteet tiedonkulussa, yhteistyössä ja tavoitteissa etenkin sairaalan ja avopalveluiden välillä (Noro ym. 1992, Atwal 2002, Grönroos & Perälä 2002) sekä läheistään hoitavien omaisten ja sairaalan välillä (Pöyry 1999, Grimmer ym. 2000, Pöyry & Perälä 2003). Asiakkaiden, heitä hoitavien omaisten ja henkilöstön mukaan ongelmana on ollut riittävän ja asianmukaisen avunsaannin turvaaminen sekä kotiympäristöön liittyvät puutteellisuudet ensimmäisinä vuorokausina sairaalasta kotiutumisen jälkeen (Mistiaen ym. 1997, Noro & Aro 1997, Pöyry 1999, Grönroos & Perälä 2002, Pöyry & Perälä 2003). Ongelmia on ollut myöskin sen määrittämisessä, kenelle vastuu iäkkään henkilön kotiutumisen kokonaisvaltaisesta suunnittelusta ja koordinoinnista kuuluu (Noro ym. 1992, Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Atwal 2002, Pöyry & Perälä 2003). Epäselvyydet kotiutumista ja kotihoidon järjestämistä koskevissa vastuukysymyksissä sekä erimielisyydet hoidon koordinoinnista hankaloittavat jatkossa asiakkaan hoidon järjestämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tietämättömyys toistensa toiminnasta vaikeuttaa palveluiden integrointia asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Näiden asioiden seurauksena palveluiden päällekkäisyys on tavallista ja asiakkaan hoidon tarpeessa tapahtuvia muutoksia ei aina huomata. (STM 1996a, Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Kylävalli ym. 1997). Myös henkilöstön asenteissa on havaittu puutteita. Asiakkaan kotiuttaminen saatetaan kokea ylimääräisenä tehtävänä eikä kotiuttamiseen kuuluvaa koordinointia koeta keskeisenä osana omaa toimenkuvaa (Payne ym. 2000, Atwal 2002).

Palveluita on pyritty koordinoimaan mm. antamalla asiakkaan kotiutumiseen liittyvä palveluiden koordinointi sairaalan työntekijän (Lim ym. 2003), sosiaalityöntekijän (Dennis ym. 1997), gerontologisen sairaanhoitajan (Naylor 1990, Kravitz ym. 1994), case-managerin (Mamon ym. 1992, Marshall ym. 1995, Harrison ym. 2002) tai tuetun kotipalvelun/kotisairaanhoidon (Townsend ym. 1988) tehtäväksi. Kotiutumisen sujuvuutta ja palveluiden koordinointia on pyritty tukemaan myös käyttämällä apuna moniammatillista tiimityötä (Melin & Bygren 1993, Hui ym. 1995, Kalra & Eade 1995, Unsworth ym. 1995, Cameron ym. 2000) ja kehittämällä hoito- ja palvelusuunnitelmia (Happ ym. 2002). Suomessa on kehitetty mm. palveluketjusuunnittelua, palveluohjausta, lähete – palautejärjestelmiä, kotihoidon vastuuhoidaja- ja omaneuvoja -malleja sekä perustettu erityisiä kotiutushoitajan virkoja. Kotiutushoitajan tehtävänä on tuoda tietoa hoidon ja palveluiden sisällöstä ja tavoitteista muille hoitoon ja huolenpitoon osallistuville (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Leppäaho 2002, Lahtinen 2003). Lisäksi on kokeiltu erilaisia tehostettuja avohoidon malleja, sairaalajohtoista kotisairaanhoidoa, joissa pyrkimys on ollut tehostaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kotihoidon välistä yhteistyötä (SAH-toiminta), sekä toteutettu asiakkaiden hoitoketjujen seuranta tutkimus- ja laadunvarmistustoimintana. Satakunnan Makropilotin asiakkaan ohjausmallissa asiakkaan hoidon integroijana toimii omaneuvoja, jonka tukena on moniammatillinen tiimi (Liikanen & Virtanen 2002). Asiakkaan palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa moniammatillisen tiimin tukena on virtuaalitiimi, johon voi kuulua julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin edustajia. (Grönroos & Perälä 2002.)

2.2 Care/case management, palveluohjaaja -toiminta ratkaisuna kotiutumisen ongelmiin

Hoidon jatkuvuuden parantamiseksi on kirjallisuudessa esitetty henkilöä, joka koordinoi virallisen ja epävirallisen avun, julkisen ja yksityisen sektorin tarjoamat palvelut ja ottaa kokonaisvastuun potilaan hoidosta (Vaarama & Hurskainen 1993b, Laitinen ym. 1995). Tästä potilaan hoitoa koordinoivasta henkilöstä kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään termiä care/case manager (Marshall ym. 1995, Netting & Williams 1996, Degenholz ym. 1997, Björkman 2000 a ja b, Applebaum & White 2000). Sen suomenkieliseksi vastineeksi on ehdotettu omaneuvoja- tai (yksilökohtainen) palveluohjaaja-termiä. Vastaavaa toimintaa kutsutaan yksilökohtaiseksi omaneuvojo toiminnaksi tai palveluohjaukseksi (care/case management) (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, Häkkinen 2000). Case management -toimintatapaa käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisenä toimintatapana, jossa asiakkaiden terveydentilaa arvioidaan, palvelut suunnitellaan, tuotetaan, jaetaan ja koordinoidaan sekä arvioidaan palvelujen vastaavuutta asiakkaiden tarpeisiin (American Nurses Association 1988).

Care/case management -toiminnassa korostetaan toiminnan asiakaslähtöisyyttä, vastuullisuutta, hoidon johdonmukaisuutta ja jatkuvuutta. Tavoitteena on, että asiakas saa tarkoituksenmukaisimman hoidon kaikissa hoitopaikoissa taloudellisesti ja tehokkaasti. (Perälä ym. 2002.) Mallin periaatteet toteutuvat parhaiten, jos hoitotiimi on pysyvä ja pieni, toimijoiden keskipisteenä on asiakas ja hänen hyvä hoitonsa ja kaikki hoitotiimin jäsenet suuntaavat asiantuntemuksensa asiakkaan hoidon tavoitteiden, hoidon ja palvelujen sujuvuuden ja saumattomuuden takaamiseksi. (Grönroos & Perälä 2002, Perälä ym. 2002.)

Case/care management -toiminnan toteutukset eroavat projektien ja ohjelmien sisällön, toimipaikan ja toimintakulttuurin mukaan (Scharlach ym. 2001). Päämäärät voivat olla asiakaslähtöiset, hallinnolliset tai järjestelmälähtöiset (Appelbaum & Austin 1990). Asiakaslähtöisessä toiminnassa keskitytään asiakkaan ja häntä hoitavan omaisen tarpeita vastaavien palveluiden hankkimiseen, tarvittaessa hoitoon pääsyn helpottamiseen ja asiakkaan ja hänen perheensä hyvinvoinnin edistämiseen. Hallinnollisten tavoitteiden päämielenkiinnon kohteena on lisätä horisontaalista ja vertikaalista tehokkuutta palveluiden tarkoituksenmukaisen ja kustannustehokkaan käytön helpottamiseksi. Järjestelmälähtöinen toiminta ottaa huomioon palvelujärjestelmän intressit tuottaa tehokkaita, korkeatasoisia kohdistettuja kustannusvaikuttavia avopalveluita. (Scharlach ym. 2001.)

Tutkimusten mukaan case/care management -toiminta on parantanut hoidon jatkuvuutta, asiakkaan toimintakykyä (Hui ym. 1995, Kaste ym. 1995), hoidon laatua, asiakkaan ja henkilöstön välistä kommunikaatiota (Egan ym. 2002) ja kustannusvaikuttavuutta (Landi ym. 2001, Lim ym. 2003). Kokeiluissa mallin on todettu vähentäneen asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä (Townsend ym. 1988), sairaalaan joutumisia ja epäonnistuneita kotiutuksia (Chu ym. 2000, Landi ym. 2001) sekä kuolleisuutta (Kalra & Eade 1995). Myös asiakasta hoitavien omaisten stressin, masentuneisuuden ja hoitamisesta johtuvan uupumisen on todettu vähentyneen case/care management -toiminnassa (Chu ym. 2000, Fox ym. 2000, Challis ym. 2002). Tutkimuksessa, jossa perheenjäsen toimi palveluohjaajana (care/case managerina), hänen hoitamisesta kokemansa rasittuneisuutensa ei kuitenkaan lisääntynyt (Seltzer ym. 1992). Asiakkaiden ja heidän omaistensa elämänlaatu ja tyytyväisyys palveluiden laatuun lisääntyivät, kun he saivat riittävästi apua ja heitä kävi katsomassa heille nimetty palveluohjaaja (Dennis ym. 1997).

3 PALKO – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito -käytännön kehittäminen ja vaikuttavuuden arviointi

3.1 PALKO-mallin kehittäminen

Palveluja yhteensovittava kotiutumis- ja kotihoitokäytäntö (PALKO) kehitettiin yhdessä sairaaloiden (erikoissairaanhoidon ja terveystieteiden keskuslaitoksen) ja kotihoitoon (kotipalvelun ja kotisairaanhoidon) työntekijöiden kanssa yhden kunnan alueella vuosina 1998 – 1999. Tavoitemallin kehittäminen perustui aikaisempiin tutkimuksiin ja käytännön asiantuntemukseen (Perälä & Hammar 2003). Metodisena lähtökohtana oli toimintatutkimus. Mallin tavoitteiksi asetettiin asiakkaan kotona selviytyminen. Kehittämisen lähtökohtia olivat hoidon jatkuvuuden, toiminnan asiakaslähtöisyyden, avohoidon ja -palvelujen laadun sekä asiakkaan osallistumisen ja itsemääräämisen lisääminen. Mallissa hyödynnettiin care/case management -toiminnan ideologiaa soveltuvien osien.

Malli sisältää käytäntöjä ja menetelmiä, jotka edistävät (1) tiedon esteetöntä ja viiveetöntä siirtymistä työntekijöiden, asiakkaiden ja tarvittaessa heidän omaisensa välillä sekä työ- ja toimintayksiköstä toiseen, (2) asiakkaan hoitokokonaisuuden koordinoitua ja (3) yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä sekä (4) kotihoitoon työn hallintaa. Tiedon siirtymistä ja hoidon jatkuvuutta edistetään sopimalla tiedon sisällöstä, tiedonsiirron menetelmistä ja ajankohdasta. Hoitokokonaisuuden hallintaa edistää, kun hoitoa ja palveluja koordinoi ja suunnittelee sekä arvioi yhdessä asiakkaan ja tämän läheisten kanssa kussakin hoitopaikassa nimetty henkilö (omahoitaja/vastuuhoitaja tai vastaava), joka sovittaa yhteen hoitotiimin palvelut. Yhteistyötä ammattiryhmien ja hoitopaikkojen välillä tehostetaan asettamalla yhteisiä tavoitteita ja sopimalla asiakaskohtaisista yhteistyökäytännöistä. Kotihoitoon työn hallintaa lisää myös kotiutumisen ennakoiva (varhainen) suunnittelu ja selkeä vastuunjako hoitotiimissä.

3.2 PALKO-mallin juurruttaminen

Samanaikaisesti PALKO-mallin kehittämisen kanssa kehitettiin menetelmä uuden käytännön juurruttamiseksi muihin toimintayksiköihin (Perälä 2001). PALKO-hankkeen kehittämistyö oli tavoitelähtöistä ja asiakkaan hoitokokonaisuuden huomioivaa, jossa asetettiin tavoitteita asiakkaan hyvälle hoidolle ja hyvälle elämälle kotona. Kehittämistyö sisältää aina jonkinasteisen toiminnan muutoksen. Muutoksessa keskeistä on määritellä (1) nykytilan arviointiin perustuvat tavoitteet. Toiseksi tarvitaan (2) ratkaisu tai keino (= menetelmä), jonka avulla tavoite saavutetaan. Lisäksi muutokseen sisältyy aina (3) toiminnan muutos- ja/tai oppimisprosesseja sekä yksilöissä ja työyksiköissä tapahtuvia muutoksen hyväksymisprosesseja, joissa tarvitaan lähijohtajien tukea. Muutosprosessi etenee suunnittelusta toteutukseen ja uudelleen arvioinnin kautta uusien tavoitteiden määrittelyyn. (Perälä 1992.) Tässä tutkimuksessa tutkijoiden rooli keskittyi kahteen ensimmäiseen vaiheeseen.

mäiseen kohtaan. He tuottivat tavoitemallin ja siihen perustuvat arviointikriteerit, joita voitiin käyttää nykytilan tunnistamisessa ja tavoitteiden asettamisessa. Lisäksi tutkijat tukivat ratkaisuvaihtoehtojen löytymistä, toimintayksiköiden muutossuunnitelmien laadintaa, toiminnan uudelleen arviointia ja edelleen kehittämistä. Suunnitteluvaiheessa haettiin ratkaisuja tavoitteiden saavuttamiseksi. Innovatiivisten keinojen hakeminen voi johtaa uusien käytäntöjen ja rakenteiden kehittämiseen ja/tai nykyisten käytäntöjen ja rakenteiden uudistamiseen. Itse toiminnan muuttaminen ja muiden prosessien hallinta oli toimintayksiköiden vastuulla, vaikka aihetta käsiteltiin projektin työkokouksissa.

Kehittämistyö eteni projektimaisesti juurruttamalla kehittämistyö kiinteäksi osaksi työ- ja toimintayksiköiden päivittäistä toimintaa. Kehittämistyötä varten nimettiin projekti- ja pienryhmät ja määriteltiin näiden vastuut. Projektimaisuus koski sitä ajanjaksoa, jona uusi käytäntö kehitettiin ja jossa tutkijat olivat mukana. Kun tarkoituksena oli luoda uutta pysyvää käytäntöä ja uusia vastuita, kehittämistyö liitettiin osaksi potilaiden/asiakkaiden normaalia hoitoa sekä niiden toimijoiden päivittäistä työtä, jotka tekivät ja johtivat sitä muutenkin. Henkilöiden nimeäminen projektiryhmiin tuli tehdä juuri tästä näkökulmasta. Tämän menettelyn odotettiin edistävän toimintayksiköiden työntekijöiden sitoutumista ja vähentävän kehittämistyön irrottautumista arkipäivän työstä.

3.3 Vaikuttavuustutkimuksen tavoitteet ja tutkimusasetelma

PALKO -hankkeen neljännessä, koe- ja vertailuasetelmaan perustuvassa tutkimuksessa arvioidaan *Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito* -käytännön vaikutuksia asiakkaisiin, heitä hoitaviin läheisiin, henkilöstöön ja kustannuksiin.

Yksityiskohtaisina tavoitteina (kuvio 1) on

1. arvioida PALKO-mallin vaikutuksia

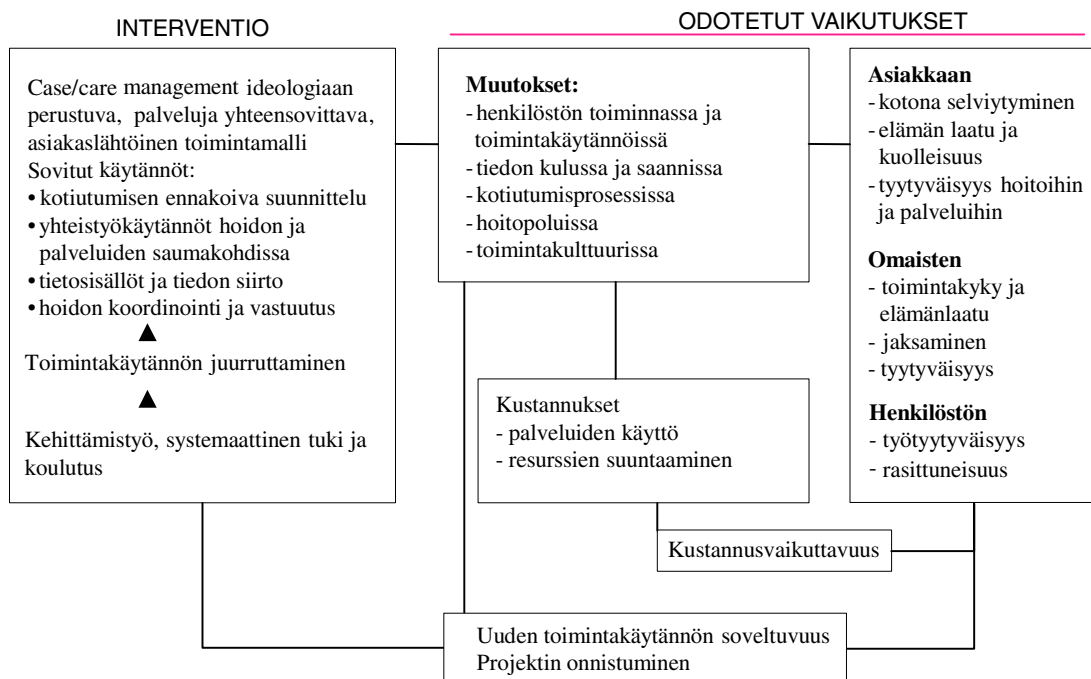
- asiakkaan terveyteen liittyvään elämänlaatuun, toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen
- asiakasta hoitavan omaisen elämänlaatuun ja jaksamiseen läheisensä hoitajana
- palveluiden käyttöön ja kustannusvaikuttavuuteen
- palveluiden laatuun (asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön näkökulmasta)
- henkilöstön toimintaan ja työtyytyväisyyteen
- yhteistyöhön ja toimintakäytäntöihin työyksiköissä ja niiden välillä

2. arvioida sitä kehittämisprosessia, jolla uusi käytäntö juurrutettiin asiakkaan kotiutumiseen ja kotihoitoon osallistuvien keskuudessa.

Tulosten perusteella tehdään johtopäätöksiä *Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito* -käytännön soveltuvuudesta suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Seuraavassa kuvataan koko hankkeeseen liittyvä tutkimusasetelma ja jatkossa keskitytään ensimmäiseen tutkimuskysymykseen liittyvän koe-vertailuasetelman kuvaamiseen.

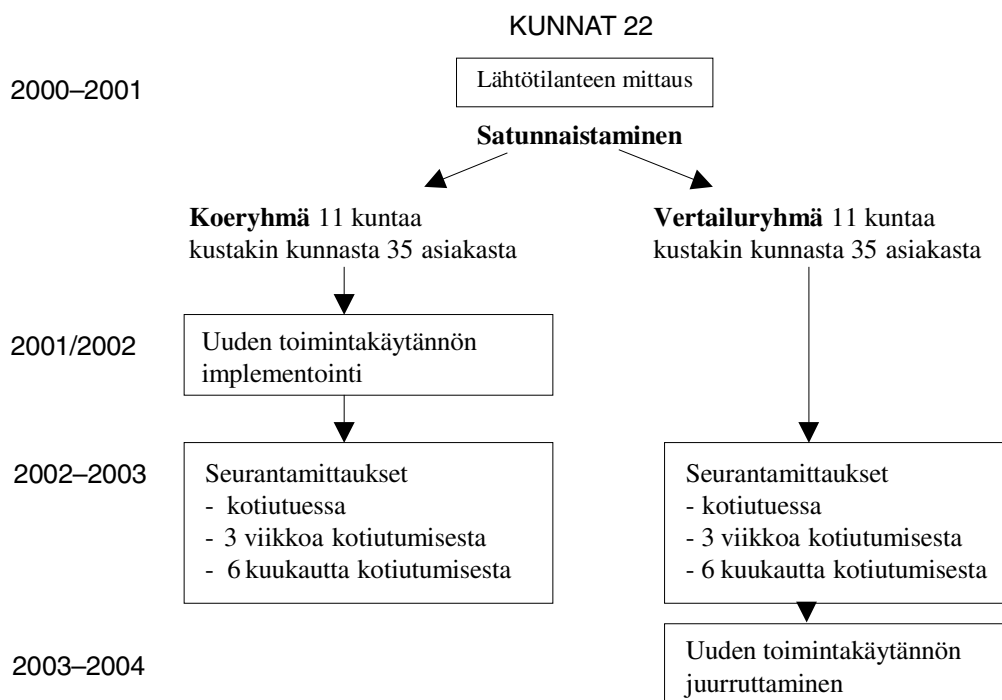
3.4 Koe-vertailuasetelma

Toimintamallin vaikutuksia arvioitiin koe- ja vertailuasetelmaa käyttäen. Kuntien ja kuntaparien valinnassa käytettiin aikaisempia PALKO-tutkimuksia: hallinnollisiin rekistereihin perustuvaa tietoa asiakkaiden hoitopisoidista ja kotoa sairaalaan tulleista ja sieltä kotiutuneiden asiakkaiden osuuksista (Rissanen & Noro 1999, ensimmäinen PALKO-tutkimus) sekä kuntien sosiaali- ja terveysjohdon ja kotihoidon ja terveyskeskussairaaloiden edustajien kyselyllä saatuja tietoja kotiutumisen ja kotihoidon palveluiden järjestämisestä (Pöyry 1999, Pöyry & Perälä 2003, toinen PALKO-tutkimus).



KUVIO 1. Tutkimusasetelma.

Kuntaparit kaltaistettiin (1) asukasmäärän, (2) hoitoepidodi-tyypin, (3) kotoa sairaalaan tulleiden ja sieltä kotiutuneiden osuuden sekä (4) kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteen mukaan. Jotkut kuntapareista järjestivät terveyspalvelunsa itse ja jotkut niistä olivat kuntaliittymien jäseniä. Joissakin kuntapareissa sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat samoissa toimipisteissä ja ne oli yhdistetty hallinnollisesti, toisissa erikseen. Tutkimukseen valittiin 22 kuntaa ja niiden alueella toimivat perus- ja erikoissairaanhoidon sairaalat. Kunnista 11 satunnaistettiin koeryhmään ja 11 vertailuryhmään lähtötilanteen mittausten jälkeen (kuvio 2).



KUVIO 2. Vertailuasetelma.

TAULUKKO 1. 15D-instrumenttiin perustuvat voimalaskelmat (oletukset: 0,05 I tyyppin virhe, 0,2 II tyyppin virhe, 0,05 intraklusterikorrelaatio, 3 % kliinisesti merkitsevä ero) havainnoiduille standardipoikkeamille (SD) kahdesta suomalaisesta populaatio-otoksesta.

Asiakkaat/ ryhmä	SD 0,083 Asiakkaat (Yht)	Kuntien määrä	SD 0,128 Asiakkaat	Kuntien määrä
25	280	12	627	25
30	311	11	700	24 (23,3)
35	343	20	770	22
40	375	10 (9,4)	841	21
45	406	9	912	21 (20,3)

Kuntien määrä ja otoskoko perustuivat kahden lopputulosmuuttujan perusteella tehtyihin voimalaskelmiin; terveyteen liittyvään elämänlaatuun (15D) ja kotiutumisen onnistumiseen. Aiempiin laskelmiin perustuen arvioitiin, että kolmen prosenttiyksikön muutos 15D -mittarissa olisi kliinisesti merkitsevä. Kun sallittiin 5 %:n suuruinen tyyppin I virhe, 20 %:n suuruinen tyyppin II virhe ja 0,05:n suuruinen klusterien sisäinen korrelaatio, arvioitiin tarvittavan taulukon 1 mukainen otoskoko.

Kun laskettiin otoskoko toisen lopputulosmuuttujan (kotiutumisen onnistumisen) osalta, arvioitiin 15 %:n lisäys kotona selviytyvien asiakkaiden määrässä kliinisesti merkitykselliseksi parannukseksi. Kun muut ehdot pidettiin taulukon 1 mukaisina, päädyttiin siihen, että 15D:n mukaista otoskoko pienempi otos on riittävä (taulukko 2). Näiden laskelmien perusteella päädyttiin 22 kunnan otokseen siten, että kustakin kunnasta otokseen saatiin tutkimushenkilöiden määräksi 35 asiakasta.

Asiakkaiden valinta. Tutkimusotokseen valittavat asiakkaat olivat (1) 65-vuotta tai sitä vanhempia, he (2) tulivat sairaalaan kotoa ja palasivat sairaalajakson/jaksojen jälkeen kotiin ja (3) saivat silloin kotihoidon palveluja. (4) Psykiatrisella, dementia- tai syöpädiagnoosilla sairaalaan tulleet suljettiin pois tutkimuksesta samoin kuin kertaluontoisesti kotihoitoa käyttäneet. Lähtötilanteessa tutkimushenkilöt valittiin retrospektiivisesti kotihoidon piirissä olleista asiakkaista, jotka olivat kotiutuneet sairaalasta kolme viikkoa – puoli vuotta sitten. Seurantatilanteessa asiakkaat valittiin sairaalasta kotiutuvista asiakkaista ja heitä seurattiin puolen vuoden ajan. Tätä varten tutkijat kouluttivat kuhunkin sairaalaan ja kuntaan tiedonkerääjät ja valmistivat ohjeen tiedonkeruuta varten (Perälä 2001 ja 2002).

Asiakkaiden lisäksi tietoa kerättiin kyselyllä yhdeltä asiakkaan tilanteen tuntevalta *kotihoidon edustajalta* (omahoitajalta tai vastaavalta) sekä *omaiselta*. Seuraavassa esitetään tutkimustuloksia, jotka perustuvat lähtötilanteessa tehtyihin asiakkaiden haastatteluihin sekä omaisen ja henkilös-

TAULUKKO 2. Kotiutumisen onnistuminen -muuttujaan perustuvat voimalaskelmat, kun 15 % parannus arvioitiin kliinisesti merkitykselliseksi parannukseksi (oletukset: 0,05 I tyyppin virhe, 0,2 II-tyypin virhe, 0,05 intraklusterikorrelaatio).

Asiakkaita/ryhmä	Asiakkaita (yhteensä)	Kuntien määrä
25	374	14 (14,9)
30	417	14 (13,8)
35	459	13 (13,1)
40	402	13 (12,5)
45	544	12 (12,1)

tön edustajan tekemiin arviointeihin. Lisäksi tutkimuskuntien kaikille kotihoidon työntekijöille lähetettiin kysely, jossa selvitettiin kotihoidon toimintakäytäntöjä ja henkilöstön hyvinvointia.

Kussakin kunnassa koulutettu tutkimusyhdyshenkilö toteutti *tiedonkeruun* haastatteleamalla asiakkaan ja antamalla tälle omaisen kyselylomake sekä henkilöstön edustajalle (omahoitajalle tai vastaavalle) arviointilomake. Tutkimuksen lähtötilanteen arviointi toteutettiin 10/2000–2001 ja seuranta 11/2002–2003. Lähtömittausten jälkeen koekunnat käynnistivät kehittämistyön. Intensiivisen kehittämisen vaihe kesti noin vuoden (2001–2002), minkä jälkeen kehittäminen juurrutettiin osaksi organisaation omaa toimintaa. Kuntien satunnaistaminen koe- ja vertailuryhmiin oli mahdollista ja halukkuus pitkäkestoiseen hankkeeseen lisääntyi, kun kehittämistyön osuus tarjottiin seurantamittausten jälkeen myös vertailuryhmälle.

4 Tutkimuksen tavoitteet

Tässä raportissa tarkastellaan kotihoidon asiakkaita, asiakkaiden sairaalassa kotiutumista ja kotihoitoa. Tarkastelu perustuu *Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito (PALKO)* -mallin vaikuttavuustutkimuksen lähtötilanteen mittauksiin.

1. Tavoitteina on kuvata
 - iäkkäiden asiakkaiden terveydentilaa ja toimintakykyä
 - palveluiden tarvetta ja käyttöä
 - hoidon jatkuvuutta ja palveluiden saumattomuutta
 - asiakkaan päätöksentekoon osallistumista
 - palveluiden ja avun saannin riittävyttä ja laatua
 - läheistään hoitavien omaisten osuutta hoitotyössä ja heidän hyvinvointiaan.
2. Tavoitteena on myös tutkia eroja koe- ja vertailukuntien tulosten välillä.

Tarkastelu tehdään asiakkaiden, heitä hoitavien omaisten ja kotihoidon henkilöstön näkökulmista. Koe- ja vertailuryhmän kuntien välisten erojen perusteella tehdään johtopäätöksiä kuntien satunnaistamisen ja asetelman onnistumisesta.

5 Aineistot, mittarit ja aineiston analysointi

5.1 Aineistot ja tiedonkeruu

Tutkimukseen valitut asiakkaat olivat yli 65-vuotiaita sairaalasta kotiutuneita ja kotihoidon palveluita saavia asiakkaita 22 kunnasta. Tutkimukseen valittiin asiakkaita, joiden sairaalaan tulosy syy ei ollut syöpätauti, dementia tai psykiatrinen sairaus. Tiedonkeruumenetelminä käytettiin asiakkaiden (n = 721) strukturoituja haastatteluja. Lisäksi lähetettiin kyselylomake yhdelle asiakasta hoitavalle omaiselle (n = 479) ja omahoitajalle tai vastaavalle asiakkaan tuntevalle työntekijälle kotihoidossa (n = 688).

Kussakin kunnassa nimetyt tutkimusyhdyshenkilöt poimivat kriteerit täyttävät asiakkaat retrospektiivisesti noin puolen vuoden ajalta sairaalasta kotiutumisesta. Tutkimusyhdyshenkilöt haastattelivat potilaat ja antoivat heille omaiselle tarkoitetun kyselylomakkeen. Samoin he toimitivat lomakkeen henkilöstön edustajalle (omahoitajalle tai vastaavalle). Tutkijat kouluttivat tutkimusyhdyshenkilöt ja toimivat tiedonkeruun ohjaajina.

5.2 Käytetyt mittarit

Ennen haastatteluiden alkua asiakkaiden *kyky vastata haastatteluun* testattiin Pfeifferin (1975) miniment-testillä (Short Portable Mental Status Questionnaire) (liite 1).

Toimintakykyä tutkittiin ELSA-mittarilla, joka on Marja Jylhän (1985) laajentama versio mm. Shanasin (1968) käyttämästä ADL -mittarista (ELSA), *terveyteen liittyvää elämänlaatua* Nottingham Health Profile (Koivukangas ym. 1995) ja EQ-5-instrumentilla (Ohinmaa & Sintonen 1999) sekä *avun saannin riittävyttä* tarvealueittain (Rissanen 1999, Räikkönen & Perälä 2003). Lisäksi tätä tutkimusta varten kehitettiin Likert -asteikollisia kysymyssarjoja ja yksittäisiä kysymyksiä mittaamaan *tiedon saannin riittävyttä, hyvää hoitoa, kotiutumiskäytäntöjä, koettua terveydentilaa, kotona selviytymistä ja avun tarvetta*.

Omaisilta koettua hoidon kuormittavuutta tutkittiin 15-väittämäisellä 5-portaisella Cope Indexillä (liite 2).

Sosiaali- ja terveystalveluhenkilöstön toimintaa ja työtyytyväisyyttä sekä yhteistyö- ja toimintatapoja tutkittiin tätä tutkimusta varten laadituilla mittareilla ja aiemmin mm. Sinervon käyttämällä (1995, 1997) mittareilla (liite 3).

Palveluiden laatua ja käyttöä tutkittiin tätä tutkimusta varten laadituilla ja osin aiemmin laadituilla (Räikkönen & Perälä 2003) strukturoiduilla kysymyssarjoilla.

5.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Mittarit koostuivat suurimmaksi osaksi Likert-asteikollisista skaaloista, joista muodostettiin summamuuttujia. Summamuuttujien muodostamisessa käytettiin konfirmatorista faktorianalyysiä ja Cronbachin alfa -kertoimia. Myös yksittäisten muuttujien keskinäisiä korrelaatioita tarkasteltiin.

Standardoiduista mittareista (ELSA-mittari, NHP ja EQ-5) laskettiin indeksipistemäärät kehittäjien ohjeistuksen mukaan. Myöskin Cope Indexistä laskettiin summamuuttujat faktorianalyysin jälkeen keskiarvomenetelmällä. Varimax-rotatation avulla päästiin kolmen faktorin ratkaisuun.

Aineistoa kuvattiin suorilla jakaumilla ja indeksipisteprofileilla. Erojen merkitsevyyttä analysoitiin Khin neliötestillä ja riippumattomien otosten t-testillä. Tuloksissa (myös taulukoissa) mainitaan vain merkitsevät ryhmien väliset erot.

6 Tulokset

6.1 Asiakkaat, omaiset ja asiakasta arvioineet kotihoidon edustajat taustamuuttujien mukaan

6.1.1 Asiakkaat

Asiakkaat olivat iältään 65–99-vuotiaita, heistä puolet oli yli 80-vuotiaita (taulukko 3). Kolme neljäsosaa asiakkaista oli naisia, leskiä oli 63 %, viidennes eli parisuhteessa, kymmenesosa oli naimattomia ja 7 % eronneita. Noin viidenneksellä haastatelluista ei ollut lapsia. Suurimmalla osalla oli peruskoulutuksenaan kansakoulu. Ainoastaan 2 % heistä oli suorittanut ylioppilastutkinnon.

Useimmat haastatelluista asuivat kaupunkikeskuksissa, neljännes haja-asutusalueilla ja loput maaseutukeskuksissa (taulukko 4). Vastaajista kolme neljäsosaa asui yksin, mutta useimpien lapsista joku asui samalla paikkakunnalla. Iäkkäistä noin kolme neljäsosaa asui omistusasunnossa, vajaa viidennes vanhustentalossa tai palvelutalossa ja 14 % sellaisessa kerrostalossa, jossa ei ole hissiä. Murto-osa asiakkaista asui asunnossa, josta puuttui keskuslämmitys, juokseva vesi, sisäkäymälä tai suihku tai kylpy. Haastatellut olivat hyvin tyytyväisiä asumismuotoonsa; yhdeksän kymmenestä vastasi asuvansa toivomassaan paikassa, joka neljällä viidestä oli oma koti.

6.1.2 Omaiset

Kyselyyn vastanneiden omaisten ikä vaihteli 26–94 vuoteen, kaksi kolmasosaa heistä oli 46–65-vuotiaita (taulukko 5). Yli kaksi kolmasosaa omaisista oli asiakkaiden lapsia. Kolmannes vastanneista oli miehiä. Seitsemän kymmenestä oli naimisissa tai avoliitossa ja 81 %:lla oli omia lapsia. Peruskoulutuksena 42 %:lla vastanneista oli korkeintaan kansakoulu, noin kolmanneksella oli opistoasteen koulutus, lähes neljäsosa oli käynyt ammatillisia kursseja, lähes viidesosalla oli ammattikoulututkinto ja 12 %:lla korkeakoulututkinto. Lähes puolet kävi kokopäivätyössä.

6.1.3 Asiakkaita arvioineet kotihoidon edustajat

Asiakkaitaan arvioineet kotihoidon henkilöstön edustajat (omahoitajat tai vastaavat) olivat 19–63-vuotiaita naisia (taulukko 6). Eniten vastanneissa oli perus- tai lähihoitajan koulutuksen saaneita, vertailukunnissa enemmän kuin koekunnissa. Seuraavaksi eniten oli (erikois)sairaanhoitajia ja kodinhoitajia. Koekuntien vastanneissa oli enemmän kodinhoitajia ja terveydenhoitajia kuin vertailukuntien edustajissa. Kotihoidossa työskentelee kokenutta henkilöstöä; noin kolmanneksella vastaajista oli työkokemusta yli 21 vuotta ja kahdella viidesosalla 11–20 vuotta. Vastaajista noin kaksi kolmasosaa toimi asiakkaan omana nimettynä vastuuhoidajana.

TAULUKKO 3. Koe- ja vertailukuntien asiakkaat taustatekijöidensä mukaan.

Muuttuja	Koekunnat		Vertailukunnat		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Ikä	n = 352		n = 356		n = 708	
65–74 -vuotiaat	79	22	81	23	160	23
75–80 -vuotiaat	105	30	88	25	193	27
81–99 -vuotiaat	168	48	187	53	355	50
Sukupuoli	n = 361		n = 356		n = 717	
Mies	93	26	82	23	174	24
Nainen	269	74	274	77	543	76
Siviilisäätty	n = 363		n = 356		n = 719	
Naimaton	40	11	32	9	72	10
Naimisissa tai avoliitossa	71	20	74	21	145	20
Asumuserossa tai eronnut	27	7	20	6	47	7
Leski	225	62	230	64	455	63
Onko lapsia	n = 364		n = 354		n = 718	
Kyllä	293	80	296	84	589	82
Ei	71	20	58	16	129	18
Peruskoulutus	n = 364		n = 355		n = 719	
Vähemmän kuin kansakoulu	33	9	23	7	56	8
Kansakoulu	304	84	292	82	596	83
Keskikoulu tai oppikoulu	20	5	28	8	48	7
Ylioppilastutkinto	7	2	12	3	19	2
Ammattikoulutus	n = 355		n = 354		n = 709	
Ei mitään koulutusta	241	68	179	51	420	59
Ammatillinen kurssi	63	17	114	32	177	25
Ammattikoulututkinto	31	9	42	12	73	11
Opistotason tutkinto	14	4	9	2	23	3
Korkeakoulututkinto	6	2	10	3	16	2
Ammatti ennen eläkkeelle jäämistä	n = 364		n = 357		n = 721	
Johtaja tai asiantuntija	55	15	46	13	101	14
Toimisto, asiakaspalvelu tai hoitotyöntekijä	48	13	57	16	105	15
Maanviljelijä, metsätyöntekijä ym.	67	19	76	21	143	20
Rakennus-, prosessi- tai kuljetustyöntekijä	80	22	75	21	155	21
Kotiäidit, perheenäidit	41	11	48	13	89	12
Muu tai ei tietoa	73	20	55	15	128	18

TAULUKKO 4. Koe- ja vertailukuntien asiakkaat asuinpaikan ja asumismuodon mukaan.

	Koekunnat		Vertailukunnat		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Asuinalue	n = 357		n = 357		n = 714	
Haja-asutusalue	88	25	82	23	170	24
Maaseutukeskus	33	9	77	22	110	15
Kaupunkikeskus	236	66	198	55	434	61
Kenen kanssa asuu	n = 360		n = 354		n = 714	
Yksin	269	75	265	75	534	75
Avio- tai avopuolison kanssa	66	18	71	20	137	19
Omien lasten kanssa	14	4	12	3	26	4
Sisarusten kanssa	4	1	3	1	7	1
Muiden sukulaisten kanssa	3	1	0	0	3	<1
Jonkun muun kanssa	4	1	3	1	7	1
Asuuko joku lapsista samalla paikkakunnalla	n = 296		n = 299		n = 595	
Kyllä	225	76	203	68	428	72
Ei	71	24	96	32	167	28
Asunnon omistussuhde	n = 364		n = 357		n = 721	
Omistusasunto	233	64	228	64	461	64
Vuokra-asunto	113	31	119	33	232	32
Muu	18	5	10	3	28	4
Asunnon sijainti	n = 361		n = 357		n = 718	
Kerrostalossa, jossa on hissi	136	38	120	34	256	36
Kerrostalossa, jossa ei ole hissiä	57	16	43	12	100	14
Rivitalossa tai paritalossa	69	19	91	25	160	22
Omakotitalossa	99	27	103	29	202	28
Asumisen omatoimisuus	n = 361		n = 357		n = 718	
Vanhustentalo	27	8	20	6	47	6
Palvelutalo	32	9	51	14	83	12
Muu tuettu asumismuoto	12	3	12	3	24	3
Ei-tuettu asumismuoto	290	80	274	77	564	79
Asuuko tällä hetkellä toivomassaan paikassa	n = 364		n = 356		n = 720	
Kyllä	331	91	314	88	645	90
Ei	28	8	36	10	64	9
Ei osaa sanoa	5	1	6	2	11	1
Missä mieluiten asuisi jos saisi valita asumismuodon	n = 364		n = 357		n = 721	
Omassa kodissa	310	85	274	76	584	81
Palveluasunnossa	42	12	61	17	103	14
Vanhainkodissa tai sairaalassa pitkäaikaispaikalla	5	1	6	2	11	2
Muulla	6	2	9	3	15	2
Ei osaa sanoa	1	<1	7	2	8	1

TAULUKKO 5. Koe- ja vertailukuntien asiakkaiden omaiset taustatekijöiden mukaan.

Muuttuja	Koe-kunnat		Vertailukunnat		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Ikä	n = 249		n = 221		n = 470	
26–45 -vuotiaat	42	17	37	17	79	17
46–65 -vuotiaat	160	64	144	65	304	65
66–94 -vuotiaat	47	19	40	18	87	18
Sukupuoli	n = 253		n = 223		n = 476	
Mies	71	28	69	31	140	29
Nainen	182	82	154	69	336	71
Siviilisääty	n = 253		n = 223		n = 476	
Naimaton	27	11	31	14	58	12
Naimisissa tai avoliitossa	193	76	151	67	344	72
Asumuserossa tai eronnut	20	8	26	12	46	10
leski	13	5	15	7	28	6
Onko lapsia	n = 253		n = 218		n = 471	
Kyllä	208	82	174	80	382	81
Ei	45	18	44	20	89	19
Sukulaisuussuhde	n = 254		n = 222		n = 476	
Puoliso	25	10	24	11	49	10
Tytär tai poika	171	67	158	71	329	69
Sisko tai veli	9	4	10	4	19	4
Muu sukulainen tai läheinen	49	19	30	14	79	17
Peruskoulutus	n = 250		n = 218		n = 468	
Kansakoulu tai vähemmän	102	41	96	44	198	42
Keskikoulu tai peruskoulu	81	32	87	40	168	36
Ylioppilastutkinto	67	27	35	16	102	22
Ammattikoulutus	n = 239		n = 209		n = 448	
Ei mitään koulutusta	37	15	33	16	70	16
Ammatillinen kurssi	50	21	52	25	102	23
Ammattikoulututkinto	44	18	38	18	82	18
Opistotason tutkinto	78	33	62	30	140	31
Korkeakoulututkinto	30	13	24	11	54	12
Työssäkäynti	n = 248		n = 221		n = 469	
Kokopäivätyössä	113	46	101	46	214	46
Osa-aikatyössä	13	5	13	6	26	5
Kokopäiväopiskelija	2	1	2	1	4	1
Kotiäiti/koti-isä	6	2	4	2	10	2
Työtön	20	8	12	5	32	7
Eläkkeellä	76	31	78	35	154	33
Muu	18	7	11	5	29	6

TAULUKKO 6. Henkilöstökyselyn vastaajat iän, sukupuolen, koulutuksen ja työkokemuksen mukaan.

Muuttuja	Koekunnat		Vertailukunnat		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Ikä	n = 340		n = 279		n = 619	
19–35-vuotiaat	45	13	44	16	89	14
36–50-vuotiaat	188	55	146	52	334	54
51–63-vuotiaat	107	32	89	32	196	32
Sukupuoli	n = 352		n = 284		n = 636	
Mies	7	2	1	<1	8	1
Nainen	345	98	283	100	628	99
Koulutus (samalla henkilöllä voi olla useampi koulutus)	n = 341		n = 281		n = 622	
Kotipalveluohjaaja	1	<1	3	1	4	.6
Kodinhoitaja	111	33	46	16	157	25**
Perus- tai lähihoitaja	82	24	108	38	190	31**
Sosiaaliohjaaja	6	2	4	1	10	2
(Erikois)sairaanhoitaja	92	27	77	27	169	27
Terveydenhoitaja	70	21	38	14	108	17*
Muu	34	10	27	10	61	10
Työkokemus	n = 352		n = 289		n = 641	
½–10 vuotta	102	29	105	36	207	32
11–20 vuotta	154	44	108	37	262	41
21–36 vuotta	96	27	76	26	172	27
Tehtävänimike	n = 351		n = 282		n = 633	
Kodinhoitaja	109	31	74	24	183	27**
Kotiavustaja	35	10	31	10	66	10
Perus- tai lähihoitaja	62	18	88	31	150	24
Sairaan- tai terveydenhoitaja	137	39	106	38	243	38
Muu	9	2	9	3	18	3
Työsuhteen luonne	n = 350		n = 284		n = 634	
Vakinainen	310	89	232	82	542	86*
Sijaisuus, kestänyt yli ½ vuotta	20	6	37	13	57	9
Sijaisuus, kestänyt alle ½ vuotta	16	4	11	4	27	4
Muu	4	1	4	1	8	1
Toimipiste	n = 347		n = 284		n = 631	
Kotipalvelun toimipiste	111	32	82	29	193	30
Kotisairaanhoidon toimipiste	134	39	118	42	252	40
Yhdistetyn kotihoidon toimipiste	95	27	61	21	126	25
Muu	7	2	23	8	30	5
Kuinka suuri osa työajasta liittyy kotipalveluun tai kotisairaanhoidon (%)	93		90		92	

* < .05, ** < .005

6.2 Asiakkaan terveys, toimintakyky ja terveyteen liittyvä elämänlaatu

Lähes puolet *asiakkaista* koki tämänhetkisen terveydentilansa keskinertaiseksi, noin kolmannes hyväksi tai melko hyväksi, noin viidennes huonoksi tai melko huonoksi (taulukko 7). Lähes puolet heistä koki terveydentilansa pysyneen ennallaan edellisen sairaalajakson jälkeen. Terveydentila oli parantunut noin kolmasosalla ja huonontunut noin neljäsosalla.

Omaiset arvioivat läheistensä (asiakkaan) terveydentilan hieman heikommaksi kuin nämä itse. Tosin omaisten arviot asiakkaan terveydentilan muutoksesta edellisen sairaalajakson jälkeen eivät poikenneet merkittävästi asiakkaan omista arvioista (taulukko 7).

Henkilöstön edustajat arvioivat asiakkaiden terveydentilan lähes samoin kuin nämä itse (taulukko 7). Henkilöstön edustajien mielestä asiakkaiden terveydentila oli suurimmalla osalla pysynyt ennallaan edellisen sairaalajakson jälkeen. Asiakkaista murto-osa oli vuodepotilaita.

Asiakkaiden kyselyn mukaan noin kolmanneksella asiakkaista (34 %) oli jonkinasteista näön heikkenemistä ja lähes puolella (47 %) oli kuulon heikkenemistä. Lähes kaikki asiakkaat käyttivät reseptilääkkeitä ja noin kolmannes heistä käytti lisäksi muita kuin lääkärin määräämiä lääkkeitä. Asiakkailla oli reseptilääkkeitä keskimäärin 7,8 (vaihteluväli 0–16). Lähes kaikki käyttivät silmälasia ja neljä viidestä hammasproteesia. Jokin liikkumisen apuväline oli käytössä yli kahdella kolmesta vastanneesta (kuvio 3).

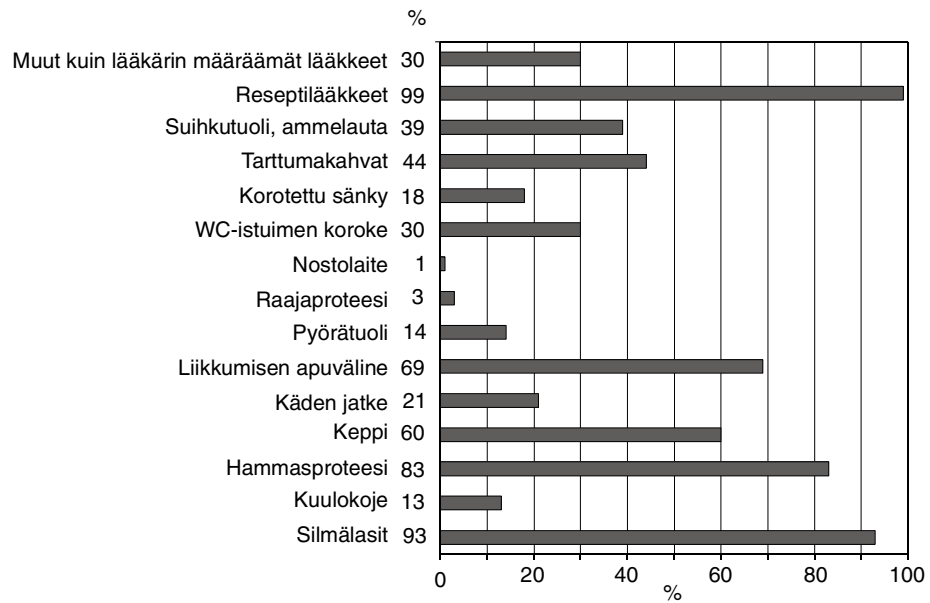
Asiakkaiden yleisimpiä terveyteen liittyvään elämänlaatuun sisältyviä ongelmia olivat erilaiset liikkumiseen liittyvät vaikeudet: seisominen, portaissa liikkuminen, omatoiminen ulkoilu, esineiden tavoittelu ja kumartuminen tuottivat asiakkaille eniten ongelmia (taulukko 8). Koe- ja vertailukuntien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja kolmessa muuttujassa: koekunnissa oli hieman suurempi osuus asiakkaita, jotka eivät pystyneet lainkaan kävelemään, vertailukunnissa hieman enemmän asiakkaita, joilla oli vaikeuksia ihmisten lähestymisessä ja joita huolet valvottivat öisin.

Asiakkaiden ja henkilöstön edustajien arviot asiakkaan toimintakyvystä eivät juuri eronneet (kuvio 4). Heidän mukaansa asiakkaan toimintakyky oli yli kahdella kolmasosalla huono ja vain noin parilla prosentilla hyvä.

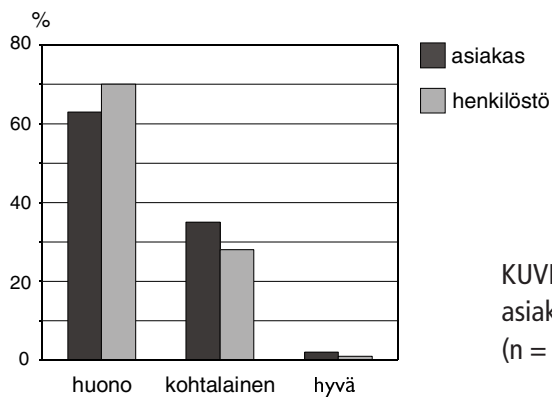
Kun *asiakkailta* kysyttiin, kuinka paljon sairaudet haittaavat heidän elämäänsä, 66 % vastasi niiden haittaavan hyvin paljon tai melko paljon. Vain 8 % koki, etteivät sairaudet haitanneet heitä lainkaan. Asiakkaat arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin toimintakykynsä (kuvio 5). Asiakkaiden elämänlaatusuhteet jakautuivat suhteellisen tasaisesti ääripäiden välille (0 = kuollut, erittäin huono mahdollinen – 1 = paras mahdollinen).

TAULUKKO 7. Asiakkaan terveydentila asiakkaan, omaisen ja henkilöstön edustajan arvioimana.

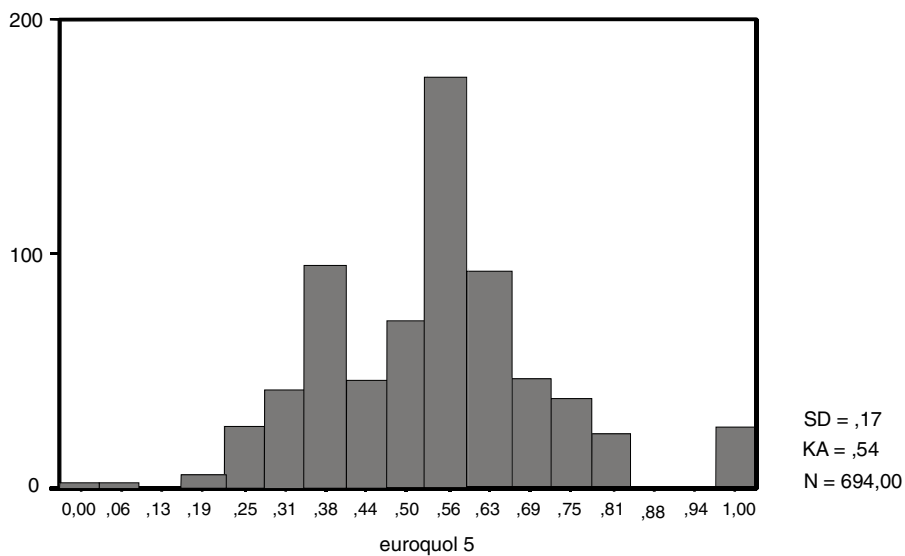
	Asiakas		Omainen		Henkilöstö	
	n	%	n	%	n	%
Asiakkaan terveydentila tällä hetkellä	n = 721		n = 475		n = 665	
Huono	50	7	50	11	17	3
Melko huono	103	14	185	39	162	24
Keskinertainen	338	47	180	38	318	48
Melko hyvä	162	23	57	12	154	23
Hyvä	68	9	3	<1	14	2
Asiakkaan terveydentilan muutos edellisen sairaalajakson jälkeen	n = 721		n = 456		n = 642	
Huonontunut	167	23	110	24	112	17
Pysynyt ennallaan	328	46	218	48	326	51
Parantunut	226	31	128	28	204	32



KUVIO 3. Asiakkaiden apuvälineiden ja lääkkeiden käyttö (n = 878 –719).



KUVIO 4. Asiakkaiden toimintakyky (ELSA-mittari) asiakkaiden (n = 720) ja henkilöstön edustajien (n = 680) arvioimana.



KUVIO 5. Asiakkaiden koettu elämänlaatu mitattuna EQ-5-mittarilla (0 = kuollut, erittäin huono – 1 = paras mahdollinen).

Taulukko 8. Asiakkaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu (NHP-mittari) kyllä vastausten määrät ja osuudet (n = 691–713).

	Koekunnat		Vertailukunnat		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Olen koko ajan väsynyt	136	39	128	36	264	37
Minulla on kipuja öisin	114	33	109	31	223	32
Käytän lääkkeitä päästäkseni uneen	174	49	191	54	365	51
Asiat masentavat minua	112	32	137	38	249	35
Asennon vaihtaminen on minulle tuskallista	126	36	134	38	260	37
Hermoni ovat kireällä	57	17	70	20	127	18
Tunnen itseni yksinäiseksi	129	37	127	36	256	36
Pystyn kävelemään vain sisätiloissa	136	39	150	42	284	41
Minulla on sietämättömiä kipuja	61	18	54	15	115	16
Minun on vaikea kumartua	244	68	243	68	487	68
Kaikki asiat vaativat ponnistelua	207	59	231	65	438	62
En pysty lainkaan kävelemään	51	14	28	8	79	11*
Herään aamulla hyvin aikaisin	233	63	220	62	443	62
Olen unohtanut, millaista on nauttia elämästä	75	22	80	23	155	22
Minun on vaikea lähestyä ihmisiä	44	12	67	19	111	16*
Minulla on kipuja kävellessäni	180	52	182	52	362	52
Päivät tuntuvat matelevan	142	40	120	34	262	37
Minun on vaikea nousta ja laskeutua portaita tai askelmia	220	64	223	64	443	64
Minun on vaikea kurottaa esineitä	274	77	282	79	556	78
Menetän nykyään herkästi malttini	45	13	50	14	95	13
Makaan valveilla suurimman osan yötä	65	18	86	24	151	21
Minusta tuntuu kuin olisin menettämässä hallintani	48	14	43	12	91	13
Minulla on kipuja seistessäni	147	42	146	41	293	42
Minusta tuntuu, että en ole kenenkään läheinen	47	13	44	13	91	13
Minun on vaikea pukea itseäni	142	40	149	42	291	41
Voimani loppuvat nopeasti	246	69	249	70	495	69
Minun on vaikea seistä pitkään	274	79	280	79	554	79
Minulla on jatkuvia kipuja	110	31	117	33	227	32
Minun on vaikea päästä uneen	120	34	137	38	257	36
Minusta tuntuu, että olen vaivaksi ihmisille	92	27	101	29	193	28
Huolet pitävät minua valveilla öisin	52	15	72	20	124	18*
Minusta tuntuu, että elämä ei ole elämisen arvoista	87	25	83	23	170	24
Nukun huonosti öisin	99	28	121	34	220	31
Tarvitsen apua kävellessäni ulkona	258	74	273	77	531	76
Tunnen kipua kulkiessani ylös ja alas portaita tai askelmia	220	64	223	64	443	64
Herään masentuneena	45	13	48	14	93	13
Minun on vaikea tulla toimeen ihmisten kanssa	14	4	18	5	32	4
Tunnen kipua istuessani	112	32	106	30	218	31

*p<0.05

6.3 Asiakkaan palveluiden tarve ja käyttö

6.3.1 Asiakkaan palveluiden tarve

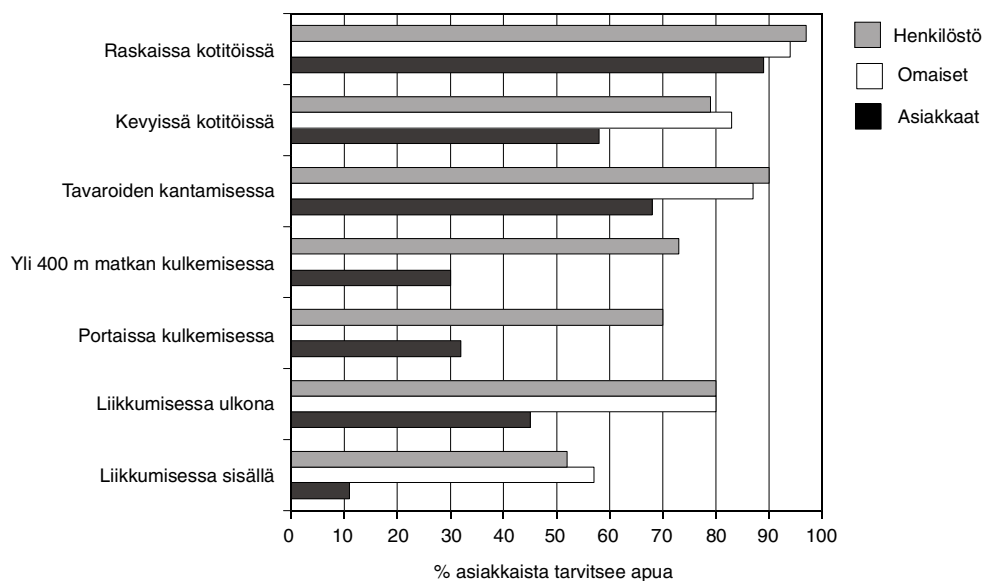
Asiakkaiden ja omaisten mukaan noin kaksi kolmasosaa asiakkaista tarvitsi toisen henkilön apua päivittäin (taulukko 9). Yli kolmannes asiakkaista tarvitsi apua kerran viikossa. Muutaman kerran kuussa apua tarvitsi muutama prosentti asiakkaista.

Henkilöstön edustajan mukaan yli kolmannes asiakkaista tarvitsi toisen henkilön apua vähintään kerran viikossa. Kaksi viidesosaa tarvitsi apua päivittäin, keskimäärin kaksi tuntia kerrallaan (vaihteluväli 15 min – 10 t 30 min / kerta). Viikoittain apua tarvitsevien keskimääräinen avun tarve oli kaksi tuntia 25 minuuttia viikossa (vaihteluväli 1 t 15 min – 7 t 30 min). Henkilöstön mukaan viidesosa asiakkaista tarvitsi apua kuukausittain, keskimäärin tunti 30 minuuttia kuukaudessa.

TAULUKKO 9. Asiakkaiden avuntarpeen määrä asiakkaiden (n = 719) ja omaisten (n = 468) arvioimana.

	Asiakkaat		Omaiset	
	n	%	n	%
Päivittäin	418	58	274	59
4–6 päivänä viikossa	49	7	53	11
2–3 päivänä viikossa	126	18	83	18
Kerran viikossa	71	10	30	6
1–2 kertaa kuussa	25	3	9	2
Harvemmin	18	2	7	2
Ei lainkaan	12	2	7	2

Henkilöstön edustajat ja omaiset arvioivat suuremman osan asiakkaista tarvitsevan apua kotitöihin ja liikkumiseen kuin *asiakkaat* itse (kuvio 6). Arvioijat olivat yksimielisiä siitä, että lähes kaikki asiakkaat tarvitsivat apua raskaisiin kotitöihin. Asiakkaiden arvioiden mukaan kevyisiin kotitöihin tarvitsi apua noin kaksi kolmasosaa, omaisten ja henkilöstön edustajien mukaan noin

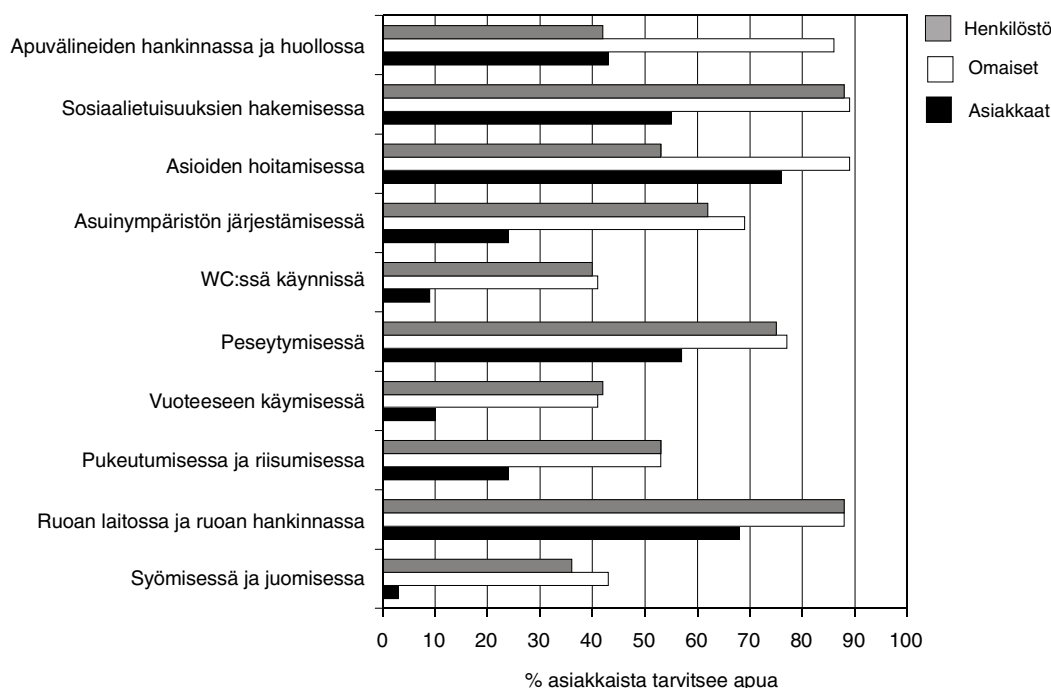


KUVIO 6. Asiakkaan tarvitsema apu liikkumiseen ja kotitöihin henkilöstön edustajien (n = 614–671), omaisten (n = 441–464) ja asiakkaiden (n = 658–720) mukaan.

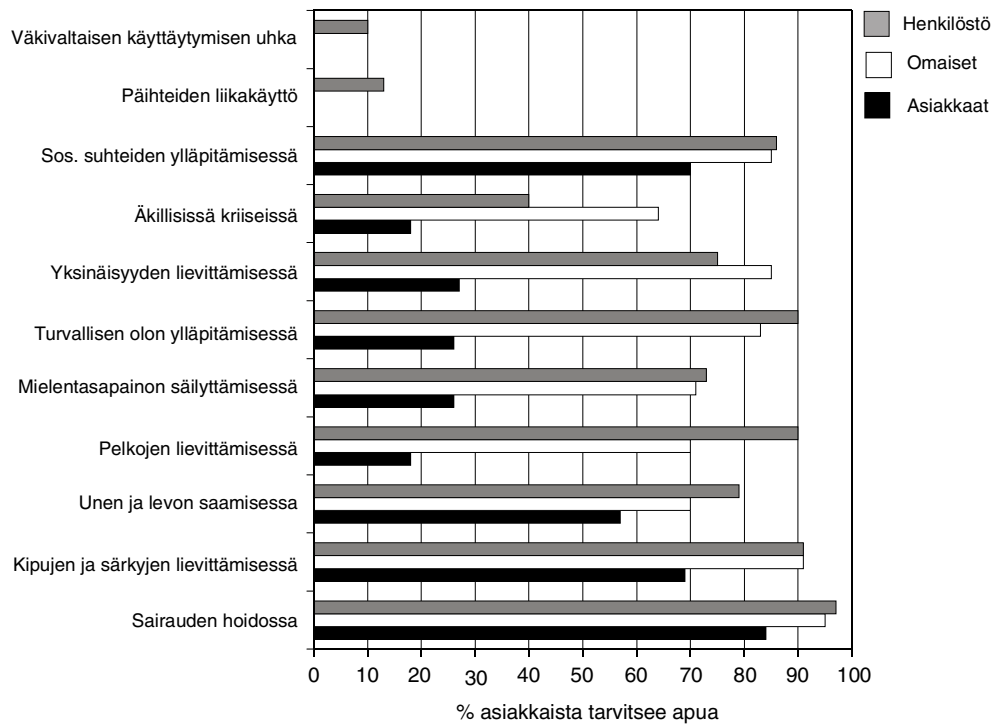
neljä viidesosaa asiakkaista. Asiakkaista kolmannes tarvitsi apua portaissa kulkemiseen ja pidemmän matkan kulkemiseen ja vajaa puolet ulkona liikkumiseen. Asiakkaan pidemmän matkan kulkemista ja portaissa liikkumista ei kysytty omaisilta. Asiakkaat arvioivat näiden avuntarpeen pienemmäksi kuin henkilöstön edustajat.

Asiakkaat itse arvioivat tarvitsevansa päivittäisiin perustoimintoihinsa vähemmän apua kuin *henkilöstön edustajat* ja *omaiset* (kuvio 7). Asiakkaiden ja henkilöstön edustajien mukaan noin kaksi viidesosaa asiakkaista tarvitsi apua liikkumista helpottavien *apuvälineiden* hankinnassa ja huollossa (esim. keppi, kuulolaite, rollaattori, pyörätuoli, tarttumakahvat ja sängyn korottajat). Omaiset arvioivat neljän viidesosan asiakkaista tarvitsevan näitä liikkumista helpottavia apuvälineitä. *Sosiaalietuuksien ja -tukien* hakemiseen (kuten toimeentulo-, asumis- ja hoitotuki, lääkekorvaukset, taksisetelit ym.) tarvitsivat kotihoidon henkilöstön edustajien ja omaisten mukaan apua lähes kaikki ja asiakkaiden mukaan runsas puolet heistä. Pankki-, apteekki-, virasto-, kauppa-, ym. *asioiden* hoitamiseen tarvitsi apua asiakkaiden mukaan kolme neljäsosaa heistä, omaisten mukaan yhdeksän kymmenestä ja henkilöstön edustajien mukaan runsas puolet asiakkaista. Asiakkaista neljännes ja omaisista ja henkilöstön edustajista noin kaksi kolmasosaa arvioi asiakkaiden tarvitsevan apua toimivan *asuinympäristön* järjestämisessä, esimerkiksi kynnysten poistamisessa, kahvojen asennuksessa, ramppien laitossa tai huonekalujen järjestyksen muuttamisessa. Asiakkaista alle kaksi kolmasosaa, mutta henkilöstön edustajista ja omaisista noin kolme neljäsosaa arvioi asiakkaiden tarvitsevan apua *peseytymisessä ja kylpemisessä*. Asiakkaista 20 %, pienempi osa kuin henkilöstön edustajista ja omaisista, arvioi tarvitsevansa apua *ruoan laitossa ja hankinnassa*. Asiakkaista suurin osa koki selviävänsä *WC:ssä käymisestä, vuoteeseen pääsemisestä ja sieltä nousemisesta, pukeutumisesta ja riisumisesta sekä syömisestä ja juomisesta* omatoimisesti. Henkilöstön edustajat ja omaiset arvioivat asiakkaiden tarvitsevan apua näihin asioihin monin verroin enemmän kuin asiakkaat itse.

Eniten apua tarvittiin sekä *asiakkaiden, omaisten että henkilöstön edustajien* mukaan sairauksien hoitoon, kipujen ja särkyjen lievittämisessä, sosiaalisten tarpeiden tyydyttämisessä sekä unen



KUVIO 7. Asiakkaan tarvitsema apu päivittäisiin perustoimintoihin henkilöstön edustajien (n = 657–672), omaisten (n = 443–471) ja asiakkaiden (n = 698–717) mukaan.



KUVIO 8. Asiakkaan tarvitsema apu sairauksiin, turvattuuteen ja sosiaalisiin tarpeisiin henkilöstön edustajien (n = 638–668), omaisten (n = 357–464) ja asiakkaiden (n = 712–720) mukaan.

ja levon saamisessa (kuviokuva 8). Asiakkaat arvioivat avun tarpeensa näihin asioihin vähäisemmäksi kuin henkilöstön edustajat ja omaiset. Henkilöstön edustajien ja omaisten mukaan suurin osa asiakkaista tarvitsi lisäksi apua pelkojen lievittämiseen ja turvallisen olon ylläpitämiseen. Asiakkaiden tarvitsemaa apua väkivaltaisen käyttäytymisen uhan ja päihteiden liikkakäytön osalta kysyttiin ainoastaan henkilöstöltä. Henkilöstön edustajien mukaan noin kymmenesosa asiakkaista tarvitsi apua väkivaltaisen käyttäytymisen uhan tai alkoholin tai lääkkeiden liikkakäytön vuoksi.

6.3.2 Palveluiden käyttö

Kaksi kolmasosaa *asiakkaista* oli saanut kyselyä edeltäneen viikon aikana apua kunnalliselta kotipalvelun työntekijältä keskimäärin 7–8 kertaa viikossa, yli neljäsosa heistä oli saanut apua yli kymmenen kertaa viikossa (taulukko 10). Kunnallisen kotipalvelun työntekijän käyttämä aika oli keskimäärin kaksi tuntia 41 minuuttia asiakasta kohden viikossa (21 minuuttia käyntikertaa kohden). Kunnallisen kotisairaanhoidajan apua oli käyttänyt kaksi kolmasosaa asiakkaista kyselyä edeltäneen viikon aikana ja tuolloin keskimäärin kaksi tuntia 11 minuuttia asiakasta kohden. Asiakkaan kokemalla terveydentilalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kunnallisten palveluiden käyttöön.

Yksityisen kotipalvelun työntekijän palvelua käytti kolmannes asiakkaista keskimäärin kolme kertaa viikossa (1/2 tuntia käyntikertaa kohden). Sekä yksityistä että kunnallista kotipalvelua käytti 14 asiakasta. Yksityisen kotipalvelutyöntekijän kotikäynteihin kului tunti vähemmän aikaa viikkoa kohden kuin kunnallisen kotipalvelun työntekijän käynteihin. Yksityisen kotipalvelun käyttö oli yhteydessä asiakkaan kuntoon. Huono- tai melko huonokuntoisista asiakkaista 42 % käytti yksityistä kotipalvelua, terveydentilansa keskinertaiseksi ilmoittaneista 36 % ja hyvä- tai melko hyväkuntoisista 21 % (p = 0,001). Sekä yksityisen että kunnallisen kotisairaanhoidajan palveluita oli käyttänyt kaksi asiakasta. Vastanneista asiakkaista ainoastaan kolme oli käyttänyt yksityisen kotisairaanhoidajan palveluita. Fysioterapeutti oli käynyt 31 asiakkaan ja seurakunnan – ja tai vapaaehtoisjärjestöjen edustaja 29 asiakkaan luona.

TAULUKKO 10. Kotihoidon, fysio- ja toimintaterapeutin sekä vapaaehtoisjärjestöjen palveluiden käyttö kyselyä edeltäneen viikon aikana (n = 700–731).

Palvelu	n	Käyttää palvelua%*	Keskimäärin krt/viikossa	Vaihteluväli krt/viikossa	Aika yhteensä
Kunnallinen Kotipalvelun työntekijä	481	67	7,5	0–42	2 t 41 min
Kotisairaanhoitaja	423	60	1,7	0–14	2 t 11 min
Fysio- ja/tai toimintaterapeutti	31	4	1,4	0–4	1 t 30 min
Yksityinen Kotipalvelun työntekijä	33	5	3	0–21	1 t 31 min
Kotisairaanhoitaja	3	<1	1	-	
Seurakunnan- ja/tai vapaaehtoisjärjestöjen edustaja	29	4	1	0–1	1 t 30 min

* % vastanneista asiakkaista käyttää palvelua

Noin kolmasosa asiakkaista käytti ainakin yhtä tukipalvelumuotoa. Vastanneista kotihoidon asiakkaista 38 % oli käyttänyt ateriapalvelua kyselyä edeltäneen viikon aikana (taulukko 11). Palvelua käytettiin keskimäärin viitenä päivänä viikossa. Ateriapalvelua käyttävistä asiakkaista 75 (29 %) sai kotiinsa seitsemän ateriaa viikossa. Kuljetus- ja saattajapalvelua oli käyttänyt kyselyä edeltäneellä viikolla vajaa viidennes vastanneista. He käyttivät sitä keskimäärin kerran viikossa. Kolmannes kotihoidon asiakkaista käytti myös kylvetys- tai sauna- ja siivouspalvelua, kumpaakin keskimäärin kerran viikossa.

Turvapuhelin oli käytössä vajaalla puolella (43 %, n = 304/710) ja turvaranneke ainoastaan 10 asiakkaalla. 25 asiakasta oli tarvinnut turvapalvelun apua viimeisen viikon aikana. Turvapalvelun apua tarvinneista (n= 16) oli tarvinnut sitä kerran tai kaksi kertaa, viisi asiakasta yli kaksi kertaa ja neljän asiakkaan osalta tieto käyttökerroista puuttui. Viimeisen sairaalasta kotiutumisen jälkeen oli lääkärin apua kotiin saanut 10 % (n = 69) asiakkaista, joista 12 oli saanut lääkäriltä apua puhelimitse ja 57 kotikäynnillä. Näistä 66 tapauksessa apu oli tullut terveyskeskuslääkäriltä ja kolmessa yksityislääkäriltä.

Edellisen sairaalassaolon jälkeen asiakkaista yli kolmannes oli käynyt terveyskeskuksessa lääkärin luona ja puolet laboratoriotarkastuksissa (taulukko 12). Sairaalan ajanvarauspoliklinikalla oli käynyt 16 %, päivystyksessä ja yksityislääkärin luona noin kymmenesosa asiakkaista. Fysio- tai toimintaterapeutin palveluja oli käyttänyt noin kymmenesosa asiakkaista useita kertoja. Muita palveluita oli käytetty keskimäärin kerran tai kaksi edellisen sairaalajakson jälkeen.

Henkilöstön edustajien mukaan asiakkaista 13 % oli ollut mukana päiväkeskus- tai muussa virkistystoiminnassa, 6 % lyhytaikaisessa hoidossa, 3 % kuntoutuksessa kuntoutuslaitoksessa tai sairaalassa ja vähemmän kuin 2 % intervallihoidossa, päiväsairaalajaksolla tai osavuorokautisessa hoidossa edellisen sairaalajakson jälkeen.

TAULUKKO 11. Asiakkaiden tukipalveluiden käyttö kyselyä edeltäneen viikon aikana (n = 714–718).

Palvelu	n	%	Keskimäärin krt / viikossa	Vaihteluväli krt / viikossa
Ateriapalveluita	275	38	5	1–28
Kuljetus- ja saattajapalveluja	122	17	1	1–5
Kylvetys/saunapalveluja	229	32	1	0–5
Siivouspalveluja	207	29	1	0–3

TAULUKKO 12. Kodin ulkopuolisten sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö viimeisen sairaalassaolon jälkeen asiakkaiden mukaan (n = 710–720).

Palvelu	n	%	Keskimäärin kerrat	Vaihteluväli krt/viikossa
Terveyskeskuslääkärin palveluja	276	38	1,7	(1–21)
Yksityislääkärin palveluja	79	11	1,5	(1–4)
Psykiatrin palveluja ¹	3	<1	-	-
Psykologin palveluja ¹	0	0	-	-
Fysio-/toimintaterapeutin, kuntotohtajan palveluja	82	11	7,6	(1–32)
Puheterapeutin palveluja	0	0	-	-
Jalkojenhoitajan palveluja	195	27	1,4	(1–6)
Sosiaalityöntekijän palveluja	14	2	1,1	(1–2)
Terveysten- tai sairaanhoitajan vastaanottopalveluja	46	6	2,7	(1–12)
Laboratoriopalveluja (kokeet)	354	50	2,4	(1–22)
Sairaalan ajanvarauspoliklinikan palveluja	114	16	1,5	(1–11)
Sairaalan päivystyspoliklinikan palveluja	72	10	1,4	(1–6)
Mielenterveystoimiston palveluja	2	<1	-	-

¹⁾ Asiakkaat, jotka tulivat sairaalaan psykiatrisella diagnoosilla eivät kuuluneet tutkimusryhmään - ei voitu laskea lukumäärän pienuuden vuoksi

6.3.3 Omaisen antama apu

Asiakkaiden mukaan heistä useimmat saivat apua lapsiltaan (taulukko 13). Kahta kolmasosaa asiakkaista lapset olivat auttaneet keskimäärin seitsemän tuntia 50 min viikossa (vaihteluväli 9 minuuttia viikossa – 24 tuntia vuorokaudessa). Noin seitsemäsosa asiakkaista sai apua avio- tai avopuolisolta, jonka antama apu oli keskimäärin 55 tuntia viikossa (vaihteluväli 1 tunti viikossa – 7 tuntia joka päivä). Viidesosa (n = 145) asiakkaista oli oman ilmoituksensa mukaan naimisissa tai avoliitossa ja 85 %:lla (n=589) heistä oli lapsia. Asiakkaita auttoi avio- ja avopuolisoista 75,2 % ja lapsista 85,6 %. Neljäsosa asiakkaista sai apua myös ystäviltä ja naapureilta sekä viidesosa muilta sukulaisilta. Joidenkin asiakkaiden kohdalla myös ystävien, naapureiden ja muiden sukulaisten edellisen viikon aikana antama aika saattoi olla huomattava.

Viidennes (n = 152) eniten auttavista omaisista asui samassa taloudessa asiakkaan kanssa. Samassa taloudessa asuvista läheisistä suurin osa (60 %) oli asiakkaiden avio- tai avopuolisoita ja

TAULUKKO 13. Omaiset, joilta asiakas saa apua sekä avun saanti edellisen viikon aikana.

Omainen, jolta asiakas saa apua	Omaiselta apua saaneet asiakkaat (n = 720)		Apua saaneet asiakkaat edellisen viikon aikana (n = 447–620)	
	n	%	n	%
Avio/avopuoliso	109	15	111	23
Lapset	504	70	410	66
Sisarukset	61	9	34	7
Muut sukulaiset	135	19	89	18
Ystävät, naapurit	175	24	119	24
Joku muu	57	8	36	8
Ei ole läheistä, jolta saa apua	55	8	-	-

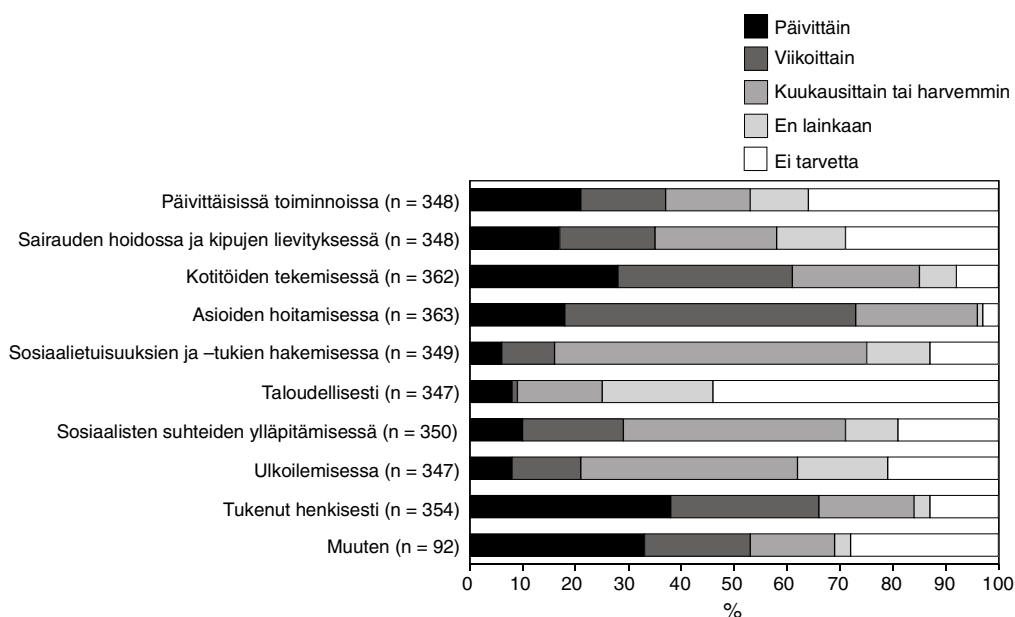
- ei voitu laskea puuttuvien vastausten vuoksi

toiseksi useimmin yhdessä asuva omainen oli asiakkaan lapsi (20 %). Asiakkaita auttavista omaisista 5 % toimi virallisina kunnan palkkaamina omaishoitajina. Palkkaa saavana omaishoitajana toimi useimmiten asiakkaan avo- tai aviopuoliso (n = 19) tai lapsi (n = 10). Asiakkaista 81 % (n = 553) piti läheisensä antamaa apua erittäin tärkeänä, 13 % melko tärkeänä, 3 % vähän tärkeänä ja 3 % ei lainkaan tärkeänä.

Omaisten mukaan suurinta osaa asiakkaista (60 %) auttoi kotipalvelu, noin puolta (51 %) lapset, 37 %:a kotisairaanhoidon työntekijät, 14 %:a avio- tai avopuoliso ja 13 %:a muut sukulaiset. Alle kymmenesosaa (8 %) auttoivat ystävät tai naapurit. Kahden vastanneen läheisellä oli yksityisesti palkattu hoitaja. Omaisista 40 % auttoi läheistään päivittäin keskimäärin kaksi tuntia viisi minuuttia (vaihteluväli 1 t 30 min – 5 t 30 min). Lähes puolet (47 %) auttoi läheistään viikoittain keskimäärin kolme tuntia 20 minuuttia (vaihteluväli 1 t 30 min – 6 tuntia) ja 10 % auttoi kuukausittain keskimäärin kolme tuntia 48 minuuttia (vaihteluväli 1 t 30 min – 6 t 5 min).

Omaiset antoivat apua useimmin tukemalla henkisesti sekä lievittämällä turvattomuutta, pelkoja ja yksinäisyyttä (kuvio 9). Asiakkaista 13 %:lla ei *omaisten* mukaan ollut tarvetta henkiseen tukeen ja muutama prosentti omaisista ei tukenut läheistään henkisesti lainkaan. Toiseksi useimmin omaiset auttoivat läheistään tekemällä kotitöitä, kuten siivoamalla, pesemällä pyykkiä laittamalla ruokaa tai tiskaamalla. Viidesosa vastanneista omaisista auttoi läheistään päivittäin ja edellistä hieman harvemmat (16 %) viikoittain päivittäisessä elämisessä, kuten liikkumisessa, syömisessä, peseytymisessä, pukeutumisessa, vuoteeseen menossa tai sieltä nousemisessa tai WC:ssä käymisessä. Kolme neljäsosaa omaisista auttoi läheistään vähintään viikoittain pankki-, kauppa, virasto-, apteekki ym. asioiden hoitamisessa. Noin puolet omaisista oli auttanut vähintään viikoittain asiakasta esimerkiksi antamalla kuljetusapua, lukemalla ääneen, hoitamalla kynsiä ja jalkoja tai hoitamalla läheisensä lemmikkejä. Omaisista vajaa viidesosa auttoi läheistään päivittäin tai viikoittain sairauden hoidossa ja kipujen lievityksessä hoitamalla haavoja, laittamalla silmätippoja, antamalla tai hankkimalla lääkkeitä sekä auttamalla asentojen vaihtamisessa. Kolmannes omaisista auttoi läheistään vähintään viikoittain sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä, viidesosa ulkoilemisessa ja hieman harvemmat (16 %) sosiaalietuuksien ja tukien hakemisessa (toimeentulo-, hoito- ja asumistuki, lääkekorvaukset, taksisetelit ja sairaalamaksut). Vähiten apua läheisen koettiin tarvitsevan taloudellisesti.

Yli puolet *omaisista* piti asiakkaalle antamaansa apua erittäin tärkeänä ja kolmasosa melko tärkeänä asiakkaan kotona selviytymisessä. Alle kymmenesosa piti apuaan vähän tärkeänä ja 2 % ei lainkaan tärkeänä.



KUVIO 9. Omaisen antaman avunisuus

Henkilöstön edustajien mukaan asiakkaista 82 %:lla oli omainen, joka osallistui asiakkaan hoitoon. Henkilöstön edustajista 65 % arvioi omaisen osallistumisen asiakkaan hoitoon erittäin tärkeäksi asiakkaan kotona selviytymisessä, 19 % melko tärkeäksi, 11 % vähän tai ei lainkaan tärkeäksi. Jotkut (5 %) eivät osanneet arvioida asiaa.

6.4 Hoidon jatkuvuus, palveluiden saumattomuus ja asiakkaan päätöksentekoon osallistuminen

6.4.1 Hoitoon pääsyn sujuvuus ja hoidon jatkuvuus

Seuraavassa tarkastellaan hoidon sujuvuutta, palveluiden saumattomuutta ja hoidon jatkuvuutta sairaalaan lähtiessä kotoa sairaalaan, sairaalahoidon aikana ja kotiutumisessa.

Asiakkaista vajaalla 58 %:lla sairaalaan lähtö oli ollut kiireellinen, mutta ei henkeä uhkaava, 22 %:lla ennakolta sovittu ja 16 %:lla kiireellinen ja henkeä uhkaavaa (4 % ei osannut arvioida kiireellisyyttä). Kolme neljäsosaa asiakkaista pääsi lähtemään kotoaan sairaalaan ilman odottamista. Sairaalaan menoa odottamaan joutuneista asiakkaista yli puolet odotti enintään tunnin (taulukko 14). Noin viidesosa asiakkaista oli odottanut ilmoittautumisen jälkeen tutkimuksia ja hoitoja sairaalan päivystys- tai ajanvarauspoliklinikalla. Keskimääräinen odotusaika oli korkeintaan tunti, yhdellä kolmasosalla tunnista neljään tuntia ja alle kymmenesosalla yli neljä tuntia. Päivystys- tai ajanvarauspoliklinikalla jatkohoitoon pääsyä joutui odottamaan vajaa kolmannes asiakkaista. Noin viidennes heistä odotti korkeintaan tunnin, yli kolmannes asiakkaista tunnista neljään tuntiin ja viidennes yli neljä tuntia. Odotusajoissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa sen mukaan, mihin sairaalaan asiakas oli mennyt.

Kolme neljäsosaa asiakkaista arvioi sairaalaan lähtönsä sujuneen hyvin, 16 % melko hyvin, 7 % keskinkertaisesti ja 3 % huonosti tai melko huonosti. Sairaalaan kotoa lähtiessä asiakkaista yli puolella oli saattaja sekä tarvittavat asiakirjat kuten hoitokansio, reseptit ja lähetteet mukana (taulukko 15). Kaksi kolmasosaa sai mukaansa myös tarvittavat apuvälineet kuten kepin, kuulokojeen tai silmälasit. Sairaalaan lähtötilanteessa jäivät yli puolelta asiakkailta lääkkeet kotiin. Noin puolet

TAULUKKO 14. Odotusajat sairaalaan kotoa lähtemisessä ja poliklinikalla.

	Kotoa sairaalaan		Pääsy poliklinikalta tutkimuksiin		Poliklinikalta jatkohoitoon	
	n	%	n	%	n	%
Ei tarvinnut odottaa	523	73	494	69	445	62
Joutui odottamaan	147	21	153	21	198	28
Ei osaa sanoa	47	6	67	9	72	10
Yhteensä	717	100	714	100	715	100
Montako päivää joutui odottamaan						
0–1	99	67	122	80	151	76
2–3	6	4	1	1	2	1
Ei tietoa	42	29	30	19	45	23
Yhteensä	147	100	153	100	198	100
Korkeintaan tunnin	80	54	74	48	41	21
Yli tunnin, mutta alle 4 tuntia	17	12	39	25	73	37
Yli 4 tuntia	5	4	9	7	38	19
Ei tietoa	45	30	31	20	46	23
Yhteensä	147	100	153	100	198	100

TAULUKKO 15. Asiakkaan kotoa sairaalaan lähtemisen sujuvuus.

	Kyllä		Ei		Ei tarpeen		Yht. n
	N	%	n	%	n	%	
Oliko sairaalaan mentäessä mukana							
• saattaja	387	55	286	41	25	4	698
• hoitoon liittyvät asiakirjat	390	58	260	39	20	3	670
• lääkkeet	220	33	397	60	50	7	667
• apuvälineet	455	67	196	29	25	3	676
Saiko apua kotiasioiden järjestelyyn	366	53	85	12	242	35	693

asiakkaista sai sairaalaan lähtiessään apua kotiasioiden hoitoon esimerkiksi puolison, lemmikkieläinten tai kukkien hoitoon tai kodin kunnostamiseen.

Noin puolet asiakkaista oli mennyt kotoaan terveyskeskukseen ja noin kaksi kolmasosaa kotiutui sieltä (taulukko 16). Noin puolet yliopistollisiin, keskus- ja aluesairaaloihin menneistä asiakkaista siirtyi jatkohoitoon terveyskeskukseen ja kotiutui sieltä. Yhteensä yli kolmannes asiakkaista vaihtoi hoitopaikkaa hoitojaksonsa aikana; neljä viidesosaa heistä kerran ja yli viidennes vähintään kaksi kertaa.

Asiakkaista (n = 700) 19 % oli saanut tiedon kotiutumisestaan kotiutumispäivänä, 41 % päivää ennen kotiutumistaan, 29 % kaksi tai kolme päivää ja 11 % aiemmin kuin kolme päivää ennen kotiutumista. Lähes kaikki (95 %) olivat mielestään saaneet tiedon kotiutumisesta tarpeeksi ajoissa. Suurin osa asiakkaista oli neuvotellut kotiutumisestaan, kotihoidostaan ja tarvitsemistaan palveluista sairaalan lääkärin, hoitajan tai omaisensa kanssa (kuvio 10). Noin neljännes asiakkaista oli keskustellut sairaalan fysio- tai toimintaterapeutin kanssa ja yhtä moni sosiaalityöntekijän kanssa. Suurin osa (78 %) asiakkaista oli sitä mieltä, että ensimmäinen vuorokausi kotona oli onnistunut hyvin tai melko hyvin. Vain 3 %:n mielestä ensimmäinen vuorokausi kotona oli sujunut huonosti.

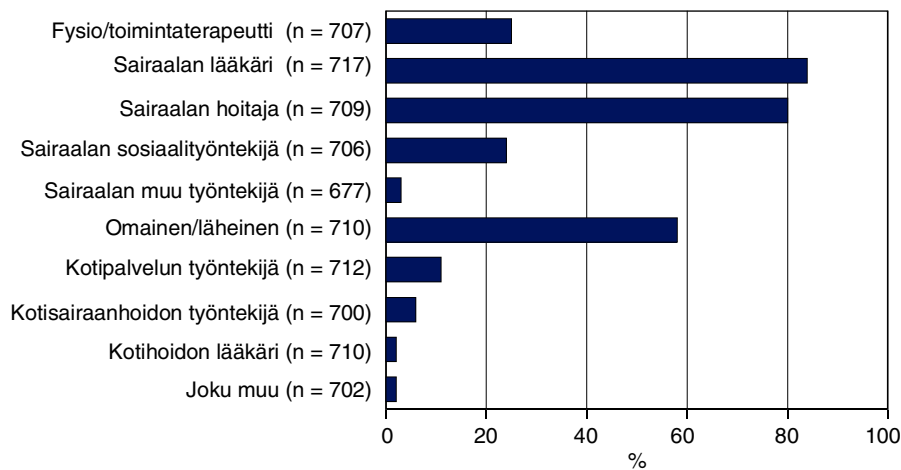
Asiakkaista (n= 643–689) 13 % oli osallistunut sairaalassa neuvotteluun, jossa oli käsitelty heidän hoitoaan, kotiutumistaan ja kuntoutustaan. Osalle (13 %) tehtiin sairaalassa hoito- ja palvelusuunnitelma. Kolmannekselle asiakkaista (32 %) arvioitiin apuvälineiden tarve kotikäynnin aikana ja 15 %:lle kodin muutostöiden tarve jo sairaalahoidon aikana.

Asiakkaista noin kolmanneksella oli nimetty vastuuhoitaja osastolla. Hieman suuremmalle osalle heistä oli annettu mahdollisuus palata osastolle, mikäli kotiin jääminen ei onnistunut. Yhtä usealle oli kerrottu kehen ottaa yhteyttä, kun kotona ilmenee ongelmia (taulukko 17). Asiakkaista kaksi viidesosaa oli saanut sairaalasta mukaansa ensimmäisten vuorokausien aikana tarvitsemansa lääkkeet tai hoitotarvikkeet. Murto-osa oli ollut sairaalahoidon aikana kotilomalla. Kotihoidon edustaja oli ottanut yhteyttä sairaalajakson aikana 16 %:iin asiakkaista.

Suurin osa (71 %) *asiakkaista* koki, että kotiutuessa heidän kuntonsa oli riittävän hyvä siihen.

TAULUKKO 16. Asiakkaan hoitopaikka sairaalaan mennessä ja kotiutuessa.

Hoitopaikka	Mihin sairaalaan meni		Mistä kotiutui	
	n	%	n	%
Yliopistollinen keskussairaala	43	6	28	4
Keskus- tai aluesairaala	292	40	217	30
Terveyskeskus- tai aluesairaala	343	48	437	61
Yksityinen sairaala	4	1	4	<1
Muu	27	4	33	5
Ei muista	7	1	2	<1
Yhteensä	716	100	721	100



KUVIO 10. Henkilöt, joiden kanssa asiakas suunnitteli kotiutumistaan (% asiukkaista).

Turvalliseksi kotiin palaamisen koki 66 % ja melko turvalliseksi 20 %. Noin puolet (53 %) koki, että heidän kotiutumisensa oli sujunut hyvin ja 16 %:n mielestä melko hyvin.

Yli kolmannes (35 %) omaisista oli saanut tiedon läheisensä kotiutumisesta päivää ennen, 29 % kaksi tai kolme päivää ja 14 % aiemmin kuin kolme päivää ennen tämän kotiutumista. Samoin 14 % omaisista oli saanut tiedon läheisensä kotiutumispäivänä. Kuusi prosenttia ei ollut saanut lainkaan tietoa läheisensä kotiutumisesta. Yli kolme neljäsosaa (78 %) oli mielestään saanut tiedon läheisensä kotiutumisesta tarpeeksi ajoissa. Omaisten mielestä heidän läheisensä ensimmäinen vuorokausi kotona oli onnistunut keskimäärin (ei erityisen hyvin tai huonosti).

Noin puolet omaisista oli osallistunut läheisensä kotiutumisen ja kotihoidon suunnitteluun sairaalassa (taulukko 18). Yleisin tapa osallistua kotihoidon suunnitteluun oli kotiutuksesta keskustelu hoitajan ja lääkärin kanssa. Kolmannes omaisista oli keskustellut sairaalassa siitä, kuinka voi osallistua läheisensä kotihoitoon. Viidennes heistä oli osallistunut läheisensä kirjallisen palvelusuunnitelman tekemiseen.

Asiukkaista 79 %:lla oli vastuulääkäri, 21 %:lla vastuuhoitaja kotipalvelussa ja 45 %:lla vastuuhoitaja kotisairaanhoidossa.

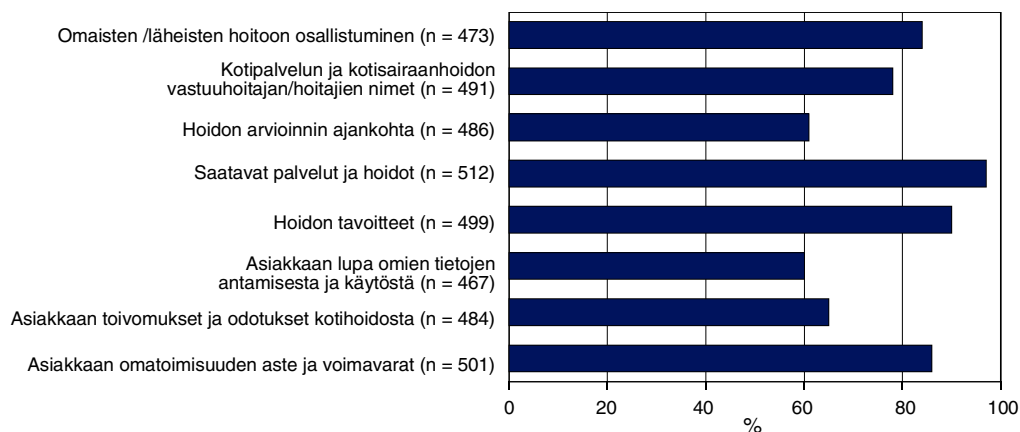
Kotihoidon henkilöstön edustajan mukaan 81 %:lla asiukkaista oli kirjallinen hoito- tai palvelusuunnitelma. Lähes kaikkien asiakkaiden suunnitelmiin oli kirjattu saatavat palvelut ja hoidot sekä hoidon tavoitteet (kuvio 11). Suurimpaan osaan suunnitelmia oli kirjattu myös asiakkaan omatoimisuuden aste ja voimavarat, omaisten tai läheisten osallistuminen hoitoon sekä kotihoidon vastuuhoitajien nimet. Pienempään osaan hoito- ja palvelusuunnitelmista oli kirjattu asiak-

TAULUKKO 17. Hoidon jatkuvuus asiakkaiden mukaan.

	Kyllä		Ei		Ei tarvetta		Yhteensä n
	n	%	n	%	n	%	
Asiukkaalla vastuuhoitaja osastolla.	240	34	469	65	7	1	716
Kotipalvelun edustaja otti yhteyttä asiakkaan ollessa osastolla.	112	16	548	78	45	6	705
Oli sairaalahoidon aikana kotilomalla.	46	6	591	83	80	11	717
Sai sairaalasta mukaan ensimmäisten vuorokausien lääkkeet ja / tai hoitotarvikkeet.	278	39	342	48	88	13	708
Kerrottiin keneen ottaa yhteyttä jos kotona ilmenee ongelmia.	264	37	403	57	40	6	707
Annettiin mahdollisuus palata osastolle, jos kotiin jääminen ei onnistu.	253	36	399	56	56	8	708

TAULUKKO 18. Omaisen osallistuminen läheisensä kotihoiton suunnitteluun koe- ja vertailukunnissa.

Muuttuja	Koekunnat		Vertailukunnat		Kaikki	
	N	%	n	%	n	%
Hoidon/kotiutumisen/kuntoutuksen suunnittelu	n = 187		n = 173		n = 360	
-kyllä	40	21	31	18	71	20
-ei	127	68	111	64	238	66
-ei tarvetta	20	11	31	18	51	14
Keskustelemalla lääkärin kanssa	n = 187		n = 177		n = 364	
-kyllä	71	38	53	30	124	34
-ei	105	56	109	62	214	59
-ei tarvetta	11	6	15	8	26	7
Keskustelemalla hoitajan kanssa	n = 217		n = 195		n = 412	
-kyllä	138	64	115	59	253	61
-ei	68	31	66	34	134	33
-ei tarvetta	11	5	14	7	25	6
Oli mukana tekemässä kirjallista hoito- ja palvelusuunnitelmaa	n = 239		n = 208		n = 447	
-kyllä	47	20	40	19	87	20
-ei	172	72	141	68	313	70
-ei tarvetta	20	8	27	13	47	10
Keskusteli tavoista, joilla voi osallistua läheisensä hoitoon	n = 243		n = 208		n = 450	
-kyllä	73	31	60	28	133	30
-ei	149	63	133	64	282	63
-ei tarvetta	15	6	20	10	35	8
Kotisairaanhoidon tai koti-palvelun työntekijä otti omaiseen yhteyttä ennen läheisen kotiutumista	n = 243		n = 208		n = 451	
-kyllä	50	20	42	20	92	20
-ei	179	74	144	69	323	72
-ei tarvetta	14	6	22	11	36	8



KUVIO 11. Asiat, joita oli kirjattu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (%:lla asiakkaista).

kaiden toivomuksia ja odotuksia kotihoidosta, hoidon arvioinnin ajankohta ja lupa asiakkaan tietojen luovuttamiseen ja käyttöön.

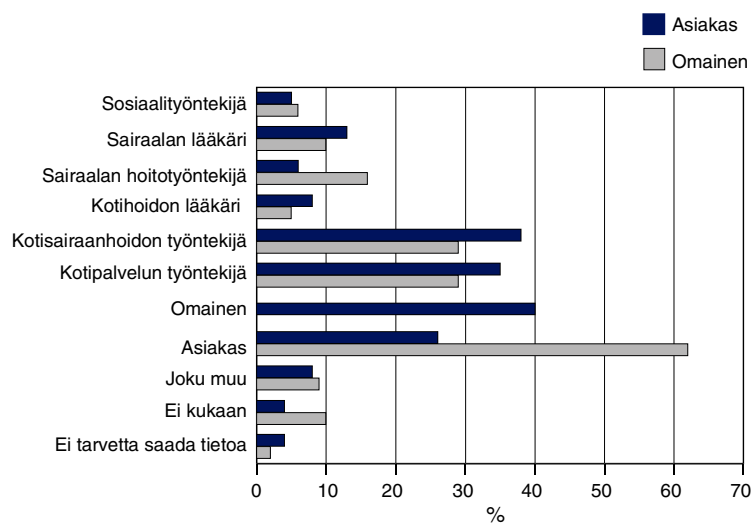
Noin neljäsosa (24 %) kotihoidon työntekijöistä oli ollut säännöllisesti ja 46 % satunnaisesti yhteydessä asiakkaan omaisiin. Yhteydenotoissa 89 %:ssa tapauksista oli keskusteltu asiakkaan voinnin ja toimintakyvyn muutoksista, 85 %:ssa hoidon ja palvelutarpeiden muutoksista ja 45 %:ssa sosiaalietuuksista ja -tuista. Keskusteluista 65 % oli koskenut asiakkaiden toiveita ja odotuksia hoidosta ja palveluista ja 71 % asiakkaan henkistä hyvinvointia ja jaksamista. Läheisen odotuksia ja toiveita palveluista oli käsitelty 75 %:ssa keskusteluista, heidän henkistä hyvinvointiaan 59 %:ssa ja ohjaustaan 71 %:ssa niistä. Omaishoidon tukien, vapaapäivien ja -ajan järjestämisestä oli puhuttu vain 28 %:ssa keskusteluista.

6.4.2 Tiedon saanti

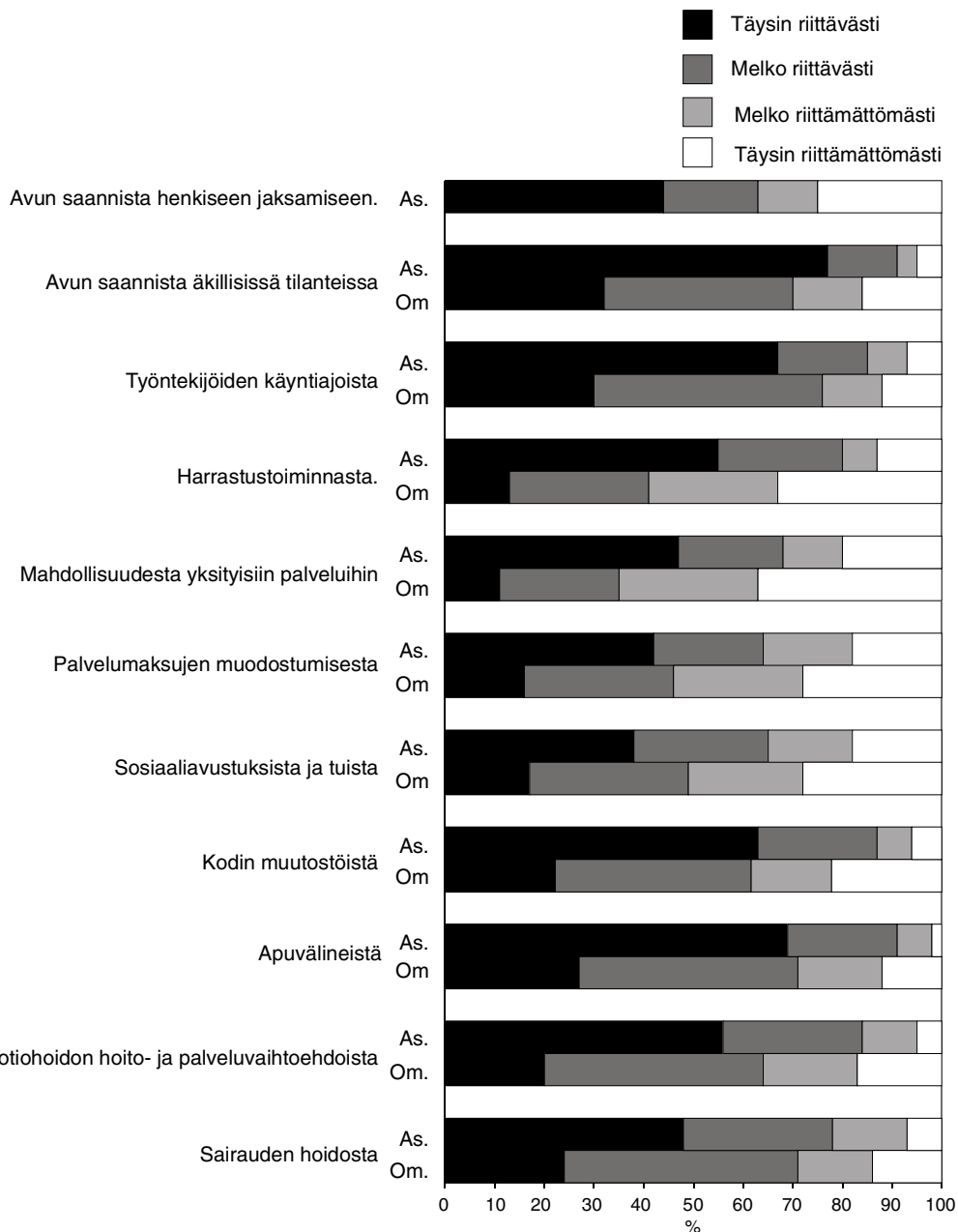
Asiakkaat saivat tietoa kotihoidosta ja palveluista omaisilta sekä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiltä. Noin neljännes asiakkaista oli myös itse aktiivisesti hankkinut tietoa hoidoistaan ja palveluistaan (kuvio 12). Asiakkaat olivat saaneet tietoa kotihoidosta ja -palveluista myös vapaaehtoisjärjestöjen työntekijöiltä (45 mainintaa), kuten Sotainvalidien veljesliitosta ja Invalidiliitosta, palvelutalojen ja -keskusten sekä hoivakotien henkilöstöltä (45 mainintaa) sekä yksityislääkäriltä tai -sairaalasta (27 mainintaa).

Omaisten tärkeimpiä läheisensä kotihoitoa ja palveluja koskevan tiedon lähteitä olivat asiakas itse, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät. Omaiset olivat saaneet lisäksi tietoa päiväkeskusten tai hoivakotien henkilöstöltä (25 mainintaa).

Asiakkaiden mukaan riittävimmin saatiin tietoa siitä, mistä saadaan apua äkillisiin tilanteisiin (kuvio 13). Heille oli tiedotettu hyvin päivystävien tahojen puhelinnumeroista ja mahdollisuudesta käyttää turvapuhelinta. Asiakkaat kokivat saaneensa riittävästi tietoa myös elämää helpottavista apuvälineistä ja kodin muutostöistä. Eniten tiedon puutetta oli mahdollisuuksista saada apua henkiseen jaksamiseen. Samoin puutteita oli tiedon saannissa palvelumaksujen muodostumisesta ja sosiaaliavustuksista ja -tukimuodoista sekä mahdollisuuksista käyttää yksityisiä palveluja. Asiakkaat olisivat lisäksi halunneet tietoa yksinäisen ihmisen henkisistä selviytymis-



KUVIO 12. Hoitoja ja palveluita koskevan tiedon lähde asiakkaiden (n = 718) ja omaisten (n = 458) mukaan (% vastaajista).



KUVIO 13. Tiedonsaannin riittävyys asiakkaiden (tietoa tarvitsevat n = 219–710) ja omaisten (tietoa tarvitsevat n = 240–441) mukaan.

keinoista (9 mainintaa), heitä hoitavien omaisten mahdollisuudesta lomaan ja lomajärjestelyistä (8 mainintaa) sekä omasta tulevaisuudestaan (8 mainintaa).

Korkeintaan kolmasosa omaisista koki saadun tiedon täysin riittäväksi yhdellä tutkitulla osaluueella. Omaiset kokivat saaneensa riittävimmin tietoa työntekijöiden käyntiajoista asiakkaan luona, läheisen sairauden hoidosta ja avun saannista äkillisissä tilanteissa. Omaisten mukaan suurimmat tiedon puutteet liittyivät yksityisten palvelujen käyttömahdollisuuteen sekä saatavilla oleviin ajanviete- ja harrastusmahdollisuuksiin (päiväkeskustoiminta, kerhot tai vapaaehtoisjärjestöjen toiminta) (kuviokuva 13). Puutteita oli myös tiedon saannissa palvelumaksujen muodostumisesta ja asiakkaille tarjolla olevista sosiaaliavustuksista ja tukimuodoista sekä niiden hakemisesta. Omaisilta ei kysytty avun saannin riittävydestä henkiseen jaksamiseen.

6.4.3 Asiakkaan päätöksentekoon osallistuminen

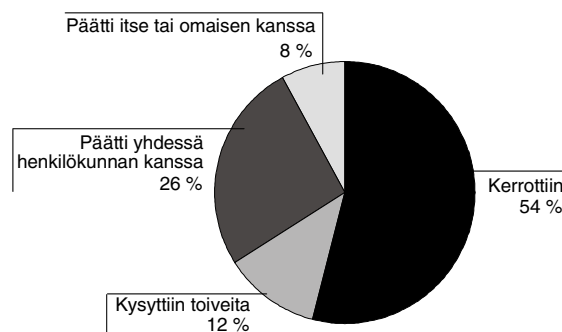
Suurin osa *asiakkaista* piti erittäin tärkeänä mukanaoloaan, kun päätetään heidän kotiutumisestaan, kotihoidostaan ja palveluistaan (taulukko 19). Omaisten läsnäoloa piti erittäin tärkeänä viidesosa asiakkaista. Yhtä suuri osuus piti sitä melko tärkeänä, 13 % vähän tärkeänä, neljäsosa ei lainkaan tärkeänä ja 7 %:lla ei ollut omaisia tai läheisiä. *Omaisista* 67 % piti erittäin tärkeänä ja noin 20 % melko tärkeänä läsnäoloaan päätettäessä asiakkaan kotiutumisesta, kotihoidosta ja palveluista.

Vain osa asiakkaista oli ollut päättämässä *kotiutumisestaan*. Yli puolelle asiakkaista oli ainoastaan kerrottu kotiin pääsystä, mutta työntekijät tekivät päätöksen asiakkaan kotiutumisesta (kuvio 14). Hieman yli kymmenesosalta oli kysytty kotiutumiseen liittyviä toiveita etukäteen, mutta asiakas ei ollut mukana päätöksenteossa. Noin neljäsosa asiakkaista koki, että hänen kotiutumisestaan päätettiin yhdessä sairaalan työntekijöiden kanssa, 8 % päätti itse tai yhdessä omaisen kanssa.

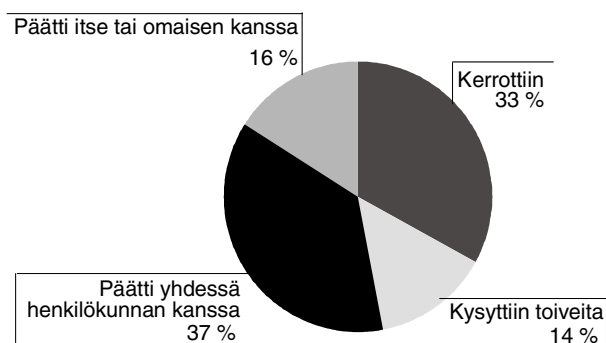
Myös kotihoidossa asiakkaan päätöksentekoon osallistuminen oli vähäistä. Yli kolmannes asiakkaista oli tehnyt päätöksen *kotihoidostaan ja -palveluistaan* yhdessä kotihoiton työntekijöiden kanssa, päätös palveluista ja hoidosta tehtiin kolmanneksessa tapauksista asiakkaan puolesta. Alle viidesosa asiakkaista oli tehnyt päätöksen kotihoidostaan ja -palveluistaan itse tai yhdessä omaisensa kanssa ja neljäätoista prosenttia asiakkaista oli kuultu, asiakas ei ollut itse päättämässä palveluistaan (kuvio 15).

TAULUKKO 19. Asiakkaan läsnäolon tärkeys päätettäessä hänen kotihoidostaan ja palveluistaan.

	Ei lainkaan tärkeää %	Vähän tärkeää %	Melko tärkeää %	Erittäin tärkeää %	Ei osaa sanoa/ ei läheistä %	Yht. n
<i>Asiakkaat</i>						
oma läsnäolo sovittaessa sairaalassa kotiutumisesta	6	7	17	65	5	720
oma läsnäolo sovittaessa palveluista ja hoidoista	5	7	13	69	6	716
omaisen läsnäolo kotiutumisesta päätettäessä	24	13	21	21	7	714
<i>Omaiset</i>						
läsnäolo päätettäessä asiakkaan kotiutumisesta	5	7	21	67		457
läsnäolo päätettäessä kotihoidosta ja palveluista	4	6	23	67		456



KUVIO 14. Asiakkaan kotiutuminen - päätöksentekotapa asiakkaiden (n = 695) mukaan.

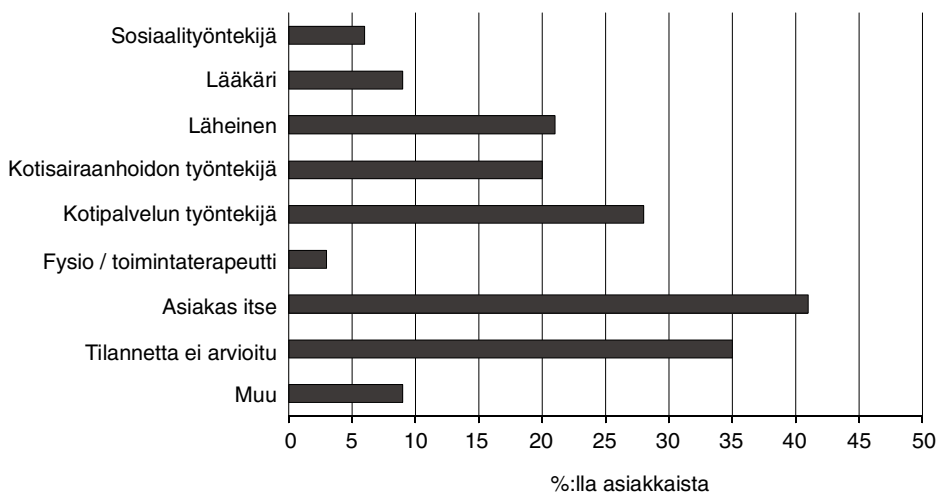


KUVIO 15. Asiakkaan kotihoito- ja palvelut -päätöksentekotapa asiakkaiden (n = 692) mukaan.

Omaisten mukaan asiakkaan kotihoidosta ja palveluista päätettiin tavallisimmin yhdessä asiakkaan ja työntekijöiden kanssa (34 %). Lähes neljäsosa (23 %) omaisista ei tiennyt, miten asiakkaan kotihoidosta ja palveluista oli päätetty.

Asiakkaista alle puolet oli itse ollut paikalla, kun oli arvioitu hänen kotihoidon ja palveluiden tarvetta sekä riittävyttä (kuvio 16). Asiakkaiden mukaan yli kolmannekselle heistä ei ollut tehty kotihoidon palveluiden tarpeen ja riittävyyden arviointia. Kotipalvelun työntekijä oli ollut mukana yli neljäsosassa arviointitilanteista, läheinen tai kotisairaanhoidon työntekijä viidesosassa. Sosiaalityöntekijä, lääkäri, fysio- tai toimintaterapeutti oli ollut mukana alle kymmenesosassa arviointitilanteista. Joidenkin asiakkaiden mukaan mukana oli myös kotipalveluohjaaja, johtava kodinhoitaja, sairaanhoitaja ja sotainvalidien asiamies.

Yli puolet kotipalvelua, tukipalveluita tai kotisairaanhoidon palveluita tarvitsevista asiakkaisista oli osallistunut niiden sisältöä koskevaan päätöksentekoon (taulukko 20). Tarvittavista kuntoutuspalveluista päättivät pääsääntöisesti muut kuin asiakas itse. Puolet asiakkaista oli ollut päättämässä palveluiden ajoituksesta, mutta tätä harvemmat asiakkaat olivat päättämässä, mistä palvelut hankitaan. Asiakkaat olivat osallistuneet vähemmän heitä hoitavia henkilöitä tai palveluita tuottavia tahoja koskevaan päätöksentekoon. Alle puolet asiakkaista oli osallistunut päätöksentekoon siitä, kenelle heitä koskevia tietoja saa luovuttaa, viidennes oli ollut mukana päättämässä, mitä heidän potilasasiakirjoihinsa saa kirjata ja mitä tietoja saa antaa muille työntekijöille.



KUVIO 16. Asiakkaiden kotihoidon ja palveluiden tarpeen ja riittävyyden arvioinnissa mukana olleet asiakkaiden mukaan (n = 720).

TAULUKKO 20. Asiakkaan mukanaolo päätettäessä kotihoidosta ja -palveluista.

Päätettävä asia	Päätöksentekoon osallistuneet palvelua tarvinneista		Palvelua tarvitsevat kaikista vastanneista		Yhteensä n
	Kyllä %	Ei %	n	%	
Palveluiden sisältö					
– Kotipalveluiden	64	36	573	75	713
– Kotisairaanhoido	52	48	881	82	710
– Kuntoutuspalvelut	28	72	291	41	704
– Tukipalvelut	65	35	454	64	711
Palveluiden toteutus					
– Ketkä työntekijät hoitavat	16	84	589	84	701
– Palveluiden ajoitus	50	50	629	88	711
– Palveluiden tarjoaja (kunta/yksityinen)	36	64	420	59	711
Tiedon välitys					
– Kenelle asiakasta koskevia tietoja saa antaa	46	54	569	81	704
– Mitä asiakasta koskevia tietoja saa kirjata potilaspapereihin	20	80	547	88	704
– Mitä tietoja saa antaa muille työntekijöille	22	78	549	78	707

Yli puolet (59 %) omaisista oli ollut mukana päätettäessä mitä kotipalveluita, 48 % mitä kotisairaanhoidon, 22 % mitä kuntoutuspalveluita ja 47 % mitä tukipalveluita läheinen saa. Lähes puolet (48 %) oli myös ollut läsnä päätettäessä palveluiden toteutustavasta. Kotipalvelun tai kotisairaanhoidon työntekijä oli ottanut yhteyttä noin viidennekseen (22 %) omaisista ennen näiden läheisten kotiutumista.

6.5 Palveluiden ja avun saannin riittävyys ja laatu

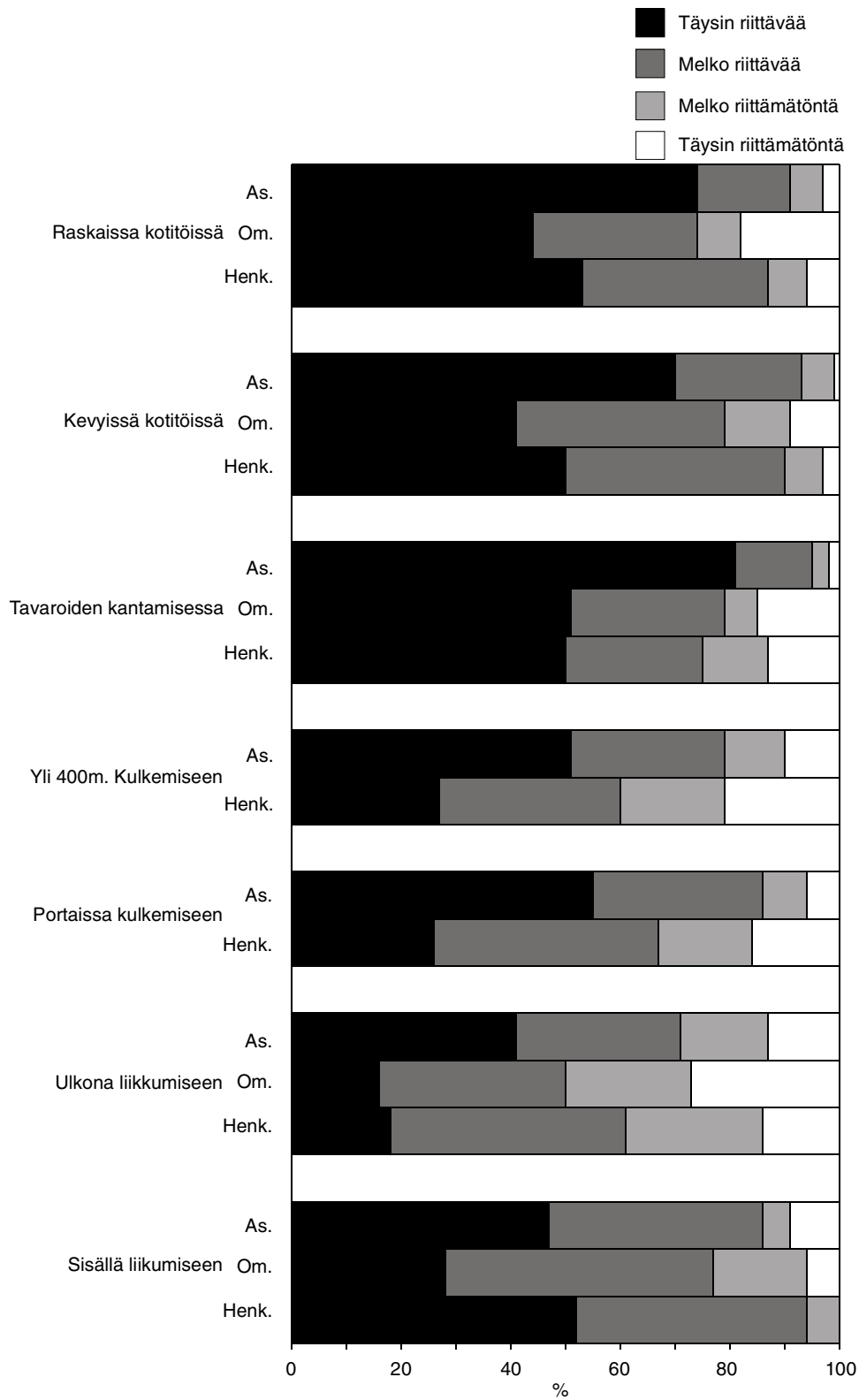
6.5.1 Palveluiden ja avun saannin riittävyys

Asiakkaat kokivat saaneensa täysin tai melko riittävästi apua raskaiden tavaroiden kantamisessa sekä raskaissa ja kevyissä kotitöissä (kuvio 17). Riittämättömintä oli avun saanti ulkona liikkumiseen ja pidemmän matkan liikkumiseen. *Omaisten mukaan* asiakkaan saama apu tavaroiden kantamiseen ja kotitöihin oli riittävintä. Myös he kokivat eniten puutteita avun saannissa ulkona ja sisällä liikkumiseen.

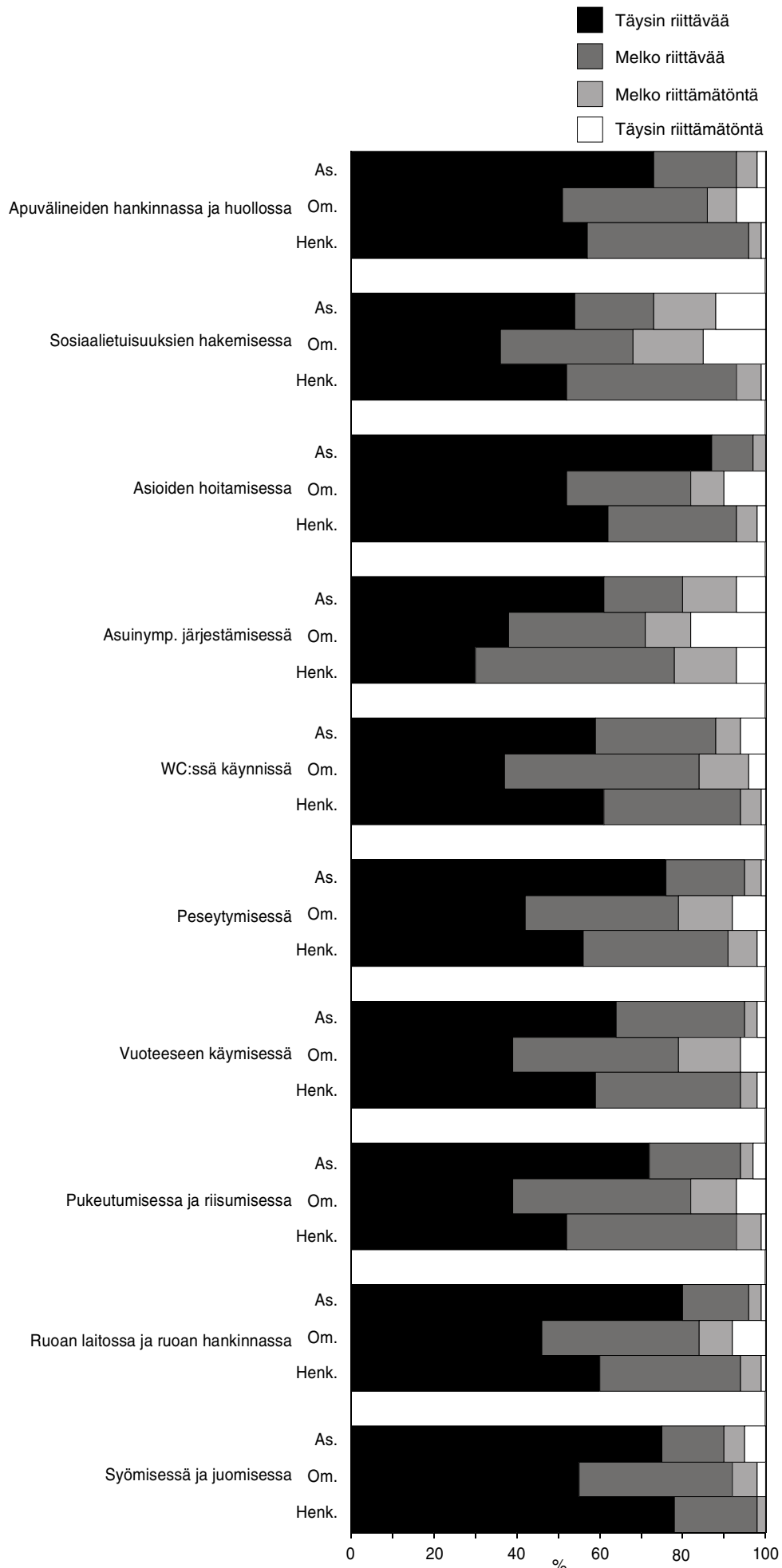
Henkilöstön edustajien arvio asiakkaan saamasta avusta liikkumiseen ja kotitöihin sijoittui asiakkaan ja omaisen arviointien väliin. Henkilöstöstä puolet arvioi asiakkaiden saaman avun raskaiden tavaroiden kantamiseen täysin riittäväksi ja noin viidennes melko riittäväksi. Henkilöstöstä noin yhdeksän kymmenestä arvioi avun raskaisiin ja kevyisiin kotitöihin melko tai täysin riittäväksi. Myös henkilöstön edustajien mukaan eniten puutteita oli avun saannissa liikkumiseen – pidemmän matkan kulkemiseen, ulkona liikkumiseen ja portaissa kulkemiseen.

Asiakkaista noin kolme neljänestä koki saamansa avun kaikkiin päivittäisiin perustoimintoihin vähintään melko riittävänä (kuvio 18). Riittävimmin apua asiakkaat olivat saaneet pankki-, apteekki-, virasto-, kauppa-, ym. asioiden hoitamiseen ja ruoan laittoon ja hankintaan. Suurimpina puutteina he kokivat avun saannin sosiaalietuuksien hakemiseen ja toimivan asuinympäristön järjestämiseen.

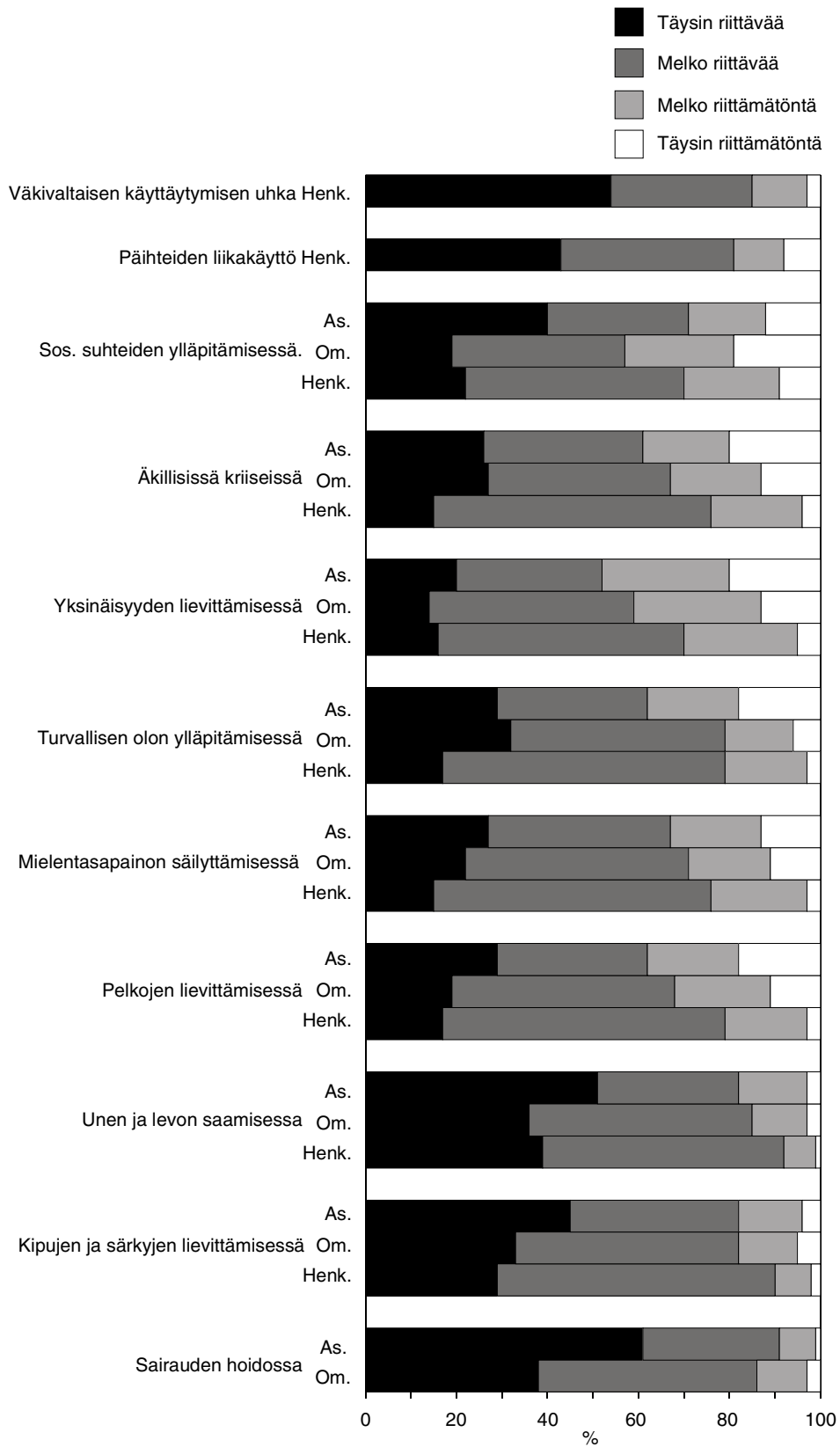
Omaisista puolet arvioi asiakkaan avun saannin asioiden hoitamiseen täysin riittäväksi ja kolmannes melko riittäväksi (kuvio 18). Heistä 84 % arvioi avun saantia ruoan laittoon ja hankintaan täysin tai melko riittäväksi. Omaisista 15 % piti asiakkaan avun saantia sosiaalietuuksien hakemiseen täysin riittämättömänä ja 17 % melko riittämättömänä.



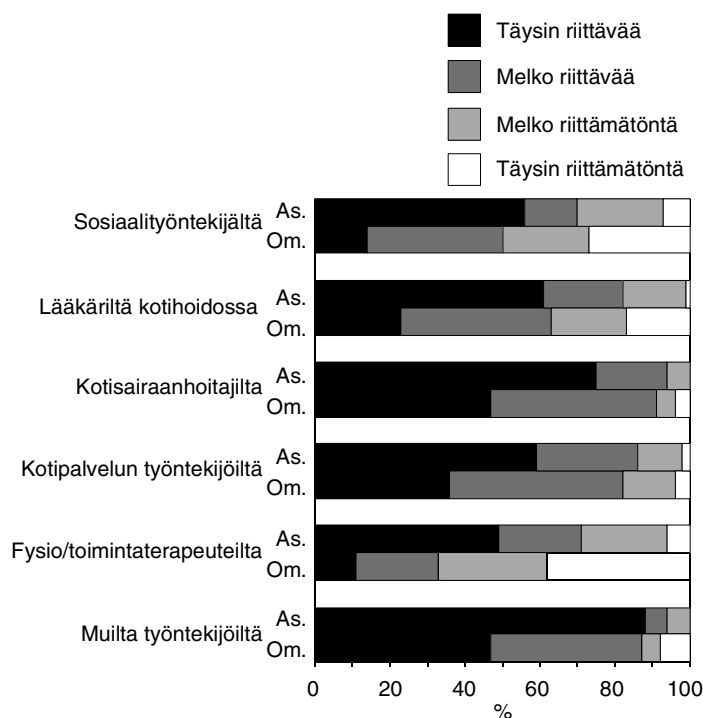
KUVIO 17. Avun saannin riittävyys liikkumiseen ja kotitöihin asiakkaiden (n = 658–720), omaisten (n = 441–464) ja henkilöstön edustajien (n = 349–671) mukaan.



KUVIO 18. Asiakkaan avun saannin riittävyys päivittäisiin perustoimintoihin asiakkaan (n = 698–717), omaisten (n = 443–471) ja henkilöstön edustajien (n = 657–672) mukaan.



KUVIO 19. Asiakkaan avun saannin riittävyys sairauksiin, turvattuuteen ja sosiaalisiin tarpeisiin asiakkaiden (n = 712–720), omaisten (n = 357–464) ja henkilöstön edustajien (n = 638–668) mukaan.



KUVIO 20. Eri työntekijäryhmiltä saadun avun riittävyys asiakkaiden (n = 699–718) ja omaisten (n = 225–461) mukaan.

Henkilöstön edustajien arviointien mukaan yli 90 % asiakkaista sai apua erilaisten asioiden hoitamiseen sekä ruoanlaittoon ja hankintaan täysin tai melko riittävästi ja vain 1 % piti saamaansa apua täysin ja 5 % melko riittämättömänä (kuvio 18). Asiakkaan saamaa apua asuinympäristön järjestämiseen piti omaisista 18 % täysin riittämättömänä ja 11 % melko riittämättömänä. Vastaavasti henkilöstöstä 7 % arvioi täysin ja 15 % melko riittämättömäksi.

Avun riittävyys. Asiakkaiden mukaan he saivat riittävästi apua sairauden hoitoon, kipujen ja särkyjen lievittämiseen ja unen ja levon saamiseen (kuvio 19). Myös omaiset ja henkilöstön edustajat kokivat asiakkaan avun saannin näihin asioihin riittäväksi. Asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön edustajien mukaan avun saanti oli riittämätöntä sosiaalisiin ja turvallisuuden tarpeisiin; yksinäisyyden lievittämiseen, turvallisen olon ylläpitämiseen, pelkojen lievittämiseen sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen.

Asiakkaat arvioivat kotihoidon *työntekijöiltä saamansa avun* riittävämpänä kuin heidän omaisensa arvioivat. Kaikki palveluja käyttävät ja lähes kaikki heidän omaisensa kokivat diabeteshoitajan, edunvalvojan, hierojan, hoivakodin, palvelutalon, päivähoidon ja päiväsairaalan työntekijöiden sekä yksityisen kotipalvelun ja siivoojan (muut työntekijät) antamat palvelut melko tai täysin riittäviksi (kuvio 20). Sekä asiakkaat että omaiset kokivat myös kotisairaanhoidon ja kotihoidon lääkärin antamat palvelut vähintään melko riittävinä. Sekä asiakkaat että omaiset pitivät riittämättömimpinä sosiaalityöntekijöiltä ja fysio- ja toimintaterapeutilta saamaansa apua.

Asiakkaiden arvio *kotona selviytymisestään* oli optimisempi kuin omaisten ja henkilöstön edustajien vastaavat arviot (taulukko 21). Asiakkaista ja henkilöstön edustajista yli puolet ja omaisista neljäsosa arvioi asiakkaan selviytyvän kotona hyvin tai melko hyvin. Huonosti tai melko huonosti kotona selviytyi asiakkaiden mukaan muutama prosentti, omaisten mukaan kolmannes ja henkilöstön mukaan vähän yli kymmenesosa.

TAULUKKO 21. Asiakkaan kotona selviytyminen asiakkaan, omaisen ja henkilöstön edustajien mukaan (%).

Asiakkaan selviytyminen kotona	Hyvin	Melko hyvin	Keskin-kertaisesti	Melko huonosti	Huonosti
Asiakas (n = 721)	27	32	35	5	1
Omainen (n = 475)	3	23	41	21	12
Henkilöstö (n = 666)	12	43	33	7	5

6.5.2 Hoidon ja palveluiden laatu asiakkaiden kokemana

Asiakkaat pitivät saamaansa hoitoa sairaalassa korkeatasoisena. Yli puolet asiakkaista oli täysin tyytyväisiä yhteistyöhön hoitajien, lääkäreiden ja muiden sairaalan työntekijöiden kanssa. Erittäin tyytyväisiä oltiin myöskin sairaalahoidon vaikutuksiin, kotiutumisen valmisteluun sairaalassa sekä hoidon inhimillisyyteen. *Omaiset* olivat hieman kriittisempiä asiakkaan saaman hoidon suhteen sairaalassa (taulukko 22).

Suurin osa *asiakkaista* oli erittäin tyytyväisiä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstön sekä kotihoidon lääkärin toimintaan (taulukko 23). Suurin osa asiakkaista oli erittäin tyytyväisiä myös kotihoidon ja palveluiden inhimillisyyteen, saamaansa hoitoon kotona ja saamiinsa palveluihin kotona. Harvat asiakkaat olivat tyytymättömiä kuntoutuspalveluihin kotihoidossa sekä sosiaalityöntekijään ja tukipalveluiden antajiin.

Omaiset olivat melko tyytyväisiä kotisairaanhoidon ja kotipalveluiden henkilöstöön sekä kotisairaanhoidon lääkäreihin (taulukko 23). Kohtalaisen tyytyväisiä oltiin myös tukipalveluiden antajiin, läheisen hoitoon kotona, palveluiden ja hoidon inhimillisyyteen ja läheisen saamiin palveluihin. *Omaiset* olivat tyytymättömmimpiä kuntoutuspalveluiden antajiin, omaiselle annettuun tukeen ja apuun sekä sosiaalityöntekijöihin.

TAULUKKO 22. Asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyys sairaalahoitoon (%).

	Täysin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Täysin tyytyväinen	Yht (n)
Omaisen kohteluun						
Omainen	2	4	18	34	42	447
Sairaalahoitoon vaikutuksiin						
Asiakas	2	6	7	28	57	718
Omainen	2	7	16	48	27	448
Kotiutumisen valmisteluun sairaalassa						
Asiakas	2	5	15	24	54	710
Omainen	5	11	21	41	22	438
Yhteistyöhön hoitajien kanssa						
Asiakas	1	3	5	20	71	718
Omainen	3	6	22	44	25	440
Yhteistyöhön lääkäreiden kanssa						
Asiakas	2	3	6	19	70	715
Omainen	7	11	34	28	20	421
Yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa						
Asiakas	2	2	31	13	51	690
Omainen	7	9	39	29	15	393
Hoidon inhimillisyyteen						
Asiakas	1	3	7	22	67	717
Omainen	3	7	16	46	29	441

TAULUKKO 23. Asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyys kotihoidon palveluihin.

Tyytyväisyys	Täysin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön % ¹		Täysin tyytyväinen	Käyttää palvelua		Yht. n
			Melko tyytyväinen			n	% ²	
Hoitoon kotona								
Asiakas	<1	1	3	27	69	676	94	719
Omainen	2	9	15	54	20	385	87	443
Palveluihin kotona								
Asiakas	<1	2	3	30	65	672	94	716
Omainen	2	10	15	55	18	395	91	434
Kotipalvelun henkilöstöön								
Asiakas	1	2	5	25	67	522	73	714
Omainen	1	6	12	52	29	355	80	446
Kotisairaanhoidon henkilöstöön								
Asiakas	0	5	1	16	83	608	85	713
Omainen	2	3	11	44	40	401	91	439
Kotihoidon lääkäreihin								
Asiakas	1	3	11	23	62	291	41	710
Omainen	6	5	29	39	21	261	62	423
Kuntoutuspalveluihin								
Asiakas	7	6	15	20	52	85	12	708
Omainen	13	10	28	33	16	176	42	418
Sosiaalityöntekijään								
Asiakas	4	2	16	10	68	50	7	718
Omainen	12	11	31	34	13	225	53	420
Tukipalveluihin								
Asiakas	2	8	4	21	65	353	49	715
Omainen	4	7	17	46	26	234	54	429
Hoidon ja palveluiden inhimillisyyteen								
Asiakas	0	2	5	19	74	703	98	716
Omainen	3	7	17	53	21	378	89	426
Omaisen saamaan tukeen								
Omainen	15	12	27	34	12	319	75	426
Omaan elämään								
Asiakas	3	6	11	33	47	710	99	716
Omainen	2	6	15	51	26			412

¹ palvelua käyttävistä
² kaikista

Asiakkaiden mukaan *hyvä hoito* toteutui; hoito oli inhimillistä (taulukko 24). Noin kahden kolmasosan mielestä työntekijät olivat olleet helposti tavoitettavissa, apu oli järjestynyt viiveettä, tarvittaessa myös ilta- ja tai yöaikaan. Työntekijöiden kiire näkyi sekä asiakkaiden että omaisten vastauksissa. Noin neljäsosa asiakkaista ja omaisista koki, että työntekijät eivät olleet läheskään aina tai koskaan kiireettömiä. Asiakkaista noin viidennes oli sitä mieltä, että työntekijät eivät olleet koskaan tai läheskään aina varanneet riittävästi aikaa käynteihin. Omaisista kolmanneksen mielestä heidän elämäntilannettaan ei koskaan tai läheskään aina huomioitu heidän läheisensä palveluita suunniteltaessa. Asiakkaista 85 % ja omaisista 63 % oli sitä mieltä, että työntekijät olivat olleet aina ystävällisiä. Huomattava osa (84 %) asiakkaista oli sitä mieltä, että kotihoidon työntekijät olivat aina hienotunteisia hoito- ja palvelutoimenpiteiden yhteydessä ja he arvostivat asiakkaita ihmisenä.

Puolet (50 %) asiakkaista ei ollut esittänyt henkilöstölle hoitoonsa tai palveluihinsa liittyviä toiveita tai odotuksia. Niiden osalta, jotka ovat esittäneet toiveita, 37 %:n mukaan kaikki ja 47 %:n mukaan lähes kaikki toiveet ja odotukset olivat toteutuneet. Asiakkaista 12 % oli sitä mieltä, etteivät läheskään kaikki ja 4 %:n mukaan mitkään odotukset ja toiveet olleet täyttyneet.

TAULUKKO 24. Hyvään hoitoon kuuluvien asioiden toteutuminen asiakkaan ja omaisen mukaan.

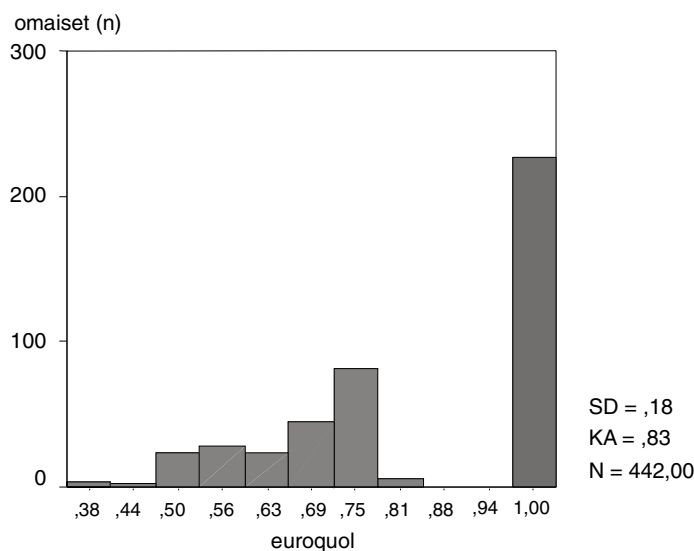
	Aina	Lähes aina	Ei läheskään aina % ¹	Ei koskaan	Tarvitsee palvelua n % ²	Yhteensä n
Avun saatavuus						
*Työntekijät on ollut helppo tavoittaa						
Asiakas	59	30	9	2	329 46	716
Omainen	22	59	16	3	382 87	440
*Apu on järjestynyt tarvittaessa ilta- ja /tai yöaikaan						
Asiakas	68	24	5	3	193 27	714
Omainen	28	41	15	16	210 49	429
*Apu on järjestynyt viiveettä						
Asiakas	61	33	5	<1	320 45	713
Omainen	20	54	18	8	307 73	420
Palveluiden luotettavuus						
Kotipalvelun/kotisairaanhoidon työntekijät ovat asiakkaan mukaan						
* tulleet sovittuna aikana						
	61	32	6	1	675 95	710
* ovat tehneet kotikäynnillä sitä, mistä on sovittu						
	78	19	3	<1	696 98	710
* ovat varanneet riittävästi aikaa käynteihin						
	56	25	15	4	696 98	710
* ovat työskennelleet ammattitaitoisesti						
	78	18	4	<1	684 97	705
Palveluiden asiakslähtöisyys						
Kuinka usein						
* toiveenne palveluista ja hoidoista on asetettu etusijalle						
Asiakas	59	30	7	4	427 60	711
Omainen	19	53	18	10	316 76	416
* olette tullut kuulluksi kun teillä on ollut kysyttävää						
Asiakas	74	21	4	1	626 88	711
Omainen	39	47	8	6	356 82	434
* elämäntilanteenne on otettu huomioon palveluita suunniteltaessa						
Asiakas	63	25	7	4	586 84	698
Omainen	27	39	13	21	307 71	433
Hoidon inhimillisuus						
Kuinka usein koette, että työntekijät ovat						
* arvostaneet teitä ihmisenä						
Asiakas	84	12	3	<1	673 96	701
Omainen	57	37	4	2	357 86	415
* pitäneet teitä saman arvoisina itsensä kanssa						
Asiakas	82	14	3	1	656 94	698
Omainen	53	37	8	2	414 86	413
* olleet ystävällisiä						
Asiakas	85	13	1	<1	709 99	716
Omainen	63	32	4	1	395 91	434
* olleet kiireettömiä						
Asiakas	49	25	21	5	3 >99	706
Omainen	32	39	23	5	380 91	418
* olleet hienotunteisia hoito- ja palvelutoimenpiteiden yhteydessä						
Asiakas	84	14	2	<1	684 97	705
¹ tarvitsevista						
² kaikista						

6.6 Läheisiään hoitavien omaisten hyvinvointi

Omaiset kokivat oman *terveydentilansa* keskimäärin melko hyväksi (keskiarvo 3,7 asteikolla 1–5). Noin puolella heistä oli jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva. Koe- ja vertailukunnat eivät eronneet toisistaan millään osa-alueella mitattaessa terveyteen liittyvää elämänlaatua NHP-mittarin avulla (taulukko 25). Heräämiseen, nukkumiseen ja nukahtamiseen sekä masentuneisuuteen liittyvät vaivat olivat omaisten yleisimpiä ongelmia.

TAULUKKO 25. Omaisten terveyteen liittyvä elämänlaatu (NHP-mittari) kyllä vastausten määrät ja osuudet.

Muuttuja	Omaiset Kyllä	
	n	%
Olen koko ajan väsynyt	90	20
Minulla on kipuja öisin	74	17
Käytän lääkkeitä päästäkseni uneen	63	14
Asiat masentavat minua	112	25
Asennon vaihtaminen on minulle tuskallista	35	8
Hermoni ovat kireällä	80	18
Tunnen itseni yksinäiseksi	49	11
Pystyn kävelemään vain sisätiloissa	30	7
Minulla on sietämättömiä kipuja	14	3
Minun on vaikea kumartua	46	10
Kaikki asiat vaativat ponnistelua	28	6
En pysty lainkaan kävelemään	12	3
Herään aamulla hyvin aikaisin	156	35
Olen unohtanut, millaista on nauttia elämästä	58	13
Minun on vaikea lähestyä ihmisiä	31	7
Minulla on kipuja kävellessäni	87	19
Päivät tuntuvat matelevan	27	6
Minun on vaikea nousta ja laskeutua portaita tai askelmia	64	14
Minun on vaikea kurottua esineitä	39	9
Menetän nykyään herkästi malttini	70	16
Makaan valveilla suurimman osan yötä	32	7
Minusta tuntuu kuin olisin menettämässä hallintani	20	5
Minulla on kipuja seistessäni	48	11
Minusta tuntuu, että en ole kenenkään läheinen	26	6
Minun on vaikea pukea itseäni	13	3
Voimani loppuvat nopeasti	63	14
Minun on vaikea seistä pitkään	75	17
Minulla on jatkuvia kipuja	43	10
Minun on vaikea päästä uneen	95	21
Minusta tuntuu, että olen vaivaksi ihmisille	23	5
Huolet pitävät minua valveilla öisin	88	20
Minusta tuntuu, että elämä ei ole elämisen arvoista	29	7
Nukun huonosti öisin	106	24
Tarvitsen apua kävellessäni ulkona	17	4
Tunnen kipua kulkiessani ylös ja alas portaita tai askelmia	79	18
Herään masentuneena	31	7
Minun on vaikea tulla toimeen ihmisten kanssa	7	2
Tunnen kipua istuessani	37	8



KUVIO 21. Omaisten koettu elämänlaatu mitattuna EQ-5 elämänlaatumittarilla (asteikko: 0 = huono/kuollut - 1= hyvä).

Omaisten toimintakyky mitattuna ELSA-mittarilla oli 46 %:lla hyvä, 34 %:lla kohtalainen ja 20 %:lla huono. Omaisilla sairauksien tai vaivojen olemassaolo oli yhteydessä ikään; 26–45 -vuotiaista 30 %:lla, 46–65 -vuotiaista 48 %:lla ja 66–94 -vuotiaista vastanneista 72 %:lla oli jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva. Omaisista suurin osa (56 %) käytti reseptilääkkeitä. Sairaudet eivät kuitenkaan suuresti haitanneet elämää (keskiarvo 3,2 asteikolla 1–5). Alle kymmenesosa (8 %) omaisista käytti jotakin apuvälinettä. Omaiset arvioivat elämänlaatunsa melko hyväksi EQ-5-mittarilla mitattuna (ka = 0,83, asteikko: 0 = huono/kuollut –1= hyvä) (kuvio 21). Eniten omaa elämäänsä vaikeuttaviksi tekijöiksi omaiset mainitsivat unen ja levon saamisen (37 % vastanneista), erilaiset kivut ja säryt (37 % vastanneista) ja oman sairautensa hoidon (25 % vastanneista).

Omaiset kokivat saamansa avun avio/avopuolisoltaan (ka, keskiarvo 3,3 asteikolla 1 = täysin riittämättömästi –4 = täysin riittävästi) lapsiltaan (ka 3,2), tuttavilta (ka 2,8), kotipalvelun (ka 2,7) ja kotisairaanhoidon (ka 2,9) työntekijöiltä melko riittäväksi. Sen sijaan lääkäreiltä (ka 2,3), laitoshoidon työntekijöiltä (ka 2,4), sosiaalityöntekijöiltä (ka 2,1) ja seurakunnan työntekijöiltä (ka 1,8) saatu apu oli melko riittämätöntä. Omaisia oli tuettu eniten kuuntelemalla ja keskustelemalla ja järjestämällä tarvittaessa lisäapua (taulukko 26). Koulutusta ja työnohjausta oli tarjottu vain kahdelle ja läheisryhmiin oli osallistunut kolme kyselyyn vastannutta.

TAULUKKO 26. Omaisille järjestetty tuki koe- ja vertailukunnissa (kyllä-vastaukset).

Kuinka omaisen jaksamista on tuettu	Koe-kunnat		Vertailukunnat		Kaikki	
	n = 223	%	n = 202	%	n = 425	%
Keskustelemalla ja kuuntelemalla	60	27	58	29	118	28
Järjestämällä tarvittaessa lisäapua	61	28	51	25	112	27
Tarjoamalla koulutusta ja työnohjausta	1	0,5	1	0,5	2	0,5
Järjestämällä läheisryhmiä	1	0,5	2	1	3	0,7
Järjestämällä tarvittaessa läheiselle lyhytaikainen laitoshoitopaikka	24	11	17	8	41	10
Järjestämällä läheiselle tarvittaessa päivähoitoa	5	2	10	5	15	4
Järjestämällä vapaahetkiä ja -päiviä	5	2	7	4	12	3
Muulla tavoin	7	3	6	3	13	3
Ei mitenkään	74	33	58	29	132	31

Omaiset kokivat melko harvoin hoitamisen taakkana (ka 1,8 asteikolla 1–5; 1 = hyvin harvoin, 5 = hyvin usein) ja useimmat kokivat selviytyvänsä hyvin hoitajina, vaikka vain vähän yli kolmannes oli saanut hyvin tukea hoitamiseen ja hoitaminen koettiin vaativana. Hoitaminen oli ainakin jonkin verran vaikeuttanut suhteita ystäviin sekä heikentänyt henkistä hyvinvointia noin 40 %:lla ja fyysistä terveyttä 70 %:lla hoitavista omaisista. Hoitajuuden aiheuttamia taloudellisia rasituksia ja vaikutuksia perhe-elämään koettiin vähemmän. Puolet omaisista koki ainakin joskus, että oli jäänyt loukkuun hoitajan rooliin, mutta suurin osa koki kuitenkin hoitamisen vaivan arvoisena, vaikka vain puolet koki, että heitä arvostetaan hoitajana.

6.7 Koe- ja vertailukuntien erot tarkasteltuna summamuuttujatasolla

Koe- ja vertailuryhmien välisiä eroja tarkasteltiin yksittäisten ja summamuuttujien tasolla. Seuraavassa esitetään vain ne summamuuttujat, joissa havaittiin eroja ryhmien välillä.

Kaikkien tutkittujen taustamuuttujien osalta tulokset on esitetty luvussa 6.1 ja asiakkaiden toimintakykyä koskevat tulokset luvussa 6.2. Potilaiden ja omaisten taustamuuttujissa ei ollut eroja. Henkilöstön edustajissa havaittiin joitakin merkitseviä eroja koe- ja vertailuryhmän välillä. Kyseeseen vastanneista oli kodinhoitajia ja terveydenhoitajia enemmän ja perushoitajia vähemmän koekunnissa kuin vertailukunnissa.

Asiakkaiden terveyteen liittyvässä elämänlaadussa NHP:llä mitattuna havaittiin kolmessa muuttujassa merkitseviä eroja (ks. kohta 6.2). Koekunnissa oli hieman enemmän asiakkaita, jotka eivät pystyneet kävelemään lainkaan (14 % vs. 8 %), kun taas vertailukunnissa oli enemmän asiakkaita, joiden oli vaikea lähestyä ihmisiä (19 % vs. 12 %) ja joita huolet valvottivat öisin (20 % vs. 15 %).

Asiakkaat koekunnissa olivat tyytyväisempiä sairaalahoitoon ja kotiutumisen valmisteluun, sairauden ja kipujen hoitoon sekä avun saantiin psykososiaalisiin ongelmiin kuin vertailukunnissa (taulukko 27). Vertailukuntien *asiakkaat* taas olivat tyytyväisempiä kotitöihin saamaansa apuun kuin koekuntien asiakkaat. *Omaisten* arvioissa koe- ja vertailukuntien välillä ei ollut eroja summamuuttujatasolla. *Henkilöstön edustajien* mukaan asiakkaat vertailukunnissa saivat apua perustoimintoihinsa riittävämmiin kuin koekunnissa.

TAULUKKO 27. Koe- ja vertailukuntien erot tarkasteltuna summamuuttujatasolla (palveluja koskevat muuttujat).

Muuttuja	Eron suunta	p
Asiakkaat		
Tyytyväisyys sairaalahoitoon ja kotiutumisen valmisteluun sairaalassa	Asiakkaat olivat koekunnissa tyytyväisempiä	0,000
Tyytyväisyys avun saantiin kotitöihin	Asiakkaat olivat vertailukunnissa tyytyväisempiä	0,000
Tyytyväisyys avun saantiin sairauden ja kipujen hoitoon	Asiakkaat olivat koekunnissa tyytyväisempiä	0,013
Tyytyväisyys avun saantiin psykososiaalisiin ongelmiin	Asiakkaat olivat koekunnissa tyytyväisempiä	0,001
Henkilöstön arvio asiakkaasta		
Avun saanti muihin perustoimintoihin	Henkilöstön mukaan asiakkaat vertailukunnissa saivat apua perustoimintoihinsa riittävämmiin kuin koekunnissa	0,043

Edellä kuvatuissa summamuuttujissa koe- ja vertailuryhmän välillä havaittujen erojen suunta ei ollut kuitenkaan ollut samansuuntainen. Tutkimuksessa analysoitiin satoja yksittäisiä muuttujia, joista vain muutamassa havaittiin merkitseviä eroja koe- ja vertailuryhmissä. Lisäksi yksittäisessä tarkasteltavan ilmiön osaa kuvaavissa muuttujissa havaittujen erojen suunta koe- ja vertailukuntien välillä vaihteli, mikä selittää sen, että suurin osa niistä ei tule esiin summamuuttujissa, joiden avulla kuvataan tutkittavia ilmiötä kokonaisuudessaan. Tästä syystä satunnaistamista koe- ja vertailuryhmiin voidaan pitää onnistuneena.

7 Yhteenveto ja pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelua

Asiakkaiden avun tarve kasvaa iän ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä. Kotihoidon asiakkaita puolet oli 81–99 -vuotiaita kun normaaliväestössä samanikäisiä oli kolmasosa. Naisten osuus avun tarvitsijoissa oli suurempi kuin samanikäisessä väestössä yleensä (83 % vs. 72 %), koska hyvin iäkkäiden naisten osuus myös normaaliväestössä on suurempi kuin miesten. (Tilastokeskus 31.12.2002. http://www.stat.fi/tk/he/vaesto_vaki1-vuotis.xls.)

Omaiset arvioivat asiakkaiden toimintakyvyn heikommaksi kuin henkilöstön edustajat ja asiakkaat. Omaisten arvioissa tulee kuitenkin huomioida, että omaisten arvioinnin kohteena ollut asiakasryhmä oli pienempi kuin haastateltujen asiakkaiden ryhmä. Tehtyjen analyysien perusteella asiakkaiden itsearvioidussa toimintakyvyssä ei näyttäisi olevan eroa lomakkeen omaiselle antaneen ryhmän ja lomakkeen antamisen kieltäneen ryhmän välillä. Varmasti ei vielä tiedetä, kohdistuivatko omaisten arvioinnit toimintakyvyltään huonokuntoisempiin asiakkaisiin; omaiset ovat voineet jättää vastaamatta hyväkuntoisen asiakkaan toimintakykyä ja hoitoa koskeviin arvioihin varsinkin, jos he kokivat osallistumisensa läheisensä hoitoon ja tietonsa asioista vähäiseksi. Suurin osa asiakkaista koki sairauksien haittaavan elämäänsä hyvin paljon tai melko paljon ja asiakkaiden toimintakyky oli sekä asiakkaiden itsensä että henkilöstön edustajien arvioimana huono yli puolella asiakkaista. Asiakkaat eivät kuitenkaan arvioineet elämänlaatuaan yhtä huonoksi; asiakkaiden arviot elämänlaadusta jakautuivat melko tasaisesti asteikon ääripäiden välille. Elämänlaatu-arviointeihin voi vaikuttaa asiakkaan kokemus tuen saamisesta sekä hoidon ja palvelujen riittävyydestä.

Yhä useammat kotihoidon asiakkaat tarvitsevat myös runsaasti erilaista apua ja henkilöstön aikaa. Tämän tutkimuksen mukaan kaksi viidesosaa asiakkaista tarvitsi apua päivittäin, keskimäärin kaksi tuntia kerrallaan. Henkilöstön edustajat ja omaiset arvioivat suuremman osan asiakkaista tarvitsevan apua liikkumiseen ja muihin päivittäisiin perustoimintoihin kuin asiakkaat itse. Yksityisen kotipalvelun käyttö oli vähäistä ja yksityinen kotipalvelutyöntekijä kävi asiakkaansa luona kolme kertaa viikossa kun kunnallinen kotipalvelun työntekijä kävi omien asiakkaidensa luona yli seitsemän kertaa viikossa. Yksityisten kotihoitopalveluiden käyttö oli positiivisessa yhteydessä asiakkaan heikkoon terveydentilaan. Yksityisten kotipalvelutyöntekijöiden vähäisempiin käyntikertoihin asiakkaan luona on haettava syitä joko palvelun maksullisuudesta tai työntekijöiden kiireestä ja yksityisten kotipalveluiden tarjonnasta kunnissa. On myös mahdollista, että asiakkaat eivät saaneet riittävästi julkisia palveluja ja siksi he käyttivät lisäksi yksityisiä palveluja. Mielienkiintoista olisi jatkossa tutkia, miten palvelusetelin käyttö muuttaisi yksityisen ja julkisen palvelutarjontaa ja kysyntää.

Tutkimusta edeltäneen viikon aikana kymmenesosa asiakkaista oli saanut lääkärin apua kotiin. Noin kolmannes kotihoidon asiakkaista oli käyttänyt edellisen viikon aikana ainakin yhtä tukipalvelumuotoa. Yleisimmin käytettiin ateriapalvelua, mutta viikoittain käytettiin myös siivous, kuljetus- ja saunapalveluja. Turvapuhelinta lukuun ottamatta turvapalveluja käytettiin hyvin vähän. Samoin kuntoutus- ja virkistyspalveluiden käyttö oli hyvin vähäistä. Tähän saattaa olla syynä palveluiden tarjonnan tai asiakkaan taloudellisten resurssien rajallisuus. Asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja arvioivat saamansa avun kohtalaisen riittäväksi. Omaisten mukaan asiakkaiden palveluiden tarve oli suurempi kuin asiakkaat itse arvioivat palvelujen tar-

peensa olevan. Omaiset suhtautuivat myös palveluiden riittävyyteen ja laatuun kriittisimmin.

Tässä tutkimuksessa suurin osa asiakkaista sai apua lapsiltaan ja vajaa viidesosa puolisoiltaan. Asiakkaan auttamiseen osallistuneiden lasten suhteellinen osuus oli suurempi kuin auttaneiden puolisoiden suhteellinen osuus; puolisoista auttoi asiakasta kolme neljäsosaa ja lapsista hieman useampi. Aiemman suomalaisen tutkimuksen mukaan auttajista suurin osa oli puolisoita (Vaarama ym. 2000). Tässä aineistossa haastatelluista kolme neljäsosaa oli naisia ja Gothónin (1991) mukaan iäkkäitä naisia hoitivat useimmiten omat lapset. Myös Pyysiäinen (2003) havaitsi iäkkään vanhemman hoitamisen sukupuolisidonnaisuuden. Puolisot käyttivät läheisensä hoitamiseen enemmän aikaa kuin lapset. Omaiset auttoivat läheisiään eniten hoitamalla erilaisia käytännön asioita sekä tukemalla henkisesti. Yli puolet omaisista auttoi läheistään vähintään viikoittain päivittäisessä selviytymisessä. Asiakkaat pitivät omaisilta saamaansa apua erittäin tärkeänä.

Ainoastaan noin viidennes asiakkaista oli joutunut odottelemaan kotoa sairaalaan lähtöä ja se oli suurimmalla osalla sujunut suhteellisen hyvin. Lähes kaikki asiakkaat olivat saaneet tiedon kotiutumisestaan tarpeeksi ajoissa sekä kokeneet kuntonsa riittävän hyväksi kotiutumiseen ja tunteet kotiutuneensa turvallisesti. Vain pieni osa asiakkaista koki osallistuneensa kotiutumisestaan päättämiseen sairaalassa ja yli puolet asiakkaista sai tiedon kotiin pääsystä vasta päätöksen jälkeen. Puutteita ilmeni myös kotiutumisen suunnittelussa; asiakkaan, omaisen, sairaalan ja kotihoiton henkilöstön välinen yhteissuunnittelu oli toteutunut ainoastaan kolmasosassa kotiutumisista. Kirjallisen palvelu- ja hoitosuunnitelman tekemiseen oli osallistunut viidesosa omaisista. Yli puolet (60 %) asiakkaista oli osallistunut jollakin tavoin kotiutumisen ja kotihoitonsa suunnitteluun, vaikka 87 % piti sitä tärkeänä. Asiakkaista 82 % piti omaa ja 56 % omaisensa läsnäoloa tärkeänä kotiutumisesta päätettäessä. Alle neljäsosa kotihoidon henkilöstöstä piti säännöllistä yhteyttä asiakasta hoitaviin omaisiin ja oli ottanut yhteyttä omaisiin ennen näiden läheisen kotiutumista. Kotihoidon henkilöstön ja omaisten heikohkoa kommunikaatiota heijastaa sekin, että kolmannekselle omaisista kotihoidon henkilöstö oli tärkein asiakkaan hoitoa ja palveluita koskevan tiedon lähde. Pyysiäisen (2003) mukaan iäkkään vanhemman autonomian kunnioittaminen säätelee kotihoidon ja heitä hoitavien omaisten välistä vuorovaikutusta. Kotihoidossa tämä tarkoittaa hoitavan omaisen ja kotihoidon työntekijöiden vähäisiä yhteyksiä muissa kuin selkeästi vanhemman toiveita noudattavissa kysymyksissä. Asiakkailta ja omaisilta puuttui tietoa eniten tuen saamisesta henkiseen jaksamiseen, virkistytymismahdollisuuksista, sosiaaliavustuksista ja tukimuodoista sekä mahdollisuuksista käyttää yksityisiä palveluita.

Noin puolella asiakkaita hoitavista *omaisista* oli jokin pitkäaikainen sairaus tai vaiva. Sairauksien ja vaivojen määrä oli suorassa yhteydessä hoitavan omaisen ikään; iäkkäämmillä omaisilla oli niitä enemmän. Yleisimmät omaisten ilmaisemat vaivat liittyivät heräämiseen, nukkumiseen ja nukahtamiseen. Lisäksi heillä oli myös masentuneisuutta. Omaiset kokivat hoitamisen haastavana ja vaativana, kuluttavana ja raskaana työnä (vrt. Grant ym. 1998, Pinguart ym. 2003, Shaw 2003). Hoitavalle omaiselle läheisen hoitaminen voi aiheuttaa taloudellisia rasitteita, mutta vähentää samalla iäkkäiden hoitamisesta yhteiskunnalle koituvia kuluja (Salokangas ym. 1991, Andersson ym. 2002). Hoivatyö on perinteisesti ollut kiintymykseen perustuvaa hoitotyötä, josta ei ole odotettu palkkaa, vaan joskus epäsuorasti korvausta hyvänä omanatuntona tai satunnaisena kiitoksena (Haavio-Mannilan 1984). Tässä tutkimuksessa vain harvat omaiset olivat auttaneet läheistään taloudellisesti; omaisten avun yhteiskunnalle koituvia hyötyjä tarkastellaan myöhemmin yksityiskohtaisesti.

Tässä tutkimuksessa omaiset kokivat elämänlaatunsa kohtalaisen hyväksi, he kokivat hoitamisen taakkana melko harvoin ja he selvisivät hoitovastuustaan melko hyvin. Vaikka puolet omaisista koki ainakin joskus, että oli jäänyt loukkuun hoitajan rooliin, hoitaminen nähtiin kuitenkin vaivan arvoisena. Aikaisempien tutkimusten mukaan omaista hoitamisessa motivoi hyvántahtoisuus, vastuuntuntoisuus, velvollisuudentunto ja vaihtoehtojen puute (Gothóni 1991, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 1993, European Observatory on Family Matters at the Austrian Institute for Family Studies 2000). Usein näistä syistä omaiset ovat myös arkoja ilmaisemaan läheisen hoitamisen aiheuttamia tuntojaan.

7.2 Yhteenvedo tutkimustuloksista vastaajaryhmittäin

Seuraavassa esitetään yhteenvedo tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista vastaajaryhmittäin.

Asiakkaat:

- *Toimintakyky, terveydentila ja elämänlaatu:* Puolet asiakkaista arvioi terveydentilansa keskinkertaiseksi, noin kolmannes hyväksi ja noin viidennes huonoksi. Vaikka kotihoidon palveluita saavilla asiakkailla oli runsaasti monenlaisia toimintakykyä haittaavia vaivoja, asiakkaat arvioivat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa kohtalaiseksi. Yleisimpiä toimintakykyyn liittyviä ongelmia olivat erilaiset liikkumiseen liittyvät vaikeudet.
- *Avun tarve:* Kaksi kolmasosaa asiakkaista tarvitsi apua päivittäin. Asiakkaat tarvitsivat eniten apua raskaisiin kotitöihin, ruoan laittoon ja hankintaan, sosiaalisten suhteiden ylläpitämiseen sekä sairauden hoitoon ja särkyjen ja kipujen lievittämiseen.
- *Avun saaminen:* Asiakkaat kokivat saavansa apua riittävimmin raskaiden tavaroiden kantamiseen ja riittämättömimmän liikkumiseen erityisesti ulkona.
- *Reseptilääkkeiden käyttö:* Lähes kaikki kotihoidon asiakkaat käyttivät reseptilääkkeitä. Keskimäärin niitä oli yhdellä asiakkaalla kahdeksan.
- *Palveluiden käyttö:* Kunnallista kotipalvelua saavat asiakkaat saivat kotipalvelua keskimäärin kerran päivässä ja kotisairaanhoidoa lähes kaksi kertaa viikossa. Yksityisiä palveluita käytti murto-osa. Yksityisen kotipalvelutyöntekijän kotikäynti asiakkaan luona oli vähän yli puolet lyhyempi kuin kunnallisen kotipalvelun työntekijän käyntiaika. Turvapalveluista käytettiin eniten turvapuhelinta. Turvaranneketta käyttivät vain harvat asiakkaat. Asiakkaat käyttivät tukipalveluista eniten ateriapalvelua ja sitä käytettiin keskimäärin viitenä päivänä viikossa.
- *Omaisen antama apu:* Neljä viidesosaa kotihoidon asiakkaista piti omaisen antamaa apua kotona erittäin tärkeänä. Useimmat asiakkaat saivat apua lapsiltaan. Muita auttajia olivat puoliso, naapurit, ystävät ja muut sukulaiset.
- *Hoidon jatkuvuus:* Asiakkaat olivat päässeet lähtemään kotoaan sairaalaan kohtalaisen viiveettä, mutta lähes puolella jäi kotiin jokin tarvittavista lääkkeistä, apuvälineistä tai asiakirjoista. Runsaasti ongelmia hoidon jatkuvuudessa ja tiedon kulussa oli myös asiakkaiden kotiutuessa.
- *Tiedon saanti:* Tärkein kotihoitoa ja palveluita koskeva tiedon lähde asiakkaille oli omainen ja seuraavaksi tärkein oli kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijä. Riittävimmin asiakas sai tietoa avusta äkillisissä tilanteissa. Tietoa olisi tarvittu lisää erityisesti mahdollisuuksista saada apua henkiseen jaksamiseen, palvelumaksujen muodostumisesta ja sosiaaliavustuksista ja tukimuodoista sekä mahdollisuuksista käyttää yksityisiä palveluja.
- *Itsemäärääminen:* Kaksi kolmasosaa asiakkaista piti erittäin tärkeänä omaa läsnäoloaan ja viidennes omaisensa läsnäoloa päätettäessä kotiutumisesta ja kotihoidosta. Kuitenkin yli puolet asiakkaista ilmoitti, että ei ollut päättämässä kotiutumisestaan ja kolmasosa ei ollut päättämässä kotiin saatavista hoidoista ja palveluista.
- *Tyytyväisyys saatuun hoitoon ja palveluihin:* Asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja arvioivat saamansa avun kohtalaisen riittäväksi.

Omaiset:

- *Arvio asiakkaiden terveydentilasta ja elämänlaadusta:* Omaisten arvion mukaan 13 %:lla asiakkaista terveydentila oli melko hyvä tai hyvä.
- *Asiakkaan avun tarve:* Omaiset arvioivat asiakkaan psykososiaalisen tuen tarpeen suuremmaksi kuin asiakas. Omaisten ja asiakkaiden tulosten vertailussa on kuitenkin huomioitava, että vastanneita omaisia oli vähemmän kuin asiakkaita. Erityisesti hyväkuntoiset asiakkaat eivät välttämättä nähneet tarpeellisenä antaa lomaketta omaiselleen.
- *Omaisten antama apu:* Suurin osa läheistään auttavista omaisista oli asiakkaiden lapsia. Viidennes eniten auttavista omaisista asui samassa taloudessa asiakkaan kanssa. Useimpien omaisten apu kohdistui läheisen turvattomuuden, pelkojen ja yksinäisyyden lievittämiseen.

- *Hoidon jatkuvuus:* Noin puolet omaisista oli osallistunut läheisensä kotiutumisen ja kotihoiton suunnitteluun sairaalassa.
- *Tiedon saanti:* Omaiset saivat läheisensä kotihoitoa ja palveluita koskevan tiedon useimmin asiakkaalta ja seuraavaksi useimmin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiltä. Omaiset kokivat saaneensa riittävimmin tietoa työntekijöiden käyntiajoista asiakkaan luona, läheisen sairauden hoidosta ja avun saannista äkillisissä tilanteissa. Puutteellisimmaksi arvioitiin tieto mahdollisuuksista käyttää yksityisiä palveluita ja läheiselle saatavilla olevasta ajanviete- ja harrastustoiminnasta.
- *Asiakasta koskevaan päätöksentekoon osallistuminen:* Kaksi kolmasosaa omaisista piti erittäin tärkeänä osallistumistaan asiakkaan kotiutumista ja kotihoitoa koskevaan päätöksentekoon .
- *Omaisten jaksaminen:* Omaiset kokivat hoitamisen taakkana melko harvoin ja kokivat selviävänsä siitä melko hyvin, vaikka hoito koettiin vaativana. Puolet omaisista koki ainakin joskus, että oli jäänyt loukkuun hoitajan rooliin, mutta hoitaminen nähtiin kuitenkin vaivan arvoisena.

Henkilöstön edustajat:

- *Asiakkaiden terveydentila ja elämänlaatu:* Henkilöstön edustajat arvioivat asiakkaiden terveydentilaa, toimintakykyä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua lähes samoin kuin nämä itse. Kotihoidon asiakkaista murto-osa oli vuodepotilaita.
- *Asiakkaiden avun tarve:* Kotihoidon palveluja saivat asiakkaat, jotka tarvitsivat apua usein. Kaksi viidesosaa asiakkaista tarvitsi apua päivittäin, keskimäärin kaksi tuntia kerrallaan. Henkilöstö arvioi asiakkaiden tarvitsevan psykososiaalista tukea vielä enemmän kuin omaiset.
- *Asiakkaiden palveluiden käyttö:* Henkilöstön edustajien mukaan kotihoidon asiakkaiden virkistys-, intervallihoido- ja kuntoutuspalveluiden käyttö oli vähäistä.
- *Palveluiden saumattomuus ja tiedon kulku:* Neljännes kotihoidon työntekijöistä oli yhteydessä asiakkaan omaisiin.

7.3 Tutkimuksen luotettavuudesta

Tässä raportoidun tutkimuksen aineisto kerättiin osana *Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito* (PALKO) -tutkimuksen koe-vertailuasetelmaa, jolla tutkitaan kehitetyn PALKO-kotiutuminen ja kotihoitomallin vaikuttavuutta. Tässä raportissa esitellään lähtötilanteen arvioinnissa kerättyihin aineistoihin (asiakkaiden haastattelu sekä omais- ja henkilöstön kyselyt) perustuvia alustavia tuloksia. Yksityiskohtaisempien johtopäätösten tekeminen edellyttää syvällisempää aineistojen analysointia. Lisätietoa tuottaa myös tutkimuskuntien kotihoidon työntekijöille suunnattu kysely, joka raportoidaan erikseen.

Tulosten tulokinnassa tulee ottaa huomioon tutkimusasetelman asettamat rajoitukset. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena oli palvelujärjestelmän toimivuus ja saumattomuus asiakkaiden kotiutumisessa ja kotihoidossa. Tutkimuksessa oli edustettuna 22 kuntaa eri puolilta Suomea, joissa palvelut oli organisoitu eri tavoin. Näissä kunnissa kotihoidon asiakkaita oli vuonna 2000 noin lähes 109 000, mikä on 14 % kaikista kotihoidon asiakkaista (Sotka tilastotietokanta 2000). Tutkimus antaa varsin yleistettävän kuvan palvelujärjestelmän toimivuudesta. Tutkimukseen ei otettu syöpä-, dementia- ja psykiatrisella diagnoosilla olleita kotihoidon asiakkaita. Tästä syystä asiakkaat eivät kokonaisuutena edusta kaikkia Suomen kotihoidon asiakkaita.

Tuloksissa on verrattu asiakkaiden ja omaisten tuloksia. Johtopäätöksiä tuloksista tulee tehdä varovaisesti, sillä aineistoja ei ole tässä vaiheessa muokattu niin, että voitaisiin tehdä luotettavia vastaajien välisiä vertailuja. Vastaajakohtaiset aineistot olivat erisuuruisia, vaikka tavoitteena oli saada kutakin asiakashaastattelua vastaavat omaisen ja henkilöstön edustajan arvioinnit. Kultaakin asiakkaalta pyydettiin lupa kyselylomakkeen antamiseen/lähtämiseen omaiselle ja henkilös-

tön edustajalle (omahoitajalle tai vastaavalle). Kaikki asiakkaat eivät halunneet antaa lomaketta omaiselle ja osa heistä kielsi lomakkeen antamisen myös henkilöstön edustajalle. Toisaalta kaikilla asiakkailla ei ollut omaista tai tämä ja henkilöstön edustaja eivät halunneet vastata kyselyyn. Vastaajien välinen vertailu on mahdollista kun muodostetaan aineisto, jossa on asiakkaan arviointeja vastaavat omaisten ja henkilöstön arvioinnit. Mielenkiintoista on tarkastella myös asiakkaita, jotka jättivät antamatta lomakkeen omaiselleen ja keiden omaiset lopulta vastasivat kyselyyn; pitääkö aiemmin tekstissä tehty luonnolliseksi ajateltu oletus paikkansa, että hyväkuntoisten asiakkaiden omaiset eivät välttämättä halunneet vastata kyselyyn vaan luottivat asiakkaan arvioon. Alustavien analyysien perusteella asiakkaiden itse arvioitu terveydentila ei eronnut lomakkeen asiakkaalle antaneiden ja tämän antamisen kieltäneiden ryhmässä. Ilmeisesti kaikkia asiakkaiden ja omaisten arviointien eroja ei voida selittää asiakkaan toimintakyvyllä.

Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös tiedonkeruun luotettavuus. Kaikki tutkimusyhdyshenkilöt saivat koulutuksen tiedonkeruuseen ja heillä oli käytössään yksityiskohdainen ohjeisto tiedonkeruun etenemisessä eri vaiheissa. Epäselvissä tilanteissa tutkijat olivat käytettävissä puhelimitse. Asiakkaiden haastattelulomake oli pitkä ja se sisälsi vaikeasti vastattavia kysymyksiä. Tämä on saattanut heikentää tutkimuksen vastausten luotettavuutta ja haastattelujen keskeytyksiä, kun haastateltavat ovat väsyneet ja halunneet lopettaa haastattelun.

Tutkimus käsiteltiin Stakesin eettisessä toimikunnassa ja tiedonkeruuseen tarvittavat luvat saatiin sosiaali- ja terveysministeriöltä. Hanke käsiteltiin myös Stakesin suurten hankkeiden arviointiryhmässä (SUTKE).

7.4 Koe-vertailuasetelman onnistuminen

Raportin eräs keskeinen tavoite oli arvioida *Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito* (PALKO) -tutkimusasetelman onnistumista. Tämä tehtiin vertaamalla tuloksia koe- ja vertailuryhmän välillä. Taustamuuttujien osalta asiakas-, omais- ja henkilöstöaineistoissa ei juuri ollut tilastollisesti merkitseviä eroja koe- ja vertailukuntien välillä. Muutamassa avun ja palvelujen tarvetta koskevissa summamuuttujassa oli merkitseviä eroja, mutta näiden suunnat eivät olleet samansuuntaisia. Lisäksi ryhmien välillä oli eroja joissakin yksittäisissä muuttujissa, joita ei enää havaittu summamuuttujatasolla. Toisaalta tutkittaessa satoja muuttujia on oletettavaa, että homogeenisissä aineistoissa löytyy eroja yksittäisissä muuttujissa. Edellisen perusteella voidaan todeta, että koe- ja vertailukuntaparien valinta ja satunnaistaminen onnistui hyvin.

LÄHTEET

- Ala-Nikkola, M. & Valokivi, H. (1997) Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakes. Raportteja 215. Jyväskylä.
- American Nurses Association. (1988) Case Management. MO:ANA, Kansas City.
- Andersson, A., Levin, L.A, Emtinger, B.G. (2002) The economic burden of informal care. *International Journal of Technological Assessment of Health Care*. 18:46-54.
- Appelbaum, R. & Austin, C. (1990) Long term case management: Design and Evaluation. New York. Springer Publishing.
- Applebaum, R. & White, M. (toim.) (2000) Case management around the globe. American society on Ageing San Francisco. California.
- Atwal, A. (2002) Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 39:450-58.
- Björkman, T. (2000a) What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 35:45-50.
- Björkman, T. (2000b) Case management for individuals with severe mental illness. A process outcome study of ten pilot services in Sweden. Department of Clinical Neuroscience. Division of Psychiatry. Lund University. Lund.
- Cameron, S., McKenzie, F., Warnock, L., Farquhar, D. (2000) Impact of nurse led multidisciplinary team on an acute medical admissions unit. *Health bulletin* 58:512-414.
- Challis, D., Kent, R. U., Brown, P., Chesterman, J. U., Huges, J. (2002) Care management, dementia care and specialist mental health services: An evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17:315-325.
- Chu, P., Edwards, J., Levin, R., Thomson, J. (2000) The use of clinical case management for early stage alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 284-290.
- Clark, I.D., Opit, L.J. (1994). The prevalence of stroke in those at home and the need for care. *Journal of public health medicine*. 16:93-96.
- Degenholtz, H., Kane, R. A., Kivnick, H. Q. (1997) Care-Related Preferences and Values of Elderly Community-Based LTC Consumers: Can case managers learn what's important to clients? *The Gerontologist*. 37:767-776.
- Dennis, M., O'Rourke, S., Slattery, J., Staniforth, T., Warlow, C. (1997) Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomised controlled trial. *British Medical Journal* 314:1071-1075.
- Egan, E., Clavarino, A., Burridge, L., Teuwen, M., White, E. (2002) A randomized control trial of nursing-based case management for patients with chronic obstructive pulmonary disease, 7:170-179.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Family care of dependent older people in the European Community. (1993) Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
- European Observatory on Family Matters at the Austrian Institute for Family Studies. Family issues between gender and generations. (2000) Seminar report. European Commission. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg 2000.
- Fox, P., Newcomer, R., Yordi, C., Ansberger, P. (2000) Lessons learned from the Medicare Alzheimer Disease Demonstration. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 14:87-93.
- Gothóni, R. (1990) Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki – tutkimus kalliolaisten ja kiteelaisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosasto. Helsinki.
- Gothóni, R. (1991) Omaiset - loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön koulutusosaston julkaisuja 1991;4. STM, Helsinki.
- Grant, G., Ramcharan, P., McGrath, M., Nolan, M., Keady, J. (1998) Rewards and gratifications among family caregivers: toward a refined model of caring and coping. *Journal of Intellectual Disability Research*. 42:58-71.
- Grimmer, K.A., Moss, J.R., Gill, T.K (2000) Discharge planning quality from the carer perspective. *Quality of life research*. 9:1005-13.
- Grönroos, E., Perälä, M.-L. (2002) Asiakkaan ohjauksellisuuden tuloksellisuus. Makropilottihankkeen lähtötilanteen arviointi. *Stakes Aiheita* 30/2002.
- Haavio-Mannila, E. (1984) Perhe hoiva- ja tunneyhteisönä. Teoksessa: Haavio-Mannila, E., Jallinoja, R., Strandell, H. (toim.) Perhe, työ ja tunteet - ristiriitoja ja ratkaisuja. WSOY. Helsinki.
- Happ, M.B., Capezuti, E., Strumpf, N.E., Wagner, L., Cunningham, S., Evans, L., Maislin, G. (2002) Advance care planning and end-of-life care for hospitalized nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 50:829-834.
- Harrison M.B., Browne G.B., Roberts J., Tugwell P., Gafni A. & Graham I. (2002) Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Medical care* 40:271-282.
- Heikkilä, M., Kaakinen, J., Korpelainen, N. (2003) Kansallinen sosiaalialan kehittämissuunnitelma. Selvityshenkilöiden väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:3.
- Hui E, Lum CM, Woo J, Or KH, Kay Richard LC. (1995) Outcomes of Elderly Stroke Patients. Day Hospital Versus Conventional Medical Management. *Stroke* 26:1616-1619.
- Häkkinen, H. (2000) Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoinnissa. Meta-analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsittelevistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon- ja talouden laitos.
- Jylhä, M. (1985) Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 195*.
- Kalra, L., Eade, J. (1995) Role of Stroke Rehabilitation units in Managing Severe Disability After Stroke. *Stroke* 26:2031-2034.

- Kansanterveyskertomus 1996. (1996) Valtioneuvoston kertomus eduskunnalle kansanterveyden tilasta ja kehityksestä. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Kaste, M., Palomäki, H., Sarna, S. (1995) Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial. *Stroke* 26:249-253.
- Koivukangas, P., Ohinmaa, A., Koivukangas, J. (1995) Nottingham Health Profilen (NHP) Suomalainen versio. *Stakes Raportteja* 187.
- Kokko, S. & Heikkilä, M. (1995) Palvelujärjestelmä muutoksessa. Teoksessa: Uusitalo, H., Konttinen, M., Staff, M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Stakes. Raportteja 173. Jyväskylä.
- Kravitz, R.L., Reuben, D.B., Davis, J.W., Mitchell A., Hemmerling K., King R.S., Siu, A.L. (1994) Geriatric home assessment after hospital discharge. *Journal of the American Geriatrics Society* 42:1229-1234.
- Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997 - 2000 (1996) Helsinki.
- Kylävalli, A., Asikainen, P., Gango, S., Huitu, H., Hurri, P., Hänninen, E., Laurema, U., Miettinen, H., Nyström, R., Peltonen, T., Pirinen, P., Pulkkinen, S., Punnonen, A., Rosqvist, L., Sakki, M., Stengård, P. (1997) Lonkkamurtumapotilaan kuntoutus. *Kymeenlaakson sairaanhoitopiirin ky.*
- Lahtinen, K.-R. (2003) Yli 70-vuotiaan saumattoman palveluketjun toimintamallien käyttöönoton valmistelu ja käyttöönotto Mäntän seudun terveydenhuolotalueella. Loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Laitinen, P., Taskinen, H., Hyvärinen, S., Jalava, E.-L., Sinkkonen, S. (1995) Koti- ja laitoshoidon työntekijöiden välinen tiedonkulku ja kotihoidon organisointi Kuopiossa 1994. Teoksessa: Sinkkonen, S. (toim.) *Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopio.
- Landi, F., Onder, G., Russo, A., Tabaccanti, S., Rollo, R., Federici, S., Tua, E., Cesari, M., Bernabei, R. (2001) A new model of integrated home care for elderly: impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology* 54: 968-970.
- Lehto, J. (1995) Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden muutossuunta 1990-luvun alun taluskriisin aikana. Teoksessa: Hänninen, S., Iivari, J., Lehto, J. (toim.) *Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina*. Stakes. Raportteja 182. Saarijärvi.
- Leppäaho, K. (2002) Vanhustyön sisältöjen ja yhteistyön kehittäminen Karstulassa. Teoksessa: Päivärinta, E. & Haverinen, R. (toim.) *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville*. Stakes. Helsinki.
- Liikanen, H., Virtanen, K. (2002) Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset saumattomia palveluketjuja kehittämässä. Teoksessa: (toim.): Ohtonen, J. Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi. *FinOHTAn raportteja* 21/2002.
- Lim, W.K., Lambert, S.F., Gray, L.C. (2003) Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *The Medical Journal of Australia* 178:262-266.
- Malin, M. (1996) Kotihoito Helsingissä. vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. *Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia* 1996:7. Helsinki.
- Mamon, J., Steinwachs, D.M., Fahey, M., Bone, L.R., Oktay, J., Klein, L. (1992) Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health services research* 27:155-175.
- Marshall, M., Lockwood, A., Gath, D. (1995) Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. *The Lancet* 345:409-412.
- Melin, A., Bygren, L., Håkansson, S. (1993) The cost-effectiveness of rehabilitation in the home. A study of swedish elderly. *American Journal of public health* 83:356-362.
- Mistiaen, P., Dujnhouwer, E., Wijekel, D., de Bont, M., Veeger, A. (1997) The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 25:1223-40.
- Naylor, M. (1990) Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot study. *Nursing Research* 39:156-161.
- Netting, E. E., Williams, F. G. (1996) Case manager-physician collaboration; Implications for professional identity, roles and relationships. *Health & Social Work*. 21:216-225
- Noro, A., Aro, S., Jylhä, M., Pohjolainen, P., Ruth, J.-E. (1992) Vanhuksen sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. *Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja* 71. Helsinki.
- Noro, A., Aro, S. (1997) Comparison of health and functional ability between non-institutionalized and least dependent institutionalized elderly in Finland. *The Gerontologist* 37:374-383.
- Ohinmaa, A., Sintonen, H. (1999) Inconsistencies and modelling of the Finnish EuroQol (EQ-5D) preference values. Kirjassa: Greiner W, Graf v. d. Schulenburg J.-M., Piercy J, eds. *EuroQol Plenary Meeting, Hannover, 1st - 2nd October*, p. 57-74. Hannover: Uvi-Verlag Witte.
- Payne, S., Hardey, S., Coleman, P. (2000) Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing* 32:277-285.
- Perälä, M.-L. (1992) Muutos ja sen aikaansaaminen. Kirjassa: Pelkonen, M. & Perälä, M.-L. *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Kirjayhtymä. Tampere.
- Perälä, M.-L. (2001) Palveluja yhteensovittava kotiutumis- ja kotihoitokäytäntö: PALKO-tutkimuksen kehittämistyö kunnissa (2001-2004) (Projektin sisäinen julkaisu).
- Perälä, M.-L. (2001) PALKO Palveluja yhteensovittava kotiutumiskäytäntö: tiedonkeruu. *Stakes* 15.01.2001. (Projektin sisäinen julkaisu)
- Perälä, M.-L. (2002) Palveluja yhteensovittava kotiutumis- ja kotihoitokäytäntö: Tiedonkeruu 2002 Seurantamittaus. *Stakes* 22.08.2002. (Projektin sisäinen julkaisu)
- Perälä, M.-L., Rissanen, P., Teperi, J., Hammar, T., Pöyry, P., Salo, A., Noro, A. (2002) Makropilotin asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuuden arviointi. Teoksessa: (toim.): Ohtonen, J. Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi. *FinOHTAn raportteja* 21/2002.
- Perälä M.-L. & Hammar, T. (2003) Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaationajatt ylittävänä yhteistyönä (PALKO-malli). Stakes.
- Pinquart, M., Sorensen, S. (2003) Associations of

- stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *Journals of Gerontology. Psychological Sciences and Social Sciences*. 58:112-128.
- Pfeiffer, E. (1975) A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*. 23:433-441.
- Pyysiäinen, J. (2003) Neuvottelut ja liikkumavara iäkkään vanhemman hoitamisessa. *Stakes Aiheita* 14/2003.
- Pöyry, P. (1999) Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Pöyry, P. & Perälä, M.-L. (2003) Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. *Stakes. Aiheita* 18/2003.
- Rissanen, S. (1999) Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina? *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 73. 181.
- Rissanen, P & Noro, A. (toim.) (1999) Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiutumiskäytännöt - Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista.
- Räikkönen O. & Perälä M-L. (2003) Menetelmä asiakaslähtöisen toiminnan edellytysten arviointiin hoitotyössä - Indeksien kehittäminen. (An index for assessing the preconditions for human oriented nursing practice). *Hoitotiede*. 15:131-143.
- Salmela, R. (1995) Somaattinen erikoissairaanhoido. Teoksessa: Uusitalo, H., Konttinen, M., Staff, M. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Stakes. Raportteja 173. Jyväskylä.
- Salokangas, R.K.R, Stengård, E., Perälä, K. (1991) Omaisen arkipäivää. Tutkimus psykiatristen potilaiden omaisista ja heidän kokemuksistaan. Tampereen yliopisto, kansanterveystieteen laitos.
- Scharlach, A. E., Giunta, N., Mills-Dick, K. (2001) Case management in long-term integration: An overview of current programs and evaluations. University of California. Berkeley.
- Seltzer M, Litchfield L, Kapust L, Mayer J. (1992) Professional and Family Collaboration in Case Management: A Hospital-Based Replication of a Community-Based Study. *Social work in health care* 17: 1-22.
- Shanas, E. (1968). *Old people in three industrial societies*. New York: Atherton.
- Shaw, W.S., Patterson, T.L., Semple, S.J., Dimsdale, J.E., Ziegler, M.G., Grant, I. (2003) Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*. 54:293-302.
- Sinervo, T. (1995). Työtapojen muutos vanhuspalveluissa. Työn piirteiden, työn vaatimusten ja työntekijöiden hyvinvoinnin arviointi kyselymenetelmällä – osaraportti 1. *Stakes. Aiheita* 26/1995. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Sinervo, T. (1997). Työtapojen muutos vanhuspalveluissa. Loppuraportti. *Stakes. Aiheita* 1/1997. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1996a) Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001, Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1996b) Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:16. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1998) Terveydenhuollon tavoiteasiakirja.
- Tervo, T. & Räsänen, R. (1993) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. *Duodecim* 109:1188 - 1195.
- Townsend, J., Piper, M., Frank, A.O., Dyer, S., North W.R.S., Meade T.W. (1988) Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomized controlled trial. *British Medical Journal* 297:544-547.
- Unsworth, C., Thomas, S., Greenwood, K. (1995) Rehabilitation Team Decisions on Discharge Housing for Stroke Patients. *Archives of physical medicine rehabilitation* 76:331-340.
- Vaarama, M. & Hurskainen, R. (1993a) Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Toimintaohjelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. *Stakes. Raportteja* 92. Jyväskylä.
- Vaarama, M., Hurskainen, R. (1993b) Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämissstrategiat. *Stakes: Raportteja* 95. Jyväskylä.
- Vaarama, M. & Lehto, J. (1996) Vanhuspalveluiden rakennemuutos 1988 - 1994. Teoksessa: Viialainen, R., Lehto, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalveluiden kehittämiseen*. Stakes. Raportteja 192. Jyväskylä.
- Vaarama, M., Törmä, S., Laaksonen, S., Voutilainen, P. (1999) Omaishoitajien tuen tarve - Palvelusetelillä järjestetty tilapäishoito. Omaishoidon palvelusetelikoelun loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 10. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes.
- Vaarama, M., Hakkarainen, A., Voutilainen, P., Päiväranta, E. (2000) Vanhusten palvelut. Teoksessa Uusitalo, H., Parpo A., Hakkarainen, A., (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes. Raportteja 250. Helsinki.
- Vaarama, M., Voutilainen, P., Kauppinen, S. (2002) Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Heikkilä, M & Parpo, A. (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Stakes. Raportteja 268. Helsinki.
- Vaarama, M., Voutilainen, P., Manninen, M. (2003) Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994 – 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Viljaranta L. (1995) Avun mosaiikki. Epävirallista ja virallista apua vanhuksen kotiin. Helsingin kaupungin tilastokeskuksen tutkimuksia 1995:11. Helsinki.

**‘PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMISKÄYTÄNTÖ’ (PALKO)
-PROJEKTI: Muuttujaluettelo asiakkaiden alkukyselyyn**

Muuttuja	Kysymysnumero
Dementiatesti	1:1-9
Sosiodemografiset taustatiedot	
- sukupuoli	78
- ikä	79
- peruskoulutus	7
- ammattikoulutus	8
- missä työssä toiminut	9
- siviilisääty	2
- onko lapsia	5
Asuminen	
- asunnon omistusmuoto	72
- mieluisin asumismuoto	73, 74
- asuuko tuetussa asunnossa	80
- asunnon sijainti (maaseutu, kaupunki)	81
(- asunnon etäisyys sosiaali- ja terveyspalveluista)	82
- asumismuoto (kerrostalo, rivitalo...)	83
- asuvatko lapset samalla paikkakunnalla	6
- asumisseura	4
- asunnon varustetaso	84, 85
Terveydentila, toimintakyky ja elämänlaatu	
- oma arvio kunnosta kotiutumishetkellä	
- oma arvio terveydentilasta tällä hetkellä	34
- muutokset terveydentilassa	35
- näkö	36
- kuulo	37
- puhe	38
- apuvälineet ja niiden käyttö	39, 40
- lääkkeiden käyttö	41, 42
- toimintakyky (Jylhä)	43
- sairauden haittaavuus päivittäisissä toiminnoissa	46
-kotona selviäminen tällä hetkellä	47
-koetut terveyshaitat (NHP-mittari)	lomakkeen lopussa
-koettu elämänlaatu (EQ-5 mittari)	lomakkeen lopussa
Palveluiden tarve	
-avun tarpeen useus	48
-avun tarve päivittäiseen selviytymiseen	44, 45
Omaisien antama apu	

-keneltä omaiselta saa apua	49
-asuuko eniten auttava omainen samassa taloudessa	50
-omaisilta saatu apu edellisen viikon aikana	51
-kuinka tärkeänä asiakas pitää omaisen antamaa apua	52
-onko joku omaisista palkattu omaishoitaja	53

Palveluiden käyttö

-saiko kotipalvelun tai kotisairaanhoidon palveluita ennen sairaalaan joutumista	54
-kotipalvelun tai kotisairaanhoidon palveluiden käyttö	55
-tukipalveluiden käyttö	56
-turvapalveluiden käyttö	57, 58
-kodin ulkopuolisten sosiaali- ja terveystalveluiden käyttö	59
-lääkäripalveluiden käyttö kotona	60, 61
-hoivapalveluiden käyttö (henkilökunta vastaa)	85

Avun saannin riittävyys

-avun saannin riittävyys jokapäiväiseen selviytymiseen	44, 45
-avun saannin riittävyys eri työntekijäryhmiltä	63
-kotona selviytyminen tällä hetkellä	47

Hoidon jatkuvuus ja saumattomuus

-sairaalaan lähdön kiireellisyys	13
-sairaala, johon meni kotoa	10
-hoitopaikkojen vaihtuvuus	11
-kotiutumissairaala	12
-sairaalaan lähdön odotusaika	14
-poliklinikalla tutkimusten odotusaika	15
-poliklinikalla osastohoidon odotusaika	16
-sairaalaan lähdön saumattomuus	17, 18
-jatkuvuus sairaalahoidon ja kotihoidon välillä	19, 20, 21
-tiedon saanti kotiutumisesta	29, 30
-kotiutumisen onnistuminen	31, 32, 33
-kotihoodon jatkuvuus kotihoidossa	62

Asiakkaan asema

-tiedon saanti	23, 24, 25
-päätöksentekoon osallistuminen	26-28, 64-68
-asiakastyytyväisyys	22, 69-71

'PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMISKÄYTÄNTÖ' (PALKO) -PROJEKTI
Muuttujaluettelo omaisten alkukyselyyn

Muuttuja-alue	Kysymysnumero
Sosiodemografiset taustatekijät	
-sukupuoli	46
-ikä	47
-siviilisäät	48
-onko lapsia	49
-sukulaisuussuhde	3
-peruskoulutus	50
-ammattikoulutus	51
-työssäkäynti	52
Asiakkaan terveydentila, toimintakyky ja elämänlaatu omaisen arvioimana	
-terveydentila	4
-terveydentilan muutos	5
-kuinka paljon sairaudet haittaavat jokapäiväistä elämää	7
Asiakkaan palveluiden tarve omaisen arvioimana	
-avun tarpeen useus	9
-avun tarve päivittäiseen selviytymiseen	6
Omaisten antama apu	
-läheisen pääasiallisina auttaja	10
-asuuko läheinen samassa taloudessa asiakkaan kanssa	32
-onko osallistunut läheisensä hoitoon edellisen sairaalajakson jälkeen	33
-toimiiko omaishoitajana	34
-läheisen auttamisen useus ja määrä	35, 36
-asiat, joissa auttaa läheistään	36
-antamansa avun tärkeys läheisen selviytymisessä	37
Asiakkaan palveluiden ja avun saannin riittävyys omaisen arvioimana	
-avun saannin riittävyys päivittäiseen selviytymiseen	6
-eri työntekijäryhmiltä saadun avun riittävyys	11
-kotona selviytyminen tällä hetkellä	8
Hoidon jatkuvuus ja saumattomuus	
-osallistuminen läheisen kotihoidon suunnitteluun	25, 26
-tiedon saanti läheisen kotiutumisesta	28, 29
-kotiutumisen onnistuminen	30, 31
Asiakkaan asema omaisen arvioimana	
-tiedon saanti	12-15
-päätöksentekoon osallistuminen	16-22
-omaisten tyytyväisyys asiakkaan saamiin palveluihin ja hoitoihin	23, 24, 27, 42

Läheistään hoitavien omaisten hyvinvointi

-koettu terveydentila	54, 55
-koetut terveysongelmat	lomakkeen lopussa
-elämänlaatu (EQ-5)	lomakkeen lopussa
-toimintakyky	56, 57, 62
-apuvälineiden käyttö	58, 61
-lääkkeiden käyttö	59, 60
-hoitamisen vaikutukset omaisen hyvinvointiin	38
-jaksamiseen saatu tuki	39

‘PALVELUJA YHTEENSOVITTAVA KOTIUTUMISKÄYTÄNTÖ’ (PALKO) -PROJEKTI
Muuttujaluettelo henkilöstön arvio asiakkaasta -kysely

Muuttuja	Kysymysnumero
Henkilöstön sosiodemografiset taustatekijät	
-ikä	24
-sukupuoli	25
-koulutus	21
-hoitosuhde asiakkaaseen	16, 17
Henkilöstön työkokemus	
-työkokemuksen pituus	22
-tehtävänimike	20
-työsuhteen luonne	23
-toimipiste	27
-kuinka suuri osa työajasta liittyy kotisairaanhoidon	26
Asiakkaan terveydentila henkilöstön arvioimana	
-nykyinen terveydentila	3, 18
-toimintakyky (Jylhä)	5
-toimintakyvyn muutos	4
Asiakkaan avun tarve henkilöstön arvioimana	
-avun tarpeen useus	9
-avun tarve päivittäiseen selviytymiseen	6, 7
Omaisten osallistuminen asiakkaan hoitoon henkilöstön arvioimana	
	12, 13
Asiakkaan palveluiden käyttö henkilöstön arvioimana	
-saako asiakas kyselyhetkellä palveluita	1, 2
Asiakkaan saaman avun riittävyys henkilöstön arvioimana	
-avun saannin riittävyys päivittäisissä toiminnoissa	6, 7
-kotona selviytyminen tällä hetkellä	8
Hoidon jatkuvuus ja saumattomuus	
-hoidon jatkuvuus kotihoidossa	10, 11, 14, 15
-osallistuminen kotihoidon suunnitteluun	19