

**PALVELUOHJAUS IÄKKÄIDEN ASIAKKAIDEN
KOTIHOITOTYÖSSÄ**

Maria Rysti
Gerontologian ja
kansanterveyden
Pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2003

TIIVISTELMÄ

Palveluohjaus iäkkäiden asiakkaiden kotihoitotyössä

Maria Rysti

Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos 2003

45 sivua, 7 liitettä

Palveluohjaus (case management) on yksi tapa koota, koordinoida ja eheyttää asiakkaan tarvitsemia ja saamia palveluja. Riittävän laajan palvelutarpeen arvioinnin kautta kootaan tarjolla olevista palvelumahdollisuuksista asiakkaalle tarkoituksenmukaisin palvelukokonaisuus huomioiden vallitsevat resurssit ja muut puitteet. Asiakkaan palvelutarpeen muutoksia arvioidaan säännöllisesti, ja palvelukokonaisuutta korjataan tarpeen mukaan.

Tutkimuksen päämääränä oli saada tietoa palveluohjauksen toteutettavuudesta iäkkäiden henkilöiden kotihoitossa. Tavoitteena oli myös saada kokemusta palveluohjauksesta kotihoiton työtavan muutosta varten. Lisäksi selvitettiin keille kotihoiton asiakkaille palveluohjausta tulisi toteuttaa ja kuka sopisi kotihoitossa palveluohjaajaksi.

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksen menetelmin 4 kuukauden kestoisena palveluohjauskokeiluna Espoonlahden kotihoitossa vuonna 2003. Palveluohjaajina toimivat 4 Espoonlahden kotihoiton sairaanhoitajaa. Palveluohjaukseen valittiin yhteensä 30 yli 75-vuotiasta (keski-ikä 83,6 vuotta) kotihoiton uutta tai entistä asiakasta. Palveluohjauksen sisältö muodostui asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista, asiakkaiden neuvomisesta ja ohjauksesta, palvelujen valinnasta ja toteutuksesta, väli- ja loppuarvioinneista. Keskeistä olivat palveluohjaajien kotikäynnit ja muut yhteydenotot asiakkaiden kanssa. Palveluohjausta varten oli käytössä asiakaskohtainen ensi-, väli- ja loppuarviointilomake. Aineisto muodostui kokeilun loppuvaiheessa toteutetuista palveluohjaajien yksilöhaastatteluista, arviointilomakkeiden kuvailevista tiedoista ja palveluohjaajien toteuttamista asiakashaastatteluista.

Tulosten mukaan palveluohjaus sopi hyvin Espoonlahden kotihoitoon. Palveluohjaus koettiin erittäin asiakaslähtöiseksi. Yksi sen suurimmista eduista oli asiakkaan, työntekijän ja työyhteisön lisääntynyt tiedon saanti. Palveluohjaajat kokivat, ettei mitään asiakasryhmää voi jättää palveluohjauksen ulkopuolelle. Tulosten mukaan sairaanhoitajille sopisi suurin vastuu palveluohjauksesta, mutta tärkeäksi koettiin ottaa myös muut kotihoitotyöryhmän jäsenet mukaan palveluohjaukseen. Palveluohjauskokeilun aikana autettiin 17 asiakasta hakemaan erilaisia etuisuuksia. Lisäksi tehtiin 5 asiakkaalle apuvälinearviointi tai -tilaus. Muutoksia palvelusuunnitelmaan tehtiin yhteensä 15 asiakkaalle.

Tutkimus rohkaisee kehittämään kotihoitotoimintaa palveluohjauksen suuntaan Espoonlahdessa. Tutkimuksen perusteella havaittiin myös muita pienempiä kehityskohteita Espoonlahden kotihoitossa.

Avainsanat: kotihoito, palveluohjaaja, palveluohjaus, case management

SUMMARY

Case Management in the Home Health Care of Elderly Clients

Maria Rysti

Master's Thesis of Gerontology and Public Health

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences

Department of Health Sciences 2003

45 pages, 7 appendixes

Case management is a way of collecting, coordinating and integrating the services needed by the client. By the means of evaluating comprehensive enough service needs, the most convenient service plan for the client is organized. In this process, current resources and other factors are concerned. The changes in the client's service needs are evaluated regularly and the service plan will be fixed.

The purpose of the research was to obtain information of the fulfillment of the case management of elderly people in home health care. Another aim was to obtain experience in case management for the change in the way of work in home health care. It was studied, which clients of the home health care ought to be offered the case management and who would be the proper people as case managers of the home health care.

The research was carried out by the means of action research. The research was a four-month case management intervention in the home health care in Espoonlahti in 2003. The case managers were four nurses from the home health care of Espoonlahti. Thirty over 75-year-old (average age was 83,6 years) new or previous clients were chosen to the case management intervention. The case management was formed of evaluation of the service plan of the client, the counseling and guidance of the clients, choosing of the services and carrying them out, mid- and final evaluations. There were three types of personal forms – first, mid and final evaluation form – used in the case management.

The research material consisted of the final interviews of the case managers, the descriptive information of the evaluation forms and the client interviews carried out by the case managers.

According to the data obtained by the research case management suited well in the home health care of Espoonlahti. The case management was experienced as very client friendly. The greatest advance of the case management was the increased information obtainment. The case managers felt that none of the client groups could be left out from the case management. It was thought that nurses could mainly be responsible for the case management but it was also pointed out that the other members of the home health care team should be involved in the case management. During the intervention 17 clients were helped to apply for different benefits. Also for five clients, it was evaluated whether they needed appliances. Changes were made for the services of 15 clients.

The research encourages the development of case management in the home health care in Espoonlahti. The research also revealed several minor development areas in the home health care of Espoonlahti.

Key words: home health care, case manager, case management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PALVELUOHJAUS, CASE MANAGEMENT	9
2.1 Historiaa ja käyttöalueita	9
2.2 Palveluohjauksen käytännön taustaa	10
2.2.1 Monialaisuus	10
2.2.2 Hoitotyön ja terveydenhuollon palveluohjausmalleja	11
2.2.3 Palveluohjauksen toiminnot ja palveluohjaajan roolit	11
2.2.4 Iäkkäiden asiakkaiden palveluohjaajalle asetettavat vaatimukset avohuollossa	13
2.2.5 Käytännön sovellutuksia	14
2.3 Palveluohjaus tukemassa iäkkäiden kotona selviytymisessä	16
2.3.1 Palveluohjauksesta erityisesti hyötyvät asiakkaat	16
2.3.2 Tuloksia ja päätelmiä iäkkäiden palveluohjauksesta	18
3. TUTKIMUKSEN PÄÄMÄÄRÄ JA TAVOITTEET	21
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	21
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
5.1 Espoonlahden kotihoidon kuvaus	22
5.2 Palveluohjauskokeilun toteuttaminen	24
5.2.1 Palveluohjaajat ja asiakkaat	24
5.2.2 Tutkijan ja palveluohjaajien yhteydet ja palveluohjauksen työvälineet	25
5.2.3 Kotikäynnit ja palveluohjauksen sisältö	25
5.3 Tutkimusaineiston keruu	27
Tutkimusaineiston analysointi	28
6 TULOKSET	28
6.1 Käsitykset palveluohjauksen tarpeellisuudesta ja sen tuomasta hyödystä	29
6.1.1 Asiakkaan kannalta	29
6.1.2 Työntekijän kannalta	31
6.1.3 Työyhteisön kannalta	32
6.2 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksen huonoista puolista	32
6.2.1 Asiakkaan kannalta	32
6.2.2 Työntekijän kannalta	33
6.2.3 Työyhteisön kannalta	33

6.3 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksen soveltuvuudesta Espoonlahden kotihoitoon	34
6.4 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksella saavutettavasta lisäarvosta Espoonlahden kotihoidossa	34
6.5 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksen piiriin valittavista asiakkaista	35
6.6 Kuka sopii palveluohjaajaksi Espoonlahden kotihoidossa?	36
6.7 Palveluohjaajien ehdotukset palveluohjausmallin jatkotyöstämisestä Espoonlahden kotihoidossa	37
7 POHDINTA	38
LÄHTEET	43
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Yhteiskunnassamme on tapahtunut monta samaan suuntaan vaikuttavaa ilmiötä: väestö vanhenee, avohoitoa painotetaan ja laitoshoidon hillitään, ja resurssit ovat niukentuneet 1990-luvun taloudellisen laman jälkeen. Tämä kaikki on johtanut siihen, että kotona asuu yhä enemmän yhä huonokuntoisempia iäkkäitä ihmisiä ja heidän lukumääränsä tulee kasvamaan vielä vuosikymmeniä. Monet tarvitsevat apua ja tukea voidakseen asua kotona. Omaishoidon merkitys on korostunut, mutta samalla omaishoidon sisältö on muuttunut raskaammaksi. Laitospaikkojen vähyyden vuoksi kynnys päästä laitoshoitoon on noussut viimeisen kymmenen vuoden aikana, ja se luo paineita hoitaa erittäinkin huonokuntoisia iäkkäitä kotona. Vanhuspoliittisen strategiatyöryhmän (1996) esittämä tavoite on, että 5-7 % yli 75-vuotiaista asuu laitoksissa ja 3-5 % yli 75-vuotiaista on palveluasumisen piirissä. Kinnusen (1999) mukaan kunnat suorastaan kilpailevat sillä, kuka uskaltaa näyttää pienimmän prosenttiluvun pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien ikääntyneiden määräksi. Tavoitteena on siis hoitaa hyvinkin huonokuntoiset vanhukset kodeissaan ja siirtää laitokseen joutumista mahdollisimman pitkälle. (Kinnunen 1999, Valvanne ja Noro 1999, Vaarama ym. 2000, 78-80 ja 97, STM ja Suomen kuntaliitto 2001, Walker 2001.)

Edellä kuvattu kehitys on asettanut uusia vaatimuksia avohoidolle, jonka kehitys ei ole pysynyt laitospaikkojen purkamisen eikä väestön ikääntymiskehityksen tahdissa. Yhä harvempi iäkäs ihminen on esimerkiksi saanut kodinhoitoapua, jonka kattavuus 75 vuotta täyttäneille väheni 40 % vuosina 1988-1998. Kotona asuvat iäkkäät ihmiset voivat saada tarvitsemiaan kotihoitopalveluja julkisen sektorin peruspalveluina ja alueellisesti vaihdellen tarjolla olevilta yksityisiltä tahoilta sekä kolmannelta sektorilta. (Kinnunen 1999, Vaarama ym. 2000, 76-78.)

Kotihoito on keskeinen julkisen avohuollon peruspalvelu. Se käsittää valvotun kotisairaanhoidon, kotipalvelun, tukipalvelut ja omaishoidontuen. Kotisairaanhoidon on terveystieteiden valvottua sairaanhoitoa asiakkaan kotona tai vastaavissa olosuhteissa. Kotipalvelut liittyvät asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan tai arkipäiväisten toimintojen avustamiseen tai tukemiseen. Tukipalveluihin kuuluvat mm. turvapuuhelin-, ateria-, pyykki- ja sauna- sekä kuljetuspalvelut. Kotihoidossa työskentelee moniammatillinen työryhmä, johon yleensä kuuluu yksi tai useampia sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, perus- tai lähihoitajia, mahdollisesti kotipalveluohjaaja ja kodinhoitajia. Kotihoidon palveluita annetaan tarpeen mukaan kaikkina viikonpäivinä, ja useissa kunnissa on järjestetty myös iltaisin kotihoidon palveluita. Joissakin kunnissa toimii kotihoidon yöpartiointi. Kunnat tuottavat pääosin kotihoitopalvelut omana toimintanaan, mutta täydentävät

usein omaa toimintaansa ostamalla yksityisiltä palveluntuottajilta ostopalveluna kotihoitoa tai myöntämällä ns. palvelurahaa kotihoitopalvelujen ostoon asiakkaille. (Espoon kaupunki 1995, Ala-Nikkola ja Valokivi 1997, Espoon kaupunki 2002.)

Monituottajuus lisääntyy julkisen sektorin rinnalle palveluntuottamisessa eikä se välttämättä helpota huonokuntoisen iäkkään ihmisen tai hänen omaisensa arkielämää. Palvelujärjestelmän käyttö on usein monimutkaista asiakkaiden näkökulmasta. Asiakkailta ei aina ole riittävästi tietoa palveluista voidakseen tehdä mielekkäitä valintoja. Palvelut ovat vieläkin usein irrallisia eivätkä eri palveluntuottajat kohtaa toisiaan. Palveluja pitäisi koordinoida tehokkaasti ja sen lisäksi lisätä asiakkaiden tietoutta ja ottaa heidät mukaan päätöksentekoon omista asioistaan. (Ala-Nikkola ja Sipilä 1999, 65-66, Kinnunen 1999.) Vaarama ym. (2000, 95) mukaan kansalaiset odottavat, että ikääntyneille tuotetaan joustavia ja yhtenäisiä palvelukokonaisuuksia. Kotona asuvat kaipaavat ”omatyöntekijää”, jonka kanssa voisi neuvotella ja tehdä valintoja.

Case management eli palveluohjaus on saavuttanut suurta suosiota etenkin USA:ssa, Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja Saksassa. Näissä maissa on havaittavissa samanlaiset kehityskulut väestön ikääntymisen ja resurssien vähenemisen kohdalla kuin Suomessakin. Palveluohjauksessa on elementtejä vanhasta ja tutusta ja lisäksi hitunen jotain uutta. Palveluohjaus mielletään Suomessa usein vain sosiaalityön menetelmäksi, mutta siitä voisi olla hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollossa, etenkin kotihoidossa, iäkkäiden kotona asuvien ihmisten palveluiden järjestämisessä. Palveluohjaus on yksi tapa koota, koordinoida ja eheyttää asiakkaan tarvitsemia ja saamia palveluita. Se on prosessi, jossa palveluohjaaja arvioi yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa omaisten kanssa asiakkaan palvelutarpeen ja kokoaa tarjolla olevista eri palvelumahdollisuuksista asiakkaalle tarkoituksenmukaisimman palvelukokonaisuuden huomioiden hallinnon ja yhteiskunnan luomat puitteet. Asiakas saa palvelunsa ”yhdeltä luukulta”, vaikka palvelujen toteuttajina toimisi useita eri palveluntuottajia. Palveluohjauksen toteuttaminen vaatii muutosta perustason avohuollon organisaatiossa, mutta muutoksen ei tarvitse olla kohtuuttoman iso eikä suurja kustannuksia aiheuttava. Periaatteessa muutos liittyy työn uudelleen järjestelyyn ja asiakaslähtöisen ajattelutavan voimistamiseen. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997, Anderson-Loftin 1999.)

Tässä tutkimuksessa selvitettiin Espoonlahden kotihoitoon sijoittuneen palveluohjauksoikeuden avulla kokemuksia palveluohjauksesta ja sen toteutettavuudesta kotihoidossa yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden kohdalla.

Tässä palveluohjauskokeilussa painopiste oli kokemusten saamisessa eikä kokeiluun liittynyt erityistä kulujen valvontaa eikä palveluohjaajakohtaista määrärahaa. Palvelujen tarjoamisessa toimittiin Espoonlahden kotihoidon toimintasuunnitelman mukaisesti.

2 PALVELUOHJAUS, CASE MANAGEMENT

Case management (myös care management) on suomennettu termeillä ”palveluohjaus” tai ”yksilökohtainen palveluohjaus”. Se on monimuotoinen ilmiö, jolla on useita erilaisia määritelmiä ja sovelluksia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluohjauksella pyritään vaikuttamaan palveluiden laatuun, saavutettavuuteen, tehokkuuteen ja tuloksellisuuteen. Keskeisiä lähtökohtia ovat asiakaslähtöisyys, tarvelähtöisyys, vastuullisuus, asiakas-työntekijä-suhteen jatkuvuus ja asiakkaan osallistumismahdollisuudet. Palveluohjaus on yksi tapa koota, koordinoita ja eheyttää asiakkaan tarvitsemia ja saamia palveluita. Se on prosessi, jossa palveluohjaaja (case manager tai care manager) arvioi yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa omaisten kanssa asiakkaan palvelutarpeen ja kokoaa tarjolla olevista eri palvelumahdollisuuksista asiakkaalle tarkoituksenmukaisimman palvelukokonaisuuden huomioiden hallinnon ja yhteiskunnan luomat puitteet. Palveluohjaus mahdollistaa hyvin asiakaslähtöisen toiminnan, palvelupäätökset tehdään mahdollisimman lähellä asiakasta, ja palveluohjaaja tai hänen valitsemansa vastuuhenkilö seuraa asiakkaan tilannetta muuttaen palvelukokonaisuutta tilanteen vaatiessa. Palveluohjaus on saavuttanut suosiota etenkin englanninkielisissä maissa (USA, Australia, Kanada, Uusi Seelanti ja Iso-Britannia) ja Saksassa. USA:ssa ja Isossa-Britanniassa siitä on tullut osa lakisääteistä palvelujärjestelmää. 1990-luvulta lähtien palveluohjaus on herättänyt lisääntyvää kiinnostusta Suomessa, ja myös muutamia kokeiluja on toteutettu. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997, Anderson-Loftin 1999, Ala-Nikkola ja Sipilä 1999, 63-65, Häkkinen 2000.)

2.1 Historiaa ja käyttöalueita

Palveluohjauksen juuret ulottuvat 1800-luvulle Yhdysvaltoihin sosiaalityön, sairaanhoidon ja kansanterveystyön synnyn aikoihin. Mary Richmond julkaisi vuonna 1901 koordinoinnin mallin, jossa asiakasta pidettiin keskipisteenä. Jo silloin oltiin huolestuneita erilaisia palveluita antavien tahojen keskinäisestä kommunikoinnista ja koordinoinnista. 1920-luvulla palveluohjaus oli erityisen suosittua psykiatriassa ja sosiaalityössä, ja 1930-luvulla terveyssisaret ottivat sen käyttöönsä. Palveluohjaus oli välillä unohduksissa Yhdysvalloissa, mutta otettiin käyttöön taas 1960-luvulla sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös vakuutusallalla. Yhdysvalloissa laitoshoidon purku alkoi jo 1970-luvulla, ja se synnytti lukuisia koordinoimattomia ja päällekkäisiä palveluja tuottavia hoiva-alan yrityksiä. Tästä syntyi uusi tilaus palveluohjaukselle. Palveluohjausta on käytetty Yhdysvalloissa sosiaali- ja terveydenhuollossa etenkin vanhusten ja lasten avohoidossa, psykiatriassa, AIDS-potilaiden hoidossa ja kehitysvammaisten palveluiden koordinoinnissa.

Yhdysvalloissa palveluohjauksen painotus on varsinkin viimeaikoina ollut kustannusten hillinnässä ja seurannassa, mikä tulee nousemaan enenevässä määrin tärkeäksi myös julkis palveluvaltioissa, kuten Suomessa. (Huber 2000, Häkkinen 2000.)

Isossa-Britanniassa palveluohjaus yleistyi ja kehittyi yhdysvaltalaisista lähtökohdista 1990-luvulla varsinkin sosiaalihuollossa, mutta myös terveydenhuollossa, ratkaisuna avohuollon kehittämistarpeisiin. Hallituksen asettaman selvitystyön mukaan 1980-luvun lopulla Isossa-Britanniassa avohoidosta ei ollut selkeästi vastuussa mikään organisaatio, eikä kukaan ollut vastuussa pitkäaikaisasiakkaiden palvelujen käytön seurannasta. Palvelut olivat pirstaleisia, yksittäisen asiakkaan näkökulmasta koordinoimattomia eikä kotihoitoa tuettu riittävästi. Näihin ongelmiin haluttiin muutosta palveluohjauksella. Saksassa kiinnostus palveluohjaukseen heräsi 1980-luvulla. Siellä sen arvo nähtiin asiakkaan ja tämän ympäristön voimavarojen ja myös virallisen ja epävirallisen palvelujärjestelmän yhdistäjänä. Saksassa palveluohjausta on toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollossa monilla erilaisilla sovelluksilla. Yksi saksalainen sovellus on tarjota palveluohjausta koordinointiasemilla. Iäkkäiden palveluiden koordinointiasemat sijaitsevat usein jonkin yleishyödyllisen järjestön yhteydessä ja niiden ohjaus- ja neuvontapalvelut ovat ilmaisia asiakkaille. Koordinointiasemat eivät itse tuota hoiva- tai hoitopalveluita, mutta niiden yhteydessä saattaa olla mm. päivätoimintaa. (Ala-Nikkola ja Sipilä 1999, 65, Häkkinen 2000.)

2.2 Palveluohjauksen käytännön taustaa

2.2.1 Monialaisuus

Palveluohjaus on syntynyt toiminnaksi käytännön kautta. Se voi olla hyvin eri muotoista eri aloilla, eri organisaatioissa ja riippuen kunkin asiakaskunnan perustarpeista sekä yhteiskunnan puitteista. Palveluohjaus on alakohtaista ja toisaalta poikkitieteellistä. Millään tietyllä alalla ei ole sen suurempaa omistusoikeutta palveluohjaukseen kuin toisellakaan. Eri alojen edustajien kesken saattaa syntyä väärinkäsityksiä ja tulkintaeroja, koska kullekin alalle on muovautunut oma määritelmänsä ja sovelluksensa palveluohjauksesta. Yhdysvalloissa toimii poikkitieteellinen palveluohjauksen järjestö, The Case Management Society of America (CMSA). Huolimatta alakohtaisista määritelmistä, vallitsee kuitenkin yleinen konsensus palveluohjauksen kuudesta ydintoiminnosta. Nämä ovat: määrittely, suunnittelu, yhdistely, valvonta, edustaminen ja laaja-alainen toiminta. Nämä ydintoiminnot voivat saada hyvin erilaisia muotoja riippuen alasta, missä palveluohjausta käytetään. Huber (2000) on listannut kirjallisuudesta yli kaksikymmentä

palveluohjauksen mallia. Nämä hän jakaa neljään isompaan ryhmään: hoitotyön (nursing), sosiaalityön (social work), terveydenhuollon (health care) ja poikkitieteellisiin (interdisciplinary) malleihin. (Huber 2000.)

2.2.2 Hoitotyön ja terveydenhuollon palveluohjausmalleja

Hoitotyön ja terveydenhuollon mallit kohdentuvat yksilön tai väestön terveydestä, sairaudesta tai kuntoutuksellisista syistä nouseviin tarpeisiin. Mallit muokkautuvat käytännöstä, koska palveluohjaus on aina paikallinen sovellus. Huber (2000) jakaa käytännön palveluohjausmallit hoitotyössä hoitotyön palveluohjaukseen (nursing case management, The New England Medical Center model) ja yhteisölliseen palveluohjaukseen (community based case management). Hoitotyössä palveluohjausmalleja voidaan soveltaa sairaalajaksolla tai avohoidossa. Terveydenhuollon mallit ovat Huberin (2000) mukaan pitkäaikaishoidon (long-term care), kuntoutuksen (rehabilitation), työterveyden (occupational health), lääketieteen (medical), lääkinnän (pharmacy), katastrofaalisten sairauksien tai tilanteiden (catastrophic diseases or events) ja yksityisen palveluohjauksen (practise-private case management) mallit. Nelson ja Arnold-Powers (2001) käyttävät termiä Nurse Case Management (NCM) palveluohjauksesta, jota toteuttaa sairaanhoitaja tietyllä alueella avohoidossa.

Hoitotyön palveluohjauksen kehityksessä on havaittavissa kolme vaihetta. Ensimmäisen sukupolven palveluohjausmalleissa pääpaino on vain kulujen vähentämisessä. Toisen polven malleissa keskitytään puhtaasti hoivan laadun parantamiseen kuluja säästämättä ja kolmannen polven palveluohjausmalleissa pääpaino on asiakkaan ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksessa. Viimeksi mainittuja kutsutaan myös ”voimavaralähtöisen lähestymistavan malleiksi” (empowerment models). (Anderson-Loftin 1999.)

2.2.3 Palveluohjauksen toiminnot ja palveluohjaajan roolit

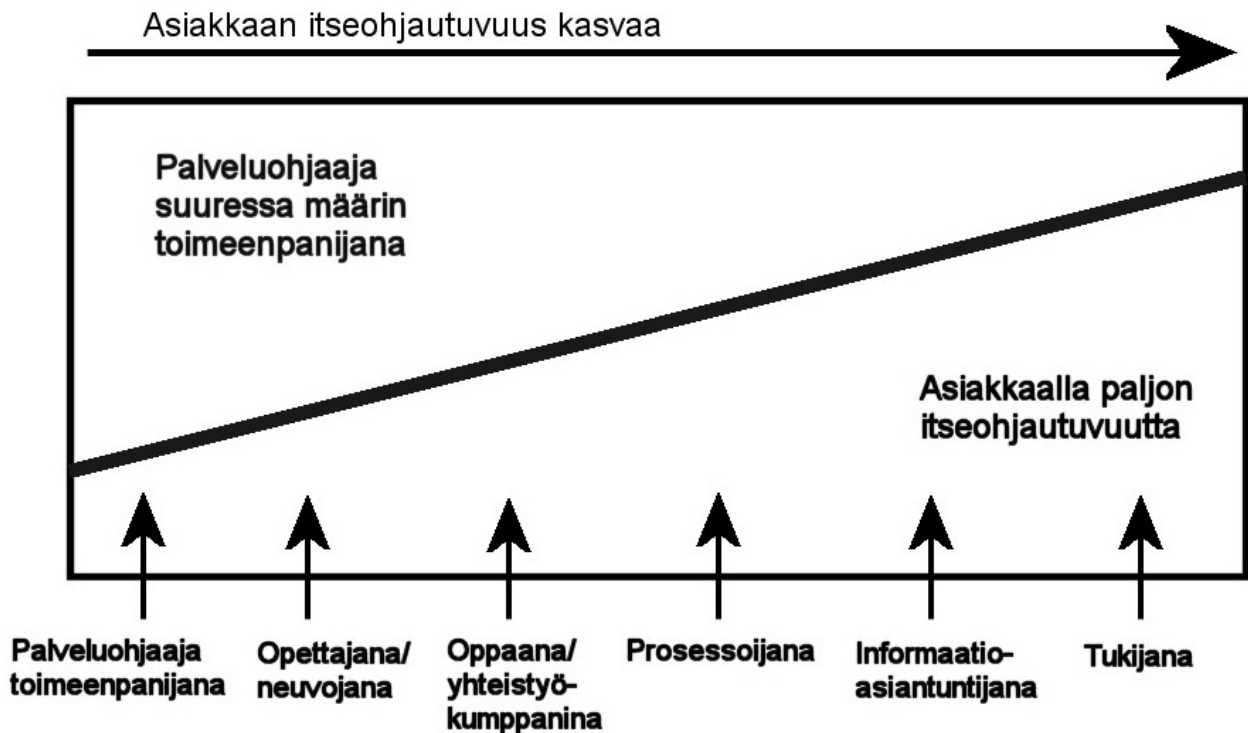
Anderson-Loftin (1999) painottaa, että vaikka hoitotyön palveluohjausmalleja on useita, niissä kaikissa on havaittavissa samat hoitotyön tai sairaanhoidon prosessin osiot: ongelman määrittely, suunnittelu, koordinointi, toteuttaminen ja arviointi. Ala-Nikkola ja Sipilä (1999, 68-71) puolestaan esittävät palveluohjauksen viisivaiheisena prosessina, joka muodostuu asiakkaiden valinnasta, asiakkaiden palvelutarpeiden arvioinnista, palveluiden suunnittelusta ja järjestämisestä,

palvelutavoitteiden seurannasta ja hoivajärjestelyn korjaamisesta. Nelson ja Arnold-Powers (2001) lisäävät vielä prosessiin kulujen tarkkailun ja painottavat hoidon jatkuvuutta.

Hyvä palveluohjausprosessi luo puitteet myös ennaltaehkäisevälle toiminnalle. Palveluohjaajan tulee pystyä huomioimaan asiakkaan potentiaalisia, uhkaamassa olevia terveysongelmia. Palveluohjaussuunnitelma sisältää näin myös ”hyvinvointisuunnitelman”. (Lloyd ym. 1997.)

Palveluohjaajan toiminnassa voidaan havaita monia eri rooleja. Moxleyn (1989, 79-91) mukaan asiakaskontaktissa palveluohjaajan rooli vaihtelee sen mukaan, kuinka paljon asiakas pystyy itseohjautuvuuteen. Mitä vähemmän asiakkaalla on edellytyksiä itseohjautuvuuteen, sitä enemmän palveluohjaajan täytyy olla toimeenpanijan roolissa (implementor). Tällainen asetelma voi olla esimerkiksi kriisitilanteessa, jolloin asiakkaan kyvyt ovat heikentyneet. Palveluohjaaja ei kuitenkaan jää vain toimeenpanijaksi, vaan määrittelee asiakkaan voimavarat, viralliset ja epäviralliset auttajatahot ja pyrkii aktiivisesti tukemaan asiakasta kriisistä selvitymisessä. Opettajana tai neuvojana palveluohjaajan tavoite on asiakkaan voimavarojen lisääminen (empowerment), saada hänet toimimaan itse itsensä palveluohjaajana, vaikkapa vain jollakin arkielämän osa-alueella. Ohjaajana tai yhteistyökumppanina (guide/collaborator) palveluohjaaja auttaa asiakasta löytämään tarkoituksenmukaisimmat palvelut ja palveluntuottajat. Asiakas osallistuu omien tarpeidensa määrittelyyn ja palveluntuottajien valintaan, ja sitä kautta hänen ongelmanratkaisukykynsä paranee. Prosessoijana (processor) palveluohjaajan erityisasiantuntemus on asiakkaan käytettävissä tämän tehdessä valintoja. Palveluohjaaja on ikään kuin tekninen assistentti, jota asiakas käyttää apunaan voidakseen itsenäisemmin hyödyntää ja yhdistää tunnistettuja voimavaroja (omia ja palvelujen tuottajien). Moxley esittää vielä erikseen informaatio-asiantuntijan roolin, jossa palveluohjaaja laajan tietovarastonsa kautta auttaa asiakasta lisäämään omaa tietouttaan, jonka avulla tämä voi tyydyttää tarpeitaan. Viimeisessä Moxleyn esittämässä roolissa, tukijana (supporter), palveluohjaaja voi toimia, kun asiakas on harjaantunut melko korkealle itseohjautuvuudessa. (Moxley 1989, 79-91.) Kuvio 1.

Lisäksi mainitaan asianajajana toimiminen ja portinvartijan (gate-keeper) rooli. Asianajajana palveluohjaaja asettuu asiakkaansa puolelle ja katsoo palveluja asiakkaan näkökulmasta. Portinvartija puolestaan sovittaa yhteen asiakkaan ja yhteiskunnan intressejä. Portinvartija-palveluohjaukseen painottuu kulujen valvonta ja taloustietoisuuden ylläpitäminen. (Donagrandi ja Eddy 2000, Huber 2000.)



KUVIO 1 Palveluohjaajan roolit suhteessa asiakkaan itseohjautuvuuden asteeseen. (Moxley 1989).

2.2.4 Iäkkäiden asiakkaiden palveluohjaajalle asetettavat vaatimukset avohuollossa

Kuka sopii parhaiten palveluohjaajaksi? Palveluohjaus ja palvelupakettien räätälöinti on käytännössä melko vaativa tehtävä. Palveluohjaajalla täytyy olla laajalti tietoa mm. sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmästä, sosiaaliturvasta, sairauksista ja niiden aiheuttamista rajoitteista sekä ihmisen fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Lisäksi tarvitaan neuvottelu- ja vuorovaikutuskykyjä, aloitteellisuutta ja organisointitaitoja. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997.) Usein sopivimmiksi palveluohjaajiksi mainitaan sosiaalityöntekijät ja sairaanhoitajat, brittiläisen palvelujärjestelmän uudistuksessa on ehdotettu myös lääkäreitä palveluohjaajiksi. Palveluohjaajalla voi olla myös assistentteja, joilla on alempi koulutus ja suppeampi tietomäärä. (Lloyd ym. 1997, Ala-Nikkola ja Sipilä 1999, 72, Häkkinen 2000.)

Sairaanhoitajien valmiuksia toimia iäkkäiden tai sairaiden ihmisten palveluohjaajina avohoidossa pidetään hyvinä. Sairaanhoitajien koulutuksessa korostuu asiakkaan kokonaisvaltainen ymmärtäminen, ohjaaminen ja omatoimisuuteen kannustaminen. Kokeneiden sairaanhoitajien eduiksi mainitaan riittävä lääketieteellinen tietous, vuorovaikutustaidot, organisoimistaidot, kriittisyys ja vastuullisuus. (Lloyd ym. 1997, Guttman 1999, Donagrandi ja Eddy 2000, Dunn ym. 2001, Nelson ja Arnold-Powers 2001.) Jennings (2000) suosittelee sairaanhoitajia palveluohjaajiksi

terveydenhuoltoon, koska heillä on valmiudet arvioida laajasti asiakkaan tilaa fyysisten, psyykkisten ja sosiokulttuuristen tarpeiden osalta. Sairaanhoitaja palveluohjaajajana mm. toimii linkkinä lääketieteellisten palvelujen suuntaan ja parantaa asiakkaan terveystalouden saavutettavuutta.

Dunn ym. (2001) selvittivät kirjallisuudesta iäkkäiden monisairaiden saamaa palveluohjausta: 11:sta palveluohjausmallista kaikissa paitsi yhdessä käytettiin sairaanhoitajia palveluohjaajina. Useimmiten malleissa toimineilla sairaanhoitajilla oli ylempi korkeakoulututkinto (master's degree). Anderson-Loftinin (1999) mukaan sairaanhoitaja-palveluohjaajien koulutustason tulisi olla mahdollisimman korkea, mieluiten vähintään hoitotieteen kandidaatin taso (BSN), Yhdysvalloissa on havaittavissa trendi maisterin tasovaatimukseen. Alhaisemman koulutuksen saaneilla sairaanhoitajilla on ollut vaikeuksia mm. tavoitteiden asettamisessa ja taloudellisuuden saavuttamisessa. Anderson-Loftinin (1999) tutkimuksessa tutkittiin koulutuksen vaikutusta ja todettiin, että korkeammalla koulutuksella (kandidaatti BSN, maisteri MSN) oli merkittävästi kohentava vaikutus palveluohjauksen tasoon verrattuna pelkän sairaanhoitajatutkinnon suorittaneiden palveluohjaajien tulokseen. Tutkimuksessa mittareina olivat mm. palveluohjaajan toimiminen ohjaajan/opettajan roolissa, hänen kykynsä saada aikaan muutoksia/kehitystä palvelujärjestelmissä ja hänen kykynsä hyödyntää niukkia resursseja.

Lloyd ym. (1997) toteavat päinvastoin, ettei New Yorkissa toteutetussa kotisairaanhoidon palveluohjauksen kokeiluprojektissa koulutuseroilla ollut juuri merkitystä sairaanhoitajien kyvykkyydelle toimia palveluohjaajina. Tärkeämmäksi kuin sairaanhoitajakoulutuksen taso nousivat sairaanhoitajien kyvyt työskennellä itsenäisesti, heidän itsetuntemuksensa, halukkuutensa oppia, luovuutensa, päätöksentekokykynsä ja neuvottelutaitonsa asiakkaiden ja omaisten kanssa. Tässä projektissa työskenteli 10 eri tasoista sairaanhoitajaa.

2.2.5 Käytännön sovellutuksia

Keskeisiä kaikessa hoitotyön palveluohjaustyössä ovat kotikäynnit ja muut yhteydenotot asiakkaisiin ja tarvittaessa omaisiin (Häkkinen 2000). Kanadassa (Guttman 1999) haluttiin ehkäistä palveluohjauksen keinoin huonokuntoisten iäkkäiden ihmisten joutumista pitkäaikaishoitoon. Osa asiakkaista oli ns. haastavia, he eivät olleet olleet yhteistyöhaluisia paikallisen terveyskeskuksen kanssa tai heidän kohdallaan terveydenhuollon tavoitteet eivät olleet toteutuneet. Sairaanhoitaja-palveluohjaajat tekivät riskiryhmässä olevien asiakkaiden luo kotikäynnin (tilanteen määrittely), ja

ottivat puhelimitse yhteyttä vähintään kuukausittain sekä tekivät uuden kotikäynnin joka tapauksessa vähintään kerran kahdessa kuukaudessa, vaikka terveydentilan tai palvelutarpeen takia ei havaittu käynnin tarvetta. Projektissa vuorovaikutuskertojen lukumäärä vaihteli useista päivittäisistä kerroista yhteen kertaan kuukaudessa. Hoitaja-asiakassuhde kehittyi myönteiseksi myös kuukausittaisten kontaktien kautta, ja helpotti asiakasta hyväksymään hoitotyön tuen silloin, kun sairaus paheni tai tila huonontui. Tässä mallissa palveluohjaajat työskentelivät ryhmänä siten, että yksi heistä päivysti aina iltaisin ja viikonloppuisin. Lisäksi potentiaalisesti huonokuntoisille asiakkaille soitettiin ennen viikonloppua ja varmistettiin heidän vointinsa. Ensiapuklinikan ja hoivaosastojen kanssa oli sopimus, että sieltä otettiin yhteyttä palveluohjaajaan 24 tunnin sisällä siitä, kun joku palveluohjausasiakasta joutui hoitoon. Palveluohjaaja osallistui kotiutuksen suunnitteluun. Palveluohjaajilla oli keskimäärin 45-50 iästä asiakasta ohjauksessaan. (Guttman 1999.)

Hoitotyön palveluohjaukseen (NCM, nurse case management) voi sisältyä suoranaisia hoitotoimenpiteitä palveluohjaajan toteuttamina (Nelson ja Arnold-Powers 2001). Lloyd ym. (1997) esittävät, että tietyllä maantieteellisellä alueella toimiva ja pysyvän asiakaskunnan omaava sairaanhoitaja-palveluohjaaja suorittaisi itse kaikki sairaanhoidolliset palvelut. Reimanis ym. (2001) tutkivat 15 vuoden ajalta kirjallisuudesta sairaalassa tapahtuvaa sairaanhoitajan suorittamaa palveluohjausta. Siinä sairaanhoitajat oli irrotettu kokonaan suoranaisista hoitotoimenpiteistä, ja he keskittyivät puhtaasti palveluiden koordinointiin, ongelmien määrittelyyn ja tulosten seurantaan.

Palveluohjaajien asiakkaiden lukumäärät vaihtelevat riippuen asiakkaiden kuntoisuudesta ja siitä, kuinka paljon palveluohjaaja tuottaa itse suoranaisia hoitotyönpalveluja asiakkaille. 3-vuotisessa palveluohjausprojektissa todettiin, että sairaanhoitaja-palveluohjaajalla saattoi olla kirjoilla keskimäärin 80-140 asiakasta. Näistä kuitenkin suurin osa selviytyi itsenäisesti päivittäin. Tässä New Yorkissa toteutetussa projektissa palveluohjaajat kehittivät ja järjestivät muun toimintansa lisäksi ryhmämuotoisia terveyden edistämiseen liittyviä tilaisuuksia mm. stressin hallinnasta, ravitsemuksesta, diabeteksen hallinnasta ja tanssiterapiasta. Näihin tilaisuuksiin on usein yhdistetty verensokeri- ja kolesterolimittaukset. (Lloyd ym. 2001.)

Suomalaisessa palveluohjauskokeilussa palveluohjaajina toimivat kotihoidon työntekijät, mm. kodinhoitajat, kotipalveluohjaajat, perushoitajat, sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. He toteuttivat palveluohjausta oman työnsä ohessa ja työntekijää kohden palveluohjauksessa oli vain 1-8 asiakasta. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997.)

2.3 Palveluohjaus tukemassa iäkkäiden ihmisten kotona selviytymisessä

Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) palveluohjaustutkimuksen mukaan palveluohjauksen tuomaa tukea tarvitsevat etenkin sellaiset kotona asuvat asiakkaat, jotka eivät yksin kykene arvioimaan ja järjestämään tarvitsemiaan palveluja. Tutkimustulosten perusteella tähän asiakasryhmään kuuluivat monet kehitysvammaiset, avopsykiatrisen pitkäaikaisasiakkaat ja iäkkäät henkilöt. Nämä asiakkaat tarvitsevat ammattitaitoisen työntekijän palveluohjausta voidakseen hyödyntää monimutkaista palvelujärjestelmää.

Nelson ja Arnold-Powers (2001) käyttävät kuvaavaa verbiä ”navigoida” puhuessaan palveluverkoston käytöstä. Juuri monisairaant, huonokuntoiset iäkkäät tarvitsevat yksilöllistä apua voidakseen suunnistaa palvelu- ja tukiverkostossa saadakseen tukea, turvallisuutta ja kontrollia.

Moxleyn (1989) mukaan länsimaaisessa yhteiskunnassa palveluohjauksen tarve lisääntyy koska:

- kotihoito lisääntyy avohoitopainotuksen myötä
- monituottajuus laajenee, asiakkaat saavat palveluita yhä useammilta tahoilta
- sosiaalisten ongelmien esiintyvyys lisääntyy asiakaskunnassa
- useammilla asiakkailla on entistä laajempi palvelutarve
- palveluiden pirstaleisuus lisääntyy
- kustannusten kurissapitämisen ehto kiristyy
- yhteisöissä tarvitaan ympäristötietoutta päätöksenteon pohjaksi, palveluohjaajille muotoutuu käsitys asiakkaiden lähiympäristön tilasta. (Moxley 1989, 12-16.)

2.3.1 Palveluohjauksesta erityisesti hyötyvät asiakkaat

Anderson-Loftin'n (1999) mukaan palveluohjausprosessista on erityistä hyötyä sellaisten asiakkaiden palvelujen koordinoinnissa, joilla on laajoja ja/tai runsaasti kustannuksia aiheuttavia palvelutarpeita tai monia samanaikaisia terveysongelmia. Huonokuntoiset iäkkäät ihmiset tarvitsevat usein monia terveydenhuollon palveluja ja sosiaalipalveluita voidakseen elää mahdollisimman itsenäisesti. Liian vähäinen sosiaalinen ja taloudellinen tuki, tiedon puute ja palvelujen vaikea saavutettavuus ovat seikkoja, jotka saattavat viedä iäkkään nopeasti pitkäaikaishoitoon, vaikka terveysongelma olisi ollut alunperin melko yksinkertainen. (Guttman 1999.)

Dunn ym. (2001) tutkivat palveluohjauksen hyötyä laitoshoitotilaisille oleville asiakkaille. He totesivat, että asiakaslähtöinen ja yksilöllinen, tiivis palvelujen koordinaatio ja tuki siirryttäessä hoitopaikasta toiseen sekä hyvin suunniteltu kotiutus vähensivät riskiä joutua uudelleen laitokseen. (Dunn ym. 2001.) Asiantuntevasta palveluohjaajasta on apua ja tukea aivohalvauspotilaille ja heidän omaisilleen. Omaishoitajan tai potilaan huolestuneisuus ja ahdistus voivat vaikeuttaa suuresti arkielämän sujuvuutta, altistaa masennukselle ja ylläpitää terveyspalvelujen tarvetta korkealla. Varhainen kotiutus halvauksen jälkeen, uudelleen laitokseen joutumisen välttäminen ja laadukas arkielämä mahdollistuvat, jos potilas ja hänen omaisensa saavat tukea ja ohjausta kotiin, ja tarvittavat palvelut pystytään järjestämään sekä potilaan tilanteen seuranta on kunnossa. (Schmidt ym. 1999.)

Palveluohjauksesta on myös hyötyä omaishoitajille. Omaishoitajien stressin ja rasituksen kokeminen väheni kolmesta brittiläisestä palveluohjauskokeilusta tehdyn tutkimuksen mukaan. Kokeilut kohdentuivat nimenomaan huonokuntoisimpiin iäkkäisiin asiakkaisiin, ja niissä käytettiin verrokkiryhmää. (Challis 1993.) Suomalaisesta palveluohjauskokeilusta tehdyssä tutkimuksessa Hämeenkyrössä ja Tampereella saatiin samanlaisia tuloksia. Omaishoitajat kokivat saaneensa yksilöllistä palvelua ja tukea. Asioiden hoito yksinkertaistui ja tiedotus pelasi hyvin. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997.)

Landi ym. (2001) kiinnittävät huomiota ”unohdettuihin” vanhuksiin. Osa yksinasuvista iäkkäistä ihmisistä jää perusterveydenhuollon ja sosiaalisen avun ulkopuolelle, ja heistä tulee helposti päivystyspalveluiden vakituisia asiakkaita. Koska heillä ei ole tietoa, luottamusta tai kontakteja muuhun sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujärjestelmään, he kääntyvät päivystyspalveluiden puoleen, vaikka tilanne ei sitä välttämättä vaatisi. Kun kukaan ei selvitä tällaisen asiakkaan tilannetta perusteellisesti, turvattomuus ja päivystyshakuisuus jatkuvat. Palveluohjauksella olisi mahdollista päästä luomaan luottamuksellinen suhde ja arvioimaan palvelutarvetta. (Landi ym. 2001.)

2.3.2 Tuloksia ja päätelmiä iäkkäiden asiakkaiden palveluohjauksesta

Iäkkäisiin asiakkaisiin kohdistuvasta terveydenhuollosta tapahtuvasta palveluohjauksesta on tehty monia ulkomaisia tutkimuksia. Osa tässä työssä käytetyistä tutkimuksista on meta-analyyseja (Ferguson ja Weinberger 1998, Donagrandi ja Eddy 2000, Reimanis ym. 2001), osa kohdistuu jo olemassa oleviin palveluohjausjärjestelmiin (Lloyd ym. 1997, Anderson-Loftin 1999, Schmidt ym. 1999) ja osa tutkimuksista liittyy uusiin palveluohjauskokeiluihin (Bernabei ym. 1998, MacKenzie ym. 1998, Guttman 1999, Schmidt ym. 1999, Long ja Marshall 2000, Dunn ym. 2001, Landi ym. 2001, Nelson ja Arnold-Powers 2001.) Näissä ulkomaisissa terveydenhuollon palveluohjausta koskevissa tutkimuksissa palveluohjaajina ovat toimineet eritasoiset sairaanhoitajat, ja tutkimukset koskevat kotona asuvia iäkkäitä ihmisiä. Suomalaisiakin kokeiluja on toteutettu muutama, ensimmäiset 1990-luvulla (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997). Tutkimuksissa on selvitetty palveluohjauksen vaikutusta mm. terveydenhuollon palvelujen käyttöön, kuluihin, asiakkaiden toimintakykyyn ja asiakkaiden ja työntekijöiden kokemuksia siitä.

Useimpien tutkimusten mukaan terveydenhuollon palvelujen käytön on todettu pienenevän palveluohjauksen myötä, yleensä tämä liittyy laitoshoidon tarpeen vähenemiseen (Lloyd ym. 1997, Ferguson ja Weinberger 1998, MacKenzie ym. 1998, Landi ym. 2001, MacKenzie ym. 1998). New Yorkin 3-vuotisessa projektissa todettiin, että kotihoitokäyntienkin tarve laski (Lloyd ym. 1997). Tämän arveltiin johtuvan siitä, että asiakkaiden itsehoitoisuus oli kohentunut palveluohjauksen ansiosta, ja myös luottamus hoitajakontaktin säilymiseen oli lisääntynyt. Landin ym. (2001) italialaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että vaikka kokonaisuudessaan terveystalvelujen käyttö ei vähentynyt, lääkäreiden kotikäyntien tarve laski. Samassa tutkimuksessa havaittiin merkittävää laskua sairaalaan joutumisessa (palveluohjausintervention aikana 26 % joutui sairaalajaksole vuoden aikana ja ennen interventiota samoista asiakkaista 44 %). Lisäksi intervention jälkeen sairaalajakson kesto oli lyhempi. Useat muutkin tutkimukset osoittavat, että palveluohjaus ehkäisee iäkkäiden kotona asuvien henkilöiden joutumista laitoshoitoon (MacKenzie ym. 1998, Guttman 1999, Dunn ym. 2001). Tärkeä merkitys oli avohoidossa tapahtuvalla varhaisella riskien toteamisella ja nopeilla interventioilla sekä laitokseen jouduttua hyvällä kotiutuksen suunnittelulla (MacKenzie ym. 1998, Dunn ym. 2001). Palveluohjaus auttoi ”saattamaan” iäkkään laitoksesta kotiin, ja tämä lisäsi kotiutuksen onnistumisen mahdollisuuksia (MacKenzie ym. 1998). Yhdessä tutkimuksessa terveystalvelujen käyttö kasvoi, muutamissa ei havaittu palveluohjauksen aiheuttaneen siinä eroja (Ferguson ja Weinberger 1998).

Iäkkäiden asiakkaiden toimintakyky parani tai sen heikkeneminen oli pienempää kuin verrokeilla kaikissa käsitellyissä tutkimuksissa. Bernabei ym. (1998) totesivat, että palveluohjausta saaneiden iäkkäiden asiakkaiden päivittäistä perustoiminnoista selviytymistä kuvaavat ADL-pisteet (Activities

of Daily Living) paranivat vuoden aikana 5,1 %, kun ne verrokkiryhmällä puolestaan laskivat samana ajanjaksona 13 %. Molempien ryhmien henkinen taso laski mitattuna henkisiä toimintoja mittavalla kyselyllä, mutta palveluohjausta saaneilla vain 3,8 % ja verrokeilla 9,4 %. Useissa tutkimuksissa havaittiin palveluohjausta saaneilla iäkkäillä asiakkaila selvästi parantuneita itsehoitovalmiuksia ja selviytymistaitoja (Donagrandi ja Eddy 2000, Nelson ja Arnold-Powers 2001). Fergusonin ja Weinbergerin (1998) meta-analyysissä mainittiin toimintakyvyn nousua 6:ssa tutkimuksessa palveluohjausta saaneilla iäkkäillä asiakkaila, kaikkiaan 9:stä tutkimuksesta 3:ssa ei mainittu toimintakyvyn muutoksista. Kotona asuvien iäkkäiden asiakkaiden kroonisen kivun hallinta parani ja kivun kokeminen väheni 3 vuoden palveluohjauskokeilussa (Lloyd ym.1997).

Hoidon laadun paraneminen palveluohjauksen etuna mainittiin useissa tutkimuksissa (MacKenzie ym. 1998, Anderson-Loftin 1999, Donagrandi ja Eddy 2000), samoin myönteisen hoitaja-potilassuhteen kehittyminen (MacKenzie ym. 1998, Schmidt ym. 1999, Donagrandi ja Eddy 2000, Nelson ja Arnold-Powers 2001), joka loi asiakkaalle varmuutta, turvallisuutta ja mukavuutta. Luottamuksellinen suhde sairaanhoitaja-palveluohjaajaan lisäsi myös asiakkaiden tyytyväisyyttä lääkäriin (Donagrandi ja Eddy 2000). Elämänlaadun paraneminen ja asiakastyytyväisyys ovat keskeisiä asiakkaiden kokemuksellisia havaintoja palveluohjauksesta (Ferguson ja Weinberger 1998, Donagrandi ja Eddy 2000, Long ja Marshall 2000, Dunn ym. 2001, Nelson ja Arnold-Powers 2001). Ainoastaan portinvartija-tyyppisessä palveluohjauksessa ei havaittu hoivan laadun parantumista, kulujen säästöä kyllä (Ferguson ja Weinberger 1998). Donagrandin ja Eddyn (2000) mukaan palveluohjaajat kokivat palveluohjaustoiminnan kohentaneen heidän käytännön taitojaan ja lisäksi ilmeni selkeää tyytyväisyyden lisääntymistä (Anderson-Loftin 1999).

Iäkkäiden asiakkaiden terveydenhuollon kulut laskivat useimmissa tutkimuksissa palveluohjauksen ansioista (MacKenzie ym. 1998, Donagrandi ja Eddy 2000, Landi ym. 2000, Dunn ym. 2001). Italialaisissa tutkimuksissa (Bernabei ym. 1998) rahallinen säästö vaihteli 1200 USD – 1800 USD/asiakas/vuosi. Landin ym. (2000) mukaan säästö oli noin 27 % vuodessa. Dunn ym. (2001) havaitsivat 300 USD säästön palveluohjausta saaneiden asiakkaiden vuosittaisissa terveydenhuollon kustannuksissa. Fergusonin ja Weinbergerin (1998) meta-analyysissä kuluja ei säästynyt 3:ssa tutkimuksessa 9:stä. Longin ja Marshallin (2000) 2 vuoden seurantatutkimus, joka kohdistui 317 erittäin huonokuntoiseen iäkkääseen henkilöön, osoitti, että palveluohjaus tuli kalliimmaksi, mutta asiakastyytyväisyys lisääntyi selvästi. Tässä tutkimuksessa todettiin, että palveluohjausta saaneet huonokuntoiset iäkkäät asiakkaat elivät keskimäärin 106 päivää kauemmin kuin verrokkit, ja lisäkustannukset tästä olivat n. 40 USD/lisäelinpäivä.

Ensimmäinen suomalainen palveluohjauskokeilu sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtiin vuosina 1995-1996 Hämeenkyrössä ja Tampereella (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997). Kokeilua toteutettiin käytännössä 6 kuukautta kummallakin paikkakunnalla. Palveluohjauksen kohderyhminä olivat iäkkäiden asiakkaiden lisäksi kehitysvammaiset henkilöt ja avopsykiatrisen pitkäaikaisasiakkaat. Pääpaino oli käytännön kokemuksen saamiseksi palvelujen järjestämisestä eikä niinkään budjetillinen vastuu tai rahan säästö; tosin osa palveluohjaajista sai pienen määrärahan käyttöönsä palvelujen oston varten. Kokeilun tuottamat tulokset tukivat ulkomaisten tutkimusten tuloksia ja antoivat viitettä siitä, että asiakaslähtöisellä palveluohjauksella on mahdollista parantaa sekä palvelujen laatua että pienentää kustannuksia. Havaittiin myös, että palveluohjaus täytyy käytännössä soveltaa paikallisen palvelujärjestelmän mukaan. Hämeenkyrö ja Tampere poikkesivat toisistaan mm. asiakas- ja kuntarakenteiltaan ja kolmannen sektorin toiminnassa niin paljon, että palveluohjauksen toteutuksessa oli eroja. Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) mukaan täytyy myös miettiä tarkkaan, kuka voi toimia palveluohjaajana. Tässä kokeilussa ohjaajina toimivat muutkin kuin sairaanhoitajat ja sosiaalityöntekijät. Yksi ristiriita kokeilussa liittyi palveluohjaajan rooliin, edustaako hän rahoittajaa vai asiakasta. Lisäksi asiakkaiden tasavertainen kohtelu loi haastetta. Kokeilun tuloksena päädyttiin esittämään, etteivät kaikki asiakkaat tarvitse palveluohjausta. Palveluohjausta tarvitaan etenkin monimutkaisissa asiakastilanteissa, joissa on olemassa vaihtoehtoja palvelukokonaisuuden järjestämiseksi. Palveluohjausta verrattiin omahoitajamalliin. Niissä on paljon yhtymäkohtia, mutta palveluohjauksen kokonaisvaltaisuus ja vastuullisuus ulottuvat hoidon organisoinnin lisäksi laajemmalle kuin omahoitajamallissa. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997.)

Palveluohjaukseen kohdistuneessa kritiikissä väitetään, ettei menetelmä tuo mitään uutta, vaan hyvä sosiaalityö ja sairaanhoito on aina sisältänyt samat ainekset kuin palveluohjauskin. Esitetään myös, että palveluohjauksesta huolimatta hoivan saavutettavuus on rajallista, omaishoitajien ja hoidettavien välit ylikuumentuvat, potilailta evätään hoitoa ja kulut ovat kasvaneet. (Ala-Nikkola ja Sipilä 1999, 72, Donagrandi ja Eddy 2000.)

3. TUTKIMUKSEN PÄÄMÄÄRÄ JA TAVOITTEET

Tutkimuksen päämääränä oli saada tietoa palveluohjauksen toteutettavuudesta Espoonlahden kotihoidossa. Tavoitteena oli myös saada kokemusta, jonka avulla voidaan käynnistää laajempi työtavan muutos Espoonlahden kotihoidossa tämän tutkimuksen jälkeen.

Toteutettavuus käsitettiin tässä tutkimuksessa palveluohjauksen soveltuvuutena Espoonlahden kotihoitotyöhön, sen hyödyllisyytenä ja tarpeellisuutena iäkkäille asiakkaille, työntekijöille ja työyhteisölle sekä mahdollisen lisäarvon saamisena.

Tutkimuksen tavoitteet olivat:

1. Selvittää palveluohjaajien käsityksiä palveluohjauksoikeilun kautta palveluohjauksen soveltuvuudesta, tarpeellisuudesta, hyödystä ja lisäarvosta Espoonlahden kotihoidossa, mutta myös selvittää asiakkaiden ja omaisten käsityksiä palveluohjauksen tarpeellisuudesta ja hyödystä.
2. Selvittää minkälaisille asiakkaille palveluohjausta kannattaa toteuttaa.
3. Selvittää kenen toimesta palveluohjausta voisi toteuttaa Espoonlahden kotihoidossa.
4. Selvittää jatkotyöstämistä laajempaa työtavan muutosta varten.

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimusmenetelmäksi valittiin toimintatutkimus, koska tutkimus toteutettiin osana todellisen työyhteisön arkityötä työyhteisön omien jäsenten osallistuessa palveluohjauksoikeiluun ja pyrkiessä löytämään muutosvälineitä työtapaansa.

Toimintatutkimuksella ei ole selkeää määritelmää, mutta siihen kuuluu keskeisesti pyrkimys saada aikaan muutos käytännön toimintaan. Toimintatutkimus yhdistää tutkimuksen ja käytännön toiminnan. Se kohdentuu aina johonkin tiettyyn ajallisesti ja paikallisesti rajattuun yhteisöön. Toimintatutkimus poikkeaa perinteisestä objektiivisesta tutkimuksesta monella tavalla. Toimijoina siinä ovat tasavertaisina tutkija ja todellisen yhteisön jäsenet, jotka yhdessä pyrkivät toiminnallaan saamaan muutoksen parempaan kyseisen yhteisön toiminnassa. Tutkija toimii ohjaajana ja katalysaattorina muutoksessa, ja hän on samalla myös osa tutkimuskohdettaan. Tutkija ei ota etäisyyttä tutkittavaan kohteeseen, vaan on päinvastoin aktiivisessa vuorovaikutuksessa toimijoiden kanssa koko muutosprosessin ajan. Toimintatutkimukselle asetetaan aina tavoitteita, joita kohden yhdessä toimien muutosta pyritään toteuttamaan, tämä edellyttää kaikilta osallistujilta sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. (Eskola ja Suoranta 1999, 128-131.)

Muutokseen pyritään prosessinomaisesti vähitellen ja usean vaiheen kautta hyödyntäen muutosprosessissa jo saatuja kokemuksia. Tutkimusongelma ei välttämättä ole selkeästi ilmaistavissa tutkimusprosessin alussa, vaan se täsmentyy prosessin myötä. Toimintatutkimuksessa havaitaan usein prosessin aikana uusia ongelmia, jotka johtavat uuteen tutkimussykliin. Toimintatutkimus toteutuukin spiraalimaisesti siten, että kehitettävä toiminta etenee suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja arvioinnin kehänä, jossa eri vaiheet saattavat toteutua osin päällekkäin. Prosessi on myös tarkoituksella avoin ja herkkänä muutoksen vaikutuksille. (Kiviniemi 1999, 66-69.)

Toimintatutkimusta tehdään lähellä käytäntöä, tutkija itse voi tulla yhteisön ulkopuolelta tai hän voi olla myös yhteisön jäsen. Toimintatutkimukseen liittyy olennaisesti osallistujien yhteisiä keskusteluja ja tapaamisia, joissa toimintaa arvioidaan ja suunnitellaan. Aineistonkeruu voidaan toteuttaa monella eri menetelmällä. Toimintatutkimuksessa erityispiirteenä on osallistujien itsensä suorittama aineistonkeruu. Lähes kaikkea, mitä tapahtuu tutkimuksen aikana voi sisällyttää tutkimusraporttiin. Aineiston tarkoitus on viedä tutkijaa lähelle tutkimuskohdetta. Tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, haastattelut ja toiminnan aikana syntyneet dokumentit. Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää kvalitatiivisen aineiston ohella myös kvantitatiivisia menetelmiä. Analysoinnissa lähtökohtana on ydinteemojen kehittäminen kerätystä aineistosta käsin. (Heikkinen ja Jyrkämä 1999, 36-38, 40 ja 55, Kiviniemi 1999, 75-77.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Espoonlahden kotihoidon kuvaus

Espoonlahden kotihoito kuuluu hallinnollisesti Espoon kaupungin Espoonlahden sosiaali- ja terveyskeskukseen, jonka vastuualueella asuu noin 45.000 asukasta Lounais-Espoossa. Espoonlahden kotihoito käsittää valvotun kotisairaanhoidon, kotipalvelutyön, kotihoidon tukipalvelut, omaishoidontuen, vanhusten avopalvelukeskuksen, 22-paikkaisen vanhusten palvelutalon ja päiväsairaalan. Kentän kotihoito (asiakkaiden kodeissa tapahtuva työ) on jakautunut 6:een alueelliseen työryhmään. Näissä työryhmissä työskentelee 4-10 työntekijää. Kussakin työryhmässä on 1-2 sairaanhoitajaa tai terveydenhoitajaa, 3-8 kodinhoitajaa, lähihoitajaa, perushoitajaa tai kotiavustajaa. Yhteensä kentän kotihoitotyössä on Espoonlahdessa noin 48 työntekijää. Kotihoitopalveluja annetaan omana toimintana kaikkina viikonpäivinä noin klo 7-22 ja

yöaikaan etupäässä ostopalveluna. Ostopalvelua käytetään harkitusti muinakin aikoina oman toiminnan lisänä. (Espoonlahden sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2002a.)

Espoonlahden kotihoidolla on noin 200 vakituista kotikäyntiasiakasta kuukausittain, tämän lisäksi tukipalveluja saa noin 300 asiakasta vuosittain, näistä noin 165 saa ateriapalvelua. Asiakkaista valtaosa on yli 65-vuotiaita (63% vuonna 2001), mutta kotihoidon resursseja käytetään myös työikäisten vammaisten tukemiseen. Kotihoidon lapsiperhetyö on sairaanhoitoa lukuun ottamatta kokonaan sosiaalityössä. (Espoonlahden sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2002b.)

Espoonlahden kotihoito noudattaa Espoon kaupunkistrategiaa, jossa ainoa kotihoitoon liittyvä sitova tulostavoite vuonna 2003 on, että ”vähintään 92% 75 vuotta täyttäneistä alueen asukkaista asuu kotona tai palveluasunnossa” (Espoon kaupunki 2001). Kotihoitotyössä noudatetaan kuntouttavaa työtettä, jonka johtoajatus on, ettei asiakkaiden puolesta tehdä sellaista, mihin he itse pystyvät. Tarvittaessa työryhmät saavat ohjausta ja apuvälinearviointia kotihoidon omalta fysioterapeutilta, jonka pääasiallinen työpiste on päiväsairaalassa, mutta jonka työajasta osa voidaan kohdentaa kentän kotihoitotyöhön. Kotihoitotyötä Espoonlahdessa on sävyttänyt vuodesta 1993 lähtien itseohjautuvan tiimityön periaate, jonka myötä eri työryhmien palveluperiaatteet ovat kehittyneet jonkin verran erilailla. Tämä on voinut johtaa siihen, että asiakkaat eri puolilla Espoonlahtea ovat saaneet eri perustein palveluja. Tämä kehitys ei ole Espoon sosiaali- ja terveystoimen toimintastrategian mukaista, vaan kaupungin asukkaiden tulisi saada tasavertaisesti ja samoin perustein palveluja. Espoonlahden kotihoidon organisaatiota uudistettiin elokuussa 2002, jolloin muodostettiin aiemmin kokonaan puuttunut lähiesimiestaso ja päätettiin luopua työryhmien itseohjautuvuudesta. (Espoonlahden sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2002a.)

Dementiapäivähoito on järjestetty Espoonlahdessa kokonaan ostopalveluna. Espoonlahdella on oma kotiosasto paikallisessa terveystieteiden keskuksessa, jonka kanssa tehdään yhteistyötä mm. SAS-toiminnassa (SAS = Selvitä – Arvioi - Sijoita). Espoossa toimii myös kotisairaala, joka antaa lyhytaikaista sairaalatasoista hoitoa kotiin. (Espoon kaupunki 2002, Espoonlahden sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2002a.)

5.3 Palveluohjauskokeilun toteuttaminen

Tutkimuksen toteuttamisen ajatus syntyi Espoonlahden kotihoidossa itsekin työskentelevän tutkijan tutustuttua palveluohjaukseen ensin sosiaalipolitiikan, ja myöhemmin gerontologian opintojen yhteydessä. Samalla mielessä olivat kotihoidon kentältä nousseet toiveet palvelujen kehittämisestä yhtenäisemmiksi ja tasa-arvoisemmiksi eri työryhmien asiakkaiden kannalta sekä työn saaminen systemaattisemmaksi asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa. Syntyi vaikutelma, että palveluohjaukselle saattaisi olla tilaus Espoonlahden kotihoidossa.

Syksyllä 2002 järjestettiin 2 koulutustilaisuutta palveluohjauksesta Espoonlahden kotihoidon sairaanhoitajille. Palveluohjauksen saaman myönteisen vastaanoton perusteella päätettiin toteuttaa 1.1.-30.4.2003 palveluohjauksoikeilu. Kokeilu päätettiin toteuttaa ajanpuutteen vuoksi toimintatutkimuksen pilottitutkimuksena, siten että palveluohjauksoikeilu ja siitä saadut kokemukset muodostivat laajemmasta toimintatutkimuksesta poiketen vain sen ensimmäisen osion, yhden muutoshakuisen toimintavaiheen suunnittelun, toteutuksen, havainnoinnin ja arvioinnin. Tutkimuslupa myönnettiin 3.12.2002 (Liite 1). Pääasiallisin suunnitteluvaihe tapahtui syksyllä 2002, toteutus ja havainnointi käytännössä 1.1-30.4.03 ja arviointia tehtiin yhteisillä tapaamisilla kevään mittaan, viimeisin arviointi toteutettiin 14.5.03. Tutkimussyklin vaiheet tapahtuivat osittain päällekkäin.

5.2.1 Palveluohjaajat ja asiakkaat

Kokeiluun valittiin 4 vapaaehtoista kotihoidon pitkäaikaista sairaanhoitajaa, jotka olivat innokkaita kehittämään työtään ja kokeilemaan palveluohjausta. Heidän työkokemuksensa kotihoitotyöstä vaihteli 7 vuodesta 13 vuoteen. Sairaanhoitajien valintaan palveluohjaajiksi päädyttiin kirjallisuudesta saatujen havaintojen perusteella (Jennings 2000, Dunn ym. 2001). Palveluohjaaja - sairaanhoitajat saivat itse valita kotihoitotyöryhmien entisistä ja uusista yli 75-vuotiaita asiakkaita yhteensä 30 asiakasta. Palveluohjaajakohdaiset asiakasmäärät sovittiin etukäteen siten, että 2 palveluohjaajaa valitsi kumpikin 9 asiakasta ja kaksi palveluohjaajaa valitsi 6 asiakasta kumpikin. Asiaksmääriin vaikuttivat palveluohjaajien työajan käyttömahdollisuudet. Asiakkaista 24 oli ollut kotihoidon kirjoilla aiemmin ja 6 asiakasta tuli uutena kotihoidon palvelujen piiriin tutkimuksen aikana. Asiakkaista 3 kuoli kesken kokeilun ja 4 asiakasta joutui sairaalahoitoon niin, että heidän kohdallaan palveluohjauksoikeilu jäi kesken. Kahta asiakasta ei tavoitettu loppuarviota ja – haastattelua varten. Asiakkaiden keski-ikä oli 83,6 vuotta (vaihteluväli 77 – 94 vuotta). Heistä oli naisia 21 ja miehiä 9.

5.2.2 Tutkijan ja palveluohjaajien yhteydet ja palveluohjauksen työvälineet

Palveluohjaajia kehoitettiin pitämään päiväkirjaa omista havainnoistaan ja ottamaan herkästi yhteyttä tutkijaan, joka oli tavoitettavissa kaikkina arkipäivinä kahta lomapäivää lukuun ottamatta kokeilun aikana. Yhteydenottoja puhelimitse tapahtui noin joka toinen viikko. Tutkija ja toimijat olivat myös sähköpostiyhteydessä keskenään, sähköpostitse yhteydenottoja tapahtui noin 1-2 viikossa, ja niistä oli mahdollista vaihtaa tarvittaessa ajatuksia kaikkien palveluohjaajien kanssa sähköpostitse. Tutkija järjesti lisäksi kuukausittain yhteistapaamiset palveluohjaajille, yhteensä 4 kertaa kokeilun aikana. Tapaamisissa vaihdettiin kokemuksia ja selkiytettiin tavoitteita.

Tutkija laati palveluohjaajien käyttöön palvelutarpeen kartoittamista ja suunnittelua varten ensi-, väli- ja loppuarviointilomakkeet (Liite 2). Lomakkeet esiteltiin palveluohjaajien toimesta, ja niihin tehtiin pieniä korjauksia. Lomakkeita varten jokaiselle palveluohjaajalle koottiin oma kansio niin, että jokaista asiakasta varten oli välilehdellä erotettuna ko. lomakkeet ja informoitu suostumuslomake (Liite 3). Lisäksi kansiossa oli keskeisimpien etuisuuksien hakupapereita ja ohjeita. Keskeisimpiä iäkkäille henkilöille suunnattuja etuisuuksia ovat Kelan eläkkeensaajan hoitotuki, Kelan eläkkeensaajan asumistuki, kunnan omaishoidontuki ja kuljetuspalvelutuet (Kela 2002, Espoon kaupunki 2002). Kansiossa oli myös alueen palveluista kertovia ”Iäkkäänä Espoonlahdessa” – (”Äldre i Esboviken”) oppaita jaettavaksi asiakkaille. Kansiossa oli myös muistin tukemiseksi 2-sivuinen kooste siitä, mitä palveluohjaus on (Liite 4).

5.2.3 Kotikäynnit ja palveluohjauksen sisältö

Palveluohjaus on aina paikallinen sovellus, mutta siinä on havaittavissa tietyt prosessin osiot: ongelman määrittely, suunnittelu, koordinointi, toteuttaminen ja arviointi (Anderson-Loftin 1999). Se voidaan terveydenhuollossa myös esittää viisivaiheisena prosessina, joka muodostuu asiakkaiden valinnasta, asiakkaiden palvelutarpeiden arvioinnista, palveluiden suunnittelusta ja järjestämisestä, palvelutavoitteiden seurannasta ja hoivajärjestelyn korjaamisesta (Ala-Nikkola ja Sipilä 1999, 68-71).

Espoonlahden kotihoidon palveluohjauskokeilun sisältö muodostui asiakkaiden valinnasta, yhteydenotoista ja kotikäynneistä. Prosessiin sisältyi palveluohjauslomakkeiden läpikäyminen asiakaskohtaisesti, asiakkaiden neuvominen ja ohjaus, palvelupakettien suunnittelu ja toteutus.

Prosessiin kuuluivat myös väliarvioinnit ja tarvittava hoivajärjestelyjen korjaaminen sekä loppuarvio joko puhelimitse tai kotikäynnillä.

Palveluohjauksessa keskeistä ovat kotikäynnit ja myöhemmin myös puhelimitse tapahtuva yhteydenpito asiakkaan kanssa (Häkkinen 2000). Tässä tutkimuksessa palveluohjaajat soittivat valituille asiakkaille ja kysyivät asiakkaan alustavaa suostumusta osallistua kokeiluun sekä sopivat ensimmäisen käynnin ajankohdan. Kukaan valittu asiakas ei kieltäytynyt osallistumasta kokeiluun. Alustava tavoite oli, että kaikki palveluohjausasiakkaat olisi arvioitu tammikuun 2003 aikana, jotta lyhyestä kokeilujaksosta (4 kk) huolimatta olisi ollut mahdollisuus tarvittaessa väliarviokäynteihin kodeissa. Käytännössä ei päästy tähän tavoitteeseen, vaan osa ensikäynneistä suoritettiin vasta myöhemmin.

Ensimmäisellä kotikäynnillä suoritettiin kunkin asiakkaan laaja palvelutarpeenmääritys, jossa apuna käytettiin mm. RaVa-toimintakykymittaria (Liite 5, Suomen Kuntaliitto 2002). Havaittuihin asiakkaan päivittäisten toimintojen (mm. ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen ja lääkityksestä huolehtiminen) olemassa oleviin tai uhkaaviin vajeisiin paneuduttiin erityisesti, ja selvitettiin millaista ulkopuolista apua asiakas tarvitsi selviytyäkseen kotona. Palveluohjaaja selvitti myös asiakkaan oman tukiverkoston, asiakkaan omat voimavarat ja kompensatiokyvyn. Palveluohjaaja suunnitteli asiakkaan kanssa yhteistyössä sopivan palvelupaketin. Tässä huomioitiin kuntouttava työote, jonka periaatteiden mukaan asiakkaalle tarjotut ulkopuoliset palvelut kohdistuivat vain sellaisiin päivittäisten toimintojen tarpeisiin, joita asiakas ei pysty itse tyydyttämään. Kotihoidon resurssit oli huomioitava palvelujen tarjonnassa, ja tarjotut palvelut ja perusteet niiden saamiselle noudattivat Espoonlahden kotihoidon toimintasuunnitelmaa. Asiakkaiden oikeudet keskeisimpiin etuisuuksiin, esimerkiksi Kelan eläkkeensaajan hoitotukeen, selvitettiin asiakkaan niin toivoessa ja asiakasta autettiin tarvittaessa hakemaan kyseistä etuutta. Ensimmäisellä käynnillä arvioitiin ja sovittiin myös seuraavan arvioinnin (väliarvio) ajankohta, ja asiakkaille jätettiin palveluohjaajan yhteystiedot. Asiakkaita rohkaistiin ottamaan yhteyttä tarvittaessa jo ennen sovittua väliarviointia. Loppuhaastattelu, jossa kaikki kokeilussa loppuun asti mukana olleet 21 asiakasta tavoitettiin puhelimitse tai kotikäynnillä, toimi samalla palveluohjauksen pääasiallisena väliarviona. Muita väliarvioita alku- ja loppuarvion välisenä aikana tehtiin vain 6, koska palveluohjauskokeilu oli lyhytkestoinen. Väliarvioissa arvioitiin palvelutarpeen muutosta ja tehtiin tarvittaessa korjauksia palveluihin. Palveluohjaajat kirjasivat kaikki kerätyt tiedot kunkin asiakkaan kohdalle palveluohjauskansion lomakkeille. Palveluohjaaja raportoi asiakkaan väestövastuista kotihoidon työryhmää palveluohjauskäynnistä. Osan palvelupakettiin kuuluvista palveluista palveluohjaaja

delegoi kotihoidon työryhmälle tai muulle vastuutaholle, osan hän toteutti itse tai, mikäli palvelu kuului kotihoidon normaaliin ostopalveluun, se voitiin toteuttaa ostopalveluna. Asiakkaita ohjattiin myös käyttämään yksityisen ja kolmannen sektorin palveluja.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineisto muodostui kokeilun loppuvaiheessa toteutetuista palveluohjaajien yksilöhaastatteluista, palveluohjauskansioiden lomakkeiden kuvailevista tiedoista ja palveluohjaajien toteuttamista asiakashaastatteluista.

Tutkija haastatteli palveluohjaajat 17.4-2.5.2003. Haastattelujen ajankohdat ja paikat sovittiin jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Haastattelupaikat olivat rauhallisia suljettuja tiloja, joten mm. muun kotihoitotyöryhmän toiminta ei häirinnyt tilannetta. Haastattelut kestivät 40-65 minuuttia. Haastattelumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Kysymyksiä oli 9, joista kahdessa oli 3 alakohtaa (Liite 6). Haastateltaville kerrottiin ennen kysymyksien esittämistä, ettei heitä voida tunnistaa jälkepäin tutkimusraportista, nauhoitteet hävitetään kirjalliseen muotoon purkamisen jälkeen ja, ettei haastattelija kommentoi vastauksia kesken haastattelun, vaikka toimintatutkimuksen elementteihin kuuluukin tutkijan aktiivinen osallistuminen tutkittavaan kohteeseen. Haastattelujen nauhoittamisesta ei kieltäytynyt kukaan haastateltavista. Haastattelija luki kysymykset vuorollaan haastateltavalle. Analysointia varten palveluohjaajien nauhoitetut haastattelut purettiin kunkin haastattelun jälkeen saman päivän aikana kirjalliseen muotoon. Kirjallista materiaalia näistä syntyi 21 sivua.

Palveluohjauskansioiden asiakaskohtaisista lomakkeista saatiin kuvailevia tietoja asiakkaista (mm. ikä, sukupuoli, kotihoidon aiempi asiakkuus, toimintakyky pisteytys RaVa-indeksillä, palvelutarve) ja lisäksi tietoja tehdyistä palvelusuunnitelmista ja yhteydenotoista.

Palveluohjaajat tekivät asiakkaille kokeilun loppuvaiheessa (huhtikuussa 2003) 4:n kysymyksen haastattelun (Liite 7). Osa haastatteluista tehtiin puhelimitse ja osa kotikäynneillä. Palveluohjaajien toimimiseen haastattelijoina päädyttiin, koska ei haluttu hämmentää iäkkäitä asiakkaita useammilla vierailuilla ihmisillä, vaan nähtiin inhimilliseksi toteuttaa haastattelu asiakkaille tuttujen työntekijöiden voimin. Palveluohjaajille annettiin suullisesti ja kirjallisesti ohjeet haastattelujen toteuttamisesta. Kysymyksistä kaksi oli Likert-tyyppisiä mielipideväittämiä ja niissä molemmissa oli myös avovastausvaihtoehto. Yhdessä kysymyksessä oli 5 vastausvaihtoehtoa ja lisäksi

avovastausmahdollisuus. Yksi avokysymys oli tarkoitettu omaista varten, jos omainen oli tavoitettavassa, muuten se jätettiin tyhjäksi. Haastatteluja ei nauhoitettu vaan haastattelijat kirjasivat vastaukset suoraan kysymyslomakkeelle. Haastatteluja kertyi 19 asiakkaalta ja 2 omaista vastasi asiakkaan puolesta, koska nämä eivät pystyneet itse vastaamaan. Omaisille tarkoitettuun kysymykseen vastasi 6 omaista.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Analyysissa painottuivat palveluohjaajien haastattelut muuhun materiaaliin nähden. Toimintatutkimuksessa olennaista on, että todellisen työyhteisön jäsenet pyrkivät kehittämään omaa tietoisuuttaan uudistamisen kohteena olevasta ilmiöstä ja pyrkivät pohtimaan toimintansa perusteita reflektiivisesti tavoitteenaan muuttaa toimintaa entistä parempaan suuntaan (Kiviniemi 1999, 76).

Kirjallisessa muodossa aineisto luettiin läpi useaan kertaan. Lukemisen kautta aineisto jäsenyi ja ryhmittyi palveluohjaajien haastattelurungon perusteemoittelun mukaan. Haastattelukysymykset oli laadittu tutkimuksen tavoitteita silmällä pitäen, joten haastattelurunko sopi analyysin alustavaan jäsenyykseen luontevasti. Tietokonetta käytettiin apuna ryhmiteltäessä aineistoa. Lukemisen kautta jäsenyneille 9:lle perusteemalle muodostettiin omat tiedostot, joihin kerättiin kaikki kuhunkin perusteema-alueeseen liittyvät palveluohjaajien käsitykset. Osa käsityksistä oli löydettävissä suoraan perusteemaa vastaavista haastatteluvastauksissa, mutta osa liittyi muiden perusteema-alueiden haastatteluvastauksiin. Kaikista perusteema-alueista tiivistyi 7 teema-alueita, jotka sisälsivät kaikkien palveluohjaajien käsitykset kustakin teema-alueesta. Asiakkaiden ja omaisten käsitykset esitettiin niitä vastaavien teema-alueiden yhteydessä. Asiakkaiden haastattelu oli teemoiltaan suppeampi kuin palveluohjaajien haastattelu.

6 TULOKSET

Tulokset esitetään teema-alueiden kautta. Palveluohjaajien haastatteluista nousseet ensimmäiset teema-alueet käsittelevät palveluohjauksen tarpeellisuutta ja sen tuomaa hyötyä, palveluohjauksen huonoja puolia ja siitä saatavaa lisäarvoa Espoonlahden kotihoidossa. Hyödyt ja huonot puolet on esitetty erikseen asiakkaan, työntekijän ja työyhteisön kannalta. Muut teema-alueet käsittelevät keille palveluohjausta kannattaa antaa, kuka voi toimia palveluohjaajana ja jatkotyöstämishdotuksia työtavan muutokselle. Asiakkaiden ja omaisten käsitykset liittyvät palveluohjauksen tarpeellisuuteen ja sen tuomaan hyötyyn asiakkaiden kannalta, ja kuka voi toimia

palveluohjaajana. Kursivoidut lainaukset ovat haastateltujen sanatarkkoja lainauksia. Palveluohjauskokeilun aikana toteutetuista palveluista esitetään kuvailevaa tietoa kappaleessa 6.1.1.

6.1 Käsitukset palveluohjauksen tarpeellisuudesta ja sen tuomasta hyödystä

6.1.1 Asiakkaan kannalta

Palveluohjaajien käsitykset

Kaikki palveluohjaajat kokivat, että palveluohjauksesta oli ollut asiakkaille hyötyä. Palveluohjaus nähtiin asiakaslähtöisenä toimintana. Asiakkaan palvelutarpeen kartoittaminen kotikäynnillä yhdessä asiakkaan ja joissain tapauksissa myös omaisen kanssa koettiin merkitykselliseksi. Palveluohjaajat kokivat, että asiakkaan asiat tulivat järjestelmällisesti tarkistettua ja hoidettua. Useat palveluohjaajat toivat esiin kuinka tärkeää oli, että asiakkaalle oli varattu aikaa, asiakas sai kertoa asioistaan ja tarpeistaan sekä kysellä palveluista. Palveluohjaajat kokivat, että asiakkaalle oli merkityksellistä, että hänet oli huomioitu yksilönä ja häntä oli kuunneltu. Palveluohjaajat arvioivat asiakkaiden hyötynneen erityisesti myös tiedon saamisesta. Useilla asiakkailla ei ollut tietoa etuisuuksista ja niiden hakemisesta, kotihoidon palveluperiaatteista tai alueen verkostoista ja muista palveluista, esimerkiksi palvelulinjan käytöstä. Muutamat palveluohjaajat kokivat, että palveluohjauksella voidaan luoda asiakkaalle turvallisuudentunnetta, joka voi auttaa ihmistä jaksamaan paremmin. Näin koettiin erityisesti silloin, kun asiakas pohti selviytymistään tulevaisuudessa toimintakyvyn huonontuessa. Palveluohjaajien mukaan esille tuli myös sellaisia palvelutarpeita, jotka olivat aiemmin syystä tai toisesta jääneet huomioimatta, vaikka asiakkaan luona kävi säännöllisesti kotihoidon työntekijöitä. Yksi palveluohjaaja toi esiin, että asiakkaat eivät välttämättä raaski kertoa kotihoidon vakituisille työntekijöille kaikkia asioita, joista haluaisivat puhua, koska näillä on niin paljon työtä. Palveluohjaajan mukaan hänet koettiin neutraaliksi henkilöksi, jolle saattoi kertoa näistäkin asioista.

Kokeilussa toteutetut palvelut

Palveluohjauskokeilun aikana autettiin 17:stä asiakasta hakemaan erilaisia keskeisimpiä etuisuuksia. Apuvälinearvioita tai apuvälinetilauksia tehtiin 5 asiakkaalle. Muutoksia hoito- ja palvelusuunnitelmaan tehtiin ensiarvioissa 11 asiakkaalle. Lisäksi korjausta palveluihin tehtiin väliarvioissa 4 asiakkaalle. Kahden asiakkaan palvelutarve väheni ensikäyntiarvioin ja loppuarvioin välisenä aikana. Muutamille asiakkaille tehtiin pieniä tarkistuksia kotihoidon käyntiaikoihin tai

tarkistettiin entisen hoito- ja palvelusuunnitelman paikkansa pitävyyttä mm. työtuntien ja maksujen määräytymisen suhteen.

”... asiakas sai tietoa ja hänen asiat tuli järjestykseen...”

”... kaikki asiakkaat on kokeneet sen positiivisena kokemuksena ja se et heidät on huomioitu ja heitä on kuunneltu he ovat saaneet kertoa asioistaan...”

”.. kyllä se tiedon olemassa olo oli aika vähäistä sieltä tuli paljon tulevaisuuteen viittaavia kysymyksiä et esimerkiksi jos sairastun näin voidaanko minua hoitaa näin kotona ...”

”...luodaan sellainen turvallinen tunne ja ne tietää mikä on tällainen instanssi mikä pitää huolta niin se vähentää turhaa huolta ja ihminen jaksaa paremmin...”

Asiakkaiden käsitykset

Asiakkaista yhtä lukuun ottamatta kaikki kokivat palveluohjauksen erittäin tarpeellisena (10 asiakasta) tai melko tarpeellisena (10 asiakasta). Yksi asiakas koki palveluohjauksen yhdentekevänä. Useat asiakkaat kokivat, että palveluohjauksen kautta he saivat tietoa, apua ja tukea. Moni asiakas arvioi, että palveluohjauksen avulla omat oikeudet ja etuudet tulivat läpikäytyä ja tarkistettua kunnolla.

Valtaosa asiakkaista (12) koki, että olivat saaneet osallistua riittävästi omien palvelujensa suunnitteluun ja valintaan. Asiakkaista 8 koki saaneensa osallistua kohtalaisesti ja yksi koki saaneensa osallistua vain vähän.

”...Kelan hoitotukihakemus tuli täytettyä, asiat tuli tarkistettua, että ne on oikein...”

”... saa tietoa mistä saa apua, jos tarvitsee...”

”...sain varmuutta että asiat hoidetaan...”

”...helposti jää muuten joku asia hoitamatta, hyvä kun kysellään, hyvä tietää mitä me mietimme...”

”...pitää tutkia mitä tarvitaan...”

Omaisten käsitykset

Omaisista suurin osa koki, että palveluohjaus on tarpeellista, yksi omainen arvioi, että kotihoidon käynnit riittävät informaation antajana. Omaisten mukaan tärkein anti oli tiedon saanti ja tuki.

”...Sain ulkopuolisen näkemyksen ja arvion, palveluohjaus on ehdottomasti tarpeellinen, tiedonsaantikanava, kaikkiaan positiivinen kokemus...”

”...sain apua tätä kautta, uusia ihmisiä ja kontakteja, auttaa ymmärtämään tilannetta, ei ole yksin...”

”...Erittäin hyvä, sain tietoa...”

6.1.2 Työntekijän kannalta

Palveluohjaajien käsitykset

Työntekijän kannalta palveluohjaus koettiin myönteisenä. Palveluohjaajat arvioivat saaneensa paljon työn kannalta tärkeää tietoa asiakkaista. Laaja ensikäynti palvelutarvearvioineen loi hyvän pohjan asiakkaan tuntemukselle. Useat palveluohjaajat kokivat, että tarkka arvio ja keskustelu asiakkaan kanssa selkiyttivät kunkin asiakkaan tulevan kotihoitotyön toteuttamista. Palvelutarpeen kartoittamisessa käytetty lomake koettiin hyödylliseksi, koska sen avulla asiakkaan tilanne tuli järjestelmällisesti käytyä läpi. Yksi palveluohjaaja koki tämän palveluohjauskokeilun kautta, että ihmisestä välittämistä ja hyvää hoitotyötä on vielä olemassa, ja hän sai palveluohjaustoiminnasta uskoa omaan työhönsä.

”... työntekijä saa siitä hirveen paljon arvokasta tietoa mitä ei ehkä tuu tavallisella kotikäynnillä välttämättä ...”

”... se avaa mun mielestä kyllä enemmän kuin nykyinen toimintatapa se ensikäynnin tekeminen siinä keskitytään kyllä pitkälti vain siihen tämän just akuutin asian ja avuntarpeen määrittelyyn tämä on syvällisempi...”

6.1.3 Työyhteisön kannalta

Palveluohjaajien käsitykset

Palveluohjaajien mukaan työyhteisölle oli erityistä hyötyä palveluohjauksesta kertyneen tiedon saamisesta. Saatiin paljon asiakaskohtaista tietoa, ilmeni mm. väärinkäsityksiä, jotka voitiin oikaista palveluohjaajan toimesta. Erilaisia kotihoitotyön kehittämistarpeita nousi keskusteluissa asiakkaiden kanssa. Palveluohjaajien keskusteluissa kotihoidon työryhmissä kävi ilmi, etteivät monetkaan kotihoitotyöntekijät tunne tavanomaisimpiakaan etuisuuksia. Palveluohjaajat saattoivat välittää työyhteisölle asiakkailta myös paljon myönteistä palautetta kotihoidon toiminnasta. Useat palveluohjaajat arvioivat, että palveluohjauksoikeilu herätti hyviä ajatuksia ja keskustelua eri kotihoitotyöryhmissä asiakkaan kokonaisvaltaisemmasta ja asiakaslähtöisemmästä hoitamisesta tehtäväkeskeisen työtavan sijaan..

”... mun mielestä työyhteisö hyötyy siitäkin että se saa sitä positiivistakin palautetta koska sitäkin tuli todella paljon ja se on jotenkin semmoinen että miten paljon asiakkaat kuitenkin luottaa niihin omiin työntekijöihin ja et ne on todella tärkeitä ...”

”... eläkkeensaajan hoitotuki ja muut etuudet ei ole heille tuttuja he eivät tiedä niistä tarpeeksi...”

”... et se on ainakin herättänyt ajatuksia asiakaslähtöisempään ajatteluun vaikkei se ehkä toiminnan tasol viel oo paljonkaan mut silti se on herättänyt ajatuksia...”

6.2 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksen huonoista puolista

6.2.1 Asiakkaan kannalta

Kukaan palveluohjaajista ei kokenut, että palveluohjauksesta olisi ollut asiakkaille jotain erityisen huonoa. Ainoa mainittu huonopuoli liittyi palveluohjauksoikeilussa käytettyyn tutkimuslupaan, jotkut asiakkaat olivat kokeneet aluksi sen kovin virallisena. Se, että palveluohjaajien mahdollisuudet tarjota palveluja rajoittuivat vallitsevaan kotihoitotyötoimintasuunnitelmaan, ei herättänyt asiakkaita vastustusta palveluohjauksesta kohtaan. Kaksi palveluohjaajaa kokivat puutteena ensikäyntilomakkeessa sen, että psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä asioita ei ollut siinä oli riittävästi huomioitu.

”... asiakkaat kenelle mä soitin kukaan ei torjunu ei perunu ei jättänyt kesken ja eikä kukaan moittinut että täs olis mitään huonoa vaan päinvastoin...”

”... jos jotain huonoa on ollut niin asiakkaat ei ehkä ole ensin alkuun ymmärtäneet mitä tää tarkoittaa mihin he oikein menee mukaan...”

”...ei siinä muuten mun mielestä ollut mitään huonoa se sana tutkimuslupa oli niin hieno mut ku selitin et tää osio on virallinen osa ja muut paperi on sitä varten et mä kirjoitan muistiin mitä me sovitaan...”

6.2.2 Työntekijän kannalta

Kukaan palveluohjaajista ei kokenut, että palveluohjauksesta olisi ollut työntekijöille mitään erityistä huonoa puolta. Muutamat palveluohjaajat totesivat, että aluksi palvelutarpeenarvointi vei aikaa, mutta arvelivat sen korjaantuvan, mikäli palveluohjaus olisi osa normaalia työtapaa.

”... Mä en usko et siinä on mitään huonoja puolia...”

”... mun mielestä ei mitään se on mun mielestä hyvää palvelua...”

6.2.3 Työyhteisön kannalta

Palveluohjaajien käsityksen mukaan työyhteisölle palveluohjauksella ei ollut huonoja puolia lukuun ottamatta yhden palveluohjaajan kokemusta siitä, että hänen palveluohjaukokeiluun käyttämänsä aika oli pois kotihoitotyöryhmän muusta työstä. Potentiaalisena uhkana työryhmän yhteishengelle yksi palveluohjaaja näki sen, että palveluohjaus saatetaan kokea ylimääräisenä työnä joka rasittaa lisää työryhmää, ellei sitä osata tuoda työyhteisöön motivoivalla tavalla.

”... mä luulen että pikemminkin tiimitkin koki tän hyväks että heidän asiakkailla käyään ja he oli niinku ihan kiinnostuneita siitä että minkälaista siel oli...”

”... niin varmaan joku sitä ainakin sanois et taas se lähtee sinne ja joutuu ottamaan sen paikkoja (asiakaskäyntejä) et jotain napinaa ja nurinaa voi tulla...”

”... ei siin muuta mut olin aika paljon pois mut jos se on niinku totuttu työtapa ni silloinhan siihen varataan tietty aika en mä nää et siitä oli mitään haittaa työyhteisölle...”

6.3 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksen soveltuvuudesta Espoonlahden kotihoitoon

Kaikkien palveluohjaajien mielestä palveluohjaus soveltuu Espoonlahden kotihoitoon. Muutamien mielestä palveluohjausmalli olisi sovellettavissa sellaisenaan, mutta koulutusta ja tiedottamista tarvitaan.

”... mun mielest siin on niinkun suoraan sovellettavissa pääosin kaikki asiat tavallaan ne on niin oleellisia asioita sen ihmisen arvioinnissa ...”

”... mun mielest se on toteutettavissa, ja kyl mun mielestä se väliarviokäyntiki on ihan tärkeä ja kuuluu tähän asiaan koska jos tehdään vaan yksi käynti ni sielt ikään kuin jotku käynnistyy ja jotku jää kesken...”

6.4 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksella saavutettavasta lisäarvosta Espoonlahden kotihoidossa

Palveluohjaajat näkivät, että palveluohjauksen käyttöönotolla voitaisiin saavuttaa paljon erilaista lisäarvoa Espoonlahden kotihoidossa. Palveluohjauksella päästäisiin yhtenäisimpiin palvelulinjauksiin nykyisten kunkin työryhmän antamien hieman eriperusteisten palvelujen sijaan. Tätä kautta kotihoidon asiakkaiden tasa-arvoisuus palvelujen saamisen suhteen lisääntyisi koko Espoonlahden alueella. Palveluohjaajat uskovat myös asiakastyytyväisyyden lisääntyvän palveluohjauksen käyttöönoton myötä. Palveluohjaajat arvioivat, että palveluohjaus selkiyttäisi kotihoitotyötä. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat pysyisivät paremmin reaaliajassa, kun niitä tarkistettaisiin säännöllisesti väliarvioiden kautta. Tällä on merkitystä mm. asiakkaan maksuperusteiden määräytymisen kannalta (että asiakas maksaa todella siitä palvelusta mitä saa) ja kotihoidon resurssien järkevän ohjautumisen kannalta. Palveluohjauksella voitaisiin varmistaa, etteivät palvelut vain jää päälle, vaikka asiakkaan tarve olisi vähentynyt ja myös päinvastoin voitaisiin lisätä palvelua nykyistä herkemmin tarpeen mukaan. Kotihoitoa voitaisiin kohdentaa paremmin kaupungin toimintasuunnitelman mukaan oikeille asiakkaille ja oikea-aikaisesti. Palveluohjauksella voitaisiin selkiyttää ensikäyntiä. Jo pelkkänä sananakin palveluohjaus mieltyy yhden palveluohjaajan mukaan laajemmaksi ajatukseksi kuin sana ensikäynti. Useimpien palveluohjaajien arvioin mukaan palveluohjaus voisi kehittää kotihoitotyötä tehtäväkeskeisyydestä

kokonaisvaltaisemmaksi ja asiakaslähtöisemmäksi. Yhden palveluohjaajan arvioin mukaan kotihoidotyöhön voisi tulla myös tehokkuutta lisää palveluohjauksen kautta.

”... yks lisäarvo on että vaikka tää nyt tuntuu niin itsestään selvältä niin hoito- ja palvelusuunnitelma on oikein päivitetty että jos sattuu et siellä on puutteita tai on jotain vääriä tietoja niin mun mielestä se on jo lisäarvo sekä meille että asiakkaalle...”

”... tällähä me saatais sitä niinku koko tällä omalla alueella tasattuu sitä et ihmiset sais oikeudenmukaisesti sitä palvelua se tietysti mihin me sitä kohdennetaan...”

”... arviointi tulisi säännölliseksi palveluohjauksen myötä asiakkaille ei ennen ainakaan kerrottu että palveluja voidaan myös tarkistaa – vähentääkin...”

”... no meidän hoitotyö kehittyis ihan hirveesti se on ihan selkee asia silloinhan me ruvettais tekemään kokonasvaltaista hoitotyötä mehän opittais näkemään ihminen kokonaisuutena ja mitä kaikkee siihen ihmisen kohtaamiseen liittyy...”

6.5 Palveluohjaajien käsitykset palveluohjauksen piiriin valittavista asiakkaista

Palveluohjaajat arvioivat, että palveluohjaus Espoonlahden kotihoidossa tulisi kohdistaa kaikille kotihoidon asiakkaille. Yhteinen näkemys oli, että pitäisi aloittaa uusista asiakaista ja ottaa vanhemmat asiakkuudet sitten ajan myötä mukaan. Jotkut palveluohjaajat miettivät palveluohjausta aluksi vain ikääntyneille asiakkaille, mutta täydensivät vastaustaan kattamaan myös nuoremmat asiakkaat. Yksi palveluohjaaja näki, että palveluohjausta pitäisi antaa kaikille alueen halukkaille ikääntyneille ihmisille huolimatta siitä, ovatko he kotihoidon asiakkaita vai eivät. Yksi palveluohjaaja arvioi, että jos joku asiakasryhmä jäisi palveluohjauksen ulkopuolelle, niin he olisivat huonommassa asemassa kuin ne, jotka saisivat palveluohjausta.

”... tietysti uudet asiakkaat ja olis hieno juttu sekin et vois käydä myös vanhojen asiakkaiden kohdalla...”

”... mun mielestä ainakin kaikille uusille asiakkaille et se tulis sitä kautta ja vanhoille asiakkaille tulis tiimin työntekijöiden kautta, kuitenkin kaikille et nää nykysin voitais ylipäätään hoitaa koska hoidettavat on niin moniongelmaisia...”

6.6 Kuka sopii palveluohjaajaksi Espoonlahden kotihoidossa?

Palveluohjaajien käsitykset

Kaikki palveluohjaajat mainitsivat ensisijaisesti sairaanhoitajien sopivan parhaiten Espoonlahden kotihoidossa palveluohjaajiksi. Palveluohjaajan sopivuutta palveluohjaajat pohtivat myös työntekijän ominaisuuksien kautta. Koettiin, että palveluohjaajalla täytyy olla riittävä ammattitaito sairaanhoidosta, työkokemusta, tietoutta kuntoutuksesta ja etuuksista, ja hänen tulee tuntea myös alueen palveluverkoston toimintaa. Tämän lisäksi useimmat palveluohjaajat pitivät erittäin tärkeänä, että palveluohjaajana toimiva työntekijä olisi innostunut, motivoitunut ja hänellä tulisi olla halu auttaa ihmisiä. Useat palveluohjaajat nostivat esiin tiimityön ja koko työyhteisön sitoutumisen merkityksen. Koettiin, että jos vain sairaanhoitajat työryhmissä toteuttavat palveluohjausta, se tulee ylhäältä päin muiden työryhmän jäsenten kannalta, ja saattaa herättää vastustusta. Palveluohjaajat näkivät, että olisi hyvä, jos koko työyhteisö olisi mukana palveluohjauksessa ja motivoituisi ja sitoutuisi siihen. Palveluohjausta voitaisiin toteuttaa kahden palveluohjaajan mukaan esimerkiksi asiakaskohtaisesti sairaanhoitajan ja lähi- tai perushoitajan parityönä, jossa sairaanhoitaja ottaisi päävastuun.

”... olen miettinyt et olisko kuitenkin hyvä et sairaanhoitajien lisäksi olis joku muukin ammattiryhmä mukana sen takia että jos ajatellaan et meillä on tiimityö et jos vaan otetaan sairaanhoitajia tähän mukaan ni mä ajattelin et mitä he mieltis palveluohjaus et se on kirosana kohta et he ei oo kelpollisia sitä tekemään...”

”...et ihan ruohonjuuritasolta kaikki olis siin sit mukana ja näkis sen hyödyn ja innostuis siitä ja lähi- ja perushoitajia ei välttämättä kiinnosta jos sairaanhoitaja näyttää et kattokaa täs on tää kaavake jos he ei pääse toteuttaa sitä...”

”... kyllä mä näkisin et sairaanhoitajan koulutus olis meillä se päävastuu... vois tehdä yhdessä parina mut se palvelutarpeen arviointi pitäis kyetä mieltämään isompana kun pelkän fyysisten tarpeiden arviointi...”

”... pitäisi olla sellainen asenne kuin joissakin dementiakodeissa edellytetään et pitää olla avoin mieli ja halu auttaa ihmisiä ja sen lisäksi pitäis vielä olla laaja-alainen kokemus ihmisyydestä ja ihmisenä olemisesta ja hirveen paljon tietoa ja taitoa kunnan toiminnasta ja Kelan etuuksista...”

Asiakkaiden käsitykset

Asiakkaista suurin osa (12) ilmoitti mieluiten neuvottelevansa saman palveluohjaaja-sairaanhoitajan kanssa jatkossakin kotihoitopalvelujensa muutoksista, jos kotihoidossa olisi jatkossa työtapana palveluohjaus. Asiakkaista 5 arvioi, että he voisivat neuvotella palvelujensa muutoksesta kenen tahansa kotihoiton sairaanhoitajan kanssa. Kuka tahansa kotihoitotoimiston työntekijä kävi 3 asiakkaalle ja yksi asiakas ei osannut sanoa. Lisäksi yksi palvelutalossa asuva asiakas ilmoitti neuvottelevansa palvelujen muutoksesta mielellään joko palveluohjaaja-sairaanhoitajan tai palvelutalon johtajan kanssa. Yhdelle asiakkaalle sopi kuka tahansa sellainen kotihoiton sairaanhoitaja, joka on kiinnostunut omasta alastaan.

6.7 Palveluohjaajien ehdotukset palveluohjausmallin jatkotyöstämisestä Espoonlahden kotihoidossa

Kaikki palveluohjaajat kokivat, että palveluohjaus kannattaa ottaa Espoonlahden kotihoidossa työtavaksi ja, että palveluohjauskokeilusta saatuja kokemuksia kannattaa hyödyntää kotihoitotyössä. Palveluohjaajat kokivat tärkeäksi, että kotihoiton työryhmille viedään tietoa toteutetun kokeilun tuloksista. Useimmat palveluohjaajista ehdottivat jatkossa palveluohjausta toteutettavaksi työryhmittäin ja yksi palveluohjaaja ehdotti sitä tehtäväksi keskitetysti kotihoitotyöryhmän tukena. Kaikki olivat sitä mieltä, että palveluohjausta ei voida aloittaa ilman riittävää koulutusta ja tiedottamista. Palveluohjaajien mukaan palveluohjausmallin käyttöönotto edellyttää myös työntekijöiden ajattelutavan muutosta asiakaslähtöisemmäksi, toisaalta palveluohjaus itsessään ohjaa ajatuksia asiakaslähtöiseen suuntaan. Lähiesimiestuki koettiin tarpeelliseksi etenkin tuleville palveluohjaajille, mutta myös koko työryhmälle. Palveluohjauskokeilussa käytetty lomake koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi työvälineeksi, mutta sitä voitaisiin vielä täydentää. Palveluohjaajat esittivät, että tutkimuksessa olleet palveluohjaajat kokoontuvat työryhmänä pohtimaan jatkotyöstämistä.

”... Ei tätä kannattais unohtaa mä jotenki ajattelin et ensinnäkin se et me kokoonnuttais ryhmänä ja sit katsoo mitä siit ryhmästä nousee millasia ajatuksia...”

”... koulutus-/ informaatiotilaisuus mitä palveluohjaus tarkoittaa ja miten sitä tehdään et se vaatii kyllä tän koulutuksen ja tukea heille ...on hyvä et meillä on nyt tämä kokemus eli voidaan tukea ja ohjata heitä se vaatii ajattelun muokkausta ja käännetty enemmän asiakkaisiin...”

”... must se olis hirveen hyvä et tätä hyödynnettäisi osana meidän työtä olis hyvä jos olis jotain ihmisiä jotka tekis tätä palveluohjausta ja arviois asiakkaiden avuntarvetta et keskittäis sitä jotenki miten asiakkaat tulee kotihoitoon...”

7 POHDINTA

Tulokset osoittivat, että palveluohjaus oli toteuttavissa Espoonlahden kotihoitossa ja se soveltui kotihoitotyöhön hyvin. Palveluohjaus koettiin erityisen asiakaslähtöisenä ja asiakasta hyödyttävänä toimintana. Lisäksi kaikki palveluohjaajat esittivät paljon erilaisia myönteisiä lisäarvoja, joita palveluohjauksen kautta kotihoitotyössä voidaan saavuttaa. Tulokset asiakkaiden ja omaisten haastatteluista palveluohjauksen tarpeellisuudesta tukivat palveluohjaajien haastatteluista saatuja tuloksia.

Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten tuloksien kanssa.

Palveluohjauksen on todettu soveltuvan kotihoitoon ulkomaisissa tutkimuksissa (Lloyd ym. 1997, Guttman 1999) ja suomalaisessa palveluohjauskokeilussa Hämeenkyrössä ja Tampereella (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997). Useissa tutkimuksissa palveluohjauksen on todettu luovan asiakkaalle varmuutta ja turvallisuutta. Keskeinen havainto tutkimuksissa on myös asiakastyytyväisyyden lisääntyminen. (Donagrandi ja Eddy 2000, Nelson ja Arnold-Powers 2001.)

Tulosten mukaan palveluohjauksella oli myös työntekijän kannalta myönteisiä puolia. Laajan ensikäynnin kautta työntekijä sai hyvän tuntemuksen asiakkaaseen ja tämän palvelutarpeeseen. Palveluohjauksessa käytetty lomake ohjasi arviointia järjestelmälliseksi. Kahden palveluohjaajan mielestä lomake oli psyykkisen hyvinvoinnin osalta puutteellinen. Jatkotyöstämisessä on tarkoitus kehittää lomaketta mm. tältä osin.

Tulokset tukevat tältäkin osin aiempia tutkimuksia. Palveluohjauksen on osoitettu lisäävän palveluohjien työtyytyväisyyttä (Andersson-Loftin 1999). Useissa tutkimuksissa on käytetty asiakkaan palvelutarpeen määrittämistä varten arviointilomakkeita ja myös palveluohjauksen toteutumista seuraavia lomakkeita (Nikkola ja Valokivi 1997, Donagrandi ja Eddy 2000.) Lomake tuo toimintaan järjestelmällisyyttä ja varmistaa, että jokaisen asiakkaan kohdalla keskeiset kotona selviytymistä tukevat asiat on käyty läpi. Tässä tutkimuksessa palveluohjauslomakkeesta saatiin erittäin myönteistä kokemusta ja se osoittautui palveluohjauksen keskeiseksi elementiksi.

Työyhteisön kannalta tulokset toivat esiin kehittämishaasteita. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmia päivitetä systemaattisesti, vaan palvelut kirjataan sinne ensikäynnillä, jonka jälkeen palveluja on saatettu muuttaa, mutta hoito- ja palvelusuunnitelma on jäänyt muuttamatta. Toisaalta palvelut ovat saattaneet ”jäädä päälle” eli asiakkaan palvelutarve on muuttunut, mutta palveluja ei ole muutettu, vaan toiminta on jatkunut rutiininomaisesti entiseen malliin. Tulosten mukaan palveluohjauksella voitaisiin päästä Espoonlahden kotihoidossa kaikkien alueellisten työryhmien kesken yhtenäisempiin linjauksiin ja asiakkaiden tasa-arvoisempiin palveluperusteisiin. Tätä edesauttaisi yhtenäisempi ensikäyntimalli, joka voisi toteutua palveluohjausarvion mukaan. Nykyisin ensikäyntiarvioiden suorittamisessa on suuria alueellisia eroja.

Kotihoidon työntekijöiden vähäinen Kelan ja kunnan myöntämien etuisuuksien tuntemus oli yllätys. Työntekijät saattavat kuvitella, että etuisuusasiat kuuluvat vain sosiaalityöhön. Espoonlahdessa ei kuitenkaan ole lainkaan vanhussosiaalityöntekijää, joten asiakkaiden edunmukaista on, että kotihoidon työntekijät osaavat ohjata asiakkaita etuisuuksiin liittyvissä asioissa. Myönteistä oli, että palveluohjauksoikeilun seuraaminen herätti useissa kotihoidon työryhmissä asiakaslähtöisempää keskustelua ja kiinnostusta laaja-alaisempaan toimintaan.

Ulkomaisissa tutkimuksissa ei ole kotihoitotyön sisällön tai sen kehittämisen kannalta arvioitu palveluohjauksen vaikutusta. Lloyd ym. (1997) tutkimuksessa havaittiin kotikäyntien tarpeen vähentyneen, mutta ei pohdittu sitä työn kehittymisen tai tehostumisen kannalta. Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) mukaan palveluohjauksella voidaan saavuttaa korkeampaa laatua ja tehokkuutta palveluissa, ja palveluohjaus voi toimia työmenetelmänä asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseksi. Espoonlahden kotihoidon palveluohjauksoikeilun tulokset osoittavat myös, että palveluohjauksella voidaan kehittää kotihoitotyötä asiakaslähtöisemmäksi ja työyhteisön toimintatapaa laaja-alaisemmaksi.

Palveluohjaukseen liittyviä kielteisiä kokemuksia tuli ilmi tutkimuksessa vain vähän ja ne olivat yksittäisiä lisäyksiä muuten myönteisiin kokemuksiin. Yksi kokemus oli, että palveluohjauksen ensikäynti vie työntekijältä runsaasti aikaa. Toinen liittyi pelkoon, että muu työryhmä saattaisi vastustaa palveluohjaustoimintaa, jos sen käyttöönottoa ei osattaisi perustella hyvin. Jälkimmäinen seikka täytyy ottaa huomioon jatkotyöstämisessä.

Ensikäyntiin on varattava joka tapauksessa riittävästi aikaa, jotta asiakkaan palvelutarve tulee selville. Vain tietämällä asiakkaan tarpeista kattavasti voidaan vastata niihin päivittäisten toimintojen vajeisiin, jotka muutoin uhkaisivat kotona selviytymistä. Useissa tutkimuksissa todettiin, että panostamalla palveluohjaukseen avohoidossa voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta (Lloyd 1997, Ferguson ja Weinberger 1998). Siksi yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti mitattuna palveluohjaukseen uhrattu ylimääräinen aika kannattaa. Jos palveluohjaus olisi osa jokapäiväistä työtä, siihen ei todennäköisesti kuluisi niin paljon ylimääräistä aikaa kuin kokeilussa.

Tulosten mukaan kaikki palveluohjaajat kokivat, ettei palveluohjauksen ulkopuolelle voi jättää mitään kotihoidon asiakasryhmää. Kuitenkin useimmat palveluohjaajat hyvin realistisesti lisäsivät, ettei kaikkia asiakkaita voi ottaa yhtä aikaa mukaan, vaan tulisi aloittaa uusista asiakkaista. Tämä myönteinen asenne kaikkien asiakkaiden sisällyttämisestä palveluohjaukseen on hieman ristiriidassa palveluohjauksen vaatiman ajankäytön suhteen, mutta toisaalta osoittaa kuinka optimistisesti palveluohjaajat suhtautuivat palveluohjaukseen ja sen hyötyihin asiakkaan ja työyhteisön kannalta.

Ala-Nikkolan ja Valokiven (1997) mukaan palveluohjaus on vaativaa työtä, siksi sen piiriin otettavat asiakkaat on valikoitava huolella. Tutkimuksissa mainitaan usein palveluohjauksesta olevan erityisesti hyötyä huonokuntoisille iäkkäille ihmisille, monisairaille ihmisille, laitoshoitotilassa oleville ihmisille ja omaishoitajien turvin kotona selviytyville ihmisille (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997, Dunn ym. 2001, Nelson ja Arnold-Powers 2001.) Espoossa kotihoitoa on kohdennettu voimakkaasti viime vuosina. Tämä on johtanut siihen, että valtaosa kotihoidon säännöllistä apua saavista asiakkaista kuuluu edellä mainittuihin ryhmiin. Näin on ymmärrettävää, että palveluohjaajat Espoonlahdessa kokivat, ettei palveluohjauksen ulkopuolelle voi jättää mitään kotihoidon asiakasryhmää. Toisaalta palveluohjaus on aina paikallinen sovellus, joten sen vaativuuskin on aina suhteutettavissa vallitseviin resursseihin.

Tutkimuksen mukaan Espoonlahden kotihoidossa palveluohjaajan rooli ja päävastuu nähtiin yksiselitteisesti kuuluvan sairaanhoitajalle. Useimmat palveluohjaajat arvioivat kuitenkin, ettei muuta työryhmää voi jättää palveluohjauksen ulkopuolelle. Huoli muun työryhmän motivaatiosta osoitti kypsää ja moniammatillista ajattelutapaa palveluohjaajina toimineilta sairaanhoitajilta.

Lloyd ym. (1997), Guttman (1999) ja Dunn ym. (2001) pitävät hyvinä kokeneiden sairaanhoitajien valmiuksia toimia palveluohjaajina iäkkäille ihmisille avohoidossa. Anderson-Loftin (1999) esittää sairaanhoitajille jopa maisterin tasovaatimuksia. Lloyd ym. (1997) puolestaan esittävät, että

sairaanhoitajien henkilökohtaiset kyvyt (kyky työskennellä itsenäisesti, luovuus, päätöksentekokyky ym.) ovat tärkeämmät kuin sairaanhoitajien koulutustaso. Suomalaisessa kokeilussa 1990-luvulla palveluohjaajina toimivat lähes kaikki kotihoitotyöryhmien eri ammattikuntiin kuuluvat työntekijät. Kokeilun mukaan palveluohjaajalta vaaditaan ammattiosaamista ja vahvaa ammattietiikkaa, mutta ei oteta kantaa erityisesti minkään ammattiryhmän suuntaan, sen sijaan korostetaan moniammatillisuutta. (Ala-Nikkola ja Valokivi 1997.) Palveluohjaajilla voi olla assistentteina alemman koulutuksen saaneita henkilöitä (Lloyd ym.1997, Ala-Nikkola ja Sipilä1999, 72). Tätä kautta voisi löytyä moniammatillinen ratkaisu palveluohjauksen työnjaolle Espoonlahden kotihoidossa.

Toimintatutkimus menetelmänä sopi tähän tutkimukseen hyvin, koska yhtenä tavoitteena oli saada tietoa työn kehittämiseen palveluohjauksen avulla. Toimintatutkimus oikeuttaa tutkijan osallistumaan aktiivisesti kehittämistyöhön ja ohjaamaan ja aktivoimaan kokeiluun osallistuvia työyhteisön jäseniä. Tässä tutkimuksessa vahvuutena oli kaikkien osallistujien innostus ja kotihoitotyön vankka ammattitaito. Tutkijan oli helppo viedä projektia eteenpäin, koska osallistujat olivat motivoituneita kehittämään työtään ja löytämään toimivia välineitä muutokseen. Osallistujia oli tutkijan lisäksi vain 4, mikä heikentää tulosten luotettavuutta, mutta on kuitenkin suuntaa antava. Aineiston analysoinnissa oli havaittavissa ajoittain aineiston saturaatiota näinkin pienellä haastateltavien määrällä. Palveluohjaajien kokemukset pääsääntöisesti tukivat ja täydensivät toisiaan. Kaikista 30 asiakkaasta 9 jäi pois loppuarviosta mutta ensiarvio tehtiin 30 asiakkaalle. Palveluohjaajat kokivat kuitenkin saaneensa kokemusta palveluohjauksesta. Palveluohjaajien toimiminen asiakkaidensa haastattelijoina heikentää asiakkaiden haastattelun tulosten luotettavuutta. Tutkimuksen lyhyt kesto ja sen rajoittuminen vain toimintatutkimuksen yhden spiraalin osioon ovat tulosten kannalta heikkouksia, mutta antavat suuntaa Espoonlahden kotihoidon työtavan kehittämiseen. Tutkimuksen lyhyt kesto painotti ensiarviointia väliarvioiden kustannuksella. Lyhyen kokeilun puitteissa ei ollut mahdollista saada juurikaan kokemusta väliarvioista ja niiden merkityksestä.

Tutkimus oli rajoitettu osa varsinaisesta toimintatutkimuksesta, se käsitti vain yhden muutoshakuisen tutkimussyklin eli spiraalivaiheen ollen näin vain pilottitutkimus. Tuloksia ei siksi voida yleistää, mutta Espoonlahden kotihoidon osalta ne ovat rohkaisevia ja suuntaa-antavia. Tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia ei voida arvioida tutkimuksen rajoittuneisuuden vuoksi.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista toteuttaa vastaava tutkimus varsinaisena toimintatutkimuksena kokonaisuudessaan, jolloin voitaisiin arvioida luotettavammin tavoitteiden toteutumista. Toimintatutkimuksessa tavoitteet muokkautuvat ja täsmentyvät tutkimus syklien vaiheiden kautta. Toinen jatkotutkimusaihe on kokeilla palveluohjausta keskitetysti iäkkäille asiakkaille avohoidossa, esimerkiksi muokkaamalla saksalaisen mallin mukaan palveluohjauskeskuksia. Suomessa ne voisivat toteutua vanhusneuvoloiden toiminnassa. Palveluohjauksen tutkiminen kulujen säästön ja iäkkäiden asiakkaiden kotona selviytymisen näkökulmista olisivat mielenkiintoisia tutkimuskysymyksiä.

Tutkimuksesta oli hyötyä Espoonlahden kotihoidolle. Työyhteisö sai eväitä työnsä kehittämiseen ja rohkaistui ottamaan palveluohjaustyypin mallin kotihoitotyön kehittämisen välineeksi. Tutkimuksen kautta ilmeni hyviä kehityskohteita kotihoitotyöhön, esimerkiksi työntekijöiden tietoutta tavanomaisista etuisuuksista on lisättävä ja hoito- ja palvelusuunnitelmia päivitettävä säännöllisten väliarviointien kautta.

LÄHTEET

Ala-Nikkola M, Valokivi H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakes raportteja 215. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 88-163.

Ala-Nikkola M, Sipilä J. 1999. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa E Nurminen (toim.) Sosiaalityö ristipaineissa. Helsinki: Helsingin avoin yliopisto, 63-75.

Anderson-Loftin W. 1999. Nurse case managers in rural hospitals. *Journal of Nursing Administration* 29, 42-49.

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Snadari A, Zuccala G, Mor L, Rubinstein L, Garbonin P. 1998. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal* 316, 1348-1351.

Challis D. 1993. Case management in social and health care. Lessons from a United Kingdom Program. *Journal of Case Management* 2:3, 79-90.

Donagrandi M, Eddy M. 2000. Ethics of case management. Implications for advanced practise nursing. *Clinical Nurse Specialist* 14, 241-249.

Dunn S, Sohl-Kreiger R, Marx S. 2001. Geriatric case management in a integrated care system. *Journal of Nursing Administration* 31, 60-62.

Eskola J, Suoranta J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Jyväskylä: Vastapaino.

Espoon kaupunki. 1995. Espoo palvelee. Rauma: Espoon kaupungin viestintäyksikkö.

Espoon kaupunki. 2001. Espoon kaupunki: sosiaali- ja terveystoimi. Sosiaali- ja terveystoimen toimintasuunnitelma vuodelle 2002. Espoo: Espoon kaupungin painatuskeskus.

Espoon kaupunki. 2002. Iäkkäänä Espoonlahdessa. Espoo: Espoon kaupungin painatuskeskus.

Espoonlahden sosiaali- ja terveystakeskus. 2002a. Espoonlahden sosiaali- ja terveystakeskuksen toimintasuunnitelma vuodelle 2003. Moniste.

Espoonlahden sosiaali- ja terveystakeskus. 2002b. Espoonlahden sosiaali- ja terveystakeskuksen toimintakertomus vuodelta 2001. Moniste.

Ferguson JA, Weinberger M. 1998. Review: Case management programmes improve patient outcomes. *Evidence-Based Nursing* 13, 123-126.

Guttman R. 1999. Case management of the frail elderly in the community. *Clinical Nurse Specialist* 13, 174-178.

Heikkinen H, Jyrkämä J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H Heikkinen, R Huttunen ja P Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Juva: Atena-kustannus, 25-62.

Huber D. 2000. The diversity of case management models. *Lippincott's Case Management* 5, 248-255.

Häkkinen H. 2000. Palveluohjaus vanhuspalveluiden koordinoinnissa. Kuopion yliopisto. Terveysthallintotieteen pro gradu-tutkielma.

Jennings A. 2000. Teaching case management. A case study approach. *Nurse Educator* 25, 87-94.

Kela. 2002. Tunne perusturvasi 7. Eläkkeelle. Forssa: Kansaneläkelaitos.

Kinnunen K. 1999. Miten pitkälle avohoitoa voidaan ja kannattaa tehostaa? *Duodecim* 115, 1585-1590.

Kiviniemi K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. Teoksessa H Heikkinen, R Huttunen ja P Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Juva: Atena-kustannus, 63-84.

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 the elderly: impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology* 54, 968-970.

Lloyd J, Mitchell R, McGormack G. 1997. Nurse-managed healthcare – New York’s Community Nursing Organisation. *Journal of Nursing Administration* 27, 21-27.

Long MJ, Marshall MB. 2000. What price an additional day of life? *American Journal of Managed Care* 6, 881-886.

MacKenzie A, Lee DTF, Dudley-Brown S, Chin TM. 1998. The processes of case management: a review of the evaluation of a pilot study for elderly people in Hong Kong. *Journal of Nursing Management* 6, 293-301.

Moxley P. 1989. *The Practice of Case Management*. Sage human services guides; v. 58. Newbury Park: Sage Publications.

Nelson JM, Arnold-Powers P. 2001. Community case management for frail, elderly clients: the nurse case manager’s role. *The Journal of Nursing Administration* 31, 444-450.

Reimanis C, Cohen E, Redman, R. 2001. Nurse case manager role attributes – fifteen years of evidence-based literature. *Lippincott’s Case Management* 6, 230-239.

Schmidt S, Guo L, Scheer S, Boyston J, Pelino C, Berger S. 1999. Epidemiologic determination of community-based nursing case management for stroke. *Journal of Nursing Administration* 29, 40-47.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja Suomen kuntaliitto 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. STM:n oppaita 2001:4.

Suomen Kuntaliitto. 2002. RaVa - toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Vaarama M, Hakkarainen A, Voutilainen P, Päivärinta E. 2000. Vanhusten palvelut. Teoksessa H Uusitalo, A Parpo ja A Hakkarainen (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*. Stakes raportteja 250. Jyväskylä: Stakes, 75-97.

Valvanne J, Noro A. 1999. Milloin laitoshoitoon? Duodecim 115, 1591-1599.

Walker A. 2001. Ikääntyminen ja ikäihmisten sosiaalipalvelut Euroopassa. Gerontologia 3, 217-228.