

Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta

Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina

SIRPA ANDERSSON – RIITTA HAVERINEN – MAILI MALIN

Johdanto

Monissa suomalaisissa kunnissa on keskeiset vanhusten kotiin vietävät palvelut, kuten kotipalvelu ja kotisairaanhoido, yhdistetty kotihoidoksi. Kotihoito on palvelustrategian ydin, kun vanhustenhuollon ideologia korostaa ikäihmisten mahdollisuutta asua kotona vielä silloinkin, kun he tarvitsevat apua arjessa selviytymiseen. Palvelustrategian taustalla ovat väestön ikääntyminen, palvelutarpeen kasvu, taloudellisuus ja vanhusten oma toive.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integraatio merkitsee hallinnollisia ja organisatorisia muutoksia ja pyrkimistä yhteiseen työkalutuuhiin, jonka piirteitä ovat mm. työntekijöiden moniammatillinen ja käytännönläheinen yhteistyö ja vastuiden jakaminen. Kotihoidon integroidun toimintamallin tavoitteena on saumattomuus. Se merkitsee asiakkaalle räätälöityä hoito- ja palvelukokonaisuutta, joka rakennetaan kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista. Kotihoidon työt ja toimet ovat erityisesti naisten arjen toimia, kuten kodinhoitoa, ruoanlaittoa, kaupassa käyntejä ja intiimistä hoivasta huolehtimista. Näistä syistä vanhuskysymys on sukupolvierityisyyden lisäksi myös sukupuolittunut yhteiskunnallinen ilmiö ja yksilöllinen kokemus (esim. Tedre 1993).

Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu -opas (2002) määrittelee saumattomuuden palvelukokonaisuutena, jossa organisaatioiden rajat eivät näy asiakkaalle. Palvelut vastaavat asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita ja kunnioittavat heidän itsemääräämisoikeuttaan. (Voutilainen & al. 2002.)

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on vauhdittanut uusi koulutus rakenne. So-

siaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitajan tutkinto, otettiin käyttöön vuonna 1993. Koulutuksessa valmistuu ammattilaisia, joilla on valmiudet toimia sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. (Rintala & Elovainio 1997.) Yhdistäminen kunnissa on seurausta tästä uudesta koulutuksesta ja toisaalta palvelun suuntaamisesta enemmän hoidon suuntaan.

Kiinnostuksen kohteena tässä artikkelissa on se, onko kotihoidosta tullut saajan ja toteuttajan näkökulmasta joustavasti toimiva kokonaisuus. Tarkastelemme myös, mitä tapahtuu sosiaaliselle ja hoivalle, kun kotihoidossa sairaanhoito korostuu (Leichsenring & Alaszewski 2004). Näkökulmamme on erityisesti asiakkaiden palvelukokemuksissa sekä työntekijöiden ja johdon käsityksissä. Kotihoito on tarkastelussamme esillä yhtäältä tavoitteina ja retoriikkana ja toisaalta työntekijöiden itsearviointina ja vanhusten kokemuksina.

Kunnallinen kotihoito tänään

Kotihoidon politiikkatavoite on esitetty sosiaali- ja terveysministeriön valmistelemissa valtioneuvoston sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2000–2003. Sen mukaan itäsenäisen suoriutumisen tukeminen merkitsee, että pyritään ikäihmisiä arvostaen ylläpitämään vanhusväestön toimintakykyä. Keinoina mainitaan mm. ehkäisevä, omatoimisuutta edistävä ja kuntouttava avohuollon työtapo. Tavoite korostaa ikääntyneen omien voimavarojen tukemista ja kotona asumisen mahdollisuuksien parantamista.

Kunnallisen perinteisen kotipalvelun tai uuden kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden määrä väheni 1990-luvulla. Se oli 19,3 prosenttia kaikista yli 65-vuotiaista vuonna 1988 ja vain 10,7 prosenttia vuonna 2002. Tilastointikäytäntö ei ole täysin selkeää näissä palveluissa, eikä yhdistettyä kotihoitoa käyttävien kuntien lukumäärä ole meillä tiedossa. (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002.)¹ Kattavuus supistui loma-aikoina ja on sen jälkeenkin kasvanut vain hitaasti, hitaammin kuin ikääntyneiden määrä, joten säännöllisen kotihoidon piirissä olleiden ikääntyneiden osuus on laskenut. Kunnallisen kotihoidon asiakasmäärien vähentyessä hoitovastuuta on siirtynyt omaisille (Vaarama & al. 2002). Moni vanhus saa apua puolisoiltaan tai lapsilta, mutta noin puolet kaikista yli 65-vuotiaista asuu yksin. Heistä avun väheneminen saattaa tuntua raskaimmalta.

Kunnallinen kotihoito onkin keskittynyt eniten apua tarvitsevien hoivaan. Palvelukonseptia on muutettu, jolloin henkilökunta käy eniten apua tarvitsevien luona useita kertoja päivässä, eivätkä kustannukset, työtunnit tai henkilöstömäärä ole vähentyneet. Kotihoito kohdistuu entistä iäkkäimmille ja muuttuu yhä enemmän sairaanhoidon suuntaan. Palvelun saamisen kriteerinä käytetään erilaisia mittareita (mm. RAVA-toimintakykymittari). Hoitotyön lisääntyessä on kodinhoitotyötä karsittu pois. Asiakasmäärä on pienentynyt myös kaikkein vanhempien, yli 80-vuotiaiden vanhusten joukossa. (Vaarama & al. 2002.) Kotihoidon tarjonnan ja tarpeen välillä on syvä kuilu. Iäkkäiden henkilöiden kohdalla näkyvät tarjonnan niukkuus ja tehtävien rajaaminen. He kaipaavatkin usein enemmän apua siivoukseen, kaupassa käyntiin ja ulkoiluun (Malin 1996; Siira 1998; Tenkanen 2003).

Tutkimuksen lähtökohdat ja asetelma

PROCARE-tutkimushankkeen² lähtökohtana oli oletus siitä, että on mahdollista tuottaa "euroop-

palaisen integroidun kotihoidon malli". Ensimmäisessä vaiheessa eriteltiin integroidun kotihoidon toimintakonteksteja, lainsäädäntöjä ja poliittikalinjauksia sekä ohjausta maittain ja kunkin maan viiden mallihankkeen näkökulmista (Leichsenring & Alaszewski 2004, 10–11). Koska kyseessä on vertaileva, laadullinen eurooppalainen tutkimus, jouduttiin keskeiset käsitteet, kuten integraatio, saumattomuus ja asiakaskeksisyys, määrittelemään teoreettisesti varsin yleisellä tasolla, jotta ne soveltuisivat eri maiden vaihteleviin paikallisiin oloihin. Seuraavassa vaiheessa otettiin kussakin maassa kaksi paikallista hanketta empiirisen tutkimuksen kohteeksi, koska henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen perustuvassa kotihoidossa paikallisuutta pidettiin keskeisenä. Valintakriteerit olivat seuraavat: 1) mallin tuli kuvata integroitua kotihoitoa joko alkavana tai vakiintuneena toimintana, 2) kohderyhmä on yli 65-vuotiaat kotihoidon palveluja käyttävät, 3) joissakin hankkeissa tuli näkyä vanhuksen siirtymät kotihoidon ja sairaalan tai muiden palvelujen välillä. Koska Suomessa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi on laajasti käytössä, tutkimuskohteiksi valittiin kahden pääkaupunkiseudun kunnan kotihoidon vakiintuneet käytännöt. Ne täyttivät kaikki vaaditut kriteerit.

Yhdeksässä EU-maassa kerättiin kaikkiaan 18 paikallisesta kotihoidon hankkeesta tietoa yhteisellä teemahaastattelurungolla vanhuksilta ja kotihoidon lähityöntekijöiltä. Johdon ja suunnittelijoiden haastattelu toteutettiin fokusryhmähaastatteluna, jonka teemat keskittyivät kotihoidon tavoitteisiin ja niiden toteuttamiseen. Työntekijöiden haastattelujen teemat olivat työnkuva, työyhteisön ja esimiesten tuki, yhteistyö, yhdessä tekeminen ja saumattomuus, ristiriidat, avuntarpeen arviointi, asiakaskeksisyys ja parantamishetdotukset. Vanhusasiakkaiden haastatteluteemat olivat asiakkaaksi tulo, avun tarpeen arviointi, asiakaskeksinen kotihoito, saumaton kotihoito, palvelukokemukset ja se, millainen on hyvä kotihoito. Vanhuksia haastateltaessa täytyi ottaa huomioon käytetyn kielen ja käsitteiden soveltumisen heidän elämis- ja kokemusmaailmaansa.

¹Kunnallisen kotihoidon asiakaslaskentaa on tehty vuodesta 1995 lähtien joka toinen vuosi. Samalla jatketaan tiedon keräämistä perinteisen kotipalvelun saajien määrästä. (Ikääntyneiden ..., 2003.) Sosiaalihuoltolaissa käytetään termejä kotipalvelu ja kotisairaanhoito (710/1982), kun taas kotihoito käsitteenä on kuntien oma "tuote".

²PROCARE on yhdeksän EU-maan tutkimus- ja kehittämishanke (www.euro.centre.org/procare/). Tutkimuksen ensimmäinen raportti on ilmestynyt (Leichsenring & Alaszewski 2004). Empiiristä tutkimusaineistoa eurooppalaisena vertailuna käsittelevä tutkimusraportti ilmestyy vuoden 2005 alussa.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

PROCARE-hankkeen empiirisen aineiston keräämiseksi valitsimme toisesta kunnasta yhden ja toisesta kaksi piiriä tai asuinalueita ja saimme kunnista tutkimusluvut. Haastattelimme 22 vanhusta (kunnasta A 10 ja kunnasta B 12) ja 17 lähityöntekijää (kunnasta A 7 ja kunnasta B 10). Kotihoidon esimies tai vastuuhenkilö osoitti meille haastateltavat vanhukset, joiden tuli olla säännöllistä kotihoitoa saavia ja kommunikointikykyisiä. Otimme sitten itse yhteyttä vanhuksiin ja sovimme haastattelusta. Kotihoidon ohjaajat valitsivat haastateltavat työntekijät. Fokusryhmiin osallistui yhteensä 17 henkilöä (kunnasta A 10 ja kunnasta B 7). Heidät kutsui paikkakunnalla A kotihoidon ohjaaja ja paikkakunnalla B kotihoidon ylihoitaja. Valintaa varten annettiin ohjeeksi kutsua sellaisia henkilöitä, jotka ovat olleet muokkaamassa kotihoidon periaatteita ja toteuttamassa niitä kentällä.

Kunnassa A haastatelluista vanhuksista neljä oli alle ja kuusi yli 80-vuotiaista. Nuorin heistä oli 67-vuotias ja vanhin 91-vuotias. Naisia oli kuusi ja miehiä neljä. Kunnassa B 12 haasteltavasta vanhuksesta 11 oli naisia ja yksi mies. Suurin osa heistä oli 81–90-vuotiaita. Nuorin oli 69-vuotias ja vanhin 95-vuotias. Kunnassa B neljä vanhusta sai kotihoitoa vähintään kerran päivässä (maksimi 5 kertaa joka päivä). Kaikkein harvimmillaan asiakas sai kotihoitoa kerran viikossa. Kunnassa A taas vähintään kerran päivässä (maksimi 3 kertaa päivässä) palvelua sai viisi henkilöä. Loput saivat palvelua yhdestä kahteen kertaan viikossa.

Kunnassa A haastateltavista työntekijöistä neljä oli lähihoitajia, jotka olivat hankkineet lähihoitajakoulutuksen oman työn ohessa aikaisemman kodinhoitajakoulutuksen lisäksi, kaksi kodinhoitajia ja yksi perushoitaja. Kunnassa B kaikilla yhtä lukuun ottamatta oli lähihoitajan koulutus ja yksi heistä oli kotisairaanhoitaja. Kunnassa A yksi lähihoitaja oli mies, kaikki muut haastateltavat olivat naisia.

Fokusryhmiin osallistui kotihoidon ja organisaation esimiehiä. Paikkakunnalla B fokusryhmään osallistuivat myös lääkäri, ylihoitaja ja osastonhoitaja. Paikkakunnalla A ryhmässä taas olivat mukana sosiaaliviraston osastopäällikkö ja johtava sosiaalityöntekijä. B:n fokusryhmä oli terveyspainotteinen ja A:n sosiaalipainotteinen. Kaikki kolme tutkijaa osallistuivat fokusryhmähaastatteluihin. Yksi tutkijoista toimi keskustelun vetäjänä

ja toiset tekivät havaintomuistiinpanoja. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja purettiin teemojen mukaisesti. Empiirinen haastatteluaineisto koottiin kesän ja syksyn aikana vuonna 2003.

Osana PROCARE-tutkimushanketta halusimme raportoida Suomen tutkimusaineiston antia myös erillisenä kokonaisuutena kotimaisessa kontekstissa. Puretusta rikkaasta aineistosta valittiin meillä ajankohtaiset, kiinnostusta herättävät kysymykset integraation ulottuvuuksista, toimijoista ja asiakaskeksyydestä. Erittelemme seuraavassa tuloksiamme valitsemistamme kahdesta teemasta: Miten asiakaskeksyys toteutui ja miten saumattomuus ja integrointi käytännössä sujuivat? Jätimme vähemmälle huomiolle integraation rakenteellisen kehyksen ja sen organisatoriset ehdot ja lähestymme integraatiota työntekijöiden työtavalle antamien merkitysten ja asiakkaiden kokemusten kautta (Tuomi & Sarajärvi 2003, 17–18). Valitsemalla näiden merkitysten ja kokemusten analysoinnin moniaineksisesti halusimme saada näkyvää sisältöä asiakaskeksille toimintakäytännöille. Toimintakonteksti on analysoimme kehyksenä. Haastattelut analysoitiin teemoittain vanhusten, työntekijöiden ja johdon näkökulmista ja kategorisoitiin pitäen taustalla eurooppalaisen tutkimuksen yleisiä käsitteitä. Näin aikaansaaduista listauksista abstrahoitettiin yläkäsitteitä kuvaamaan teemojen sisältöä meillä (Tuomi & Sarajärvi 2003, 114).

Tutkimuskohteiden kotihoidon erityispiirteitä

Kunnan A työmallissa eri organisaatioissa alueellisesti toimivat kotisairaanhoito, kotipalvelu ja tukipalvelut oli yhdistetty kotihoidoksi. Kotisairaanhoiton terveydenhoitajat ja perushoitajat sekä kotipalvelun kodinhoitajat ja lähihoitajat muodostivat moniammatillisen tiimin, jota johtaa vastaava kodinhoitaja. Malli perustui kaupungin vanhuspalvelujen linjauksiin ja tarpeeseen parantaa sairaalasta kotiuttamisen käytäntöjä. Moniammatilliseen tiimityöskentelyyn siirtymisellä tavoiteltiin mm. lähihoitajakoulutuksen antamien valmiuksien parempaa hyödyntämistä.

Kunnan B työmallissa yhdistetty kotihoito on jakautunut hallinnollisesti ja toiminnallisesti kuuteen alueeseen. Kotipalvelu ja kotisairaanhoito on yhdistetty organisatorisesti ja toiminnallisesti aluetasolla. Kullakin alueella kotihoitoa johtavat

kotipalvelun ohjaaja ja sairaanhoitaja, joita nimitetään vastuupariksi. Heillä on vastuu asiakastyön suunnittelusta ja yksikön kehittämisestä alueella. Yhteistä orientaatiota edisti se, että kaikki haasteltavat olivat lähihoitajia tai olivat parhaillaan hankkimassa lähihoitajakoulutusta työn ohessa.

Molemmissa kunnissa yli puolet kotihoidon asiakkaista oli yli 75-vuotiaita ja heidän osuutensa on kasvanut vajaan kymmenen vuoden aikana. Kunnallinen kotihoito tarjoaa palvelujaan vanhuk- selle kotiin päivisin, iltaisin (klo 7.30–23.00) ja viikonloppuisin. Yöpartio ostetaan ulkopuolelta.

Näkemykset ja kokemukset kotihoidon integraatiosta ja saumattomuudesta

Tutkimusten mukaan kotiin annettavat yhdistetyt ja hyvin koordinoituidut sosiaali- ja terveystalvet edesauttavat vanhuksen terveyden ylläpitoa, lisäävät vanhuksen hyvinvointia ja ovat kustannus- tehokkaita (Bernabei & al. 1998). R. Bernabein kollegoineen tekemän tutkimuksen mukaan yhdistettyä kotihoitoa saaneiden italialaisten ikäih- misten sairaalahoito väheni ja tapahtui myöhem- min kuin kontrolliryhmän vanhuksilla. Palvelun rahoittajan säästöt olivat myös merkittävät. (Ber- nabei & al. 1998.) Sakari Mobergin (1996, 141) mukaan integraatiota, toimintojen ja palvelujen yhdistämistä, voidaan tutkia fyysisenä, toimin- nallisena, sosiaalisena ja yhteiskunnallisena integ- raationa. Fyysinen, toiminnallinen ja sosiaalinen integraatio soveltuivat käsitteinä hyvin aineis- tomme analyysiin.

Fyysisen ja sosiaalisen integraation välineet: yhteinen tila ja tiedonvaihto

Fyysinen integraatio tarkoittaa eri toimintojen fyysisen etäisyyden vähentämistä, jolloin toimi- joiden kanssakäyminen ja vuorovaikutus helpot- tuvat ja tulevat luonteviksi (Moberg 1996). Mo- lemmissa kunnissa A ja B kotihoidolla oli yhteinen tila, joka mahdollisti epävirallisen, kasvok- kain tapahtuvan tiedonvaihdon aamupalavereissa tai muutoin tavattaessa. Tämä sai aikaan sosiaa- lista integraatiota, joka Mobergin mukaan tar- koittaa yhdessäolon ja kanssakäymisen mahdolli- suuksia ja spontaaneja kontakteja yksilöiden ja ryhmien välillä. Parhaimmillaan sosiaalinen in- tegraatio ilmenee eri toimijoiden keskinäisenä hy- väksymisenä, myönteisenä vuorovaikutuksena eri ammattiryhmien kesken. Kunnassa A tiimin työ-

ilmapiiriä kuvattiin erittäin hyväksi, mikä kertoo sosiaalisten suhteiden olevan kunnossa. Kunnassa B yhteistyö eri ammattilaisten kanssa oli työn- tekijöiden mukaan ”myönteistä, hienoa ja itses- tään selvää”. Eri ammattilaisten taitotieto yhdistyi luontevasti. Heille muodostui vuorovaikutukses- sa yhteinen työn päämäärä ja he jakoivat samaa ymmärrystä vanhusasiakkaista.

Kunnan A moniammatillisiin tiimeihin perus- tuvassa työmallisissa tiimityötä oli kehitetty yhteisissä tiimikoulutuksissa ja toimintatapaa ke- huttiin. Tiimin yhteinen tila ja epävirallinen tiedonvaihto olivat kaikkien työntekijöiden mainit- sema etu myös kunnassa B. Yhdistetty kotihoito mahdollisti tarvittaessa työtaakan jakamisen, kun päivän asiakaskäynneistä voitiin sopia joustavasti. Tämä tarkoitti sitä, että lähihoitajat auttavat sair- aanhoitajia, mutta myös päinvastoin varsinkin työvoimapulan vaivaamassa kotihoitopiirissä (B). Sairaanhoitaja käy viikoittain tai harvemmin, kun lähihoitaja kävi asiakkaan luona päivittäin tai useampia kertoja viikossa. Sairaanhoitaja saattoi kuitenkin huolehtia vähäisestä kauppa-asiasta lä- hihoitajan puolesta, jotta välttyttiin kahdelta eril- liseltä käynniltä (A). Aikaisemmin kodinhoitaja saattoi tuntea työnsä yksinäiseksi, kun kotisai- raanhoitoon oli vain virallinen puhelinaika päi- vällä. Nyt nähtiin usein aamuisin ja vaihdettiin kuulumisia asiakkaista ja matkapuhelimella saat- toi aina ottaa yhteyttä (A).

Me ollaan sanottu että me ollaan lähihoitajia, et suurimmalla osalla on se koulutus, et me saahaan hyvin paljon tehdä, et me ollaan yritetty helpottaa heidän selkärunkaa kun heillä voi olla 11 käyntiä päivässä (tar- jonneet apua?) että anna tänne näin että kerro, mitä pit- tää tehdä, jos on joku uusi esim. haavan hoito et onko ihan normaali suihkutus, taitokset ja sideharso vai tartteko siihen pohjalle laittaa jottain. Että meillä yhteis- työ toimii. (B, työntekijä)

Toiminnallinen integraatio – moniammatillisuus, yhteistyö sekä hoito- ja palvelusuunnitelma
Fokusryhmissä yhdistetty kotihoito näytti välttä- mättömältä edellytykseltä yhä huonokuntoisem- pien vanhusten kotona hoitamiseksi. Integroidun kotihoidon (B) katsottiin merkitsevän asiakkaal- le turvallisempaa hoitoa kuin eriytetyn hoidon ai- kana, jolloin se on samalla myös eettisempää. Mo- lemmissa ryhmissä kotihoito määriteltiin laaja- alaisemmaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi kuin ai- kaisemman eriytetyn kotipalvelun ja kotisairaan- hoidon aika.

Toiminta samassa ympäristössä ja vuorovaiku-

tuksessa vähentää eri ammattilaisten toiminnallista etäisyyttä. Tiedonvaihto ja vuorovaikutus synnyttävät vähitellen yhteiseksi koettua, yhteinäistä toimintakulttuuria (työtavat, arvot ja tavoitteet). (Moberg 1996.) Kotihoidossa tiedonvaihdon välineitä olivat hoito- ja palvelusuunnitelma (hopasu)³, dokumentointi asiakastietojärjestelmään, viestivihko ja hoitokansio, tiedonvälitys puhelimella ja sähköpostilla sekä kasvokkain tapahtuva viestintä aamupalaverieissa.

Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii tavallaan asiakkaan oikeuksien dokumenttina ja kotihoidon työntekijöille työnteon kehyksenä. Kahdessa tutkimukseen osuneessa kunnan B peruspiirissä hoito- ja palvelusuunnitelmaa käytettiin niukasti hyödyksi. Siihen kirjattiin yhdelle sivulle vain välttämätön tieto vanhuksen sairauksista, lääkityksistä, tietyistä päivittäisistä toiminnoista selvitymisestä sekä sovitun kotihoidon sisällöstä ja useudesta sekä tukipalveluista. Yhdessä tutkimuksen peruspiirissä hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ollut tehty puolelle asiakkaista. Joskus se sisälsi vain välttämättömän tiedon, eikä sitä kiireessä ja työntekijäpulassa ehditty juuri päivittää, seurata eikä arvioida, kun tilanteet muuttuivat nopeasti.

Tämä hoito- ja palvelusuunnitelman puutteellinen käyttöönotto ja sen puuttuminen osalta vanhuksia on yksi tärkeä tutkimuksemme tulos. Vanhuksista vain kolme kahdestatoista (B) muisti tehneensä hoito- ja palvelusuunnitelman yhdessä kotihoidon työntekijöiden kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei käytetty kunnassa B kotihoidon työn perustana mahdollisesti seuraavista syistä: 1) sen merkitystä sopimuksena ei ole ymmärretty, 2) johto ja työntekijät eivät ole sitoutuneet sen tekemiseen ja päivittämiseen, 3) asiakkaan nopeasti vaihtuvien tilanteiden kirjaamiseen ei ole aikaa ja/tai 4) asiakastietojen kirjaamiseen ja kirjatun lukemiseen ei ole aikaa.

Kunnassa A puolestaan hoito- ja palvelusuunnitelmasta tiesivät kaikki palvelun osapuolet. Kaikki haastatellut vanhuksot tiesivät suunnitel-

man olemassaolon ja ymmärsivät sen tarkoituksen. Moni esittelikin sitä haastattelutilanteessa. Työntekijöiden mukaan hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään aina kaikille, ja viime aikoina on kiinnitetty erityistä huomiota suunnitelmien ajantasaistamiseen.

Asiakastietojärjestelmään dokumentointi oli päivittäistä, mikä turvasi sen, että asiakkaista on yhteistä tietoa. Viestivihko saattoi silti olla käytössä tehokkain ja välittömät kontaktit tärkeitä: ”Yhteinen tieto – ei vaan, että kirjoitetaan viestivihkoon vaan soitetaan heti.” Jokaisella työntekijällä on velvollisuus pitää omalta osaltaan yllä asiakkaiden hoitokansioita. Työntekijän tulisi myös pysyä ajan tasalla hoitamiensa asiakkaiden tilasta eli päivittää tietonsa kunkin asiakkaan tilanteesta ennen kentälle menoa. Näin vastuu asiakkaasta on yhteisöllinen.

- Miten kotisairaanhoidon yhteistyö näkyy arkityössä?
 - Esim. Pirjo (sairaanhoidtaja) sanoo edellispäivänä et-tä sieltä on noi katetrit loppunut et voitsä viedä aamulla lisää ja kato onks sillä se ja se, ja millasessa kunnossa se on jne. Tiedotetaan puolin ja toisin; ja joka tapauksessa nämä kaikki kirjataan päivittäin papereihin.
 - Tuleeks niitä luettua?
 - Hirveen vähän kerkiää. (B, työntekijä)

Viikoittaisissa kokouksissa käytiin asiakkaiden tilanteita perusteellisemmin yhdessä läpi, mutta toimivuutta häiritsi yhdessä tutkimuksen peruspiirissä työntekijäpulasta johtuva kiire, jolloin kokouksiin ei aina ehditty osallistua (B). Kunnassa A tiimikokouksia oli kahden viikon välein ja tiimille järjestettiin myös yhteistä koulutusta.

Kunnan B lähihoitajat korostivat integroidun kotihoidon edellytyksiä, kuten työntekijöiden motivoituneisuutta ja kykyä tehdä yhdessä töitä sekä reaaliaikaista tiedonkulkua työntekijältä toiselle. Moniammatillisesta yhteistyöstä koettiin olevan hyötyä kaikille osapuolille, mikä lisää motivaatiota toimia yhdessä. Vanhuksen tietojen päivittäminen ja tietojen seuraaminen olivat tässä keskeisiä. Tutkimuksen mukaan työntekijöillä ei kuitenkaan käytännössä ollut riittävästi aikaa tietojen päivittämiseen eikä niiden lukemiseen. Muutoinkin tiedonvälitys ontui eri palveluntuottajien välillä, kuten kunnan työntekijöiden ja yksityisen yöpartion välillä.

Lähihoitaja – integraation ammattilainen?

Lähihoitaja kuvasi integroidun palvelun kuntouttavaa työtettä kunnassa A näin:

³Tärkeä työväline suomalaisessa vanhusten kotiin saattavien sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuuden integraatiossa ja hallinnassa on yhdessä asiakkaan kanssa tehty kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma (Päiväranta & Haverinen 2002). Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain (812/2000) 7. §:n mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu- tai hoitosuunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa.

Lähihoitaja koulutus vaikuttaa, että lähdetään asiakkaan näkökulmasta. Vanha kodinhoitajan malli oli, että tehdään tehokkaasti ja reippaasti, mutta asiakas jäi sivuun. Tehokkuutta ei ole, että tehdään kaikki vaan ote-taan huomioon asiakkaan tilanne.

Kunnassa A oli kannustettu kotipalvelun työntekijöitä hankkimaan lähihoitajan koulutus ja ammattitaidon lisääntyminen näkyi työntekijähaastattelussa: lähihoitajakoulutukseen oltiin hyvin tyytyväisiä ja sen katsottiin lisäävän työn sisällöllistä kiinnostavuutta. Käsitys yhteisestä asiakkaasta ja yhteisestä työstä oli koulutuksen myötä lisääntynyt kunnassa A. Kunnassa B taas korostettiin, että integroidun työtavan myötä oli tämä yhteinen työ- ja asiakaskäsitys vahvistunut.

Kunnassa A hyvänä käytäntönä pidettiin vastuuhoidotajajärjestelmää, jossa kullakin tiimin jäsenellä oli ns. omat asiakkaansa, joiden luona hän kävi useimmiten ja joiden tilanteen hän tunsii parhaiten. Fokusryhmähaastattelussa tuli esiin, että integroidun työn nähtiin kehittyvän eteenpäin nimenomaan lähihoitajakoulutuksen myötä. Yhtäältä työnkuva on laajentunut, toisaalta entiset tehtävät koetaan tärkeiksi:

Heikkous on nämä lupa-asiat (lääkkeiden jako ja muut toimenpiteet, joihin lähihoitaja saa luvan). Että kun ne saadaan kuntoon, niin sitten toimii. Ne on vielä vähän keskeneräisiä.

Seuraavassa haastateltava tavoittelee laajaa osaaamista:

On varmaan vielä saumattomampaa, kun on nuoria työntekijöitä ja heillä on lähihoitajan koulutus ja lääkeluvat. Samalla käynnillä käydään kaupassa ja laitetaan lääkkeet. Positiivista on silloin, kun saa hoitaa asiakkaan kaikki asiat. (A, perushoitaja)

Kunnassa B yhteistyön järjestelyt vaativat kultakin työntekijältä organisointi- ja delegointikykyä. Työjärjestelyissä sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla on omat asiakaslistat ja he suunnittelivat kukin omat asiakaskäyntinsä itse. Yhdessä peruspiirissä oli yritetty jakaa yhdessä kotihoidon asiakkaat, mutta se ei onnistunut.

Yhdistetyssä kotihoidossa (B) sairaanhoitajan ja lähihoitajan työjako näytti olevan varsin selkeää ja ammatillisesti eriytettyä edelleen, vaikka yhdistetty kotihoito oli ollut käytäntö kymmenen vuoden ajan. Eri työntekijäryhmien päällekkäisiä asiakaskäyntejä ei ole tälläkään järjestelyllä onnistuttu täysin poistamaan. Haastattelujen ainoa sairaanhoitaja (B) ei ollut valmis jakamaan vastuuta

sairaanhoidosta. Hänen ratkaisunsa olisi palkata lisää sairaanhoitajia. Kunnan A fokusryhmä- ja työntekijähaastatteluiden tulos oli selkeämmin se, että lähihoitajien saaminen tiimiin on tarpeellista kasvavan asiakaskunnan palveluun. Viitteitä eriytetystä työstä ilmeni myös kunnassa A. Integroidun työotteen sisäisiä jännitteitä kunnassa A tuovat esiin vanhan kodinhoitajakoulutuksen käyneen lausuma, että ”kyllä siivouskin on tärkeää. En halua sitä suurta vastuuta (mitä tulisi lääkeluvan myötä), mitä nyt yritetään kaikille”, ja toisaalta ns. vanhan perushoitaja koulutuksen saaneen toteamus, että ”kotisairaanhoito toimii kyllä erikseen, vaikka on niinku yhdistetty, niin tavallaan erillään”.

Työntekijät arvioivat vanhuksen avun sisältöä ja käyntien määrää ”vanhuksen tarpeen niin vaatiessa”. Lähihoitajien keskeistä ammattitaitoa on se asiakaslähtöisyys, joka hahmottaa tilanteen kokonaisuutena. He arvioivat jatkuvasti osana työtään vanhuksen selviytymistä kotona ja ennakoivat avun tarpeen lisääntymistä. Muutoksissa aloite voi tulla myös omaisilta tai vanhuksilta itseltään. Kun integroitu työtapa siirsi tietoa tiimissä sujuvasti, se korvasi muodollisen hoito- ja palvelusuunnitelman puutteita. Vanhuksen palvelun tarve on arjessa muuttuvaa ja elävää, mikä vaatii joustavuutta työntekijöiltä ja työn resursoinnilta.

Palveluiden saumattomuus tarkoittaa kunnan kotihoidon henkilöstön mukaan toimivaa työnjakoa avo- ja laitoshuollon välillä ja sitä, että eri palvelusektorien välillä vanhuksen siirtyminen toimii saumattomasti (B). Yhteistyö avohuollon mielenterveyspalvelujen kanssa ei toimi riittävän hyvin kummallakaan tutkimuspaikkakunnalla hoitajien näkökulmasta.

Kunnassa B havainnot tutkimusaineistosta osoittivat, että todellinen sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi on tavoittamaton ihanne perustyöntekijöiden vajeen vuoksi. Vasta hyvä resursointi mahdollistaa moniammatillisen vanhusten hoidon asiakaslähtöisesti. Kunnassa A sairauslomata ja iltavuorojen kiireisyys olivat ongelmina, mutta integroitu työtapa auttoi töiden jakamisessa. Ongelmia aiheuttivat kotisairaanhoidon työntekijän vaihtuvuus ja lääkäripula.

Molemmissa kunnissa kotihoito integroituna työtapana merkitsi käytännön työntekijöille työn sisällön jakavaa työyhteisöä, jolla oli oma, yhteinen tila kokoontumiselle. Toiseksi kotisairaanhoidolla ja kotipalvelulla koettiin olevan yhteiset asiakkaat ja yhteinen työn tavoite, joka lähti asiak-

kaan tarpeista. Onnistunut integraatio merkitsi työkuultuuria, jossa eri työntekijöiden ja työntekijäryhmien oli helppo jakaa tietoa keskenään; he oppivat toisiltaan. Tärkeää olikin, että kotihoidolla oli yhteinen tieto asiakkaista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivalle yhdistämiselle keskeistä on se, että tieto kulkee hyvin asiakkaan tilanteesta eri ammattiryhmien välillä ja tiedon vaihto on aukotonta (Boydell 1996). Jonkun tulee koordinoita vanhuksen palvelukokonaisuutta; se voi olla vastuuhoidtaja, moniammatillisen tiimin jäsen tai esimiesasemassa oleva.

Kokemukset ja käsitykset asiakas-keskeisyydestä

Asiakaskeskeisyys tarkoittaa asiakkaan ehdoilla toimimista, luottamuksellisuutta ja asiakkaan kunnioittamista sekä asiakkaan palvelusta antaman palautteen kuulemista. Palvelun saumakohdat eivät näy asiakkaille. Lainsäädännössä ja politiikka-asiapapereissa korostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja vaikuttamismahdollisuuksia.

Vanhukset arvioivat palvelua

Tutkimuksemme vanhukset olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun ja erityisesti kiitosta saivat työntekijöiden ystävällisyys ja täsmälliset käyntiajat. ”Henkilökunta on mukavaa ja saan sen minkä tällä hetkellä tarvitsen” (nainen, 91-v.). Asiakkaiden haastattelut sujuivat hyvin ja kaikki haastateltavat olivat kykeneviä keskustelemaan tilanteestaan, vaikka he olivatkin monella tapaa sairaita ja hauraita.

Aikaisempien asiakastytyväisyystutkimusten mukaan tiedetään, että avusta riippuvaisten asiakkaiden ja potilaiden on hyvin vaikea arvioida saamaansa palvelua tai hoitoa (Carr-Hill 1992; Ownes & Batchelor 1996). Tutkimusten mukaan suurin osa on tyytyväisiä saamaansa hoitoon, sillä arvostelu koetaan pulmallisena kiitollisuuden vuoksi (Edebalk & al. 1992; Malin 1996). Valittaminen tai arvostelun esittäminen ei ole helppoa, sillä sitä pidetään usein sopimattomana ja se saattaa uhata ihmisen omanarvontunnetta tai palvelujen saamista.

Puolet vanhuksista kertoi saamastaan avusta vain myönteiseen sävyyn, mutta toinen puoli esitti kritiikkiä (A). Yleissävy oli, että palvelu on hyvää, ammattitaitoista ja ystävällistä, mutta mo-

nen mielestä sitä oli liian vähän. Toivottiin useampia käyntejä, enemmän siivousta sekä enemmän apua ulkoilussa ja asioinnissa. Monia auttoivat myös lapset ja naapuriapuakin oli toisinaan saatavissa. Usea ikääntynyt kertoi yksinäisyydestä.

Koen saavani liian vähän apua. Minulla on paljon sairauksia. Heikkovoimainen ihminen kaipaa eniten siivousta ja sehän on se kielletty. (A, nainen, 67-v.)

Haastatelluilla vanhuksilla oli yhtä lukuun ottamatta takanaan sairaalajakso ja sen jälkeen kotiuttaminen ja palvelutarpeen (uudelleen)arviointi. Työntekijöidenkin haastatteluissa kävi ilmi, että yli puolet, ehkä jopa 70 prosenttia uusista asiakkaista tulee sairaalasta ja lääkärin palveluun ohjaamana, jolloin kotihoidosta tehdään ns. ensikäynti ja sovitaan tarvittavista palveluista. Vanhusten (B) oli vaikea arvioida sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistymisestä heille ilmenneitä etuja. Heidän oli helpompi arvioida kotisairaanhoidajan pätevyyttä sairauden hoidossa kuin lähihoitajan työnteon pätevyyttä. Tärkeää sairauden hoidossa oli se, että hoitaja on varma otteissaan hoidon antajana ja että kotisairaanhoidtaja hoitaa huolellisesti ja oikein lukuisten lääkkeiden annostelun. Vanhukset kokivat yhteistyön lähihoitajien ja kotisairaanhoidtajien välillä konkreettiseksi asioden toimitteluksi, ja heidän mielestään se toimi hyvin. Asiakkaat saattoivat myös huomata, jos kotihoidon tiimin ilmapiiri oli hyvä. Vanhukset olivat tyytyväisiä siihen, että heidän luonaan kävivät melko vakituisesti samat henkilöt, eikä vaihtuvuutta ollut kovin paljon. (B.)

Asiakkaat näkivät oman aktiivisuuden välttämättömyytenä, kun on kysyttävä ja neuvoteltava hoitotarpeista ja kotihoidon toteutuksesta. Tietämättömyys kotisairaanhoidajan työnkuvasta ja apuvälineiden ja fysioterapeutin saatavuudesta sekä omaishoidon tuesta tuli esille. Toisaalta vanhuksilla oli monia tietolähteitä: radiosta kuuli omaishoitajan tuesta ja television Kauniit ja rohkeat -sarja viritti pyytämään sähköistä pyörätuolia.

Useimmilla kunnan A haastatelluilla vanhuksilla oli vain epätarkka käsitys tulostaan kotihoidon asiakkaiksi. Yleensä he tiesivät mainita johtavan kodinhoitajan roolin ja joku mainitsi omaisten ottaneen yhteyttä kotihoitoon. Vanha mies totesi: ”Tuli henkilökunta käymään ja silloin sovittiin. Paperi tehtiin. En osaa tuosta enempää sanoa”. Eräs nainen puolestaan kertoi: ”Sairaudet pahenivat ja sairaalasta kotiutumisen jälkeen ko-

tihoidon vastuuhenkilö suunnitteli avun”. Näissä lainauksissa ei asiakkaan oma panos korostu. Eräs vanha nainen oli ”taistellut” palvelun: ”Alkuun oli vaikeaa, ei meinannut saada. Sanoivat vain, että täytyy yrittää itse. Sanottiin, eikö naapurit voisi auttaa. Itse kysyin, koville otti.” Kun aloite tässä tuli vanhukselta itseltään, se yritettiin torjua. Kertooko tämä jotain enemmänkin vanhusten tarpeiden kuulemisesta? Tarvitseeko vanhus puolestapuhujan, auktoriteetin kuten lääkärin, ennen kuin palvelu järjestyy?

Vanhukset kokivat kotihoidon saamisen välttämättömäksi sairaalajakson jälkeen. Eräs vanhus piti tätä kotihoitoa saavutettuna etuna, eikä suostunut vaihtamaan sitä yksityiseen palveluun, vaikka kunnasta siihen painostettiin vanhuksen hyväntuloisuuden ja melko hyvän kunnon vuoksi. Toiselle erittäin huonokuntoiselle, vakavan halvauksen kokeneelle naiselle kotihoidon järjestäminen sairaalassa oli ollut mieluinen yllätys. Hän ei tiennyt asiasta ja oli kotiin tullessaan todella onnellinen ja tyytyväinen välttämättömäksi osoittautuvasta avusta (B).

Vanhusten mukaan hyvä työntekijä on luonteva, rauhallinen, iloinen, puhelias ja koskettaa ja on läsnä. Vastakohta tälle on työntekijä, joka on teennäinen, holhoava, kiireinen, ei-iloinen, hiljainen, epäluotettava, etäinen ja poissaoleva (B). Kunnassa A vanhuksat kuvasivat hyvän työntekijän olevan ystävällinen, luotettava, sellainen, joka ”kysyy mitä tarvitaan”, ”on kodikkaasti, mutta työt saa tehdä miten haluaa”. Huonoa oli kiire. Joku totesi myös, että ”on niissä toivomisen varaa”.

Naispuolisilla omaisilla, erityisesti tyttärillä ja miniöillä, on merkittävä rooli hoidon järjestämisessä, mikä tuntui vanhuksesta hyvältä, jos hän ei jostain syystä kyennyt itse olemaan aloitteellinen. Juuri kukaan ei muistanut kotihoidon alkamisen ajankohtaa (B), vaikka eräskin vanhus muisti tarkkaan kotisairaanhoidajien nimet ja sen, miten he olivat urallaan edenneet. Suurin osa vanhuksista luotti avun antajiin ja koki asioiden hoituvan kuin itsestään.

Molemmissa kunnissa vanhuksat tuntuivat luottavan sovitun avun saamisen määrään ja sisältöön ilman kirjallista sopimustakin. Tämä kertoo yleisestä luottamuksesta avun saamiseen sitä tarvittaessa. Kotihoidon kuukausimaksut määräytyvät annetun avun sisällön ja määrän mukaan, mistä kukaan haastateltava ei ilmaissut tyytymättömyyttään tai epäilyksiään. Luottamus toimi tässäkin: vanhuksat luottivat kunnan työntekijöiden

rehellisyyteen tai siihen, että hoidon järjestänyt omainen kontrolloloi laskun maksun yhteydessä veloitettujen tuntien määrää. Useat vanhuksat olivat tietoisia palvelun ja maksujen yhteydestä. Jos yksittäisten käyntien määrä kasvaa riittävän suureksi, siirtyy asiakas kuukausilaskutuksen piiriin. Tätä eivät jotkut halunneet, vaan tyytyivät harvoin käynteihin (A.) Vanhuksilla saattoi olla huolta palvelun riittävydestä, jos terveydentila heikkenee (A). Joku mietti hyvätasoisista laitospaikkaa, joku toivoi apua kotiin kuolemaan asti.

Vanhusten käsitykset kotihoidosta voidaan kiteyttää seuraavasti: vanhuksat olivat tyytyväisiä työntekijöiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, täsmällisyyteen ja vakituisesti samojen henkilöiden käynteihin. Tyytymättömyyttä aiheuttivat liian vähäiset käynnit, kodinhoitoavun vähäisyys ja vähäinen asiointi- ja ulkoiluapu. Vanhuksat kaipaavat siten juuri niitä palveluja, jotka liittyvät sosiaaliseen tukeen arjessa selviytymiseksi ja joita on paljon karsittu.

Työntekijät ja asiakaskeskeisyys

Työntekijöiden mukaan (A ja B) asiakaskeskeyttä olivat asiakkaan aito kohtaaminen ja läsnäolo. He pyrkivät tekemään työnsä niin kuin asiakas toivoi joko kysymällä tai kuuntelemalla asiakkaan toivomuksia tai pitkän hoitosuhteen tuoman tiedon perustalta. Heille asiakkaalta välittömästi saatu myönteinen palaute oli varmistus asiakaslähtöisyydestä.

Mielestäni annan (asiakaslähtöistä kotihoitoa) että mä en voi tehdä sellaista hällä väliä, kyllä – – mä ajattelen työssäni asiakkaan parasta. – – asiakkaat suhtautuvat positiivisesti, ei juuri negatiivista palautetta ole tullut. (B, työntekijä)

Kotihoito on asiakaspalvelua, jossa toimitaan asiakkaan kotona, jolloin ”koti valtaistaa vanhaa ihmistä määrittelemään hoivasuhdetta ja avun luonnetta” (Tedre 1999). Asiakaskeskeyttä ja -lähtöisyyttä olivat asiakkaan erilaisten kodinhoitotapojen huomioon ottaminen ja toteuttaminen. Toisaalta vanhukselle kotihoito on välttämätöntä apua arjessa, jotta hän voi asua kotona. Tämä tekee hänet työntekijästä riippuvaiseksi. Kotihoito on samalla kertaa työtä ja asiakkaan ja työntekijän välinen suhde, joka antaa mahdollisuuden kahdenvälisiin hoivasopimuksiin (Tedre 1999). Työntekijä saatettiin valita sisäisiin järjestelyihin niin, että henkilökemiat toimivat asiakkaan ja hoitajan välillä. Työntekijöiden mukaan vanhusrasakkaat oli-

vat hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoivaan.

Mitä on hyvää asiakkaan kannalta? Omasta puolestani – asiakaslähtöisyys, asiakkaan kunnioittaminen, mä tarjoon omia palveluksia, mä en määrää enkä mä käskä, miten se on asiakkaalle mukavaa ja tarkoituksenmukaista – se vaan tulee se semmonen, sen tietää ihan hyvin ite, sen tietää millon menee hyvin ja millon huonosti. (B, työntekijä)

Kiireessä on ylipäätään vaikea antaa asiakaslähtöistä hoitoa, sillä vanhuksat saattavat hermostua kiireestä ja yleensäkin se koetaan epämiellyttävänä puolin ja toisin.

Kyllähän ne ehtii (kiireessäkin) tekemään, mut joskus jää sellanen tunne että siihen sä nyt jäät, vähän niinku heitteille, monet vanhuksat haluaa hirveesti jutella, ja monilla juttu alkaa luistaa vasta sitten kun olet jo menossa ulko-ovelle, mä olen kassi kädessä ja toinen vaan puhuu ja puhuu eikä millään haluaisi päästää (pois/lähettämään). (B, 53-v., oppisopimuskoulutuksessa lähihoitajaksi)

Työvoimapulasta kärsivässä piirissä (B) havaittiin myös epäilyä siitä, onko palvelu tällä hetkellä asiakaskeskeistä kotihoitoa kiireen keskellä, kun palvelu on rutistettu välttämättömään minimiin. Työn normitus vaikutti kotihoidon sisältöön. Myös asiakas voi vaikuttaa ilmaisemalla omaa tahtoaan ja toivomuksiaan. Säännöllisen ja varman kotihoidon koettiin tuovan turvallisuutta asiakkaalle, kun asiakas tiesi, että häntä tullaan katsomaan aina tiettyyn aikaan päivässä.

Kotihoidon työntekijät voivat ottaa asiakkaan henkilökohtaisia toiveita huomioon ja toteuttaa niitä tietyissä rajoissa. Usein vain pienet palvelupyynnöt oli mahdollista toteuttaa. Työntekijät eivät aina suostuneet tiukkoihin normeihin, vaan toteuttivat työtä omalla tavallaan: juttelivat työn lomassa ja vaikkapa lauloivat tai tanssivat yksinäisten vanhusten kanssa. Ulkoiluapua ei enää juuri voitu kotihoidossa vanhuksille antaa. Välillä työntekijät ulkoilivat vanhuksen pyynnöstä ja jättivät muut työt tekemättä (B). Kunnassa A ulkoilu ja asiointiapua järjestyi erityisesti, jos se voitiin nähdä asiakasta kuntouttavana työnä.

Kotihoidon kollektiivinen hoitovastuu voi aiheuttaa ongelmia asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa, jos ei ehditä osallistua viikoittaisiin yhteisiin kokouksiin tai lukea asiakaspapereita. Asioiden hoito katkeilee, kun yksi laittaa asian alulle, mutta kukaan ei hoida sitä loppuun. Kiire, resurssipula ja mahdolliset johtamisen ongelmat aiheuttavat monia työyhteisön ongelmia, joiden vaikutukset

kertautuvat työn eri tasoilla ja heijastuvat myös asiakkaisiin. (B.)

Kunnissa on käytössä erilaisia vanhuksen toimintakykyä arvioivia mittareita, joiden perusteella suunnitelmia laaditaan ja tarkistetaan. Molemissa tutkimuksen kunnissa oli käytössä RAVAmittari. Sen avulla arvioidaan toimintakykyä, muistitoimintoja ja mielialaa, joita varten kerätään tietoa mm. vanhuksen liikkumisesta, pukeutumisesta, syömisestä ja hygienian hoidosta. Ensikäynnin jälkeen lasketaan RAVA-pisteet ja sen mukaan päätetään, pääseekö asiakas palvelun piiriin (B:ssä palvelua sai, jos arvo on yli 1,8). RAVAmittarin käytön kategorisuus jäi hiukan epäselväksi ainakin kunnassa A. Työntekijöiden mukaan kotihoitoa saivat kaikki (B) ”todelliseen tarpeeseen”. Epäselväksi kuitenkin jäi, miten todellinen tarve määritellään.

Asiakaskeskeisyys oli ikään kuin normatiivisena tavoitteena, mutta keskustelussa sen voi kuulla saavan työn ehdoista nousevia näkökulmia ja jopa kyseenalaistuvan.

Asiakkaan tarpeita täytyy karsia, ne pois, mitä meillä ei ole mahdollisuus tarjota. Me lähdetään siitä, että asiakas saa sen, että hän tulee toimeen kotona. (A, ryhmähaastattelu)

Työntekijöiden ja organisaation johdon mukaan kotihoidon tehtäviä oli selkiytetty ja tavoitteeksi asetettu kuntouttava työote: ”Ei tehdä asiakkaan puolesta, vaan keskitytään olennaiseen ja vanhuksen aktivointiin.” Kotihoito näyttäisi standardisoituvan, normittuvan ja saavan talouden tiukuudesta nousevia määräyksiä, jolloin hoito- ja palvelusuunnitelma on lähinnä työtä rajaava sopimus.

Asiakkaat eivät aina miellä, että hopasu on sopimus. Työntekijä on tulkkinä, jos asiakas esittää laajempia toiveita, niin työntekijä pyrkii pitäytymään sovitussa. (A, ryhmähaastattelu)

Merja Ala-Nikkolan (2003) mukaan asiakas voi kuitenkin olla sivuroolissa, kun hänen palvelustaan päätetään. Asiakkaan osallistuminen päätöksentekoon voi parhaimmillaan olla tasavertainen keskustelu työntekijöiden ja omaisten kanssa, mutta toisena ääripäänä on se, että tilanne muistuttaa asiakkaan kuulustelua (Ala-Nikkola 2003, 48). Niukuus on kotihoidon todellinen reunaehto, mutta puhe resurssien vähäisyydestä on myös peruste, kun asiakkaan tarpeisiin ei voida/haluta vastata asiakkaan toivomalla tavalla.

Taulukko 1. Asiakaskeskeisyys kolmesta näkökulmasta

Vanhukset A (n = 10)	B (n = 12)	Avaintyöntekijät A (n = 7)	B (n = 10)	Johto A (n = 10)	B (n = 7)
<i>Vahvuudet</i>					
Luottamus Työntekijän ominaisuudet Ystävällinen kohdeltu Asiointiapu	Luottamus Työntekijän ominaisuudet: miellyttävyyden oma-aloitteisuus riipeys	Hoito- ja palvelusuunnitelman keskeisyys Palvelutarpeen jatkuva arviointi Vastuuhoitajarakenne Asiakkaan näkökulman huomiointi	Asiakaskäsitteellinen Laatuaikaa asiakkaalle: palvelupyynnöiden täyttäminen	Hoito- ja palvelusuunnitelma sopeutuksena: linjaukset työn rajat yhteys omaisiin	Yleisperiaatteet: turvallisuus eettisyys kokonaisvaltaisuus yksilöllisyys
<i>Jännitteet</i>					
Asiakkaan rooli opittava Järjestelmä kouluttajana	Asiakkaaksi sopeutuminen Luottamus?	Hoito- ja palvelusuunnitelma työn rajaajana Kiire	Asiakkaiden erilaista kohtelua? Työntekijän vastuu Kiire	Hoito- ja palvelusuunnitelma työn tiukkana rajaajana	Tavoitteet vs. todellisuus? Hoito- ja palvelusuunnitelma lähinnä työn rajaajana

Myös asiakkailta on monesti tiedossa, mitkä työt kuuluvat ja mitkä eivät kuulu palvelun piiriin (esim. Siira 1998; Andersson & Kainlauri 2001).

Ihanteellisen työn tekemisen toimintaehdot määrittävät ruohonjuuritason työntekijöiden työtä. Heille asiakaslähtöisyys merkisi ennen kaikkea kiireettömyyttä ja asiakkaiden monenlaisiin avuntarpeisiin vastaamista.

Minulla on ne omat asiakkaat ja käyn pääasiassa heidän luonaan. – – Asiakkaat tarvitsevat monenlaista apua, hoidollisia toimenpiteitä on paljon, taloudellisia asioita. (A, työntekijä)

Asiakassuhteessa työntekijät olivat hyvin sitoutuneita yksittäisen asiakkaan yksilölliseen auttamiseen. Haastateltujen työntekijöiden enemmistö näki kotihoidon integraation syvenevän ja paranevan, kun tiimissä on enemmän lähihoitajia. Tavoitteet ja todellisuus yhdistyivät: tavoitteista puhuttiin jo toteutuvana todellisuutena. Työntekijä saattoi kommentoida kotihoidon asiantunteumuksen ja vanhusten toiveiden eroa näin: ”Mikä on hopasu:n ja hengissä säilymisen kannalta välttämätöntä, ei ole sama kuin vanhuksen toiveet.” Kuitenkin työntekijä tunnisti, että hyvin tehdyn työn olisi oltava mahdollisimman paljon sitä, mitä asiakas odottaa. ”Vanhuksilla on muitakin tarpeita, kuin pelkkä hoito – mihin taas me tällä hetkellä ainoastaan pystytään vastaamaan.”

Parhaiten asiakaskeskeisyys näytti toteutuvan kahdenkeskisessä vuorovaikutuksessa asiakkaan kotona, ikään kuin organisaatiolta suojassa. Tämä

merkitsee sitä, että organisatorisesti työ on rajattua ja säädeltyä julkis palvelua, mutta samalla henkilökohtaisesti tapahtuvaa kohtaamista. Kotihoidossa näkyy työn ilo kanssakäymisessä vanhuksen kanssa, mikä on naisten hoivatyölle ominaista.

– – et voitais pitää tää mejän työn laatu hyvänä ja just se että muistettaisiin se asiakaslähtöisyys, kukaan ei ole täydellinen, mutta kun jokainen työntekijä muistais omalla kohdalla, että pyrkis siihen mahdollisimman hyvään. (B, työntekijä)

– – pulmallista asiakkaan kannalta? Ettei hoito ole kokonaisvaltaista – vanhukset tuoneet ilmi pahoitteensa työntekijän kiireen vuoksi. (B, työntekijä)

Tutkimuksen keskeiset tulokset

Tutkimuksemme osoittaa, että vanhusasiakkaat olivat ”koulutuksen” kohteena kotihoidon palvelun sisällöistä. Työntekijöiden mukaan vanhukset yleensä tiesivät ja ymmärsivät rajat ja sen, mitä kotihoitoon kuuluu ja mitä siihen ei kuulu. Työntekijä tasapainoili säästöjen, normien ja asiakkaan toiveiden välillä, mutta viime kädessä asiakkaan oli sopeuduttava kotihoidon normituksiin. Työntekijöiden mielestä asiakkaat kaipasivat a) enemmän kaikenlaista lisäapua, b) enemmän kuljetusapua, c) enemmän omaishoidon tukea. Tutkimusaineistomme pohjalta näyttää siltä, että käytännön kotihoidon työntekijät jatkuvasti kohtaavat normitetun työn ja vanhusten toiveiden erot ja yrittävät luovia näiden välissä arjen työssään. Asiakaskes-

Taulukko 2. Kotihoidon integraatio kolmesta näkökulmasta

Vanhukset A (n = 10)		B (n = 12)		Avaintyöntekijät A (n = 7)		B (n = 10)		Johto A (n = 10)		B (n = 7)	
<i>Toiminnallinen integraatio</i>				<i>Toiminnallinen ja sosiaalinen integraatio</i>				<i>Rakenteellinen integraatio</i>			
Erillisiä tehtäviä Avun tarpeen tarkistaminen Vastaava kodinhoitaja keskeinen Hyvät työntekijät		Toimiva Avun automaattinen tarkistaminen Yhteisiä kokouksia Toistensa asioiden toimittelu Hyvä työilmapiiri Asiakkaaksi sopeutuminen Kuluttajan kyvyistä apua		Yhteiset tilat ja asiakkaat Jaettu työ Itseohjautuvuus Vastuuhoitajat Moniammatillinen tiimityö Toimiva koordinaatio Hyvä tiimihenki Toimiva hoito- ja palvelusuunnitelma Yhteinen ensi- ja arviointikäynti Tiedonkulku		Yhteiset tilat ja asiakkaat Yhteinen työorientaatio Konsultaation mahdollisuus Yhteinen ensi- ja arviointikäynti Työn mielekkyys Reaaliaikainen tiedonkulku		Organisatorinen yhdistäminen tehty Yhteiset tilat Ensikäynti keskeinen Tiedonkulku Perustelut: taloudellinen välttämättömyys eettisyys turvallisuus vanhuksille		Organisatorinen ja toiminnallinen yhdistäminen Moniammatillinen työ Jaettu taitotieto Yhteiset kokoukset Tiedonkulun rakenne luotu Saumattomuus Perustelut: taloudellinen välttämättömyys	
<i>Jännitteet</i>											
Miten pitkälle työntekijä venyy arjessa? Työn tiukat rajaukset		Kiire Työntekijäpula Nojaako liikaa asiakkaiden luottamukseen?		Teoriassa edellytykset, resurssipula ja kiire?		Arjessa koordinaatio ei aina toimi: tiedonkulusongelmia Kollektiivisen vastuun ongelmat: hoito- ja palvelusuunnitelma ei toimi		Talouden ehdoilla kapeutettua, rationalisoitua, medikalisoitua palvelua?		Talouden ehdoilla kapeutettua, rationalisoitua, medikalisoitua palvelua? Vain osa laajempaa palvelukokonaisuutta	

keisyyden käsite sai uusia ulottuvuuksia. Kokamme taulukossa 1 asiakaskeisyyden piirteitä ja siinä näkyviä jännitteitä.

Heikkokuntoiset vanhukset olivat kiitollisia, sillä heille apu on välttämätöntä. Moni toivoi enemmän apua ja useampia käyntejä. Kiireiset käynnit eivät vähentäneet vanhusten yksinäisyyden kokemusta, kuten Pirkko Tepposenkin tutkimus osoitti (2003).

John Baldockin (1997) mukaan se, mitä palveluja ikäihmiset saavat kotiin, ei riipu tarkkaan ottaen heidän tarpeistaan ja elämäntilanteestaan vaan palvelutuotannon organisoinnista ja olemassa olevista ”tuotteista”. Tutkimuksemme mukaan kotihoidon tehostamisesta ja henkilöstön niukkuudesta sekä palvelutarpeiden ja resurssien yhteismitattomuudesta näyttäisi nousevan uusi asiakaslähtöisyys: koulittu tai sopeutuva asiakas, joka mitoittaa omat tarpeensa palvelujen saatavuuskriteereiden ja tarjolla olevien palvelujen suhteen.

Taulukkoon 2 on koottu integraation elementtejä ja jännitteitä tutkimusaineistomme pohjalta. Integraation elementit näyttäisivät olevan olemassa, mutta käytännön toiminnassa on puutteita. Johdolle integraatio on vastaus taloudelliseen tilanteeseen välttämättömyytenä, kun tarpeet kasvavat ja resurssit ovat niukat. Asiakkaat luottavat palveluun, mutta heidän paikkansa kotihoidossa vaihtelee alkaen vaativasta kuluttajasta sopeutuvaan kohteeseen. Onko kotihoidon jännitteiden takana Suomessakin organisaatiokeskeisyys, vai selittyvätkö ongelmat sittenkin niukasta panostuksesta kotihoitoon?

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa kotihoidon integrointia ja asiakaskeisyyttä tarkasteltiin kolmesta näkökulmasta. Palvelun saajien ja tarjoajien erikseen eritellyt näkökulmat monipuolistavat kuvaa koti-

hoidosta. Tarkastelu toi esille, että tavoitteet ja arki ovat jännitteisessä suhteessa keskenään. Kotihoidon johdolle, työntekijöille ja vanhuksille käsitteet asiakaskeskeisyys ja saumattomuus näkyivät ihanteena varsin samansisältöisinä, mutta arjessa ihanne joutui niukkuuden ja työn rajausten puristuksessa väistymään. Kuitenkin työntekijöiden omat valinnat korostuivat työssä, joka tehdään vanhusten kotona, jossa vanhus ja työntekijä kohtaavat. Näihin vastattiin eri tavoin: osa joutuu, osa tukeutuu työn annettuihin rajauksiin.

Yhdistetyn kotihoidon hyödyllisyys näkyy työntekijöiden tyytyväisyytenä työtapaan, tiedonkulun paranemisenä ja jossain määrin myös vanhusten lisääntyneenä tietona siitä, kuka heidän palvelustaan vastaa. Tyytyväisyyttä saavat aikaan yhteiset tilat ja yhteinen tieto ja käsitys asiakkaan tilanteesta. Lähihoitajakoulutus on lisännyt työn ammatillisuutta ja myös työtyytyväisyyttä. Kotihoito onnistuu olemaan asiakaskeinen ja palveluorientoitunut, jos kotihoidon sisäiset työnjaot ja vastuut ovat selkeitä kaikille ja niihin on sitouduttu. Työnjako ja vastuut ovat silloin selkeitä kotihoidon, tukipalveluiden (kuljetus, ateria, kauppakassi, siivous), palvelukeskusten toiminnan (päiväkerho, sauna, ravintola ym.), palvelutalojen (asuminen ja em. palvelut), päiväsaaralan ja hoitokotien välillä. Integroitu kotihoito näyttää välineeltä, jolla apu voidaan kohdentaa eniten tarvitseville, ja vastataan näin lisääntyneeseen kysyntään, yhä heikkokuntoisempien asiakkaiden auttamiseen ja asiakasmäärän kasvuun.

Kotihoitoasiakkuus alkaa yhä useammin sairaalasta kotiutuksen jälkeen ja lääkärin ensi kontaktista kotihoitoon. Tutkimusaineiston pohjalta nousee esille kysymys, onko käynnissä kotihoidon monensuuntainen medikalisoituminen: lääkäri ensimmäisen tarvearvioinnin tekijänä, RA-VA-indeksin käyttö, joka korostaa fyysistä kuntoa ja sairaanhoidollisiin tehtäviin keskittymistä, ja se, millaisen paikan sosiaalinen saa kotihoidossa. Toinen kysymys liittyy töiden rationalisoimiseen. Kotihoidon rationalisointiin viittaavat kotihoidon joidenkin tehtävien ulkoistaminen ja tehtäväkuvan tarkka rajaaminen.

Medikalisoituminen ja rationalisointi, töiden rajaaminen ja myös ulkoistaminen näyttäisivät merkitsevän sitä, että arjessa selviytymisen sosiaalinen tukeminen menettää merkitystään työn toteutuksessa, ja lopputuloksena ovat vanhusten kokemat palvelupuutteet. Toisaalta työntekijät onnistuvat säilyttämään henkilökohtaisessa asiakastilanteessa sellaista asiakkaan huomioon ottamista, joka tuottaa hyvän palvelukokemuksen kummallekin.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoituksena on olla työkalu, joka edistää yhteisen tiedon syntymistä ja ottaa vanhuksen mukaan hoidon ja hoidon arviointiin, mutta tavoite ei toteutunut varsinkaan toisessa kunnassa, jossa se puuttui osalta vanhuksia, eikä juuri kukaan vanhus tiennyt siitä. Toisessa kunnassa hoito- ja palvelusuunnitelma oli paremmin käytössä. Hoito- ja palvelusuunnitelma saattoi jäädä hallinnolliseksi työkaluksi, eikä sitä hyödynnetty palvelun saajan ja tarjoajan välisenä sopimuksena. Integroitu työtapa sinänsä oli keino parantaa keskinäistä tiedonkulkua. Työntekijät dokumentoivat tietoa tiimin ja hallinnon tarpeisiin kotihoidon kiireisessä arjessa ja toisaalta arvioivat jatkuvasti asiakkaan tarpeita ja tilannetta yhdessä asiakkaan ja myös omaisten kanssa.

Kun kotona asuminen on vanhustenhuollon keskeinen politiikkatavoite, on tärkeää nostaa esille vanhusten arjen palvelutarpeiden ja palvelujen saamisen kriteerien ja resurssien välinen kuilu. Vanhusten arjen näkyväksi tekeminen korostuu tutkimuksen tehtävänä. Samalla näkyy, ettei se jäseny tutkimuksen käsitteellisten jakojen mukaan. Vanhuksilla on toiveita ja tarpeita, joita arvioidaan ja joihin vastataan, tai sitten niitä rajataan. Tutkimuksen tehtävä on tuoda näkyville eri toimijoiden ja vanhusten näkökulmia, jotta tietoon perustuvia politiikkapäätöksiä voidaan tehdä. Ihmisarvoisen kotihoidon kannalta on keskeistä erottaa ihanteet ja arki ja luoda toimivia työtapoja, jotta vanhuksset, työn ulkoisista ehdoista huolimatta, voivat luottaa avun saamiseen silloin, kun he sitä tarvitsevat.

KIRJALLISUUS

ALA-NIKKOLA, MERJA: Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudes-

ta. Acta Universitatis Tamperensis. Tampere 2003
ANDERSSON, SIRPA & KAINLAURI, ANNE: ”Meidän asiakkailta on hyvä olla.” Kotihoitoyrittäjien käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. FinSoc, arviointira-

- portteja 4/2001. Helsinki: Stakes, 2001
- BALDOCK, JOHN: Social Care in Old Age: More Than a Funding Problem. *Social Policy & Administration* 1997: 1, March, 73–89
- BERNABEL, R. & LANDI, F. & GAMBASSI, G. & SGADARI, A. & ZUCCELA, G. & MOR, V. & RUBENSTEIN, L. Z. & CARBONIN, P.: Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 316 (1998): 7141, 1348–1351
- BOYDELL, L.: European prototype for integrated care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 9 (1996): 4, 30–32
- CARR-HILL, R. A.: The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14 (1992): 3, 236–249
- EDEBALK, P. G. & INGVALD, B. & SAMUELSSON, G.: Kvalitet i social hemtjänst – några svenska erfarenheter. *Socialmedicinsk tidskrift* 1992: 3–4, 186–192
- IKÄÄNTYNEIDEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT 2002. Suomen virallinen tilasto (SVT). Sosiaaliturva 2003:1. Stakes 2003
- LEICHSENRING, KAI & ALASZEWSKI, ANDY M. (eds.): Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stakes. Ashgate 2004
- MALIN, MAILI: Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1996: 6. Helsinki 1996
- MOBERG, SAKARI: Integraatioideologia. Teoksessa: Hautamäki, J. & Lahtinen, U. & Moberg, S. & Tuunanen, K. (toim.): *Eri-tyispedagogiikka 1. Eri-tyispedagogiikka tieteenä*. WSOY 1996
- OWNES, D. J. & BATCHELOR, C.: Patient satisfaction and the elderly. *Soc Sci Med* 42 (1996): 11, 1483–1491
- PROVIDING INTEGRATED HEALTH AND SOCIAL CARE FOR OLDER PERSONS – ISSUES, PROBLEMS AND SOLUTIONS. Key Action 6, Area 6.5. Proposal n QLRT-2001-00227, March 2001
- PÄIVÄRINTA, EEVA & HAVERINEN, RIITTA: Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Oppaita 52. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Stakes, 2002
- RINTALA, TAINA & ELOVAINIO, MARKO: Lähihoitajien työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. Tutkimuksia 86. Helsinki: Stakes, 1997
- SIIRA, HELENA: Asiakkaan autonomiaako rakentamassa? Tapaustutkimus kunnallisesta kotipalvelusta asiakkaan suoriutumisen tukijana. 1998
- TEDRE, SILVA: Vanhusten kotipalvelu – julkista apua yksityiselämän alueelle. *Gerontologia* 7 (1993): 2, 133–140
- TEDRE, SILVA: Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 40. Joensuu 1999
- TENKANEN, RAIJA: Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. *Acta Universitatis Lapponensis* 62. Rovaniemi 2003
- TEPPONEN, PIIRKKO: Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteuttaminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirjat 1: 2003. Helsinki 2003
- TUOMI, JOUNI & SARAJÄRVI, ANNELI: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi 2003
- VAARAMA, MARJA & VOUTILAINEN, PÄIVI & KAUPPINEN, SARI: Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Parpo, Antti (toim.): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002*. Helsinki: Stakes, 2002
- VOUTILAINEN, PÄIVI & VAARAMA, MARJA & BACKMAN, KAISA & PAASIVAARA, LEENA & ELONIEMI-SULKAVA, ULLA & FINNE-SOVERI, U. HARRIET (toim.): *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes, 2002.

ENGLISH SUMMARY

Sirpa Andersson & Riitta Haverinen & Maili Malin: Three perspectives on home care services for older people: assessments of integration and customer orientation by older people, employees and management (Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeksisyyden arvioijina)

It is a relatively common policy among Finnish local councils today to integrate home help and home nursing services under the umbrella of a single home care service. The aim is to make invisible the boundary line between the two organisations and to better meet clients' individual needs. This goal is pursued by means of administrative and organisational changes and by a common approach to care, the key features of which are

multidisciplinary and practice-driven cooperation as well as the sharing of responsibilities.

This article assesses the flexibility of integrated home care services as perceived by service recipients and providers. The past decade has seen various changes to the concept of municipal home care services. At the same time the number of clients has decreased and the focus has turned to people most in need of help. Home care clients are older than before, and the emphasis has shifted increasingly in the direction of nursing care. The range of services provided in the context of home care has also been reduced. From the point of view of older clients, this means an increasing scarcity of home care services. Indeed they often report a greater need for assistance with cleaning, shopping and going out.

As part of the EU-funded nine-country PROCARE

research project on integrated home care services, this article describes the results of interview materials collected in two Finnish municipalities. We have two main concerns: How was the principle of customer orientation satisfied, and how was integration achieved in practice. These questions are addressed from three perspectives: those of the older clients themselves, staff members and management. We are particularly interested in the meanings attached by the employees involved to this general orientation as well as in the clients' experiences.

For staff working in the field, the integrated approach of home care carried the meaning of a workplace collective that had developed a shared culture of work and that had a shared meeting place. It was felt that the workplace collective shared the same clients and the same goals. It was considered particularly important that there was good exchange of information and that home care services shared the same information about clients. Staff members often made scant use of care and service plans, which therefore did not become a contract between service recipients and service providers, but often remained an administrative tool. The older clients had confidence in the service and were full of praise for staff members' personal qualities, such as their friendliness and punctuality. On the other hand the frail elderly were grateful because the help

and assistance they received was absolutely essential; however there were also many who said they would have needed more help and more frequent visits. Staff members walked a tightrope between their specified job tasks and clients' wishes, but in the last instance the elderly clients had to content themselves with the norms that had been laid down. Professional training for practical nurses had strengthened the element of professionalism and also added to job satisfaction. Management explained and justified the policy of integration by reference to the requirements of cost cutting and by the sharp increase in the demand for services.

The medicalisation and rationalisation of home care, the closer definition of job tasks and their outsourcing would seem to mean that social support for everyday coping is losing much of its significance. However in their personal encounters with patients, staff members still were able to show enough empathy and give enough attention to their clients so that both parties had a positive experience of the service.

KEY WORDS

Home nursing services, home help, older people, integration, customer orientation, assessment, employees, managers, customers, Finland