

Sarianne Jyrkkänen ja Hanna Ruokanen

Ikääntynyt aktiivisena toimijana vai passiivisena palveluiden kohteena?

Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotiin annettavista palveluista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi AMK

Vanhustyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

28.10.2014

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Sarianne Jyrkkänen ja Hanna Ruokanen Asiakas aktiivisena toimijana vai passiivisena palveluiden kohteena 64 sivua + 3 liitettä 28.10.2014
Tutkinto	Geronomi (AMK)
Koulutusohjelma	Vanhustyön koulutusohjelman
Suuntautumisvaihtoehto	Vanhustyö
Ohjaajat	Lehtori Mari Heitto Lehtori Tuula Mikkola
<p>Väestön ikääntyessä vanhuspalveluiden kehittäminen nousee merkittävään asemaan, myös kansallisen ikäpolitiikan tavoite on tukea kotona asumista. Jotta kotona asuminen mahdollistuu, tulee vanhuspalveluiden ja toimintatapojen vastata asiakkaiden tarpeisiin. Asiakkaiden palvelukokemusten selvittäminen on lähtökohta asiakaslähtöisten palveluiden suunnittelussa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotiin annettavista palveluista sekä heidän osallisuudestaan oman arjen suunnitteluun. Lisäksi haluttiin selvittää, saiko asiakaspalautekeskustelu aikaan välittömiä muutoksia asiakkaan palveluissa. Työtä ohjasivat Vanhuspalvelulaki ja Laatusuositus. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Sosiaalitaidon kanssa joka koordinoi Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishojelman, Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuutta.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto koostui säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaista asiakkaista seitsemästä kunnasta (n=765). Asiakkaiden kokemuksia kerättiin vastuuhoidtajien kanssa käydystä asiakaspalautekeskusteluista. Työ toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen ja aineisto analysoitiin SPSS- ohjelmalla. Aineistosta tarkasteltiin suoria jakaumia sekä ristiintaulukoimalla selvitettiin, onko sukupuolella tai kotihoidon käyntimäärällä yhteyttä asiakkaiden osallisuuteen omien palveluiden suunnittelussa.</p> <p>Asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä saamiensa kotihoidon palveluiden laatuun, toimivuuteen ja toteutukseen. Kotihoidon palveluilla ei voida kuitenkaan yksinään vastata asiakkaiden todellisiin palveluiden tarpeisiin. Sukupuoli vaikutti siihen miten asiakkaat olivat saaneet tietoa omasta lääkityksestään. Käyntimäärällä oli vaikutusta siihen miten asiakkaat olivat saaneet apua tarvitsemien palveluiden hakemisessa, sekä osallisuudessa omaa hoitoa ja lääkitystä koskevassa päätöksenteossa yhdessä lääkärin kanssa. Asiakaspalautekeskusteluiden avulla tapahtui muutoksia, mutta asiakkaiden esiin tuomiin tarpeisiin ei kuitenkaan pystytty vastaamaan riittävästi.</p> <p>Asiakaspalautekeskustelujen avulla saatiin kerättyä laaja aineisto joka antaa kattavan kuvan kotihoidon asiakkaiden osallisuudesta ja palvelujen sujuvuudesta. Vanhuspalveluja olisi syytä tarkastella ja kehittää kokonaisuutena. Kotihoidon palveluilla ei voida yksinään turvata ikääntyneen kotona asumista vaan tarvitaan yhteistyötä omaisten/läheisten, yksityisen ja kolmannen sektorin sekä kunnan välillä. Vanhuspalveluissa tulee panostaa palvelutarpeen arviointiin sekä palveluohjaukseen ja -neuvontaan, jotta asiakkaiden palvelut saadaan järjestettyä yksilöllisesti.</p>	
Avainsanat	kotihoito, osallisuus, asiakaspalaute

Authors Title	Sarianne Jyrkkänen ja Hanna Ruokanen Customer Experiences of Elderly Home Care Services
Number of Pages Date	64 pages + 3 appendices 28 October 2014
Degree	Bachelor of Social Services and Health Care
Degree Programme	Elderly Care
Specialisation option	Elderly Care
Instructors	Mari Heitto, Senior Lecturer Tuula Mikkola, Senior Lecturer
<p>Improvement of elderly care to answer customers' needs becomes more important as the population ages. The purpose of this study was to investigate customers' experiences of the services provided at home as well as their own participation in the planning of their daily life. In addition, the aim was to find out if the customer feedback conversations provided immediate changes in their services. The study was directed by Act on the Care Services for Older Persons and Quality Recommendation.</p> <p>The data (N=765) was collected from the regular home care customers aged over 75 years from seven different municipalities. The data for this study was gained in customer feedback conversations between the customer and the primary nurse and a separate questionnaire was designed for these conversations. The method of this study was quantitative and the data was analyzed using the SPSS- program. The data was analyzed according to frequency and by cross tabulation we investigated whether gender or number of visits from home care effect the customers` participation in the planning of their daily life.</p> <p>The customers were mostly satisfied with the quality, functionality and implementation of the received home care services. However home care services alone cannot meet customer`s actual needs of the services. Gender had an impact on how the customers had received information about their own medication. The number of visits by home care was partly connected to the participation of planning and evaluation of their own services. The number of visits affected on how the customers had received support or help in applying the needed services and it also influenced the participation in the decision making with their own doctor concerning their own care and treatment. The customer feedback conversations resulted in some changes but the needs for services expressed by the customers were not met adequately.</p> <p>The data provided a comprehensive understanding of home care customers' participation and functionality of the services. Services for the elderly should be considered and developed as a whole. Home care services alone cannot support elderly living at home and large scale collaboration between relative, private, third and public sector is needed. Services for the elderly need to invest in service needs assessment as well as case management in order to provide individually services to all home care customers.</p>	
Keywords	home care, participation, customer feedback

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työelämäyhteys	3
2.1	Sosiaalitalo	3
2.2	Kotona Kokonainen Elämä –kehittämishjelma 2013-2015	3
2.3	Kaste- ohjelma	4
3	Keskeiset käsitteet	6
3.1	Kotihoito	6
3.2	Osallisuus	9
3.3	Asiakaspalaute laadun osana	10
4	Opinnäytetyötä ohjaava ikäpolitiikka	13
4.1	Vanhuspalvelulaki	13
4.2	Laatusuositus	13
4.3	Kohde kuntien ikäpoliittiset strategiat	14
5	Aikaisemmat tutkimukset	16
6	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	19
7	Opinnäytetyön toteutus	20
7.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	20
7.2	Asiakaspalautelomake	21
7.3	Aineiston kerääminen	26
7.4	Aineiston analysointi	26
8	Opinnäytetyön tulokset	29
8.1	Vastaajien taustatiedot	30
8.2	Osallisuus oman arjen suunnitteluun	31
8.3	Palveluohjaus ja -neuvonta	33
8.4	Osallisuuden tukeminen	35
8.5	Toimintakykyä edistävä toiminta	36
8.6	Lääkäripalvelut ja lääkitys	40
8.7	Oikea palvelu oikeaan aikaan	42
8.8	Kotihoidon työntekijät	44

8.9	Vastuuhoitajan kysymykset	45
9	Johtopäätökset	49
9.1	Asiakkaiden palveluntarpeisiin vastaaminen	49
9.2	Asiakas palveluiden kohteena vai aktiivisena toimijana	50
9.3	Asiakkaiden arjen sujuvuuden toteutuminen	51
9.4	Asiakaspalautekeskustelun vaikutukset asiakkaiden arjessa	53
9.5	Käyntimäärän ja sukupuolen vaikutukset asiakkaiden osallisuuteen	53
10	Pohdinta	55
10.1	Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu	57
10.2	Jatkotutkimusehdotukset	60
10.3	Opinnäytetyöprosessin arviointi	61
	Lähteet	65
	Liitteet	
	Liite 1. Asiakaspalautelomake	
	Liite 2. Saatekirje asiakkaalle	
	Liite 3. Saatekirje vastuuhoitajalle	

1 Johdanto

Lähivuosina ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan ja valtaosa ikääntyneistä haluaa asua omassa kodissaan. Myös kansallisen ikäpolitiikan keskeinen tavoite on tukea ikääntyneiden kotona asumista mahdollisimman pitkään. (Ronkainen – Ahonen – Backman – Paasivaara 2002: 100.) Ikääntynyt, joka tarvitsee apua ja tukea selviytyäkseen kotona, tarvitsee usein säännöllisen kotihoidon palveluita (STM 2013: 44).

Ikääntyneiden määrän kasvu lisää kotihoidon palveluiden tarvetta tulevaisuudessa. Kotihoidon palvelut ovat olemassa asiakkaita varten ja sen vuoksi asiakkailta saatu palaute on tärkeää ja asiakas on arvioinnin keskiössä (Heinola 2007a: 30). Jotta kotihoidon palvelut vastaisivat asiakkaiden tarpeita, on tärkeää selvittää minkälaisia kokemuksia ikääntyneillä on kotihoidon palveluista ja onko heillä mahdollisuuksia vaikuttaa omiin palveluihinsa. Myös Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 6§ (myöhemmin Vanhuspalvelulaki) velvoittaa kunnat keräämään säännöllisesti asiakaspalautetta. Uudistunut Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (myöhemmin Laatusuositus) ohjeistaa keräämään asiakaspalautetta yhdenmukaisesti ja iäkkäitä henkilöitä osallistavia palautejärjestelmiä käyttäen. Tätä kerättyä palautetta on hyödynnettävä iäkkäiden henkilöiden palvelujen laadun parantamiseksi ja kehittämiseksi (STM 2013: 35).

Opinnäytetyön tavoitteena on kvantitatiivisin tutkimuksen keinoin selvittää säännöllisen kotihoidon yli 75 -vuotiaiden asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista sekä heidän osallisuutta omien palveluiden suunnitteluun. Lisäksi halutaan tietää, saako asiakaspalauttekeskustelu aikaan välittömiä muutoksia asiakkaan palveluissa. Työn taustana ja johtoajatuksena toimivat vanhuspalvelulaki sekä uudistunut Laatusuositus.

Asiakkaiden kokemuksia kerätään vastuuhoidtajien kanssa käytävissä asiakaspalauttekeskusteluissa, joita varten rakennetaan oma kyselylomake. Kyselylomakkeen pohjalta käytävien keskustelujen tavoitteena on saada asiakkaan oma ääni kuuluviin, kerätä asiakkaiden kokemuksia palveluista, lisätä heidän vaikutusmahdollisuuksia omiin palveluihinsa sekä vahvistaa vastuuhoidajan ja asiakkaan välistä asiakassuhdetta.

Opinnäytetyö kohdentuu Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishojelman Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuuteen, johon kuuluvat Hanko, Inkoo, Siuntio, Lohja,

Karkkila, Vihti, Hyvinkää ja Järvenpää (Hankesuunnitelma 2012). Osakokonaisuuden ulkopuolelta vuoden 2014 alussa mukaan tuli myös Sipoo. Työelämän yhteistyökumppanina on Länsi- ja Keski-Uudellamaalla toimiva sosiaalialan osaamiskeskus Sosiaalitaito Oy, joka koordinoi Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishojelman Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuutta.

2 Työelämäyhteys

2.1 Sosiaalitaito

Työelämän yhteistyökumppanina toimii Sosiaalitaito (Socialkompetens), joka on Länsi- ja Keski-Uudellamaalla toimiva sosiaalialan osaamiskeskus. Sen tehtävänä on vahvistaa alueensa kuntien sosiaalipalvelujen asiantuntijuutta ja tietoperustaa, luoda pohjaa sosiaalipalvelujen tietojohdantiselle sekä tukea kuntia tuottamalla asiantuntijapalveluja kehittämistyöhön. Sosiaalitaidon toiminta kohdistuu erityisesti sosiaalialaan ja sen kanssa yhteistyötä tekeviin toimijoihin (mm. terveys-, opetus- ja nuorisotoimi sekä työ- ja elinkeinohallinto). Kaikessa toiminnassa on näkyvillä sosiaalinen näkökulma, johon toiminta perustuu. (Sosiaalitaito 2012: 8–9.)

Sosiaalitaidon kehittämistoimissa ja ammatillisen osaamisen vahvistamisessa kulkee läpäisevänä periaatteena tutkimuksen, kehittämisen ja koulutuksen yhdistäminen. Sosiaalitaito pyrkii työllään edistämään kumppanuutta ja luomaan uutta. Toiminta perustuu aina tutkimuksellisen tiedon, kehittämisen ja työelämän väliseen vuoropuheluun, jonka tavoitteena on löytää uudenlaisia lähestymistapoja sekä ja ratkaisuja. (Sosiaalitaito 2012: 8–9.)

Sosiaalitaidon toiminta pohjaa kuntakohtaisiin ja alueellisiin tarpeisiin sekä sektorirajat ylittävään pitkäjänteiseen yhteistyöhön. Sosiaalitaidon kehittämistyö toteuttaa alueellaan myös valtakunnallisia strategisia ja ohjelmallisia linjauksia. Näistä keskeisin on Kaste -ohjelman alueellinen toimeenpano ja uudistuvan lainsäädännön linjaukset. Sosiaalitaito varmistaa toiminnallaan, että toiminta-alueen kunnat ovat aktiivisesti osallisia valtakunnallisessa kehittämistyössä. (Sosiaalitaito 2012: 8–9.)

2.2 Kotona Kokonainen Elämä –kehittämishjelma 2013-2015

Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishjelman 2013 – 2015 päätavoite on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen hänen omista lähtökohdistaan käsin. Tavoitteena on lisätä ikääntyneiden hyvinvointia sekä mahdollisuuksia osallistua omien palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin voimavarojensa puitteissa. Kehittämishjelmassa tarkastellaan ikääntyneen henkilön kotihoidon ja kotiin vietävien palveluiden kokonaisuutta ennakoivasti ja hyvinvoinnin näkökulmaa korostaen. Sen

pohjalta kehitetään sekä toimintatapoja että palvelujen sisältöjä, joita ikäihmiset ovat myös itse mukana suunnittelemassa. Kehittämistyö tukee osaltaan vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Kehittämisohjelman yhtenä keskeisenä periaatteena on ikääntyneen osallisuuden vahvistaminen. (Hankesuunnitelma 2012: 4–5, 11.)

Ohjelmassa on mukana yhteensä 23 kuntaa Länsi- ja Keski-Uudenmaan, Etelä-Kymenlaakson ja Eksoten alueilta sekä Kouvolasta. Edellä mainitut alueet muodostavat neljä alueellista osakokonaisuutta (Länsi- ja Keski-Uusimaa, Etelä-Kymenlaakso, Eksote ja Kouvola), jotka muodostavat yhtenäisen kehittämisrakenteen kehittämisohjelma-alueella. (Hankesuunnitelma 2012: 8–9.)

Sosiaalitaito koordinoi Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuutta. Osakokonaisuuden toimijoita ovat Hanko, Inkoo, Siuntio, Lohja, Perusturvakuntayhtymä Karviainen (Vihti ja Karkkila), Järvenpää ja Hyvinkää. Osakokonaisuuden tavoitteena on kehittää kotihoidon toimintaa ja palveluita siten, että asiakas kokee saavansa oikea-aikaisesti tarpeitaan vastaavia laadukkaita palveluita ja lisäksi asiakas kokee voivansa vaikuttaa palveluiden sisältöön sekä toteutukseen. Tavoitteeseen päästäkseen osakokonaisuudessa keskitytään kotihoidon työprosessien kehittämiseen ja uudistuneiden toimintatapojen käyttöönottoon. (Kotona Kokonainen Elämä 2014.)

Kotona Kokonainen Elämä -kehittämisohjelma toimeenpanee sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012 – 2015 (Kaste) ikäihmisten palvelurakenteiden ja sisällön uudistamisen osaohjelman tavoitteita. Lisäksi kehittämisohjelmassa toteutetaan vanhuspalvelulain peruslinjauksia ja juurrutetaan muistiohjelman (2012 – 2020) keskeisimpiä sisältöjä. (Hankesuunnitelma 2012: 5.)

2.3 Kaste- ohjelma

Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön pääohjelma jonka avulla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa (STM 2012a: 4–5). Ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet sekä kehittämisen ja valvonnan painopisteet ja niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset (Kaste 2013).

Osallisuus ja asiakaslähtöisyys ovat Kaste-ohjelman keskeisiä periaatteita. Sosiaali- ja terveyspalveluissa osallisuus ja asiakaslähtöisyys tarkoittavat muun muassa ihmisten

kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseä koskevassa päätöksenteossa, palveluissa ja niiden kehittämisessä. Ihmisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi ja näkemysten selvittämiseksi on tarpeen ottaa käyttöön erilaisia asiakkaita osallistavia menetelmiä. (STM 2012a: 19.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on jakanut Kaste-ohjelman viiteen alueelliseen kokonaisuuteen joilla on kullakin omat alueelliset toimeenpanosuunnitelmat Kaste-ohjelman toteutukseen alueellaan. Etelä-Suomen kokonaisuudessa ohjelman painopisteitä ovat asiakkaiden ja perheiden osallisuuden vahvistaminen. Ikääntyneiden osalta keskitytään palveluiden rakenteen ja sisällön uudistamiseen, ja tavoitteena on saavuttaa yhdessä parempi ikääntyminen. (STM 2012b: 58–60.)

3 Keskeiset käsitteet

3.1 Kotihoito

Kotihoito-käsitteen käyttö on yleistynyt maassamme 1990-luvulta lähtien kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon yhdistämiskehityksen myötä. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin (710/82) 20 ja 21 § perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin (667/1972) 14 ja 17 § perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Kotihoito on palvelukokonaisuus, johon kuuluu kotipalvelut, sairaanhoitopalvelut sekä erilaiset tukipalvelut. (Ikonen 2013: 15, 21.) Kaikissa kunnissa, joihin opinnäytetyö kohdistuu, on yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido kotihoidoksi.

Kotihoidon avulla autetaan kotona asuvia avun tarvitsijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että hän voi asua turvallisesti kotonaan mahdollisimman pitkään. Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan palveluita, joita kotihoidon asiakas saa vähintään kerran viikossa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaalla on voimassa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma jonka mukaan kotihoito järjestetään. (Ikonen 2013: 15–18.)

Kotihoito palvelee kaikkia ikäryhmiä, mutta suurin osa asiakkaista on 75 vuotta täyttäneitä (Ikonen 2013: 42). Ikääntyneet kotihoidon asiakkaat ovat keskenään erilaisia ja eroavat toisistaan monin tavoin. Heillä on yksilölliset voimavarat, erilaiset persoonat ja kulttuuritaustat sekä heidän käsitykset palveluista eroavat toisistaan. (Heinola 2007b: 22.) Asiakkaiden toimintakyky ja tarpeet ovat keskenään erilaisia. Erilaisuuden tunnistaminen auttaa suunnittelemaan ja toteuttamaan jokaiselle ikääntyneelle hänen tarpeisiinsa vastaava laadukasta kotihoitoa. (Luoma – Kattainen 2007: 18.)

Kotihoidon peruspalveluita ovat kotipalvelut ja kotisairaanhoido. Kotipalvelua on sosiaalihuoltolain mukainen asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittaminen tai niissä avustaminen. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä asiakkaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa tapahtuvaa moniammatillisesti toteutettua terveyden- ja sairaanhoidon palvelua. **Kotihoidon tukipalveluita** ovat sosiaalihuoltolain mukaisia tukipalveluita, joita ovat mm. ateria-, siivous-, turvallisuus-, kuljetus-, ja kylvetyspalvelut. (Ikonen 2013: 16–18.)

Ikääntyneiden kotona asumista tukevat myös erilaiset julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, kuten tehostettu kotisairaanhoido, omaishoido, päivätoiminta/päiväsairaala, lyhytaikainen laitoshoido, kodinmuutostyöt, erilaiset apuvälineet ja teknologia, sekä erilaiset taloudelliset tuet, kuten kansaneläkelaitoksen hoitotuet sekä lääkekorvaukset (Ikonen 2013: 23,68,73,85,100,107,109–110). Myös kolmannen sektorin ja yksityisten palveluntuottajien tarjoamat palvelut ovat tärkeä osa ikääntyneen kotona asumisen tukemista.

Vastuuhoitaja on kotihoidossa työskentelevä asiakkaalle nimetty hoitaja, josta voidaan käyttää muitakin nimityksiä, kuten omahoitaja. Vastuuhoitajalla tarkoitetaan asiakkaan lähintä yhteistyökumppania, joka suunnittelee asiakkaan ja kotihoidon tiimin kanssa asiakkaalle annettavan hoidon. Lisäksi Ikonen (2013) on mukaillut Perälän (2003) kuvailemia vastuuhoitajan tehtäviä seuraavasti. Vastuuhoitajan tehtäviin kuuluu osallistua asiakkaan hoivaan ja hoitoon yhtenä hoitotiimin jäsenenä. Vastuuhoitajan tulee laatia palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa sekä arvioida ja seurata asiakkaan hoidon ja palveluiden tarvetta ja tehdä tarvittavat muutokset. Vastuuhoitajan tehtäviin kuuluu keskustella erilaisista tukimuodoista asiakkaan ja hänen läheisten kanssa. Vastuuhoitajan tehtävänä on välittää asiakkaan ja hänen läheisten mielipiteet ja toiveet palveluista tiimin jäsenille ja vastata viime kädessä asiakkaan asiakasta koskevasta tiedonkulusta kotihoidotiimin sisällä ja muiden ulkopuolisten tahojen kanssa. (Ikonen 2013: 35–36.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeä työväline kotihoidossa. Jokaisella säännöllisen kotihoidon asiakkaalla tulee olla aina kirjallisesti laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma sisältää hoitosuunnitelman joka sisältää varsinaisen hoidon suunnittelun sekä palvelusuunnitelman, jossa sovitaan palvelujen käytöstä ja aikataulusta (Kan – Pohjola 2012: 46–47.)

Suunnitelman tavoite on luoda asiakkaalle saumaton, joustava, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu palvelukokonaisuus, jossa otetaan huomioon olemassa olevat voimavarat. Asiakas on palveluja ja hoitoa tuottavissa yhteisöissä aina olennaisin oman mielipiteensä ilmaisevana työntekijän yhteistyökumppanina, oman elämänsä asiantuntijana. Hoito- ja palvelusuunnitelma tukee ja edistää ikääntyneen kotona asumista sekä ohjaa asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työskentelyä, palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. Hyvässä hoito- ja pal-

velusuunnitelmassa yhdistyvät asiakkaan tarpeet ja toiveet, olemassa olevat palvelu- ja hoitomahdollisuudet sekä työntekijän asiantuntijuus. (Päivärinta – Haverinen 2002: 5.)

Ikääntyneen laadukas hoito- ja palvelusuunnitelma tulee perustua huolellisesti tehtyyn elämäntilanteen kartoitukseen sekä kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin. Ikääntyneen kokonaistilanteen arviointi tulee tehdä moniammattillisessa työryhmässä yhteistyössä ikääntyneen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Asiakkaan yksilölliset tarpeet ratkaisevat, millainen on kunkin ammattihenkilön panos hänen hyvän hoidon ja palvelun kannalta. (Voutilainen – Vaarama – Eloniemi- Sulkava – Finne-Soveri 2002: 91- 92.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen, toteutus ja arviointi on vastavuoroinen prosessi, jonka valmistelu vaatii työntekijöiltä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä (Päivärinta – Haverinen 2002: 35). Työyhteisössä sovitaan aina kuka työntekijöistä (usein vastuuhoidtaja) ottaa päävastuun asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilannekartoituksesta, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta, suunnitelman toteuttamisesta, jatkuvasta arvioinnista sekä tiedon kulusta. Vastuutyöntekijä on yhteyshenkilö ja yhteistyökumppani asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisten sekä palveluntuottajan välillä. Hän huolehtii koko asiakkuuden ajan, että asiakas pysyy subjektina, myös silloin kun hän ei pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan. (Voutilainen ym. 2002: 91–92.)

Suunnitelmassa määriteltyjen tavoitteiden tulee olla asiakkaan tarpeet, voimavarat ja toiveet huomioon ottavia sekä saavutettavissa olevia. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia ja selkeästi ilmaistuja, jotta asiakas itse sekä kaikki hoitoon ja palveluihin osallistuvat ymmärtävät ne. Suunnitelmaan kirjataan myös keinot tavoitteiden saavuttamiseksi sekä sovitaan arviointimenetelmistä - ja ajankohdista. Asiakkaan päivittäinen hoito ja palvelu toteutetaan suunnitelmassa määritellyin keinoin tavoitteiden suuntaisesti. Koska asiakkaan toimintakyky tai avuntarve ei ole pysyvä tila tulee myös hoito- ja palvelusuunnitelman vaihdella ja muuttua asiakkaan tarpeiden mukaisesti. (Voutilainen ym. 2002: 94.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiselle on myös juridiset perusteet sillä eri lait ja asetukset velvoittavat palveluntuottajan laatimaan yksilöllisen, asiakastyötä ohjaavan hoito- ja palvelusuunnitelman (Voutilainen ym. 2002: 91). Hoito- ja palvelusuunnitelma on monipuolinen työväline, josta on hyötyä asiakkaalle ja työntekijälle sekä palveluntuottajalle. Suunnitelmista saadut asiakaspalautteet tuottavat tietoa hoidon ja palvelu-

jen järjestämisestä sekä niiden laadusta. Palautetta voidaan hyödyntää esimerkiksi laadittaessa kuntastrategioita ja paikallisia hyvinvointiohjelmia tai työ- ja palveluprosessien kehittämiseen. (Päivärinta – Haverinen 2002: 26.)

3.2 Osallisuus

Osallisuuden määritelmät eivät ole yksiselitteisiä. Osallisuus on eräänlainen sateenvarjokäsite, joka pitää sisällään monenlaisia määritelmiä ja viitekehyksiä riippuen määrittelijän orientaatiosta (Raivio – Karjalainen 2013:12; THL n.d). Osallisuuden käsitteeseen sisältyy näkemys ihmisestä ajattelevana, valintoja tekevänä ja aktiivisena yksilönä, jonka itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Toteutuessaan osallisuus lisää oman elämän hallinnan ja turvallisuuden tunnetta sekä lisää kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Moisio - Heikkinen - Honkakoski - Nurmio - Pakanen 2013:12.)

Ikääntyneiden osallisuus on monitasoista, mutta pääperiaatteena voidaan pitää sitä, että ikääntyneiden ääni kuuluu kaikessa sellaisessa päätöksenteossa, joka heitä koskee. Yhteiskunnan tasolla ikääntyneiden osallisuus on mahdollisuutta vaikuttaa erilaisilla yhteiskunnan foorumeilla yhteisön toimintaan ja palveluiden kehittämiseen. Osallisuus on kokemuksellista, kuten tunne yhteenkuulumisesta, ja konkreettista, kuten mahdollisuus osallistua, toimia ja vaikuttaa yhteisössä. (STM 2003:17.) Toimintakyvyttä riippumatta tulisi jokaisella ikääntyneellä olla samanlaiset oikeudet osallisuuteen sekä yhtäläiset mahdollisuudet osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon (Moisio ym. 2013: 12).

Aito osallisuus toteutuu ikäystävällisessä yhteiskunnassa jossa jokaisella ikääntyneellä on oikeus omannäköiseen vanhuuteen. Osallisuus on osa Suomalaista palvelurakennetta ja kunnallisia palvelujärjestelmiä. Esimerkiksi perustuslain 14§ mukaan julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon (Suomen perustuslaki 731/1999). Kuntalain (365/1995) mukaan kuntalaisille ja asiakkaille on taattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa asioiden suunnitteluun sekä valmisteluun. Lain mukaan on pidettävä huolta siitä, että kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan. Osallistumista ja vaikuttamista voidaan edistää muun muassa selvittämällä asukkaiden mielipiteitä ennen päätöksentekoa. (Kuntalaki 356/1995.) Vanhuspalvelulaki korostaa ikääntyneen mahdollisuuksia osallistua itseään koskevien asioiden käsittelyyn ja valintojen tekemiseen (Laki ikääntyneen vä-

estön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuuista 980/2012). Lakien avulla pyritään vaikuttamaan organisaatioiden toimintakulttuureihin ja lisäämään ikääntyneiden mahdollisuuksia osallisuuteen.

Käytännössä kotihoidon asiakkaan osallisuus on sitä, että hän saa osallistua omien palvelujensa suunnitteluun ja niiden toteutusta koskevien valintojen tekoon; hänen mielipiteensä kuullaan ja se kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Ikääntyneellä on myös oltava aina mahdollisuus arvioida palvelujen toimivuutta ja laatua. (STM 2013: 17.) Silloin kun ikääntynyt on aidosti osallisena tarvitsemien palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, hän aktivoituu miettimään omaa selviytymistään ja arkea (Moisio ym. 2013: 12).

Jotta kaikilla ikääntyneillä olisi samanlaiset mahdollisuudet osallisuuteen, tulisi palveluiden olla esteettömästi saatavilla ja saavutettavissa. Tällä tarkoitetaan sitä, että ikääntyneet pystyvät käyttämään tuotetta, tilaa tai palvelua iästä tai terveydentilasta huolimatta. Esteettömyyden tulee olla kokonaisvaltaista ja ikääntyneen osallisuutta tulee tukea erityisesti silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. (STM 2013: 19–20.) Tärkeä osa esteettömyyttä on organisaatioiden toimintakulttuuri joka heijastuu ulospäin ammatillisena vuorovaikutuksena. Ammattilaisten ajattelu- ja toimintatavat ovat ratkaisevia sen suhteen, nähdäänkö ikääntynyt palveluihinsa vaikuttavana kohteena vai palvelujen kohteena. (Moisio ym. 2013: 12.)

Asiakaspalautteen kerääminen on yksi asiakkaiden osallisuuden toteutumisen perusedellytys. Vuorovaikutus ja dialogisuus ovat edellytyksiä asiakkaan äänen kuulemiselle sekä asiakkaan näkökulmien esille tuomiselle kaikessa kehittämisessä. Kun on uskoa siihen, että voidaan päästä vuorovaikutuksellisiin suhteisiin asiakkaiden kanssa, uskotaan palveluilla olevan myös vaikutusta asiakkaan elämäntilanteeseen. Silloin kun palvelun uskotaan vastaavan asiakkaiden tarpeita, asiakkaat ovat todennäköisemmin tyytyväisiä palveluun. Asiakkaiden osallisuus palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin edellyttää riittävien rakenteiden mahdollistamista. (Högnabba 2008:28–29.)

3.3 Asiakaspalaute laadun osana

Uudistuneen Laatusuosituksen (2013) mukaan palveluntuottajan on kerättävä asiakaspalautetta iäkkäiltä henkilöiltä ja heidän omaisiltaan/läheisiltään järjestelmällisesti (vähintään vuosittain), yhdenmukaisesti ja iäkkäitä henkilöitä osallistavia palautejärjestel-

miä käyttäen (STM 2013: 35). Säännöllisesti kerätty asiakaspalaute on tärkeä informaation antaja ja kotihoidon laadun arvioinnin väline. Kotihoidon toiminnan varsinainen onnistuminen voidaan mitata asiakkaiden positiivisina kokemuksina palvelusta sekä palvelun myönteisinä vaikutuksina asiakkaan elämänlaatuun tai elämäntilanteeseen. (Heinola 2007a: 30–31.) Asiakkailta kerättyä palautetta tulisi hyödyntää palvelujen kehittämisen ja laadun parantamisessa, sekä asiakaslähtöisten palvelujen varmistamisessa (STM 2013: 35; Voutilainen – Vaarama – Peipponen 2002: 38).

Kotihoidon kehittämisen kannalta on tärkeää saada tietoa asiakkaalta itseltään kotihoidon tarvevastaavuudesta ja vaikutuksista sekä asiakkaan ja työntekijän välisestä vuorovaikutuksesta. Asiakaspalaute on yksi tärkeä osa kotihoidon arvioinnissa ja laadun kehittämisen. Kerätty asiakaspalaute ei saa olla irrallinen osa kotihoitoa, vaan se on käytävä systemaattisesti läpi. Palaute tulee jäsentää, kehittämistarpeet tunnistaa ja kotihoidossa tulisi ryhtyä tarpeellisiin kehittämistoimiin. (Heinola 2007 a: 30–33.)

Asiakaspalautteen avulla voidaan parantaa toiminnan asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöisyys on sitä, että hoitoa tai palveluja saava ikääntynyt asiakas on toiminnan “keskiössä” eli kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Aidosti asiakaslähtöisessä organisaatiossa työprosesseja tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta ja organisaation ajatellaan olevan olemassa asiakkaita varten. (Voutilainen – Vaarama – Peipponen 2002: 38.) Asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas ei ole vain hoidon ja palvelujen saaja, vaan myös kokija, palautteen antaja, konsultti ja toiminnan kehittäjä (Päivärinta – Haverinen 2002: 5). Asiakaslähtöisten palvelujen turvaaminen edellyttää, että organisaatiolla on käytettävissä tietoa siitä, mitä heidän asiakkaat pitävät hyvänä, laadukkaana ja tavoiteltavana palveluna. Palvelua voi sanoa asiakaslähtöiseksi vasta sitten, kun mahdollistetaan asiakkaiden osallistuminen toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Voutilainen – Vaarama – Peipponen 2002: 38, 41.)

Asiakkaat arvioivat kotihoidon toimintaa omien kokemusten kautta ja he muodostavat käsityksensä palveluiden laadusta vertaamalla palvelulle asettamia odotuksia saamiinsa kokemuksiin (Heinola 2007a: 30; Voutilainen – Vaarama – Peipponen 2002: 40). Laatu arvotetaan yleensä positiivisesti ja sillä tarkoitetaan jotain hyvää ja tavoiteltavaa. Kukin laatu- sanan käyttäjä antaa sille vielä oman tulkintansa hyvästä. (Holma 2003: 13.)

Kotihoidon laatua linjataan lakien, asetusten, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien, suositusten ja muiden vastaavien sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla (Ikonen 2013: 57). Vanhuspalvelujen organisointi ja toteuttaminen vaihtelee kuitenkin kuntakohtaisesti, minkä vuoksi yhtenäisten toimintokohtaisten normien antaminen on vaikeaa (Työterveyslaitos 2002: 26). Yksi merkittävin valtakunnallisten vanhuspalveluiden sisältöä ja laatua ohjaava ohjeistus on Laatusuositus (2013). Laatusuosituksessa on erityisesti kotihoidon laatuun liittyviä sisältöjä ja konkreettisia tavoitteita sekä toimenpiteitä laadun kehittämiseen. Laatusuositus on arvokas työväline kunnille ja yhteistoiminta-alueille vanhuspalveluiden arvioimiseen sekä kehittämiseen (STM 2013: 9–10.)

Laadun arvioinnissa on oleellista toteuttaa arviointi monesta eri näkökulmasta, jotta saadaan riittävän kattava kuva kotihoidon laadusta. Tärkeitä tahoja ovat palveluiden käyttäjien lisäksi palveluntuottajat, toimintaa johtavat ja päätöksiä tekevät osapuolet. Yhdessä näiden osapuolten näkemykset muodostavat kokonaiskuvan kotihoidon laadusta. (Voutilainen 2007: 13–14.) Laatu ei ole kotihoidon työssä jatkuvaa uusien toimintatapojen etsimistä, vaan sen lähtökohta on päivittäisessä asiakastyössä ja sen laadun kehittämisessä. Kotihoidossa laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden tarkoituksenmukaisesti arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti (Ikonen 2013: 58). Hyvälaatuinen palvelu on a) vaikuttavaa ja turvallista; b) asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa ja c) hyvin koordinoitua. Laadukas kotihoidon palvelu ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja lisää terveyshyötyä, mutta turvaa myös hyvän palliatiivisen ja muun hoidon elämän loppuvaiheessa. (STM 2013: 65–66.) Kun asiakas saa sellaista palvelua kun tarvitsee, se on hänen mielestään laadukasta.

4 Opinnäytetyötä ohjaava ikäpolitiikka

4.1 Vanhuspalvelulaki

Ikääntyneiden henkilöiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti halutaan turvata lainsäädännöllä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan 1.7.2013. Lain tarkoituksena on:

- 1) tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista;
- 2) parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa;
- 3) parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää; sekä
- 4) vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

4.2 Laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriön uudistuneen Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, tarkoituksena on tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Laatusuositus konkretisoi lain tavoitteita: varautumista ikärakenteen muutokseen, hyvää hoitoa ja huolenpitoa iäkkäille sekä iäkkäiden osallisuuden vahvistamista. Laatusuositus on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. (STM 2013: 3–10.)

Laatusuositus on jaettu seitsemään sisältöalueeseen, joita ovat osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä johtaminen. Sisältöalueilla on omat suosituksensa sekä konkreettiset

toimenpide ehdotukset, jotka kohdistuvan niin yksilö- kuin väestötasolle. Ikääntyneiden osallisuus on kaikkia suosituksen sisältöalueita yhdistävä tekijä. (STM 2013: 3,5.)

4.3 Kohdekuntien ikäpoliittiset strategiat

Vanhuspalvelulain 5§ ja Laatusuosituksen (2013) mukaan kuntien tulee laatia suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä palveluiden ja omaishoidon järjestämisestä. Suunnitelmassa on painotettava ikääntyneiden kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Laadittu suunnitelma on osa kuntien strategiaa ja se tulee tarkistaa valtuustokausittain. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012; STM 2013: 54.)

Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus ovat linjassa tutkielmaan osallistuneiden kuntien ikäpoliittisten strategioiden ja vanhustyön kehittämisen kanssa. Kaikki kunnat pyrkivät työllään lisäämään ikääntyneiden osallisuutta sekä tukemaan ikääntyneiden kotona asumista.

Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma on rakennettu vuosille 2013–2016. Ohjelmassa korostetaan ikääntyntä oman elämänsä parhaana asiantuntija ja se näkyy läpi koko ohjelman. Ikääntyneiden palveluiden tehtävänä on tarjota sipoolaisille ikääntyneille heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen turvallinen ja omaehtoinen vanhuus tukemalla heidän toimintakykyään ja osallisuutta. Ohjelman avulla kehitetään kotona asumista tukevia palveluita yhteistyössä kunnassa olevien muiden toimijoiden kanssa. (Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013–2016. 2014: 2, 18, 22.)

Hangon kaupungin Internet- sivuilta ei löytynyt erillistä vanhuspoliittista ohjelmaa, mutta Hangon kaupungin strategiassa kuitenkin määritellään kunnan vanhuspalveluiden tavoitteita. Hangossa tavoitteena on tukea ikääntyvien toimintakykyä ja kotona asumista tehostamalla ja uudistamalla kotihoidon palveluja. Ikääntyneiden toimintakykyä pyritään tukemaan myös erilaisten hankkeiden kautta. (Hangon strategia 2025. 2013: 6.)

Hyvinkäällä on laadittu ikääntymis- ja vammaispoliittinen ohjelma vuosille 2011–2018. Hyvinkään kaupungin tavoitteena on järjestää ikääntyneiden kuntalaisten palvelut laadukkaasti ja asiakasta kunnioittaen. Ohjelman tarkoituksena on turvata ikääntyneille tasa-arvoinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen laadun kehittämiseen.

Tärkeänä pidetään ikääntyneiden kuulemista, asukkaana ja asiakkaana heitä koskevissa vanhustenhoidon ja -hoivan suunnittelussa ja toteutuksessa. (Hyvinkään kaupunki 2012: 2, 7.)

Karviaisten (Karkkila, Vihti) perusturvakuntayhtymän verkkosivuilta ei löytynyt ikäpoliittista ohjelmaa. Kuntayhtymän internet- sivuilla kerrotaan ikäihmisten palveluiden keskeiseksi tavoitteeksi täysipainoisen elämän mahdollistaminen tukemalla kotona asuamista erilaisten palveluiden avulla. Kuntayhtymän vanhustyötä ohjaavassa toimintafilosofiassa korostetaan ikääntyneen osallisuutta oman hoidon ja palvelujen suunnittelussa. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen n.d.)

Lohjan kaupungilla, **Siuntiolla**, **Inkoolla** ja Karjalohjalla on kuntien yhteinen ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2010–2018, "Ikääntyvä LOST". Ohjelma korostaa ikääntymisen monia ulottuvuuksia ja ihmisten vaihtelevia tarpeita sekä kotihoidon palveluiden kehittämistä. Palveluiden tehtävänä on edistää hyvinvointia ja elämänlaatua, sekä luoda mielekkäitä edellytyksiä toiminnalle ja osallisuudelle. (Ikääntyvä LOST 2018. 2010: 3, 11, 25, 29, 37.)

5 Aikaisemmat tutkimukset

Osallisuutta, kotihoitoa ja kotihoidon palveluita on tutkittu erilaisista näkökulmista. Seuraavassa on tiivistettynä muutama opinnäytetyönprosessissa huomioitu tutkimus.

Tepponen (2009) on väitöskirjassaan tutkinut ikääntyneiden kotihoidon integroinnin laajuutta ja toteutustapoja sekä integroinnin vaikutuksia kotihoidon sisältöön ja laatuun. Asiaa on tarkasteltu keskeisten toimijoiden eli ikääntyneiden ja heidän omaistensa sekä kotihoidon työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Ikääntyneiden kotihoidon integroinnilla tarkoitetaan eheän, asiakaslähtöisen ja asiakkaan tarpeiden mukaisen palvelukokonaisuuden muodostamista organisatorisilla ja muilla eheyttävillä toimenpiteillä.

Aikaisempien tietojen ja tutkimuksensa tulosten pohjalta Tepponen rakensi hyvän kotihoidon mallin. Mallin mukaan vanhusta tulee kohdella omassa ympäristössään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena. Ikääntyneen kotona selviytymistä tuetaan vahvistamalla olemassa olevia voimavaroja sekä pitämällä yllä hänen elämänlaatuaan. Mallia voi hyödyntää kotihoidon työprosessien kehittämisessä sekä käytännön työssä. (Tepponen 2009: 15, 167–168.)

Keipilä (2008) on pro gradu -tutkielmassaan selvittänyt, millaista sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistetty kotihoito on asiakkaan näkökulmasta. Tutkimusaineisto oli kerätty teemahaastattelemalla kahdeksaa Hyvinkään kaupungin säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneitä asiakasta. Tarkastelun kohteena oli asiakkaan kokemus saamastaan kotihoidon palvelusta ja tutkittavien toimintaa kuvattiin niin kuin he itse sen ymmärtävät.

Tutkimustulos kotihoidon palvelujen laadusta muodostui asiakkaan kokemasta hoitoneuvottelun ja palvelutarpeen arvioinnin sujumisesta, kotona asumisen tuesta sekä asiakkaan palveluodotusten toteutumisesta. Asiakkaat pitivät kotihoidon palveluita enimmäkseen hyvinä. Hoito- ja palvelusuunnitelma oli suurimmalle osalle vanhusasiakkaista vieras eikä hoiva ja palvelutarpeet kohdanneet vanhusten saamissa tukipalveluissa. Hoitotyön ammatillinen osaaminen oli hyvää. Kotihoidon työntekijöiden työn rajaukset eivät aina miellyttäneet vanhusasiakkaita, eivätkä myöskään jatkuvasti vaihtuvat työntekijät. (Keipilä 2008: 3, 58.)

Stina Högnabba (2008) on tutkinut Bikva -arviointimenetelmän käytön vaikutuksia sosiaalialan työyksikössä sekä sitä, miten asiakkaan puhe tuodaan muutoksen välineeksi.

Tutkimuksessa selvitettiin, miten asiakasosallisuus ja arvokeskustelu näkyvät ja toteutuvat ammatillisessa käytännössä. Tutkimus oli arviointitutkimus, jossa on käytetty sekä laadullista että määrällistä tutkimustapaa.

Bikva (Brugerinddragelse 1 KVA-litetsvurdering) eli ”asiakkaat laadunvarmistajina” on Tanskassa kehitetty arviointimenetelmä, jonka käyttö on aloitettu Suomessa 2004. Bikvaa on kokeiltu Suomessa 20–30 toimintakontekstissa. Bivan lähtökohtana ovat asiakkaiden näkemykset ja kokemukset laadusta. Ottamalla asiakkaat mukaan arviointiin pystytään luomaan yhteys sekä asiakkaiden ongelmien ja tarpeiden ymmärtämiseen että julkisen intervention välille.

Tutkimuksen keskeinen tulos oli Bikvan tarkennettu ohjelmateoria eli kuvaus siitä, minkä elementtien tulisi olla arvioinnissa läsnä, jotta asiakaslähtöisyys toteutuisi ja Bikva-menetelmä käyttö tuottaisi tuloksia. Ohjelmateorian mukaan tulosten saavuttamiseen vaikuttaa mm. työntekijöiden kyky kuulla asiakkaita. Högnabban tutkimus osoittaa, että Bikva-menetelmällä voidaan vaikuttaa työyhteisöjen arvokeskusteluun, eettisiin pohdintoihin sekä asiakaslähtöiseen, tutkivaan ja arvioivan työorientaation kehittymiseen. Menetelmä on erityisen sopiva nostamaan esiin niiden asiakkaiden puhetta, jota harvoin palauteprosessissa kuullaan. Tutkimuksessa ilmeni, että työntekijöillä on erilaisia käsityksiä asiakasosallisuudesta. Esiin nousi mm, että työyhteisössä ei järjestetä riittävästi mahdollisuuksia asiakkaille osallistua palvelujen suunnitteluun. (Högnabba 2008: 4, 8, 44–45,56.)

Lisäksi kotihoidon asiakkaiden kokemuksia saamistaan palveluista, etenkin asiakastytyväisyyden näkökulmasta on selvitetty runsaasti erilaisissa opinnäytetöissä. Opinnäytetöitä ovat toteuttaneet eri alojen opiskelijat. Useinkaan opinnäytetöissä ei kuitenkaan käy ilmi, ovatko tulokset vaikuttaneet asiakkaiden palveluihin ja niiden laatuun.

Asikainen ja Paunonen (2012) ovat kehittäneet opinnäytetyönä kotihoidon palvelujen laadun arviointimenetelmän. Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää Juvan kunnan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä kotihoitoon ja mitata heidän elämänlaatuaan kehittämällä laatumittari. Opinnäytetyössä kartoitettiin asiakkaiden ja henkilöstön sekä muiden ikäihmisten edustajien mielikuvia hyvästä kotihoidosta ja toiveita tulevaisuuden kotihoitopalveluista.

Opinnäytetyön tuloksena ilmeni asiakkaiden olevan tyytyväisiä kotihoidon palveluihin ja kotihoito vastasi heidän tarpeitaan. Vastaajat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä elämänlaatuunsa. Tulevaisuudessa ihmiset haluaisivat asua kotonaan ja saada tämänhetkistä runsaampaa apua kotiin. (Asikainen – Paunonen 2012: 35–36, 47, 50–53.)

Sirpa Jyrkkänen (2013) on toteuttanut opinnäytetyön Kotona kokonainen elämä - kehittämisohjelman Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuuteen nykytilan analyysinä. Kvantitatiivisen opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hyvinvointiteknologian mahdollisuudet kotihoidon palveluprosessien kehittämisessä. Tutkimuksessa kartoitettiin asiakkaiden käytössä olevat apuvälineet, teknologiset laitteet ja palvelut, tehdyt kodinmuutostyöt sekä mahdolliset lisätarpeet. Opinnäytetyössä selvitettiin myös henkilökunnan hyvinvointiteknologia osaamisen taso ja vastuuhoidajat arvioivat asiakkaiden tyytyväisyyttä apuvälineisiinsä ja palveluihinsa. Aineiston keräämisessä käytettiin Surveyspal-ohjelmaa.

Selvityksen mukaan asiakkailla oli käytössä melko vähän teknologisia apuvälineitä tai palveluita, lukuun ottamatta turvapuhelinta. Vastuuhoidajien arvion mukaan yli puolet asiakkaista tarvitsisi lisää apuvälineitä tai teknologisia laitteita / palveluita. Kodinmuutostöitä oli tehty noin joka kolmannekselle, eniten oli asennettu tukikahvoja. Henkilöstö arvioin oman apuväline osaamisensa paremmaksi kuin teknologian. (Jyrkkänen 2013: 32, 50, 54, 58–59.)

6 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista ja heidän mahdollisuudesta vaikuttaa omiin palveluihinsa. Asiakkaiden kokemuksia kerättiin vastuuhoitajien kanssa käytävissä asiakaspalautekeskusteluissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada asiakkaiden oma ääni kuuluviin, lisätä heidän mahdollisuuksia vaikuttaa omaan arkeensa, vahvistaa asiakkaan ja vastuuhoitajan välistä vuorovaikutusta sekä selvittää saako asiakaspalautekeskustelu aikaan välittömiä muutoksia asiakkaan palveluissa.

Asiakaspalautekeskustelujen avulla työntekijät saavat tärkeää tietoa asiakkaan palveluiden tarvevastaisuudesta sekä arjen sujuvuudesta. Kerättyä asiakaspalautetta voidaan hyödyntää yksittäisten asiakkaiden hoidon ja palveluiden suunnittelussa sekä kotihoidon kehittämisessä. Opinnäytetyö on myös osa Kaste-ohjelman Kotona kokonainen elämä Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuuden raportointia.

Opinnäytetyön tutkimuksellisessa osuudessa käytetään kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja tutkielma kohdentui säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaisiin asiakkaisiin.

Opinnäytetyön avulla haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisia kokemuksia kotihoidon asiakkailla on kotiin annettavista palveluista?

- Toteutuuko kotihoidon asiakkaiden osallisuus omien palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa?
- Onko kotihoidon käyntimäärällä yhteyttä asiakkaiden osallisuuteen omien palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa?
- Eroaako naisten ja miesten osallisuus omien palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa?

2. Saiko haastattelu aikaan välittömiä muutoksia asiakkaan palveluissa?

7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishankkeen Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuuden alueella (Hanko, Inkoo, Siuntio, Lohja, Karkkila, Vihti ja Hyvinkää) sekä Sipoossa. Opinnäytetyön yhteistyökumppani Sosiaalitalo koordinoi kehittämishankkeen Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuutta. Sosiaalitalon avulla saatiin kerättyä tutkimusaineisto ja he hoitivat yhteydenpidon kuntiin. Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaat asiakkaat.

7.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jossa kerättyä aineistoa käsitellään tilastollisin menetelmin. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään ja aineistosta etsitään syy- seuraussuhteita. (Kananen 2011: 12, 15.) Tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Opinnäytetyö toteutettiin kokonaistutkimuksena, jossa kaikki perusjoukkoon kuuluvat havaintoyksiköt mitattiin (Vilkkä 2007: 13, 14, 51.)

Tutkimusongelma on tutkimuksen lähtökohta, johon haetaan vastausta tai ratkaisua. Tutkimuskysymykset johdetaan tutkimusongelmasta (Kananen 2011:21). Opinnäytetyön avulla haluttiin selvittää, minkälaisia kokemuksia kotihoidon asiakkailla on kotiin annettavista palveluista, sekä miten asiakkaiden osallisuus omien palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa toteutuu. Henkilöitä koskevien asioiden tutkiminen määrällisellä menetelmällä on mahdollinen, kun tutkittavat asiat muutetaan mitattavaan muotoon, eli operationalisoidaan ja strukturoidaan (Vilkkä 2007: 15).

Aineiston keräämistä varten rakennettiin kyselylomake, jonka vastuuhoitajat kävivät keskustellen läpi omien asiakkaiden kanssa. Asiakkailla oli mahdollisuus pyytää omaista/ läheistä osallistumaan keskusteluun. Lomake oli kaksiosainen, alkuosassa oli asiakkaalle suunnatut kysymykset, jotka käytiin asiakkaan kotona läpi. Haastattelujen jälkeen työntekijät siirsivät asiakkaan vastaukset SurveyPal -ohjelmaan ja vastasivat ohjelmassa heille suunnattuihin kysymyksiin. Asiakaspalautekeskustelut toteutettiin 10.2.2014 - 9.3.2014.

7.2 Asiakaspalautelomake

Määrällinen tutkimusaineisto voidaan kerätä eri tavoin, kuten kyselyiden, haastatteluiden tai systemaattisten havaintojen avulla (Vilka 2007: 27). Aineiston keräämistä varten rakennettiin erillinen kyselylomake (Liite1). Kyselylomake on yleisin kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeräämisen väline ja se sopii aineiston keräämiseen, kun tutkittavia on paljon (Kananen 2011: 12; Vilka 2007: 28).

Lomakkeen rakentamista ohjasi ajatus ikääntyneestä aktiivisena toimijana eikä passiivisena palveluiden kohteena. Kyselylomakkeen lähtökohtana oli tutkimusongelma ja siitä johdetut tutkimuskysymykset. Kysymyksien rakentamisessa huomioitiin Vanhuspalvelulaki ja Laatusuositus, sekä Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishojelman tavoitteet että kuntien ikäpoliittiset strategiat.

Uuden lomakkeen rakentamiseen päädyttiin, koska tutkielman tavoite ja tarkoitus oli tarkasti määritelty. Lisäksi tiedettiin, minkälaisiin kysymyksiin asiakaspalautekeskusteluilla haluttiin saada vastauksia. Vilka (2007) toteaa, että teoria on aina sovellettava tutkimusongelmaan ja valmiita kyselylomakkeita ei voi suoraan käyttää vaikka asiaongelma ja tutkimusongelma olisivat samanlaisia (Vilka 2007: 42). Kotihoidon asiakkaiden asiakastyytyvyyteen ja laadun mittaamista varten on olemassa erilaisia kyselylomakkeita. Nämä lomakkeet olivat kuitenkin liian suppeita tai näkökulmaltaan vääränlaisia (KTS esim. Majanen 2009; Majuri – Toivo 2013), joten niistä ei löytynyt tähän työhön sopivaa lomaketta.

Lomakkeen rakentaminen aloitettiin Laatusuosituksen (2013) osa-alueiden (osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat, johtaminen) operationalisoinnilla (STM 2013: 3). Operationalisointi tarkoittaa käsitteiden ja teorioiden muuttamista arkikielen ja käytännön tasolle sekä mitattavaan muotoon. Operationalisointi on tärkeä ja vaativa vaihe määrällisessä tutkimuksessa. Se vaikuttaa siihen saadanko mitattua sitä, mitä halutaan sekä sillä on vaikutusta tutkimustulosten luotettavuuteen ja pätevyteen. (Vilka 2007: 37–38, 42, 44.) Jokaisesta laatusuosituksen osa-alueesta operationalisoitiin keskeinen sisältö ikääntyneiden osallisuuden ja kotihoidon näkökulmasta tutkimusongelman mukaisesti.

Lomakkeen rakentamisessa käytettiin apuna myös STAKES:in opasta Asiakaslähtöinen kotihoito. Oppaassa tuodaan esiin asiakaskyselyn ja -haastattelun sisältöalueet. Sisältöalueet ovat kotihoidon palveluiden sisältö ja riittävyys, asiakkaan kokemat vaikutukset, kielellisten ja kulttuuristen tekijöiden huomiointi, kotihoidon kehittämistarpeet sekä kotihoidon laatuominaisuuksien toteutuminen. Ikääntyneiden itsensä kuvaamia laatuominaisuuksia ovat oikea-aikaiset ja tarpeita vastaavat palvelut, asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus, työntekijöiden ammattitaito, työntekijäjatkuvuus/ samoina pysyvät työntekijät sekä työntekijöiden yhtenäiset käsitykset työstä, sovittujen asioiden noudattaminen ja turvallisuuden tunne, johon kuuluu avun ja yhteyden saaminen. (Heinola 2007a: 30–32.)

STAKES:in oppaassa kuvatut laatuominaisuudet operationalisoitiin lomakkeeseen seuraavaan esimerkin tapaan: Asiakkaiden ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus on yksi laatuominaisuus, jota oppaan mukaan ilmentää mm. ystävällinen suhtautuminen ja luottamus, sekä asiakkaan näkemysten huomioiminen. (Heinola 2007a: 32). Vuorovaikutus purettiin konkreetian tasolle lomakkeeseen ja asiaa kartoitettiin kysymällä asiakkaalta henkilöstön ystävällisyydestä ja luotettavuudesta sekä asiakkaan kokemusta omien näkemysten huomioimisesta. Nämä kysymykset yhdessä kuvaavat asiakkaan ja työntekijän välistä vuorovaikutusta.

Lomakkeen rakentamisessa huomioitiin jo olemassa olevat Kaste -ohjelman asiakaspalaute/asiakastyytyväisyys lomakkeita sekä aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä (KTS; mm. Asikainen – Paunonen 2012).

Kyselylomake on kaksiosainen. Se on suunniteltu niin, että vastuuhoitaja käy lomakkeen alkuosan kysymykset läpi keskustellen asiakkaan kanssa ja kirjaa vastaukset ylös. Asiakkaan kysymykset selvittävät hänen kokemuksia kotihoidon palveluista, arjen sujuvuudesta sekä osallisuudesta omiin palveluihin. Lomakkeen lopussa on vastuuhoitajan kysymykset, joiden avulla selvitetään saako keskustelu aikaan muutoksia asiakkaan palveluissa ja/ tai lisääntyikö asiakkaan osallisuus.

Kyselylomakkeeseen muodostui kahdeksan sisältöaluetta, joita kuvataan seuraavassa: **Osallisuus oman arjen suunnitteluun** osa-alue sisältää 6 kysymystä. Kysymysten avulla selvitetään asiakkaiden osallisuutta oman hoito- ja palvelusuunnitelman suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. **Palveluohjaus ja -neuvonta** osa-alueessa (4 kysymystä) kartoitetaan asiakkaiden saamaa palveluohjausta ja sen laajuutta, palvelui-

den tarvetta sekä tukea tarvitsemiensa palveluiden hakemiseen. Asiakkaiden sosiaalista ja yhteiskunnallista osallisuutta selvitetään **Osallisuuden tukeminen** osa-alueessa (3 kysymystä). **Toimintakykyä edistävä toiminta** osa-alue sisältää 13 kysymystä ja siinä pyritään saamaan kattava kuva asiakkaan arjen sujuvuudesta ja koetusta terveydentilasta. **Lääkäripalvelut ja lääkitys** (5 kysymystä) osa-alueessa kartoitetaan asiakkaan osallisuutta omaa sairaudenhoitoa ja lääkitystä koskevaan päätöksentekoon. **Oikea palvelu oikeaan aikaan** (7 kysymystä) osa-alueessa kartoitetaan palvelujen tarvevastaisuutta sekä asiakkaan kokemusta kotona asumisesta. **Kotihoidon työntekijät** (7 väittämää ja 4 kysymystä) osa-alueessa selvitetään asiakkaan ja työntekijän välistä yhteistyötä ja vuorovaikutusta sekä kotihoidon kehittämistarpeita.

Vastuuhoitajan kysymykset muodostuvat 14 kysymyksestä ja 25 väittämästä. Kysymysten avulla selvitetään, saiko asiakaspalautekeskustelu aikaan välittömiä muutoksia asiakkaan palveluissa ja lisääntyykö asiakkaiden osallisuus. Osiossa selvitetään myös kokeeko työntekijä tutustuneen keskustelun myötä paremmin asiakkaaseen ja tämän elämänsä historiaan. Asiakasta koskevat demografiset tiedot on sijoitettu vastuuhoitajan kysymyksiin, koska keskustelutilanteen luontevuuden kannalta sen koettiin olevan paras vaihtoehto.

Lomake rakennettiin yhteistyössä työelämän kanssa. Opiskelijat rakensivat lomaketta verkkoympäristössä, jossa Sosiaalitaidon edustajat Tuula Ekholm ja Heli Virtanen pysyivät kommentoimaan lomakkeen sisältöalueita ja kysymyksiä. Lomaketta käytiin läpi myös yhteisissä tapaamisissa. Sosiaalitaidon toimesta lomake ja saatekirjeet on käännetty myös ruotsiksi.

Lomake on pääasiassa muodostettu strukturoiduista kysymyksistä valmiine vastausvaihtoehtoineen, joista asiakas voi valita parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Strukturoidut kysymykset sopivat hyvin lomakkeeseen, sillä tutkielman perusjoukko on suuri. Lomake sisältää myös harkiten muutamia avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä oli tärkeä sisällyttää lomakkeeseen, jotta asiakkailla oli mahdollisuus kertoa mielipiteitään tarkemmin. Lomakkeen avoimet kysymykset ovat suunnattuja/ rajattuja kysymyksiä, jotka ohjaavat asiakasta vastaamaan tietyn aiheen/ teeman mukaisesti (Kananen 2008a: 25; Heikkilä 2004: 57).

Kysymysten muodostamisessa noudatettiin Heikkilän (2004) hyvien kysymysten ominaispiirteitä, jotka liittyvät kieliasuun, ymmärrettävyyteen ja rakenteisiin (Heikkilä 2004:

57). Osa- alueiden kysymykset on laadittu yleisestä yksityiseen käyttäen ns. suppilo- tekniikkaa. Tämä perustuu yksinkertaisesti ihmisen muistirakenteisiin. Muisti avataan yleisellä teemalla ja vähitellen edetään muistia vaativimpiin yksityiskohtiin. (Kananen 2008a: 30–31.)

Mittarin tarkkuutta määritettäessä päätettiin mittarin mittaustaso eli millaista tietoa tutkielman avulla haluttiin esiin. Keskusteluista haluttiin saada muutakin kuin kyllä ja ei vastauksia ja mittarin haluttiin tuottavan tietoa, joka voidaan asettaa järjestykseen. Ordinaaliasteikkoa käytettäessä havaintoyksiköt voidaan asettaa järjestykseen mitatun ominaisuuden suhteen (Kananen 2008a: 21). Ordinaaliasteikkoa käyttämällä kustakin havaintoyksiköstä saadaan tietää, onko sillä mitattavaa ominaisuutta enemmän, yhtä paljon vai vähemmän kuin toisella kohteella. Vain kohteiden järjestyksellä on merkitystä, ei niiden välisillä etäisyyksillä. (Tilastokeskus n.d.)

Käyttöön valittiin Likertin -asteikko, joka on mielipideväittämissä käytetty ordinaalisasenneasteikko, jossa vastausvaihtoehdot esitetään sanallisesti. Asteikko on 3,4,5,7 tai 9-portainen, jossa toisena ääripäänä on usein täysin samaa mieltä (tai samaa mieltä) ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä (tai eri mieltä). Vastaajan tulee valita asteikolta parhaiten omaa käsitystä vastaava vaihtoehto. Vastausvaihtoehtoja muotoilussa kiinnitettiin huomiota siihen, että vastausvaihtoehtojen lukumäärä ei ole liian suuri, mutta kuitenkin riittävän laaja jotta kaikille löytyy sopiva vaihtoehto. (Heikkilä 2004: 51, 53.) Lomakkeen vastausten asenneasteikko on pääasiassa 3-portainen, asteikolla riittävästi – liian vähän – ei lainkaan. Testaustilanteiden myötä päätettiin käyttää toisena ääripäänä sanaa riittävästi, koska se kuvaa asiakkaan kokemusta omasta tilanteesta, onko kysytty asia hänelle riittävä. 3-portainen vastausasteikko on toimiva keskustelutilanteessa ja asiakkaan on helppo vastata kysymyksiin kun vaihtoehtoja (muistettavaa) ei ole liikaa. Lomakkeessa on myös kyllä/ei vastauksia sekä muutama 4- ja 5-portainen vastausasteikko. Arkaluonteisissa ja erittäin henkilökohtaisissa kysymyksissä asiakkaalla on myös mahdollisuus vastata ”en tiedä” tai ”en osaa sanoa”.

Kyselylomake tulee aina testata ennen aineiston keräämistä. Lomakkeen testaaminen on yksi tärkeimmistä lomakkeen rakentamisen työvaiheista ja se tulee aina toteuttaa ennen varsinaista aineistonkeräämistä (Vilkkä 2007: 78). Kysymysten muotoilun jälkeen lomaketta testattiin kotihoidon asiakkaiden kanssa sekä lomaketta kommentoivat myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset, opponentit ja ohjaava opettaja. Lomakkeen testaajat pyrkivät aktiivisesti selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden sekä yksi-

selitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja lomakkeen vastaamisen raskauden sekä vastaamiseen kuluvan ajan (Heikkilä 2004: 61). Saadun palautteen avulla lomakkeeseen tehtiin tarpeelliset muutokset, jotka lähinnä koskivat vastausvaihtoehtoja. Onnistunut kyselylomake mahdollistaa laadukkaan ja luotettavan määrällisen tutkimuksen (Vilkkä 2007: 78).

Opiskelijat ja työelämänyhteistyökumppani testasivat lomaketta myös Surveypal -ohjelmassa, jotta saatiin kokemus ohjelman käytettävyydestä ja vastaamisesta. Surveypal on suomalainen asiakastutkimuksiin, kyselyihin ja selvityksiin käytettävä ohjelmisto. Ohjelmiston avulla voidaan luoda sähköinen kyselylomake jonka pääsee täyttämään sähköpostitse lähetettävän kutsulinkin kautta. (Surveypal n.d.) Testaamisella haluttiin myös selvittää miltä lomake näyttää vastuuhoidajan näkökulmasta sekä miten valmis aineisto näkyy Excel tiedostossa.

Yhteistyössä Sosiaalitaidon kanssa laadittiin saatekirjeet sekä asiakkaalle (Liite 2) että vastuuhoidajalle (Liite 3). Saatteen tehtävä oli motivoida vastaajaa osallistumaan tutkielmaan sekä selvittää tutkielman taustaa ja vastaamista (Heikkilä 2004: 61). Kirjeissä kerrottiin asiakaspalauttekeskustelun tarkoitus, tavoitteet ja toteutus sekä tulosten hyödyntäminen opinnäytetyössä. Saatekirjeen tarkoitus oli myös se, että vastaaja voi saamansa tiedon perusteella päättää osallistumisesta haastatteluun (Vilkkä 2007: 88).

Asiakkaan saatekirje oli yksinkertainen ja kirjoitettu selkokielellä. Sisällössä korostui asiakkaan mielipiteen tärkeys sekä asiakkaan mahdollisuus tuoda omia mielipiteitä esille keskustelun avulla. Saatekirjeen oli tarkoitus toimia myös muistutuksena tulevasta keskustelusta, koska siihen merkittiin asiakaspalauttekeskustelulle sovittu aika. Asiakkaalla oli mahdollisuus tutustua rauhassa saatekirjeeseen, sekä tarvittaessa pyytää lisätietoa tulevasta keskustelusta. Asiakkaalla oli halutessaan mahdollisuus pyytää keskusteluun mukaan omainen/läheinen tai kieltäytyä osallistumasta keskusteluun.

Vastuuhoidajan kirjeessä oli tarkemmat ohjeet keskustelun toteuttamisesta ja vastaus-ten syöttämisestä Surveypal -ohjelmaan. Kirjeessä korostettiin keskustelun ajankohtaisuutta sekä tuotiin esille miten tärkeää on asiakkaan äänen kuuleminen, jotta palvelut vastaavat asiakkaan tarpeisiin.

7.3 Aineiston kerääminen

Opiskelijat ja Sosiaalitaidon Tuula Ekholm aloittivat yhteistyön 3.10.2013 tapaamisessa, jossa sovittiin opinnäytetyön aihe ja laajuus. Opinnäytetyön yhteistyösopimuksen teon yhteydessä tuli ilmi, ettei opiskelijat tarvitse erillistä tutkimuslupaa. Tutkielman hahmottelun ja teoreettiseen tietoon perehtymisen jälkeen opiskelijat aloittivat lomakkeen rakentamisen. Lomake saatiin valmiiksi 13.1.2014, jonka jälkeen se käännettiin Sosiaalitaidon toimesta ruotsiksi.

Asiakaspalautelomakkeen valmistuttua Sarianne Jyrkkänen ja Sosiaalitaidon Tuula Ekholm esittelivät lomakkeen 15.1.2014 kotihoidon esimiehelle. Esittelytilaisuus oli merkittävä, sillä tilaisuudessa motivoitiin kuntia osallistumaan sekä käytiin läpi lomakkeen täyttämiseen liittyviä asioita.

Valmis lomake koodattiin Sosiaalitaidon toimesta Surveypal -ohjelmaan. Tuula Ekholm välitti kotihoidon esimiehille sähköpostitse vastausohjeet, saatekirjeet sekä linkin kyselyyn, jonka kautta vastaukset syötettiin Surveypal -ohjelmaan. Asiakaspalautekeskustelut oli suunniteltu toteutettavaksi kunnissa ajalla 10.2.–2.3.2014. Alunperin tutkielman joukkoon kuului myös Järvenpää, joka ilmoitti 11.2.2014, ettei suunniteltu aikataulu sovi heille. Tämän vuoksi he jäivät tutkielman perusjoukon ulkopuolelle. Järvenpää kuitenkin toteutti asiakaspalautekeskustelut myöhemmin keväällä 2014.

Sosiaalitaito lähetti osallistuville kunnille toteutusaikana sähköpostimuistutuksen jonka yhteydessä kunnat halusivat keskusteluille lisäaikaa. Vastausaikaa päätettiin jatkaa viikolla, 9.3.2014 asti. Aineisto tuli 12.3.2014 opiskelijoiden käyttöön Excel- taulukkona sekä PowerPoint- dioina.

7.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysointiin SPSS- ohjelmalla. Aineiston analysoinnissa oltiin erityisen huolellisia ja suurin osa analyyseista tehtiin kahdella SPSS- ohjelmalla rinnakkain. IBM SPSS Statistics 21 on monipuolinen ohjelma tilastoaineistojen analysointiin. Ohjelmassa on mahdollista tarkastella aineistoa laaja- alaisesti, saaden käyttöön esimerkiksi perusluvut, ristiintaulukoinnin, keskiarvotestin. (SPSS n.d.) Aineisto siirrettiin 14.3.2014 Lehtori Jukka Törnroosin ja Tuula Ekholmin kanssa suoraan Surveypal- ohjelmasta SPSS -ohjelmistoon.

Ennen analysointia aineisto tarkastettiin Taanilan (2009) ohjeen mukaan. Ohjeessa neuvottiin kuinka SPSS-ohjelmalla aineisto käydään läpi ennen analysoinnin aloittamista. Tarkastuksen yhteydessä aineistosta valittiin sattumanvaraisesti 39,6 % (23/58) muuttujista Define Variable Properties toiminnolla jonka jälkeen muuttujien arvot esiintymiskertoineen tulivat näkyviin. (Taanila 2009: 7.) Tätä dataa verrattiin Excel- taulukon vastaaviin arvoihin. Muuttujien arvojen esiintymiskerrat vastasivat toisiaan SPSS- ja Excel- taulukoissa, joten voidaan olettaa, että kaikkien muuttujien arvot olivat siirtyneet oikein SurveyPal -ohjelmasta SPSS -ohjelmaan.

Aineistosta ei poistettu osittain vastattuja lomakkeita, koska jokainen vastaus on arvokas sellaisenaan ja kaikki vastaukset haluttiin osaksi analyysia. Tuloksissa käytetään valid percentiä eli kohdat joihin ei ollut vastattu, eivät näy prosenteissa tai vastauskohteisessa n- luvussa (Valtari 2004). Jokaisen kysymyksen vastaajamäärä ilmoitetaan erikseen n-lukuna.

Aineistoa tarkasteltiin Variable View- näkymässä ja muuttujien mitta- asteikko tarkastettiin. SPSS- ohjelma oli automaattisesti valinnut muuttujien arvoille nominal eli luokitte- luasteikon. Tutkielmassa käytetty asteikko on pääasiassa Likertin -asteikko eli järjes- tysasteikko. Mitta-asteikko muutettiin tilanteen mukaan vastaamaan todellisuutta eli ordinal asteikoksi. Mitta- asteikon muuttaminen koettiin tarpeelliseksi, koska tarkoituk- sena oli luoda grafiikkaa SPSS:n grafiikkatoiminnolla (Taanila 2009: 4).

En osaa sanoa - vastausvaihtoehto (myöhemmin EOS) oli valittavissa arkaluontoisissa ja henkilökohtaisissa kysymyksissä. Aineiston EOS vastaukset koodattiin puuttuviksi havainnoiksi ja ne käsiteltiin puuttuvina havaintoina analyysin aikana. EOS vastauksia oli aineistossa verrattain vähän, joten ne eivät vaikuttaneet merkittävästi analyysin tu- loksiin eivätkä ratkaisseet tutkimusongelmaa. (KvantiMOTV 2003.)

Avoimet vastaukset käytiin läpi manuaalisesti ja ne teemoiteltiin karkeasti. Vastauksista nousi esille selkeät teemat, joiden mukaisesti vastaukset jaettiin. Teemoittelun avulla vastaukset saatiin jaettua selkeisiin luokkiin yleisellä tasolla, eikä vastauksia kvantifioitu tai luokiteltu. (Kananen 2008b: 91.) Tuloksissa esitellään tutkimuskysymysten mukai- sesti olennaisimmat avoimet vastaukset teemoittelun mukaisesti.

Aineiston analyysissä on etsitty eri menetelmin tutkimuskysymysten mukaisesti eri asioiden välisiä riippuvuuksia, yhteyksiä, yleistettävyyttä ja esiintyvyyttä (Koppa n.d.). Analyysissä käytettiin frekvenssijakaumia eli suoria jakaumia, joiden avulla kuvataan havaintomatriisista nousseet yhdenmukaisuudet. Frekvenssi on havaintojen lukumäärä muuttujan luokassa ja se on yleensä ensimmäinen muuttujan jakauman esittämistapa. Tunnusluvut valittiin tarkasteltavan muuttujan mittaustasoon sopivaksi. (KvantiMOTV 2008.) Analyysissä käytettiin prosentuaalisia jakaumia, keskilukua (moodi) ja havaintojen esiintymiskertoja.

Aineistoa ristiintaulukoimalla tarkasteltiin muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. Riippuvuus- tai riippumattomuustarkastelussa tutkitaan, onko tarkastelun kohteena olevan selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa. (KvantiMOTV 2004a.) Järjestysasteikollisten muuttujien välisen riippuvuuden astetta mitattiin Spearmanin korrelaatiokertoimella. Mikäli muuttujien välinen korrelaatio on voimakasta, voidaan toisen muuttujan arvoista päätellä toisen muuttujan arvot melko täsmällisesti. Jos korrelaatio on heikko, ei muuttujien välillä ole yhteisvaihtelua. (KvantiMOTV 2004b.)

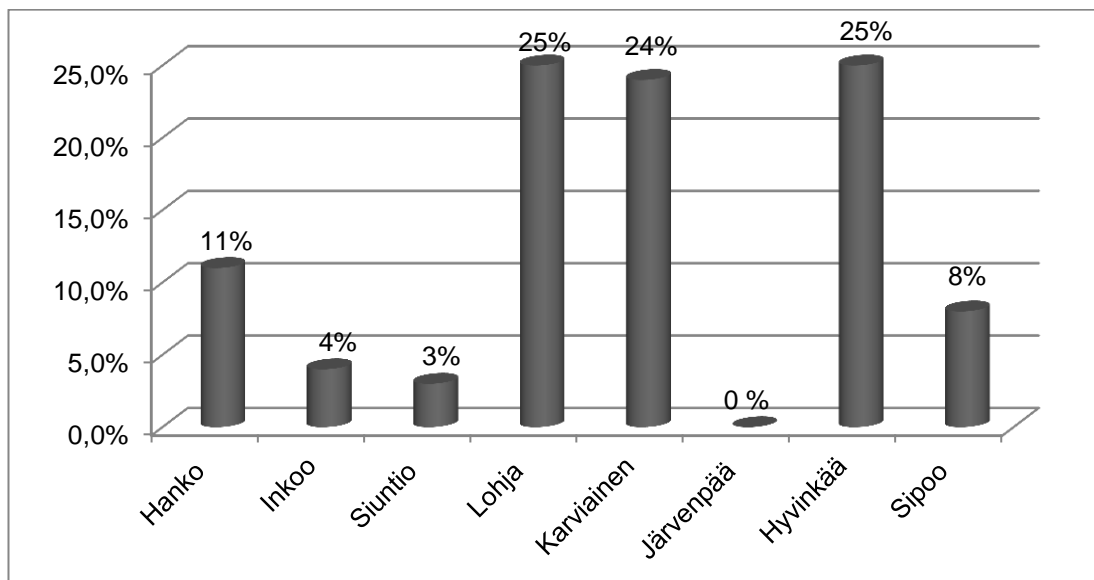
Muuttujien välisen yhteisvaihtelun tilastollista merkitsevyyttä testattiin Khi-neliö testillä. Ristiintaulukoinnin lisäksi saatiin käyttöön taulukko jonka yhdessä sarakkeessa oli testin p- arvo. Yleisimmin rajana käytetään p- arvoa 0,05. Jos p- arvo oli pieni, niin yhteisvaihtelua voitiin pitää tilastollisesti merkitseväenä. Mikäli p- arvo on alle 0,05 niin yhteisvaihtelun voidaan sanoa olevan merkitsevää 5 % merkitsevyystasolla. (Taanila 2009: 18.) P-arvo ilmoitetaan tuloksen yhteydessä mikäli sillä on tilastollinen merkitsevyys.

8 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön keskeisimmät tulokset esitetään sanallisesti, numeraalisesti, graafisesti sekä prosentteina. Tulokset on pyöristetty pyöristyssäännön mukaisesti lähimpään täyteen prosenttiin. Käsiteltävän kysymyksen vastaajamäärä (n) kerrotaan aina tulosten yhteydessä.

Aineistosta on tarkasteltu suoria jakaumia tutkimuskysymysten mukaisesti. Sukupuolten välisiä eroja sekä kotihoidon käyntimäärän vaikutusta asiakkaiden osallisuuteen on selvitetty ristiintaulukoinnin ja korrelaatiokertoimen avulla. Mikäli näillä menetelmillä löydettiin tilastollisesti merkitseviä tuloksia kerrotaan ne tulosten yhteydessä.

Tutkielman aineisto koostui säännöllisen kotihoidon yli 75- vuotiaista asiakkaista. Osallistuneiden kuntien alueella oli asiakaspalautteiden toteuttamisajankohtana yhteensä 1257 asiakasta. Asiakkaat olivat jakautuneet kuntiin seuraavasti (suluissa vastaajien määrä) Hanko: 124 (n=83), Inkoo: 32 (n=32), Siuntio: 45 (n=25), Lohja: 279 (n=192), Karviainen: 318 (n=179), Hyvinkää: 335 (n=193), Sipoo: 124 (n=59), Järvenpää 215 (n=0). Kokonaisvastausprosentiksi muodostui 61 %. Kuviossa 1 esitetään vastausten jakautuminen kuntakohtaisesti kokonaismäärästä.



Kuvio 1. Vastausten jakautuminen kuntakohtaisesti

8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkielmaan osallistujista kolme neljäsosaa oli naisia ja suurimman osan äidinkieli oli suomi. Yli puolet vastaajista oli iältään 80–89 -vuotiaita. Kahdeksan kymmenestä vastaajasta asui yksin, miehistä yksin asuvia oli 66 % ja naisista 83 %. Yli puolet vastaajista oli ollut kotihoidon asiakkaana yli 2 vuotta ja kotihoito kävi heidän luonaan yli 5 kertaa viikossa. Työntekijät arvioivat, että vain joka viidennen asiakaspalautekeskustelun vastauksiin vaikutti asiakkaan terveydentila (n=757). Taulukossa 1 on esitelty vastaajien taustatiedot.

Taulukko 1. Tutkielmaan osallistuneiden (n=765) taustatiedot. Vastaukset ilmoitetaan lukumääränä (n) sekä prosenttilukuna (%).

Taustatiedot	Lukumäärä (n)	%
Sukupuoli		
Nainen	559	74
Mies	192	26
Ikä		
Alle 80 v.	125	17
80- 89v.	456	60
90v. tai yli	178	23
Äidinkieli		
Suomi	601	80
Ruotsi	144	19
Muu	6	1
Asumismuoto		
Yksin	601	79
Puolison kanssa	116	15
Omaisien / läheisen kanssa	43	6
Kotihoidon asiakkuuden kesto		
Alle 6 kk	73	10
6- 12 kk	80	11
13–24 kk	102	13
Yli 24 kk	501	66

Kotihoidon käyntimäärä		
1-2 kertaa/ vko	224	30
3-4 kertaa/ vko	44	6
5-7 kertaa/ vko	145	19
Yli 7 kertaa/ vko	332	45

Asiakkaat olivat itse olleet mukana 728 keskustelussa ja vain 37 keskustelua oli toteutettu ilman asiakasta. Omainen oli ollut mukana 100 keskustelussa ja 536 keskustelun oli toteuttanut asiakkaan vastuuhoitaja (n=765).

8.2 Osallisuus oman arjen suunnitteluun

Osallisuus oman arjen suunnitteluun osa- alueessa selvitettiin asiakkaiden osallisuutta oman hoito- ja palvelusuunnitelman suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

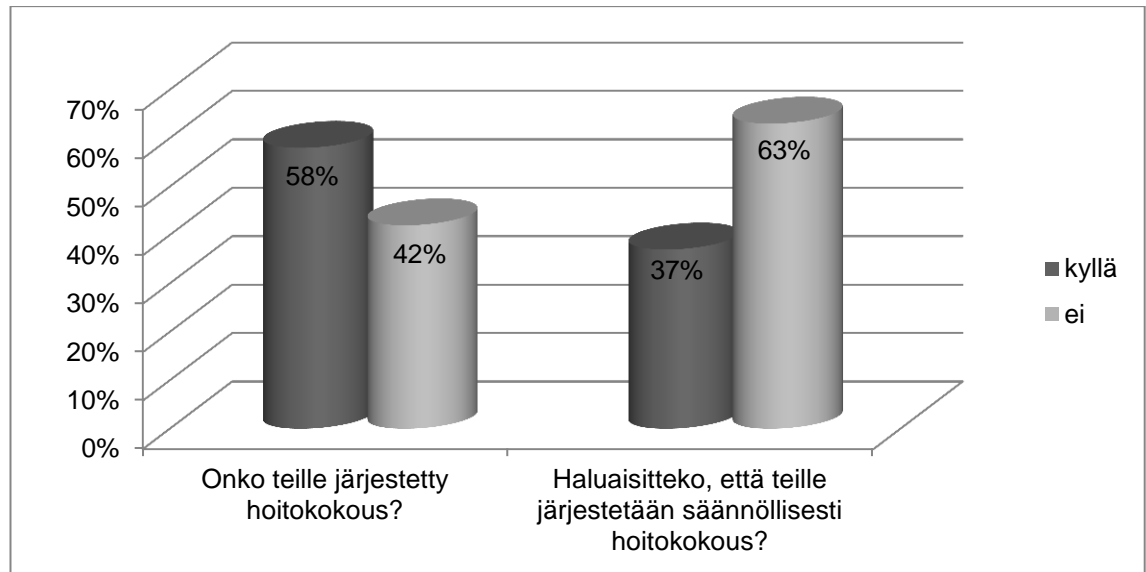
Kuusi kymmenestä (62 %) vastaajasta koki osallistuneensa riittävästi oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen (n=737). Mikäli asiakkaat eivät olleet osallistuneet oman suunnitelman tekemiseen pystyivät he kertomaan avoimessa kysymyksessä syitä tähän. Suurin osa vastaajista ei muistanut osallistuneensa oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Muita syitä oli omaisen/ läheisen osallistuminen asiakkaan puolesta tai, että hoitajat olivat tehneet asiakkaan suunnitelman valmiiksi.

Yli puolet vastaajista (56 %) koki, että heidän toiveet/mielipiteet oli kirjattu riittävästi hoito- ja palvelusuunnitelmaan (n=748), kuitenkin lähes puolet (49 %) ei ollut osallistunut riittävästi suunnitelman arviointiin (n=732). Taulukossa 2 on esitelty asiakkaiden kokemukset osallisuudesta oman hoito- ja palvelusuunnitelman prosessiin.

Taulukko 2. Asiakkaiden kokemukset osallisuudesta oman hoidon ja palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Tulokset on esitetty lukumääränä (n) ja prosentteina (%).

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Oletteko osallistuneet oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen? (n=737)		
riittävästi	458	62
liian vähän	102	14
en lainkaan	177	24
Onko hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet määritelly yhdessä teidän kanssa? (n=740)		
riittävästi	506	69
liian vähän	99	13
ei lainkaan	135	18
Onko toiveenne/ mielipiteenne kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaanne? (n=748)		
riittävästi	420	56
liian vähän	55	7
ei lainkaan	66	9
en tiedä	207	28
Oletteko osallistunut oman hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisen arviointiin? (n=732)		
riittävästi	369	51
liian vähän	97	13
en lainkaan	266	36

Kotihoidon asiakkaista 58 %:lle oli järjestetty tapaaminen, jossa käytiin läpi heidän hoitoon ja palveluihin liittyviä asioita (myöhemmin hoitokokous) (n=738). Kaikista vastaajista vain 37 % halusi, että heille järjestetään säännöllisesti hoitokokous (n=744). Kuviossa 2 on esitetty asiakkaiden vastaukset hoitokokousta koskeviin kysymyksiin.



Kuvio 2. Onko asiakkaille järjestetty hoitokokous ja haluaisivatko he, että kokous järjestetään säännöllisesti.

8.3 Palveluohjaus ja -neuvonta

Osa- alueessa kartoitettiin asiakkaiden saamaa palveluohjausta ja sen laajuutta, palveluiden tarvetta sekä tukea tarvitsemiensa palveluiden hakemiseen.

Vastaajat olivat saaneet paremmin (78 % n=732) tietoa kotihoidon tukipalveluista, kuin muista palveluista (54 % n=746). Kaikista vastaajista 81 % koki saaneensa riittävästi tukea/ apua tarvitsemien palveluiden hakemisessa (n=738). Taulukossa 3 on kuvattu asiakkaiden saamaa palveluneuvontaa ja- ohjausta.

Taulukko 3. Miten asiakkaat kokevat saaneen tietoa kunnan tuottamista kotihoidon tukipalveluista ja muista kuin kunnan tuottamista palveluista.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Oletteko saanut tietoa kotihoidon tukipalveluista? (n=732)		
riittävästi	573	78
liian vähän	101	14
en lainkaan	58	8

Oletteko saanut tietoa muista kuin kunnan tuotamista palveluista? (n=746)		
riittävästi	399	54
liian vähän	122	16
en lainkaan	225	30
Oletteko saanut riittävästi tukea/ apua tarvitsemienne palveluiden hakemiseen? (n=738)		
kyllä	601	81
en	137	19

Mikäli asiakkaat eivät olleet saaneet riittävästi tukea/ apua palveluiden hakemiseen oli heidän mahdollista kertoa syitä tähän avoimessa kysymyksessä. Suurin osa vastaajista ei tarvinnut muita palveluita. Myös omainen/ läheinen oli avustanut palveluiden hakemisessa tai asiakas ei ollut halunnut hakea muita palveluita.

Kotihoidon käyntimäärällä oli vaikutusta siihen miten asiakkaat olivat saaneet tukea/apua tarvitsemiensa palveluiden hakemisessa. Parhaiten tukea olivat saaneet asiakkaat joiden luona käytiin eniten ja huonoiten asiakkaat, joiden luona käytiin vähiten (n= 719). Taulukossa 4 on kuvattu asiaa tarkemmin.

Taulukko 4. Onko asiakas saanut riittävästi tukea/ apua tarvitsemien palveluiden hakemiseen ristiintaulukoituna kotihoidon käyntimäärän kanssa.

	Kotihoidon käyntimäärä asiakkaan luona *			
	1-2 x vko (%)	3- 4 x vko (%)	5- 7 x vko (%)	yli 7 x vko (%)
Oletteko saanut riittävästi tukea/ apua tarvitsemienne palveluiden hakemisessa?				
Kyllä	77	79	80	87
En	23	21	20	13

* Tilastollinen merkitsevyys on <0,05

Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p -arvo: χ^2

Kotihoidon palveluiden lisäksi asiakkaat kokivat tarvitsevansa eniten jalkahoitajaa (223), näöntarkastusta (188), suunhoitoa (172) ja ulkoiluapua (168). 197 vastaajaa koki, ettei tarvitse muita palveluita. Taulukossa 5 on esitetty asiakkaiden muiden palveluiden tarvetta.

Taulukko 5. Asiakkaiden kokema muiden palveluiden tarve.

	Lukumäärä (n)
Suun hoito/ hammaslääkäri	172
Kuulontutkimus	113
Näöntarkastus	188
Ulkoiluapu	168
Muistisairauksiin liittyvä ohjaus/ tuki	87
Lääkärintarkastus	161
Jalkahoitaja	223
Kauppapalvelu	85
Ateriapalvelu	93
Siivouspalvelu	137
Turvapuhelin	101
Asiointiapu	81
Kuntoutuspalvelut (esim.fysioterapia)	121
Kuljetuspalvelu	134
Päivätoiminta	72
Seurakunnan palvelut	59
Vapaaehtoinen ystävä	85
Raha-asioiden hoito/ edunvalvonta	39
En tarvitse muita palveluita	197

8.4 Osallisuuden tukeminen

Kotihoidon asiakkaiden sosiaalista ja yhteiskunnallista osallisuutta selvitettiin osallisuuden tukeminen osa-alueessa. Yli puolet (57 %) vastanneista koki, että pystyi halutessaan osallistumaan riittävästi kodin ulkopuoliseen toimintaan ja suurin osa (89 %) pys-

tyi halutessaan olemaan yhteydessä sukulaisiin tai muihin läheisiin (n=756). Näitä on kuvattu tarkemmin taulukossa 6.

Taulukko 6. Asiakkaiden kokemukset sosiaalisesta ja yhteiskunnallisesta osallisuudesta.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Pystyttkö halutessanne osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan? (n=744)		
riittävästi	427	57
liian vähän	118	16
en lainkaan	199	27
Onko teillä halutessanne mahdollisuus olla yhteydessä omaisiin/ läheisiin? (n= 756)		
riittävästi	673	89
liian vähän	75	10
ei lainkaan	8	1

Vastaajilla oli mahdollisuus kertoa avoimessa kysymyksessä, minkälaisen tuen avulla he pystyisivät osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan. Suurin osa ilmoitti tarvitsevänsä saattajan/ avustajan tai kuljetuksen/ kuljetuspalvelun. Osa ilmoitti ettei halua/jaksa osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan.

8.5 Toimintakykyä edistävä toiminta

Osa- alueessa selvitettiin asiakkaiden arjen sujuvuutta ja koettua terveydentilaa. Suurin osa vastaajista (84 %) koki terveydentilansa kohtalaiseksi tai hyväksi (n=718). Lähes jokainen vastaaja (97 %) koki ravitsemuksensa riittäväksi (n=743). 51 % vastaajista ilmoitti painon seurannan olevan säännöllistä ja 148 asiakkaan paino oli mitattu edellisen kuukauden aikana (n=672). Joka neljännellä (25 %) kotihoidon asiakkaalla oli liikuntasuunnitelma kuitenkin kolmannes (30 %) asiakkaista ei halunnut tehdä suunnitelmaa (n=747).

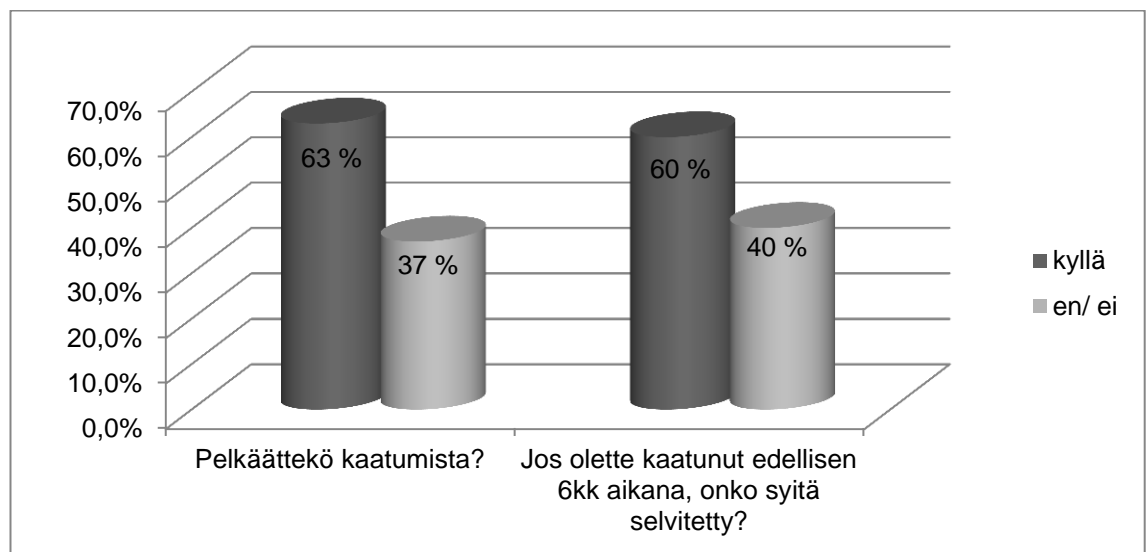
Lähes kaikki (95 %) asiakkaat kokivat, että heillä on käytössään riittävästi apuvälineitä (n=741). Asiakkaat jotka tarvitsivat apuvälineitä pystyivät kertomaan tarpeistaan avoimessa kysymyksessä. Asiakkaat toivoivat käyttöönsä tarttumapihtejä, purkinavaajia tai pyörätuolia. Taulukossa 7 kuvattu asiakkaiden kokemuksia arjen sujuvuudesta.

Taulukko 7. Asiakkaiden kokemuksia arjen sujuvuudesta ja terveydentilasta.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Koetteko ravitsemuksenne riittäväksi? (n= 743)		
kyllä	718	97
en	25	3
Onko käytössänne riittävästi apuvälineitä? (n=741)		
kyllä	703	95
ei	38	5
Onko teillä liikuntasuunnitelma? (n=747)		
kyllä	190	26
ei	275	37
ei, mutta haluaisin sen tehdä	55	7
en halua sitä tehdä	227	30
Minkälaiseksi koette oman terveydentilanne? (n=718)		
hyvä	159	21
kohtalainen	474	63
huono	85	11
en osaa sanoa	36	5
Koetteko olonne turvalliseksi kotona? (n=748)		
aina	601	80
usein	116	15
harvoin	27	4
en koskaan	4	1

Lähes kaikki vastaajat (95 %) kokivat olonsa turvalliseksi kotonaan (n=748). Avoimella kysymyksellä kartoitettiin, minkälaisilla muutoksilla vastaajien turvallisuutta kotona voitaisiin parantaa. Suurin osa vastaajista ei tarvinnut mitään muutoksia nykyiseen turvallisuuden lisäämiseksi tai eivät osanneet nimetä toimenpiteitä. Asuinkumppanin tai jonkun toisen ihmisen läsnäolo tai turvapuhelin lisäsi turvallisuuden tunnetta.

Asiakkaista yli puolet (63 %) pelkäsi kaatumista (n=747). Edellisen puolen vuoden aikana oli kaatunut 382 vastaajaa ja heistä joka kolmannen (40 %) kaatumisen syytä ei ollut selvitetty (n=382). Kuviossa 3 on kuvattu asiakkaiden kaatumispelko ja aikaisemmat kaatumiset.



Kuvio 3. Asiakkaiden kaatumispelko ja kaatumiset edellisen 6 kk aikana.

Vastaajien kaatumisen pelkoa aiheuttavia tekijöitä kartoitettiin avoimen kysymyksen avulla. Suurimmalle osalle kaatumispelkoa aiheutti huimaus ja tasapainoon liittyvät ongelmat. Myös pelko kaatumisen seurauksista esimerkiksi loukkaantuminen tai hoitolaitokseen joutuminen sekä aikaisemmat kaatumiset aiheuttivat pelkoa. Alla on esitetty muutama esimerkki muista kaatumispelkoa aiheuttavista asioista.

”Lääkkeet saattavat huimata.”

”Pohjimmiltani pelkään, olen kaatunut aikaisemmin ennen kotihoidon säännöllisiä käyntejä.”

”Kävely epävarmaa, käytössä kävelykeppi.”

Vastanneista yli puolet (62 %) koki ulkoilevansa liian vähän (n=742). Syiksi asiakkaat ilmoittivat keliolosuhteet, seuran/ avustajan puutteen, kaatumisen pelon tai liikuntakyvyn ongelmat.

Kotihoidon asiakkaat kokivat yksinäisyyttä vähän ja 78 % heistä koki yksinäisyyttä harvoin tai ei koskaan (n=730). Vastaajista 31 % koki mielialansa hyväksi ja huonoksi mielialan koki vain 2 % (n=722). Taulukossa 8 on kuvattu asiaa tarkemmin. Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä siitä, minkälaiset asiat tuottavat iloa heidän elämäänsä. Vastauksia tuli paljon ja eniten iloa vastaajille tuottivat ystävät ja perhe, erityisesti heidän vierailut tai puhelinoimitukset sekä erilaiset harrastukset. Seuraavaksi esitetty muutama esimerkki asiakkaiden avoimista vastauksista.

”Kun pojanpoika soittaa/ käy.”

”Ystävän tapaaminen, tuttavien vierailu ja hyvä ruoka.”

”Fin musik, naturen.”

”Kirjat, tykkään lukea paljon.”

Taulukko 8. Asiakkaiden kokemukset yksinäisyydestä ja mielialasta.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Koetteko olonne yksinäiseksi? (n= 751)		
aina	33	4
usein	109	14
harvoin	304	41
en koskaan	284	38
en osaa sanoa	21	3
Millaiseksi koette mielialanne? (n=722)		
hyvä	236	31
kohtalainen	289	39
huono	16	2
vaihteleva	181	24
en osaa sanoa	27	4

8.6 Lääkäripalvelut ja lääkitys

Osa-alueessa kartoitetaan asiakkaiden osallisuutta omaa sairaudenhoitoa ja lääkitystä koskevaan päätöksentekoon. Kahdeksan kymmenestä (78 %) vastaajasta koki tapaa- vansa lääkäriä riittävästi sekä saaneensa riittävästi tietoa (82 %) omasta lääkitykses- tään (n=747). Puolet asiakkaista (50 %) kuitenkin koki ettei ole tehnyt omaa hoitoa ja lääkitystä koskevia päätöksiä yhdessä lääkärin kanssa. (n=738) Taulukko 9 on esitetty asiaa tarkemmin.

Taulukko 9. Asiakkaiden kokemus osallisuudesta omaan sairaudenhoitoa ja lääkitystä koske- vaan päätöksentekoon.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Onko teillä mahdollisuus tavata lääkäriä tarvittaessa? (n=747)		
riittävästi	584	78
liian vähän	136	18
ei lainkaan	27	4
Saatteko riittävästi tietoa omasta lääkityksestänne? (n=747)		
kyllä, riittävästi	615	82
liian vähän	106	14
en lainkaan	26	4
Oletteko tehneet (sairau- den) hoitoa ja lääkitystä koskevat päätökset yhdessä lääkärin kanssa? (n=738)		
aina	253	34
usein	120	16
harvoin	184	25
en koskaan	181	25

Naiset kokivat miehiä useammin saaneensa riittävästi tietoa omasta lääkityksestään (n= 736). Tulokset on esitetty taulukossa 10.

Taulukko 10. Sukupuolen vaikutus siihen, onko asiakas saanut riittävästi tietoa omasta lääkityksestä.

Saattako riittävästi tietoa omasta lääkityksestä?	Mies (%)*	Nainen (%) *
Kyllä, riittävästi	78	84
Liian vähän	16	14
En lainkaan	6	2

* Tilastollinen merkitsevyys on <0, 05

Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p -arvo: χ^2

Käyntimäärällä oli vaikutusta siihen, olivatko asiakkaat tehneet hoitoa ja lääkitystä koskevat päätökset yhdessä lääkärin kanssa. Asiakkaat joiden luona käytiin 3-4 kertaa viikossa, olivat osallistuneet vähiten. Heistä jopa 43 % koki, ettei ole koskaan tehnyt omaa hoitoa ja lääkitystä koskevia päätöksiä yhdessä lääkärin kanssa. Parhaiten oli osallistuneet asiakkaat joiden luona käytiin 1-2 kertaa viikossa, heistä 56 % kokee tehneensä päätökset aina tai usein yhdessä lääkärin kanssa. (n=721). Tulokset on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Onko asiakas osallistunut omaa (sairauden) hoito ja lääkitystä koskevaan päätöksentekoon yhdessä lääkärin kanssa ristiintaulukoituna kotihoidon käyntimäärän kanssa.

	Kotihoidon käyntimäärä *			
	1-2 x vko (%)	3-4 x vko (%)	5-7 x vko (%)	yli 7 x vko (%)
Oletteko tehnyt hoitoa ja lääkitystä koskevat päätökset yhdessä lääkärin kanssa?				
Aina	40	24	35	32
Usein	15	14	21	15
Harvoin	25	19	21	28
En koskaan	20	43	23	26

* Tilastollinen merkitsevyys on <0, 05

Analyysimenetelmä: ristiintaulukointi, p -arvo: χ^2

Seitsemän kymmenestä (72 %) vastaajasta koki, ettei kipu rajoita heidän elämää lainkaan tai rajoittaa vain vähän (n=750). Kipulääkityksen koki riittämättömäksi 12 % vastaajista (n=752). Taulukossa 12 on asiaa kuvattu tarkemmin.

Taulukko 12. Asiakkaiden kokemuksia kivusta ja kipulääkityksestä.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Rajoittaako kipu elämäänne? (n=750)		
erittäin paljon	72	10
paljon	139	18
vähän	309	41
ei lainkaan	230	31
Koetteko kipulääkityksenne riittäväksi? (n=752)		
kyllä	470	62
en	90	12
en tarvitse kipulääkitystä	192	26

8.7 Oikea palvelu oikeaan aikaan

Osiassa selvitetään kotihoidon palveluiden tarvevastaavuutta sekä asiakkaiden kokemuksia kotona asumisesta. Lähes kaikki asiakkaat pystyivät asioimaan kotihoidon työntekijöiden kanssa omalla äidinkielellään (95 %, n=753), kokivat kotihoidon vastaavan heidän tarpeitaan (96 %, n=749) sekä saivat riittävästi tukea kotona asumiseen (96 %, n=744). Suurin osa (84 %) asiakkaista sai kotihoidon palveluita heille sopivana ajankohtana (n=747). Taulukossa 13 on asiaa kuvattu tarkemmin. Suurimman osan (88 %) mielestä heille paras asumismuoto vastaus hetkellä oli oma koti nykyisellään (n=750).

Taulukko 13. Asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palvelujen toimivuudesta.

	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Voitteko asioida kotihoidon työntekijöiden kanssa omalla äidinkielellänne? (n=753)		
aina	714	95
usein	32	4
en koskaan	7	1
Vastaako saamanne kotihoito tarpeitanne? (n=749)		
riittävästi	716	96
liian vähän	31	4
ei lainkaan	2	0
Saatteko kotihoidon palveluita teille sopivana ajankohtana= (n=747)		
aina	628	84
usein	114	15
en koskaan	5	1
Saatteko riittävästi tukea kotona asumiseen? (n=744)		
kyllä	711	96
en	33	4

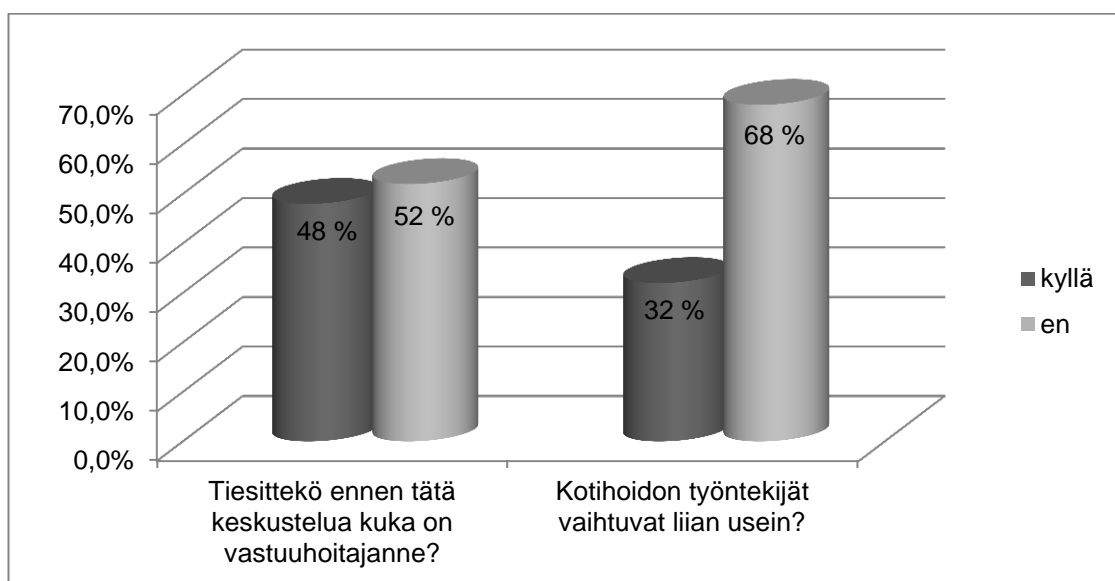
Kotihoidon käyntiajankohdan muuttamisesta kysyttiin avoimella kysymyksellä. Jos asiakkaat näkivät esteitä käyntiajan muutokselle, oli syynä lääkehoitoon tai hygieniaan liittyvät asiat. 115 asiakasta ei nähnyt esteitä käyntiajan muuttamiselle (n=277).

Kotihoidon kehittämisestä kysyttäessä tuli eniten EOS- vastauksia. Toiseksi eniten asiakkaat totesivat kaiken olevan hyvin. Kolmanneksi eniten toivottiin hoitajille enemmän aikaa (n=765).

8.8 Kotihoidon työntekijät

Asiakkaiden kokemuksia kotihoidon työntekijöistä kartoitettiin väittämien avulla. Väittämiin oli mahdollista vastata ”en osaa sanoa”. EOS- vastausten määrä vaihteli 0,4- 9,9 % välillä (n=765), ja eniten EOS- vastauksia tuli väittämään ”kotihoiton työntekijät tukevat minua käyttämään omia voimavaroja” (76 kpl). Nämä EOS- vastaukset muutettiin puuttuviksi havainnoksi aineiston analyysia varten. Enemmistön (88 %) mielestä kotihoiton työntekijät olivat aina luotettavia (n=726) ja ystävällisiä (83 %) (n=748). Työntekijät noudattivat aina yhteisesti sovittuja asioita 80 % mielestä. Seitsemän kymmenestä vastaajasta koki työntekijöiden olevan aina ammattitaitoisia (70 %, n=718), huomioivan muutokset terveydentilassa (71 %, n=681) ja tukevat aina käyttämään omia voimavaroja (75 %, n=669). Noin puolet vastaajista (53 %) koki, että työntekijät kohtaavat aina kiireettömästi (n=730).

Joka kolmannen (32 %) asiakkaan mielestä kotihoiton työntekijät vaihtuivat liian usein (n=738). Alle puolet (48 %) vastaajista tiesi vastuuvoitajansa ennen asiakaspalauttekeskustelua (n= 747). Kuviossa 4 on esitetty tulokset.



Kuvio 4. Asiakkaiden kokemus työntekijäatkuvuudesta.

Suurin osa (87 %) asiakkaista sai tarvittaessa yhteyden kotihoiton työntekijöihin (n=738). 9 % vastaajista ei saanut heihin yhteyttä ja syitä kartoitettiin avoimella kysymyksellä. Suurin osa vastasi, etteivät osaa soittaa tai heillä ei ole kotihoiton yhteystie-

toja. Usealla omaiset hoitivat yhteydenpidon asiakkaiden puolesta tai asiakkailla ei ollut tarvetta ottaa yhteyttä kotihoidon työntekijöihin.

8.9 Vastuuhoitajan kysymykset

Osiassa selvitetään, saiko asiakaspalauttekeskustelu aikaan välittömiä muutoksia asiakkaan palveluissa ja lisääntyykö asiakkaiden osallisuus. Ristiintaulukoiden voitiin todeta, että asiakkaat joiden hoitotyönsuunnitelma päivitettiin yli vuoden välein heistä lähes puolen (46 %) hoitotyönsuunnitelma päivitettiin haastattelun myötä. Jos asiakkaan hoitotyönsuunnitelma päivitettiin alle 3 kk välein, haastattelun myötä päivityksiä tuli vain joka viidennellä (21 %) (n=715). Samaa asiaa tarkasteltiin myös palvelusuunnitelman päivityksen suhteen ja havaittiin muutosten nousevan samansuuntaisesti. Asiakkaat joiden palvelusuunnitelma päivitettiin yli vuoden välein, heistä 33 % suunnitelma päivitettiin haastattelun myötä (n=713). Yhteensä haastattelun myötä päivitettiin 179 asiakkaan hoitotyönsuunnitelma ja 166 asiakkaan palvelusuunnitelma.

Keskustelun myötä tapahtuneita muutoksia asiakkaiden palveluissa on kuvattu frekvenssijakaumin taulukossa 14. Keskustelun myötä 250 asiakkaan paino mitattiin, 179 asiakkaan hoitotyönsuunnitelma päivitettiin, 166 asiakkaan palvelusuunnitelma päivitettiin, 144 asiakkaan mahdollisuutta ulkoilla lisättiin ja 128 omaisiin/ läheisiin oltiin yhteydessä.

Taulukko 14. Asiakaspalauttekeskustelun aikaansaamat muutokset asiakkaan palveluissa/ hoidossa. Tulokset esitetään lukumääränä (n) ja prosenttilukuna (%).

Asiakkaan palveluissa/ hoidossa tapahtunut muutos (n)	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Kotihoidon käyntiaika muuttuu (n=742)	28	4
Asiakkaalle lisätään kotihoidon tukipalveluita (n=740)	31	4
Asiakkaalle lisätään kotihoidon palveluja/ apua (n=740)	20	3
Asiakkaalta vähennetään kotihoidon palveluita/ apua (n=740)	10	1

Asiakasta ohjataan/ avustetaan hakemaan/ostamaan palveluita kolmannelta sektorilta (n=741)	88	12
Asiakasta ohjataan/ avustetaan ostamaan palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta (n=740)	69	9
Asiakkaan omaisiin/ läheisiin ollaan yhteydessä (n=740)	128	17
Asiakkaan mahdollisuuksia ulkoilla lisätään (n=742)	144	19
Asiakasta ohjataan/ avustetaan hakemaan sosiaalietuuksia (n=740)	60	8
Asiakkaan hoitotyönsuunnitelma päivitetään (n=735)	179	24
Asiakkaan palvelusuunnitelma päivitetään (n=734)	166	23
Asiakkaalle järjestetään hoitokokous (n=737)	36	5
Asiakkaan tilanteesta ollaan yhteydessä/ konsultaatio eri ammattiryhmiin (esim. fysioterapeuttiin) (n=736)	61	8
Asiakkaan tilanteesta ollaan yhteydessä lääkäriin (n=739)	85	12
Asiakkaalle varataan aika lääkärille (n=737)	44	6
Asiakkaalle hankitaan apuvälineitä (n=730)	36	5
Asiakkaan asuntoon tehdään muutoksia/ muutostöitä (esim. asennetaan tukikahvoja, muutetaan huonekalujen paikkoja) (n=737)	11	2
Asiakkaalle tehdään liikuntasuunnitelma (n=738)	63	9
Muutoksia asiakkaan suun- ja hammashoitoon liittyvissä asioissa (n=737)	36	5

Muutoksia asiakkaan aistitoimintoihin liittyvissä asioissa (esim. kuulotutkimus) (n=738)	51	7
Asiakkaalle annetaan terveysneuvontaa (n=737)	85	12
Asiakasta ohjataan muistisairauksiin liittyvissä asioissa (n=738)	89	12
Asiakkaalle varataan jalkahoito (n=735)	87	12
Asiakkaan paino mitataan (n=737)	250	34

Ristiintaulukoiden vertailtiin asiakkaiden ilmaisemaa palveluntarvetta sekä asiakaspalautekeskustelun myötä suunniteltua palvelutarpeeseen vastaamista. Vastaukset on esitetty taulukossa 15.

Taulukko 15. Kotihoidon asiakkaiden tarvitsemat palvelut ja palveluntarpeeseen vastaaminen asiakaspalautekeskustelun jälkeen.

Minkälaisia muita palveluita koette tarvitsevanne?	Minkälaisia muutoksia suhteessa kyseiseen palveluntarpeeseen asiakaspalautekeskustelu sai aikaan?
Suunhoito (n=166)	30 asiakkaalle tehtiin muutoksia suun hoitoon liittyvissä asioissa.
Kuulotutkimusta (n=109)	21 asiakkaalle tehtiin muutoksia aistitoimintoihin liittyvissä asioissa.
Näöntarkastusta (n=182)	33 asiakkaalle tehtiin muutoksia aistitoimintoihin liittyvissä asioissa
Ulkoiluapua (n=161)	66 asiakkaan mahdollisuutta ulkoiluun lisättiin
Muistisairauksiin liittyvä ohjaus/ tuki (n=84)	33 asiakasta on saanut ohjausta muistisairauksiin liittyvissä asioissa
Lääkärintarkastus (n=155)	18 asiakkaalle varattiin aika lääkärille 29 asiakkaan tilanteesta oltiin yhteydessä lääkäriin
Jalkahoito (n=215)	56 asiakkaalle varattiin aika jalkahoitajalle
Kauppalpalvelua (n=84)	5:lle lisättiin kotihoidon tukipalvelua 15 ohjattiin hakemaan palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta.

Ateriapalvelua (n=92)	3 asiakkaalle lisättiin kotihoidon tukipalvelua. 6 asiakasta ohjattiin hakemaan palvelua yksityiseltä palvelutuottajalta.
Siivouspalvelu (n=132)	23 ohjattiin ostamaan palvelua yksityisiltä palveluntuottajilta.
Turvapuhelin (n=101)	8 lisättiin kotihoidon tukipalveluita. 15 ohjattiin ostamaan palvelua yksityiseltä palveluntuottajalta.
Kuntoutuspalvelut (n=118)	23 asiakkaan tilanteesta ollaan yhteydessä/ konsultatio eri ammattiryhmiin
Päivätoiminta (n=71)	12 ohjattiin ostamaan palvelua yksityiseltä palveluntuottajalta 17 ohjattiin hakemaan palvelua kolmannelta sektorilta. 6:lle lisättiin kotihoidon tukipalveluita.
Seurakunnan palvelut (n=57)	6 asiakasta ohjattiin kolmannelle sektorille esim. seurakunnan pariin.
Vapaaehtoista ystävä (n=81)	26 asiakasta ohjattiin kolmannelle sektorille. 15:sta asiakkaan omaisiin oltiin yhteydessä.
Raha- asioiden hoito /edunvalvonta (n= 38)	11 asiakkaan omaisiin/ läheisiin oltiin yhteydessä 4 asiakasta ohjattiin hakemaan sosiaalietuuksia

Ristiintaulukoinnin avulla vertailtiin asiakkaiden nykytilannetta suhteessa asiakaspalautekeskustelun myötä tulleisiin muutoksiin jotka on kuvattu taulukossa 16 tarkemmin.

Taulukko 16. Asiakaspalautekeskustelun aikaansaamia muutoksia.

Nykytilanne	Keskustelun myötä tapahtuneet muutokset
Painon seuranta ei säännöllistä (n=275)	129:n paino mitattiin
Liian vähän apuvälineitä käytössä (n=35)	14:ta hankittiin apuvälineitä
Ei liikuntasuunnitelmaa, mutta halusi sen tehdä (n=53)	26 tehtiin liikuntasuunnitelma

Ristiintaulukoiden tarkasteltiin onko asiakkaan aamu/ aamupäiväkäyntiä mahdollista muuttaa. Hoitajista 28 % koki käyntiajankohdan muuttamisen olevan mahdollista (n=683). Kuitenkin heistä vain 12 %:n käyntiaika muuttui keskustelun myötä (n=186).

9 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää 75 -vuotiaiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotiin annettavista palveluista sekä heidän osallisuudestaan oman arjen suunnitteluun. Lisäksi haluttiin selvittää asiakaspalautekeskustelun välittömiä vaikutuksia asiakkaan arjessa ja palveluissa.

9.1 Asiakkaiden palveluntarpeisiin vastaaminen

Asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä saamiensa kotihoidon palveluiden laatuun, toimivuuteen ja toteutukseen. Asiakkaat kokivat saamiensa kotihoidon palveluiden vastaavan heidän tarpeitaan ja kokivat saavansa riittävästi tukea kotona asumiseen. Tuloksista käy kuitenkin ilmi, ettei kotihoidon palveluilla voida yksinään vastata asiakkaiden todellisiin palveluiden tarpeisiin.

Asiakkaat olivat tyytyväisiä palveluihin joita saivat, mutta tarvitsivat kuitenkin monipuolisempaa tukea arkeensa. Asiakkaiden ilmaisemat palvelutarpeet olivat kotihoidon peruspalveluiden ulkopuolelta, jonka vuoksi asiakkaiden palveluohjaus- ja neuvonta nousee merkittävään asemaan. Palveluohjauksen avulla tunnistetaan asiakkaan yksilölliset tarpeet ja järjestetään asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelut ja tuki (STM 2013: 67). Tulosten mukaan asiakkaiden palveluohjaus- ja neuvonta ei ollut riittävä. Asiakkailta oli tietoa kotihoidon tukipalveluista, kun taas muista kuin kunnan tuottamista palveluista oli tietoa saatu vähän.

Palvelutarpeen selvittäminen on avainasemassa, jotta palvelut vastaisivat asiakkaiden tarpeita. Myös vanhuspalvelulaissa korostuu palvelutarpeen selvittämisen asema palveluprosessissa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 § 15). Pelkkä tieto palveluista tai tukimuodoista ei riitä. On tärkeää varmistaa, että asiakas kykenee hakemaan tarvitsemiaan palveluita tai muita tukia. Palveluohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota muihin kuin kunnan tuottamiin palveluihin ja ohjata asiakkaita hakemaan tai ostamaan palveluita myös heiltä. Palveluohjaus ja -neuvonta on tärkeä sisällyttää osaksi kotihoidon päivittäistä työtä. Kotona asumisen tueksi on tärkeää olla erilaisia kunnallisia ja yksityisiä tukimuotoja. (Vanhuspalvelulain pilotointi 2013.) Yhdistämällä julkisen ja yksityisen sektorin osaaminen voidaan asiakkaille luoda kotiin riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut joiden turvin

hän voi asua turvallisesti omassa kodissaan (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014). Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen tekemän selvityksen mukaan ikääntyneet ovat valmiita maksamaan itse merkittävän osan omista vanhuspalveluistaan. Maksuhalukkuus ei rajoitu vain tavanomaisiin terveystalouteihin, vaan he ovat valmiit maksamaan myös kotihoito-, turvallisuus- ja viriketoimintapalveluista. (Pursiainen – Seppälä 2013: 21.) Valtakunnallisesti arvioituna yli 75- vuotiaista noin 90 % asuu omassa kodissaan (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014). Myös tämän tutkielman mukaan ikääntyneet haluavat asua omassa kodissaan, jossa he myös tunsivat olonsa turvallisiksi.

Laatusuosituksen (2013) mukaan välttämätön edellytys turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi on riittävä määrä osaavaa henkilöstöä (STM 2013: 39). Tulosten mukaan työntekijät koettiin ammattitaitoisina ja osaavina sekä vuorovaikutus heidän kanssaan oli sujuvaa. Nämä osaltaan lisäävät kokemusta kotihoidon laadukkuudesta. Kotihoidon asiakkaille oli myös mahdollisuus asioida omalla äidinkielellään, joka sisältyy osaksi toimivaa palvelukokonaisuutta (STM 2013: 23).

Hoidon jatkuvuudella on vaikutusta kokemuksiin kotihoidon palveluiden laadusta. Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan muun muassa samoina pysyviä työntekijöitä sekä asiakkaille nimettyä vastuuhoidajaa (Heinola 2007a: 31). Tulosten mukaan vastuuhoidajuu- teen sekä hoitajien vaihtuvuuden minimointiin tulisi panostaa. Vastuuhoidajuu- s lisää laadukkaan asiakastyön sujuvuutta sekä vahvistaa yksilöllistä asiakkaan voimavaroista lähtöisin olevaa hoiva ja hoitotyötä (Haimi-Liikkanen 2013: 3).

9.2 Asiakas palveluiden kohteena vai aktiivisena toimijana

Asiakkaiden osallisuutta omien palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa selvitettiin kartoittamalla asiakkaiden osallisuutta oman hoito- ja palvelusuunnitelman prosessiin. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee sisältää asiakkaan voimavarat sekä yksilöllisesti tarpeisiin suunnitellun palvelukokonaisuuden. Suunnitelma ohjaa asiakaslähtöistä työskentelyä sekä on tärkeä arvioinnin ja kehittämisen väline niin paikallisesti kuin palvelujärjestelmässä. (Päivärinta – Haverinen 2002: 5.) Asiakkaiden osallisuus omien palveluiden suunnittelussa ei tulosten mukaan toteudu vielä riittävästi. Vaikka asiakkaat josain määrin kokevat osallistuneensa hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen ei heidän oma ääni nouse riittävästi esiin, joten on aiheellista pohtia, ketä varten suunnitelma on tehty. Hoito- ja palvelusuunnitelman lähtökohtana tulisi aina olla asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle tärkeät jokapäiväiset asiat (Haverinen – Päi-

värinta 2002: 5). Asiakkaan aidon osallisuuden toteutuessa ei hän ole palveluiden passiivinen kohde vaan oman elämänsä aktiivinen toimija. Silloin kun ikääntynyt on aidosti osallisena tarvitsemien palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, hän aktivoituu miettimään omaa selviytymistään ja arkea (Moisio ym. 2013: 12).

Tulosten mukaan asiakkaat olivat paremmin osallistuneet omien palveluiden suunnitteluun kuin arviointiin. Arvioinnin tulisi olla osa kotihoidon arkea niin, että asiakkaat otettaisiin enemmän mukaan jokapäiväiseen arviointiin sekä kehitettäisiin reflektiivistä työskentelyä. Hoito- ja palvelusuunnitelman säännöllinen arvioiminen yhdessä asiakkaan kanssa on tärkeää, jotta voidaan arvioida toiminnan tuloksellisuutta, vaikuttavuutta, vaikutuksia sekä laatua (Päivärinta – Haverinen 2002: 46). Arvioinnissa tulisi hyödyntää erilaisia asiakkaita osallistavia keinoja perinteisen hoitokokouksen sijaan. Käytännössä kotihoidon asiakkaan osallisuus on sitä, että hän saa osallistua omien palvelujensa suunnitteluun ja niiden toteutusta koskevien valintojen tekoon; hänen mielipiteensä kuullaan ja se kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Ikääntyneellä on myös oltava aina mahdollisuus arvioida palvelujen toimivuutta ja laatua. (STM 2013: 17.)

Suuri osa kotihoidon asiakkaista tarvitsee lääkäripalveluita sekä apua lääkehoidossa. Yleisesti asiakkaat olivat melko tyytyväisiä mahdollisuuksiin tavata lääkäriä ja he kokivat saaneensa tietoa omasta lääkityksestään. Tuloksista nousi esille, että asiakkaiden osallisuutta oman hoidon ja lääkityksen suunnitteluun yhdessä lääkärin kanssa tulisi kuitenkin lisätä.

9.3 Asiakkaiden arjen sujuvuuden toteutuminen

Tulosten mukaan kotihoidon asiakkaiden arki kotona oli monelta osin sujuvaa. Esille nousi kuitenkin asiakkaiden vähäinen ulkoilu, johon saattoi osaltaan vaikuttaa keskustelujen toteuttamisajankohta. Asiakaspalautekeskustelujen jälkeen tähän reagoitiin ja asiakkaiden mahdollisuuksia ulkoiluun lisättiin. Säännöllinen ulkoilu lisää kokonaisvaltaista hyvinvointia ja toimintakykyä sekä on osa hyvää vanhuutta. Ikääntyneiden turvallisen ja säännöllisen ulkona liikkumisen edistämiseksi on tehty suositukset, joiden tavoitteena on kannustaa kuntia mahdollistamaan ulkoilu osaksi ikääntyneiden arkea. Suosituksissa painottuvat laaja-alainen yhteistyö kunnan eri toimialojen, järjestöjen, omaisten ja iäkkäiden välillä, jotta ulkoilua saadaan osaksi ikääntyneiden arkea. (Ikäinstituutti – STM – kulttuuriministeriö nd.)

Laatusuosituksen (2013) mukaan ikääntyneiden mahdollisuuksia olla osana yhteisöä tulee tukea sekä turvata iäkkään henkilön läheisten/ omaisten osallisuus ikääntyneen elämässä (STM 2013: 20). Sosiaaliset verkostot ja osallisuus ovat tärkeitä voimavaroja ikääntyneen elämässä. Yllättäen neljäsosa asiakkaista ei pystynyt osallistumaan lainkaan yhteisöön tai yhteiskunnallisesti. Palveluita suunniteltaessa tulisi huomioida asiakkaan tilanne kokonaisuutena jossa huomioidaan perushoidon lisäksi myös sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen ulottuvuus. Huomionarvoista on kuitenkin se, että asiakkailla on mahdollisuus olla yhteydessä heille tärkeisiin ihmisiin ja he saavat tästä iloa elämäänsä.

Tulosten mukaan yllättävän moni kotihoidon asiakas pelkäsi kaatumista. Kaatuminen onkin nimetty yhdeksi aikamme "geriatrian jättiläisistä" eli se on yksi niistä oireyhtymistä jotka ennustavat ikääntyneen toimintakyvyn laskua ja avun tarpeen kasvua (Räihä – Seppälä – Viitanen 2006: 14, 88). Tämän lisäksi kaatumiset ja niiden pelkoa heikentävät ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä sekä lisäävät myös sosiaali- ja terveystalouden käyttöä (Pajala 2012: 7–8), jonka vuoksi niihin tulisi puuttua.

Kaatumisten ennaltaehkäisy olisi tulosten mukaan mahdollista pienillä toimilla jotka olisi helppo toteuttaa myös kotihoidon toimesta. Kaatumisen pelkoa aiheutti pääasiassa huimaus, kompastuminen/liukastuminen sekä pelko siitä ettei pääse ylös kaaduttuaan. Huimaus on iäkkäiden kaatumisten yleisempiä syitä ja huimauksen taustalla olevien tekijöiden selvittäminen on ensiarvoisen tärkeää. Kaatumisia voidaan ehkäistä myös mukauttamalla asuintilat ja ympäristö sellaiseksi, että ikääntynyt pystyy liikkumaan ja toimimaan turvallisesti alentuneesta toimintakyvystä huolimatta. Ennaltaehkäisy on ensisijaista, mutta turvaranneke tai -puhelin voi nopeuttaa avunsaantia ja hoitoon pääsyä, jos asiakas on kaatunut. (Pajala 2012: 48, 59, 95).

Kaatumisten ennaltaehkäisy ja kaatumisen pelon vähentäminen on kotihoidossa tärkeää. Pajalan (2012) mukaan kaatumispelon vuoksi ikääntynyt vähentää liikkumista ja aktiivisuuttaan. Näiden väheneminen heikentää toimintakykyä, yleistä hyvinvointia ja lisää edelleen ikääntyneen alttiutta kaatumisille (Pajala 2012: 60).

Kaatumisen pelkoa aiheuttivat myös aikaisemmat kaatumiset. Joka toinen yli 85 -vuotias kaatuu ainakin kerran vuodessa, jopa puolet toistuvasti (STM 2013: 21). Tulokset olivat samansuuntaiset myös 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden kohdalla, eikä

kaikkien kaatumisen syitä oltu selvitetty. Pajalan (2012) oppaan mukaan kaatumisalttiutta voidaan yksinkertaisimmillaan selvittää kysymällä ikääntyneen kaatumishistoriaa, jolloin tunnistetaan ne ikääntyneet joilla on lisääntynyt alttius kaatumisille. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta on saatavilla nopeita kaatumisvaaran arviointilomakkeita jotka toimivat hyvin kotihoidon työvälineinä. (Pajala 2012: 106–107.)

9.4 Asiakaspalautekeskustelun vaikutukset asiakkaiden arjessa

Tutkimuksessa haluttiin selvittää, minkälaisia välittömiä muutoksia haastattelu sai aikaan asiakkaan palveluissa ja elämäntilanteessa. On tärkeää huomata, että asiakkaiden ääni nousi esille ja muutoksia tapahtui monessa asiassa. Asiakkaiden esiin tuomiin tarpeisiin ei kuitenkaan pystytty vastaamaan riittävästi. Vain pieni määrä asiakkaista sai asiakaspalautekeskustelun myötä tarvitsemansa lisä- avun, tuen tai palvelun. Todettakoon, että tuloksista ei selviä tapahtuiko muutoksia pidemmällä aikavälillä tai mikä oli esteenä muutoksen toteuttamiselle.

Positiivista on huomata, että keskustelujen myötä asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin tehtiin muutoksia. Keskustelu voi siis toimia osaltaan arvioinnin välineenä. Myös työntekijät saivat keskusteluiden avulla välineitä jokapäiväiseen työhön. Yllättäen kuitenkin alle puolet työntekijöistä arvioi, että keskustelu lisäsi asiakkaiden osallisuutta omien palveluiden suunnittelussa.

Käyntiajan muuttamisesta kysyttäessä oli havaittavissa vähäiset muutokset, vaikka asiakas itse olisi kokenut muutoksen olevan mahdollinen. Kotihoidon käyntiajan muuttaminen ja aamuun ajoittuvien ruuhkahuippujen purkaminen olisi tärkeää, jotta kotihoidon palveluja pystytään tarjoamaan kaikille. Tulevaisuudessa kotihoidon asiakasmäärä kasvaa entisestään, joten täytyy löytää ratkaisuja kuinka palvelut tuotetaan lähes samoilla resursseilla. (Groop 2014.)

9.5 Käyntimäärän ja sukupuolen vaikutukset asiakkaiden osallisuuteen

Kotihoidon käyntimäärä oli osittain yhteydessä asiakkaiden osallisuuteen omien palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa. Käyntimäärällä oli tilastollista merkitsevyyttä siihen miten asiakkaat olivat saaneet tukea/ apua tarvitsemien palveluiden hakemisessa. Mitä useammin kotihoito kävi asiakkaan luona, sitä enemmän he olivat saaneet tukea/

apua. Kotihoito osallistui enemmän niiden asiakkaiden arkeen joiden luona käytiin useammin. Tämän myötä työntekijä tuntee paremmin asiakkaan ja hänen kokonaisvaltaisen elämäntilanteen. Näin palvelutarpeet on helpommin tunnistettavissa ja asiakasta voidaan tukea ja avustaa hakemaan tarvitsemiaan palveluita.

Käyntimäärä vaikutti myös asiakkaiden osallisuuden toteutumiseen omaa hoitoa ja lääkitystä koskevassa päätöksenteossa yhdessä lääkärin kanssa. Vähiten osallisuus toteutui heillä, joiden luona käytiin 3-4 kertaa viikossa kun taas asiakkaat joiden luona käytiin 1-2 kertaa viikossa osallistuivat eniten. Asiakkaiden kokonaisvaltainen toimintakyky osaltaan selittää tulokset. Asiakkaat joiden luona käytiin 1-2 kertaa viikossa tarvitsevat vähiten kotihoidon palveluita, joten he kykenevät toimimaan monelta osin itsenäisesti tai omaisten/läheisten tuella. Ne asiakkaat joilla käytiin päivittäin tai lähes päivittäin olivat kotihoidon tarkemmassa seurannassa. Ehkä hoitajan kanssa keskustelu hoidosta ja lääkityksestä lisäsi kokemusta osallisuudesta. Asiakkaat joiden luona käytiin 3-4 kertaa viikossa voivat olla ns. välivaiheessa, jolloin terveydentila heikkenee ja palveluiden tarve kasvaa joten asiakkaiden tarpeita voi olla vaikea tunnistaa. Asiakkaat voivat kokea etteivät saa riittävästi hoitoa ja tukea, joten tämän voi heijastaa myös vastauksiin osallisuudessa oma hoitoa ja lääkitystä koskevaan päätöksentekoon yhdessä lääkärin kanssa.

Sukupuolella oli tilastollista merkitystä vain siihen miten asiakkaat olivat saaneet tietoa omasta lääkityksestään. Naiset kokivat saaneensa miehiä enemmän tietoa omasta lääkityksestään. Voisiko tämä johtua siitä, että naiset huolehtivat paremmin terveydestään kuin miehet, jonka vuoksi myös haluavat tietoa omasta lääkityksestään. Tätä pohti myös Huttunen (2014) kolumnissaan, jossa hän toteaa naisten käyttävän enemmän terveyspalveluja, hakeutuvan hoitoon aikaisemmin ja noudattavan hoito-ohjeita tunnollisemmin kuin miehet (Huttunen 2014).

10 Pohdinta

Asiakaspalautekeskustelujen avulla saatiin kerättyä laaja aineisto, joka antaa kattavan kuvan kotihoidon asiakkaiden osallisuudesta ja palvelujen sujuvuudesta. Tulee kuitenkin muistaa, että itse kokemukset ovat aina aikaan ja paikkaan sidonnaisia. Suhosen (2014) mukaan asiakaspalautteiden avulla rakennetaan usein kuva silloisesta asiakastyytyväisyydestä, vaikka todellisuudessa se on kuitenkin retrospektiivinen tarkastelunäkökulma, eikä se saisi olla ainoa tapa muodostaa käsitystä palveluista tai niiden asiakaslähtöisyydestä (Suhonen 2014).

Tuloksia tarkasteltaessa herää kysymys, ovatko palvelut asiakaslähtöisiä. Kotihoidon palvelut ovat osa ikääntyneen kotona asumisen tukemista ja tulosten mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä kotihoidon tuottamiin palveluihin. Kotihoidon tarjoamat palvelut ovat kuitenkin suunniteltu valmiiksi eikä niissä pystytä huomioimaan asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita/ toiveita riittävästi. Asiakkaan on mahdollisuus saada kotihoidolta tietynlaisia palveluita tietynä aikana. Paljon on palvelutarpeita, joihin ei kotihoidon avulla pystytä vastaamaan. Näihin tarpeisiin vastaamalla parannettaisiin asiakkaiden elämänlaatua ja turvattaisiin kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Sen vuoksi vanhuspalveluja olisi syytä tarkastella ja kehittää kokonaisuutena. Vaikka kunta toimii kotihoidon järjestäjänä ja vastaa usein päivittäisestä hoivasta, asiakkaan muut palvelut (kuten ateria, -siivous- ja turvapuhelinpalvelut) tulevat muilta toimijoilta. Tämä sirpaleinen toimintatapa voi tuntua varsin hajanaiselta ellei palveluita integroida asiakkaan tarpeista lähteväksi kokonaisuudeksi. Palveluiden integrointi edellyttää laaja-alaista yhteistyötä eri toimijoiden kanssa (Tepponen 2007: 62–63.) Asiakkaita on ohjattava hakemaan enemmän palveluita muilta sektoreilta jotta he saavat tarvitsemansa tuen kotona asumiseen. Luultavasti tulevaisuudessa yhä suurempi osa palveluista on muiden kuin kunnan tuottamia ja asiakkaat saavat kunnalliselta kotihoidolta vain perushoidon palvelut.

Vanhuspalveluissa tulee panostaa palvelutarpeen arviointiin sekä palveluohjaukseen ja neuvontaan jotta asiakkaiden yksilöllinen palvelukokonaisuus saadaan rakennettua. Kokonaisvaltainen palvelutarpeenarviointi edellyttää ymmärrystä vanhuudesta ainutlaatuisena elämänvaiheena, laaja-alaista gerontologista osaamista sekä palvelujärjestelmän tuntemista. Tarvitaan laaja-alaista yhteistyötä omaisten/läheisten, yksityisen ja kolmannen sektorin sekä kunnan välillä jotta asiakkaiden oikeisiin tarpeisiin pystytään vastaamaan. Palveluiden sirpaleisuuden vuoksi asiakkaat usein tarvitsevat työntekijän

tai muun henkilön koordinoimaan moninaista kokonaisuutta. Vanhuspalvelulain 17§ mukaan kunnan on nimettävä asiakkaalle vastuutyöntekijä, jos hän tarvitsee apua tai tukea palveluiden yhteensovittamisessa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystoimen palveluista 980/2012).

Johtamisen merkitys vanhuspalveluiden kehittämisessä on merkittävä. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen strategisen johtamisen keskeinen tehtävä on luoda edellytykset vaikuttaville palveluille, joilla tuetaan ikääntyneiden toimintakykyä sekä turvataan heidän tarpeitaan vastaava palveluiden kokonaisuus. (STM 2013: 51). Tämä aineisto on yksi työväline kunnille vanhuspalveluiden kehittämiseen ja asiakaslähtöisten palveluiden järjestämiseen. Johtamisella voidaan myös vaikuttaa ikääntyneiden osallisuuteen. Onko järjestelmä muodostettu esteettömästi ja kaikkien saatavilla, onko toimintakulttuuri osallisuutta tukeva?

Myös nykyisin käytössä olevia hoito- ja palvelusuunnitelmia on syytä tarkastella. Palvelleko suunnitelma aidosti asiakasta tai edes työntekijää, jos asiakkaat eivät osallistuisen suunnitteluun ja arviointiin. Asiakkaalla saattaa olla myös useita suunnitelmia eri toimijoiden kanssa, joten kenelläkään ei ole kokonaiskäsitystä asiakkaan voimavaroista, saamista tuista, avuista tai palveluista.

Kailion (2014) tutkimuksen mukaan ikääntyneet haluavat tuoda esiin omia näkemyksiä omista tarpeistaan ja toiveistaan sekä haluavat, että heidän mielipiteensä huomioidaan palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa (Kailio 2014: 65). Aidon osallisuuden toteutuminen vaatii toimintakulttuurin muutosta sekä kaikkien toimijoiden panosta. Kuten Kailio (2014) toteaa palvelurakenteissa, kuin myös kulttuurisesti tulee tapahtua muutoksia, jotta ikääntyneiden osallisuus on osa palveluita ja konkreettista työskentelyä. Osallisuuden toteutuessa asiakkailla on mahdollisuus vaikuttaa kokonaisvaltaisesti omaan hoitoon ja kohteluun. Osallisuus mahdollistaa laajemmin myös palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen, jonka myötä palvelujen vaikuttavuus voimistuu. (Kailio 2014: 66)

Tärkeä osa asiakkaan ja työntekijöiden kumppanuuden toteutumista on työskentelykielen muuttaminen. Nykyinen hoitotyönsuunnitelma tai hoitokokous voi tuntua asiakkaalle vieraalta ja saada hänet kokemaan itsensä hoidon kohteena. Hoitotyönsuunnitelma viestittää, että suunnitelmassa keskitytään hoitotoimintoihin ja asiakkaan elämän muut osa-alueet jäävät sen ulkopuolelle.

10.1 Eettisyyden ja luotettavuuden tarkastelu

Sosiaali- ja terveydenhuollon parissa suoritettavaan tutkimukseen liittyy erityispiirteitä, jotka tulee ottaa huomioon koko tutkimuksen ajan. Oman eettisen pohdinnan tälle tutkimukselle asettaa jo se, että opinnäytetyö kohdistuu välillisesti ihmisiin, jotka tarvitsevat ulkopuolista apua. Tämän vuoksi heidän voidaan ajatella olevan haavoittuvassa asemassa. Tutkimusprosessin aikana on noudatettu hyviä tutkimuseettisiä periaatteita ja tutkijat ovat säilyttäneen objektiivisuuden sekä kriittisyyden tutkimusaineiston suhteen. (Mäkinen 2006: 25, 29).

Tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastellaan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Nämä molemmat mittaavat tutkimuksen luotettavuutta sekä laatua. Tämän tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti on huomioitu jo suunnitteluvaiheessa ja luotettavuustarkastelua on käyty koko prosessin ajan. (Kananen 2011: 118–119.)

Validiteetti tarkoittaa sitä, että mitataan ja tutkitaan tutkimusongelman kannalta oikeita asioita. Validiteetti varmistetaan käyttämällä oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mittaamalla oikeita asioita, eli miten onnistuneesti teoreettiset käsitteet on operationalisoitu arkikielen tasolle. (Kananen 2011: 118, 121; Vilka 2007: 150.) Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus ohjasivat tutkimusmenetelmän valinnassa. Tarkoituksena oli kerätä laaja aineisto useammasta kunnasta, joten oli luonnollista valita kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä jossa aineistonkeruuvälineenä oli kyselylomake (Kananen 2011: 46). Kyselylomakkeen avulla voitiin tehokkaasti kerätä laaja ja kattava tutkimusaineisto. Toisaalta lomakkeen laatiminen oli haastava ja merkittävä työvaihe (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 182.), joka pitkälti määrittä tutkimuksen onnistumisen.

Yksi opinnäytetyön tavoitteista oli mahdollistaa asiakkaan ja vastuuhoitajan tutustumisen, joten kyselylomakkeen pohjalta käyty keskustelu sopi tähän tarkoitukseen. Henkilökohtainen asiakaspalautekeskustelu mahdollisti tilanteen, jossa oli aikaa asiakkaan kuulemiselle. Työntekijän ja asiakkaan väliseen asiakaspalautekeskusteluun liittyi kuitenkin riskejä. Työntekijän ohjatessa keskustelua ei voitu varmistaa, vastasiko asiakas kysymyksiin todellisen kokemuksen mukaan. Myös asiakkaiden riippuvuus palveluista saattoi vaikuttaa vastauksiin ja sen myötä tutkimustuloksiin (Sarvimäki 2006: 11). Eri-

tyisesti tämä saattoi vaikuttaa niissä kysymyksissä, jotka kohdistuvat kotihoidon työntekijöihin.

Jokainen työntekijä tulkitsti ja ilmaisi kysymykset omalla tavallaan, joten asiakaspalauttekeskustelut olivat hyvin erilaisia. Tilanteisiin vaikutti myös asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus sekä asiakassuhde. Koska aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla keskustellen ei voida varmistua, ovatko asiakkaat tai työntekijät olleet rehellisiä ja miten vakavasti he ovat suhtautuneet tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2000: 182).

Tutkimuksen validiteettia lisää myös kattava lähdeaineistoon perehtyminen ja tutkittavasta ilmiöstä vahvan esiyymmärryksen muodostaminen jo prosessin alussa ennen mittarin muodostamista (Kananen 2011: 27–28). Opinnäytetyön tekijöillä on geronomikoulutuksen myötä sisäistetty laaja- alainen gerontologinen näkemys, joka tuki esiyymmärryksen rakentumisessa.

Kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu ja rakentaminen ovat tärkeä osa tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden lisäämiseksi lomake testattiin sekä ikääntyneiden että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Ikääntyneiden kanssa keskusteltiin erityisesti operationalisoinnin onnistumisesta sekä vastausvaihtoehdoista. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset keskittyivät kommentoimaan lomakkeen sisältöalueita ja kysymysten ymmärrettävyyttä. Lomaketta parannettiin palautteen mukaan. Lomakkeen testauksella haluttiin varmistaa, että kysymykset ovat ymmärrettäviä ja lomakkeen kieli on selkeää. Tutkimuksen validius ei toteudu, jos esimerkiksi kyselyyn vastanneet ovat ymmärtäneet kysymyksen eri tavoin kuin tutkija on ajatellut ja tutkija käsittelee tulokset oman ajattelu mallin mukaan (Hirsjärvi ym. 2000: 213–214).

Reliabiliteetti arvioi saatujen tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen eli se tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Kananen 2011:119) Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastellaan etenkin mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimusprosessissa. Arvioitavia asioita ovat tutkimuksen otos, vastausprosentti, aineiston siirtäminen ja mittausvirheet (mitataanko sitä mitä haluttiin mitattavan). (Vilkkä 2007:150–151.) Tiukasta aikataulusta huolimatta vastausprosentti (61%) muodostui melko hyväksi. Toisaalta vastausprosentti herättää kysymyksen siitä, ketkä asiakkaat ovat jääneet tutkimuksen ulkopuolelle. Onko kyseessä sellainen ryhmä joka olisi vaikuttanut tutkimustuloksiin, ja millä perusteella he jäivät tutkimuksen ulkopuolelle?

Tutkimuksen reliabiliteettia lisäsi se, että Surveyspal -ohjelma oli tuttu monelle työntekijälle (KTS Jyrkkänen 2013). Lisäksi Surveyspal -ohjelmasta saatiin suoraan siirrettyä aineisto SPSS- ohjelmaan, joka vähensi virheiden mahdollisuutta. Ei kuitenkaan voida tietää kuinka tarkkaan ja huolellisesti työntekijät syöttivät vastaukset ohjelmaan.

Tutkimus toteutettiin kahdeksassa erilaisessa kunnassa joissa tutkimukseen otettiin mukaan samanlainen ryhmä eli kaikki säännöllisen kotihoidon yli 75 -vuotiaat asiakkaat. Vaikka jokainen asiakaspalautekeskustelu oli erilainen, voidaan olettaa, että toistettaessa vastaukset olisivat samansuuntaisia. Tulosten luotettavuutta myös lisää tutkimuksen suuri perusjoukko sekä hyvä vastausprosentti. Vastausprosenttia voidaan pitää hyvänä etenkin, kun tiedettiin alkuvaiheessa yhden kunnan jäävän tutkimuksen kadoksi.

Tyypillisesti reliabiliteetti tarkastellaan kysymällä samaa asiaa kahdella eri kysymyksellä (Vilka 2007: 149). Tämä oli kirjattu tutkimussuunnitelmaan ja tarkoituksena oli toteuttaa se kyselylomakkeessa. Lomaketta rakentaessa tämä kuitenkin jäi toteuttamatta, joten tämän avulla ei voida tarkastella tutkimuksen luotettavuutta.

Määrällisessä tutkimuksessa on mahdollista, että mittarin reliabiliteetti on korkea, mutta tulokset väärä. Tällöin mittari tuottaa aina saman tuloksen, mutta mittari voi kuitenkin olla väärä, eli tulos ei vastaa haluttuun asiaan. Reliabiliteetti ei siis takaa validiteettia. (Kananen 2011: 119.) Tämä tuli esille kysyttäessä kotihoidon kehittämisestä. Kysymykseen oli tullut runsaasti samansuuntaisia vastauksia, mutta kysymys ei vastannut siihen mitä opiskelijat sillä hakivat. Sanavalintana kehittäminen oli selvästi väärä ja sitä ei ymmärretty oikein.

Lomakkeen lanseeraaminen kuntien esimiehille lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Tilaisuudessa kerrottiin lomakkeen rakenteesta sekä kyselyyn vastaamisesta. Myös saatekirjeiden avulla haluttiin lisätä tutkimuksen luotettavuutta mutta myös mahdollistaa asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Asiakkaan saatekirjeellä haluttiin myös varmistaa, että asiakas tietää mihin on osallistumassa ja mihin aineistoa käytetään. Saatekirjeessä kerrottiin omaisen/ läheisen mahdollisuudesta osallistua asiakaspalautekeskusteluun, asiakkaan niin halutessa (STM 2013: 20). Saatekirjeissä tuotiin hyvän tutkimusetiikan mukaisesti esille asiakkaiden mahdollisuus keskeyttää keskustelu tai kieltäytyä osallistumasta siihen, vaikka hän olisi antanut jo suostumuksen tai vaikka haastattelu olisi jo aloitettu (Mäkinen 2006: 94). Toisaalta asiakkaiden riippu-

vuus kotihoidon palveluista saattaa toimia painostuksena ja on näin uhka vapaaehtoiselle suostumukselle (Sarvimäki 2006: 1).

Kaikkien asiakaspalautekeskusteluihin osallistuneiden anonymiteetti säilyy, koska opiskelijat eivät osallistuneet keskusteluihin. Vastaukset käsiteltiin nimettöminä eikä aineistosta poimittu yksittäisiä vastauksia/vastaaajia. Tutkittavien henkilöiden anonymiteetti lisäsi opiskelijoiden mahdollisuutta tarkastella aineistoa objektiivisesti ja mahdollisesti arkojenkin asioiden käsittelyn (Mäkinen 2006: 114).

Asiakkaiden sairauksia ei kysytty erikseen, koska niillä ei ollut merkitystä tutkimusongelman kannalta. Työntekijöiltä kuitenkin kysyttiin kokivatko he asiakkaan terveydentilan vaikuttavan keskustelun vastauksiin. Työntekijöiden arvioin mukaan terveydentila vaikutti merkittävästi vain joka viidennessä asiakaspalautekeskustelussa. Aineistoa voidaan siis pitää varsin luotettavana.

Koko tutkimuksen luotettavuutta lisäsi tutkijatriangulaatio sekä aktiivinen yhteistyö työelämän kanssa. Työelämän osaaminen näyttäytyi erityisesti teorian operationalisoinnissa, joka onkin merkittävä vaihe määrällisessä tutkimuksessa (Vilkka 2007: 36- 39). Triangulaatio lisäsi pohdintaa ja toi useampia näkökulmia prosessiin sekä lisäsi analyysin laajuutta.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan on kiinnitetty huomiota työssä käytetyn tiedon luotettavuuteen ja harjoitettu lähdekritiikkiä, eli huomioitu lähteiden aitous, riippumattomuus, alkuperäisyys sekä puolueettomuus (Mäkinen 2006: 128). Asiaa helpotti vahva teoreettinen viitekehys joka perustui Vanhuspalvelulakiin ja Laatusuositukseen.

10.2 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyössä kerätty aineisto on kattava ja sen jatkotutkimusmahdollisuudet ovat laajat. Tässä työssä aineistoa on tarkasteltu kokonaisuutena tutkimuskysymysten mukaisesti, joten tulevaisuudessa aineistoa voisi tarkastella erilaisista näkökulmista joko kokonaisuutena, kuntakohtaisesti tai kunnan sisäisen kotihoidon aluejaon mukaisesti. Yksityiskohtaisemmassa tarkastelussa voisi esimerkiksi verrata oliko vastauksissa eroa ikäryhmien sisällä tai kuntien välillä.

Vanhuspalvelulain (2013) mukaisesti palveluntuottajan tulee kerätä asiakaspalautetta vuosittain asiakkaita osallistavia menetelmiä käyttäen (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 § 6). Yksi jatkotutkimusmahdollisuus olisi kyselylomakkeen muokkaaminen ja mittariston kehittäminen. Kyselylomaketta voisi työstää aina kyseessä olevan asiakasryhmän tarpeita vastaavaksi.

Tulosten pohjalta tehdyistä johtopäätöksistä on havaittavissa, että kunnalliset kotihoidon palvelut on vielä suunniteltu organisaatiolähtöisesti ja asiakaslähtöisyys ei täysin toteudu. Jatkokehitysideana voisi miettiä miten kyselylomakkeesta saisi kehitettyä työvälineen kotihoidon laadun tarkasteluun ja asiakaslähtöisten palveluiden varmistamiseen. Työvälineestä ja mittaristosta voisi tehdä kokonaisuuden jossa kuultaisiin asiakasta, kotihoidon työntekijää sekä organisaation johtoa (Voutilainen 2007: 13–14). Tämän kokonaisuuden avulla saataisiin kokonaiskuva kotihoidon laadusta ja asiakaslähtöisistä palveluista (Heinola 2007a: 30). Asiakaslähtöisten palveluiden toteutumista voisi myös tarkastella laadullisin tutkimusmenetelmin haastatteleamalla kotihoidon asiakkaita. Haastattelun avulla saataisiin syvempi käsitys kotihoidon palvelujen tarvevas- taisuudesta ja asiakkaiden todellisista tarpeista. Tutkimusmenetelmät täydentäisivät toisiaan.

Mielenkiintoista olisi myös tietää saivatko asiakaspalauttekeskustelut pidemmällä aika- välillä muutoksia asiakkaan palveluissa ja arjessa. Erittäin tärkeä olisi saada selville miten asiakkaat kokivat keskustelut ja kokivatko he osallisuutensa lisääntyneen kes- kustelujen myötä.

Vaikka tutkielman vastausprosentti on melko hyvä on kotihoidon asiakkaista joka 4. jäänyt tutkimusjoukon ulkopuolelle. Tutkielman toteuttamisen jälkeen olisikin tärkeää tarkastella ketkä ovat jääneet ulkopuolelle ja miksi. Jatkotutkimuksena voisi tarkastella ketkä jäivät tutkimusjoukon ulkopuolelle ja onko kyseessä sellainen ryhmä, joka olisi vaikuttanut tutkimustuloksiin ja millä perusteella he jäivät tutkimuksen ulkopuolelle?

10.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opiskelijoiden välinen yhteistyö opinnäytetyön parissa alkoi keväällä 2013, jolloin pää- tettiin toteuttaa työ yhdessä. Opinnäytetyön aiheen valitseminen oli kuitenkin haasteel- lista ja opiskelijat neuvottelivat muutamien yhteistyökumppaneiden kanssa. Molemmat

työn tekijät ovat kiinnostuneita ikääntyneiden osallisuuden lisäämisestä ja ovat kehittämisorientoituneita, joten Sosiaalitaito ja Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishjelma osoittautuivat oikeiksi yhteistyökumppaneiksi. Sosiaalitaidon kanssa neuvoteltiin työn raamit ja sisältö, muuten opiskelijat saivat vapaasti ideoida ja heidän toivottiin tuovan uutta näkökulmaa. Sosiaalitaito oli erinomainen yhteistyökumppani ja heiltä sai ohjausta työskentelyn avuksi. Opiskelijoihin suhtauduttiin tasavertaisina yhteistyökumppaneina ja heidän osaamista arvostettiin, jolloin geronomin näkökulmaa oli mahdollista tuoda esille.

Koska opinnäytetyön aihe päätettiin vasta lokakuun alussa, oli syksyn 2013 työskentelyaikataulu hyvin tiukka. Työn teoreettinen pohja ja aiheen esiyymmärrys oli rakennettava nopeasti. Tässä kuitenkin auttoi geronomikoulutuksen aikana hankittu gerontologinen tietopohja sekä opiskelijoiden aikaisempi kokemus vanhustyöstä. Opiskelijat kokevat, että opinnäytetyöhön kulminoituu kaikki koulutuksen aikana opittu ja tätä tietoa on pystytty hyödyntämään läpi opinnäytetyöprosessin.

Opiskelijoiden välinen yhteistyö on sujunut hyvin koko prosessin aikana ja työt ovat jakaantuneet tasaisesti. Opiskelijat ovat kunnioittaneet toistensa näkemyksiä ja työskentely on edennyt yhteisymmärryksessä. Mikäli asioista on oltu erimieltä, on niistä keskusteltu ja haettu molemmille sopiva ratkaisu asiaan. Nämä keskustelut ovat osaltaan rikastuttaneet työtä ja tuoneet reflektiivisen työtteen osaksi työskentelyä.

Haasteita työskentelyyn toi erityisesti yhteisen ajan löytyminen, koska molemmat opiskelijat olivat töissä opintojen ohella. Vaikka tämä toi haasteita, onnistuttiin siihen löytämään toimivia ratkaisuja, kuten aikataulutus sekä sähköisen työalustan käyttäminen ja työskentely Skype:n välityksellä.

Kokonaisuutena opinnäytetyöprosessi on ollut hyvin antoisa, mutta vaativa. Koko prosessin ajan motivaatiota on lisännyt opinnäytetyön merkityksellisyys sekä yhteistyö työelämän kanssa. Työskentely on antanut hyvät valmiudet suunnitelmalliseen tutkimus- ja kehittämistyöhön.

Opinnäytetyössä päästiin tavoitteisiin ja saatiin upea aineisto, jonka avulla ikääntyneiden ääni saatiin kuuluviin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää yksittäisten asiakkaiden arjessa sekä kunnallisten palveluiden kehittämisessä. Opiskelijat asettivat opinnäytetyölle pieniä ja isompia tavoitteita. Pitkän aikavälin tavoitteena oli, että kunnat

hyödyntäisivät asiakaspalautekeskusteluissa esiin tulleita asioita toimintansa kehittämisessä. Tavoite toteutuu ainakin Lohjalla, jossa valmistellaan uutta vanhuspoliittista strategiaa ja siinä huomioidaan keskustelujen tulokset. Pienempien tavoitteiden voidaan ajatella myös toteutuneen, koska keskustelut saivat muutoksia aikaan yksittäisten ikääntyneiden asiakkaiden palveluissa tai hoidossa. Opinnäytetyön tulokset ovat herättäneet myös median mielenkiinnon ja Sosiaalitaidon antama lehdistötiedotteen pohjalta alustavia tuloksia kerrottiin televisiossa ja radiossa Ylen Uudenmaan uutisissa 20.3.2014. Lisäksi tulokset ovat olleet luettavissa monen tutkimukseen osallistuneen kunnan Internet- sivustolla.

On todettava, että opiskelijat rakentaisivat seuraavan lomakkeen eri tavalla. Tulevissa kyselylomakkeissa voisi olla spesifimpi näkökulma ja lisäksi lomakkeen laajuus vaatisi tarkastelua. Myös osa kysymyksistä vaatii uudelleen muotoilua ja sanastoa täytyy joissain kysymyksissä muuttaa. Lomake piti olla valmis tammikuun 2014 alkuun mennessä, joten siihen ei voitu käyttää niin paljon aikaa kuin olisi haluttu.

Kokonaisuutena lomakkeeseen voi kuitenkin olla tyytyväinen ja sillä saatiin runsaasti arvokasta tietoa. Lomakkeessa huomioidaan ikääntyneen elämä kokonaisuutena Vanhuspalvelulain ja Laatusuosituksen hengen mukaisesti. Kyselylomakkeen sisältöalueet poikkeavat tavanomaisesta tyytyväisyyttä mittaavasta kyselystä, sekä totutusta näkökulmasta. Lomakkeesta jätettiin tietoisesti pois asiakkaiden mahdolliset toimintakyvyn ongelmat/ rajoitukset sekä sairaudet. Lomakkeen avulla haluttiin keskittyä ikääntyneen elämän muihinkin osa-alueisiin kuin vain terveydentilaan ja tuotiin esille asiakkaan osallisuutta omassa arjessaan. Myös kysymysten muotoilussa korostettiin asiakkaiden osallisuutta. Esimerkiksi lomakkeessa ei kysytty ”Onko teille tehty liikuntasuunnitelma?” vaan kysyttiin ”Oletteko tehneet liikuntasuunnitelman?” Valitulla lähestymistavalla haluttiin korostaa asiakasta aktiivisena toimijana eikä passiivisena palveluiden kohteena.

Lomakkeen rakentamiseen toi oman haasteensa se, että sisällön oli palveltava kotihoidon asiakasta, vastattava opiskelijoiden tutkimuskysymyksiin sekä Sosiaalitaidon, Kotona Kokonainen Elämä -kehittämishojelman, Kasteen ja kuntien kotihoidon tavoitteisiin ja tarpeisiin. Haastattelulomakkeen sisältöalueiden järjestyksen valitseminen oli haastavaa, koska kaikki osa-alueet käsittelevät asiakkaan kannalta henkilökohtaisia asioita. Jälkeenpäin arvioituna lomake on saavuttanut tavoitteet ja tarkoituksensa. Tehdyssä lomakkeessa on paljon hyvää ja toimivaa, erityisesti sisältöalueet sekä keskustelun

aikaansaamien muutosten tarkastelu. Lomake on rakennettu huomioiden ikääntyneen kotihoidon asiakkaan elämä kokonaisvaltaisesti.

Ainoastaan kotihoidon palvelukokemusten kysyminen olisi ollut hankalaa, sillä monet palvelut eivät suoranaisesti ole kotihoidon palveluita ja monet arjen sujumiseen vaikuttavat tekijä koostuvat monen palvelun kokonaisuudesta. Kokonaisuuden hahmottamiseksi tutkielmassa haluttiin selvittää asiakkaiden kokemuksia kotiin annettavista palveluista, ei yksistään kotihoidon palveluista.

Aineiston keräämistavaksi valittu asiakaspalautekeskustelu osoittautui hyväksi menetelmäksi. Keskustelujen avulla saatiin tehokkaasti kerättyä laaja ja kattava aineisto. Tutkimuksen vastausprosentti on myös verrattain korkea, mitä ei olisi ehkä saavutettu jos aineisto olisi kerätty esimerkiksi postitettavalla lomakekyselyllä. Hoitajan ja asiakkaan välinen keskustelu mahdollisti yksittäisen asiakkaan kuulemisen ja toivottavasti osapuolet tutustuivat paremmin toisiinsa keskustelun lomassa. Geronomin näkökulmasta tarkasteltuna henkilökohtainen keskustelu asiakkaan kanssa on erinomainen tapa varmistaa, että ikääntynyt tulee aidosti kuulluksi.

Hyvään vanhuuteen sisältyy oikeus osallisuuteen. Osallisuus on monitahoista ja monimerkityksellistä ja sen toteutumisen edellytyksenä on huomioida ikääntyneet tasavertaisina yhteiskunnan jäseninä. Vanhustyössä osallisuuden toteutumista lisää ammattilaisten ymmärrys vanhuudesta ainutlaatuisena elämänvaiheena. Jotta aito osallisuus vanhustyössä pääsee toteutumaan, on tärkeää, että työntekijöillä on laaja-alaista gerontologista osaamista sekä taitoa ikääntyneen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen.

Lähteet

Asikainen, Sari – Paunonen Anne – Maarit 2012. Kotihoidon palvelujen laadun arviointimenetelmän kehittäminen. Kysely kotihoidon asiakkaiden asiakastyytyväisyydestä ja elämänlaadusta. Opinnäytetyö. Mikkeli AMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK. Verkkodokumentti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012121018810>>. Luettu 15.11.2013.

Groop, Johan 2014. Miten vastataan kotihoidon kasvavaan kysyntään? Luento Vanhustyön vastuunkantajat seminaarissa 16.5.2014 ja luentomateriaali. Verkkodokumentti. <http://vanhustyonvastuunkantajat-fi-bin.directo.fi/@Bin/e0b6925a3514f32591538f71992d2f84/1411303703/application/pdf/188129/30_%20Miten%20vastata%20kotihoiton%20kasvavaan%20kysynt%C3%A4%C3%A4n%20%28Groop%29-jaettavaksi.pdf> Luettu 16.8.2014.

Haimi-Liikkanen, Sara 2013. Kotihoidon vastuuhoidaja- toimintamalli. Kotkan kaupunki kotihoito. Verkkodokumentti. <http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17366_Vastuuhoidajuus_2013.pdf> Luettu 14.4.2014.

Hangon strategia 2025. 2013. Verkkodokumentti. Päivitetty 8.10.2013. <http://www.hanko.fi/files/4636/Strategia_2025_FI.pdf> Luettu 24.4.2014.

Hankesuunnitelma 2012. Kotona kokonainen elämä - Ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma Etelä-Suomessa 2013 – 2015. Word- dokumentti. Kaste- ohjelma.

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heinola, Reija 2007 a. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES, oppaita 70. 30-33.

Heinola, Reija 2007 b. Erilaiset asiakkaat. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES, oppaita 70. 22-25.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Kuudes painos. Helsinki:Tammi.

Holma, Tupu 2003. Laatu vanhustyön arkeen- suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Huttunen Jussi 2014. Nainen elää miestä pitempään, mutta miksi? Verkkodokumentti <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00301> Luettu 19.9.2014

Hyvinkään kaupunki 2012. Ikääntymis- ja vammaispoliittinen ohjelma vuosille 2011-2018. Verkkodokumentti.<<http://www.hyvinkaa.fi/Tiedostot/Kotija%20laitospalvelut/lk%C3%A4%C3%A4ntymis-vammaispoliittinen%20ohjelma.pdf>> Luettu 15.11.2014.

Högnabba, Stina 2008. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä? Tutkimus Bikva-arviointimenetelmän vaikutuksista. Helsinki: Stakes, raportteja 34/2008. Verkkodoku-

mentti. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75525/R34-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>>. Luettu 20.12.2013

Ikonen, Eija-Riitta 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita

Ikäinstituutti – STM – kulttuuriministeriö nd. SUOSITUKSET iäkkäiden turvallisen ja säännöllisen ulkona liikkumisen edistämiseksi. Verkkodokumentti <<http://www.voimaavanhuuteen.fi/binary/file/-/id/22/fid/53/>> Luettu 30.4.2014

Ikääntyvä LOST 2018. Lohjan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen ikääntymispoliittinen ohjelma 2011 - 2018. Verkkodokumentti. Luettu 24.4.2014. <<http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/Etusivun%20liitetiedostot/Ik%C3%A4%C3%A4ntyv%C3%A4%20LOST%202018%20SU.pdf>> Luettu 24.4.2014.

Jyrkkänen, Sirpa 2013. Hyvinvointiteknologian mahdollisuudet kotihoidon palveluprosessien kehittämisessä. Nykytilan kartoitus Kotona kokonainen elämä- kehittämishankkeen kunnissa. Opinnäytetyö. Tampereen AMK. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma, YAMK. Verkkodokumentti. < <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013091315286>>. Luettu 20.12.2013.

Kailio, Anna- Leena 2014. Kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa. Pro gradu- tutkielma. Itä- Suomen Yliopisto. Verkkodokumentti. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140535/urn_nbn_fi_uef-20140535.pdf> Luettu 18.9.2014

Kan, Suvi - Pohjola, Leena 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, Jorma 2008 a. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, Jorma 2008 b. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kananen, Jorma 2011. KVANTTI. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Kaste 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.9.2013. <http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste>. Luettu 4.12.2013.

Keipilä, Leenamaria 2008. Asiakasnäkökulma Kotihoidon palvelujen laatuun. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityö. Verkkodokumentti. < <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-18116>>. Luettu 16.12.2013

Koppa n.d. Määrällinen analyysi. Aineiston analyysimenetelmät. Jyväskylän Yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Verkkodokumentti. < <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>> . Luettu 24.4.2014.

Kotona Kokonainen Elämä 2014. Länsi- ja Keski- Uusimaa. Verkkodokumentti. Päivitetty 2.1.2014.<<http://kotonakokonainenelama.wordpress.com/osakokonaisuudet/lansi-ja-keski-uusimaa/>> Luettu 28.5.2014.

Kuntalaki 365/1995. Verkkodokumentti.

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>>. Annettu Helsingissä 17.3.1995. 20.3.2014

KvantiMOTV 2003. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Verkkodokumentti.

<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/puuttuvat/puuttuvat.html>> Päivitetty 19.2.2008. Luettu 29.4.2014.

KvantiMOTV 2004 a. Ristiintaulukointi. Verkkodokumentti.

<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>> Päivitetty 6.5.2004. Luettu 29.4.2014.

KvantiMOTV 2004 b. Korrelaatio ja riippuvuusluvut. Verkkodokumentti.

<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/korrelaatio/korrelaatio.html#spearman>> Päivitetty 28.1.2014. Luettu 29.4.2014.

KvantiMOTV 2008. Frekvenssijakauma, keski- ja hajontaluvut, SPSS- harjoitus 1.

Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/frekvenssi/harjoitus1.html>> Päivitetty 19.2.2008. Luettu 29.4.2014.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Annettu Helsingissä 28.12.2012.

Luoma, Minna-Liisa – Kattainen, Eija 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES, oppaita 70. 18-21.

Majanen, Outi 2009. Asiakastyytyväisyyskysely Porvoon Kotihoito 2009. Verkkodokumentti.

<http://www.porvoo.fi/easydata/customers/porvoo2/files/Tiedotteet_2009/asiakastyytyvaisuus_kotihoito_2009.pdf> Luettu 15.11.2013.

Majuri, Johanna – Toivo, Jessica 2013. Oma koti kullaa kallis: Asiakastyytyväisyys-

kysely kotihoidon asiakkaille Järvi- Pohjanmaan yhteistoiminta- alueella. Opinnäytetyö, Seinäjoen AMK. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013061314095>> Luettu 15.11.2013.

Moisio, Päivi – Heikkinen, Sari – Honkakoski, Arja – Nurmio, Kirsi – Pakanen, Mira. 2013.

Väli- Suomen Ikäkaste II ikälain pilotointi - osahanke. Hankeraportti 24.10.2013. Verkkodokumentti.

<<http://www.ikakaste.fi/ikalainpilotointi/ikalainpilotointitietopankki/finish/122-yleista/812-vanhuspalvelulain-pilotoinnin-raportti/0>> Luettu 24.4.2014.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Pajala, Satu 2012. OPAS - iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e>> Luettu 10.12.2013

Perusturvakuntayhtymä Karviainen n.d. Ikäihmisten palvelut. Verkkodokumentti.

<http://www.karviainen.fi/ikaihminen_palvelut> Luettu 24.4.2014.

Pursiainen, Heikki – Seppälä, Timo 2013. Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhustalouksista. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Tutkimukset 173. Verkkodokumentti.

<http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t173.pdf> Luettu 16.9.2014.

Päivärinta, Eeva – Haverinen, Riitta 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti.

<<http://webfronter.com/verkkonen/hoitotyönkirjaaminen/other/lk%C3%A4ihmisten%20hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma.pdf>> Luettu 25.11.2013.

Raivio, Helka – Karjalainen, Jarno 2013 Osallisuus ei ole keino tai väline – Palvelut ovat. Teoksessa Era, Taina (toim.). Osallisuus – oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156 Verkkodokumentti.

<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64153/JAMKJULKAISUJA1562013_web.pdf?sequence=1> Luettu 8.3.2014.

Ronkainen, Raili – Ahonen, Sari – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena 2002. Kotipalvelu kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Voutilainen, Päivi - Vaarama, Marja - Backman, Kaisa - Paasivaara, Leena - Eloniemi-Sulkava, Ulla. & U. Finne-Soveri, Harriet. (toim). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki 100-121.

Räihä, Ismo – Seppälä, Maaria – Viitanen, Matti 2006. Geriatrian jättiläiset. Geriatria. Verkkodokumentti. <<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95802.pdf>> Luettu 16.9.2014.

Sarvimäki, Anneli 2006. Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksessa Topo, Päivi (toim). Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. STAKES työpapereita 21/2006 9-13.

Sipoon vanhuspoliittinen ohjelma 2013-2016. Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. ”Ihminen on oman elämänsä paras asiantuntija.” Verkkodokumentti [http://www.sipoo.fi/easydata/customers/sipoo/files/2011_soster/ikaantyneet_\(1\)/sipoon_vanhuspoliittinen_ohjelma_2013___2016.pdf](http://www.sipoo.fi/easydata/customers/sipoo/files/2011_soster/ikaantyneet_(1)/sipoon_vanhuspoliittinen_ohjelma_2013___2016.pdf). Luettu 24.4.2014.

Sosiaalitaito 2012. Toimintasuunnitelma 2013-2014. Verkkodokumentti.

<http://sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/Toimintasuunnitelma_2013_2014.pdf> Luettu 24.4.2014.

SPSS n.d. Verkkodokumentti. <<http://www.spss.fi/>> Luettu 29.4.2014.

STM 2012 a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf> Luettu 4.12.2013.

STM 2012 b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-23137.pdf> Luettu 28.5.2014.

STM 2013: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus> Luettu 7.10.2013.

Suhonen, Riitta 2014. Yksilöllinen hoito ikääntyneen palveluissa. Puheenvuoro Vanhustyön vastuunkantajat- kongressissa 16.5.2014 sekä luentomateriaali. Verkkodokumentti. <<http://www.vanhustyonvastuunkantajat.fi/luentomateriaalit>> Luettu 28.5.2014.

Suomen perustuslaki 731/1999.
ti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>>. Annettu Helsingissä 11.6.1999. 20.3.2014

Surveypal n.d. Surveypal-ohjelmiston käyttöoikeussopimus. Verkkodokumentti. <https://46d8fee7ca35e41f546d-09627873e93a06435e534178c288f6e0.ssl.cf3.rackcdn.com/terms-fi_FI.html>. Luettu 24.2.2014.

Taanila, Aki 2009. SPSS opas. Verkkodokumentti. <<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/k/spss.pdf>>. Luettu 1.3.2014.

Tepponen, Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES, oppaita 70. 61-73

Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Verkkodokumentti. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf>. Luettu 10.12.2013

THL n.d. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/osallisuuden_edistaminen/osallisuus_syrjaytymisen_vastaparina>. Luettu 8.3.2014.

Tilastokeskus n.d. Tietoa tilastoista., Järjestys- eli ordinaaliasteikko. Verkkodokumentti. <<http://www.stat.fi/meta/kas/ordinaaliasteik.html>>. Luettu 20.12.2013.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2014. Kotipalvelut kuntoon. Verkkodokumentti. <https://www.tem.fi/files/40795/www_kotihoido_kuntoon.pdf> Luettu 16.9.2014.

Työterveyslaitos 2002. Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Helsinki: Työterveyslaitos 2002.

Vanhuspalvelulain pilotointi 2013. Verkkodokumentti. <<http://www.ikakaste.fi/ikalainpilotointi/ikalainpilotointitietopankki/finish/122-yleista/808-toimintamalli-palvelutarpeen-selvittamisesta/0>> Luettu 30.4.2014.

Valtari, Maarit 2004. SPSS-opas - Perusteet. Helsingin yliopisto. Helsinki: Valtiotieteellinen tiedekunnan TVT. Verkkodokumentti. <http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE23_spss.pdf> Luettu 29.4.2014

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, Päivi 2007. Laadun arviointi. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES, oppaita 70. 13 – 17.

Voutilainen, Päivi - Vaarama, Marja - Peipponen, Arja 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja –Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena - Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, Harriet. (toim). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki. 38 – 42.

Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, U. Harriet 2002. Kokonaistilanteen selvittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja –Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena - Eloniemi-Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki. 91 – 95.

Asiakaspalautelomake

OSALLISUUS OMAN ARJEN SUUNNITTELUUN

Oletteko osallistunut oman hoito- ja palvelusuunnitelmanne tekemiseen?

- riittävästi
- liian vähän
- en lainkaan, miksi _____

Onko hoito- ja palvelusuunnitelmanne tavoitteet määritelty yhdessä teidän kanssanne?

- riittävästi
- liian vähän
- ei lainkaan

Onko toiveenne/ mielipiteenne kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaanne?

- riittävästi
- liian vähän
- ei lainkaan
- en tiedä

Oletteko osallistunut oman hoito- ja palvelusuunnitelmanne toteutumisen arviointiin?

- riittävästi
- liian vähän
- en lainkaan

Onko teille järjestetty tapaaminen, jossa kanssanne käydään läpi hoitoonne ja palveluihinne liittyviä asioita?

- kyllä
- ei

Haluaisitteko, että teille järjestetään säännöllisesti tapaaminen, jossa kanssanne käydään läpi hoitoonne ja palveluihinne liittyviä asioita?

- kyllä
- ei

PALVELUOHJAUS JA -NEUVONTA

Oletteko saanut tietoa kotihoidon tukipalveluista? (kuten ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto, kauppa- ja muut asiointipalvelut, kuljetus- ja saattajapalvelu, kylvetys- ja saunotuspalvelu, turvapalvelut, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut)

- riittävästi
- liian vähän
- en lainkaan

Oletteko saanut tietoa muista kuin kunnan tuottamista palveluista? (kuten seurakunta, yhdistykset, yksityiset palveluntuottajat, vapaaehtoistyö)

- riittävästi
- liian vähän
- en lainkaan

Oletteko saanut riittävästi tukea/ apua tarvitsemienne palveluiden hakemisessa?

- kyllä
- ei, miksi _____

Minkälaisia muita palveluita koette tarvitsevanne? (voitte valita useamman vaihtoehdon).

- suun hoito/ hammaslääkäri
- kuulotutkimus
- näöntarkastus
- ulkoiluapua
- muistisairauksiin liittyvä ohjaus/tuki
- lääkärintarkastus
- jalkahoitaja
- hieroja
- kauppapalvelu
- ateriapalvelu
- siivouspalvelu
- turvpuhelin
- asiointiapu
- kuntoutuspalvelut (esim. fysioterapia, toimintaterapia)
- kuljetuspalvelu
- päivätoiminta
- seurakunnan palvelut
- vapaaehtoinen ystävä
- raha-asioiden hoito/edunvalvonta

- jokin muu mikä?
-

OSALLISUUDEN TUKEMINEN

Pystytkö halutessanne osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan (esim. käydä äänestämässä, harrastustoiminta, kulttuuripalvelut, seurakunnan palvelut, järjestöt, päiväkeskustoiminta)

- riittävästi
- liian vähän
- en lainkaan

Onko teillä halutessanne mahdollisuus olla yhteydessä ystäviin, sukulaisiin tai muihin läheisiin?

- riittävästi
- liian vähän
- ei lainkaan

Minkälaista tukea tarvitsette jotta voisitte osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan?

- _____

TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄ TOIMINTA

Koetteko ravitsemuksenne riittäväksi?

- kyllä
- ei, miksi? _____

Seuraatteko/seurataanko painoanne säännöllisesti?

- kyllä
- ei
- mitattu edellisen kuukauden aikana
- mitattu viimeksi _____ kuukautta sitten

Onko käytössänne riittävästi apuvälineitä?

- kyllä
- ei, millaisia apuvälineitä tarvitsette? _____

Pelkäätekö kaatumista?

- kyllä, miksi? _____
- en

Jos olette kaatuneet edellisen puolen vuoden aikana, onko kaatumisen syytä selvitetty?

- kyllä
- ei

Ulkoilletteko riittävästi?

- kyllä
- en, miksi _____

Onko teillä liikuntasuunnitelma?

- kyllä
- ei
- ei, mutta haluaisin tehdä sen
- en halua tehdä sitä

Minkälaiseksi koette oman terveydentilanne tällä hetkellä?

- hyvä
- kohtalainen
- huono
- en osaa sanoa

Koetteko olonne turvalliseksi kotona?

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

Millaisin muutoksin turvallisuuttanne voitaisiin parantaa?

- _____

Koetteko olonne yksinäiseksi?

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan
- en osaa sanoa

Millaiseksi koette mielialanne?

- hyvä
- kohtalainen
- huono
- vaihteleva
- en osaa sanoa

Minkälaiset asiat tuottavat iloa elämääne?

LÄÄKÄRIPALVELUT JA LÄÄKITYS

Onko teillä mahdollisuus tavata lääkäriä tarvittaessa?

- riittävästi
- liian vähän
- ei lainkaan

Saatteko riittävästi tietoa omasta lääkityksestänne?

- kyllä, riittävästi
- liian vähän
- en lainkaan

Oletteko tehnyt (sairauden) hoitoa ja lääkitystä koskevat päätökset yhdessä lääkärin kanssa?

- aina
- usein
- harvoin
- en koskaan

Rajoittaako kipu elämäänne?

- erittäin paljon
- paljon
- vähän
- ei lainkaan

Koetteko kipulääkityksenne riittäväksi?

- kyllä
- en
- en tarvitse kipulääkitystä

OIKEA PALVELU OIKEAAN AIKAAN

Voitteko asioida kotihoidon työntekijöiden kanssa omalla äidinkielellänne?

- aina
- usein
- en koskaan

Mikä on äidinkielenne?

Vastaako saamanne kotihoito tarpeitanne?

- riittävästi
- liian vähän
- ei lainkaan

Saatteko kotihoidon palveluita teille sopivana ajankohtana?

- aina
- usein
- en koskaan

Saatteko riittävästi tukea kotona asumiseen?

- kyllä
- en

Mikä olisi mielestänne teille tällä hetkellä paras asumismuoto?

- oma koti nykyisellään
- oma koti muutostöiden jälkeen
- senioritalo
- palvelutalo
- ympärivuorokautinen hoitoyksikkö
- muu, mikä _____

Jos teillä on tällä hetkellä sovittuna aamu- tai aamupäiväkäynti, mitä esteitä näette sille, että käynti tehtäisiin toisena ajankohtana (esim. iltapäivälä) _____

KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄT

Valitkaa seuraavista mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto

	aina	yleensä	harvoin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Kotihoidon työntekijät ovat ammattitaitoisia					
Kotihoidon työntekijät kohtaavat kiireettömästi					
Kotihoidon työntekijät ovat ystävällisiä					
Kotihoidon työntekijät ovat luotettavia					
Kotihoidon työntekijät noudattavat yhteisesti sovittuja asioita					
Kotihoidon työntekijät tukevat minua käyttämään omia voimavarojani					
Kotihoidon työntekijät huomioivat muutokset terveydentilassani					

Vaihtuvatko kotihoidon työntekijät liian usein?

- kyllä
- ei

Saatteko tarvittaessa yhteyden kotihoidon työntekijöihin?

- kyllä
- joskus
- en, miksi _____

Tiesittekö ennen tätä keskustelua kuka on vastuuhoidajanne/ omahoitajanne?

- kyllä
- en

Miten kehittäisitte kotihoidon palveluita?

- _____

Lämmin kiitos vastaamisesta!

VASTUUHOITAJAN KYSYMYKSET

Asiakkaan sukupuoli

- mies
- nainen

Asiakkaan syntymävuosi _____

Kunta _____

Alue/Tiimi _____

Kenen kanssa asiakas asuu

- yksin
- puoliso
- muun omaisen / läheisen

Vaikuttiko asiakkaan terveydentila asiakaspalautekeskustelun vastauksiin?

- paljon
- vähän
- ei lainkaan

Ketkä osallistuivat asiakaspalautekeskusteluun?

- asiakas
- omainen/ läheinen
- vastuuhoidtaja

Kuinka kauan asiakas on ollut kotihoidon asiakkaana?

- alle 6 kk
- 6 kk-12 kk
- 13 kk-24 kk
- yli 24 kk

Kuinka usein kotihoito käy asiakkaan luona?

- 1-2 kertaa viikossa
- 3-4 kertaa viikossa
- 5-7 kertaa viikossa
- yli 7 kertaa viikossa

Kuinka usein asiakkaan **hoitotyön suunnitelma** päivitetään (suunnitelmassa määritellään asiakkaan kanssa yhdessä sovitut hoitotyön tarpeet ja tavoitteet, sekä suunnitellut hoitotyön toiminnot ja hoidon arviointi)?

- alle 3kk
- 4 kk - 6kk
- 7 kk - 12 kk
- yli vuoden välein

Kuinka usein asiakkaan **palvelusuunnitelma** päivitetään (suunnitelmassa kuvataan asiakkaan kanssa sovitut yksilölliset kotihoidon palvelut, kotihoidon käyntiajat ja määrä, sekä palvelujen sisältö)?

- alle 3kk
- 4 kk - 6kk
- 7 kk - 12 kk
- yli vuoden välein

Minkälaisia muutoksia asiakaspalautekeskustelu saa aikaan asiakkaan palveluissa?

	kyllä	ei
kotihoidon käyntiaika muuttuu		
asiakkaalle lisätään kotihoidon tukipalveluita		
asiakkaalle lisätään kotihoidon palveluja/ apua		
asiakkaalta vähennetään kotihoidon palveluja/ apua		
asiakasta ohjataan/ avustetaan hakemaan palveluita kolmannelta sektorilta (esim. seurakunta, järjestöt)		
asiakasta ohjataan/ avustetaan hakemaan palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta		
asiakkaan omaisiin/ läheisiin ollaan yhteydessä		
asiakkaan mahdollisuuksia ulkoilla lisätään		
asiakasta ohjataan/avustetaan hakemaan sosiaa-		

lietuuksia		
asiakkaan hoitotyönsuunnitelma päivitetään		
asiakkaan palvelusuunnitelma päivitetään		
asiakkaalle järjestetään hoitokokous		
asiakkaan tilanteesta ollaan yhteydessä/konsultaatio eri ammattiryhmiin (esim. fysioterapeutti, toimintaterapeutti)		
asiakkaan tilanteesta ollaan yhteydessä lääkäriin		
asiakkaalle varataan aika lääkärille		
asiakkaalle hankitaan apuvälineitä		
asiakkaan asuntoon tehdään muutoksia/muutostöitä (esim. tukikahvoja asennetaan, muutetaan huonekalujen paikkoja)		
asiakkaalle tehdään liikuntasuunnitelma		
muutoksia asiakkaan suu- tai hammashoitoon liittyvissä asioissa		
muutoksia asiakkaan aistitoimintoihin liittyvissä asioissa (esim. kuulotutkimus, näöntarkastus)		
asiakkaalle annetaan terveysneuvontaa		
asiakasta ohjataan muistisairauksiin liittyvissä asioissa		
asiakkaalle vartaan jalkahoito		
asiakkaan paino mitataan		

Mikäli asiakkaalla on aamupäivä/aamukäynti, onko käyntiaikaa mielestäsi mahdollista muuttaa?

- kyllä
- ei

Koetteko, että asiakaspalautekeskustelun myötä tutustuitte paremmin asiakkaan kanssa?

- kyllä
- ei

Koetteko, että tutustuitte paremmin asiakkaan elämänhistoriaan?

- kyllä
- ei

Koetteko, että asiakaspalautekeskustelusta on hyötyä päivittäiseen työhönne?

- paljon
- kohtalaisesti
- ei lainkaan

Koetteko, että asiakaspalautekeskustelu lisäsi asiakkaan osallisuutta omiin palveluihin-

sa?

- kyllä
- ei

Lämmin kiitos vastaamisesta

Saatekirje asiakkaalle

Hyvä kotihoidon asiakas

Kuntasi on kehittämässä kotihoidon palveluita ja kerää asiakkaiden kokemuksia kotiin annettavista palveluista. Asiakaspalautteen kerääminen on osa Kotona kokonainen elämä- kehittämisohjelmaa. Kehittämisohjelman päätavoite on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen hänen omista lähtökohdistaan käsin.

On tärkeää kuulla teidän mielipiteenne kotihoidon palveluista ja varmistaa, että saatte tarpeidenne mukaiset palvelut oikea- aikaisesti. Vastuuhoitajanne/omahoitajanne käy keskustellen läpi palautelomakkeen ja kirjaa vastauksenne ylös. Antamanne palautteen avulla on tarkoitus päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmanne sisältö ja varmistaa, että teillä on riittävät (kotihoidon) palvelut. Voitte halutesanne pyytää omaisenne / läheisenne mukaan keskusteluun.

Kaikki kuntalaisten asiakaspalautteet kerätään yhteen ja niistä tehdään yhteenveto. Kerätyn palautteen avulla on tarkoitus kehittää kuntanne kotihoidon palveluja ja toimintatapoja. Kaikki vastaukset käsitellään nimettöminä eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa. Asiakaspalauttekeskusteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte halutessanne keskeyttää keskustelun missä vaiheessa tahansa.

Kerättyä asiakaspalautetta käytetään myös osana Metropolia Ammattikorkeakoulun geronomiopiskelijoiden opinnäytetyötä. Opiskelijat kirjoittavat palautteista raportin, jossa kuvataan yleisesti asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista.

Asiakaspalauttekeskustelunne on_____

Lisätietoa xxxx

Saatekirje vastuuhoidajalle

Hyvä vastuuhoidaja/omahoitaja!

Kuntasi on kehittämässä ikäihmisten kotiin annettavia palveluja osana Kotona kokonainen elämä- kehittämisohjelmaa. Kehittämisohjelman päätavoite on kotona asuvan ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen hänen omista lähtökohdistaan käsin. Kehittämisohjelman keskeisinä periaatteina on ikääntyneiden osallisuuden vahvistaminen sekä kotihoidon sisällön ja työprosessien kehittäminen.

Kotihoidon palvelut on olemassa asiakkaita varten ja sen vuoksi asiakkailta saatu palaute on tärkeä informaation antaja sekä laadun arvioinnin ja kehittämisen väline. Vanhuspalvelulain ja uudistuneen Laatusuosituksen mukaisesti asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti ja saatu palaute hyödynnetään. Menetelminä käytetään osallistavia palautejärjestelmiä, kuten yhteistä keskusteluhetkeä. Kuntasi kerää kotihoidon asiakkailta palautetta lomakekyselyllä, jonka vastuuhoidajana/ omahoitajana käyt keskustellen läpi omien asiakkaitesi kanssa. Asiakaspalautekeskustelun avulla kerätään asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista sekä tuetaan vastuuhoidajaa/ omahoitajaa tutustumaan asiakkaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti.

Keskustelun apuna/ tukena on kysymyslomake, jonka mukaisesti etenet. Lomakkeen kysymyksiin on pääasiassa valmiit vastausvaihtoehdot, joten merkitse lomakkeeseen asiakkaan mielipidettä parhaiten vastaava vaihtoehto. Lomakkeessa on myös muutamia avoimia kysymyksiä, joihin asiakas voi vastata vapaasti kysymyksen teeman mukaisesti. Keskusteluun on hyvä varata aikaa 30- 45 minuuttia. Keskeistä keskustelussa on kuulla asiakasta itseään, arvostaa hänen kokemuksiaan ja tavoittaa hänelle merkityksellisiä ja tärkeitä palveluja ja tukimuotoja. Voit hyödyntää keskustelussa esiin tulleita asioita asiakassuhteessa, päivittää asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä sekä varmistaa, että hänellä on riittävät (kotihoidon) palvelut.

Kirjaa jokaisen keskustelun jälkeen asiakkaan vastaukset Surveypal- ohjelmaan. Ohjelman lopussa on myös sinulle osoitettuja kysymyksiä, joiden avulla on tarkoitus kartoittaa asiakaspalautekeskustelun vaikuttavuutta. Vastaukset syötetään nimettöminä ohjelmaan, joten sinua tai yksittäisiä asiakkaita ei ole mahdollista tunnistaa. Asiakaspalautteen antaminen on vapaaehtoista ja asiakas saa siitä kieltäytyä tai hän saa lopettaa asiakaspalautekeskustelun missä vaiheessa tahansa. Kukin kunta saa vastauksista kootun raportin käyttöönsä.

Asiakkaalle on oma saatekirje, jossa kerrotaan keskustelun tarkoituksesta ja tavoitteista. Merkkää keskusteluaika saatekirjeeseen ja toimita kirje asiakkaalle. Asiakkaan ominen / läheinen voi asiakkaan niin halutessa osallistua asiakaspalautekeskusteluun.

Tämä kysely on samalla osa Metropolia AMK:n geronomiopiskelijoiden opinnäytetyötä. Opiskelijat kirjoittavat saaduista asiakaspalautteista raportin, jossa kuvataan yleisesti asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista.

Lisätietoja opinnäytetyöstä:

Sarianne Jyrkkänen

Hanna Ruokanen