

**YLI 65 -VUOTIAIDEN KOKEMUKSIA KOTIHOIDOSTA JA
KUNTOUTUSPALVELUISTA PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ
SELÄNTEEN ALUEELLA**

Mari Moisala
Riitta Sipola
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen tutkinto-ohjelma

Tekijät: Mari Moisala ja Riitta Sipola

Opinnäytetyön nimi: Yli 65-vuotiaiden kokemuksia kotihoidosta ja kuntoutuspalveluista
Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueella

Työn ohjaajat: yliopettaja, YTT Helena Siira, yliopettaja, YTT Kari Virolainen,
lehtori ThM Marika Tuiskunen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: kevät 2016 sivumäärä 75 + 25 liitesivua

Yli 65-vuotiaiden kokemuksia kotihoidosta ja kuntoutuspalveluista Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueella

Väestön ikärakenteen muutoksen, eliniän pitenemisen sekä palvelutarpeiden lisääntymisen myötä tarvitaan sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistä. Palvelurakenteen muutoksella ja uudistamisella hillitään sosiaali- ja terveystieteiden kustannusten kasvua. Rakenteiden muutoksen myötä on uudistettava myös palveluprosesseja. Sosiaali ja terveystieteiden ministeriön valtakunnallinen tavoite on, että palvelut tukisivat iäkkäiden asumista kotona mahdollisimman pitkään. Tämä on pyrkimys myös Peruspalvelukuntayhtymä Selänteessä, missä omana toimintana pyritään kehittämään ikäihmisten kotona selviytymisen palveluja toimimaan, tehokkaaseen ja asiakaslähtöiseen palveluprosessiin, jotta ihmiset kykenisivät asumaan turvallisesti kodeissaan mahdollisimman pitkään.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata yli 65-vuotiaiden kokemuksia kotihoidosta ja kuntoutuspalveluista Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueella. Tutkimusjoukko koostuu vähintään kotihoidon palveluja saavista asiakkaista sekä asiakkaista, joille on myönnetty sekä kotihoidon palveluja että lääkinällistä kuntoutusta. Kotihoidon palvelulla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan kunnallisen kotihoidon piirissä olevia asiakkaita, joiden kotona kotihoito käy säännöllisesti. Kuntoutuksen asiakkailla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä asiakkaita, jotka ovat saaneet yhden tai useamman kerran lääkinällisen kuntoutuksen palveluja, kuten fysioterapiaa, toimintaterapiaa tai apuvälinepalveluja. Tarkoituksena on tuottaa asiakastietoa, jota Peruspalvelukuntayhtymä Selänteellä on mahdollisuus hyödyntää palvelurakenteiden ja palveluprosessien kehittämisessä tarjoten ja kohdentaen asiakkaalleen heidän tarpeitaan vastaavia kotihoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen palveluja ja siten lisätä kotihoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen vaikuttavuutta.

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin postikyselylomaketta, joka postitettiin Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen toimesta. Tutkimuskysely toteutettiin v.2014 lopussa. Aineisto analysoitiin kevään ja syksyn 2015 aikana hyödyntäen Webropol -ohjelmistoa.

Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä palveluihin, mutta löysivät myös selkeitä kehittämisen kohteita. Henkilökunta kykeni hyvin löytämään alustavasti analysoiduista tuloksista kehittämistä tarvitsevat aihealueet. Keskusteluissa tuli esille tarve kehittää yhteinen toimintamalli kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen kesken. Toimintamalliin laaditaan toteutettavan yhteistyön muodot sekä eritellään työnjaot. Laadukas toiminta taataan säännöllisin väliajoin pidettävillä asiakaslähtöisillä palaverilla.

Asiasanat: kotihoito, kuntoutuspalvelut, asiakaslähtöisyys, palvelumuotoilu

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Authors: Mari Moisala & Riitta Sipola

Title of thesis: Over 65 years old customers experiences in home care and rehabilitation services in the area of Peruspalvelukuntayhtymä Selänne.

Principal Lecturer, PhD Helena Siira & Principal Lecturer, PhD Kari Virolainen, M.Sc. Marika Tuiskunen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016 Number of pages: 75 + 25 appendices

Over 65 years old customers experiences in home care and rehabilitation services in the area of Peruspalvelukuntayhtymä Selänne.

The changing age structure of population, increasing age, as well as the increase of service the development of social and health services are needed. Change and reform of the service structure to curb the growth of social and health care costs. Changes in structures must be reformed to service processes. The ministry of social & healthcares nationwide target is that the services would come the elderly living at home as long as possible. This is an attempt to also Peruspalvelukuntayhtymä Selänne, where as an activity aimed at developing older people's services in the survival of a functioning, efficient and customer-oriented service process, so that people would be able to live safely in their homes as long as possible.

The aim of this study is to describe the experiences of more than 65-year-old customers home care and rehabilitation services Peruspalvelukuntayhtymä Selänne. The study group consists at least receiving home care services customers as customers who have been granted, as well as home care services, and medical rehabilitation. Home care services in this study refers to the municipal home care of customers with whom the home care visit on a regular basis. The rehabilitation customer refers in this study those customers who have received medical rehabilitation services such as physiotherapy, occupational therapy and assistive services one or more times in this study. The aim is to provide the customer information that is Peruspalvelukuntayhtymä Selänne have the opportunity to take advantage of the development of service structures and service processes, providing customers with targeted and relevant to their needs for home care and medical rehabilitation services and thereby increasing the effectiveness of home care and medical rehabilitation.

The study material was collected by postal questionnaire, which was sent by the Peruspalvelukuntayhtymä Selänne. The research survey was conducted at the end v.2014. The data analyzed in the spring and autumn of 2015, taking advantage of Webropol software. Customers were generally satisfied with the services, but also found a also a clear need of development. The staff was able to find a preliminary analyzed results of the thematic areas in need of development. The discussions revealed a need to develop a common approach between home care and rehabilitation services. Into this operations model established forms of cooperation, as well as specifying the division of work. High-quality guarantees the operation of periodically-held customer-oriented meetings.

Keywords: home care, rehabilitation services, customer orientation, service design

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN LÄHTÖKOHTIA.....	7
2.1 Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen organisaatio ja rakenne.....	8
2.2 Kotihoito ja kuntoutus.....	9
2.3 Asiakaslähtöisyys kehittämisen lähtökohtana.....	12
2.4 Palvelumuotoilu.....	16
3 TERVEYSPALVELUJEN LAADUN KEHITTÄMINEN.....	21
3.1 Laadunhallinta.....	22
3.2 Laatu asiakkaan näkökulmasta.....	23
3.3 Asiakaskeskeisyys laadunhallinnassa.....	25
3.4 Laadunhallintasuunnitelma.....	27
3.5 Laatujohtaminen ja arviointi.....	29
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	31
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	32
5.1 Tutkimuksen lähestymistapa.....	32
5.2 Kyselylomakkeen laatiminen.....	33
5.3 Aineiston keruu.....	34
5.4 Aineiston analyysi.....	36
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	38
6.1 Taustatiedot ja oma terveydentila.....	38
6.2 Arjessa selviytyminen ja avun tarve.....	40
6.3 Osallisuus ja toimijuus.....	43
6.4 Yksinäisyys ja turvattomuus.....	45
6.5 Tulevaisuuden näkymät.....	49

6.6 Palvelukokemukset kotihoidosta, kehittämistarpeet sekä kehittämisehdotukset.....	50
6.7 Palvelukokemukset kuntoutuspalveluista, kehittämistarpeet sekä kehittämisehdotukset.....	51
6.8 Henkilöstön kokemuksia ja kehittämisehdotuksia kotihoidon ja kuntoutuksen yhteistyöhön.....	53
6.9 Toimintakäytäntöjä kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen yhteistyöhön.....	55
7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	58
8 POHDINTA.....	61
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	65
LÄHTEET.....	69
LIITTEET.....	76

1 JOHDANTO

Väestön ikärakenteen muutoksen, eliniän pitenemisen sekä palvelutarpeiden lisääntymisen myötä tarvitaan myös sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä. Palvelurakenteen muutoksella hillitään sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. Kustannusten kasvua on vaikea hillitä, mikäli palvelurakenteita ei uudisteta väestön ikärakenteen nopeassa muutoksessa ja palvelutarpeiden kasvaessa. Rakenteiden muutoksen myötä on uudistettava myös palveluprosesseja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, viitattu 6.6.2015).

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä perustuu valtion tuella toteutettuun kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Julkisen sektorin ohella palveluja tuottavat yksityiset yritykset sekä sosiaali- ja terveysjärjestöt. Kunnat ovat vastuullisia järjestämään ikääntyneiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, viitattu 12.9.2015).

Sosiaali- ja terveyssektorin uudistumisen tarve vauhdittaa asiakaslähtöisyyden kehittämistä. Asiakaslähtöisyyden kehittämisen uskotaan auttavan vastaamaan moneen sosiaali- ja terveyssektoria koskevaan uudistustarpeeseen.

Asiakaslähtöisemmillä toimintamalleilla kyetään lisäämään hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaiden sekä työntekijöiden tyytyväisyyttä. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 8).

Opinnäytetyömme keskittyy ikääntyneiden vähintään kotihoidon palvelun asiakkaisiin sekä kotihoidon palvelujen lisäksi lääkinällistä kuntoutusta saaviin asiakkaisiin. Opinnäytetyön tavoitteena on, että Peruspalvelukuntayhtymä Selänteellä on mahdollisuus kerättyyn asiakastietoon perustuen tarjota ja kohdentaa asiakkailleen heidän tarpeitaan vastaavia kotihoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen palveluja ja siten lisätä kotihoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen vaikuttavuutta. Lisäksi riittäväällä asiakasymmärryksellä kyetään organisoimaan palveluita siten, että niiden järjestäminen tulevaisuudessa on realistista, taloudellista ja asiakkaiden kannalta vastaa heidän tarpeitaan. Taloudellista tasapainoa haetaan asiakas- ja tarvelähtöisten palvelujen kautta. Palveluja kehitetään yhteistyössä alueen yritysten kanssa. Asiakaslähtöisyyden yhtenä indikaattorina toimii se, että asiakkaan rooli vahvistuu palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja tuottamisessa.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskyselyosuuden viitekehystenä käytettiin ICF-luokitusta. Tutkimuksellisessa osuudessa kerättiin asiakastietoa tutkimuskyselyn avulla. Moniammatillinen näkökulma on jo lähtökohtaisesti otettu huomioon opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaajien ammatillisen taustan sekä kokemuksen kautta. Lisäksi lääkinnällisen kuntoutuksen työntekijöitä kuultiin opinnäytetyön eri vaiheissa ja kehittämisehdotuksia tuottaessa. Kehittämisehdotukset tuotettiin asiakkailta sekä työntekijöiltä saatua tietoa apuna ja ohjenuorana käyttäen. Opinnäytetyön edetessä ICF-viitekehystä hyödynnettiin tukena mm. tutkimuskysymysten laadinnassa, tulosten synteessissä ja analyysissä sekä kehittämisehdotusten tuottamisessa.

Tutkimuskyselyn lisäksi opinnäytetyöhön sisältyi Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden henkilöstötapaaminen. Työpajatyypisen henkilöstötapaamisen tavoitteena oli kuulla sekä jakaa henkilöstön näkemyksiä kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen yhteistyön toimivuudesta ja mahdollisista solmukohdista. Henkilöstötapaamisen avulla päästiin tarkastelemaan työpaikan toimintakäytäntöjä tarkemmin. Kotihoidon ja kuntoutuksen työntekijöiden yhteistyökokemusten pohjalta muodostettiin myös kehittämisehdotuksia.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN LÄHTÖKOHTIA

Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä eli yli 65-vuotiaita. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 3§, viitattu 3.2.2016).

Tilastokeskuksen mukaan v.2015 lopussa yli 65 -vuotiaiden suomalaisten osuus koko väestömäärästä oli 19,9%. Väestöennusteen mukaan heidän määrä tulee kasvamaan v.2030 mennessä 26% koko väestöstä. (Tilastokeskus 2016, viitattu 3.2.2016.)

Vanhustenhuollon laitoshoitopaikkojen määrää on vähennetty vuosien mittaan ja tulevaisuudessa tämä kohdentuu vahvimmin terveyskeskusten pitkäaikaishoitoa antaville osastoille. Palvelurakenteen muutoksen myötä kotiin annettavaa apua ja kotihoitoa sekä tehostettua palveluasumista tulee tehostaa ja kehittää. Vuonna 2011 koko väestön yli 75-vuotiaista oli laitoshoidossa 4,3%. Tavoitteena on v.2017 mennessä vähentää laitushoito 2-3 prosenttiin, jolloin kustannukset vähentyisivät huomattavasti. Kotihoidon lisäämisen myötä tulee lisätä myös omaishoitoon kohdistuvaa tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, viitattu 18.4.2015.)

Sosiaali- ja terveystalvuelut on toteutettava siten, että iäkäs henkilö kokee elämänsä turvallisiksi, arvokkaaksi ja merkitykselliseksi ja hän voi ylläpitää sosiaalista verkostoaan, terveyttään ja hyvinvointiaan sekä edistää toimintakykyä itselleen mielekkäällä tavalla. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti kotiin siten, että iäkkäille puolisoille järjestäisi realistinen mahdollisuus asua yhdessä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 14 §, viitattu 19.11.2015).

Ikäihmisen palvelutarpeita selvitettäessä on henkilön toimintakykyä arvioitava monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä apuna käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, kuinka ja miltä osin kyseessä oleva iäkäs henkilö kykenee suoriutumaan normaaleista päivittäisistä toimistaan omassa asuin- ja toimintaympäristössään. Toinen arvioinnissa huomioitava asia on se, missä hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012 15 §, viitattu 19.11.2015).

Kunnan on tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien yritysten, julkisten tahojen sekä ikääntyneitä edustavien järjestöjen sekä muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa ikääntyneen väestön terveyden, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 4 §, viitattu 19.11.2014). Palvelujen saatavuus on järjestettävä yhdenvertaisina siten, että ne vastaavat laajuudeltaan, sisällöltään ja laadultaan ikääntyneen väestön tarpeisiin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 7 § viitattu 19.11.2014).

2.1 Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen organisaatio ja rakenne

Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen strategiassa todetaan puitelain toteuttamiseen viitaten kunta- ja palvelurakennemuutuksen ydintavoitteena olevan kansalaisille turvaamien palvelujen saatavuus kaikkialla Suomessa asuinpaikasta riippumatta kohtuullisin kustannuksin. Tavoitteeseen päästäkseen kunnissa tarvitaan rakennemuutoksia sekä lisäksi palvelutarjontamuotojen ja -prosessien kehittämistä, uusien teknologisten työvälineiden käyttöönottoa sekä osaamisen vahvistamista. (Peruspalvelukuntayhtymä Selänne 2010, 2, viitattu 27.11.2014.)

Hoidon tarpeen ja tarjonnan tehokkaammalla kohtaamisella turvataan asiakkaan asema, palvelujen laatu ja palvelujen saatavuus. Palvelutarpeen arviointi, yksilölliset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat sovittavat yhteen tarpeen ja tarjonnan mahdollisimman hyvin. Laatutyö on tarkoitus ottaa osaksi palveluorganisaation toimintaa. Vanhuspalvelujen saatavuutta ja laatua parannetaan voimavarojen turvaamisella ja painopisteen siirtämisellä kotona ja lähipalveluna annettaviin palveluihin. Henkilöstön geriatrista osaamista pyritään parantamaan. Selänteen alueelle pyritään rakentamaan asiakaslähtöiset ja monen eri toimijoiden myös kolmatta sektoria hyödyntävät palveluverkostot. (Peruspalvelukuntayhtymä Selänne 2010, 3-4.)

Strategian näkökulmasta vaikuttavuuteen vaikuttavat oikein kohdennetut ja monipuoliset palvelut. Asiakkaan näkökulmasta tärkeitä ovat asiakkaan saama hyöty ja tyytyväisyys saamiinsa palveluihin sekä asiakkaan osallisuuden tukeminen ja asiakaspalautejärjestelmän hyödyntäminen. Kuntayhtymän prosessien ja talouden kannalta esiin nousevat puolestaan toimivat, yhtenäiset, kustannustehokkaat ja tulokselliset palvelurakenteet ja -ketjut sekä asiakaslähtöiset, teknologiaa hyödyntävät

ja vahvaan osaamiseen perustuvat palveluprosessit (Peruspalvelukuntayhtymä Selänne 2010, 8.)

Hoito ja vanhustyön omissa kriittisissä painopistealueissa nostetaan mm. esiin asiakkaiden voimavarojen ja erityistarpeiden tunnistaminen ja toimintakyvyn tukeminen ja erityisesti kotona asumisen tukeminen. Kotiin annettavissa palveluissa kotihoidon kohdentaminen paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville yli 75-vuotiaille Kuntoutus kuuluu toimialueeltaan terveyden ja sairaanhoidon avopalveluiden alle, mutta myös sieltä nousee selkeästi esille asiakkaiden voimavarojen ja erityistarpeiden tunnistaminen ja toimintakyvyn tukeminen, yksilöllinen asiakaslähtöinen palvelu sekä mahdollisuuksien mukaan ennaltaehkäisevien palvelujen painottaminen ja itsehoitoon ohjaaminen. (Peruspalvelukuntayhtymä Selänne 2010, 10-11.)

2.2 Kotihoito ja kuntoutus

Kunnan myöntämiin ikäihmisten palveluihin, kuten kotipalvelun, laitoshoidon, omaishoidon, vammaispalveluiden, toimeentulotuen sekä muiden sosiaalihuollon palveluiden, myöntämiseen tarvitaan palvelutarpeen arviointi, jonka tekee kunnan viranomainen. Terveyspalveluihin kuuluu mm. terveystarkastukset, hammashuolto, kotisairaanhoito, kuntoutuspalvelut sekä apuvälineet. Erikoissairanhoidon palvelut järjestää sairaanhoitopiiri. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, viitattu 12.4.2015.)

Kotipalvelu tukee asiakasta, kun hän tarvitsee alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkiaskareista ja henkilökohtaisista toiminnoista. Tukipalveluilla täydennetään kotipalvelun antamaa huolenpitoa ja ne ovat usein ensimmäisiä palveluita, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisen tueksi. Tukipalveluita on mahdollisuus saada, vaikka henkilö ei tarvitse muuta kotihoidon tai kotipalvelun tukea. Tukipalveluja ovat mm. ateriapalvelu, siivous- ja vaatehuolto, kauppa- ja asiointipalvelut, kuljetus- ja saattajapalvelu sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö, viitattu 12.4.2015.)

Kotihoidon asiakkuus alkaa yhteydenotolla kunnan tai kuntayhtymän sosiaali- tai terveystoimeen asiakkaan itsensä, omaisen tai muiden asianomaisten pyytämänä. Asiakkaan kotihoito alkaa kotona tehtävällä palvelutarpeen arvioinnilla, jossa kuullaan myös asiakkaan oma käsitys kotona selviytymisestään. Palvelutarpeen arvioinnilla selvitetään asiakkaan kotona tai palveluasumisessa tuki- ja sairaanhoidollisten

palvelujen tarvetta. Asiakassuunnitelma (hoito- ja palvelusuunnitelma) pohjautuu asiakkaan omien voimavarojen, osallisuuden sekä toimijuuden vahvistamiseen. Arvioinnissa hyödynnetään havainnointia sekä erilaisia toimintakyvyn arviointiin käytettäviä mittareita. (Ikonen 2015, 146-147).

Kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 19§:n mukaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin arkielämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan mm. ateriat-, ja vaatehuoltopalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotihoito määritellään sosiaalihuoltolaissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaksi kokonaisuudeksi. Huomattava osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on ikääntyneitä.

(<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoido/>, viitattu 14.10.2015.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi määritellään henkilöt, jotka ovat saaneet hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai muutoin kotihoidon palveluja vähintään kerran viikossa. Vuonna 2014 säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli yli 72 500, joista yli 75-vuotiaita n.56 000 eli 11,8% koko maan 75 vuotta täyttäneistä väestöstä.

(<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>, viitattu 12.12.2015.)

Ikäihmisen palvelutarpeita selvitettäessä on henkilön toimintakykyä arvioitava monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä apuna käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, kuinka ja miltä osin kyseessä oleva iäkäs henkilö kykenee suoriutumaan normaaleista päivittäisistä toimistaan omassa asuin- ja toimintaympäristössään. Toinen arvioinnissa huomioitava asia on se, missä hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 980/2012 15 §, viitattu 19.11.2015.)

Terveydenhuoltolaki (2010) määrittää kunnan tehtäväksi lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelun yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnalliseksi

kokonaisuudeksi. Lääkinnällinen kuntoutus sisältää kuntoutusneuvontaa ja kuntoutusohjausta, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointia, kuntoutustutkimusta, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia, toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtääviä terapioiden sekä muita tarvittavia kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä, apuvälinepalveluita, sopeutumisvalmennusta, kuntoutusjaksoja laitosp- tai avohoidossa. Terveysthuoltolain mukaan asiakkaan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisen- ja kustannusvastuu on viime kädessä perusterveydenhuollolla, jos sitä ei ole selkeästi määritelty muun kuntoutuspalvelujen järjestäjän vastuulle. (Terveysthuoltolaki 1326/2010 29 §, viitattu 27.4.2015.) Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kuntoutuspalvelut tuottavat lääkinällisen kuntoutuksen palveluja ensisijaisesti omana toimintana tai vaihtoehtoisesti ostavat palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta.

Terveysthuoltolalla (2010) ja sen sisältämillä muutoksilla tavoitellaan kuntoutuksen kehittämistä ja uudelleen kohdentamista. Lain avulla pyritään panostamaan työelämässä olevien työkyvyn ylläpitämiseen, päihde- ja mielenterveyskuntoutajiin, työmarkkinoilta syrjäytymisvaarassa olevien kuntoutukseen, sosiaalisen kuntoutuksen tarpeessa oleviin, lapsiin joilla on oppimisvaikeuksia, syrjäytymisuhan alla oleviin nuoriin sekä ikääntyvään väestön osaan. Edellä mainitulla lailla pyritään siihen, että kuntoutukseen ohjautettaisiin oikeassa vaiheessa sekä varhaisen kuntoutuksen käynnistämisen tehostamiseen. Myös kuntoutuksen järjestämisvastuuseen ja koordinaatioon pyritään hakemaan selkeyttä. (Terveysthuoltolaki 2010 29 §, viitattu 27.4.2015).

Edellä mainituissa laissa todetaan myös kuntoutusta tarvitsevan henkilön, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa, kunnan tehtäväksi huolehtia ja antaa kuntoutujalle tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista. (Terveysthuoltolaki 2010 30§, viitattu 27.4.2015). Kuntoutuja ohjataan tarpeen vaatiessa sairaanhoitopiiriin, sosiaaliviranomaisen, Kansaneläkelaitoksen tai muun vastaavan järjestävän tahon palveluiden piiriin yhdessä sovitun yhteistyön merkeissä näitä palveluja järjestävien tahojen kanssa. Mikäli palveluiden yhteensovittaminen määritellään eri tahojen kanssa, määritellään yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa myös palveluiden maksajat. (Virtanen ym. 2011, viitattu 28.4.2015.)

Kokonaisvaltainen näkemys kuntoutujan tilanteesta luodaan kuntoutujan ja hänen läheistensä kokemusten sekä moniammatillisen työryhmän eri ammattiryhmien toisiaan

täydentävien laaja-alaisten arviointien kautta. Saadun tiedon perusteella on mahdollista toimintakyvyn eri osa-alueet huomioon ottaen arvioida sekä kuntoutustarvetta että kuntoutuksen vaikuttavuutta. Vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeeseen (VAKE) yhteydessä laadittujen hyvien kuntoutuskäytäntöjen suosituksen mukaan kuntoutuksen viitekehystenä tulee käyttää ICF-luokitusta. (Paltamaa ym. 2011, 228-229.)

Myös KELA edellyttää ICF:n käyttöä kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Lääkärin tai lääkärin ja moniammatillisen tiimin tekemä, kuntoutujan kokonaistilanteen huomioon ottava kuntoutussuunnitelma laaditaan ja tarkastetaan yhteistyössä kuntoutujan ja/tai hänen läheisensä tai omaisensa, sekä mahdollisuuksien mukaan myös avoterapeutin kanssa (Kansaneläkelaitos 2012: 7, viitattu 28.4.2015).

Kuntoutujalle laaditaan yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa tulee määritellä tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon ainakin sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien ja hallinnoivien tahojen palvelut ja sovitetaan yhteen terveydenhuollon lääkinnälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräajoin. Kuntoutujan kanssa sovitaan kuntoutuksen toteutumisen kannalta tarpeellisesta yhteydenpidosta. Tarvittaessa kuntoutujalle tulee nimetä yhteyshenkilö, jotta hänen asiansa saadaan hallinnoitua sujuvalla tavalla.

2.3 Asiakslähtöisyys kehittämisen lähtökohtana

Sosiaali- ja terveyssektorin uudistumisen tarve vauhdittaa asiakslähtöisyyden kehittämistä. Asiakslähtöisyyden kehittämisen uskotaan auttavan vastaamaan moneen sosiaali- ja terveyssektoria koskevaan uudistustarpeeseen.

Asiakslähtöisemmällä toimintamalleilla kyetään lisäämään hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaiden sekä työntekijöiden tyytyväisyyttä. (Virtanen ym. 2011, 8.)

Julkisella sektorilla on asiakslähtöisyys noussut yhä enemmän keskustelun kohteeksi. Kaikkia merkittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja ollaan koko ajan uudistamassa ja osaa on jo uudistettukin, ensimmäisenä jo aiemmin mainittua terveydenhuoltolakia.

Lainsäädäntö turvaa tällä hetkellä asiakaslähtöisyyden perustason antamalla asiakkaille oikeuksia, mutta ei ainakaan toistaiseksi velvoita julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisemmin. Tässäkin nähdään selkeästi muuttumassa oleva maailmankuva. Tämä nähdään esimerkiksi uusissa palveluseteliä ym. ohjaavissa laeissa. Yksityisen sektorin mukaantulo on tuonut terveysalalle uudenlaisia virikkeitä erilaisista globaaleista konteksteista tuotanto ja palvelukulttuuriin. (Virtanen ym. 2011, 8).

Palveluiden luomisessa, tuottamisessa ja palveluiden moninaisessa maailmassa on olemassa yksi oleellinen tekijä eli se, ettei palveluita olisi olemassa ilman käyttäjiä, joiden tarpeisiin tietty palvelu on luotu vastaamaan. Tämän tulee olla asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen lähtöpiste. Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaan merkitys on laajasti tunnustettu ja käsitelty, mutta yhä edelleen asiakaslähtöisyyttä määritellään liian helposti palveluita tuottavan organisaation tarpeista ja intresseistä käsin. Organisaatio käsittää kehittämisen järjestelminä, malleina ym. kun taas asiakkaalle tärkeintä on palvelun vastaavuus hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa ja siitä saadut yksilölliset kokemukset. Tästä näkökulmien kohtaamattomuudesta voidaan uskottavasti hakea taustaa palveluiden hitaalle kehitymiselle ja kohtaamattomuudelle. (Virtanen ym. 2011, 11). Asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi asiakas tulisi ottaa tiiviisti mukaan palvelutuotannon kehittämisen keskiöön, kuten esimerkiksi palvelumuotoilussa. Parhaimmassa tapauksessa tällä mallilla edistetään vaikuttavuutta, tehokkuutta, tuottavuutta ja näiden systemaattista kehittymistä.

Asiakaslähtöisyys- ja asiakaskeskeisyys -käsitteitä käytetään useissa alan kirjallisuudessa synonyymeinä. Virtasen ym. (2011) määrittelee asiakaskeskeisyyden siten, että asiakas on palvelujen keskiössä ja palvelut suunnitellaan ja organisoidaan häntä varten. Asiakaslähtöisyys on toiminnan arvoperusta, joka perustuu ihmisarvoisuudelle. Asiakas osallistuu itse palvelujen kehittämiseen alusta lähtien eli on mukana jo suunnitteluvaiheessa yhteistyössä palvelutoiminnan toteuttajien kanssa. Asiakaskeskeinen toiminta on asiakaslähtöistä silloin, kun toiminta on toteutettu asiakkaan kanssa eikä vain häntä varten. Asiakas nähdään kehittämisprosessissa hyvinvoinnin asiantuntijuuden resurssina, jonka voimavaroja hyödynnetään palvelujen toteuttamisessa ja kehittämisessä. Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas on subjekti, joka kantaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan osallistumalla ja antamalla oman asiantuntemuksensa ja kokemuksensa palvelujen suunnittelu- ja kehittämistyöhön.

Tällöin asiakas ja palveluntuottaja ovat yhdenvertaisia ja vastavuoroisia toimijoita. (Virtanen ym. 2011, 18-19.)

Koivuniemi (2014) toteaa, että enää ei riitä yksittäisen ammattilaisen osaaminen ja työnsä hyvin hoitaminen. Vaikeutena koetaan ammattilaisten ja yksiköiden toisistaan irrallinen toiminta, jolloin asiakkaan mukanaolo hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tasavertaisena kumppanina ei toteudu. Asiakkaan arjessa pärjäämistä ei huomioida palveluprosessin yhteydessä, jolloin tuotettaisiin enemmän terveyshyötyä. Samalla voitaisiin vastata väestön hoidon kasvuun ja teknologian kehittämiseen.

Asiakaslähtöisyys tarkoittaisi tällöin sitoutumista enemmän hyvinvoinnin edistämiseen sairauksien hoidon sijasta. (Koivuniemi 2014, 13.)

Laajassa asiakasnäkemyksessä asiakas on aina oma yksilönsä huomioiden, että hän on samalla osa perhettään, lähiyhteisöään ja ympäröivää yhteiskuntaa. Kun tähän liittyvä asiakasymmärrys on riittävän syvällistä, voidaan sosiaali- ja terveyssektorin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita kiinnittää laajempaan kokonaisuuteen huomioiden edellä mainitut näkökulmat. Tällöin ymmärrys asiakkaiden tarpeista ylittää sen, mitä kukin asiakkaista niistä kykenee yksilönä kertomaan. Tätä kautta palveluntarjoaja kykenee reagoimaan tämän hetkisiin ja tuleviin asiakastarpeisiin sujuvasti. (Virtanen ym. 2011, 18-19).

Saamme jatkuvasti sosiaali- ja terveyssektorilla tietoa asiakkaista, mutta saatua tietoa ei hyödynnetä päätöksenteossa. Eriyisen tärkeää tämä olisi yksittäisiä asiakkaita kattavamman ja laajemman ymmärryksen saavuttaminen ja sen avulla tulevaisuuden palvelutarpeiden ennakointi. Ilman tällaista tietoa, jäävät isotkin investoinnit helposti kokonaisvaltaisesti hyödyntämättä. Toinen tärkeä elementti on yksittäisen asiakkaan käyttäjäkokemuksen ymmärtäminen, jonka avulla voidaan parantaa asiakkaan tasolla tapahtuvaa palvelua ja niiden vuorovaikutuksellisuutta. Tiedon kerääminen ei siis yksinään riitä asiakasymmärryksen syntymiseen. Tietoa on myös analysoitava ja hyödynnettävä oikein, ennen kuin siitä vähitellen tulee asiakasymmärrystä.

Asiakkaiden seuraamista ja havainnoimista palveluiden käyttäjinä on hiljalleen otettu käyttöön myös Suomessa, mutta laadullisten menetelmien täyttä mahdollisuutta asiakasymmärryksen kehittämisessä sosiaali- ja terveyssektorilla ei ole vielä täysin ymmärretty, sisäistetty eikä otettu käyttöön.

Myös Toikon (2006) mukaan asiakkaiden osallistuminen ja heidän kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen tulee huomioida jo palvelujen suunnittelussa,

jolloin luodaan myös uusia toimintatapoja palvelujen kehittämiseen. Palvelujen käyttäjien kokemustietoa ja taitoa tulee hyödyntää ammatillisten asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa. Palveluiden käyttäjille tulee mahdollistaa vertaistoimintaa, jonka kautta he voivat vertailla ja jäsentää omia näkemyksiään. Vertaistoiminta mahdollistaa siten yksilöllisen tiedon muuntumisen sosiaalisesti tiedoksi. Palvelujen käyttäjien osallistuminen vaatii organisaation strategisia päätöksiä, kokeiluja sekä huolellista paneutumista uuden käytännön hallitsemiseen. (Toikko 2006, 1-5, viitattu 10.11.2015.)

Ikääntyneet tulee ottaa mukaan heitä koskevaan päätöksentekoon ja palvelujen kehittämiseen. Osallistamalla annetaan ikääntyneille vaikuttamismahdollisuuksia yhteisön toimintaan ja sitä kautta mahdollistetaan parempi arki ja elämänlaatu. Kehittämällä palvelujen laatua ja vaikuttavuutta luodaan ikääntyneille mahdollisuuksia asua kotona turvallisesti mahdollisimman pitkään. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 17, viitattu 6.6.2015).

Asiakkaan ja käyttäjän kokemukset ovat avainasemassa ikäihmisille suunnattujen palvelujen kehittämisessä. Käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta mielletään usein yksityisen sektorin kehittämiseen, vaikka julkisen sektorin hallintoon ja palveluihin kohdistuvia uudistuksia tehdään jatkuvasti. Jäppisen (2011) mukaan palvelurakenteen muutos vaatii yhteistyötä toisten kuntien, yritysten ja järjestöjen kesken. Kuntalaiselle tulee antaa mahdollisuus osallistua palveluja koskevaan päätöksentekoon osallisuuden ja käyttäjälähtöisyyden avulla. Osallisuutta on tuettu mm. hallitusohjelman ja lainsäädännön avulla. (Jäppinen 2011, 7-8, viitattu 19.11.2014). Myös Koivuniemi (2014) toteaa asiakkaiden aktiivisen osallistumisen tuovan esille uusia näkökulmia strategisten terveysten palvelujen suunnitteluun ja palvelukulttuuriin. Osallisuus ja osallisuuden kokemus edistää yksilön hyvinvointia. Osallisuuden mahdollistajina toimivat mm. vanhusneuvostot, kansalaistapahtumat ja erilaiset asiakasfoorumit, joissa käydään avointa keskustelua kuntalaisten, päättäjien ja viranhaltijoiden kesken. (Koivuniemi 2014, 176.)

Käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta kuntapalvelujen kehittämisessä vaatii muutosta myös kuntademokratiaan ja kuntayhteisön johtamiseen. Vuorovaikutus kunnan ja palvelujen käyttäjien kesken sekä kunnan yhteistyöverkostoituminen mahdollistaa käyttäjälähtöisen innovaatiotoiminnan jo palvelujen kehittämisvaiheessa. Tutkimuksessaan Jäppinen (2011) toteaa käyttäjälähtöisyyden tuovan kunnille myös uutta kilpailukykyä ja nopeampaa reaktiokykyä kuntalaisten tarpeisiin.

Käyttäjälähtöisyydellä parannetaan myös palvelujen tuottavuutta ja laatua sekä mahdollistetaan tunnistaa käyttäjien piileviä tarpeita tuottaen organisaatiotason innovaatioita. Kuntalaisten näkökulmasta käyttäjien osallistuminen palvelujen suunnitteluun vaikutusmahdollisuuksien parantamisella lisää keinoja palauttaa kansalaisten luottamus poliittiseen ja hallinnolliseen toimintaan sekä mahdollistetaan palvelut kuntalaisten tarpeita vastaaviksi. (Jäppinen 2011, 8).

Laatusuosituksen (2013) mukaan palvelujen rakennetta ja toimintatapoja tulee muuttaa lisäämällä sekä monipuolistamalla kotiin annettavaa tukea, erityisesti kuntoutuspalveluja, joilla mahdollistetaan kotona pärjääminen. Terveydenhuolto tarvitsee uuden palvelumallin, jossa potilaat omistavat omat terveystietonsa ja voivat niiden sekä saamansa tuen avulla vahvistaa luottamusta arjessa pärjäämisessä. Rutiinimaiset terveydenhoidon toimenpiteet siirtyvät silloin enemmän potilaalle, potilasjonot lyhenevät ja terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät keskittymään entistä paremmin asiantuntemusta vaativiin hoitotöihin. Uuden palvelumallin myötä ihmiset voivat hyödyntää teknologiaa, kuten videoyhteyttä lääkäriin ja muun hoitohenkilökuntaan. (Koivuniemi 2014, 13).

Väestön ikääntyminen, työikäisten vähentyminen, verokertymän pieneneminen ym. globaalin kansantalouden muutos aiheuttavat yhä enemmän paineita julkisten palveluiden rahoittamiseen ja tuottamiseen. Vähenevillä resursseilla pitäisi saada tuotettua laadukkaita ja tarpeisiin vastaavia palveluita. Julkisella sektorilla olisi kuitenkin potentiaalia tuottaa parempaa palvelua. Näitä sekä aivan uusiakin palveluratkaisumalleja voidaan innovoida palvelumuotoilun avulla. (Tuulaniemi 2011, 279). Palvelumuotoilulla on mahdollisuus luoda kilpailukykyisempää palveluosaamista ja sitä kautta auttaa kunnallisella sektorilla pitämään yhä kasvavat menot kurissa ja budjetin puitteissa. (Miettinen 2011, 137-138).

2.4 Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilu lähtee liikkeelle tarpeiden, tunteiden, motiivien ja inhimillisen toiminnan mahdollisimman kokonaisvaltaisesta ymmärtämisestä. Kun tältä pohjalta lähdetään työstämään asioita eteenpäin, voidaan luoda ja tuottaa uudenlaisia palvelumahdollisuuksia. Kun käyttäjätietoa käytetään parhaalla mahdollisella tavalla auttaa se ymmärtämään käyttäjien ja käyttäjäkuntien toiveita, kokemuksia sekä

käyttäytymistä ja sitä kautta kyetään muodostamaan toimivia asiakas/käyttäjäprofiileja. (Miettinen 2011, 13-14). Palvelumuotoilun avulla luodulla käyttäjäprofiililla pyrimme luomaan yhdenlaisen mahdollisuuden kehittää jo olemassa olevia palvelumahdollisuuksia toivotunlaiseen suuntaan. Käyttäjäprofiilien luominen ja sitä kautta laajan tutkitun asiakastiedon saaminen on yksi mahdollinen keino ja nähtävissä oleva mahdollisuus saada aikaan uudenlaisia toimintamalleja ja tarvittaessa uudistaa perinteistä palvelutuotantokulttuuria.

Arvot ja käytös ovat myötävaikuttamassa ainutkertaisen sosiaalisen ja psykologisen ympäristön muotoutumisena organisaatioksi. Organisaatiokulttuuri sisältää organisaation odotukset, kokemukset, sisäisen filosofian ja arvot, jotka pitävät sen yhdessä ja ilmaisevat samalla sen minäkuva, sisäistä toimintaa ja vuorovaikutusta ulkomaailman kanssa. Se perustuu yhteisiin asenteisiin, uskomuksiin, yksilöllisyyteen ja kirjoitettuihin ja kirjoittamattomiin sääntöihin. Nämä näkyvät mm. siinä miten organisaatio harjoittaa toimintaansa, kohtelee työntekijöitään, asiakkaitaan ja laajempaa yhteisöä. Missä määrin organisaation sisällä sallitaan luovuutta, päätöksentekoa ja henkilökohtaista ilmaisunvapautta. Tärkeää on myös miten valtarakenteet ovat rakentuneet ja kuinka tieto saadaan kulkemaan sen hierarkian läpi. Merkitystä on myös sillä, miten työntekijät on saatu sitoutettua organisaation yhteiseen tavoitteeseen. Nämä kaikki vaikuttavat organisaation tuottavuuteen ja suorituskykyyn. Lisäksi ne antavat ohjeelliset suuntaviivat asiakkaiden kohtelusta, tuotteiden laadusta ja turvallisuudesta. Organisaatiokulttuuri on yksilöllinen jokaisessa kulttuurissa ja yksi vaikeimmista asioista muuttaa.

(<http://www.businessdictionary.com/definition/organizational-culture.html>, viitattu 26.1.2015).

Organisaatiokulttuuria voidaan muuttaa tietoisesti. Käytännön tasolla yrityskulttuuria voidaan muokata esimerkiksi toimintaa ohjaavilla virallisilla perusarvoilla, ajattelutavoilla, käyttäytymisellä sekä säännöillä ja viesteillä, joita suunnataan työntekijöille. Näin yritysjohto voi muokata yrityskulttuuria mm. kilpailuetujen, innovatiivisuuden ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden saavuttamiseksi. Jotta kulttuurinen muutos on mahdollista, se vaatii vanhan merkitysjärjestelmän uudelleen rakentamista sekä uuden merkitysjärjestelmän luomista, hyväksymistä, sisäistämistä sekä toteuttamista kaikilla organisaation tasoilla. Muutos ja uuden oppiminen vaatii paljon energiaa, mikä luo osalle työntekijöistä stressiä ja vastarintaa. Tämän vuoksi inhimilliset näkökulmat kannattaa huomioida muutosprosessissa. Muutoksen toteuttaminen kulttuurisena muutoksena ei ole helppoa ja vie toisinaan aikaa jopa

vuosikymmeniä. Vastarinta voi olla myös positiivinen ilmiö ja nostaa esiin näkökulmia, joiden ansiosta muutoksen mukanaan tuomat ongelmat huomataan. (Seeck 2013, 216-219.)

Tällä hetkellä organisaatiokulttuuri näkyy vielä varsin vahvana piirteenä suomalaisessa julkisessa terveydenhuollossa. Organisaatiot ovat pitkään saaneet toimia omalla tavallaan. Muutos on hidasta ja tällä hetkellä varsin voimakkaasti ulkoapäin ohjautuvaa. Kuitenkin nykyisin tiedostetaan, että resurssit eivät riitä kantavaan järjestelmää nykyisessä muodossaan. Myös työntekijöiden rekrytointi haja-asutusalueille on vaikeaa. Niinpä hallitus on linjannut kunta- ja sosiaalipalveluiden alueiden laajentumista ja organisaatioiden yhdentymistä. Samalla pyritään karsimaan palveluita mahdollisuuksien mukaan. Muutos on myös aiheuttanut selkeästi muutosvastarintaa ja kaikki kunnat eivät halua luopua itsenäisyydestään. Tämä ilmenee Suomessakin eri tavoin. On muodostettu pakkoliitoksia, peruspalvelukuntayhtymiä, uusia kuntia pohjautuen mm. Paras -hankkeeseen ja puitelakiin.

(<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntauudistus/paras/Sivut.aspx>, viitattu 12.12.2015). Selänneessä tämä on luonut alueellisesti vahvan ja toimivan kuntayhtymän, joka pyrkii panostamaan alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvointiin ja pyrkii myös organisaationa muokkaamaan itseään toimivammaksi.

Palvelumuotoilussa käyttäjäprofiilien avulla pyritään hahmottamaan käyttäjäryhmien jäsenten tyypillisiä ominaisuuksia ja piirretään kuvituksellisia ihmiskuvia käyttäjistä. Profiilit helpottavat tämän kuvitellun käyttäjän maailman ymmärtämistä. Kuvitteelliset käyttäjäprofiilit pohjautuvat havaintoihin todellisista olemassa olevista käyttäjistä. Ne perustuvat olemassa olevaan tai tutkimusta varten kerättyyn tutkimusaineistoon, joka voi olla esimerkiksi haastatteluja, osallistuvaa havainnointia tai tutkimustiedon analyysia. Profiileille voidaan kehittää persoonallisia piirteitä ja taipumuksia, joiden avulla havainnoidaan ja kehitetään palvelua. Profiilit usein sisältävät syvemmälle menevää tietoa käyttäjistä. Näitä voidaan luoda erilaisten kysymysten avulla. Nämä kysymykset voivat olla hyvinkin laaja-alaisia, jolloin on mahdollista saada enemmän irti mahdollisesta persoonaprofiilista. Kysymyksiä, joiden ympärille persoonan voisi luoda, ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, käyttäytyminen, asenteet, taidot, päämäärät ja persoonallisuus. (<https://www.innokyla.fi/web/malli111484>, viitattu 18.4.2015)

Kun halutaan päästä näkemään palvelu käyttäjän silmin, tarvitaan palvelulle uusia tapoja jäsentää sen tarjoamia palveluja. Olemassa olevat palvelupolku, palvelutuokiot ja palvelun kontaktipisteet mahdollistavat tämän. Palvelupolku ja palvelutuokiot voidaan

kartoittaa jo olemassa olevasta palvelusta, jotta palvelun rakenne saadaan ymmärrettäväksi ja sellaiseksi, että sitä on mahdollista tarkastella myös kriittisesti. Vaikka palveluun on suunniteltu tietty palvelun tuotantoprosessi, asiakkaat kulkevat tämän prosessin läpi muodostaen omaa yksilöllistä reittiään. Asioita voi tehdä usealla eri tavalla, ja koska palveluntuottaja voi tarjota asiakkaalle useita vaihtoehtoisia tapoja ja kanavia kulkea läpi tietty palveluprosessin vaihe. (<https://www.innokyla.fi/web/malli111607>, viitattu 18.4.2015). Esimerkiksi fysioterapia-ajan voi varata Peruspalvelukuntayhtymä Selänteessä soittamalla suoraan fysioterapeutille, varaamalla ajan vastaanoton tai lääkärin kautta, myös kotihoidon työntekijä voi käydä varaamassa ajan. Näistä alkaa muodostua asiakkaalle hänen itsensä näköinen palvelupolku. Palvelumuotoilussa pyritään hahmottamaan yleisimmät eri palvelupolut suunnittelun pohjaksi. Näitä erilaisia palvelupolkuja lähdettiin hahmottamaan alustavasti tutkimuskyselylomakkeen kysymysten avulla.

Asiakkaan palvelukokemuksen perustana ja rakennuspalikoina ovat palvelun kontaktipisteet, palvelutuokiot ja palvelupolku. Palvelupolku muodostaa asiakkaalle arvoa tuottavan palvelun kokonaisuuden ja asiakaskokemuksen. Palvelupolun muodostumiseen vaikuttavat sekä palvelun tarjoajan organisaation määrittämä tuotantoprosessi että asiakkaan omat valinnat. Palvelupolku kuvaa, mitä asiakas havaitsee ja kokee käyttämänsä palvelun aika-akselilla ja miten hän kokee palvelun. Jokainen palvelu rakentuu useimmiten joukosta pienempiä palveluja, jotka yhdessä muodostavat asiakkaalle arvoa tuottavan palvelukokonaisuuden. Yksittäistä palvelutapahtumaa kutsutaan palvelutuokioksi. Palvelutuokio on siis yksittäinen tapahtuma asiakkaan kokemasta palvelusta. (<https://www.innokyla.fi/web/malli111607> viitattu 18.4.2015.)

Palvelumuotoilun keskeisenä tavoitteena on siten palvelukokemuksen käyttäjälähtöinen suunnittelu siten, että palvelu vastaa parhaalla mahdollisella tavalla sekä käyttäjien tarpeita että palvelun tarjoajan tavoitteita. Palvelumuotoilussa käytetty palvelupolku -termi huomioi sen, että asiakkaan omat tarpeet, valinnat ja käyttäytymismalli ohjaavat palvelun kuluttamista palveluntarjoajan määrittelemän tuotantoprosessin ohella. (<https://www.innokyla.fi/web/malli111607>, viitattu 18.4.2015.) Tässä tutkimuksessa laitimamme kysely auttoi luomaan karkeita käyttäjäprofiileja koko Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alue huomioiden sekä kuntakohtaisesti. Esittelimme tutkimusaineistosta luotuja karkeita käyttäjäprofiileja 4.5.2015 pidetyssä henkilöstötapaamisessa sekä hyödynsimme niitä jatkotutkimusaiheiden kehittämisessä. Niiden avulla on myös mahdollista tarkentaa ja syventää

käyttäjäprofileja uuden opinnäytetyön muodossa esimerkiksi syvähaastattelemalla asiakkaita.

3 TERVEYSPALVELUJEN LAADUN KEHITTÄMINEN

Meneillään olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden muutokset vaikuttavat iäkkäiden palvelujen järjestämiseen sekä palvelujen kehittämiseen. Laatusuosituksessa (2013) on huomioitu mm. kotihoidon laatuun liittyvää sisältöä sekä ympärivuorokautisen hoidon laadun varmistamiseksi henkilöstömäärää koskevan laatusuosituksen toteutumista. Palvelujen laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, säännösten mukaisesti, vaikuttavasti sekä kustannustehokkaasti. Laatusuosituksen (2013) mukaan hyvälaatuinen palvelu on vaikuttavaa ja turvallista, asiakaslähtöistä ja asiakastarpeisiin vastaavaa sekä hyvin koordinoitua. Palvelujen laatua on seurattava järjestelmällisesti luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen osana omavalvontaa. Omavalvontasuunnitelma seurantaindikaattoreineen on oltava nähtävillä. Palveluntuottajan on kerättävä vuosittain järjestelmällistä palautetta ikääntyviltä ja heidän omaisiltaan osallistavia palautejärjestelmiä hyödyntäen. Palvelun laatua on seurattava luotettavilla ja vertailukelpoisilla palvelujen laadun mittareilla. Kerättyä laatuun kohdistuvaa palautetta on hyödynnettävä palvelujen ladun parantamiseksi ja kehittämiseksi. Lautupalautetta tulee myös julkaista tarkoituksenmukaisia tiedonjakelukanavia hyödyntäen. (Laatusuositus 2013, 9, 10, 35.) Peruspalvelukuntayhtymä Selänteessä ikäihmisten palvelujen laatua seurataan vuosittain tehtävällä pienimuotoisella asiakaskyselyllä, jonka perusteella reagoidaan mahdollisiin epäkohtiin ja pyritään kehittämään toimintaa mahdollisuuksien mukaan.

Lämsä & Turjanmaa (2007) mukaan hyvä laatu on dynaaminen ja jatkuva prosessi. Laatu määritellään toiminnan ja tulosten erinomaisuudella ja verrattavissa käsitteillä hyvyys, kauneus ja totuus. Laatu on korkeinta mahdollista toimintaa ja se tulee ilmi henkilöstön ja johdon käytännön toiminnassa tehtyinä valintoina ja tekoina arvojen ulottuvuudessa. Laadunvarmistukseen ja laatuun liittyy kyky oppia uusia asioita, tarve reagoida muuttuviin olosuhteisiin, oppia menneisyydestä, varautuminen uhkiin sekä jatkuva rakentaminen haluttuun tulevaisuuteen ja uusiin mahdollisuuksiin. Organisaatiossa laatu on yhteinen, näkyvä ja tavoitteellinen yhteisen oppimisen päämäärä, jossa henkilöstölle annetaan mahdollisuus uuden oppimiseen, henkilökohtaiseen kasvuun sekä organisaation kehittämiseen. (Lämsä & Turjanmaa 2007.)

3.1 Laadunhallinta

Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventaa terveyseroja sekä vahvistaa asiakaskeskeisyyttä. Laki edellyttää hyvää, laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua hoito- ja toimintakäytäntöä. Laadunhallinta perustuu lainsäädännöllisesti Terveydenhuoltolakiin (1326/2010), Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Potilasvahinkolakiin (585/1986) sekä säädöksiin terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä ja yleisesti käytössä olevista hoitosuosituksista (Käypä hoito -suositukset). Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava laadunhallintasuunnitelma sekä potilasturvallisuussuunnitelma, jotka pohjautuvat Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen ja ohjeistukseen. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 7.)

Terveydenhuollon laatuoppaan (2011) mukaan laadunhallintaan sisältyy toiminnan johtamista, suunnittelua ja arviointia organisaation laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Johdon kaikki tasot ovat vastuullisia laadunhallinnasta, mutta laatutyöhön ja laadunhallinnan toteuttamiseen osallistuu koko organisaation henkilöstö. Laadun keskeisiä ulottuvuuksia ovat asiakaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, osaaminen, turvallisuus ja sujuvuus sekä vaikuttavuus. Laadukulttuurilla edistetään systemaattisesti laatua toimintatavoin, johon tukeutuvat johtaminen, arvot ja asenteet. Laadun kehittämiseen ja ylläpitämiseen tarvitaan laatustrategiaan pohjautuvia toimenpiteitä sekä yhteistä sitoutumista. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 5-6.)

Peruspalvelukuntayhtymä Selänne pyrkii kouluttamaan ja ohjeistamaan henkilökuntaansa työn laadun seurannassa. Useissa toteutetuissa palvelustrategiaprosesseissa on sovellettu strategisen johtamisen työkaluna Balanced Scorecard -menetelmää. Sen avulla voidaan toimijoiden toimesta määritellä yhteisen vision ja strategian keskeiset painopistealueet. Ideana on purkaa visio ja strategia syy-seuraussuhteessa oleviin näkökulmiin ja kuvata ja tuoda esiin konkreettisella tavalla miten voidaan saavuttaa visio ja siitä johdettu strategia. Päivitetystä strategiassa vuosille 2016-2020 on nostettu esille hallitusohjelman mukaisesti mm. eri ikäisten ihmisten vastuun ottaminen omasta terveydestään. Julkinen palvelulupaus määritellään yhteiskunnan kantokyvyn puitteissa ja ihmisten valintoja erilaisissa elämäntilanteissa tuetaan. Vahvoina aihealueina ovat myös ikääntyneiden ihmisten kotiin saatavien palvelujen painottaminen sekä ikäihmisten kotihoidon kehittäminen (<http://dynasty.selmane.net/kokous/2015242-9-1.PDF>, 2, viitattu 28.4.2016.)

Selänteen ydin- ja tukipalvelujen kehittämisen suuntaa linjataan vuoteen 2020 asti seuraavasti. Palvelujen keskiössä tulee olla asiakas ja asiakkaan palveluohjaus. Toteutuksessa pyritään käyttämään kuntouttavaa työtettä ja ennaltaehkäisyä. Palveluja kehitetään yhteistyössä eri tahojen kanssa järjestöt ja kolmas sektori mukaan lukien (<http://dynasty.selmane.net/kokous/2015242-9-1.PDF>, 5, viitattu 28.4.2016.)

Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen arvoissa nousevat vahvasti esille oikeudenmukaisuus, asiakaslähtöisyys, inhimillisyys ja tuloksellisuus. Palveluprosessit perustuvat asiakkaan tarpeisiin ja ajantasaiseen tietoon, joita arvioidaan säännöllisesti. Näin saadaan myös palveluiden laatu pysymään hyvänä ja tasapainoisena.

Prosesseissa asiakkaan tulee olla aktiivinen toimija ja vastuussa omalta osaltaan hyvinvoinnistaan ja elinympäristönsä turvallisuudesta, siltä osin kuin siihen kykenee. Erityisen tuen tarpeessa olevat huomioidaan ja palvelut turvataan laadukkaan palveluohjauksen avulla. Palvelut ja palveluprosessit ovat ihmiskeskeisiä, laadukkaita ja perustuvat hyviin ohjaus-, hoito- ja hoivakäytäntöihin kunnioittaen asiakkaan omia arvoja. Tuloksellisuudella tarkoitetaan tässä palvelutoiminnan asiakkaiden näkökulmasta saatua oikeanlaista palvelua oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Palvelu- ja toimintaprosessit kuvataan ja niiden tulokset arvioidaan. Myös näin saadaan laatua seurattua ja varmistettua. Toiminnalla tavoitellaan kestäväää kehitystä. Saatua arviointitietoa hyödynnetään toiminnan jatkuvassa suunnittelussa, kehittämisessä ja toteutuksessa, joissa kaikissa huomioidaan myös palvelun laatu. (<http://dynasty.selmane.net/kokous/2015242-9-1.PDF>, 6, viitattu 28.4.2016.)

3.2 Laatu asiakkaan näkökulmasta

Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut tulee toteuttaa niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palvelutarpeen ennalta ehkäisemiseksi tulee kiinnittää huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 13§, viitattu 19.11.2015.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013) kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen sekä mahdollistaa laadukkaat

ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Laatusuosituksen mukaan iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän, pahentuneiden tai lisääntyneiden sairauksien tai ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. Palvelujen laatu tarkoittaa kykyä vastata asiakkaan palvelutarpeisiin vaikuttavasti, järjestelmällisesti, säännösten mukaisesti ja kustannustehokkaasti. Laadukas palvelu ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja turvaa hyvän hoidon elämän loppuvaiheessa. Hyvälaatuinen palvelu on turvallista ja vaikuttavaa, asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa sekä hyvin koordinoitua. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 10).

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas (2011) määrittelee laadun olevan tuotteen kykyä täyttää asiakkaan tarpeet ja vaatimukset. Laadunhallintaan liittyy toiminta ja sen tavoitteiden suunnittelu ja johtaminen, tulosten arviointi sekä toiminnan parantaminen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvällä hoidolla tarkoitetaan ammattitaitoisen henkilöstön toteuttamaa potilaan hoitoa yhteisymmärryksessä huomioiden potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet. Palvelujen laatuun liittyy potilaskeskeisyys, jolla varmistetaan mm. tiedonsaanti, tarvittavat tutkimukset ja hoito, osallistuminen oman hoitosuunnitelman laadintaan ja sitoutuminen sen noudattamiseen. Hoitosuhteissa kunnioitetaan potilaan turvallisuutta ja yksityisyyttä sekä kohdellaan yhdenvertaisesti ketään syrjimättä. Potilaskeskeisyyden toteutumista seurataan säännöllisesti ja toimintaa muutetaan tuloksiin pohjautuen. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 8-10.)

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Toimenpide voidaan suorittaa potilaan suostuksesta ja vapaasta tahdostaan, tietoisena kaikista asiaan vaikuttavista seikoista. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Hoitoon ja asiakkaaksi hakeutuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) lähtökohtana on, että myös niiden potilaiden tahtoa on kunnioitettava, jotka eivät itse kykene päättämään hoidostaan. Suostumuksen antamiseen kykenemättömän potilaan lähiomaista tai läheistä on kuultava ennen tärkeän hoitopäätöksen tekoa, jotta hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, viitattu 12.11.2015).

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle tulee antaa mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, viitattu 12.11.2015).

Muistisairaalla ihmisellä on myös oikeus itsemääräämiseen. Niin kauan kuin hän kykenee itse päättämään omista asioistaan ja pysymään tekemissään päätöksissään, on hänen tekemälleen ratkaisulle annettava etusija. Vaikka potilas ei kykenisi hoitamaan esimerkiksi taloudellisia asioita, voi hänellä olla kyky ja oikeus päättää hoidostaan. Muistisairaana henkilön päätöksentekokykyä tulee arvioida myös siten, kuinka turvallisia itseään koskevia päätöksiä hän pystyy tekemään ja kuinka hyvin hän pysyy mielipiteessään.

(<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>, viitattu 12.11.2015)

3.3 Asiakaskeskeisyys laadunhallinnassa

Asiakkaan tulee saada helposti ajantasaista tietoa terveysongelmistaan ja käytettävistä olevista palveluista sekä päästä hoitoihin helposti ja nopeasti. Asiakkaalla tulee olla valinnanmahdollisuus lain edellyttämässä rajoissa valita hoitopaikkansa ja hoitava ammattihenkilöstö. Asiakas osallistuu hoitosuunnitelmansa laadintaan sekä sitoutuu sen noudattamiseen. Hän saa ymmärrettävää tietoa, ohjausta ja neuvontaa omaan terveyteensä liittyen. Asiakkaalle on myös annettava tietoa siitä, miten hän voi antaa palautetta hoidostaan. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas, 9.) Peruspalvelukuntayhtymä Selänne on heti perustamisestaan asti pyrkinyt yhtenäistämään kaikille toiminta-alueensa kuntien asukkaille tuottamansa toiminnot mahdollisimman tasavertaisiksi. Kuntien asukkaat voivat valita haluamansa alueen terveyskeskuksen tuottamaan kaikki omat palvelunsa. Kun valitaan joku tietty terveyskeskus, tulee kaikki palvelut ottaa vähintään vuoden ajan sieltä.

Asiakas on keskiössä kaikissa palveluketjun vaiheissa. Hoito- ja asiakassuhteissa kunnioitetaan asiakkaan oikeutta elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, turvallisuuteen sekä yksityisyyteen. Asiakkaita tulee kohdella yhdenvertaisina huomioiden heidän kulttuuriset taustansa sekä yksilölliset tarpeensa. Asiakkaalle on

varattava riittävästi aikaa ja hänelle on kerrottava hoitovaihtoehdot sekä vaikutukset. Hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä ja yhteisymmärryksissä asiakkaan kanssa. Asiakkaalla on oikeus tarkistaa häntä koskevat potilasasiakirjat. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 9.) Peruspalvelukuntayhtymä Selänne on liittynyt jo mahdollisimman alkuvaiheessa mukaan Kanta-arkistoon eli valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon, jossa asiakkailta on mahdollisuus seurata omia hoitotietojaan. (<http://www.kanta.fi/7>, viitattu 2.5.2016.) Henkilökunnalle on pidetty koulutuksia asianmukaisesta kirjaamisesta. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoa asiakkaiden kohtaamisessa pidetään tarpeen mukaan yllä sisäisillä ja ulkoisilla koulutuksilla.

Organisaation johdon on myös sitouduttava asiakaskeskeiseen toimintaan. Organisaation strategiset tavoitteet suunnataan asiakastarpeiden mukaisesti. Toiminnan suunnittelussa varmistetaan henkilöstön riittävyys, osaaminen ja asianmukainen hoidon toteuttaminen. Asiakaskeskeisyyden toteutumista seurataan ja mitataan säännöllisesti ja toimintaa kehitetään tulosten mukaisesti. Tuloksiin perustuvia mittareita ovat mm. asiakas- ja potilaskyselyt, asiakaspalautteet, asiakkaan tekemät muistutukset ja kantelut sekä potilasvahinkoilmoitukset. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 10.) Asiakaskeskeisyys on nostettu vahvaksi tekijäksi myös Peruspalvelukuntayhtymä Selänneen strategiassa.

Potilaan tulee saada sairauteensa hoitoa lääketieteelliseltä kannalta oikeaan aikaan. Ammattitaitoinen henkilöstö arvioi sairauden edellyttämän hoidon kiireellisyyden. Organisaation johto on vastuussa oikea-aikaisen hoidosta, henkilöstön ammattitaitoisesta osaamisesta ja koulutuksesta sekä riittävästä teknologisista resursseista, kuten tietojärjestelmistä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 10-11.) Potilaan tulee voida luottaa asianmukaisesti koulutettuun hoitohenkilöstöön, jotka toimivat saumattomassa yhteistyössä moniammatillisesti. Jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus huolehtia tietojen ja taitojen jatkuvasta kehittämisestä osallistumalla täydennyskoulutukseen. Henkilöstön kehittämistarpeet tulee tunnistaa ja uudet työntekijät tulee perehdyttää työtehtäviinsä. Henkilöstö toteuttaa avointa tiimityötä erilaisten asiantuntijaverkostojen kesken. Organisaation johdon vastuulla on arvioida henkilöstön osaamistarpeet sekä huolehtia riittävästä ja ammattitaitoisesta henkilöstöstä. Henkilöstön ja johdon on saatava palautetta osaamisestaan. Hyvällä henkilöstöjohtamisella kannustetaan ja varmistetaan yhdenvertaiset kehittämismahdollisuudet. Johdon vastuulla on myös määrittää ja tiedottaa organisaation tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 12.) Peruspalvelukuntayhtymä Selänneessä kannustetaan henkilökuntaa

osallistumaan koulutukseen vähintään kolme päivää vuodessa työajalla ja kuntayhtymän kustantamana. Myös työnantajan tarpeesta lähteviin pidempiin ja vaativimpiin koulutuksiin kannustetaan ja otetaan tarpeen vaatiessa osaa.

Koulutuksissa pyritään tasaveroiseen kohteluun henkilökunnan sisällä.

Peruspalvelukuntayhtymä Selänne odottaa vähintään samaa kolmen päivän vuosittaista koulutusvaatimusta myös ostopalveluina hankittavilta ja kilpailutetuilta palveluntuottajiltaan, kuten esim. palvelusetelillä ja maksusitoumuksella myönnettäviltä kuntoutuksen palveluntuottajilta. Vuosittain jokaisen henkilökunnan jäsenen tulee ja on oikeus käydä kehityskeskustelu yhdessä lähiesimiehensä kanssa. Sitä kautta seurataan myös henkilökunnan osaamista, jaksamista ja kehittymisen tarpeita niin työntekijän kuin organisaation näkökulmasta. Käytössä on myös työnvaativuuteen liittyvät harkinnanvaraiset palkankorotukset kannustinjärjestelmänä.

Organisaation johto kantaa vastuun, jotta käytettävissä olevat voimavarat ja resurssit kohdennetaan tehokkaasti. Johdon vastuulla on laatia ajantasaiset ja sujuvasti toimivat prosessikuvaukset ja hoitoketjut. Hoidon sujuvuutta mitataan mm.

asiakastyytyväisyydellä sekä hoitoajoilla. Jatkuva hoidon laadun parantaminen vaatii terveyshyötyjen seuraamista. Tehokkuutta ja vaikuttavuutta seurataan erilaisten mittareiden, kuten elämänlaatumittarin, avulla. Henkilöstön pyrkimyksenä tulee olla jatkuva hoidon vaikuttavuuden kehittäminen ja parantaminen, joka edellyttää hoitotulosten tarkkaa seurantaa ja dokumentointia. Hoidon vaikuttavuuden lisäksi tarvitaan tietoa myös hoidon kustannusvaikuttavuudesta. Organisaation johdon tuleekin varmistaa, että voimavarojen kohdentamiseen koskevat päätökset perustuvat tutkittuun tietoon. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 14-15.) Peruspalvelukuntayhtymä Selänneessä seurataan toteutuvia työaikoja ja asiakkaisiin käytettäviä aikoja kotihoidon palveluiden osalta ns. mobiiliohjelman avulla, eli asiakkaat jakavan sekä käyntiaikoja hallinnoivan ja seuraavan ohjelman avulla. Kuntoutuksen ja avoterveydenhuollon puolella käyntien tilastoinnit tapahtuvat Efficatietojärjestelmän kautta, josta ne siirtyvät suoraan Avohilmo -ohjelmaan. Raportit menevät myös suoraan organisaation johdon käyttöön ja mahdollistavat seurannan ja kehittämisen sitä kautta.

3.4 Laadunhallintasuunnitelma

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 14-15.) Peruspalvelukuntayhtymä Selänneessä seurataan toteutuvia työaikoja ja asiakkaisiin käytettäviä aikoja kotihoidon palveluiden osalta ns. mobiiliohjelman avulla, eli asiakkaat jakavan sekä käyntiaikoja hallinnoivan ja seuraavan ohjelman avulla. Kuntoutuksen ja avoterveydenhuollon puolella käyntien tilastoinnit tapahtuvat Efficatietojärjestelmän kautta, josta ne siirtyvät suoraan Avohilmo -ohjelmaan. Raportit menevät myös suoraan organisaation johdon käyttöön ja mahdollistavat seurannan ja kehittämisen sitä kautta.

koulutus, potilaan ja läheisten osallistuminen, laadunhallinta-asiakirjat, turvallisuusriskien hallinta, raportointijärjestelmät, palaute ja arviointi sekä alueellinen yhteistyö. Terveystieteiden mukaan jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillinen asiantuntemus, joka tukee laadukasta ja turvallista hoitoa, eri ammattihenkilöstöjen yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Laadunhallintasuunnitelmassa määritellään johdon ja henkilöstön vastuualueet toiminnan laadusta. Johdon vastuuseen liittyy suunnittelu ja seuranta sekä toimintalinjaukset ja toimintayksikössä käytettävät resurssit. Esimiesten vastuualue koostuu toiminnan sujuvuudesta, seurannasta sekä kehittämisestä. Työntekijät ovat vastuussa toteuttamisesta, seurannasta sekä kehittämisestä. Suunnitelmaan voidaan kirjata lisäksi laatuvaastaava henkilö tai laadunhallintaelimen toiminta ja vastuu toimen- ja tehtäväkuvineen. Henkilöstöjohtamisen osalta suunnitelmaan kirjataan laadukasta ja turvallisuutta tukevan henkilöstöjohtamisen periaatteet ja käytännöt sekä yleisen toimintakulttuurin. Henkilöstöjohtamiseen kuuluu henkilöstöresurssien ja -rakenteen, riittävän osaamisen sekä työskentelyolosuhteiden varmistaminen. Hyvä henkilöstöjohtaminen kannustaa osaamisen kehittämiseen ja henkilöstön tyytyväisyyttä ja johtajiston toimintaa mitataan säännöllisesti vuosittain. (Terveystieteiden laatuopas 2011, 16.)

Hirvosen (2005) mukaan suomalaisen terveydenhuollon laatuajatteluun ovat vaikuttaneet kustannussäästöjen aiheuttamat paineet ja korostunut asiakaslähtöisyys. Laadun näkökulma on laajentunut asiantuntijan näkökulmasta käsittelemään laatua myös asiakkaan ja johtamisen näkökulmista. Samalla asiakkuus on laajentunut käsittämään potilaan lisäksi myös omaiset, palveluiden maksajat ja yhteiskunnan. Terveystieteiden laatuajattelulla on kehitetty julkisen sektorin toimintaa asiakaslähtöisemmäksi mm. erilaisten suositusten mukaan. Aiemmin mainittujen sosiaali- ja terveydenhuollonlaatusuosittelujen myötä toimintoja on kehitetty myös johtamiseen ja kaikkien henkilöstöryhmien yhteiseksi kehittämisen kohteeksi. (Hirvonen 2005, 35, viitattu 29.4.2016.)

Laadunhallintasuunnitelmaan tulee kirjata, miten henkilöstön osallistumista laadun ja toiminnan kehittämiseen tuetaan sekä millä keinoin henkilöstö saa palautetta oman toimintansa laadusta. Suunnitelmassa tulee selvittää henkilöstön perehdyttäminen, henkilöstön laatuosaamisen kehittäminen ja ylläpito sekä moniammatillisen yhteistyön edistäminen. Potilaan ja läheisen osallisuus huomioidaan mm. mahdollistamalla toimiva palautejärjestelmä hoidon laadusta. (Terveystieteiden laatuopas 2011, 16-18.)

Peruspalvelukuntayhtymä Selänteessä on toimiva ja ajantasainen laadunhallintasuunnitelma, jota päivitetään tarvittaessa.

3.5 Laatujohtaminen ja arviointi

Laatujohtamisen kehittämisen menetelmiä ja työkaluja on useita. Eräs laatujohtamisen malli on EFQM -arviointimalli. Malli muodostaa vain viitekehyksen organisaation kehittämiseksi, joten se ei pyri tarkasti ohjailemaan millaisia toimintatapoja organisaation tulisi soveltaa. EFQM -mallia voidaan käyttää jatkuvan kehittämisen viitekehyksenä yhdessä organisaation tarpeita vastaavien ja soveltuvien muiden johtamistyökalujen kanssa. EFQM -mallin arviointialueita ovat johtajuus, henkilöstö, toimintaperiaatteet ja strategiat, yhteistyökumppanit ja resurssit, prosessit, henkilöstötulokset, asiakastulokset, yhteiskunnalliset tulokset sekä keskeiset toiminnan suorituskykyä kuvaavat tulokset. (EFQM Excellence -malli 2013, 2.) EFQM -mallin käyttö mahdollistaa eri toimialoilla toimivia organisaatioita vertaamaan itseään toisten piirteisiin, ominaisuuksiin sekä aikaansaannoksiin. Näiden pohjalta organisaatiot voivat kehittää ja yhtenäistää johtamistapojaan, saada käyttöönsä hyviä käytäntöjä, edistää innovatiivista toimintaa sekä aikaansaada parempia tuloksia. Kun mallia sovelletaan TUTKA -logiikan tunnuspiirteiden mukaan, saadaan muodostettua toimiva kokonaisuus, joka toteuttaa organisaation määrittelevää strategiaa kehittyen jatkuvasti. Erinomaisuuden eli menestyvän tunnuspiirteet kuvaavat organisaation kestävästä menestyksen perusedellytyksiä, joita voidaan käyttää lähtökohtana erinomaisen organisaatiokulttuurin ominaisuuksia määriteltäessä. Malli antaa laajemman näkemyksen organisaation johtotehtävissä työskenteleville ymmärtämään organisaation toiminnan ja saavutettujen tulosten syy-seuraussuhteita. TUTKA -logiikalla arvioidaan organisaation suorituskykyä järjestelmällisesti. Se helpottaa muutosjohtamista ja kehittämishankkeiden hallintaa. (EFQM Excellence -malli 2013, 2-3.)

EFQM -arviointimallin ydin on looginen periaate eli TUTKA. Tässä nousevat esiin tulokset, toimintatapa, käytännön soveltaminen ja arviointi ja parantaminen. Tämän logiikan perusteella organisaation, kuten Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen tulisi määritellä osana strategista suunnitteluprosessiaan ne tulokset, jotka halutaan saavuttaa. Nämä tavoiteltavat tulokset kattavat organisaation koko suorituskyvyn, mukaan lukien taloudelliset ja toiminnalliset näkökohdat, sekä sidosryhmien näkemykset. (<http://www.vopla.fi/efqm/>, viitattu 28.4.2016.)

Näkemyksemme mukaan nämä kaikki osa-alueet on tuotu selkeästi esiin Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen strategiassa. Laadullinen aspekti on kirjoitettu aihealueeseen sisään mm. jatkuvan kehityksen ajatuksella, vaikka itse määritelmänä sitä ei siellä näy. Tarkoitus on kehittää ja ylläpitää organisaation sisäisiä järkeviä toimintatapoja, jotka tuottavat vaadittavia tuloksia nyt ja tulevaisuudessa. Näitä toimintatapoja ja niiden ympärille rakentuvaa kokonaisuutta arvioidaan vuosittain systemaattisesti sekä tarpeen vaatiessa niitä hienosäädetään ja muutetaan. Toimintatapoja sovelletaan käytännössä palvelulinjoittain järjestelmällisesti, jolla mahdollistetaan ja varmistetaan täysipainoinen käytännön toteutus. Toimintatapoja ja niiden käytännön soveltamista arvioidaan jatkuvasti ja mahdollisuuksien mukaan parannetaan. Peruspalvelukuntayhtymä Selänne on toiminut jo yli viisi vuotta ja sinä aikana on useampia tarpeellisia parantamistoimenpiteitä tunnistettu ja priorisoitu. Uusien toimintatapojen suunnittelu on käynnistetty ja osaltaan jo toteutettukin. Kehittyminen on kuitenkin jatkuva prosessi ja se jatkuu koko ajan organisaation ja sen sidosryhmien kehittymisen myötä.



KUVIO 1. EFQM -mallin tunnuspiirteet

(http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/leonardo_quality_in_vet_schools/efqm/efqm_malli)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme keskittyy Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen yli 65-vuotiaiden kotihoidon asiakkaisiin ja lääkinällistä kuntoutuspalveluja saaviin asiakkaisiin. Tutkimusjoukko koostuu vähintään kotihoidon palveluja saavista asiakkaista sekä kotihoidon palveluja ja lääkinällistä kuntoutusta saavista asiakkaista. Kotihoidon palvelulla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan kunnallisen kotihoidon piirissä olevia asiakkaita, joiden kotona kotihoito käy säännöllisesti. Kuntoutuksen asiakkailla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä asiakkaita, jotka ovat saaneet yhden tai useamman kerran lääkinällisen kuntoutuksen palveluja, kuten fysioterapiaa, toimintaterapiaa tai apuvälinepalveluja.

Kokonaistavoitteena on kuvata Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen yli 65-vuotiaiden kotihoidon ja lääkinällisen kuntoutuspalveluasiakkaiden palveluprosesseja asiakkaan näkökulmasta. Kehittämistehtävän tavoitteena on lisätä asiakasymmärrystä kotihoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaista sekä heidän saamistaan palveluista, niiden ajoituksesta, kohdentumisestaan ja heidän asiakaskokemuksistaan.

Tarkoituksena on tuottaa asiakastietoa, jota on mahdollisuus hyödyntää palvelurakenteiden ja palveluprosessien kehittämisessä Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueella.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Millaisia kokemuksia kotihoidon ja lääkinällisen kuntoutuspalvelujen asiakkailla on palveluista?
2. Miten kotihoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen palvelujen yhteistyö toimii ja miten yhteistyötä voidaan kehittää?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin tutkimuskysely Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen yli 65-vuotiaille kotihoidon ja lääkinnällisen kuntoutuspalveluiden asiakkaille. Toisessa vaiheessa kuultiin Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden henkilökunnan näkemyksiä sekä kokemuksia kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden yhteistyöstä ja kehittämistarpeista. Samassa tilaisuudessa esiteltiin henkilökunnalle tekemämme kyselytutkimuksen tuloksia.

5.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Olemme hyödyntäneet tutkimuksessamme sekä kvalitatiivista eli laadullista että kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa, tuottamaan ymmärrystä tietystä toiminnasta tai antamaan teoreettinen tulkinta tutkittavalle ilmiölle. (Tuomi 2012, 85). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän ja käsiteltävän ilmiön kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimiemme ilmiöiden ymmärtämiseen vaikuttaa arvolähtökohtamme. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita, ei niinkään todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi 2010, 161.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Laadullisen tutkimuksen lähestymistapaan liittyvä kysely toteutetaan usein avoimilla kysymyksillä ja tutkimukseen osallistujien valinnassa käytetään harkinnanvaraista otosta. Aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää myös rinnan ns. mixed-methods tyyppisesti siten, että samalla kerätään myös määrällistä eli kvantitatiivista tietoa. (Tuomi 2012, 71.) Määrällisen tutkimuksen lähestymistapaa hyödyntäen olemme pyrkineet saamaan tutkimuskohteesta monipuolisempia ja kattavampia tuloksia. Tutkimuksen otanta on vielä riittävä määrittämään tämän tutkimuksen myös määrälliseksi tutkimukseksi. Tutkimussuunnitelmaamme sisältyi osio, että mikäli postitettavalla kyselyllä ei saada riittävää tai riittävän luotettavaa tutkimusaineistoa, toteutamme tutkimukseen toisen osuuden laadullisen tutkimuksen keinoin haastattelemalla pienempää asiakasryhmää

jokaisella paikkakunnalla. Yhtenä lähestymistapana olemme soveltaneet myös palvelumuotoilun asiakas- ja käyttäjälähtöistä näkökulmaa sekä tutkimuskyselylomakkeen suunnittelussa että aineiston analyysissä.

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui strukturoitu postikyselylomake. Kyselylomakkeet lähetettiin kohderyhmälle satunnaisella otannalla kotihoidon ja kuntoutuksen työntekijöiden välityksellä, jolloin tutkittavien henkilö- ja osoitetiedot eivät tulleet missään vaiheessa tutkijoiden tietoon. Vastauslomakkeet oli mahdollista palauttaa myös erillisiin palautuslaatikoihin, jotka sijaitsivat jokaisen Selänteen alueen kunnan kotihoidon ja kuntoutuspalveluyksiköissä.

Tyypillistä laadullisen tutkimuksen edetessä on, että työn näkökulma, painopisteet sekä tulkinnat saattavat muuttua. Tutkimustiedon kerääminen saattaa herättää tutkijan mielenkiinnon uusiin asioihin ja muuttaa tutkimuskysymyksiä kokonaan. Laadullinen tutkimus antaa joustavuutta ongelman asettelussa. Tutkittavan aiheen tarkentaminen ja rajaaminen vaikuttaa lopputuloksen selkeyteen. (Hirsjärvi 2010, 81.) Kyselytutkimuksen tehtävänanto rajasi tutkimuksemme aiheita sekä kohderyhmää, koska tutkimus kohdennettiin yli 65-vuotiaisiin kotona tai palveluasumisen piirissä oleviin kotihoidon ja kuntoutusasiakkaisiin.

5.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Anttilan (2007) mukaan kyselytutkimuksen tarkoituksena on saada tietyin kriteerein valitulta joukolta vastauksia samoihin kysymyksiin eli koota yksityiskohtaista tietoa, joka kuvaa olemassa olevaa ilmiötä. Kyselytutkimuksen avulla voidaan nimetä ja tunnistaa ongelmia tai olemassa olevia käytänteitä ja tehdä niistä vertailua. Tutkimuksen tarkoituksena on myös määrittellä, mitä muut tahot tekevät samankaltaisessa tilanteessa samantyyppisille ongelmille ja saada näistä kokemuksista hyötyä tekemällä tulevaisuutta koskevia suunnitelmia ja päätöksiä. Kyselylomake tulee suunnitella huolellisesti ja se on esitettävä. Lomakkeen suunnittelussa tulee huomioida tutkimuksen teoreettinen viitekehys sekä keskeiset käsitteet, koska niihin liittyvien yleisten käsitteiden avulla mitataan tutkittavaa asiaa. Lisäksi tutkijan on tunnettava tutkimuksen perusjoukko, jolloin varmistetaan teoreettisten käsitteiden siirtyminen empiiriselle tasolle tutkittavalle ymmärrettävälle tasolle. (Anttila 2007, 115-116.)

Kyselylomakkeen on mitattava sitä, mitä teoreettisilla käsitteillä väitetään mitattavan. Käsitteiden pitää olla myös vastaajan ymmärrettävissä. (Vilkkä 2015, 101-102.) Tutkimusaineiston tulkinta tehdään sen tiedon varassa, mitä kyselylomakkeessa on kysytty. Vilkkä (2015, 131).

Kyselylomake aloitetaan usein ns. taustakysymyksillä, joilla viritellään ja lämmitellään vastaaja mukaan. Taustakysymysten jälkeen seuraa kysymykset, joihin on helppo vastata ja jotka johdattelevat vastaajan aiheeseen. Kyselylomakkeen lopussa eli ns. jäädyttelyvaiheen kysymykset sisältävät muutamia helposti vastattavia yleisiä kysymyksiä. (Aaltola 2010, 104-105).

Tutkimuskyselylomake sisälsi sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Suurin osa kysymyksistä oli laadittu monivalintakysymysmuotoon vastaamisen helpottamiseksi. Vaativimmat ja avoimet kysymykset sijoitettiin kyselyn loppuvaiheeseen. Avoimilla kysymyksillä annettiin vastaajalle mahdollisuus kertoa oma näkemys, mielipide ja kokemus kysytyistä asioista. Kyselyyn vastaamisen helpottamiseksi kyselyn yhteyteen liitettiin vastauskuori postimerkkeineen.

Tutkimuksen saatekirjeellä on merkitystä tutkimuksen onnistumiseen. Vilkan (2015) mukaan saatekirjeen tehtävänä on vakuuttaa tutkimuskohde tutkimuksesta, herättää kiinnostusta osallistumaan ja motivoida vastaamaan kyselyyn. (Vilkkä 2015, 189). Tutkimuskyselyn saatekirjeessä kerrottiin tutkimukseen osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen, eikä osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta millään tavalla sen hetkisiin palveluihin.

Tutkimuksen aihealueen sekä kohderyhmän tuntemus helpotti lomakkeen kysymysten muotoilua, koska meillä tutkijoilla oli ennakkokäsitys aiheesta ja työkokemusta sekä kotihoidosta että kuntoutuspalveluista.

5.3 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Aineistonkeruumenetelmiä voidaan käyttää myös rinnan siten, että samalla kerätään myös määrällistä eli kvantitatiivista tietoa. (Tuomi 2012, 71.)

Tutkimuskyselyyn osallistui satunnaisesti valitut Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen yli 65-vuotiaat vähintään kotihoidon asiakkaina olevat sekä kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden asiakkaat, jotka asuvat kotona tai palveluasunnossa, ja jotka olivat saaneet Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen palveluja v.2014 aikana. Peruspalvelukuntayhtymä Selänteeseen kuuluu neljä kuntaa, Haapajärvi, Kärämäki, Pyhäjärvi sekä Reisjärvi. Tutkimuskysely lähetettiin postitse yhteensä 200 henkilölle siten, että Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen jokaisen neljän kunnan alueelle 50. Kyselylomakkeet lähetettiin joulukuussa 2014 lähteneiden kotihoidon laskujen mukana siten, että laskutuksen henkilökunta liitti tutkimuskyselylomakkeen satunnaisesti valittujen laskujen mukaan. Kriteerinä oli ainoastaan, että asiakas saa vähintään kotihoidon palveluja. Laskut ja tutkimuskyselylomakkeet lähetettiin eteenpäin II-luokan kirjepostissa. Kyselylomakkeita oli myös vapaasti saatavilla ja vastattavissa Selänteen alueen kuntoutuksen ja kotihoidon yksiköissä. Tutkimuskyselyyn vastaamisaika suunniteltiin toteutettavaksi 10.12.-31.12.2014 välisenä aikana. Kattavamman tutkimusaineiston saamiseksi sekä juhlapyhien vuoksi vastausaikaa pidennettiin 5.1.2015 saakka. Tämä saatiin sujuvasti järjestettyä työyhteisön kanssa. Tutkimuskyselyyn osallistuvilla oli mahdollisuus käyttää vastaamisessa apuna kotihoidon ja kuntoutuksen työntekijöitä tai omia avustajia sekä omaisia.

Tutkimuskyselyn lisäksi opinnäytetyöhömme sisältyi Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden henkilöstötapaaminen. Henkilöstötapaamisen tavoitteena oli kuulla ja jakaa henkilöstön näkemyksiä kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen yhteistyön toimivuudesta sekä kehittämistarpeista. Samassa yhteydessä henkilöstölle esiteltiin tutkimustuloksia peilaten niitä heidän kokemuksiin ja näkemyksiin.

Henkilöstötapaamiseen osallistui yhdeksän kotihoidon ja kuntoutuksen viranhaltijaa eli kuntoutuksen ja kotihoidon palveluesimiehet, kotihoidon vastaavat hoitajat, vastaavat fysioterapeutit sekä opinnäytetyön tekijät, ja tapaaminen toteutettiin työpajatyypillisesti. Menetelmänä käytettiin Karkea Jauhin- ideointimenetelmää soveltaen tapaamisen luonteeseen. Karkea Jauhin -menetelmä on työkalu, jolla ideoidaan palveluja tulevaisuuden asiakastarpeisiin sekä saadaan esille osallistujien osaaminen ja yhteistyöprosessit. (Karkea Jauhin 2015, viitattu 6.3.2015).

Menetelmää sovellettiin pienryhmätyöskentelyyn siten, että ryhmän jäsenet keskustelivat heille annetusta aiheista ja jokaisella ryhmän jäsenellä oli mahdollisuus esittää kirjallisesti oman näkemys sekä kehittämisehdotus esittämiimme kysymyksiin.

Ryhmiä oli yhteensä viisi. Työpapereita kierrätettiin ryhmissä siten, että edellisen osallistujan vastaukset eivät tulleet seuraavan vastaajan tietoisuuteen. Näin mahdollistettiin, että jokainen osallistuja rohkenisi kertoa oman kokemuksen aiheesta. Lopuksi kirjattiin kaikki vastaukset Flap-työkalulle ja käytiin ne keskustellen yhteisesti läpi. Vastaukset virittivät osallistujat avoimeen ja rakentavaan keskusteluun. Henkilöstötapaamisen avulla päästiin tarkastelemaan työpaikan toimintakäytäntöjä tarkemmin. Työpajapäivän aikana henkilöstö nimesi myös kehittämisehdotuksia sekä toimivampia käytäntöjä Selänteen alueen kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen joustavampaan yhteistyöhön.

5.4 Aineiston analyysi

Kerätyn tutkimusaineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen tärkeitä vaiheita. Ensimmäisessä vaiheessa aineiston järjestämisessä tarkistetaan tiedon mahdolliset puutteet ja virheellisyydet. Postikyselyn osalta tässä vaiheessa päätetään mahdollinen ja tarkoituksenmukainen lomakkeiden hylkäys. Toisessa vaiheessa pyritään täydentämään tietoja esimerkiksi haastatteluun tai karhuamalla lomakkeita. Kolmas vaihe käsittää aineiston järjestämisen tiedon tallennusta ja analyysejä varten. (Hirsjärvi 2007, 216-217.)

Aineiston analysointi aloitettiin tiedonkeruuvaiheen jälkeen. Vastauslomakkeita palautui tasaisesti jokaisesta Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen neljästä kunnasta, joten tutkimustulokset ovat verrattavissa myös kuntakohtaisesti. Yksi vastauslomake jouduttiin poistamaan, koska vastaukset eivät liittyneet mitenkään lomakkeen kysymyksiin, eikä kyselylomaketta näin ollen voitu käyttää luotettavana tutkimusaineistona. Lisäksi vastaajan tunnistettavuus vastausten perusteella olisi ollut mahdollista, joten vastauslomake oli perusteltua poistaa tutkimusaineistosta.

Tutkimusaineiston analysoinnissa sovellettiin laadullisen tutkimuksen tavallisimpia analyysimenetelmiä eli teemoittelua ja tyypittelyä. (Hirsjärvi 2007, 223.)

Tutkimusaineiston pilkkominen ja ryhmittely aihepiireittäin ja teemoittain mahdollistaa vertailun ja esiintyvyyden aineistossa. Alustava ryhmittely voidaan tehdä esimerkiksi taustatietojen, iän tai sukupuolen mukaan. (Tuomi 2012, 93.) Aineiston tyypittelyvaiheessa tutkimusaineisto luokitellaan eli teemojen sisältä etsitään näkemyksille yhteisiä ominaisuuksia ja muodostetaan niistä tietynlainen yleistys eli

tyyppiesimerkki. Tyypittelyssä tiivistetään joukko tiettyä teemaa koskevat näkemykset yleistykseksi. Tässä vaiheessa tutkijan tulee selvittää itselleen hakeeko aineistosta samankaltaisuutta vai erilaisuutta (Tuomi 2012, 93-94.)

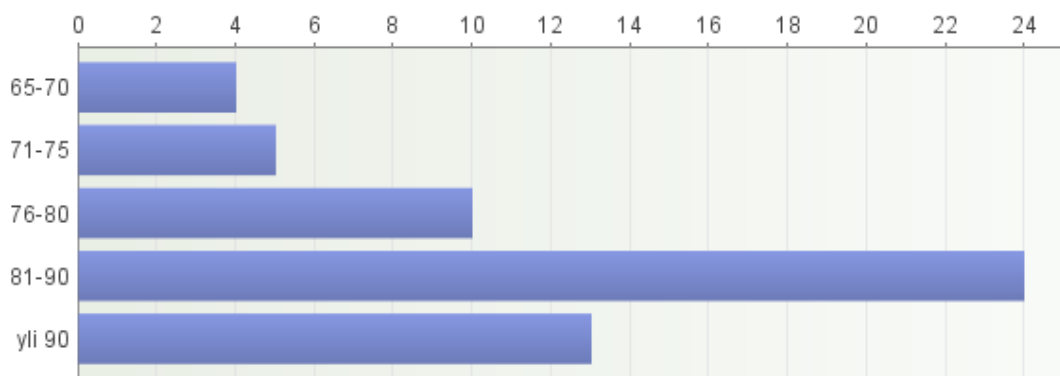
Tutkimuksen alustava ryhmittely oli huomioitu jo tutkimuskyselylomakkeen laatimisvaiheessa. Kyselylomakkeen teemoja olivat kohderyhmän taustatiedot ja terveydentila, arjessa selviytyminen ja avun tarve, osallisuus, yksinäisyys ja turvattomuus, tulevaisuuden näkymät ja kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden palvelukokemukset, palveluiden kehittämistarpeet sekä palvelujen kehittämisehdotukset.

Kyselylomakkeiden vastaukset siirrettiin Oulun ammattikorkeakoulun opiskelijoiden käytössä olleeseen Webropol -ohjelmistoon, jonka avulla tutkimusaineistosta saadaan työstettyä erilaisia raportteja ja tekstianalyyseja. Webropol -ohjelmiston avulla tutkimusaineistosta laadittiin myös kuntakohtaiset raportit, joita esiteltiin työyhteisön henkilöstötapaamisen yhteydessä. Tulosten esittämisessä käytettiin taulukoita, jotka helpottivat tulosten lukemista sekä mielipiteiden jakautumista. Avointen kysymysten osalta tulosten esittämisessä käytettiin suoria lainauksia vastauksista.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot ja oma terveydentila

Tutkimuskyselyyn osallistui 57 kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden asiakasta. Tutkimuskyselyyn vastaajista naisia oli 41 ja miehiä 16. Suurin osa vastaajista eli 66% oli yli 80-vuotiaita. Vastaajien ikäjakauma tukee yleistä valtakunnallista väestörakennetta sekä ajatusta ikäihmisten kotiin annettavien palvelujen sekä palveluasumisen kehittämistarpeista. Yli 65-vuotiaita v. 2030 on arvioitu olevan 25,6% koko maamme väestöstä. (Hynynen 2013, 2).



KUVIO 2. Vastaajien ikä (n=56)

Suurin osa vastaajista eli 69% asui yksin (n=57). Puolisonsa kanssa asui 19% ja palveluasunnossa 10% vastaajista.

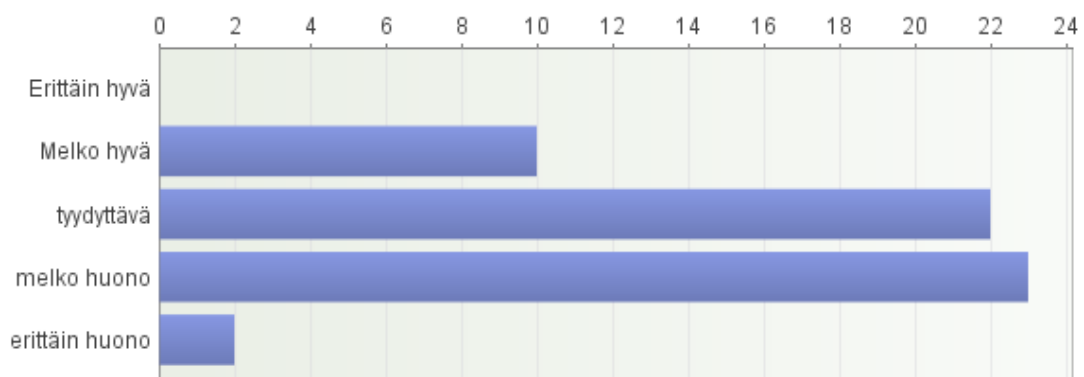
Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Käsite on WHO:n mukaan jo vanhentunut, joten se on ehdottanut uudeksi terveyden määritelmäksi ”terveys on ihmisen kykyä sopeutua ja ohjata itse omaa elämäänsä erilaisten haasteiden keskellä”. Terveys on määritelty kyvyksi pärjätä omillaan ja kyvyksi tulla arjessa toimeen omien vaivojensa kanssa. Terveyttä pidetään myös kykynä sopeutua ja ohjata itse omaa elämää. (Koivuniemi 2014, 39.)

Biologisten ja fysiologisten muutosten lisäksi vanhenemiseen liittyy olennaisesti oma kokemus omasta terveydestään sekä vanhenemisestaan. Ikääntymisen myötä tulevat elimistön muutokset ovat yksilöllisiä ja monimuotoisia. Jotta ymmärrettäisiin ikääntyneen omia tuntemuksia ja kokemuksia omasta terveydestä ja toimintakyvystä, täytyy kuulla ikääntyneen itsensä kertomia kokemuksia, ajatuksia ja tunteita ikääntymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. (Heikkinen 2013, 237-238.) Vertailevan tutkimustiedon mukaan potilaat arvioivat yleensä toimintakyvyn paremmaksi kuin hoitohenkilökunnan mielestä on. Omaiset puolestaan arvioivat tutkittavan toimintakyvyn huonommaksi kuin tutkittava itse. Oman toimintakyvyn arvioinnissa miesten on todettu yliarvioivan ja naisten aliarvioivan toimintakykynsä. (Laukkanen 2008,296.)

Ikäihmiset kokevat oman terveyden ja toimintakyvyn yleensä hyväksi. Riskitekijöitä oman terveyden huonoksi tuntemiselle ovat mm. fyysisen toimintakyvyn aleneminen, yksinäisyys, masennus, palveluiden saatavuuteen liittyvät ongelmat sekä tyytymättömyys palveluihin.

(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, viitattu 11.3.2016)

Kyselyyn vastanneet kokivat oman terveydentilansa yleisesti melko huonoksi tai tyydyttäväksi (40% vastaajista). Toisaalta 17% vastaajista koki oman terveydentilansa melko hyväksi. Yleisimpiä sairauksia, jotka vaikeuttivat arjen toiminnoista selviytymistä, mainittiin mm. nivelrikko, reumasairaudet, muistisairaus, astma, sekä sydän- ja verisuonisairaudet.



KUVIO 3. Kokemus omasta terveydentilasta (n=57)

6.2 Arjessa selviytyminen ja avun tarve

Laukkanen (2008) määrittelee päivittäisistä perustoiminnoista selviytymisen yksilön selviytymisenä mm. pukeutumisesta ja peseytymisestä eli fyysisenä toimintakykynä. Kodin ulkopuolisten asioiden hoitaminen edellyttää myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Vaativat ja laajat toiminnot, kuten osallistuminen järjestön tarjoamaan toimintaan, vaatii sosiaalista osallistumista. (Laukkanen 2008, 264.) Päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumista voidaan arvioida ns. ADL-indeksimittariston avulla. ADL-indeksiin kuuluu kuusi päivittäistä perustoimintoa, kuten pukeutuminen, peseytyminen, liikkuminen, WC:ssä käyminen, pidätyskyky sekä syöminen. Perustoiminnoista suoriutumista osana toimintakykyä on täydennetty ja kehitetty välineellinen toiminnoista suoriutumisen käsite eli IADL-indeksi, johon liittyy iäkkään henkilön talouden ja oman ympäristönsä hoitaminen. Tähän luokiteltuja toimintoja ovat mm. puhelimen käyttö, ruuan valmistus, talouden ja kauppa-asioiden hoito sekä liikkuminen paikasta toiseen. (Valta 2008, 17,18.). Tässä tutkimuskyselyssä arkiaskareet tarkoittivat kodin pieniä askareita, kuten ruuan valmistusta, pyykkihuoltoa ja siivousta. Kodin ulkopuolisten asioiden hoitamiseen liittyi mm. kauppa- sekä pankkiasioiden hoitaminen.

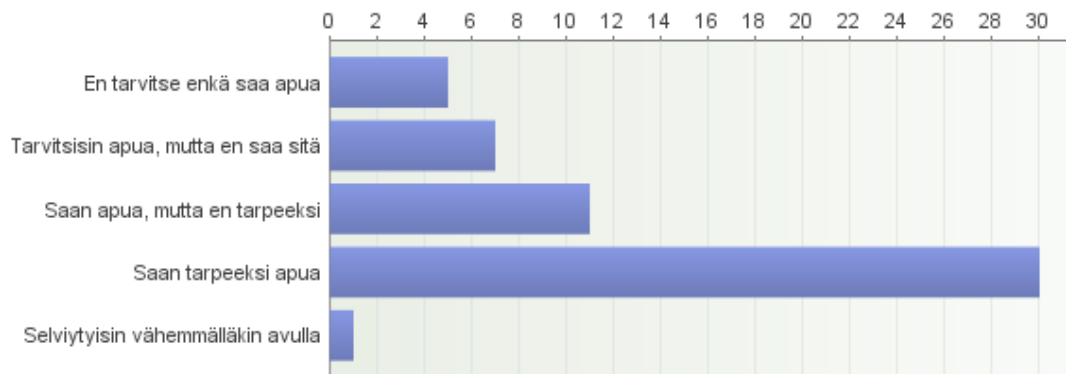
Koivuniemen (2014) mukaan arki voidaan määritellä hetki hetkeltä ja tilanne tilanteelta syntyväksi toiminnan prosessiksi, joka tuottaa uusia tilanteita. Siihen liitetään tilanteittain ja ajallisesti eteneviä arkisia asioita, kuten seuraavaan päivään varautuminen, viihtyisyyden rakentaminen ja mahdollisuuteen nauttia kotoisesti olemisesta. Koti ja työpaikka nivouttavat yhteen ihmisten arkea ja arkista hyvinvointia. Tähän liittyy vahvasti palvelujärjestelmää edustavien tahojen vuorovaikutus ja luottamus pärjäämiseen. (Koivuniemi 2014, 39.)

Pärjääminen on yksilön kykyä määrätä elämästään ja sitä tukemalla selviytymisen edistymistä arkielämässä. Laajassa määrittelyssä pärjäämisessä on kyse ihmisen koko elämänkaaren mittaisesta jatkuvasti muuttuvasta prosessista, jonka onnistumiseen liitetään tarpeiden tyydyttyminen ja ihmiseen kohdistuvan kuormituksen hallinta. Arjessa pärjääminen on erilaisten tilanteiden joustava kokonaisuus, johon terveydenhuolto, potilaat ja ammattihenkilöstö vuorovaikutustilanteiden kautta on osallisena. Määrittelyissä on huomioitava kulttuurisidonnaisuus ja kulttuuriset erot sekä teknologiset uudistukset ja tieteen kehittyminen. Hyvinvointi on myös osallisuutta ja vapautta elää ja mahdollisuutta tehdä vapaasti omaa elämää koskevia valintoja. Näin

määriteltynä terveys on elämän hallintaa ja luottamusta omaan pärjäämiseen.
(Koivuniemi 2014, 40.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatiman raportin (68/2012) mukaan huomattava osa yli 75-vuotiaista tarvitsee tukea päivittäisissä toiminnoissaan. Tulevaisuudessa muistisairaiden määrä kasvaa väestön ikääntyessä, jolloin myös palveluiden ja hoivan tarve lisääntyy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012 raportti 68/2012, 149).

Suurin osa (56%) kyselyyn vastanneista koki saavansa apua riittävästi. Seitsemän vastaajaa sai apua, mutta ei mielestään riittävästi. Yksi vastaaja koki, että selviytyisi vähemmälläkin avulla arkiaskareissa.



KUVIO 4. Avun tarve kotitöissä ja muissa askareissa (n=54)

Yleisimpiä ostopalveluja olivat mm. siivous- ja asiointipalvelut, talonmiespalvelut, hieronta sekä yksityinen kotisairaanhoido. 26% vastaajista eivät ostaneet itselleen mitään muuta palveluja. Vastauksista ilmeni, että omaiset auttoivat kotitöissä sekä kodin ulkopuolisissa asioissa, kuten kaupassa ja pankkiasioiden hoitamisessa. Kehusmaa (2013) on tutkimuksessaan todennut, että omaishoitajana toimivat ovat merkittävässä roolissa hoitaessaan iäkästä läheistään koska heillä on tieto hoidettavan toimintakyvystä, terveydestä ja arjen sujumisesta. (Kehusmaa 2013, 146-147). Vastauksissa korostui omaisten antama tuki, joka mahdollisti ikäihmisen kotona asumisen sekä auttoi arkiaskareista selviytymisessä

“poika käy joka päivä, paljon hyviä ystäviä ja naapureita, hoitajat käyvät joka päivä ”

“tytär pessyt kaikki vaatteet ja lakanat sekä tehnyt siivoustöitä”

” läheiset vierailevat ja auttavat usein”

“ vaimon apu, ilman en selviä edes päivittäisistä askareista”

” omaishoitajan apu mm. kauppakäynneillä, ruuanlaitossa, pankkiasioissa jne.”

Arjessa selviytymiseen vaikutti vastausten mukaan myös oma asenne. Pyrkimys tekemään itse mahdollisimman paljon kotiaskareita sekä avun pyytäminen tarvittaessa koettiin auttavan arjessa. Vastauksissa tuli esille myös kotihoidon sekä kodin turvalaitteiden merkitys kotona pärjäämisessä.

“ positiivinen ajattelutapa, vapaaehtoistyöntekijä käy kerran viikossa”

“ itse yrittäminen ja avun pyynti tarvittaessa askareisiin, joista ei itse selviä”

” olen jollain lailla hyväksynyt tilanteen ja vaikeuksissa huumorintaju auttaa. Luotan turvapuhelimeen, nuorempi sisareni auttaa minua paljon”

“ kotiapu käy neljä kertaa päivässä. Tytär niin usein kuin mahdollista, ainakin 4-5 kertaa viikossa”

“ turvaranneke, liikkumisen apuvälineet”

“ riittävä kotiapu, turvapuhelin, puhelin, apuvälineet”

Vastaajien mielestä seuraavat asiat tekisivät arjesta laadukkaampaa. Vastauksissa kaivattiin ystäviä sekä apua ulkoilemiseen.

”henkilö, joka lukisi jotain, auttaisi ulkoilussa”

”keskusteluseura sekä ulkoiluttaja jos voimia lenkkeilyyn olisi”

*”käytettäis se 4 x15 min/pv vähän tarkempaan asiakkaan hyväksi,
hierottais vaikka hartioita ja siinä samalla juteltais”*

”ystävät kävisivät useammin”

”kotona saatava apu, jotta omaishoitaja selviäisi ja jaksaisi”

Tyytyväisyyttä nykyiseen tilanteeseen koettiin

“ tällä hetkellä asiat ovat hyvin”

“ tällä hetkellä pärjään, kun hoitaja käy katsomassa”

6.3 Osallisuus ja toimijuus

Jyrkämä (2008) määrittelee vanhenemisen sosiaalisuuden mahdollisuutena olla aktiivinen toimija vaikuttaen omaan ympäristöönsä ja rakentaen omaa vanhenemistaan. Hyvä vanhuus tarkoittaa sopeutumista, tyytyväisyyttä sekä hyvää mielialaa. Aktiivisuus luo tyytyväisyyttä ja tasapaino on mahdollista saavuttaa sopeutumalla elämän tuomiin menetyksiin. Elämänkulkuun liittyvät menetykset muokkaavat tasapainoa, mutta samalla tilalle tulee uusia tyytyväisyyttä ja tasapainoa edistäviä asioita, kuten mielekäs tekeminen tai ihmissuhteet. (Jyrkämä 2008, 274.)

Eri tilanteissa vanheneva tunnistetaan ja ymmärretään hänen elämänkulkunsa, henkilöhistoriansa, omat mahdollisuutensa ja rajansa. Hyvään vanhenemiseen liittyy tyytyväisyyttä, onnea, iloa ja myönteisyyden tuntemuksia muuttuvissa tilanteissa eli sopusointu kokemusten, eletyn elämän ja nykyisyyden kesken. (Jyrkämä 2013, 425).

Sosiaalista taitavuutta ilmenee sosiaalisena toimintana erilaisissa tilanteissa. Toimintaamme ohjaa tietynlaiset odotukset sopivasta ja hyvästä sosiaalisesta toiminnasta. Kuuselan (2014) mukaan sosiaalinen taitavuus edistää hyvinvointia ja terveyttä, koska ihmiselle on tärkeää olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja kuulua ryhmiin tai yhteisöihin. Sosiaalisuuden tarve vaihtelee yksilöittäin ja on sidoksissa motivaation voimakkuuteen. Sosiaalinen taitavuus vuorovaikutussuhteissa tuottaa

myönteisiä tunnekokemuksia, onnistumisia, mielekkyyttä sekä merkityksellisyyden kokemuksia. (Kuusela 2014, 65.)

Jyrkämä (2007) mainitsee toimintakyvyn olevan osa toimijuutta. Hän määrittää toimijuuden käsitettä modaliteettimallin kautta. Ikääntyvät rakentavat elämäntilanteitaan ja elämänkulkuaan omalla toiminnalla ja valinnoilla sen kautta, jossa he elämäänsä ikääntyessään elävät. Toimijuuden kuuteen modaliteettiin sisältyy osata, haluta, täytyä, tuntea, voida ja kyetä. Nämä ulottuvuudet tulisi olla määrällisesti sopivassa suhteessa toisiinsa eli täytymisiä, kuten pakkoja tai rajoituksia, ei saisi olla liikaa suhteessa voimisiin ja mahdollisuuksiin. Osata -ulottuvuuteen liittyy tiedot ja taidot, joita ihmisellä on tai oletetaan olevan. Osaamiseen liittyy myös psyykinen toimintakyky. Haluta -ulottuvuus näkyy vanhuksen arjessa haluna ja motivoitumisena tehdä niitä asioita mihin he itse kykenevät. Täytyä -ulottovuuteen liittyy pakkoihin ja rajoituksiin, jotka voivat olla fyysisiä, sosiaalisia, kulttuurisia tai moraalisia. Tuntea-ulottuvuus viittaa asioihin ja tilanteisiin, joihin kohdistuu emootioita ja arvioiteja. Voida -ulottuvuuteen sisältyy tilanteissa olevat mahdollisuudet ja vaihtoehdot. Kykenemiseen liittyy fyysinen ja psyykinen toimintakyky. (Jyrkämä 2007, 32-33).

Ikääntyneillä on paljon elämäkokemusta ja osaamista. Vaikka toimintakyky on heikentynyt, halutaan ylläpitää sitä tekemällä asioita, joihin toimintakyky vielä riittää. Sopeutuminen omaan elämäntilanteeseen kertoo myös osaamisesta, omatoimisuudesta sekä haluamisesta tehdä vielä itse asioita oman hyvinvoinnin eteen. Arkiaskareiden tekeminen mahdollistaa ja tukee toimijuutta. Toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa riippuvuutta muista ja vaikuttaa myös mielialaan.

“itse yrittäminen ja avun pyynti tarvittaessa askareisiin, joista ei itse selviä”

“tekemällä mahdollisimman paljon itse kotityöt”

“siivoan pääasiassa itse, keitän ja leivon itse, marjastin itse, ulkoileminen kuitenkin vähäistä koska liikkuminen vaikeaa”

Suuri osa (77%) vastaajista ei osallistunut asuinalueensa järjestöjen tarjoamiin ryhmiin tai palveluihin. Seurakuntien hengelliseen ja eri yhdistysten ja potilasjärjestöjen sekä kansalaisopistojen tarjoamaan toimintoihin osallistuttiin asuinalueen tarjonnan mukaan.

Huomioitavaa on, että tutkimukseen osallistuneiden kuntien alueella järjestöjen tarjoama toiminta oli vaihtelevaa.

6.4 Yksinäisyys ja turvattomuus

Vanheneminen on yksilöllinen prosessi, johon liittyy oman elämän kokemussisältöjä ja tunteita. Heikkisen (2008) mukaan kokemuksellisen vanhenemisen malli sisältää yksilön elämänsisältöön liittyvät kokemukset sekä yhteiskunnalliset ja kulttuuriset tekijät. Esimerkiksi heikentynyt terveys, heikkouden tunne ja menetykset lisäävät psyykkistä kuormitusta vaikuttaen omaan vanhenemiskokemukseen. Mielekkyyttä ja turvallisuutta toi eletyn elämän ymmärtäminen kaikkine tapahtumavaiheineen, arkirutiinit sekä hyvät ihmissuhteet. (Heikkinen 2008, 216-217).

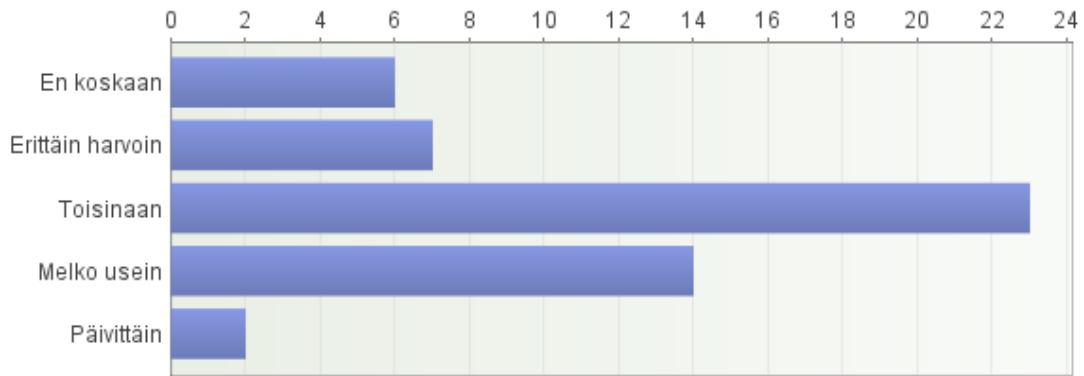
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan ikääntyneen sosiaaliseen toimintakykyyn liittyy vuorovaikutus lähipiiriin ja muiden yhteisöjen kanssa, sosiaalisten verkostojen olemassaolo, sosiaalinen osallistuminen sekä henkilön suoriutuminen yhteisössä ja yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee toimijuutena mm. sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos TOIMIA-tietokanta, viitattu 12.12.2015.)

Koskisen (2012) tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiailla vuorovaikutusongelmat ja yksinäisyyden kokeminen olivat selvästi yleisempiä kuin nuoremmilla. Vuosien 2000-2011 vertailututkimuksen mukaan n. 10% yli 75-vuotiaista miehistä ja n.12% naisista kokee itsensä melko usein tai jatkuvasti yksinäiseksi. Vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia esiintyi naisista joka neljännellä ja miehillä joka viidennellä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti 62/2012, 138).

Minäkokemus säätelee elämäämme ja käyttäytymistämme myös iäkkäänä.

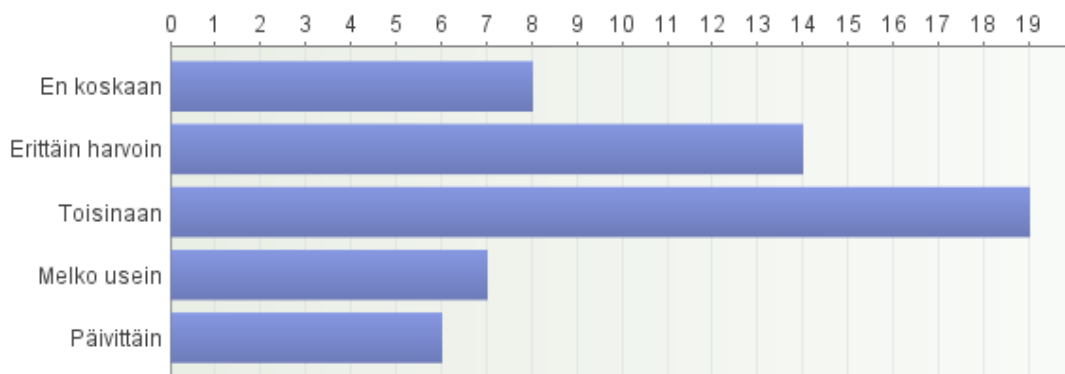
Vanheneminen vaatii voimavaroja ikääntymisen tuomien muutosten ja haasteiden, kuten sairauksien ja menetysten, hallintaan. Alakuloisuutta ja masennusta aiheuttavat suuret menetykset, esimerkiksi puolison tai läheisen kuolema. Positiivisuutta tuo hyvän elämän aikana koetut henkilökohtaiset ihmissuhteet, läheiset, yhteiskunnan tarjoamat palvelut, jotka takaavat riittävän avun tarvittaessa. Elämäkokemuksen myötä ihminen oppii tuntemaan itsensä, oppii näkemään oman rajallisuutensa sekä oman jaksamisen rajat. (Heikkinen 2008, 221)

Tässä tutkimuskyselyssä suuri osa vastaajista (44%) tunsi toisinaan itsensä yksinäiseksi. Melko usein yksinäisyyttä koki 27% ja päivittäin yksinäisyyttä koki muutama vastaaja. Yksinäisyyttä ei kokenut koskaan tai erittäin harvoin 25% vastaajista.



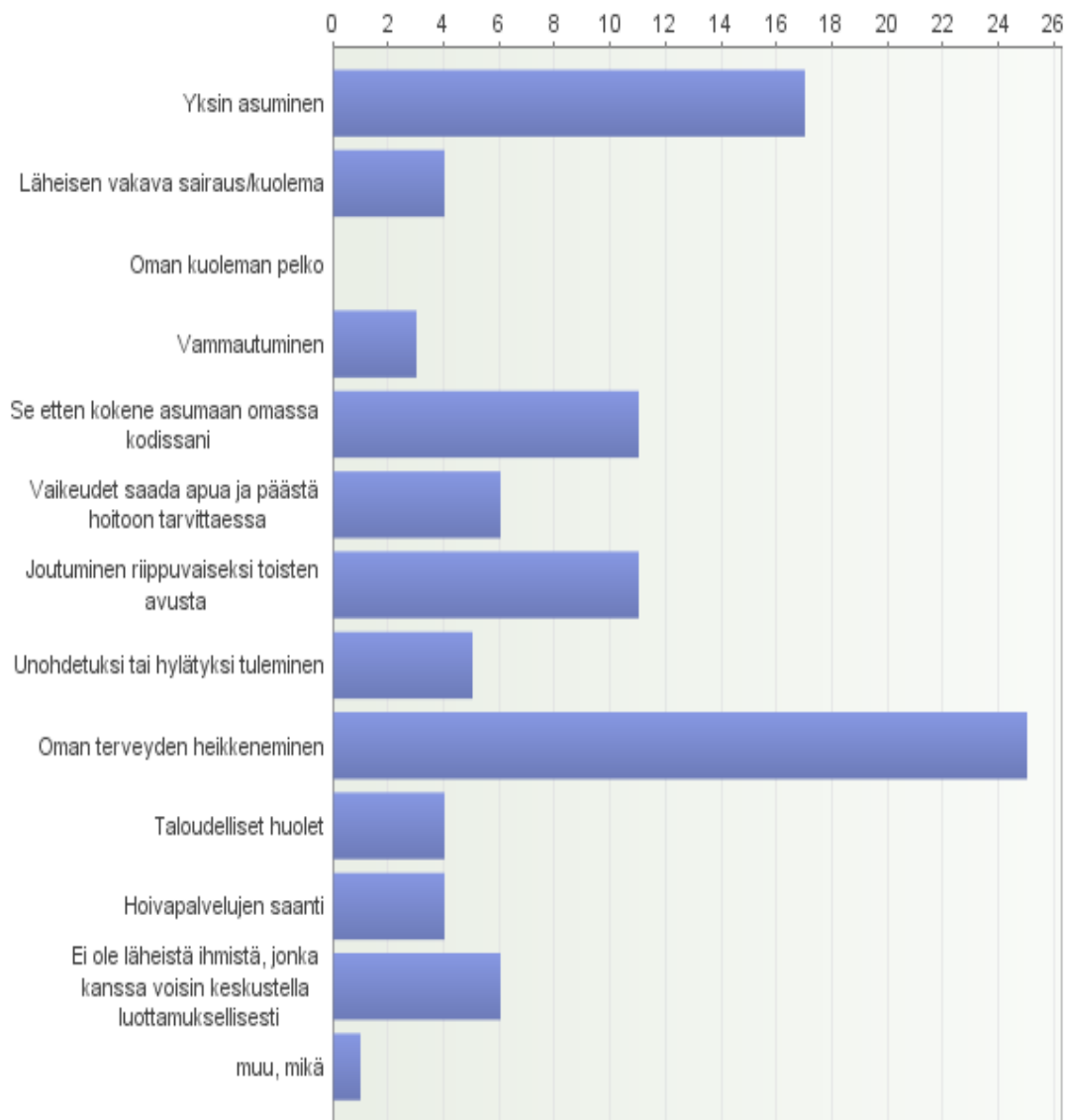
KUVIO 5. Yksinäisyyden kokemus (n=52)

Turvattomuuden tunnetta koki toisinaan tai melko usein lähes puolet (48%) vastaajista. Päivittäin turvattomuutta koki joka kymmenes vastaajista (11%). Erittäin harvoin tai ei koskaan turvattomuutta kokeneita oli 41% vastaajista.



KUVIO 6. Turvattomuuden kokemus (n=54)

Suurimmiksi turvattomuuden aiheuttajaksi koettiin oman terveyden heikkeneminen sekä yksin asuminen. Muita huolenaiheita olivat omassa kodissa asumisen kykenemättömyys, toisten avusta riippuvaiseksi joutuminen, sekä vaikeudet saada tarvittaessa apua tai päästä hoitoon. Kysymykseen oli mahdollista vastata useampaan annettuun vaihtoehtoon. Tämänkin kysymyksen yhteydessä tuli esille sosiaalisen verkoston puuttuminen eli ei ole läheistä ihmistä, jonka kanssa voisi keskustella luottamuksellisesti.



KUVIO 7. Mikä aiheuttaa turvattomuutta? (n=40)

Read (2008) kuvaa artikkelissaan elämän tarkoituksellisuutta suhteessa ikääntymiseen. Elämän kokeminen tarkoituksellisena kasvattaa elämänhalua ja hyvinvointia. Psykoanalytikko Erik Eriksonin elämän kahdeksan kehitysvaiheen mukaan viimeisimmässä vaiheessa eli vanhuuden vaiheessa korostuu oman elämän jäsentäminen ja kuolemaan valmistautuminen. Omasta elämästä pyritään luomaan kokonaisuus, jonka elämän hyvät ja huonot kokemukset hyväksytään ja ymmärretään. Eriksonin mukaan eheä minäkuva ja elämän tarkoituksellisuuden kokeminen liittyy osaksi elämän viisautta. (Read 2008, 233-234).

Yksilön kokemus oman elämänsä tarkoituksellisuudesta on ajateltu säilyvän ja jopa lisääntyvän iän myötä. Tutkimusten mukaan vanhemmissa ikäryhmissä hyväksytään kuoleminen osana elämää.

Arjessa mielekäs toiminta ja harrastus, muistelu, optimistisuus, huumori ja hengellisyys on koettu hyödyllisiksi elämän tarkoituksellisuuden tunteen kehittäjänä. Muistelun avulla eheytetään oman elämän kokonaisuutta. Mielekäs toiminta tai harrastus pitää mielen virkeänä ja tuo merkitystä elämään. Ihmissuhteet koetaan antavan merkitystä elämään. Optimistisuus ylläpitää toiveikkuutta ja luottavaista suhtautumista tulevaisuuteen. Toisaalta optimistisuutta voi olla vaikea ylläpitää iän myötä tulleiden menetysten ja sairauksien takia. (Read 2008, 238-239.)

Omaa hyvinvointia, toimintakykyä ja jaksamista edistettiin mm. tekemällä kotiaskareita sekä lenkkeilemällä.

”tekemällä mahdollisimman paljon itse kotityöt”

” teen niitä töitä mitä kykenen”

”ulkoilu, pienten puuhien teko, rutiineista suoriutuminen itse”

”pyrin tekemään lyhyen kävelylenkin kerran päivässä, käyn kerran viikossa fysioterapiassa”

”kodin askareiden tekeminen voimien mukaan, lehtien + kirjojen lukeminen, käsityöt, omatoiminen jumppaaminen”

Hyvinvointia lisäsi myös harrastukset sekä ystävät ja omaiset

”käsityöt, ristikot, lukeminen, ruuanlaitto, leipominen”

”pienet kävelylenkit, lukeminen, omaisten kanssa jutteleminen, vanhojen asioiden muisteleminen”

”käsitöitä, kyläilemällä naapureilla jne”

”kuuntelen radiota, juttelen, luen, kirjoitan, lähiruutiset”

”ystävien/sukulaisten vierailut ja puhelinsoitot, huumorilla, nauramalla, tekemällä kotiaskareita”

*”kotona käy vieraita, sekä kotihoito tarvittaessa, maanantaisin
Köpsinrinteen virkistyspäivä ja jumppa, ulkoilua joskus”*

Suurin osa vastaajista eli 37% koki tarvitsevansa kotihoidon työntekijän ohjausta edistämään omaa toimintakykyä. 26% vastaajista kaipasi fysioterapeutin antamaa ohjeistusta. Vastauksissa toivottiin myös kirjallisia jumppaohjeita, mahdollisuuksia osallistua ohjattuun ryhmätoimintaan tai esimerkiksi kevyttä hierontaa ja venyttelyä. Muutama vastaaja ei kokenut tarvitsevansa apua tai ohjausta lainkaan.

6.5 Tulevaisuuden näkymät

”Millaisina koette/näette tulevaisuuden näkymänne” -kysymykseen yli puolet vastaajista (52%) koki vaikeaksi arvioida tulevaisuuttaan. Neljäsosa vastaajista arvioi tulevaisuuden näkymät melko huonoiksi ja yksi vastaaja todella huonoksi. Tulevaisuuden koki viidesosa vastaajista melko hyvänä tai hyvänä.

Kyselyn mukaan voimia omaan jaksamiseen antoivat perhe ja ystävät. Myös harrastukset, kuten luonto, liikunta, edistivät omaa jaksamista. Viisi vastaajaa koki, ettei mikään anna heille voimia jaksaa.

6.6 Palvelukokemukset kotihoidosta, kehittämistarpeet sekä kehittämisehdotukset

Suurin osa vastaajista (70%) koki saaneensa riittävästi kotihoidon palveluja omiin tarpeisiinsa nähden. Vastaavasti kuusi vastaajaa arvioi saaneensa palveluja melko huonosti tai huonosti.

Kotihoidon palveluista saatu vastaanotto arvioitiin yleisesti hyvänä tai melko hyvänä (84%). Vain neljä vastaajaa oli kokenut melko huonon vastaanoton palveluista.

Kysyttäessä kotihoidon palvelujen kehittämistarpeesta yli puolet (64%) vastaajista arvioi palveluissa olevan kehitettävää. Vastauksista nousi esille mm. fyysisen kuntoutuksen lisäksi myös psyykkinen kuntoutus, henkilöstö- ja ajankäyttöressurssien lisääminen

"kuntoilu mukaan käynneille. Kaikki eivät halua tai pysty laitos"jumppiin" lähtemään. Myös kuntoutusta masennuksen hoitoon"

"hoitajakäynneille enemmän aikaa, samat hoitajat kotikäynneillä"

"hoitajien vaihtuvuus häiritsee, tutut hoitajat turvallisia ja luotettavia"

"lisäämällä työntekijöitä"

"käyntiajat pidempiä"

"säännölliset ajat kun tulevat, omahoitaja tarpeellinen ja sitä kaivataan"

"pitäisi olla enemmän aikaa tarvittaessa jutella asioista"

"enemmän aikaa asiakkaan kanssa niinkuin aiemmin esim. ruoanlaittoa yhdessä. joihinkin tilaisuuksiin kaveriksi jne."

"se aika mikä on sovittu pitäisi olla asiakkaan luona ja tehdä jotain. on aika ikävä katsoa 3-4min käyntiä. ei kerkiä ruokaa lämmittää"

"palvelun tulisi olla monipuolisempaa, keskittyminen pelkästään terveydenhoitoon ei palvele kokonaistarvetta. HUOM! entinen kotipalvelu oli nykyistä järjestelmää parempi"

Hoitotakuu toteutui vastaajien mielestä hyvin. Suurin osa kuntoutuspalvelujen aloituksesta tapahtui muutaman päivän tai vähintään kuukauden kuluttua kuntoutustarpeen toteamisesta.

Kotihoidon työntekijän ja fysioterapeutin ohjaus koettiin vastaajien mielestä tarpeelliseksi. Vastauksista tuli esille kirjallisten ohjeiden tärkeys sekä osallistuminen ohjattuun ryhmätoimintaan. Tämä koettiin myös edistävän virkeyttä ja antavan hyvää mieltä. Vastaavasti muutama vastaaja ei kokenut tarvitsevansa apua tai ohjausta lainkaan.

Kysymykseen ”Saatteko mielestänne riittävästi kotihoidon palveluja tarpeisiinne nähden?” suurin osa (70%) vastaajista kertoi saaneensa hyvin tai melko hyvin kotihoidon palveluja. Vastaavasti 12% koki saaneensa palveluja melko huonosti tai huonosti.

6.7 Palvelukokemukset kuntoutuspalveluista, kehittämistarpeet sekä kehittämisehdotukset

Yli puolet kuntoutuspalveluja saaneista vastaajista koki kuntoutuksen olleen kohtalaisen hyödyllistä (56%). Melko paljon tai paljon hyötyä kuntoutuksesta koki neljä vastaajaa. Neljää vastaajaa ilmoitti kuntoutuksesta saadun hyödyn melko vähäiseksi tai ei lainkaan hyödylliseksi.

Asiakaskokemus kuntoutuspalveluista koettiin yleisesti hyvänä tai melko hyvänä (67%). Tyydyttävänä tai huonona koki 33% vastaajista. Kuntoutukseen liittyvää tietoa koki saaneensa kohtalaisesti tai hyvin 41% kaikista vastaajista. Sen sijaan melko huonosti tai huonosti tietoa kuntoutukseen liittyvistä asioista koki saaneensa yli puolet vastaajista eli 58%.

Suurin osa vastaajista eli 64% koki tulleen kuulluksi omissa kuntoutusta koskevissa päätöksissä, vastaavasti 36% koki tulleen kuulluksi melko huonosti tai huonosti.

Kysyttäessä kuntoutuspalvelujen kehittämistarpeista vastaajat kehittäisivät kuntoutuspalveluita mm.

"kotona asuvia vanhuksia kuntoutettaisiin myös. Sekä fysioterapeutti voisi käydä kotona, jos ei itse omatoimisesti pääse fysioterapiaan. Jotta liikunta jne säilyisi ja pärjäisi kotona, sekä psykologin käyntejä 1-2x/kk"

"ikä ja kunto huomioitava, ei liian rasittavia jumppia ja luentoja"

"jumpparin tarttis tulla kotiin säännöllisin väliajoin"

"liikuntaterapiaa"

"kotioloissa tapahtuvaa kuntoutusta"

"ihmiselle sellaista kuntoutusta kuin se kestää, ei liian kovaa kun on keinoniveliä"

Palvelukokemuksista vastaajat kertoivat seuraavasti:

"yöpartio toimii hyvin, hoito ja palvelu laadukasta"

"kotihoitohenkilökunta auttaa ihan hyvin kiireistään huolimatta ja ovat erittäin ystävällisiä"

"äskettäin aloitettu kotipalvelu ja ateriapalvelu ovat tärkeitä ja auttavat selviytymisestä arjessa"

"hyvää kun kotisairaanhoidaja käy, ottaa labrakokeet, sais käydä myös joku tutustumassa meidän arkeen hyvää on palvelu ollut. Ainut että työillä on niin vähän aikaa yksinäiselle vanhukselle. Voisiko yksinäisille järjestää enemmän aikaa?"

"noin 4v sitten olin sairaalassa, josta sain painehaavan kantapäähän. Sitkasta oli hoidon aloittaminen ja asiallinen kohtelu"

”huono kuntoutus kun ei tahdo päästä kotiin kun niin voimaton minun mielestä pitäisi olla hyvän olon tunne kun lähtee kotiin”

Kyselyyn vastanneista 18 henkilöä ilmoitti täyttäneensä itse kyselylomakkeen. 37 vastaajaa sai apua perheenjäseneltä, ystävältä tai kotihoidon työntekijältä.

6.8 Henkilöstön kokemuksia ja kehittämissuhteita kotihoidon ja kuntoutuksen yhteistyöhön

Opinnäytetyöhömmme sisältyi tutkimuskyselyn lisäksi myös Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden henkilöstön kuuleminen sekä tutkimustulosten esittely. 4.5.2015 Haapajärven terveyskeskuksessa pidetyn henkilöstötapaamisen tavoitteena oli kuulla ja jakaa henkilöstön näkemyksiä kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen yhteistyön toimivuudesta ja mahdollisista solmukohtista sekä yhteistyön kehittämistarpeista. Tapaamisen lopussa esiteltiin tutkimustuloksia peilaten niitä henkilöstön näkemyksiin. Henkilöstötapaamisen avulla päästiin tarkastelemaan työpaikan toimintakäytäntöjä tarkemmin.

Henkilöstö arvioi apuvälineisiin liittyvän nykyisen käytännön olevan toimiva ja apuvälineitä kuntakohtaisesti riittävästi. Heikkoutena koettiin asiakkaan ja hoitohenkilöstön kannalta apuvälineiden saapuminen asiakkaalle viiveellä kuljetuskäytännöistä johtuen. Tämä koettiin eriarvoistavan asiakkaita ja asiaan kaivattiin yhtenäistä käytäntöä. Keskusteluissa esille nousi myös asiakkaiden kotona käyttämättöminä ja tarpeettomana olevat apuvälineet, jotka kuormittavat hankintajärjestelmää. Nykykäytäntöön toivottiin kotihoidon toimesta säännöllistä apuvälineiden käytön sekä kunnan tarkastusta asiakaskäynneillä. Tällöin pystytään hyödyntämään apuvälineistöä asiakkaan tarpeiden mukaan. Eriarvoisuutta lisäksi henkilöstön mukaan myös kotihoidon heikompi apuvälineistövalikoima verrattuna palveluasumisen apuvälineistöön. Apuvälineiden kattavuus ja valikoima tulisi ottaa huomioon myös vuosittain laadittavissa talousarvioissa.

Työyhteisön ns. kahvipöytäkeskustelut koettiin sekä hyödylliseksi että esteeksi saumattomalle yhteistyölle. Hyödyllisyydeksi mainittiin

*”asioiden jakaminen ohimennen yhteisissä keskusteluissa, kun tavataan.
Keskustelu toimii yhteistyön alkuna ”huolen” jakamisena”*

Toisaalta kahvipöytäkeskustelut koettiin esteeksi yhteistyölle, jolloin tieto ei siirry kaikkien asiakasta hoitavan henkilöstön tietoon ja asiakasta koskeva tieto jää ”välille”. Työntekijöiden välistä yhteydenpitoa toivottiin toimivammiksi. Kotihoidon puolelta tuli esille, että esimerkiksi iltavuorossa kuntoutuspalveluiden henkilöstöä ei tavoiteta. Tiedonkulkua ja yhteistyötä helpottaisi kotihoidon ja kuntoutuspalveluiden työntekijöiden yhteiset kuukausipalaverit, joissa käsiteltäisiin akuutit asiakashoitoon liittyvät asiat hyödyntäen myös asiakkaan omia näkemyksiä sekä toiveita kotihoidosta ja kuntoutuspalveluista.

Kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen työntekijät mainitsivat yhteydenoton työntekijöihin olevan helppoa, koska yhteistyöverkoston jäsenet ovat tulleet tutuiksi työvuosien aikana.

Kotikuntoutusta toivottiin edistettävän hoitohenkilöstön kuntouttavan työtteen muodossa. Hoitajat ovat saaneet yleisesti koulutusta ja ohjausta kuntouttavan työtteen käytöstä ja samaa asennetta toivottiin jokaiseen asiakaskontaktiin. Kotikuntoutuksen tavoitteita toivottiin selvennettävän, jotta asiakkaan toimintakykyä ja omatoimisuutta voidaan ylläpitää ja edistää myös omaisten toimesta. Kotikuntoutuksen kehittämiseen toivottiin lisää henkilöstöresursseja. Kotihoidon henkilöstöön toivottiin omaa fysioterapeuttia, jonka ensisijaisena sijoituspaikkana toimisi kotihoito. Tämä henkilöstöressin lisäys kattaisi myös rajapintaa kotihoidon ja avokuntoutuksen välillä, sekä mahdollistaisi Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kuntien kaikille asiakkaille tasapuolisen ja oikeaikaisten kuntoutuksen. Tällä tavoin tuetaan asiakkaiden kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan (asiakassuunnitelma) toivottiin kirjattavan selkeästi ja näkyväksi kotihoitoa ja kuntoutusta koskevat yhteiset periaatteet, joita työntekijät sitoutuvat noudattamaan. Kirjaamisessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota myös asiakkaan omien toiveiden ja näkemysten esille tuomiseen. Tärkeäksi koettiin myös omaisten ohjeistaminen ja sitouttaminen mukaan kuntouttavaan toimintaan, esimerkiksi kuukausittain vaihtuvien kotijumppateemojen muodossa. Kotikuntoutuksen selkeillä ja yhtenäisillä ohjeistuksilla lisätään myös hoidon laatua sekä vaikuttavuutta. Sekä kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen asiakkaiden että henkilöstön mielestä haastetta toivat aikaresurssit ja lyhyet asiakaskäynnit, joka omalta osaltaan vaikuttaa myös

hoidon suunnitelmallisuuteen. Asiakaskäynneille ja -kontakteille tulisi varata enemmän yksilöllistä keskusteluaikaa, jotta asiakkaan omat toiveet ja tarpeet tulisi kuulluksi.

Henkilöstökeskusteluissa tuli esille Selänteen alueen eri järjestöjen tarjoamat palvelut. Kaikissa kunnissa ei järjestetä kyyditystä esimerkiksi kerhotoimintaan, jolloin osallistuminen voi olla monelle mahdotonta ilman omaisten apua. Alueen järjestöjä ja kylätoimikuntia toivottiin aktivoimaan toimintaa myös syrjäkylille, jolloin Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueen kuntalaiset olisivat tasa-arvoisessa asemassa. Sosiaalinen verkosto sekä osallistuminen kodin ulkopuoliseen toimintaan nähtiin merkittävänä mielialaa ja omahoidon motivaatiota edistävänä sekä yksinäisyyttä vähentävänä tekijänä. Henkilöstö toivoi palveluasumiseen enemmän yhteisten kerhotilojen käyttöä mm. ryhmäkuntoutukseen. Alueen järjestöjen yhteystietoja toivottiin kuntakohtaisesti Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kotisivustolle, jotta hoitohenkilöstö pystyisi välittämään tietoa toiminnasta kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen asiakkaille. Kolmannen sektorin edustusta toivottiin mukaan Hyvinvointia edistävän työryhmän kokouksiin sekä suunnittelemaan esimerkiksi yhteistyössä järjestettäviä ikäihmisille suunnattuja virkistys- ja koulutustilaisuuksia. Myös omaishoitajia sekä kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen asiakkaiden omaisia toivottiin osallistumaan koulutustuokioihin.

Järjestöjen sekä yksittäisten henkilöiden vapaaehtoistoiminta, kuten tukihenkilö- sekä ystävätoiminta, koettiin merkittäväksi kehittämiskohteeksi. Asiakaskyselynkin tulosten pohjalta monet kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen asiakkaat kokivat yksinäisyyttä ja kaipaivat juttukaveria. Kehittämisajatuksena nousi esille alueen eri järjestöjen yhteinen yhteistyöfoorumi, jossa kehitettäisiin vapaaehtoistoimintaa siten, että koulutetaan tukihenkilöitä mm. juttukavereiksi ikäihmisille. Viranhaltija toimisi kuntasektorin järjestöyhteistyön vastuuhenkilönä ja yhteistyötä eri järjestöjen kanssa edistettäisiin säännöllisillä kokoontumisilla jakaen tietoa oman järjestön toiminnasta.

6.9 Toimintakäytäntöjä kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen yhteistyöhön

Kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen asiakkaiden ja henkilöstön kehittämissuhteiden pohjalta laadimme seuraavan toimintamallin Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueelle kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen yhteistyöhön.

Toimintamallia voidaan lähteä mallintamaan kahdella tavalla eri tavalla. Sujuvampi ratkaisu saadaan aikaan, mikäli olisi realistiset mahdollisuudet palkata yksi uusi fysioterapeutti, jonka ensisijainen toimipiste olisi kotihoidossa. Hän työskentelisi yhdessä myös fysioterapiatiimin kanssa ja pysyisi näin ollen ajan tasalla molempien puolien liikkuvien kokonaisuuksien kanssa. Toinen vaihtoehto on nykyisten fysioterapeuttien työajasta jonkin verran siirtää työaika kotihoidon palvelujen piiriin ja mahdollistaa näin kohdennettujen palvelujen alkuunsaaminen.

Pääteemana on oikein ajoitettu kuntoutus kotihoidon jo olemassa oleville asiakkaille tai kotihoidon asiakkaiksi siirtyville. Asiakkaiden siirtyessä kotihoidon piiriin käytössä olisi heti sairaanhoitajan ja fysioterapeutin käynti, jossa arvioidaan asiakkaiden ja omaisten kanssa sen hetkinen hoitotyötä vaativa apu, kuntoutuksen tarve sekä välitön apuvälinetarve pikaisella aikataululla. Tätä seuraisi 2-4 viikon seuranta-aika, jolloin hoitohenkilökunta arvioisi yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa asiakkaan todellista avun tarvetta ja kohdentaen resursseja arvion mukaisesti. On myös mahdollista, että esimerkiksi sairaalasta kotiutuneilla kotihoidon tarve päättyy. Tässä seurannassa käytetään työkaluna käyttöön tulossa olevaa RAI -ohjelmaa.

Kotihoidon piirissä olevilla asiakkailla hoidon tarvetta ja sen muutosta seurataan RAI-ohjelman sisällä olevilla arviointityökaluilla puolivuositain tai tarvittaessa ylimääräisillä väliarvioinneilla. Arviointia ja seurantaa tehdään myös hoitohenkilökunnan huomaamien ja reagointia vaativien hoitotyön sekä asiakkaan pärjäämisessä tapahtuvien muutosten perusteella.

RAI -ohjelmassa on sisäisiä työkaluja, joiden avulla voidaan arvioida asiakkaan selviytymistä ja kuntoutuksen mahdollisuuksia. Näiden avulla voidaan valita erityisesti kuntoutukseen asiakkaat, jotka hyötyvät kohdennetusta kuntoutuksesta, ja joiden kotona asumisaikaa voidaan näiden toimien avulla pidentää. Tästä hyötyy asiakas ja toiminta on kustannustehokasta. Tähän kuntoutuksesta hyötyvään asiakasryhmään laaditaan asiakkaalle sekä suunnitelma kuntouttavan hoitotyön otteella tapahtuvasta toiminnasta että asiakkaan henkilökohtaisesta riittävän yksinkertaisesta ja selkeästä omasta harjoitteluohjelmasta. Tätä ohjelmaa ohjaa alussa fysioterapeutti, mutta ohjelma siirtyy ohjatun alun jälkeen asiakkaan itsensä, hoitohenkilökunnan ja omaisten vastuulle. Mahdollisuus fysioterapeutin kontrolliin ja ohjaukseen säilyy taustalla ja on käytössä tarvittaessa.

Tätä opinnäytetyötä laatiessa omahoitajajärjestelmä ei ole vielä käytössä, mutta RAI - ohjelman avulla voidaan asentaa omahoitajajärjestelmän mukaantulo, varsinkin kun käytössä on jo kotihoidon "mobiili". Optimointiohjelmalla on mahdollista tarjota asiakkaille jatkuvuutta omahoitajuuden kautta. Omahoitajuus myös tukee RAI - ohjelman ja asiakkaan kunnon seurannan jatkuvuutta. Omahoitajille tulee nimetä myös varahenkilöt. Kotihoidon hoitajamäärän tulee olla riittävä kattamaan omahoitaja-asiakkuusmäärän.

Kolmas sektori lisää laatua asiakkaiden elämään ja kattaa rajapintoja, joihin terveydenhuollon ja mahdollisten omaisten resurssit eivät riitä tai kohdennu. Erilaisten järjestöjen kautta on mahdollista saada tukihenkilötoimintaa sekä virkistystapahtumia ja retkiä. Mikäli kotihoidossa on kokopäiväinen fysioterapeutti, hän toimisi myös yhteyshenkilönä luoden kontakteja alueen kolmannen sektorin toimijoihin. Mahdollisena työparina hänellä olisi asiasta kiinnostunut hoitaja. Mikäli kuntoutustyö tapahtuu avopuolen fysioterapeutin toimenkuvan ohessa, on suotavampaa käyttää järjestöyhteyshenkilöinä hoitajatyöparia.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimusta voidaan pitää reliabelina, jos tutkittavan ilmiön kaksi eri tutkimuskertaa antaa saman tuloksen tutkijasta riippumatta. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa luotettavuuden arviointiin on kehitetty erilaisia tilastollisia menettelytapoja, joiden avulla voidaan arvioida mittareiden luotettavuutta ja samalla vertailla luotettavasti saatuja tutkimustuloksia. (Hirsjärvi 2009, 231.)

Vilkan (2015) mukaan laadullinen tutkimus on luotettava, kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia eli tutkijan tekemät tulkinat ja tutkijan käsitteellistäminen vastaavat tutkittavan käsityksiä. Tutkijan on arvioitava tutkimuksen luotettavuutta koko tutkimusprosessin ajan aina tutkimuksen teoriasta tutkimusaineiston luokitteluun, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkijan on myös pystyttävä perustelemaan tutkimusprosessiin liittyvät valinnat ja ratkaisut sekä arvioida ratkaisujensa tarkoituksenmukaisuus ja toimivuus tavoitteiden kannalta. (Vilka 2015, 196-197).

Tutkimuksen arviointiin liittyy olennaisesti validius eli pätevyys. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Hirsjärven (2009, 232) mukaan reliabelius ja validius voidaan tulkita eri tavoin ja termit liitetään usein kvantitatiiviseen tutkimukseen. Validius on kritisoitu käsitteenä epäselväksi, erityisesti tapaustutkimuksissa kuvausten ainutlaatuisuuden suhteen. Laadullisessa tutkimuksessa validius osoittaa kuvauksen ja siihen liittyvien tulkintojen ja selitysten yhteensopivuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta luo tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikkine tutkimusvaiheineen. (Hirsjärvi 2009, 231-232.)

Laadulliseen tutkimusmenetelmään liittyy myös kritiikkiä ja tulkintaongelmia. Tutkittavan kokemukset eivät koskaan tule täysin ymmärretyiksi, koska tutkija asettaa kysymyksiä vain oman ymmärryksensä ja kokemuksensa valossa. Kyselytutkimuksessa ei saada varmuutta siitä, miten vakavasti vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin tai miten annetut vaihtoehdot vastaavat vastaajien näkökulmaa. Tutkijalta edellytetään herkkyyttä ja kykyä merkitysmaailman muutosta. Ilmiöiden ja asioiden merkitys- ja ymmärryssuhteet koetaan monella tavalla. (Vilka 2015, 118-119.) Tutkimustilanteeseen vaikuttaa aina tutkijan ja tutkimukseen

osallistuvan oma historia ja sen hetkinen elämäntilanne. Tutkijan kysymysten asettelu ja tulkinta ovat sidoksissa siihen kokemustodellisuuteen, jossa hän sillä hetkellä elää. Kyselylomakkeen vastauksissa ilmeni, että vastaajat olivat ymmärtäneet kysymyksen tai käsitteen eri tavoin ja siten muutamat vastaukset jäivät tulkinnan kannalta epäselviksi.

Tutkimuksen kyselylomake esitettiin kolmella yli 65-vuotiaalla. Esitestailta pyydettiin kriittistä palautetta kysymyslomakkeen sisällöstä, kysymysten selkeydestä, vastausvaihtoehtojen toimivuudesta sekä lomakkeen pituudesta. Kuulimme myös opinnäytetyön ohjaajiemme, kotihoidon sekä kuntoutuspalveluiden esimiehiä kysymysten suunnittelussa. Lomakkeen kysymyksiä tarkennettiin saatujen palautteiden mukaisesti.

Anttilan (2007) mukaan postikyselyn vastausprosentti on yleensä heikohko ja vaatii erityisen huolellista luotettavuustarkastelua. Jos kysymysten määrä on yli 30, alkaa monien vastaajien kiinnostus herpaantua ja tulokset vääristyvät. Lisäksi kysymykset voivat tuntua vastaajista tunkeilevilta, tylsinä tai vaikeina vastata. Postikyselyn avulla on kuitenkin mahdollista saada nopeasti ja helposti vastauksia, asiakaskokemuksia ja tietoa, jota voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisessä. Postitettavan kyselyn riskeinä tutkimuksen onnistumisen kannalta on, että ei voida tietää, kuka kyselyyn on todellisuudessa vastannut. Kyselyyn vastanneista suurin osa oli saanut apua lomakkeen täyttämiseen, joten osittain epäselväksi jää, ovatko vastaukset todellisuudessa vastaajan vai avustajana toimineen omaisen mielipide. Selkeästi esille nousi paljon hyviä huomioita ja kehittämisen aiheita. Useampien keskustelujen ja palaverien sekä rajallisten aikaresurssien jälkeen päädyimme aloittamaan tutkimuksen postitettavalla kyselyllä. Muokkasimme tutkimuslomakkeen kysymyksiä läpi keskenämme sekä saimme ohjeistusta lomakkeessa oleviin kysymyksiin myös tilaajaosapuolelta. Kokonaisuutena tutkimuskyselylomake jäi edelleenkin liian laajaksi ja hieman joidenkin kysymysten osalta epäselväksi. Siihen nähden vastausprosentti nousi kuitenkin postikyselyjen vastausprosentissa normaalitasolle.

Kyselylomakkeen monivalinta- sekä avoimet kysymykset antaa vastaajalle mahdollisuuden jättää vastaamatta kysymykseen. Vastauksien puuttuminen vaikeuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja tulkintaan. Lomakkeen vastauksissa ilmeni, että vastaajat olivat ymmärtäneet kysymyksen tai käsitteen monella tavalla ja siten muutamat vastaukset jäivät tulkinnan kannalta epäselviksi. Tutkimukseen vastanneista

vain 18 ilmoitti täyttäneensä lomakkeen itse. Kyselyn vastauksista ei selvinnyt vaikuttiko mahdollisesti kyselyssä toimineen avustajan tai läheisen läsnäolo vastauksiin ja siten tutkimuksen luotettavuuteen. (Anttila 2007, 115-116.)

Rajaamalla kysymysten määrää olisi saattanut olla mahdollista saada kattavampia sekä syvemmälle pureutuvampia vastauksia. Tähän kokonaisuuteen vaikutti selkeästi se, että tutkimuskysymykset ja asetelmat eivät vielä kyselyä tehdessä olleet täysin asettuneet omaan muotoonsa.

Tuomen (2009) mukaan eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua, johdonmukaisuutta sekä lähteiden käyttöä. Tutkijan on laadittava laadukas tutkimussuunnitelma, valittava sopiva tutkimusasetelma sekä raportoida tutkimus huolellisesti ja rehellisesti. Tutkijan tulee noudattaa hyvän tieteellisen tutkimuksen käytäntöä ja toimintatapoja, kuten rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy olennaisesti myös tutkijan vastuut ja velvollisuudet sekä tutkijan puolueettomuus. (Tuomi 2009, 126-127, 132.)

Tutkimusaineiston osalta olemme noudattaneet tutkimuseettisiä periaatteita. Olemme käsitelleet aineistoa huolellisesti vaitiolovelvollisena ja ammattietiikkaan kuuluvalla vakavuudella. Olemme pyrkineet käsittelemään materiaalia mahdollisimman objektiivisesti. Tutkimukseen osallistuneita tai heidän kuvaamiaan henkilöitä ei voida tunnistaa millään lailla tuottamastamme materiaalista. Kun opinnäytetyömme on hyväksytty, tulemme hävittämään asianmukaisesti kaiken tutkimuksen aikana keräämämme tutkimusaineiston. Tutkimuksemme valmistuminen on venynyt henkilökohtaisista syistä johtuen ja olemme tässä loppuvaiheessa työskennelleet paljon keskenämme, joten joistakin asioista ja näkökulmista olemme kenties saattaneet jättää jotain pieniä näkökohtia huomioimatta.

8 POHDINTA

Keskustelimme Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kuntoutuspalvelujen esimiesten kanssa mahdollisista opinnäytetyön aiheista jo opintojemme alkuvaiheessa. Useammista mielenkiintoisista aiheista sieltä opintojen edetessä nousi esiin kotihoidon ja kuntoutuksen yhteistyön kehittäminen. Yhtenä Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen suurimmista kehittämisen kohteista on ollut kotiin annettavan hoidon lisääminen, sillä kotihoidon tarve sekä asiakasmäärä lisääntyvät laitospaikkojen vähenemisen myötä. Tämä on käytännössä yleinen suuntaus koko Suomen alueella ja asia on nostettu vahvasti esiin myös Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen linjauksissa. Tällä haetaan taloudellisia vaikutuksia sekä vaikuttamiskeinoja ikäihmisten mahdollisuuteen asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Suomessa on vireillä useita kehittämishankkeita, kuten Eksoten alueella sekä Kaste 2020 -hanke, joilla pyritään tehostetun ja oikein ajoitetun kuntoutuksen avulla vaikuttamaan ihmisten realististen mahdollisuuksien lisääntymiseen kotona pärjäämisen suhteen. Koimme järkeväksi lähteä tarkastelemaan asiaa myös Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen sisällä asiakkaiden, kuntoutuksen sekä kotihoidon näkökulmasta.

Perusteellisen harkinnan ja useampien keskinäisten ja tilaajaosapuolen kanssa tapahtuneiden keskustelujen jälkeen päädyimme toteuttamaan tutkimuksemme postilomakekyselyllä. Halusimme saada realistisesti toteutettavissa olevan mahdollisimman laajan otannan asiakasnäkökulmasta. Haimme tietoa asiakkaiden omista kokemuksista kotona selviytymisistään sen hetkisen saatavissa olevan tuen turvin. Haimme tietoa myös seikoista, mistä arjessa selviytyminen tutkimushetkellä koostuu, asiakkaan omista olemassa olevista voimavaroista, sosiaalisesta verkostosta ja sen antamasta tuesta sekä Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen tarjoamista palveluista ja mahdollisuuksista tukea kotona asumista asiakkaan näkökulmasta. Lisäksi mukaan pyrittiin hakemaan tietoa alueen mahdollisista kolmannen sektorin toimijoista ja niiden tarjolla olevista palveluista sekä toiminnasta. Nämä ovat myös tärkeä osa tulevaisuuden selviytymisstrategioista. Tietoja lähdettiin hakemaan kauttaaltaan varsin laajasti huomioiden sekä kotihoito ja kuntoutus että kolmas sektori.

Lisähaastetta tutkimuksen valmisteluun toi Kärsämäen kunnan irtaantuminen Peruspalvelukuntayhtymä Selänteestä 1.1.2015. Kärsämäki oli ilmaissut halunsa irtaantua Peruspalvelukuntayhtymästä ja itsenäistää palvelunsa yksityiselle

palveluntuottajalle. Kunnan sisällä käytiin keskustelua eroamisesta ja asiasta oli valituksia vireillä myös oikeudessa. Niinpä tutkimusasetelman oletus lähti ensisijaisesti siitä, että Kärsämäki pysyy Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen jäsenenä. Lopulta Kärsämäki yksityisti palvelunsa ja erosi Peruspalvelukuntayhtymä Selänteestä. Näin olleen Selänteeseen jäivät jäseniksi Haapajärvi, Pyhäjärvi ja Reisjärvi. Kehittämistyömme suhteen pohdimme Kärsämäen osuutta ja keskustelimme tästä myös Selänteen palvelulinjajohtajan kanssa. Työmme tilaajana toimi Peruspalvelukuntayhtymä Selänne, joten yhteisymmärryksessä päätimme jättää Kärsämäen sen ollessa tutkimuksen loppuvaiheessa jo osa erillistä organisaatiota pois henkilökuntapalaverista ja kehittämisen jatkotoimista.

Kysymysten ryhmittely kyselylomakkeessa oli kaikkiaan varsin toimiva ja vastauksista saatiin selkeästi nousemaan esille kunkin tutkimusalueen ongelmakohtia ja niitä alueita, missä palvelut ovat täysin toimivia. Kysymyslomakkeessa haettiin aluksi taustatietoa iästä, asuinpaikasta, sukupuolesta, asumismuodosta sekä terveydentilasta. Näiden perusteella lähdettiin muuta esiin tulevaa tutkimustietoa jakamaan karkeisiin luokkiin, jotta profiilien luominen ja tietojen avaaminen luokittain olisi selkeämpää ja mahdollistaisi reagoimisen tarvittaessa tarkempaan esiin nousevaan tietoon. Pääosin kaikki olivat vastanneet näihin kysymyksiin kattavasti. Kaikista Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kunnista saatiin varsin tasaisesti ja vertailukelpoisesti vastauksia.

Vastaukset kuntoutuksen saamiseen oli ymmärretty laajemmin ja vastauksissa oli kerrottu myös kuntoutuksista, jotka vastaajat ovat itse maksaneet ja järjestetty jotain muuta kautta. Terapiamuotoja olivat Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen toteuttamana tai maksusitoumuksella/palvelusetelillä toteutettua fysioterapiaa, toimintaterapiaa tai puheterapiaa. Tutkimuskyselyn vastausten perusteella asiakkaat olivat olleet terapiapalveluiden piirissä n.1-5 vuotta. Saman verran asiakkaista ilmoittivat terapiatarpeen olleen tilapäistä. Suurin osa kuntoutuspalvelujen aloituksesta tapahtui muutaman päivän tai vähintään kuukauden kuluttua kuntoutustarpeen toteutamisesta. Kuntoutus -termiä olisi pitänyt tarkentaa ja selkeyttää vastaajille paremmin ymmärrettäväksi ja kysymyksen asettelu olisi voitu laatia toisin selkeämmäksi.

Koivuniemen (2014) mukaan asiakaslähtöisyys nykyisessä palvelujärjestelmässä toteutuu yksilötasolla asiakaskohtamisessa, mutta itse organisaatiotasolla asiakaslähtöisyyttä ei toteuteta. Asiakasta ei huomioida riittävästi, eikä asiakkaan omaa

mielipidettä oteta huomioon arjen sujumisessa. Jos potilas ei tunne itse hallitsevansa arkeaan, saattaa tilanne johtaa palvelukierteeseen eli potilas hakeutuu ja vaatii lisää erilaisia hoitoja ja palveluita. Potilas hakeutuu kalliisiin erikoissairaanhoidon palveluihin ja hän alkaa mitata omaa arvoaan saamansa palveluiden ja hoidon kautta. (Koivuniemi 2014, 12). Myös tutkimuskyselystä nousi selkeästi esille asiakasryhmä eli käytännössä oma asiakasprofiili, josta usein käytetään termiä suurkuluttaja-asiakas. Hän kokee tarvitsevänsä paljon erilaisia hoitoja ja palveluja sekä olevansa oikeutettu myös saamaan ne.

Suomessa on nyt laajemmalla tasolla puhuttu kuntoutuksen läpinäkyvyyden kehittämisestä, palvelujen avaamisesta, kokonaisvaltaisesti palvelujen merkityksestä asiakkaille. Asialla on merkitystä itse kuntoutuksen parissa työskenteleville, ammattilaisille itsessään kuin myös asiakkaille. Kuntoutuksessa ja kuntoutukseen pääsyssä niillä asiakkailla, jotka olivat palveluiden piiriin ohjautuneet hoitotakuu toimi hyvin. Kuntoutuksesta koettiin pääosin saaduksi ainakin jossain määrin hyötyä, mutta selkeästi oli myös asiakkaita, joiden kokemusten mukaan hyötyä ei ollut tai sitä oli hyvin vähän. Asiakkaan ottaminen mukaan vahvemmin omaan kuntoutusprosessiinsa mahdollistaisi palvelujen asiakaslähtöisen kehittämisen ja toteuttamisen. Huomiota ja selkeyttä tulisi kohdistaa asiakkaiden omien hoitoa ja kuntoutusta koskevien tavoitteiden avaamiseen ja konkretisointiin sekä keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi, mitä kuntoutuksen ja fysioterapian keinoin on mahdollista toteuttaa. Tärkeää on korostaa myös asiakkaan omaa osuutta kuntoutusprosessissa. Tutkimuskyselyn vastauksissa kaivattiin tietoa mm. asuinpaikkakunnan tarjolla olevista kuntoutusmuodoista ja mahdollisuuksista saada kuntoutusta kunnan kautta, kirjallisia ohjeita itsenäiseen harjoitteluun sekä ryhmäkuntoutusmahdollisuuksista.

Kuntoutukseen liittyvistä vastauksista nousee esille läpinäkyvyys ja tunnetuksi tekeminen. Selkeästi on havaittavissa, ettei asiakkailla ei ole riittävästi tietoa kunnallisen lääkinnällisen kuntoutuksen tarjoamista palveluista ja mahdollisuuksista. Osittain on nähtävissä tilanteita, joissa kuntoutus mielletään puhtaasti hieronnaksi, laituskuntoutukseksi tai muuhun vastaavaan isompaan kokonaisuuteen. Vastauksissa tuli esille asiakkaiden kokemuksia, jotka ymmärtävät ja ovat sisäistäneet arjen pienten omien tekojen ja niihin saatavan ohjeistuksen merkityksen kotona selviytymiseen.

Esimiehen on tärkeä tuntee kotikuntoutustoiminnon vaatimukset ja ymmärrettävä palvelukokonaisuus, koska esimies ohjaa ja valvoo sekä tukee työntekijöitään heidän

työssään ja on kuulolla kehittämis- ja osaamistarpeet huomioiden eli huolehtii työntekijäkunnan työhyvinvoinnista. Esimiehen on tärkeää huolehtia kotihoidon ja fysioterapiatoimintojen yhteensovittamisesta ja toimijoiden ymmärryksestä siitä, mikä itse kunkin perustehtävä on ja miten se on osa kokonaisuutta. Lisäksi hän näkee tarvittavan fysioterapian kokonaisuuden osana vanhuspalveluiden kenttää. Esimiehen tehtäviin kuuluu myös kehittää ja seurata palveluiden oikeanlaista kohdennettavuutta suhteessa asiakkaisiin ja heidän tarpeisiinsa. Organisaation toiminnan sisäinen laadunvalvonta kuuluu myös esimiehen tehtäviin. Laatu on tärkeä osa niin kotihoidon kuin kuntoutuksen palvelupolkuja. Palvelujen laatu on kirjattu jo koko Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen strategiaan, niinpä sen huomioiminen on tärkeää niin asiakastyössä kuin palvelujen ja toiminnan kehittämisessä.

Kuntoutus on yksi tärkeimmistä palveluista, jolla on erilaisia mahdollisuuksia tukea ja edelleen mahdollistaa ikääntyneiden kotona selviytymistä sekä kehittää harjoittelun avulla toiminta- ja liikkumiskykyä asiakkaan asuin- ja elinympäristössä, vielä sen jälkeenkin, kun asiakkaan voimavarat eivät riitä enää muihin kodin ulkopuolella tapahtuviin kuntoutuspalveluihin. Tulevaisuudessa, jossa ikääntyneiden määrä tulee edelleen lisääntymään, on tärkeää edelleen kehittää palveluja kotona asumisen ja sen tukemisen näkökulmasta.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Kuntien ja järjestöjen yhteistyö on koettu merkittäväksi voimavaraksi ja mahdollisuudeksi. Järjestöt tarjoavat kunnille palveluja ja erilaisia tukimuotoja, jotka helpottavat kuntien taloudellista tilannetta. Järjestöt tarjoavat osallistumis- ja yhteisöön liittymisen mahdollisuuksia, joiden avulla edistetään ihmisten toimintakykyä ja hyvinvointia. Järjestöt tavoittavat myös niitä ihmisiä, jotka eivät hakeudu julkisen palvelujärjestelmän piiriin, mutta ns. matalan kynnyksen auttamisella voidaan estää ongelmien eteneminen. Järjestöillä on paljon tietoa ja osaamista myös Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueella, jota kannattaa hyödyntää jatkossa palvelujen suunnittelussa ja tarjoamisessa.

Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen alueella toimii erilaisia järjestöjä, kuten diabetesyhdistyksiä, sydänyhdistyksiä, tules- ja reumayhdistyksiä, jotka järjestävät erilaisia viikoittaisia ja kuukausittaisia kokoontumisia keskustelujen ja liikunnan muodoissa. Kuntoutuksen henkilöstö on jo jossain määrin tehnyt heidän kanssaan yhteistyötä, mutta tutkimustuloksissa nousi esille vielä vahvemmin ennalta ehkäisevän työn tärkeys ja samalla kuntoutuksen läpinäkyvämpi rooli tuomalla toimintaa julki.

Yhteistyötä kuntien ja kolmannen sektorin kanssa toivottiin lisättävän. Selänteen alueen järjestöjen ja kylätoimikuntien sekä kuntien yhteistyöhön aktivointi mahdollistaisi ennaltaehkäisevää ja monipuolisempaa ikäihmisille suunnattua järjestöjen tarjoamaa toimintaa syrjäseudut huomioiden, sillä tällä hetkellä ne ovat eriarvoisessa asemassa alueen asutuskeskittyymiin nähden. Selänteen alueella kokoontuu Hyvinvoinnin edistämisen -työryhmä, johon kutsutaan myös kolmannen sektorin edustajia. Yhteistyössä toimien on mahdollista järjestää toimintaa ja tapahtumia kuntien alueille. Esille nousi myös ajatus järjestöjen yhdyshenkilöiden ja omaishoitajien mukaan ottamisesta tiettyihin räätälöityihin koulutustuokioihin. Tätä toimintamallia alettiin karkeasti hahmotella käytäntöön.

Kyselylomakkeen taustatieto -osuuden jälkeen haettiin lisätietoa tutkimusjoukon käyttämistä apuvälineistä. Tämä kysymys on itsessään tärkeä kotona selviytymisen ja liikkumisen kannalta, mutta jäi kysymyksenä ja osiona varsin irralliseksi suhteessa kokonaisuuteen. Tärkeäksi asian tekee kuitenkin se, että suurimmalla osalla tutkimukseen vastaajista oli käytössään erilaisia apuvälineitä, kuten rollaattoreita, kävelykeppejä, pyörätuoleja sekä muita päivittäisten toimintojen pienapuvälineitä.

Kotona selviytymiseen apuvälineiden kautta voidaan vaikuttaa kuntoutuksen ja kotihoidon henkilöstön yhteistyöllä ja seuraamalla asiakkaiden mahdollisuuksia saada sujuvasti todellisen tarpeen mukaiset apuvälineet käyttöönsä.

Palvelut -osiossa kysyttiin millaisia palveluja ja terapiota asiakkaat saavat Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen tuottamina sekä kuinka kauan he ovat olleet terapiapalvelujen piirissä. Avoimella kysymyksellä haettiin vastausta siihen, minkä vuoksi asiakas saa kuntoutusta. Seuraavaksi kysyttiin lisäpalveluiden ostamisesta, arkiaskareissa tarvittavaa apua ja riittävää avun tarvetta sekä kodin ulkopuolella hoidettavien asioiden hoitamisesta. Ikäihmisten ajankohtaisina aiheina kysyttiin turvattomuuden tunteesta sekä yksinäisyydestä, jotka usein lisäävät huomattavasti palvelujen tarvetta samoin kuin heikentävät arjessa selviytymistä.

Avoimilla kysymyksillä haluttiin saada tietoa siitä, millaisia mahdollisuuksia ja mitä asiakkaat itse kokivat voivansa tehdä oman hyvinvointinsa ja toimintakykynsä eteen. Kysymyksissä kysyttiin myös arjen laadukkuudesta. Vastauksissa oli selkeästi havaittavissa heitä, joilla oli todellisia arjen keinoja käytössään ja mahdollisuuksia hyödyntää niitä. Selkeä asiakasryhmä löytyi myös heistä, joilla ei enää ollut voimavaroja tehdä itsensä eteen käytännössä juuri mitään. Suurta apua koettiin olevan omaishoitajista sekä toimivista sosiaalisista verkostoista, joilta saatiin monenlaista apua. Selkeästi myös Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen tarjoamista palveluista pääosin hyödyttiin.

Asiakaskokemuksia -osioon liittyvät kysymykset kotihoidosta ja kuntoutuksesta olivat selkeästi paremmin rajatut. Vastaajat olivat ymmärtäneet hyvin sen, mitä tai millaista tietoa kysymyksillä haettiin. Kysymykset asiakaskokemuksista olivat selkeitä, johdonmukaisia ja käytännössä helposti vastattavia. Vastausprosentti nousi näissä kysymyksissä selvästi korkeammaksi kuin alun laajemmassa osiossa. Kotihoidon osalta esimerkiksi kysymys ohjautumisesta palvelun piiriin on käytännössä turha, kuntoutuksen osalta sillä sen sijaan on enemmän merkitystä ja voidaan jossain määrin haarukoida kuntoutuksen ja kotihoidon välistä vuorovaikutusta. Pääosin subjektiiviset kokemukset kotihoidon riittävästä määrästä olivat hyviä, samoin kuin palvelun saaminen, laatu ja asiakaslähtöisyys. Kuitenkin muutamien vastaajien mielestä palveluissa ja määrissä olisi parantamisen varaa. Periaatteessa peruspalvelut toimivat keskipertoa paremmin, mutta kehittämisen näkökulma tulee aina huomioida. Ajallisesti toivottiin enemmän aikaa ja keskittymistä itse asiakkaaseen ja kontaktiin asiakkaan

kanssa. Vastauksissa toivottiin myös enemmän työntekijöitä, jolloin asiakaskontakteihin jäisi enemmän ja huomiota yksilöllisiin tarpeisiin.

Omaishoitajilla ja omaisilla on suuri merkitys mahdollistaa kotona asuminen. Omaishoito säästää huomattavasti julkisia menoja. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusten mukaan omaisten avun avulla kokonaiskustannus säästöt ovat satoja miljoonia euroja vuodessa. Omaishoitajana toimivat ovat merkittävässä roolissa hoitaessaan iäkästä läheistään koska heillä on tieto hoidettavan toimintakyvystä, terveydestä ja arjen sujumisesta. (Kehusmaa 2013, 146-147, viitattu 18.4.2014). Omaisten rooli ja osuus korostui myös tutkimuskyselyyn vastaajien mielestä. Omaiset sekä lähipiiri avustivat kotiaskareissa sekä kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisessa samalla tukien ikäihmisen mahdollisuutta asua kotona mahdollisimman pitkään.

Henkilöstön työpajapäivä osoittautui luontevaksi ja nopeaksi tiedonsaantikeinoksi. Ilmapiiri työpajapäivässä oli avoin ja keskusteleva. Yhden iltapäivän aikana kerättiin tuotoksena kehittämissuhteita kotihoidon ja kuntoutuksen yhteistyön muotoihin ja mahdollisuuksiin. Osallistujilla oli paljon tietoa omista osa-alueistaan, jota he jakoivat toisilleen iltapäivän aikana toisten osallistujien tietoa hyödyntäen. Työpajapäivästä saadun suullisen sekä kirjallisen palautteen pohjalta työpajapäivä toimi alustavaksi ja alustuksena tiiviimpään yhteistyöhön.

Henkilöstö koki kotikuntoutuksen kehittämisen tärkeäksi. Tavoitteena on saada lisäresurssina uusi fysioterapeutti tai jopa fysioterapeutteja kotihoitoon, jolla varmistetaan kuntoutus osaksi kotona tapahtuvaa toimintakyvyn ja terveyden edistämistä. Muutenkin Suomessa on muutamien viimeisien vuosien aikana ollut lisääntyvä suuntaus lisätä fysioterapeutteja kuntien ja kaupunkien kotihoidon henkilökuntaan lisäämään tehokkuutta ja kattamaan kotihoidon valtakunnallisten suositusten mukaiset tasot. Kotihoidon sisällä yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa voitaisiin kotikuntoutuksen sisältöön kehittää ns. kuukausiteemat sisältäen jonkin tietyn kotona asumisen vahvuuden harjoittelusta, ja teemaa toteutettaisiin harjoitteina aina kuukauden ajan.

Syksystä 2015 eteenpäin on järjestetty RAI -järjestelmäkoulutuksia (laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä) vaiheittain. Ensimmäisessä

vaiheessa kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen esimiesryhmä osallistuu RAI -järjestelmän käyttöönottoon ja myöhemmässä vaiheessa koulutusta saavat myös kotihoidon ja kuntoutuspalvelujen koko henkilöstö. RAI -järjestelmässä on mahdollisuus laatia kullekin asiakkaalle henkilökohtainen hoito ja palvelusuunnitelma. Tähän kuuluu myös harjoitusohjelma osuus, missä voidaan hyödyntää fysioterapeuttien osaamista oikein kohdentuvan ohjelman luomisella. RAI -ohjelma kykenee myös tehtyjen arviointien perusteella luokittelemaan ihmisten voimavaroja ja sieltä pystytään poimimaan riskiasiakkaita kotihoidon ja kuntoutuksen yhteisen seurannan ja kuntoutustoimenpiteiden kohteeksi kotikuntoisuuden ylläpitämiseksi ja säilyttämiseksi.

Henkilöstön tuottamia kehittämissuhteita sekä tutkimuskyselyn tuloksia on mahdollista hyödyntää tulevaisuudessa kehitettäessä Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kotihoidon ja kuntoutuspalveluja. Jatkotutkimusaiheina voisi olla työyhteisön kuuleminen yhteistyön edistymisestä käytännössä ja mahdollisen uuden toimintamallin toteuttamisesta. Tätä tutkimusta hyödyntäen olisi mahdollisuus syventää tutkimusta laadulliseksi tutkimukseksi teemahaastattelun keinoin. Mielenkiintoista olisi toteuttaa seurantakysely pienemmällä otannalla, jolloin tutkimustuloksilla olisi vertailumahdollisuus mm. asiakaslähtöisemmän palvelujen toteutumisesta.

Mikäli edes osa näistä kehittämissuhteista ja jatkosuunnitelmista on mahdollista toteuttaa, tulevat ne lisäämään ja mahdollistamaan asiakkaille laadukkaampia palveluja. Laatu vahvistuu henkilökunnan sisäisen kehittymisen ja koulutuksen kautta, samoin organisaation laadun ja sen hallinnan kehittymisen kautta. Lisäksi palvelut ovat asiakkaalle läpinäkyvämpiä ja niiden laatua on selkeämpää seurata.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva. Bookwell Oy.

<http://www.amazon.com/Organizational-Culture-Leadership-Edgar-Schein/dp/0470190604>. Viitattu 26.1.2015.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Akatiimi Oy.

<http://www.businessdictionary.com/definition/organizational-culture.html>. Viitattu 26.1.2015.

<http://dynasty.selanne.net/kokous/2015242-9-1.PDF> Viitattu 28.4.2016.

EFQM EXCELLENCE -malli 2013. Erinomaiset organisaatiot kehittävät toimintaansa ja ylläpitävät sitä tasolla, jolla täyttää tai ylittää kaikkien sidosryhmien odotukset. Laatuokeskus. Luentomoniste, kevät 2014. Oulun ammattikorkeakoulu 2014.

Heikkinen, R-L. 2013. Kokemuksellinen vanheneminen. Teoksessa E. Heikkinen & J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus OY Duodecim.

Hirvonen, K. 2005. Laadun tarkkailusta laatujohtamiseen. Teoreettinen synteesi laatujohtamisen käsitteestä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 29.4.2016.

<https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/kaisahirvonengradu.pdf/ff262093-2d6c-4eeb-a141-a8d6eb195ddc>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hynynen, R. 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelma v.2013-2017. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013 Ympäristöministeriö.

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uudistettu painos. Keuruu. Otava Oy.
Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston
kanslia. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.

Viitattu 16.10.2014.

[http://vnk.fi/documents/10616/622938/J3304_Ik%C3%A4%C3%A4ntyminen%20voima
varana.pdf/7660c14f-763b-485e-9a56-eff59c1bfd7c](http://vnk.fi/documents/10616/622938/J3304_Ik%C3%A4%C3%A4ntyminen%20voima
varana.pdf/7660c14f-763b-485e-9a56-eff59c1bfd7c)

<https://www.innokyla.fi/web/malli111484>. Viitattu 18.4.2015

<https://www.innokyla.fi/web/malli111607>. Viitattu 18.4.2015

Jyrkämä, J. 2007. Toimintakyky ja toimijuus – sosiaaligerontologian näkökulma.
Teoksessa Martelin, T. & Kuosmanen, N. (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky.
Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 24/2007. Helsinki.

Jyrkämä, J. 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Teoksessa E.
Heikkinen & J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos.
Helsinki. Kustannus OY Duodecim.

Jyrkämä, J. 2008. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa
Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2.uudistettu painos. Keuruu. Otavan
Kirjapaino Oy.

Jäppinen, T. (2011). Kunta ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta. Kunnan ja
kuntalaisen vuorovaikutus palveluja koskevassa päätöksenteossa ja niiden
uudistamisessa. Acta nro 230. Kuntaliitto. Helsinki.

[https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66835/978-951-44-8659-
3.pdf?sequence=1](https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66835/978-951-44-8659-
3.pdf?sequence=1)

Kansaneläkelaitos 2012: 7. Viitattu 27.4.2015.

http://www.kela.fi/vaikeavammaisten-laakinnallinen-kuntoutus_kuntoutussuunnitelma

<http://www.kanta.fi/7>

Karkea Jauhin 2015. Viitattu 6.3.2015.

http://jauhin.hamk.fi/?page_id=107

Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I & Rissanen, P. 2013. Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. Yhteiskuntapolitiikka 78 2013:2. Viitattu 25.4.2014.
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/104425/kehusmaa.pdf?sequence=2>

Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveystenhuollon kompassi, avain asiakkuuteen. 1. painos. Riika. Kustannus Oy Duodecim.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. 68/2012 THL raportti. Viitattu 15.11.2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/vanhus-neuvostot/>. Viitattu 14.10.2015.

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntauudistus/paras/Sivut.aspx>. Viitattu 12.12.2015

Kuntalaki 410/2015. Viitattu 14.10.2015.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/>

Kuusela, P. & Saastamoinen, M. (toim.) 2014. Hyvän elämän sosiaalipsykologia. Toimijuus, tunteet ja hyvinvointi. Painettu EU:ssa.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki 2013. Viitattu 6.6.2015.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Viitattu 19.11.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 12.11.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Viitattu 12.11.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812>

Laukkanen, P. 2008. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Gerontologia. 2.uudistettu painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Lämsä, A-M. & Turjanmaa, P. 2007. Laadun oppiminen henkilöstön johtamisen näkökulmasta. Artikkelit KeVer 2/2007. Luentomateriaali, Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.4.2016.

http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/leonardo_quality_in_vet_schools/efqm/efqm_malli. Viitattu 28.4.2016.

Paltamaa, P., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Sastamala. Vammalan Kirjapaino Oy.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf>

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntauudistus/paras/Sivut/asp> . Viitattu 12.12.2015.

Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen strategia v. 2010-2015, kuntayhtymähallitus 30.9.2010 versio 30.8.2010. Viitattu 27.11.2014.
http://www.selmane.net/instancedata/prime_product_julkaisu/selmane/embeds/selmane_wwwstructure/14520_selanne_strategia_2010-2015_.pdf

Potilasvahinkolaki 585/1986. Viitattu 2.5.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Read, S. 2008. Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa E. Heikkinen & J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus OY Duodecim.

Seeck, H. 2013. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Kolmas, uudistettu painos. Tallinna. Gaudeamus Oy

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 18.4.2015.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Sosiaali ja terveysministeriö 2015. Viitattu 12.9.2015.

<http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>

Sosiaali ja terveysministeriö 2015 . Viitattu 12.9.2015.

<http://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

Sosiaali ja terveysministeriö 2015. Viitattu 12.4.2015.

<http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>

Terveydenhuollon laatuopas 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 13.12.2015.

<http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 27.4.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.5.2016..

http://www.thl.fi/attachments/rai/2012/RAI_arviointi_aktiivisen_arjen_tukena_29032012.pdf)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.5.2016.

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit>),

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.4.2015..

<https://www.thl.fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/sosiaalinen-toimintakyky>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.12.2015.

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. TOIMIA tietokanta. Viitattu 12.12.2015.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Viitattu 11.3.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys>

Tilastokeskus 2016. Viitattu 3.2.2016.

http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Toikko, T. 2009. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden suunnitteluun, toteutukseen ja kehittämiseen, Viitattu 10.11.2015

<http://www.seamk.fi/loader.aspx?id=4577f98a-13ce-4ec2-9389-c0cb16b2d774>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu laitos. Vantaa: Tammi.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 31.1.2016

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66409/978-951-44-7521-4.pdf?sequence=1>

VALVIRA 2015. Viitattu 12.11.2015

<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011.

Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. Viitattu 28.4.2015.

<https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

<http://www.vopla.fi/efqm/>. Viitattu 28.4.2016.

Kyselytutkimus Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen asiakaskokemuksista

Hyvä kuntoutuksen ja/tai kotipalvelun asiakas.

Tervetuloa vastaamaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen kuntien alueella kotipalveluita tai kuntoutusta saavien yli 65-vuotiaiden asiakkaiden asiakaskokemuksia ja näiden tutkimustulosten perusteella tarpeen niin vaatiessa lähteä kehittämään toimintaa asiakaslähtöinen näkökulma huomioiden.

Me tutkimuksen toteuttajat opiskelemme Oulun ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylemmässä koulutusohjelmassa. Keräämme tutkimusaineistoa kyselytutkimuksella, johon toivomme teidän osallistuvan. Kyselylomake on lähetetty postitse satunnaisesti valituille henkilöille, jotka ovat saaneet Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen palveluja vuoden 2014 aikana. Satunnaisotantaan vastanneiden vastauskirjekuorten palautuspostimaksu on maksettu puolestanne. Kyselylomakkeita on myös vapaasti saatavilla ja vastattavissa kahden viikon ajan Selänteen alueen kuntoutuksen ja kotihoidon yksiköissä, jotta saisimme mahdollisimman kattavasti tietoa palvelukokemuksistanne. Kyselylomakkeille on jokaisessa yksikössä palautuslaatikko, johon ne palautetaan 30.12.2014 mennessä. Vastaaminen tapahtuu ympyröimällä mielipide, mikä vastaa teidän mielipidettänne ja kokemustanne. Muutamissa kysymyksissä pyydämme vastausta lyhyellä avoimella kirjoituksella.

Tutkimukseen osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta millään tavalla niihin palveluihin, joita tällä hetkellä saatte tai mihin olette oikeutettu. Henkilötietonne eivät tule missään vaiheessa tutkimuksen tekijöiden tietoon, eikä saatuja tietoja luovuteta kenellekään ulkopuoliselle. Antamanne vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen toimijoiden kanssa, ja tutkimukselle on myönnetty asianmukainen tutkimuslupa.

Tutkimuskysely toteutetaan 10.12- 31.12.2014 välisenä ajanjaksona, joten vastaus- ja palautusaikaa on kolme viikkoa.

Mikäli teillä on jotakin kysyttävää tutkimukseen liittyen, niin ottakaa yhteyttä

Mari Moisala, mari.moisala@x p.....

Riitta Sipola, riitta.sipola@x p.....

Arvokkaasta tutkimusavustanne etukäteen kiittäen

Mari Moisala
fysioterapeutti AMK

Riitta Sipola
terveydenhoitaja/sairaanhoitaja AMK

Rengastakaa jokaisen kysymyksen kohdalla omaa näkemystänne tai tilannettanne parhaiten vastaavan vaihtoehdon numero.
Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon. Mukana on myös muutama avoin kysymys, vastaus näihin kysymyksiin kirjoitetaan sille varattuun tilaan.

1. Sukupuoli

- 1 mies
- 2 nainen

2. Ikä

- 1 65-70
- 2 71-75
- 3 76-80
- 4 81-90
- 5 yli 90

3. Asuinpaikkakunta

- 1 Haapajärvi
- 2 Kärsämäki
- 3 Pyhäjärvi
- 4 Reisjärvi

Asuminen**4. Kenen kanssa/miten asutte?**

- 1 yksin
 - 2 puolisoni kanssa
 - 3 muun perheenjäsenen/jäsenien kanssa
 - 4 palvelukodissa

 - 5 jokin muu, mikä?
-

Terveydentila**5. Millainen on mielestänne oma terveydentilanne tällä hetkellä?**

- 1 erittäin hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 tyydyttävä
- 4 melko huono
- 5 erittäin huono

6. Onko teillä todettu jokin sairaus tai vamma, joka vaikuttaa toimintakykyynne?
1 kyllä, jos on, niin mikä? _____
2 ei

Apuvälineet

7. Onko käytössänne jokin seuraavista liikkumista helpottavista apuvälineistä? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- 1 kävelykeppi
- 2 kyynär- tai kainalosauvat
- 3 rollaattori
- 4 pyörätuoli
- 5 jokin muu, mikä? _____

Palvelut

8. Mitä tukipalveluja kunta on teille myöntänyt? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- 1 kunnallinen kotihoito
- 2 kotipalvelu palvelusetelin muodossa
- 3 päivätoiminta
- 4 kuljetuspalvelu
- 5 jokin muu, mikä? _____

9. Kuinka kauan olette olleet palvelujen piirissä?

- 1 alle vuoden
- 2 1-5 vuotta
- 3 yli 5 vuotta
- 4 tarve tilapäistä

10. Mitä terapiapalvelua saatte kunnan kautta? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- 1 fysioterapiaa Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen toteuttamana
- 2 toimintaterapiaa Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen toteuttamana
- 3 puheterapiaa Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen toteuttamana
- 4 fysioterapiaa palvelusetelillä tai maksusitoumuksella
- 5 toimintaterapiaa palvelusetelillä tai maksusitoumuksella
- 6 puheterapiaa palvelusetelillä tai maksusitoumuksella

11. Kuinka kauan olette olleet edellä mainittujen terapiapalvelujen piirissä?

- 1 alle vuoden
- 2 1-5- vuotta
- 3 yli 5 vuotta
- 4 tarve tilapäistä (esim. 10xvuodessa)

12. Kertokaa lyhyesti minkä vuoksi saatte kuntoutusta? _____

13. Ostatteko itse itsellenne lisäpalveluita tai terapioiden? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- 1 siivous
- 2 muu kodinhoito
- 3 asiointipalvelu
- 4 talonmiespalvelut
- 5 fysioterapia
- 6 hieronta
- 7 jotain muuta, mitä? _____
- 8 en osta palveluita

14. Tarvitsetteko ja saatteko apua kotitöissä ja muissa arkiaskareissa?

- 1 en tarvitse enkä saa apua
- 2 tarvitsisin apua, mutta en saa sitä
- 3 saan apua, mutta en tarpeeksi
- 4 saan tarpeeksi apua
- 5 selviytyisin vähemmälläkin avulla

15. Miten selviydytte kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisesta (kaupassa käynti ja muu asiointi)?

- 1 en tarvitse enkä saa apua
- 2 tarvitsisin apua, mutta en saa sitä
- 3 saan apua, mutta en tarpeeksi
- 4 saan tarpeeksi apua
- 5 selviytyisin vähemmälläkin avulla

16. Osallistutteko alueenne järjestöjen tarjoamiin ryhmiin tai palveluihin? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- 1 potilasjärjestöjen tarjoama toiminta (esim. tules-, diabetes-, sydän- ja reumajärjestöt)
- 2 yhdistysten tarjoama toiminta (esim. eläkeläiskerhot, tapahtumat, retket)
- 3 seurakunta; hengellinen toiminta

- 4 kansalaisopiston tarjoama toiminta (mm. liikuntaryhmät, kirjallisuus- ja kädentaitoryhmät)
- 5 en osallistu mihinkään järjestöjen tarjoamiin palveluihin

17. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

- 1 en koskaan
- 2 erittäin harvoin
- 3 toisinaan
- 4 melko usein
- 5 päivittäin

18. Koetteko turvattomuuden tunnetta?

- 1 en koskaan
- 2 erittäin harvoin
- 3 toisinaan
- 4 melko usein
- 5 päivittäin

19. Jos koette, niin mikä turvattomuuden tunteen aiheuttaa?

- 1 yksin asuminen
- 2 läheisen vakava sairaus/kuolema
- 3 oman kuoleman pelko
- 4 vammautuminen
- 5 laitoshoitoon joutuminen
- 6 vaikeudet saada apua ja päästä hoitoon tarvittaessa
- 7 joutuminen riippuvaiseksi toisten avusta
- 8 unohdetuksi tai hylätyksi tuleminen
- 9 oman terveyden heikkeneminen
- 10 taloudelliset huolet
- 11 hoivapalvelujen saanti ja laatu
- 12 ei ole läheistä ihmistä, jonka kanssa voin keskustella luottamuksellisesti
- 13 muu, mikä?

20. Kertokaa lyhyesti, miten edistätte omaa hyvinvointianne, toimintakykyänne ja jaksamistanne? _____

21. Minkälaisien asioiden koette auttavan arjesta selviytymistänne? _____

22. Mitkä asiat tai apu tekisivät arjestanne laadukkaampaa? _____

23. Millaisina koette/näette tulevaisuuden näkymänne?

- 1 hyvinä
- 2 melko hyvinä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko huonoina
- 5 todella huonoina

24. Mistä saatte voimia jaksamiseenne? Voitte valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

- 1 perheestä
- 2 ystäviltä
- 3 liikunnasta
- 4 luonnosta
- 5 harrastuksista
- 6 kulttuurista
- 7 jostain muusta, mistä? _____

Asiakaskokemukset

25. Kuinka nopeasti avun tarpeen toteamisen jälkeen pääsitte tarvitsemaanne palveluun?

- 1 muutamissa päivissä
- 2 viikon sisään
- 3 kahdessa viikossa
- 4 kuukauden sisään
- 5 kesti kauemmin, kuinka kauan? _____

26. Mitä kautta pääsitte palvelun piiriin?

- 1 lääkärin ohjaamana
- 2 hoitajan ohjaamana
- 3 otin suoraan yhteyttä palvelun tuottajaan
- 4 kotihoidon kautta
- 5 terapeutin kautta
- 6 jotain muuta kautta, mistä? _____

27. Mistä saitte tietoa palvelusta

- 1 lehdestä
- 2 sukulaisilta
- 3 ystäviltä
- 4 kerhoista
- 5 terveyskeskuksesta
- 6 järjestöistä

7 jostain muualta, mistä? _____

28. Koetteko saavanne riittävästi tarvitsemaanne apua?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

29. Miten koette selviytyväne saamanne terapian avulla?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

30. Saatteko mielestänne riittävästi kotihoidon palveluja tarpeisiinne nähden?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

31. Missä kotihoidon ja/tai kuntoutuksen palveluissa mielestänne on
kehitettävää? _____

32. Miten kehittäisitte edellä mainittuja
palveluja? _____

33. Oletteko saaneet mielestänne riittävästi tietoa tarjolla olevista
kuntoutusmahdollisuuksista?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

34. Ajoittuiko kuntoutus mielestänne oikeaan ajankohtaan hoitotarpeen huomioiden?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin

- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

35. Ajoittuiko palveluiden piiriin pääsytne mielestänne oikein hoitotarpeeseen nähden?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

36. Vastasivatko palvelut tarpeeseen?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

37. Oletteko hyötynne kuntoutuksesta?

- 1 paljon
- 2 melko paljon
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko vähän
- 5 en lainkaan

38. Saatteko omalta asuinpaikkakunnaltanne tarvitsemianne palveluja?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

39. Mitä palveluja toivoisitte kehitettävän omalla asuinpaikkakunnallanne?

40. Millaisen vastaanoton olette saaneet tarvitsemissanne palveluissa?

- 1 hyvän
- 2 melko hyvän
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko huonon

5 huonon

41. Kertoisitteko lyhyesti saamistanne hyvästä ja/tai huonosta palvelukokemuksestanne?

42. Pääsittekö itse vaikuttamaan hoitoanne koskeviin päätöksiin?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

43. Saitteko mielestänne riittävästi tietoa hoitoonne liittyvistä asioista?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

44. Koetteko tulleenne kuulluksi teitä koskevissa palveluissa?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko huonosti
- 5 huonosti

45. Täyttittekö lomakkeen itse vai tarvitsitteko apua sen täyttämisesssä?

- 1 kyllä, täytin itse
- 2 en, sain apua lomakkeen täyttämiseen perheenjäseneltä

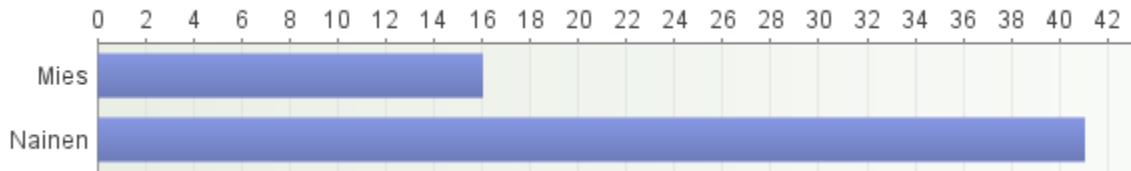
- 3 en, sain apua lomakkeen täyttämiseen kotihoidon ym. työntekijältä
- 4 en, sain apua lomakkeen täyttämiseen ystävältä

Kiitos vastauksistanne!

Peruspalvelukuntayhtymä Selänne
(Webropol -ohjelma)

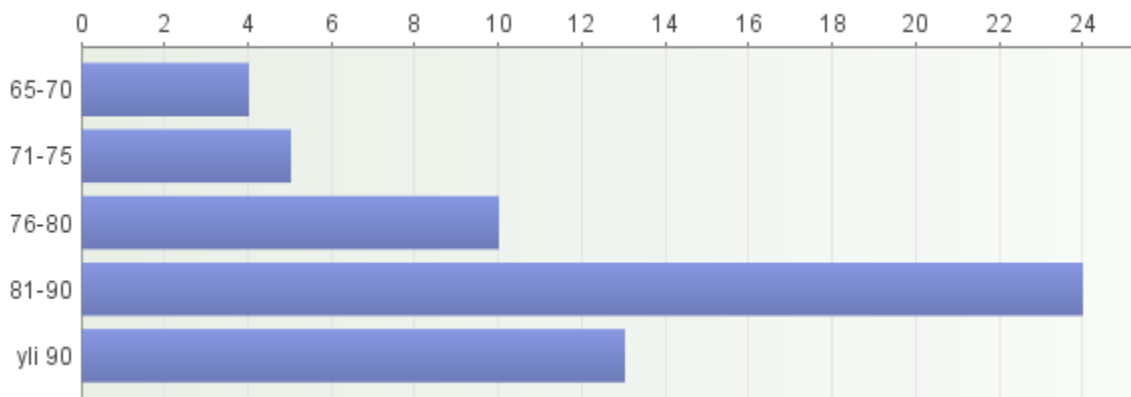
1. Sukupuoli

Vastaajien määrä: 57



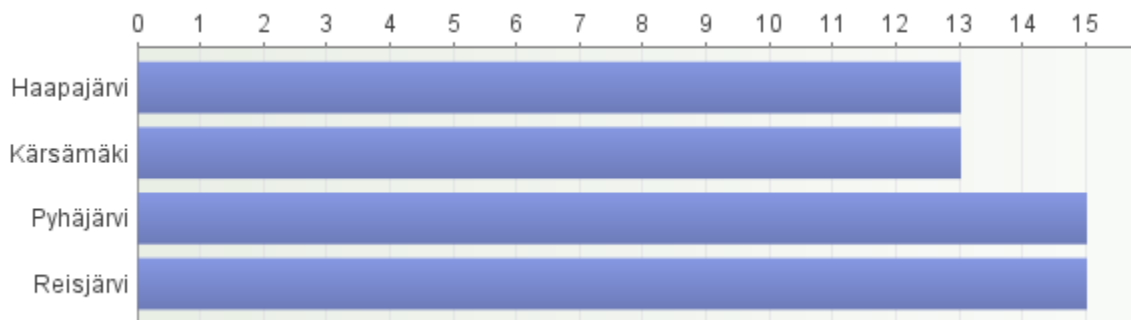
2. Ikä

Vastaajien määrä: 56



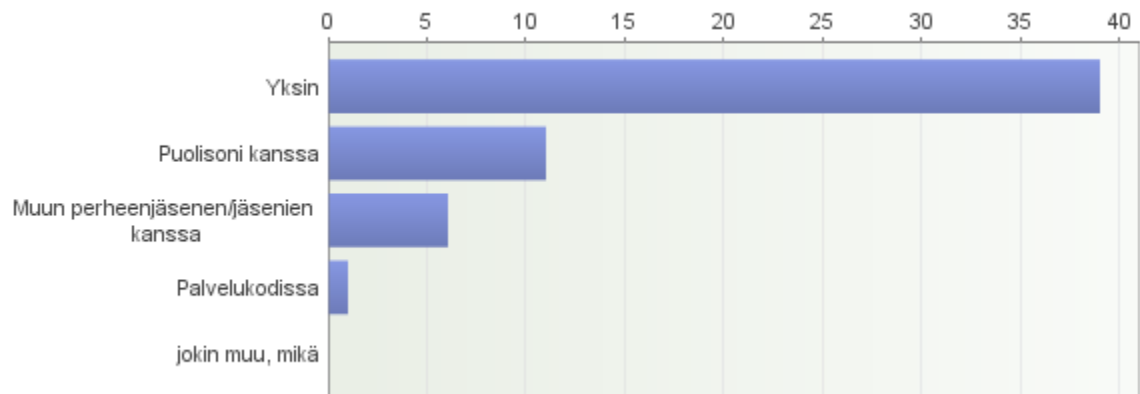
3. Asuinpaikkakunta

Vastaajien määrä: 56



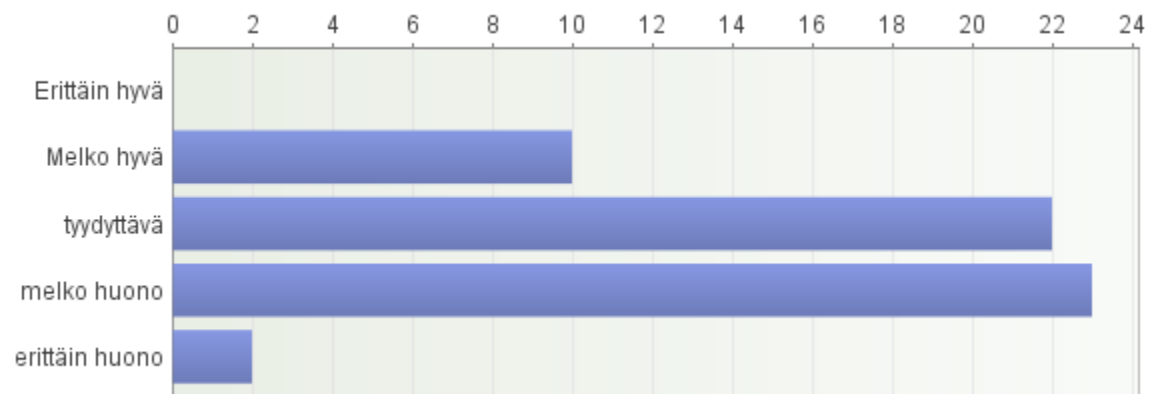
4. Kenen kanssa/miten asutte?

Vastaajien määrä: 57



5. Millainen on mielestänne oma terveydentilanne tällä hetkellä?

Vastaajien määrä: 57



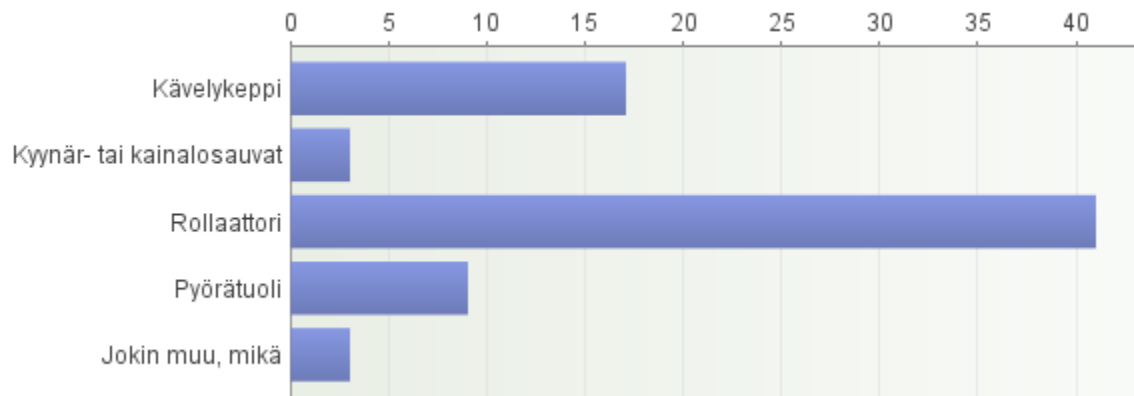
6. Onko teillä todettu jokin sairaus tai vamma, joka vaikuttaa kykyynne selviytyä arjen toiminnoista?

Vastaajien määrä: 56



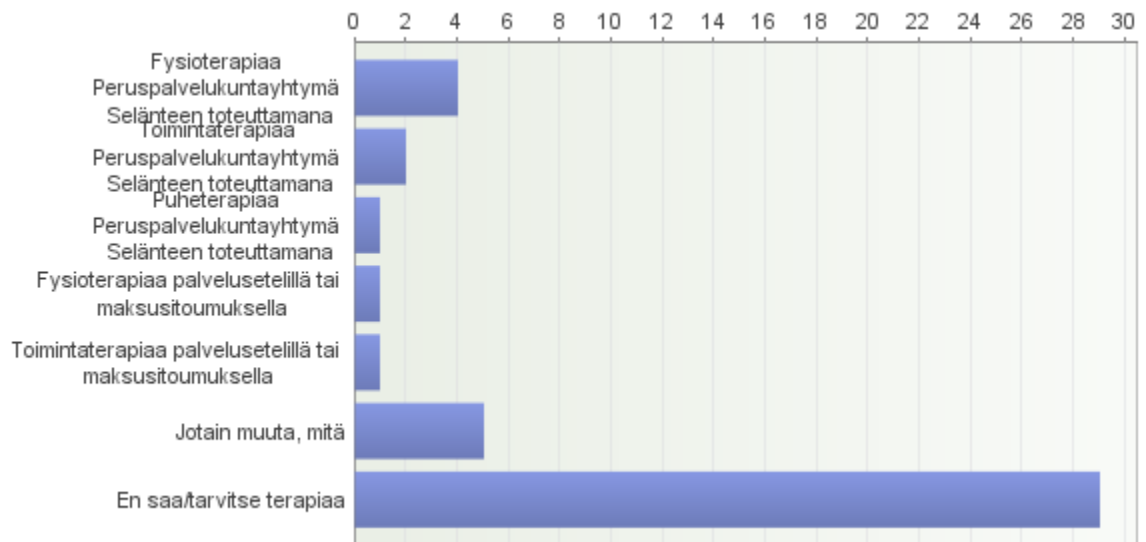
8. Onko käytössä jokin seuraavista liikkumista helpottavista apuvälineistä?

Vastaajien määrä: 46



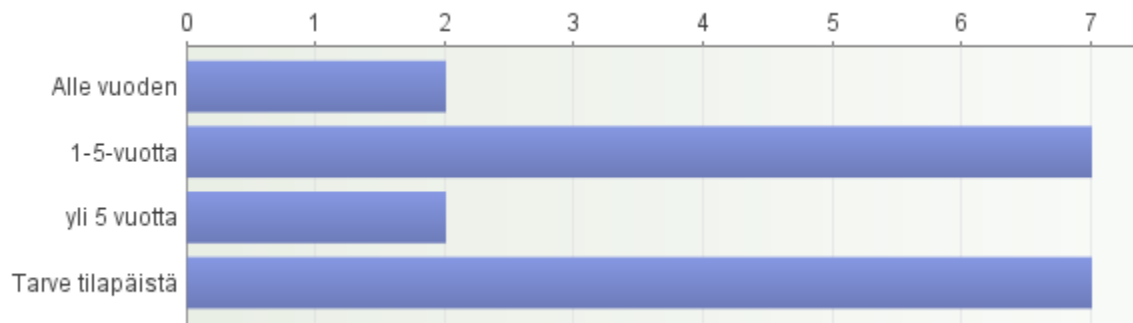
9. Mitä terapiaa saatte kuntayhtymän kautta?

Vastaajien määrä: 43



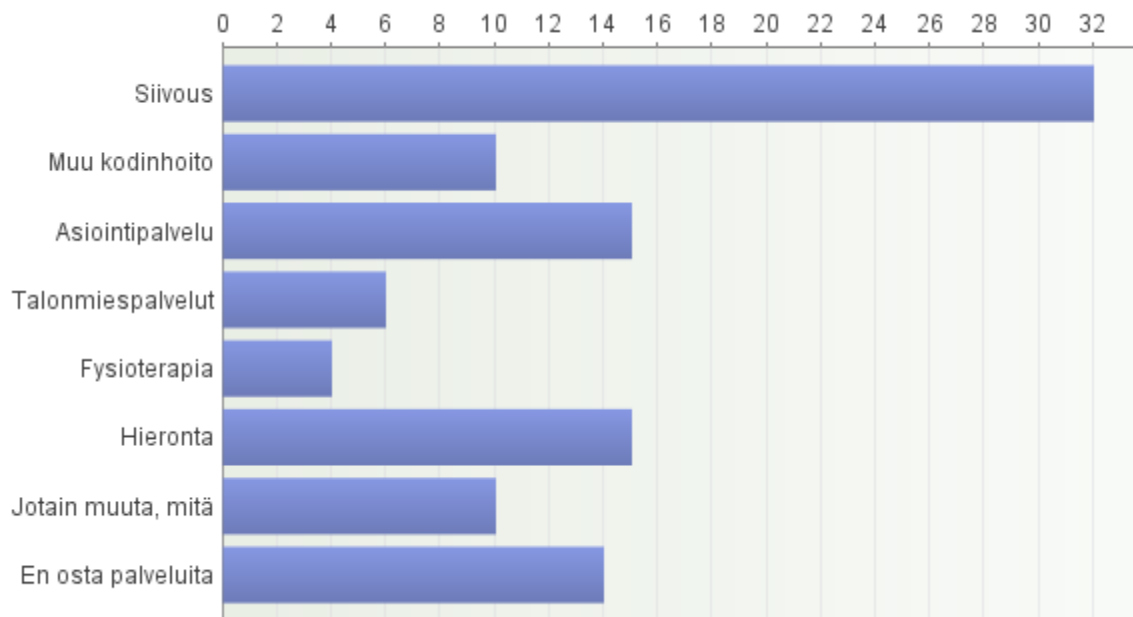
10. Kuinka kauan olette olleet edellä mainittujen terapiapalvelujen piirissä?

Vastaajien määrä: 18



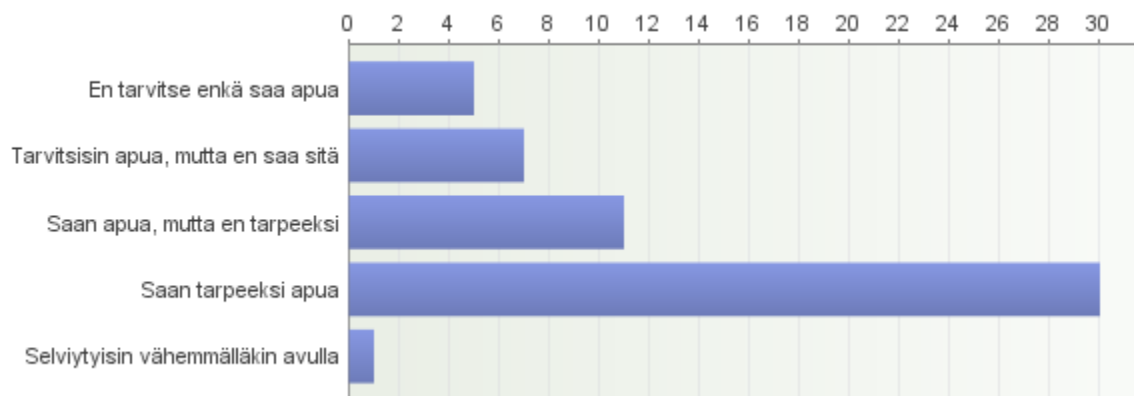
12. Ostatteko itse itselle lisäpalveluita?

Vastaajien määrä: 54



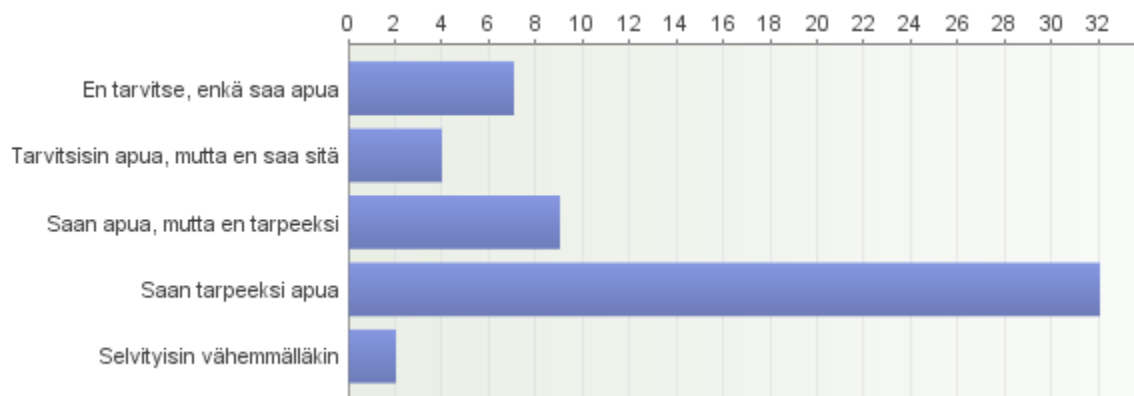
13. Tarvitsetteko ja saatteko apua kotitöissä ja muissa arkiaskareissa?

Vastaajien määrä: 54



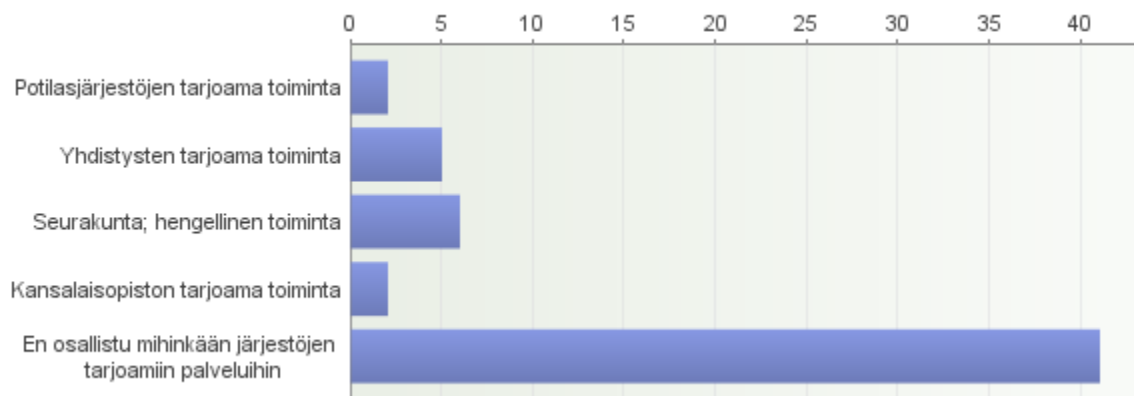
14. Miten selviydytte kodin ulkopuolisten asioiden hoitamisesta? (kaupassa käynti ja muu asiointi)

Vastaajien määrä: 54



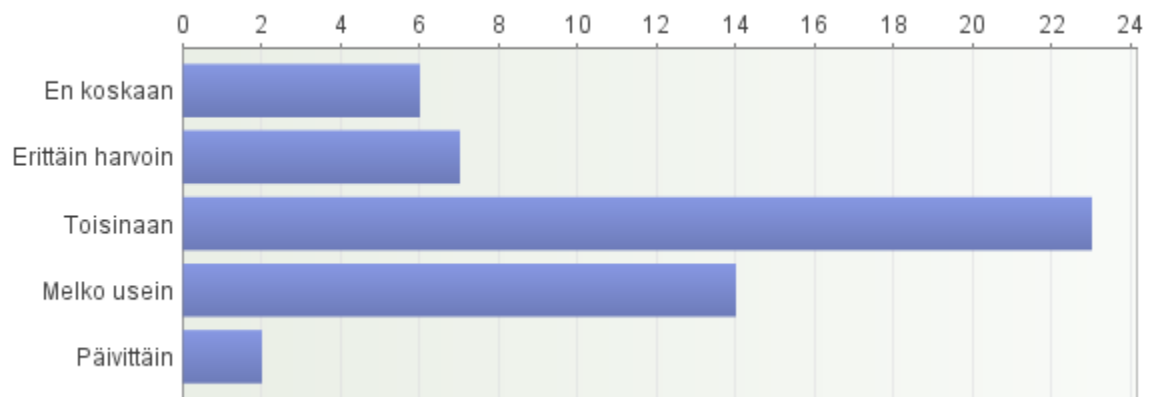
15. Osallistuttko alueenne järjestöjen tarjoamiin ryhmiin tai palveluihin?

Vastaajien määrä: 53



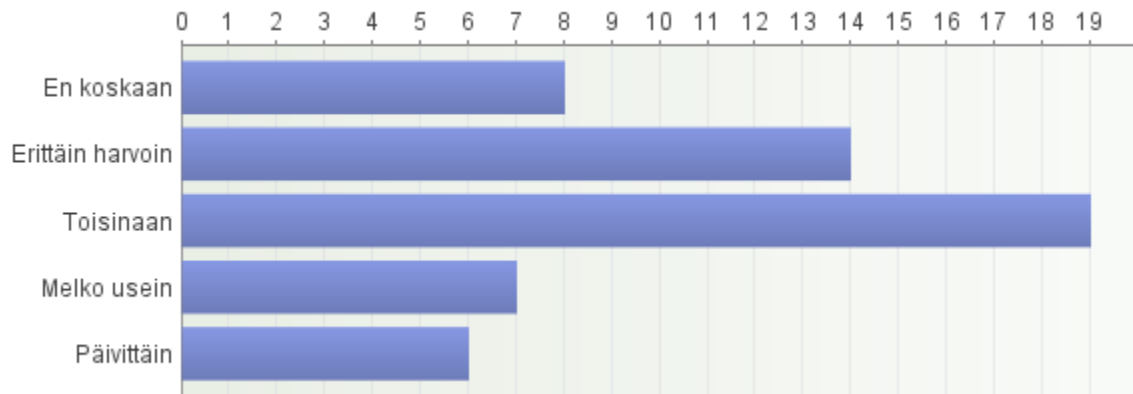
16. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

Vastaajien määrä: 52



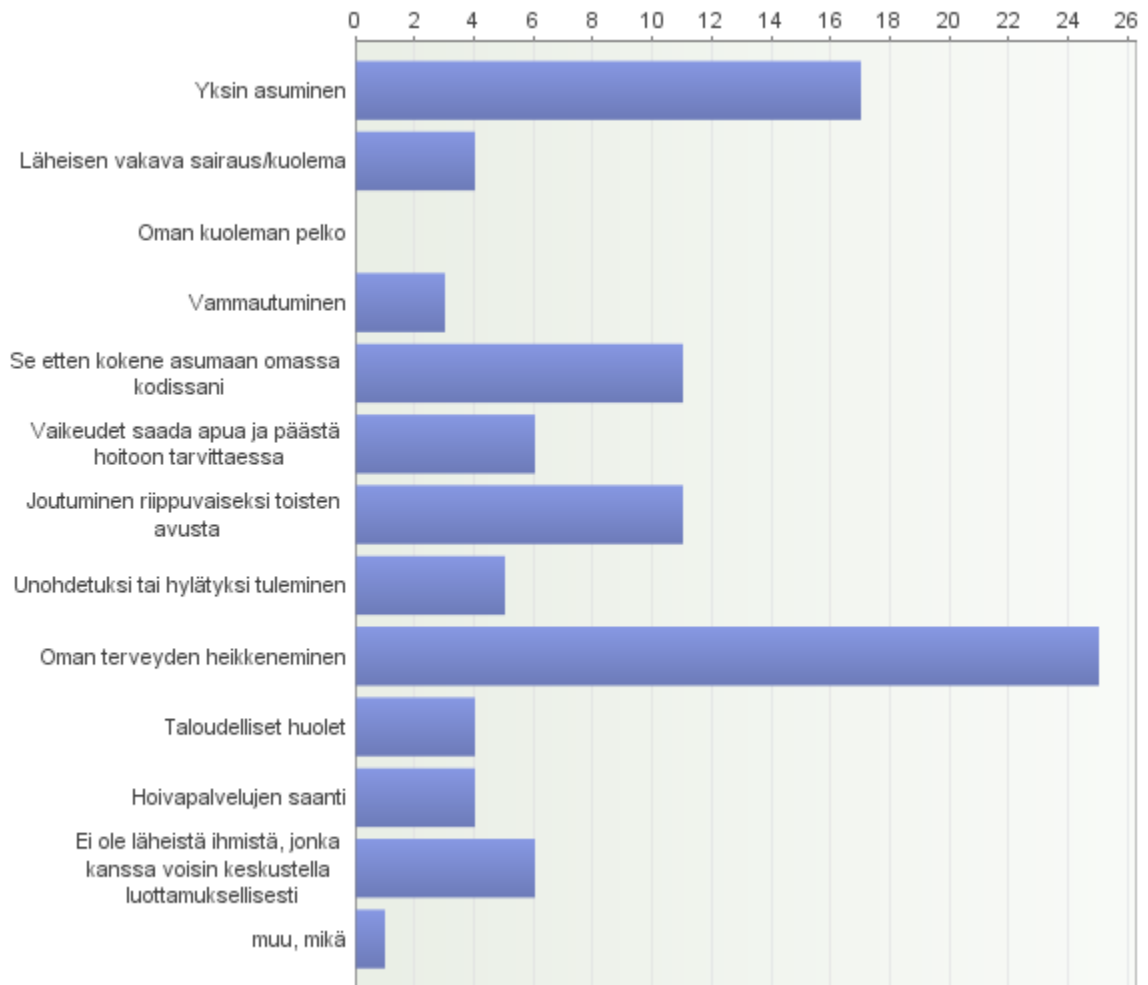
17. Koetteko turvattomuuden tunnetta?

Vastaajien määrä: 54



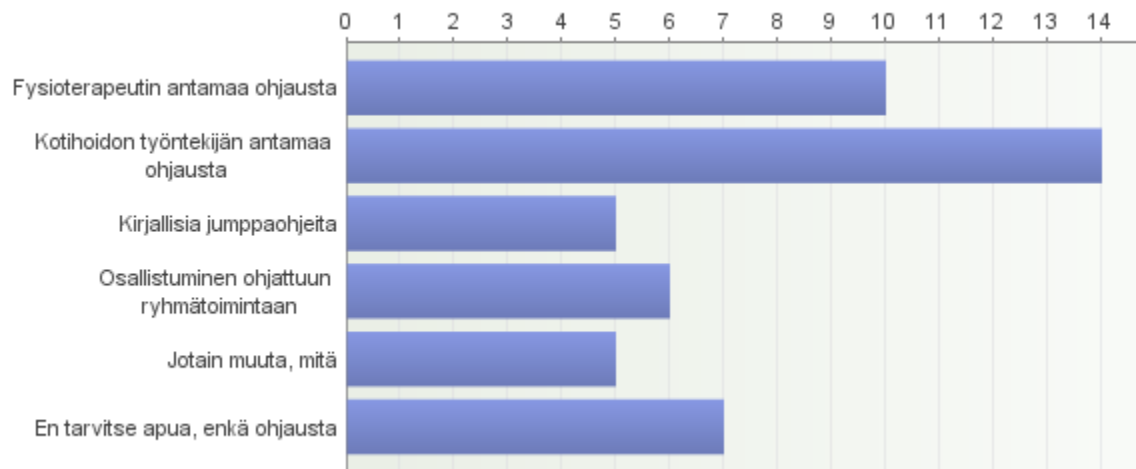
18. Jos koette, niin mikä turvattomuuden tunteen aiheuttaa?

Vastaajien määrä: 40



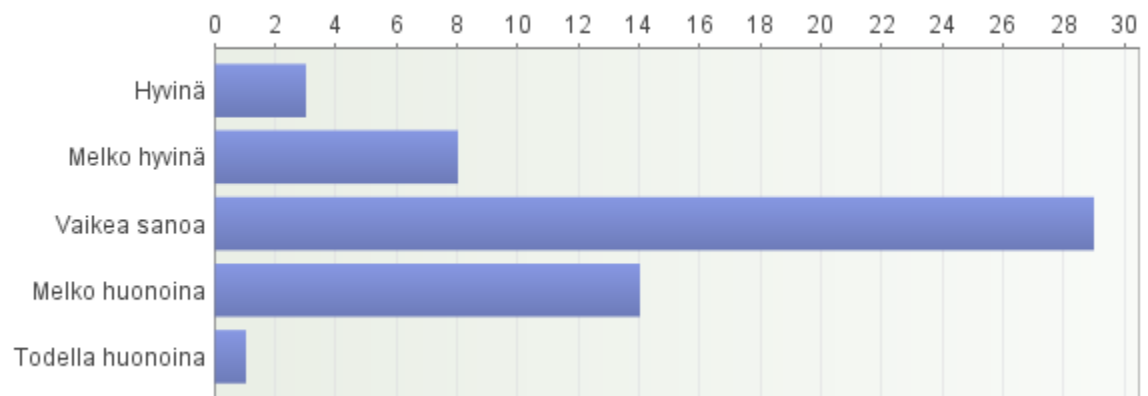
20. Millaista apua tai ohjausta koette tarvitsevanne edistämään toimintakykyänne?

Vastaajien määrä: 38



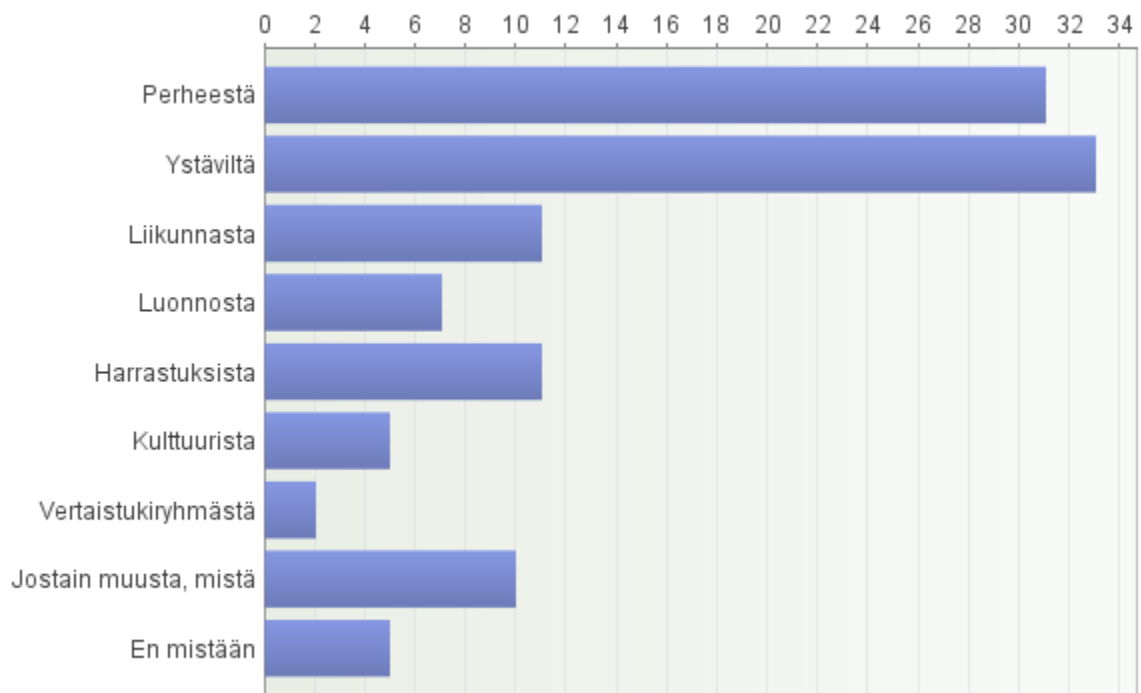
23. Millaisina koette/näette tulevaisuuden näkymänne?

Vastaajien määrä: 55

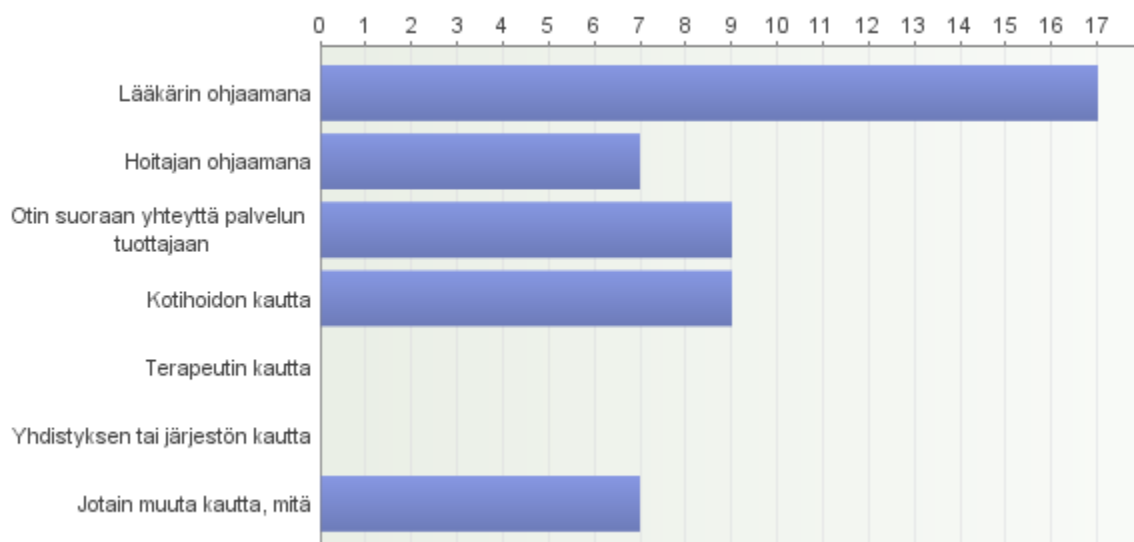


24. Mistä saatte voimia jaksamiseenne?

Vastaajien määrä: 54

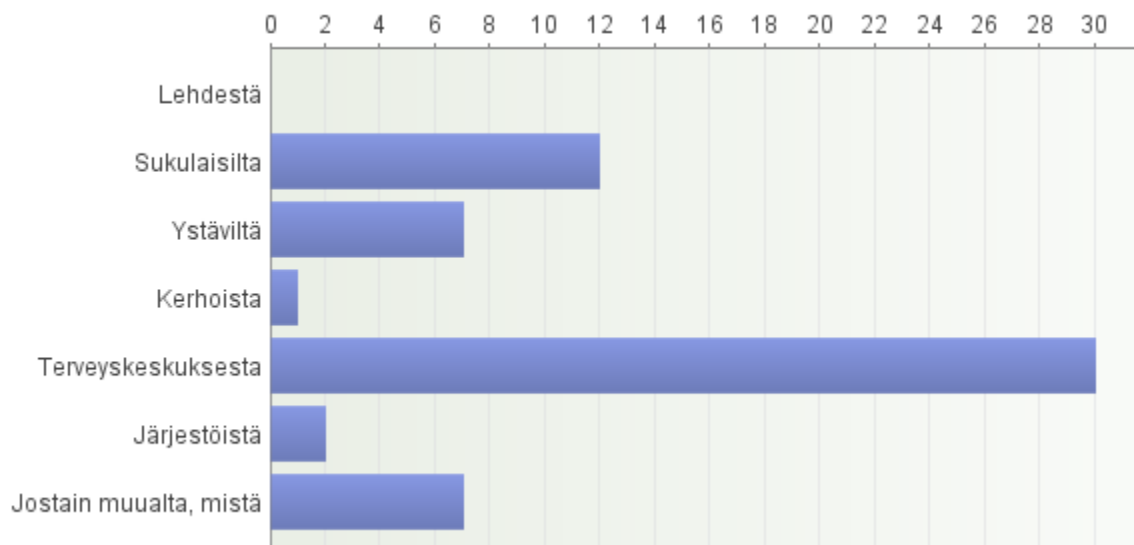


25. Mitä kautta ohjauduitte kunnallisen kotihoidon piiriin?



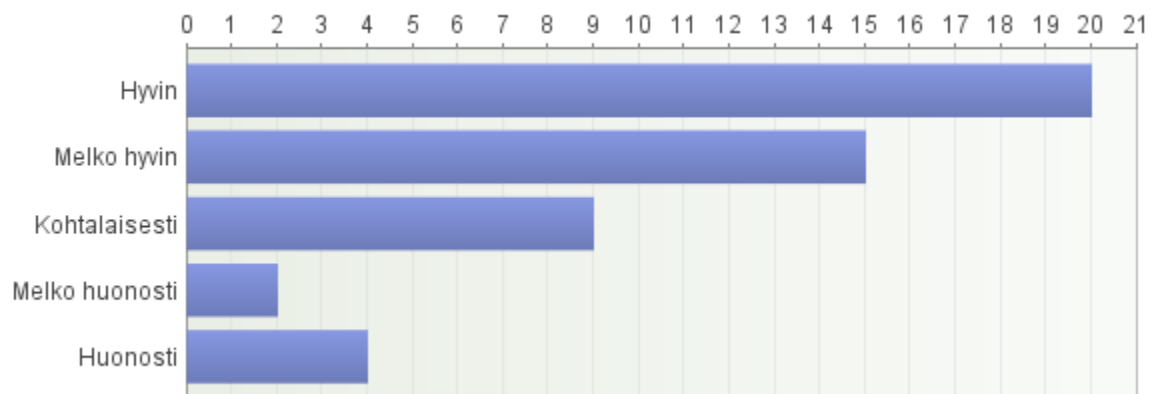
26. Mistä saitte tietoa kunnallisesta kotihoodosta?

Vastaajien määrä: 48



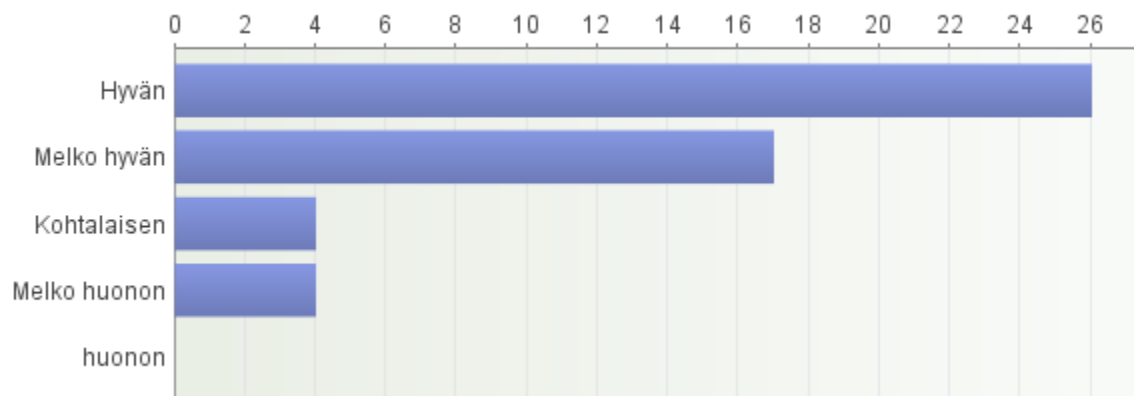
27. Saatteko mielestänne riittävästi kotihoidon palveluja tarpeisiinne nähden?

Vastaajien määrä: 50



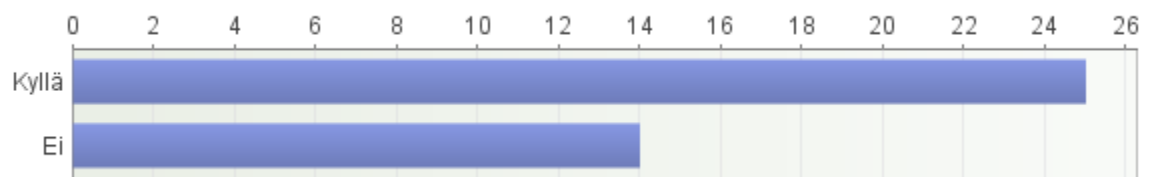
28. Millaisen vastaanoton olette saaneet tarvitsemisianne kotihoidon palveluissa?

Vastaajien määrä: 51



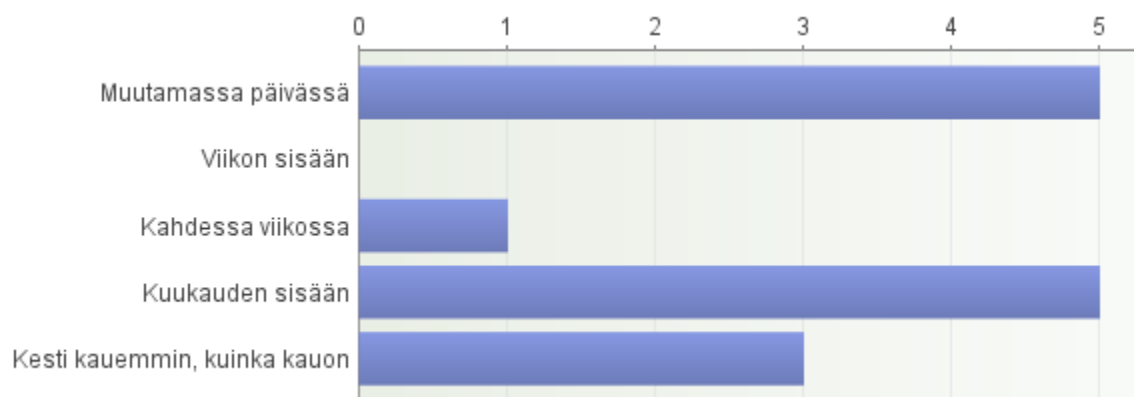
29. Onko kotihoidon palveluissa mielestänne kehitettävää?

Vastaajien määrä: 39



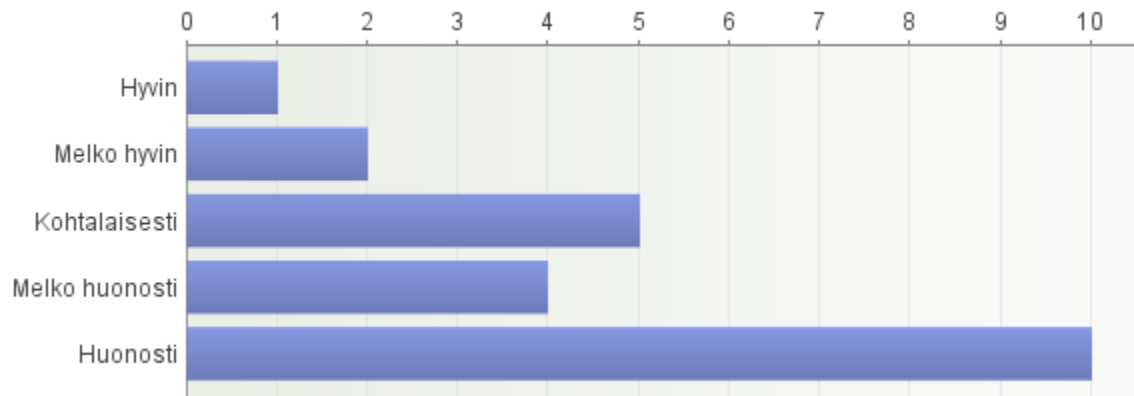
31. Kuinka nopeasti avun tarpeen toteamisen jälkeen pääsitte kuntoutukseen?

Vastaajien määrä: 14



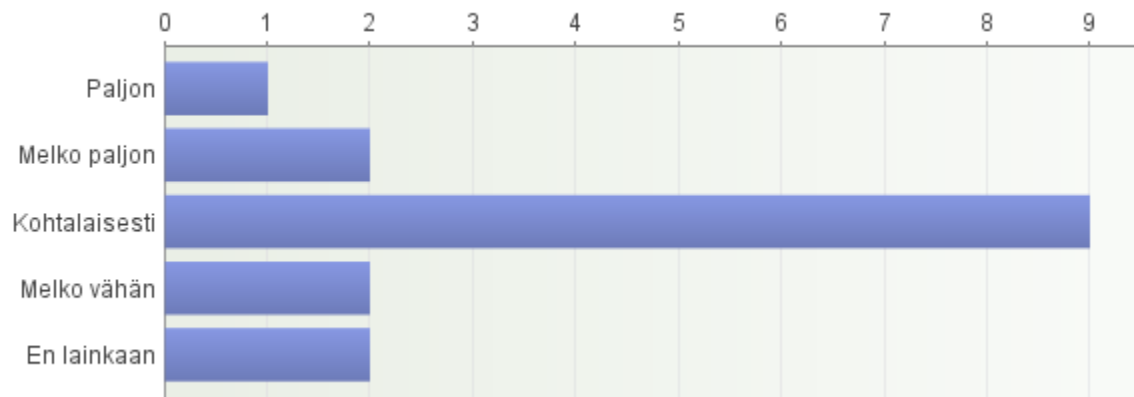
32. Oletteko saaneet mielestänne riittävästi tietoa tarjolla olevista kuntoutusmahdollisuuksista?

Vastaajien määrä: 22



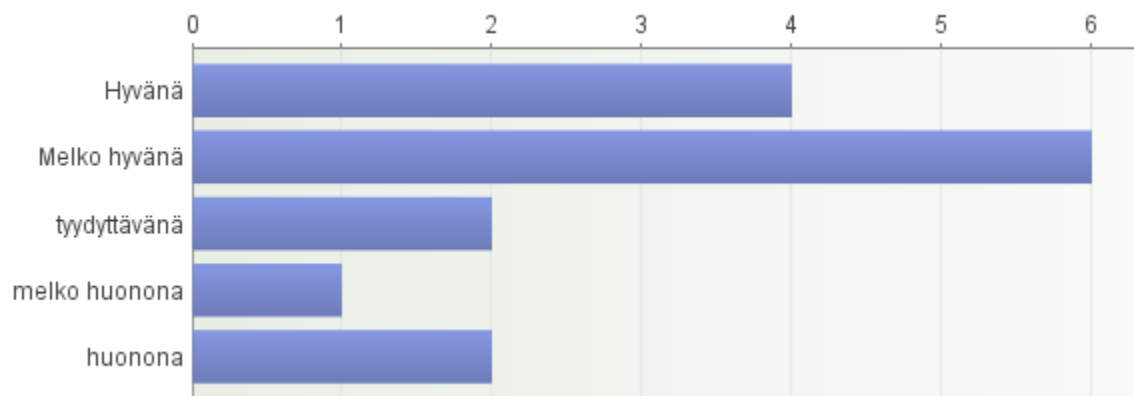
34. Oletteko hyötynneet kuntoutuksesta?

Vastaajien määrä: 16



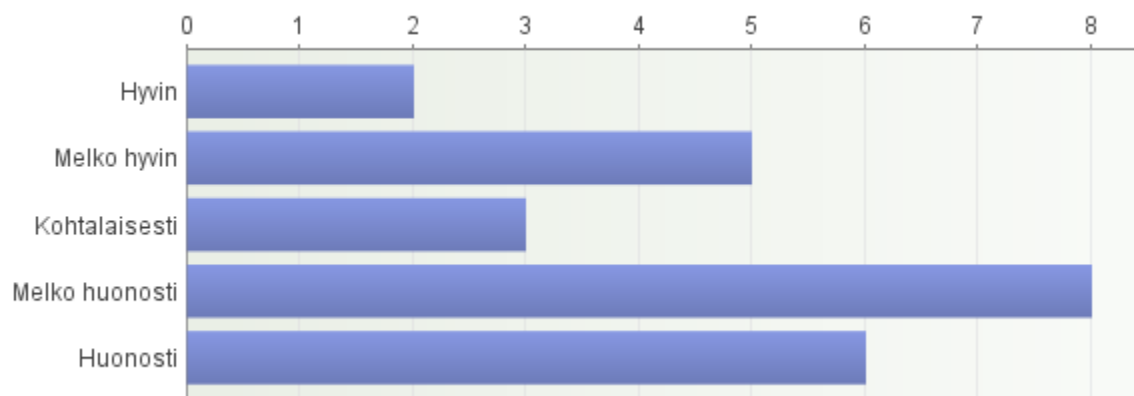
37. Millaisena olette kokeneet saamanne vastaanoton kuntoutuksen palveluissa?

Vastaajien määrä: 15

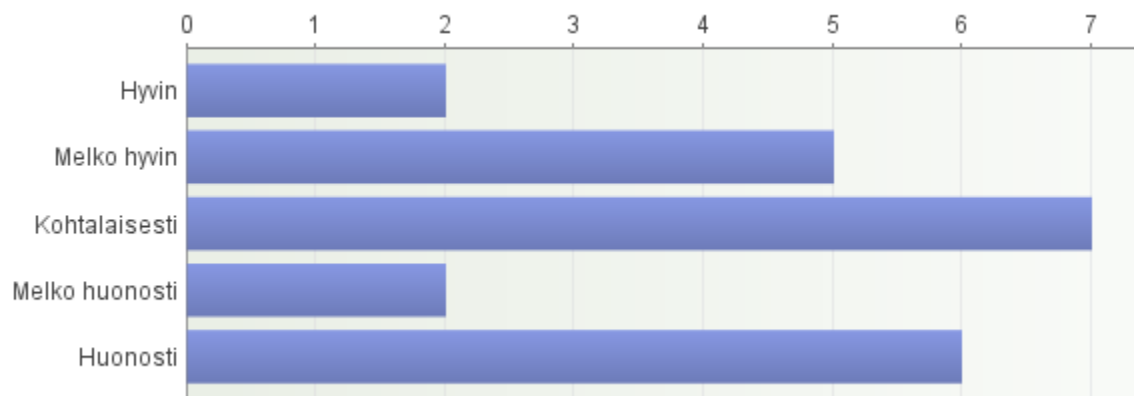


39. Saitteko mielestänne riittävästi tietoa kuntoutukseenne liittyvistä asioista?

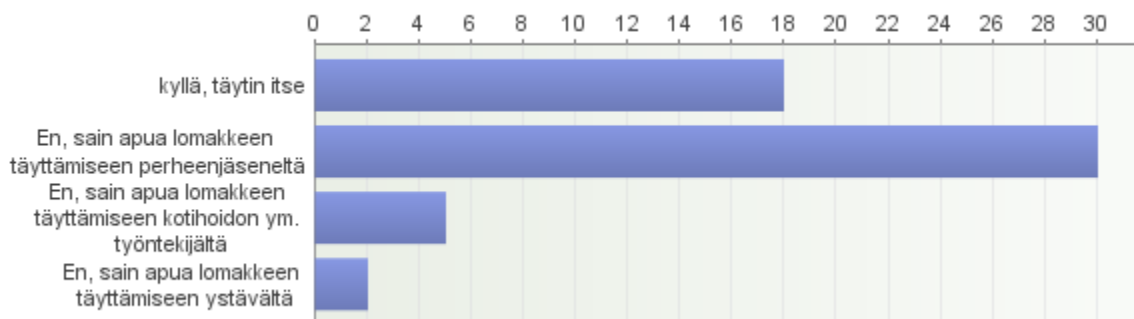
Vastaajien määrä: 24



40. Koetteko tulleenne kuulluksi teitä koskevista kuntoutuspäätöksistä?
Vastaajien määrä: 22



41. Täyttitkö tämän kysymyslomakkeen itse vai saitteko apua sen täyttämässä?
Vastaajien määrä: 55



ARVIOI tilaisuutta oman tyytyväisyytesi pohjalta rengastamalla sopivin vaihtoehto oheisen asteikon mukaisesti.

4 = Olen täysin samaa mieltä, 3 = Olen samaa mieltä, 2 = Olen eri mieltä,
1 = Olen täysin eri mieltä

1. Aihe oli kiinnostava ja ajankohtainen. 4 3 2 1

2. Esitettävät materiaalit olivat selkeät. 4 3 2 1

3. Pystyn hyödyntämään päivän antia työssäni. 4 3 2 1

4. Tilaisuus innostaa lisätiedon hankintaan aihepiiristä. 4 3 2 1

5. Tilaisuuden anti muuttaa joitakin työkäytäntöjäni. 4 3 2 1

6. Kokonaisuudessa päivän anti oli hyödyllinen. 4 3 2 1

7. Ideoita, toivomuksia ja palautetta päivästä

KIITOS PALAUTTEESTASI!

Mari Moisala
Riitta Sipola

