

"KOTIHOION TURVIN SELVIÄN, MUUTEN EN"

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA ÄÄNEKOSKEN KOTIHOIDOSTA

Leena Pasanen

6. 3 Opinnäytetyö

Kevät 2012

Diakonia ammattikorkeakoulu,

Diak Etelä

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (YAMK)

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	4
ABSTRACT	5
1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	8
2.1 Kotihoito käsitteenä	8
2.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma	9
2.1.2 Toimintakyky ja RAVA- indeksi	9
2.2 Kotihoidon prosessikuvaus	11
2.3 Laaja-alaisten palvelutarpeiden asiakkaat	12
3 KOTIHOITO	14
3.1 Taustaa	14
3.2 Kotihoito Äänekoskella	15
3.2.1 Henkilöstö	15
3.2.2 Asiakkaat	16
4 TEORIA, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
4.1 Aiemmat tutkimukset	19
4.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	21
5 METODISET KYSYMYKSET	23
5.1 Laadullinen tutkimus	23
5.2 Aineiston keräysmenetelmät ja dokumenttiaineisto	24
5.3 Tutkimukseen osallistuneet	28
5.4 Aineisto	28
5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	31
5.5.1 Tutkimuksen luotettavuus	31
5.5.2 Tutkimuksen eettisyys	32

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSTULOKSET	34
6.1 Haastateltavat asiakkaat	34
6.2 Arjesta selviäminen	37
6.3 Kotihoidon palvelut	47
6.4 Puuttuvat palvelut.....	55
6.5 Käsitys parhaasta asumispaikasta tällä hetkellä ja tulevaisuudessa	56
7 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET	58
8 POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA.....	65
LÄHTEET.....	70
LIITTEET	76
Liite 1 Asiakaskirje.....	76
Liite 2 Teemahaastattelu runko	77
Liite 3 Suostumus haastatteluun	79

TIIVISTELMÄ

Leena Pasanen: "Kotihoion avulla selviän, muuten en." Asiakkaiden kokemuksia Äänekosken kotihoidosta. Diak Etelä, Helsinki. Kevät 2012, 79s., Liitteet 3. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Päähteet ja syrjäytyminen koulutusohjelma, sosionomi (YAMK).

Tämän tutkimuksen keskeisenä tavoitteena on selvittää kuinka asiakkaat selviävät arjestaan kotihoidon ja omien voimavarojensa avulla. Mitä palveluja he kaipaavat ja missä he haluaisivat asua. Tutkimuksen toimeksiantajan tavoitteena on saada laaja-alaisten palvelutarpeiden asiakkaiden kokemuksia esille. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotipalveluksi. Silti toimijoiden määrä on lisääntynyt, koska tukipalvelut on ulkoistettu.

Tutkimuksessa haastateltiin kuutta Äänekosken keskustan kotihoidon asiakasta heinäkuussa 2011 teemahaastatteluina. Ne analysoitiin sisällönanalyysiin keinoin. Haastatteluihin osallistuneiden ikä on 57-89 vuotta. Heistä viisi on naisia ja yksi mies. He kaikki ovat kotipalvelun asiakkaita. Viidellä heistä on myös kotisairaanhoidon palveluja. Toimintakyky tutkimukseen osallistuneilla on RAVA-indeksin mukaan suhteellisen hyvä. Suurin osa heistä selvisi melko omatoimisesti arjesta.

Kaikki haastateltavat kertovat vaikeista elämässä tapahtuneista asioista, jotka olivat tapahtuneet ennen kotihoidon asiakkaaksi tuloa. Heillä kaikilla on kokemus hoitajana toimimisesta, joko ammattilais- tai omaishoidon muodossa. Kolmella heistä ei ollut omia lapsia ja lähiomaisia oli vähän. Kotihoidon palvelujen piiriin tulo koettiin eri tavoin. Se oli yhdelle luonnollinen asia ja toiselle helpotus. Kolmelle se merkiksi siitä, että on huonossa kunnossa. Yksi haastateltava koki sen ikään kuin jostain määräksi.

Asiakkaat haluavat asua kotona. Palveluista kaivataan ulkoilutus- ja asiointiapua sekä halvempaa siivousta. Asiointimatkat ovat hankalia, järjestelmä on kirjava ja riittämätön. Lisäksi kaivataan mielenterveyspalveluita ja pientä remonttiapua. Palveluista ja etuuksista tieto on huonoa. Huoli taloudellisesta selviämisestä on usealla.

Kotihoidonjärjestelmä saa tutkimuksessa kritiikkiä. Hoitajien työtahti on liian kiireinen, hoitajat vaihtuvat eikä varahenkilöjärjestelmä ole toimiva. Yksi vastaaja myös toi esille, ettei kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimi yhteistyössä. Kotihoidon työntekijöistä tuli kuitenkin pelkkää positiivista palautta.

Tutkimuksen tulosten pohjalta kehittämistarpeita on henkilöstön saatavuudessa, hoito- ja palvelusuunnitelman asiakaslähtöisyydessä sekä vanhussosiaalityössä. Myös palveluohjauksen ja omahoitaja järjestelmän kehittämisen tarve on ilmeinen ja omatoimisen asioinnin tukemiseksi tulisi saada toimiva kuljetus- ja saattopalvelu.

Asiasanat: kotihoito, arki, palvelut, asuinpaikka

ABSTRACT

Pasanen, Leena. Experiences of Home Care Users. 79p., appendices 3. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Intoxicants and Marginalization. Degree: Master of Social Services.

The target of this research was to develop home care services to meet the needs of customers. The research was made by interviewing customers and studying how the customers are able to cope with the services provided. Home care and home nursing have been combined to form home care system. Nevertheless the number of service provider has increased because support services have been outsourced.

In the research six customers of Äänekoski home care services were interviewed in July 2011 as a theme interview and the interviews were analyzed with help of content analysis. The age of the customers attending the interviews was 57 -89 years. Five of them were female and one was male. The interviewees were customers of home care and five of them also use home nursing services. The interviewees' ability to function was relatively good. Most of them were able to cope with their daily lives by themselves.

All of the interviewees told about difficult events in their lives that had happened before becoming a customer of home care services. All of them also have experience of working as a nurse, either as a professional or caring for close relatives. Three of the customers do not have children of their own and their social networks are small.

The customers wanted to live at their homes. The services were needed for outdoor activities and running errands, and they wished cheaper cleaning services. Mental health services are also needed, as well as help in doing renovations. The customers felt that they had not received enough information about services and benefits. Many of them are worried about coping with finances. Becoming a customer of home care was experienced in different ways. One thought of it as a natural thing to happen and another thought of it to be a relief. Three of the interviewees felt that they were in bad shape because they needed home care services.

Home care system received criticism in this research. The work of the nurses is too busy. The nurse visiting a client changes too often and the deputy system does not work. One of the interviewees also brought forward that home service and home nursing do not co-operate. The employees of home care services all received good feedback.

According to the results of the research, development is needed in the areas of obtaining availability of personnel, customer-oriented care and service plan, as well as social work among senior citizens. Also the need of developing case management and primary nurse system is obvious.

Keywords: home care, everyday life, service

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tutkimuskohteena on Äänekosken kotihoidon asiakkaiden kokemukset kotihoidonpalvelusta ja selviytymisestä arjesta. Keskiössä ovat asiakkaat, joilla on perus- ja sairaanhoidollisten tarpeiden lisäksi muita laajoja palvelutarpeita. Näihin tarpeisiin kotihoito ei aina koe pystyvänsä vastaamaan. Äänekoskella kotihoito on määritelty vanhusten palveluksi (Järvikallio 2007). Yhä enemmän kotihoidon piirissä on kuitenkin henkilöitä, jotka eivät täytä vanhuuden kriteereitä tai vanhuksia, joilla on runsaasti palvelutarpeita.

Vanhusten palvelut ovat saaneet paljon lisää toimijoita, koska tukipalvelut on pääosin ulkoistettu. Huolimatta kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä kotihoidoksi on palvelujen tuottajien määrä lisääntynyt yksityisen sektorin tullessa osaksi palvelua. Tämä on johtanut palveluiden sirpaloitumiseen. Palvelujen käyttäjien kannalta tämä on merkinnyt kokonaisuuden hahmottamisen vaikeutumisenä. (Virkki, Vartiainen, Kettunen & Heinämäki 2011, 76.)

Kotihoito on muuttunut yhä sairauenhoidollisempaan suuntaan. (Virkki ym. 2011, 75). Aiemmin kodinhoitajan tullessa paikalle hän hoiti kodin ja valmisti ruuat. Huolenpito oli kokonaisvaltaista ja sairauden hoito kuului kotisairaanhoitoon. Nyt nämä kodinhoitotyöt ovat tukipalveluja eivätkä kuulu enää kotihoidon työnkuvaan. Nyt hoidetaan ihmistä ja hänen sairauksiaan, ei enää kotia.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille kotihoidon laaja-alaisten palvelutarpeiden asiakkaiden selviytymistä arjessa kotihoidon ja omien voimavarojensa avulla. Tutkimuksen tilaajan, vanhustyönjohtaja Metti Järvikalloin, tavoitteena on saada tietoa siitä onko näille asiakkaille nykymuotoisesta kotihoidosta hyötyä. Mitä muita palveluja he tarvitsisivat arkeensa. Kotihoito nähdään yhä laajemmin vanhustenhuollon keskeisenä palvelumuotona ja kotona asuminen mahdollisimman pitkään on asetettu usein tavoitteeksi keskusteltaessa vanhusten huollon suuntaviivoista. Taustatiedoiksi selvitin keitä nämä palvelujen käyttäjät ovat. Ensimmäinen tutkimusongelma on, kuinka haastattelut asiakkaat kokevat kotihoidon palvelut ja kuinka he kokevat selviävänsä arjessa. Toisena tutkimusongelmana on puuttuvat palvelut, joita kotihoidon asiakkaat kokevat tarvitsevänsä,

jotta selviäisivät arjesta. Kolmantena ongelmana on selvittää asiakkaiden näkemyksiä itselleen sopivimmasta asumispaikasta ja tarkastella halukkuutta tuntuun asumismuotoihin.

Tarkoituksena on tuoda esiin asiakkaiden omia kokemuksia kotihoidosta ja palvelutarpeista. Mitä paremmin kotihoito pystyy vastaamaan asiakkaidensa tarpeisiin, sitä pidempään asiakkaat pystyvät asumaan kotona. Tämä on asiakkaan kannalta inhimillistä. Yhteiskunnalle kotona asuminen tuo säästöjä. Keskeinen tavoite opinnäytetyössä on saada palvelujen käyttäjien aito kokemus esille ja saada heidän äänensä kuuluviin.

Kotihoidosta on tehty viime aikoina runsaasti tutkimuksia. Jyrki Jyrkämä 2007 on todennut vanhuspolitiikkaan kohdentuneiden tutkimusten olevan gerontologista toimintakyvyn tutkimusta. Näissä tutkimuksissa on hänen mukaansa keskeisintä ollut fyysisen-, psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn selvittäminen. Vähiten on kuitenkin tutkittu sosiaalista toimintakykyä. Syynä ainakin osin on termin epämääräisyys. Tutkimukset perustuvat laajaan ja huolellisesti koottuun aineistoon, joiden avulla saadaan keskimääräisesti kuvaavia tuloksia. Näillä tutkimuksilla pystytään kuvaamaan kuitenkin paremmin suuria tutkimusjoukkoa kuin yksittäistä ihmistä. (Jyrkämä 2007, 196-198.)

Tämä tutkimus on tehty Äänekosken kaupungin keskustaajaman kotihoidosta. Kaupungin omana palveluna tuottama kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi vuoden 2007 alusta. Sitä toteutetaan kotona ja /tai vastaavissa olosuhteissa asuville ikääntyville. Vastaavilla olosuhteilla tarkoitetaan lähinnä palveluasunnossa asuvia. Palvelutalossa asuville tarjotaan kotihoidon palveluja tehostetummin ja ne ovat ympärivuorokautisia. Tässä opinnäytetyössä kotihoidon palveluilla tarkoitetaan nimenomaan kotona asuville kaupungin omana palveluina tuottamia kotihoidon palveluja. Siinä ei ole haastateltu palvelutalossa asuvia tai pelkästään yksityisen kotihoidon palveluja saavia.

2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Kotihoito käsitteenä

Vuoden 2004 alusta on ollut mahdollista yhdistää kotipalvelu ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Vanhustenhuollon perustessa vanhuksen mahdollisuuteen asua kotona silloinkin, kun siihen tarvitaan palveluja, on kotihoito palveluiden ydin. Tämän taustalla on vanhusten määrän jatkuva kasvu sekä vanhusten oma halu asua kotona. Palvelujen yhdistämisellä kotihoidoksi on tavoitteena saumattomuus ja yhteinen työkalu. Käytännössä tämä näkyy moniammatillisena toimintana ja käytännön yhteistyönä. (Andersson, Haverinen ja Malin 2004, 481.)

Sosiaalihuoltolaissa määritellään kotipalvelu asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lastenhoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun totuttuun ja tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamiseksi sekä niissä avustamiseksi. Kotipalvelua on mahdollista saada toimintakyvyn alennuttua, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavan syyn perusteella, jos apua tarvitaan arjentoiminnoista selviämiseen. (L 710/82, 20§-21§.)

Sosiaalihuoltoasetuksessa kotipalvelulla tarkoitetaan kodissa tapahtuvaa yksilön tai perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista. Tukipalveluilla käsitetään ateria-, vaate-, kylvytys-, siivous-, kuljetus ja saattajapalveluja. (A 607/83, 9§.) Kotisairaanhoidon määritelmä löytyy kansanterveyslaista, jossa ei kuitenkaan määritellä kotisairaanhoidon sisältöjä (L66/72, 14§, 15§ ja 17§). Sosiaalihuolto- ja kansanterveyslaissa annetaan mahdollisuus väliaikaisesti yhdistää kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdeksi yhtenäiseksi kotihoidoksi (L 2a luku muut. 1428-1429/2004).

Tässä opinnäytetyössä kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdessä ja erikseen tuottamia palveluja. Kotihoidon asiakas on henkilö, joka käyttää näitä palveluja, olivatpa palvelut sitten kotipalvelun tai kotisairaanhoidon toteuttamia. Äänekoskella on käytössä omahoitajajärjestelmä, jolla tarkoitetaan kotipalvelun asiakkaille nimettyä tiettyä hoitajaa. Hän huolehtii muita enemmän tästä nimityksestä asiakkaasta. Kotisairaanhoidon on jo pitkään perustu-

nut saman hoitajan käynteihin. Ratkaisevana erona on se, että kotipalvelun työntekijät tekevät vuorotyötä ja kotisairaanhoidajat vain päivätyötä.

2.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittava palvelujen käyttäjälle asiakkuuden muodostuessa toistuvaksi ja säännölliseksi. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta 812/2000, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan palvelujen, hoidon ja kuntoutuksen tarpeet sekä toteutuksen tavat. Huomioon otetaan asuinympäristö sekä jäljellä olevat voimavarat. Suunnitelman tekoon osallistuvat asiakas läheisverkostoineen sekä työntekijä. Asiakkaan tarve on kotihoidon toteutuksen pohjana. Erilaisten palvelujen yhteensovittaminen voi olla haasteellinen sekä asiakkaan, että palvelujen tuottajan näkökulmasta. (Hammar 2008, 25-26.)

Äänekoskella hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan Mediatri potilastietojärjestelmän kautta. Siinä on kuvaus asuinpaikasta esim. kerrostalo kaupungin keskustassa ja maininta mukavuuksista. Sairaudet ja lääkitykset on lueteltu, samoin näkö, kuulo ja suunhoito. Raha-asiat on mainittu sen osalta, kuka ne hoitaa. Ruokailu on huomioitu siten, että on maininta siitä, kuinka ruoanlaitosta huolehditaan vai toimitetaanko se tukipalveluna. Apuvälineet ja mahdollinen turvapuhelin on myös mainittu. Lisäksi suunnitellut kotihoidon palvelut, mahdolliset tukipalvelut sekä yksityiseltä hankittavat palvelut löytyvät hoito- ja palvelusuunnitelmasta.

Äänekoskella uusien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelman teossa on yleensä mukana kotiutushoitaja. Hän tutustuu asiakkaan tilanteeseen ja palvelujentarpeeseen etukäteen. Hän kutsuu hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon asiakkaan nimeämät omaiset sekä kotihoidon työntekijöistä ne, joiden palveluja on suunniteltu käytettäväksi. Pääsääntöisenä suunnitelman tekopaikkana on asiakkaan koti.

2.1.2 Toimintakyky ja RAVA- indeksi

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710 1§:n ajatuksena on turvata yksilön, yhteisön ja perheen toimintakyky. Heinolan & Luoman (2007) mukaan toimintakyky koostuu useasta eri tekijästä. Kotihoidon hyvään laatuun kuuluu määrittää tavoite koko-

naisvaltaiselle toimintakyvyn, voimavarojen ja elämänlaadun tukemiselle. Se ei saa olla pelkkiin fyysisiin tarpeisiin vastaamista. Toimintakyky koostuu neljästä eri osa-alueesta, jotka ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen sekä kognitiivinen toimintakyky. (Heinola & Luoma 2007, 36.)

Fyysinen toimintakyky kuvaa selviytymistä arjen perustoiminnoista kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta ja wc-käynneistä sekä liikkumisesta. Selviytyminen välinetoiminnoista kuten kotiaskareista, asioiden hoidosta kodin ulkopuolella sekä terveydentila ja erilaiset toiminnanvajakset ovat myös osa fyysistä toimintakykyä. Psyykkinen toimintakyky kuvaa henkilön elämänhallintaa, mielenterveyttä ja psyykkistä hyvinvointia. Näitä ovat itsearvostus, mieliala, omat voimavarat ja haasteista selviäminen. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen arkielämän hallintaa ja kykyä toimia yhteiskunnassa eli kykyä toimia muiden ihmisten kanssa. Kyky koostuu monista osa-alueista kuten asuminen, raha-asioiden hoito, vapaa-aika ja harrastukset sekä päihteiden käyttö ja terveys. Arkielämän sujuvuus sisältää kotityöt, asioinnin ja tulevaisuuden suunnittelun. Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa muistia, oppimista, tiedonkäyttelyä sekä toiminnanohjausta ja kielellistä toimintaa. (Heinola & Luoma 2007, 36-37.)

Toimintakyvyn heikentyessä syntyy hoivan tarve. Vanhenemisen myötä tulee sairauksia ja heikkouksia, jotka tuovat mukanaan puutteita toimintakyvyssä. Toimintakyvynvajausta voi olla joko yhdellä tai useammalla osa-alueella. Vanhukseen kannalta oleellista on se, että toimintakyvyn muutokset vaikeuttavat arjesta selviytymistä. Ne muuttavat myös arkipäivää ja suhdetta lähimpiin ihmisiin. Hoivantarve saattaa tehdä lapsesta tai puolisosta hoitajan. Lisäksi syntyy uusia verkostoja erilaisten hoitoa ja huolenpitoa tarjoavien tahojen myötä. (Zechner & Valokivi 2009, 154-156.)

Nummijoki (2009) määrittää toimintakykyä Lupaava-hankkeen tulosten pohjalta. Ikääntyvien kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä rajoittaa eniten liikuntakyvyn heikkeneminen. Se voi johtaa syrjäytymisriskiin. Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen yhteistyön tulisi onnistua niin hyvin, että kotiin apua saavien syrjäytyminen voitaisiin ehkäistä. Keskeistä on huomioida jäljellä oleva koettu toimintakyky arjessa selviytymisen turvaamiseksi. (Nummijoki 2009, 87-88.)

Kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn vajausta ja sen tuomaa avuntarvetta arvioidaan RAVA- toimintakykymittarin avulla. RAVA- indeksi mittaa yleistä toimintakykyä. Mittariston tulos perustuu 12 kysymykseen. Niillä mitataan avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa, valmiita vastausvaihtoehtoja käyttäen. Seuraavien toimintojen avulla arvioidaan toimintakykyä: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. Saatujen vastausten pohjalta lasketaan RAVA -indeksi ja -luokka, joiden avulla arvioidaan avun tarvetta. Näistä saadaan RAVA -indeksiarvo, joka vaihtelee 1,29 - 4,03 välillä avuntarpeen mukaan. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) on esitetty RAVA - indeksiarvot ja RAVA- luokka.

TAULUKKO 1. RAVA -indeksi ja toiminta kyky

Avun tarve	RAVA-indeksin arvo	RAVA-luokka
Satunnainen	1,29-1,49	1
Tuettu	1,50-1,99	2
Valvottu	2,00- 2,49	3
Valvottu	2,50- 2,99	4
Tehostettu	3,00- 3,49	5
Täysin autettava	3,50-4,03	6

Lähde: TOIMIA 2011

2.2 Kotihoidon prosessikuvaus

Kotihoidon toiminnan suunnittelu pohjautuu asiakkaan avun- ja tarpeen arviointiin. Sosiaalihuoltolaki (710/1982 40a §) velvoittaa kuntia asettamalla velvoitteen 80- vuotiaan kuntalaisen palveluntarpeenarviointiin ei- kiireellisissä tapauksissa viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä ja kiireellisissä tapauksissa välittömästi. Kotihoidon asiakkuus toteutuu eri tavalla riippuen siitä, onko kyseessä kotipalvelu vai kotisairaanhoido. Kotipalveluun tarvitaan aina viranomaispäätös, jonka käytännössä tekee kotihoidosta vastaava viranomainen, virkanimike voi vaihdella kunnittain. Kotisairaanhoidosta päätöksen tekee aina lääkäri. (Hammar 2008, 25.)

Kotihoidon palvelujen määrä ja kesto riippuvat avuntarpeesta, jonka pohjana on toimintakyvyn heikkeneminen. Riskitekijöinä pidetään yksinasumista, naissukupuolta ja ikää. Masennus ja yksinäisyys lisäävät avun ja tuen tarpeita yhä

enemmän. Kotihoidon saatavuus vaihtelee Suomessa suuresti eri alueilla. Tähän vaikuttavat kuntien erilaiset poliittiset päätökset ja välimatkat. Kustannuksia on vaikea verrata eri maiden välillä, koska palvelujen sisällöt ja laskentatavat vaihtelevat. Ei ole myöskään selvyyttä, onko kotihoito halvempaa kuin laitoshoido. (Hammar 2008, 51.)

Kotihoidon palvelujen toteutus riippuu asiakkaan palvelutarpeesta ja tilanteesta. Asiakkaiden omilla verkostoilla on suuri merkitys ulkopuolisen avun tarpeeseen. Verkostojen ollessa toimivat ulkopuolista apua ei tarvita välttämättä ollenkaan tai sitä tarvitaan vain erikoisosaamista vaativissa sairaanhoidollisissa tehtävissä. Haasteena on erilaisten palvelujen yhteensovittaminen asiakasta palvelevalla tavalla. (Hammar 2008, 26.) Kotihoidon palvelujen tarve voi sijoittua mihin vuorokauden aikaan vain. (Tepponen 2007, 61).

Kotihoidon yhdistetyissä organisaatioissa prosessit ja työvälit ovat samassa toimipaikassa ja niillä on yhteinen johto. Moniammattillinen tiimi toimii yhteisten tavoitteiden ja tulevaisuuden näkymien pohjalta. Tunnusmerkkejä ovat yhteiset kokoukset ja palaverit sekä toimiva omahoitajajärjestelmä. Potilasjärjestelmät ovat yhteiset. Tämä tuo sujuvuutta käytännön arkeen ja prosessien toimivuuteen. (Tepponen 2009, 136.)

2.3 Laaja-alaisten palvelutarpeiden asiakkaat

Haastateltavat asiakkaat hankin kotihoidon työntekijöiden avustuksella. Saadakseni kotihoidon työntekijät kuvaamaan millaisia heidän haastateltavakseni valitsemansa asiakkaat ovat, 16 heistä kirjoitti lyhyen kuvauksen. Siinä he kertoivat minkälainen on laaja-alaisen palvelutarpeen kotihoidon asiakas heidän kokemuksensa perusteella. Nämä kirjeet he toimittivat nimettöminä sisäisenpostin lokeroon.

Kirjoitusten perusteella laaja-alaisen palvelutarpeen asiakkaiksi määrittyivät dementiaa sairastavat sekä henkilöt, joilla on muita vaikeita sairauksia, kuten huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes. Yhdeksän vastaajaa koki nämä asiakkaat haastaviksi. Seitsemässä vastauksessa, tuli esille asiakkaiden sitoutumattomuus sovittuihin palveluihin ja epäasiallinen käytös, kuten hoitajien lähentely. Kuusi vastaajaa koki ongelmalliseksi psyykkiset, jopa paranoidiset asiakkaat sekä palveluiden käyttäjät, jotka eivät ole mihinkään tyytyväisiä. Samoin

kuusi vastaaja piti omaisten taholta tulevan syyttelyn ja välinpitämättömyyden haasteena. Muita esille tulleita asioita olivat alkoholiongelmat, epäluuloisuus, haluttomuus ottaa vastaan tarvittavia palveluja, asumiseen liittyvät asiat, lääkeshoidon ongelmat sekä joustamattomuus. Osassa vastauksissa tuli myös esille, etteivät kaikki kotihoidon asiakkaat täytä kotona asumisen kriteereitä vastaajien mielestä, vaan heidän paikkansa olisi tuetummassa asumismuodossa.

Aineistossa kuvataan näiden haasteelliseksi koettujen kotihoidon asiakkaiden omia kokemuksia. Sanana haasteellinen on nykyisin arkikieleen vakiintunut sana, jolla on monta merkitystä. Kotimaisen kielen tutkimuskeskuksesta Raija Moilanen (2010) määrittää sanan merkitsevän sekä vaativaa, vaikeaa, hankalaa että myös kiehtovaa ja houkuttelevaa. Sanaa käytetään usein kiertoilmaisuna, kun halutaan välttää leimaavia termejä. (Moilanen 2010.)

Asiakkaita kohdatessa jokaisessa tapaamisessa on omat erityispiirteensä, eikä samoja toimintamalleja voi soveltaa tapaamisesta toiseen. Palvelujen piirissä olevien erilaisten asiakkaiden määrittelyllä "*vaikeasti luokiteltavat ihmiset*" tarkoitetaan heitä, joita normaaleilla palveluilla ei voida tukea riittävästi. Erilaisia rajanvetoja syntyy palvelujen sisällä ja rakenteellista mitätöintiä tapahtuu, koska edelleen ajatellaan joidenkin asiakasryhmien tarpeiden olevan vähempiarvoisia. (Juhila 2006, 82-83, 140.)

Karjalainen toteaa sosiaalihuollon työskentelevän määritelmällisesti yhteiskunnan erityisen avuntarpeessa olevien kanssa. Niitä prosesseja, millä ihminen joutuu tämän avunpiiriin on lukemattomia, eivätkä ne yleensä ole vain yhteiskunnan toiminnasta johtuvia. (Karjalainen 2004, 167.)

Toikko (2011) kuvaa haastavan asiakkaan tilannetta luennossaan 16.9.11. Hän toteaa haasteellisella asiakkaalla olevan sekä uudet että vanhat ongelmat. Sosiaalisilla ongelmilla on konkreettinen perusta. Asiakkaan toiminta eri tilanteissa on ristiriitaista ja ennalta arvaamatonta. Yhteiskunnan palvelut ovat eriytyneet, siten, että jokaista palvelua tuottaa oman kapean alansa asiantuntija. Palvelujen tarvitsijan kannalta tämä tarkoittaa vaikeuksia löytää parhaiten hänen palvelutarpeisiinsa soveltuvat palvelut.

3 KOTIHOITO

3.1 Taustaa

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008:3). Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikääntyvien hyvinvointia ja terveyttä. Tarkoituksena on palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. Sen on tarkoitus toimia välineenä, jolla palveluja kehitetään ja arvioidaan. Laadukas kotihoito ymmärretään ennakoivaksi. Se perustuu laajaan toimintakyvyn arvioon ja nopeaan reagointiin tilanteen niin vaatiessa. Laadukas kotihoito on kuntouttavaa ja asiakkaan voimavaroja tukevaa. Tavoitteena on ympärivuorokautiset palvelut. Palvelujen laadun varmistamiseksi tulisi nimetä yhteistyöhenkilö. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3, 3, 27-28.)

Palvelurakennemuutoksessa kotipalvelulla on yhä tärkeämpi osa. 1990 luvun alussa asetettiin tavoitteeksi, että 90% yli 75-vuotiaista asuisi kotona. Tuolloin laitoksessa oli ikäluokasta 12-14%. Todellisuudessa kuitenkin vanhusten palveluiden saatavuus on laskenut suhteessa vanhusten määrään. Kustannuksia tarkasteltaessa kotihoidon kohdalla on usein käytetty yksikkökustannusta. Sen pohjana on suorite/vanhus. Suorite on yksi käynti. Tämä on hyvin suppea näkökulma, koska tällöin käyntiin käytettyä aikaa ei oteta huomioon. On muistettava, että alueelliset erot ovat suuria. Pienissä maaseutumaisissa kunnissa hoidetaan vanhuksia useammin kotihoidossa kuin kaupungeissa. (Nakari & Sjöblom 2009, 76-77.)

Paras- hanke on kunta- ja palvelurakennemuutistus, jonka valtioneuvosto käynnisti vuonna 2005. Sen tarkoituksena on tehostaa palveluja. Kuntia se velvoittaa järjestämään terveydenhuolto ja niihin läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut vähintään 20000 asukkaan väestöpohjalla. Kuntaliitokset ovat vähentäneet kuntien lukumäärä huomattavasti. (Klavus 2010, 28-29.)

Ikääntyvien kotona asuminen ja toimintakyvyn tukeminen on nostettu valtakunnan tasolla vanhushuollon ykköstavoitteeksi. Avopalvelut ovat ensisijaisia, kun ikääntyvien palveluita järjestetään. Niiden tulisi olla oikea-aikaisia ja riittäviä. Kotihoidon palveluja suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon palvelujen saajan kokonaisvaltainen elämäntilanne. Siinä tulee huomioida arjen sujumisen

lisäksi myös sosiaalisen turvallisuuden tunne ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Eri palvelujentuottajien palvelut tulee sovittaa toimivaksi kokonaisuudeksi niin, että ne tukevat asiakakkaan yksilöllisiä palvelujentarpeita. (Heinola 2007, 9.)

3.2 Kotihoito Äänekoskella

Äänekoski on vähän yli 20000 asukkaan kaupunki. Nykyinen kunta koostuu neljästä entisestä kunnasta. Ensimmäinen kuntaliitos toteutettiin vuonna 1993, jolloin Konginkangas liittyi osaksi Äänekoskea. Vuoden 2007 alussa perustettiin uusi kunta, joka koostuu Sumiaisista, Suolahdesta ja Äänekoskesta. Tällöin purkautui myös näiden kuntien muodostama terveydenhuollonkuntayhtymä. Samassa yhteydessä entinen kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistettiin kotihoidoksi. Kotihoidon työntekijöiden työalue noudattaa entisiä kuntarajoja. Äänekosken keskustaaajaman alueella se tarkoittaa käytännön tasoilla myös yhteistä toimipistettä ja siirtymistä yhteisen esimiehen alaisuuteen. Uuden kunnan perustaminen täytti Paras- hankkeen vaatimuksen 20000 asukkaan väestöpohjasta.

3.2.1 Henkilöstö

Ikääntyvien palvelujärjestelmässä kotihoito on keskeisessä osassa tulevaisuudessa. Tästä syystä on kiinnitettävä huomio riittäviin resursseihin ikäihmisten kotona selviämiseksi. Äänekoskella kotihoidon suoritteita oli vuonna 2008 yhteensä 98000. Vuonna 2015 arvioidaan yli 75-vuotiaiden osuuden lisääntyvän 7,4%. Samassa suhteessa tämä lisäisi käynnejä 7252 käynnillä. Vuonna 2020 yli 75-vuotiaiden osuuden kasvuksi arvioidaan 8,7%, tuolloin käynnit lisääntyisivät vuoteen 2008 verrattuna 8526 käynnillä. Yhden hoitajan tekemä keskimääräinen käyntimäärä on noin 2500 käyntiä/vuosi. Kotihoidon henkilöstömitoituksessa tämä tarkoittaisi vuoteen 2015 mennessä 3 hoitajan lisäystä ja vuoteen 2020 3,5 hoitajan lisäystä. Huomioitava on myös asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyminen ja sen vaikutus käyntimääriin. (Vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 2009–2012 2010, 9.)

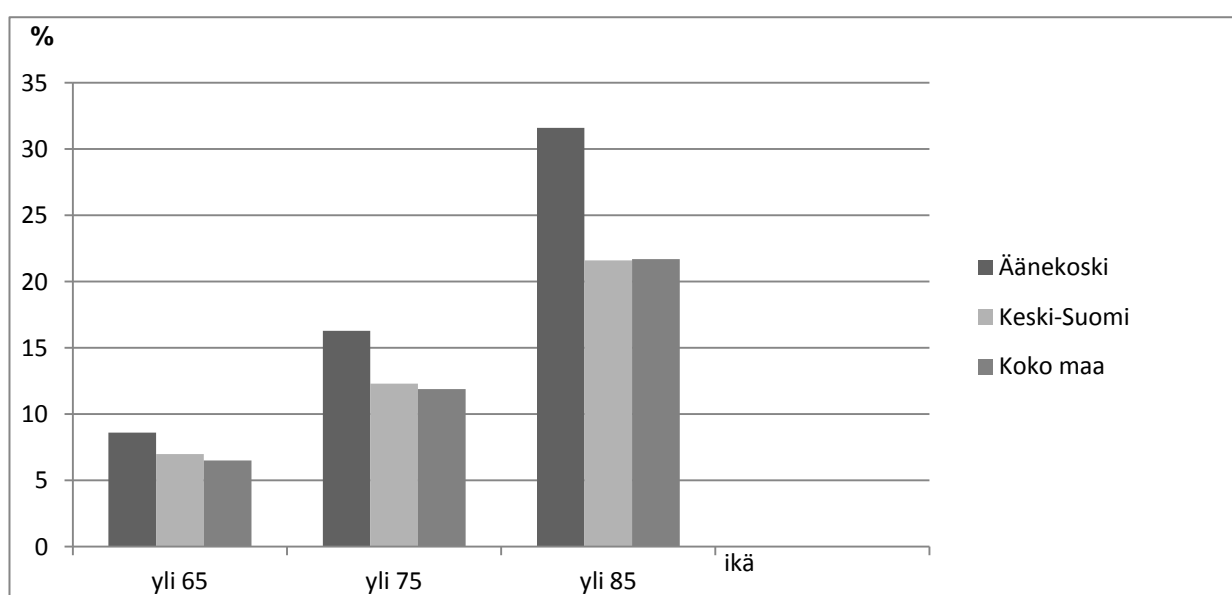
Äänekosken vanhuspalveluissa on 195,5 vakanssia. Kotihoidossa niitä on yhteensä 92. Palveluasunnoissa näistä vakansseista on 37,5. Päiväkeskuksissa on 6 työntekijää ja kotihoidossa 48,5. Äänekosken keskustaaajamassa on kaikkiaan 19 vakanssia, joista viisi kotisairaanhoidajaa, yksi mielenterveystyön ohjaaja

ja loput 13 hoitajia. Kotisairaanhoidajat ja mielenterveystyöntekijä työskentelevät arkena päivätyössä. Heidän pohjakoulutus vaatimuksensa on ammattikorkeakoulu tai opistoaste. Hoitajat tekevät työtä kahdessa vuorossa kaikkina vuoden päivinä. Hoitajilta edellytetään toisen asteen tutkintoa.

3.2.2 Asiakkaat

Tarkasteltaessa kotona asumista yli 75- vuotiaiden osalta viiden viimeisen vuoden ajalta, niin muutoksia ei juuri ole tapahtunut. Vuonna 2006 kotona asui Äänekoskella 90% ja vuonna 2010 88,8%. Luvut ovat hieman matalammat kuin koko maassa tai Keski-Suomessa keskimäärin. Ero on kuitenkin hyvin pieni. Vuoden 2010 laskennassa Keski-Suomessa se on ollut 89,0% ja koko maassa 89,5%. Luvut ovat hyvin saman tasoisia, jos niitä verrataan vuoden 2001 lukuihin. (Sotkanet, 2011)

Kotihoidon palvelujen piirissä olevien määrissä erot ovat sen sijaan merkittävät. Koko maassa vuonna 2010 palveluita sai 75-84- vuotiaista 11,9% ja Keski-Suomessa 12,3%. Äänekoskella vastaava luku oli 16,3 %. Yli 85- vuotiaiden palvelujen käyttö on vertailualueista myös suurinta Äänekoskella, ollen 31,6% kun koko maassa se on 21,7% ja Keski-Suomessa 21,6%. Sama on näkyvissä myös 65-74- vuotiaista Äänekoskella palveluita sai 8,6%, Keski-Suomessa 7,0 %a ja koko maassa 6,5 %. (Sotkanet, 2011) Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1.) on esitetty kotihoidon palvelujen käyttö eri ikäryhmissä.

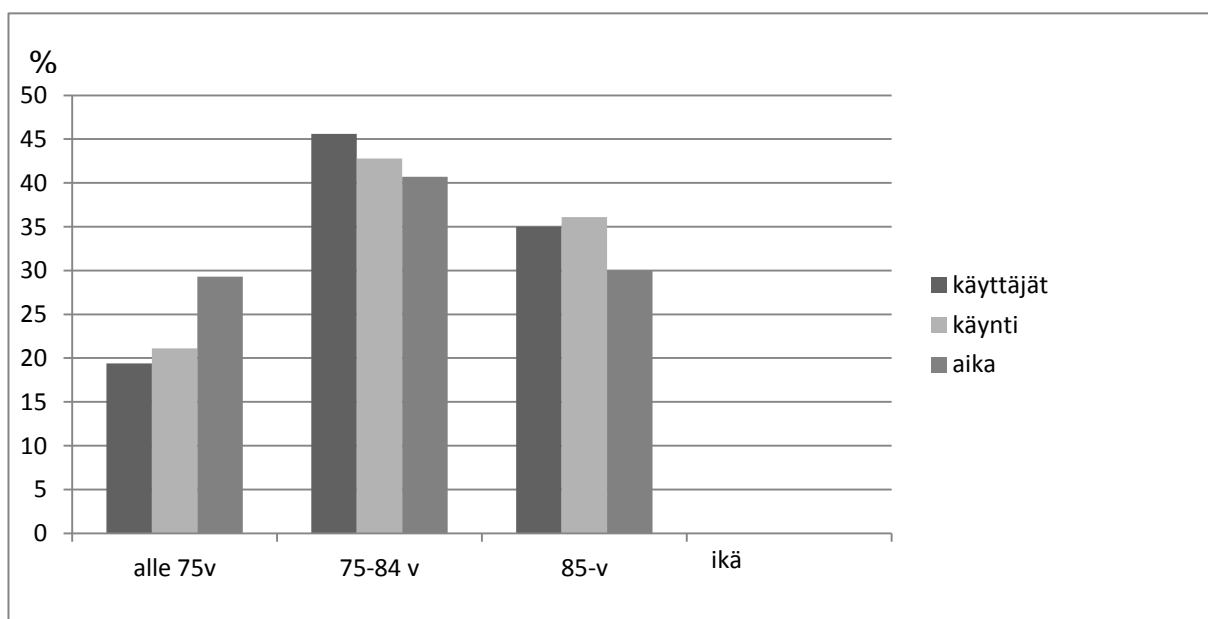


KUVIO 1 Kotihoidonpalvelujen käyttö eri ikäryhmissä.

Lähde: Sotkanet

Asiakasrakennetta tarkasteltaessa 75-84 -vuotiaat ovat suurin asiakasryhmä. Heitä on lähes puolet palvelujen käyttäjistä. Yli 85-vuotiaita palvelujen käyttäjistä on kolmannes ja viidennes on 65-74-vuotiaista. (Luoma & Kattainen 2007, 3.) Verrattaessa Äänekosken keskustan kotihoidonpalveluiden piirissä olevia ikäryhmittäin 30.11.2011 laskentaan perustuen voidaan todeta, että suurin käyttäjäryhmä on 75-84 -vuotiaat. Tähän ryhmään palvelujen käyttäjistä sijoittuu 45,6 %. Seuraavaksi eniten käyttäjiä on yli 85-vuotiaiden ryhmässä. Kotihoidon käyttäjistä tähän ikäryhmään kuuluu 35 %. Alle 74-vuotiaita palveluiden käyttäjistä on 19,4%.

Käyntimääriä tarkasteltaessa ikäryhmien välisissä suhteissa ei tapahdu muutoksia. Huomioitavaa on, että suhteessa käyttäjämääriin käyntejä on vähiten 75-84-vuotiaissa. Aikaa kuluu suhteellisesti eniten alle 74-vuotiaiden käynteihin ja vähiten yli 85-vuotiaiden käynteihin. Tämä tarkoittaa, että yli 85-vuotiaiden luokse käyntejä tehdään useammin ja ne kestävät lyhyemmän aikaa kuin nuoremmissä ikäluokissa. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 2.) on esitetty käynnit ikäryhmittäin.



KUVIO 2: Kotihoidon käyttäjät ikäryhmittäin Lähde: Äänekosken kaupunki toimintatilasto 19.12.2011 palveluittain.

Opinnäytetyön haastateltavat jakaantuivat ikäryhmittäin siten, että alle 75-vuotiaita oli kaksi, 75- 84-vuotiaita oli kolme ja yli 85-vuotiaita yksi. Tämä ei aivan vastaa Äänekosken keskustaajaman palveluiden käyttäjien ikäjakaumaa.

Tutkimuksessa alle 74 -vuotiaat ovat ylliedustettuina. Tämän lisäksi alle 74-vuotiaat ovat kumpikin myös alle usein käytettyä vanhuusikärajaa 65- vuotta. He ovat kuitenkin kotihoidon asiakkaita.

Hoivaa on viime vuosina pyritty järjestämään panostamalla kotihoidon sijaan omaishoitajiin. Omaishoitajien tuella toteutettu kotona asuminen voi johtaa koh- tuuttomiin tilanteisiin. Itsekin ikääntyvä ihminen saattaa toimia omaishoitajana oman jaksamisensa ääri rajoilla. (Hemming 2009, 223.) Äänekoskella kotihoidon palveluiden käyttö on suurempaa kuin Keski-Suomessa tai koko Suomessa. Myös omaishoidontuen käyttö on selkeästi suurempaa kuin verratuilla alueilla. Äänekoskella omaishoidon tukea saa 7,9% 75- vuotta täyttäneistä, kun se koko maan tasolla on 4,2% ja Keski-Suomessa 4,9%. Tarkasteltaessa omaishoidon kehitystä vuodesta 1991 alkaen se on kaikilla alueilla nousevaa, mutta selkeästi eniten sen käyttö on lisääntynyt Äänekoskella. (Sotkanet, 2011)

4 TEORIA, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

4.1 Aiemmat tutkimukset

Toimintakykytutkimuksen rinnalle on noussut uusi näkökulma jossa tutkimuksen kohteena on iäkkään henkilön toimijuus. Siinä mitataan sitä, kuinka jäljellä olevaa toimintakykyä käytetään. Tällöin siirrytään mitattavissa olevista näkökulmista arjessa näkyvään toimintakykyyn. Tällä tutkimuksella on iso merkitys vanhuspalveluiden näkökulmasta. Vanhushuollosta juuri kotihoito tapahtuu ihmisen arjessa ja erilaiset toimintakäytänteet ovat läsnä niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin toiminnassa. Tutkimuksessa viitekehyksenä voi käyttää erilaisia vanhustyön toimintakenttiä. Esille tulevat asiat, joita henkilöstö pitää itsestään selvyytenä tai joita pidetään ei-toivottavina ikääntyvän elämässä. Yksilöön kohdistuvia kokemusperäisiä toimijuustutkimuksia tehdään edelleen hyvin vähän. (Jyrämä 2007, 201, 212-213.)

Väitöstutkimuksia kotihoidosta on tehty runsaasti. Suurin osa väitöksistä on tehty kotihoidon yhdistymisen näkökannalta. Niissä on käsitelty kotihoitoa myös palvelujen saajan kannalta. Väitökset on toteutettu kuitenkin organisoinnin ja palvelujen tuottamisen viitekehyksestä. Palvelujenkäyttäjien näkökulma on ollut lähinnä laadunarviota saadusta palvelusta. Niissä ei ole juuri tullut esille sitä, kuinka palveluiden käyttäjät selviävät arjessa muuttuneissa palveluissa. Väitöstutkimukset on tehty pääsääntöisesti joko terveystai lääketieteen tiedekunnissa.

Eloranta (2009) käsittelee kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelujen tuottamista yhdistämisen näkökulmasta. Osa tätä tutkimusta on 200:lle kotihoidon asiakkaalle lähetetty lomakekysely, jossa kartoitettiin lähinnä heidän toimintakykyään. Teija Hammar (2008) on julkaissut väitöstutkimuksen palveluiden yhteensovittamisesta kotihoidossa ja kotiutumisessa. Siinä käsitellään yhdistettyä kotihoitoa asiakkaan kotiutuessa sairaalasta. Arviointikohteena on asiakkaiden toimintakyky, terveyteen liittyvä elämänlaatu, palveluiden käyttö ja kustannukset. Pirkko Tepponen (2003) on tehnyt yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutumisesta pääkaupunkiseudulla. Kysely- ja haastattelututkimuksessa kuvataan kotihoidon asiakkaiden elinympäristöä, sosiaalisia suhteita ja

selviytymistä. Siinä arvioidaan palvelujen käyttöä ja vajetta sekä saadun avun kokemuksta. Asiakkaat on profiloitu palveluiden käyttäjien koulutus- ja muiden taustatietojen avulla. Hammarin, Elorannan ja Merja Tepposen väitöstutkimukset on tarkastelevat kotihoitoa eri näkökulmista. Lähtökohtana kaikissa niissä on kuitenkin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi. Äänekoskella palveluiden voidaan katsoa vakiintuneen yhdistetyksi kotihoidoksi, koska yhdistymisestä on viisi vuotta. Tämä kotihoidon yhteistyö tulee näkyviin myös tehdyissä opinnäytetyön haastatteluissa.

Hammarin (2008) väitöstutkimuksessa on sitä käsitteistöä, jota käytän omassa opinnäytetyössäni. Hän on määrittänyt opinnäytetyöni kannalta oleellisen viitekehyyksen siitä, mitä kotihoito on eri näkökulmista. Elorannan väitöstutkimuksen tuloksissa on noussut esille samoja tekijöitä kuin omassa opinnäytetyön haastelluissakin. Niistä sain teoreettista tietopohjaa omille havainnoilleni, joita tein haasteltujen aikana sekä tekstejä litteroidessani ja analysoidessani.

Merja Tepposen (2009) tutkimus on yhteiskuntapolitiikan alalta. Siinä on tutkittu asiakkaiden kokemuksia kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteensovittamista laadun kautta tarkasteltuna. Väitöstutkimuksessaan Tepponen on luonut teorioihin pohjautuvan hyvän kotihoidon mallin. Se on luotu niin organisaation kuin kotihoidon asiakkaan kannalta (Tepponen 2009 165-175.) Käytän tätä mallia analysoidessani opinnäytetyön tuloksia asiakasnäkökulmasta.

Sosiaalipolitiikan alan väitöstutkimuksessa Ikääntyminen maalaiskylässä Leena Vuorinen (2009) on käsitellyt yhtenä osana kotihoitoa ikääntyvien elämässä. Opinnäytetyössäni kaksi haasteltavaa asuu maalaisympäristössä ja he kuvaavat kyläyhteisön merkitystä kotona selviytymisessä.

Anna- Liisa Niemelän (2006) väitöstutkimus on tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Niemelän kasvatustieteen väitöstutkimus on tehty työntutkimuksen viitekehyyksestä. Osana tätä tutkimusta käsitellään kotihoidon kiirettä. Siinä on etsitty taustoja kiireen synnylle. Tutkimuksessa esille ovat tulleet työntuottavuuden nousupaineet ja kotihoidon työnkuvan suuri muutos. Sillä on merkitystä omassa opinnäytetyössäni, koska kiire on merkittävässä osassa asiakkaiden kuvauksissa kotihoidon palveluista.

Kaikissa väitöstutkimuksessa kotihoidon integraatio koettiin yleisesti varsin positiivisena. Tosin tulokset olivat osin myös ristiriitaisia, kun katsottiin integraatiota eri toimijoiden näkökulmasta. Työntekijät suhtautuivat positiivisemmin kuin asiakkaat. Tepponen (2009, 52) on jopa maininnut, että integraatio lähtee hallinnon, ei asiakkaan tarpeesta.

Nämä väitöstutkimukset antavat hyvän pohjan tutkimukseni käsitteistölle. Niissä on tutkittua tietoa sille kodinhoidontyön muutokselle, joka näkyy käytännössä. Tähän muutokseen opinnäytetyöni tarve perustuu. Kotihoidon väitöstutkimuksissa on lähdetty organisaatioiden tarpeista, vaikka niissä onkin annettu tilaa palveluiden käyttäjille. Asiakkaat toimivat palveluiden arvioijina, mikä on tärkeää omassa tutkimuksessanikin. Opinnäytetyöni kuvaa haastateltavien omaa kokemusta palvelun käyttäjän ei, organisaation näkökulmasta.

THL on julkaissut 29.11.2011 Virkin ja kumppaneiden Paras- hankkeeseen liittyen tutkimuksen 2011 Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Paras- uudistuksesta. Kyseisessä tutkimuksessa on haasteltu Paras- hankkeen tiimoilta työntekijöitä, johtoa ja palvelujen käyttäjiä. Tutkimuksessa nostetaan monia samoja asioita esille kuin opinnäytetyössäni. Sosiaali- ja terveystieteiden integraatiosta tulee esille varsin erilainen näkökulma kuin edellä mainituissa väitöstutkimuksissa. Tutkimuksessa on tuotu esille myös palvelujen pirstaleisuus, joka tulee esille opinnäytetyössäni eri tavoin.

4.2 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää asiakasnäkökulmaa kotihoidon palveluista Äänekoskella. Keskeisenä tavoitteena on saada tietoa siitä, kuinka nämä asiakkaat selviävät arjestaan ja hyötyvätkö he nykyisen kaltaisista palveluista. Kuinka ne vastaavat kunkin haastateltavan tarpeita. Tarkoituksena on muodostaa kuva siitä, millaisia palvelutarpeita jää tyydyttämättä ja osaavatko asiakkaat hyödyntää hajallaan olevia palveluita. Kotihoidon tavoite on, että mahdollisimman moni asuu kotona.

Ikääntyneiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään on keskeisenä tavoitteena ikäihmisten palveluiden laatusuosituksissa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 21). Samoin ovat todenneet mm. Hammar (2008, 17-18), Heinola (2007, 9) ja (Tepponen 2003, 7). Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille

palvelujen käyttäjien näkemys heille sopivasta asumismuodosta toimintakyvyn heiketessä ja palvelujen pirstaloituessa vaikeasti hahmotettaviksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1: Kuinka nämä asiakkaat kokevat selviävänsä arjessaan?

2: Mitä palveluja kotihoidon asiakkaat kaipaavat?

3: Missä he haluaisivat asua?

Kotihoidon palvelut ovat muuttuneet paljon vuosikymmenten saatossa. Ennen kodinhoitaja saattoi olla koko päivän samassa talossa siivoten, pyykäten ja laittaen ruokaa. Nyt nämä käynnit ovat muuttuneet muutaman minuutin katsomiskäynneiksi. (Vuorinen 2009, 123-124.) Perinteisesti kotihoito on perustunut asiakkaan fyysiseen avuntarpeeseen, eikä se ole vuosien kuluessa muuttunut kokonaistilannetta huomioonottavaksi. Asiakkaat kokevat palveluiden vastaavan huonosti psykososiaalisiin tarpeisiin. (Tepponen 2003, 10.) Taustatiedoksi selvitin, keitä nämä haastateltavat kotihoidon haasteelliseksi kokemat asiakkaat ovat. Opinnäytetyössä tuodaan esille haastateltavien elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti. Arjessa selviämiseen vaikuttaa fyysisen kunnon heikkeneminen, mutta kaikella muullakin ihmisen elämässä on merkitystä hänen kokemuksensa selviytymisestä. Kokonaisvaltaisen kuvan muodostaminen vaatii myös ymmärrystä siitä, keitä nämä ihmiset ovat. Haastateltaviksi etsittiin laaja-alaisen palvelutarpeiden asiakkaita. Heidät voidaan myös määrittää nykytermeillä haasteellisiksi asiakkaiksi.

5 METODISET KYSYMYKSET

5.1 Laadullinen tutkimus

Todellisen elämän kuvaaminen on laadullisten tutkimuksen lähtökohtana. Tämä pohjautuu ajatukseen, että todellisuus on moninainen. Tutkittavaa ilmiötä pyritään lähestymään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Arvot muokkaavat ymmärrystämme siitä, kuinka käsittelemme tutkimuksen kohdetta. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena tuoda esille tosiasioita sen sijaan, että todennettaisiin jo olemassa olevaa tietoa. (Hirsjärvi 2010, 161.)

Laadullisen tutkimuksen aineisto perustuu usein hyvinkin pieneen määrään tapauksia, jotka analysoidaan mahdollisimman tarkkaan. Tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Tarkoituksena on jonkin tapahtuman kuvaaminen ja sen ymmärtäminen tai teoreettisesti mielekkään tulkinnan löytäminen. (Eskola & Suoranta 2008, 18, 61.)

Laadullista tutkimusta voidaan ajatella prosessina, jossa tutkijan tietoisuudessa kehittyvät vähitellen aineiston näkökulmat ja tulkinnat. Tutkimuksen eri vaiheet eivät välttämättä myöskään ole selkeästi etukäteen jäsennettävissä. Laadullisen tutkimuksen avoimuuden ajatellaan johtuvan siitä, että sen aineiston avulla pyritään ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä tai ihmisen toimintaa tutkittavassa ympäristössä. Aineistonkeruun avulla päästään lähelle tutkittavaa ilmiötä, mikä johtaa siihen, että ilmiö avautuu vähitellen ja tutkimusmenetelmälliset ratkaisut täsmentyvät. (Kiviniemi 2010, 70-72.) Parhaimmillaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muokkaantuu tutkimuksen edetessä (Eskola & Suoranta 2008, 13).

Aineistonkeruun tarkoituksena on hypoteesin etsiminen eikä niinkään sen testaaminen. Aineistot auttavat tutkijan ajattelua sen sijaan, että ne rajoittaisivat tai latistaisivat sitä. Aineiston avulla on mahdollisuus löytää uusia näkökulmia. Tarkoituksena ei ole saada tutkijan keinotekoisiiin kysymyksiin vastauksia vaan vastaajat voivat vapaasti tuoda esiin näkemyksiään tutkittavasta asiasta. (Eskola 2010, 182.)

Kotihoidosta tehdään nykyisin paljon tutkimuksia. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on keskeistä, kuinka kotihoidon asiakkaat saadaan osallistumaan tutkimukseen. Kotihoidon asiakkaat ovat usein iäkkäitä, jotka pelkäävät päästää vieraita kotiinsa. He pelkäävät taloudellista hyväksikäyttöä ja petetyksi tulemistä. On tärkeää tiedottaa heille tutkimuksen merkityksestä kotihoidossa luottamuksen saamiseksi. (Macdonald 2011, 373.)

5.2 Aineiston keräysmenetelmät ja dokumenttiaineisto

Haastattelu on hyvä menetelmä, kun tutkitaan ihmisiä ja halutaan kuunnella heidän kertomuksiaan. Siinä ollaan suorassa vuorovaikutuksessa haasteltavan kanssa. Tämä mahdollistaa sen, että voi tunnistaa vastausten taustalla olevia motiiveja ja tehdä tarkentavia kysymyksiä. Haastattelussa tutkittavalla on mahdollisuus tuoda esille omia ajatuksiaan mahdollisimman vapaasti ja on mahdollista saada asioihin selventäviä vastauksia ja tutkia vaikeita asioita. Huonona puolena haastattelulla on sen vaatima ammattitaito, joka vaatisi koulutusta. Haastattelut ovat myös aikaa vievä tutkimusmenetelmä. Niin itse haastattelu kuin litterointikin vievät runsaasti aikaa. Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa haasteltavien tarve miellyttää haastattelijaa. Analysointi, tulkinta ja raportointi ovat usein ongelmallisia, koska valmiita malleja vapaamuotoiseen aineiston käsitteilyyn ei ole olemassa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 34-35.)

Luonteeltaan se on keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja ehdoin. Yhä enemmän on siirrytty pois kysymys- vastaus asetelmasta vapaampaan keskusteluun. Usein onkin tarkoituksenmukaista aloittaa haastattelu vapaamuotoisella keskustelulla, joka on lähellä haasteltavan elämänpiiriä. (Eskola & Vastamäki 2010, 26-27.)

Haastattelupaikka tulee miettiä tarkkaan. Haastattelun lopputuloksen kannalta sillä on merkitystä. Paikan ollessa haastattelijan omalla alueella kuten oppilaitoksessa tai työpaikalla voidaan usein taata rauhallinen ja häiriötön haastattelupaikka. Tämä on kuitenkin tutkimukseen osallistujalle yleensä vieras ympäristö. Tämä voi vaikuttaa haastattelun lopputulokseen. Haastattelun on suurempi mahdollisuus onnistua haasteltavan kotona. Se on turvallinen ympäristö haasteltavan kannalta. Kotona ovat kuitenkin erilaiset häiriötekijät suurempi uhka kuin julkisissa tiloissa. (Eskola & Vastamäki 2010, 27-28.)

Teemahaastattelun tavoitteena on saada opinnäytetyön kannalta kiinnostavaa aineistoa. Haastattelu on luontevin tapa saada selville, mitä joku ajattelee jostakin. Teemahaastattelussa kysymysten laadinta on tärkeää. On muistettava tutkimusongelmat, joihin haetaan vastauksia. Usein kysymykset pohjautuvat haastelijan omiin ennakkokäsityksiin. Tällöin on vaarana, ellei aihealuetta tunne hyvin, että kysymyksiksi muotoutuvat voimakkaimmat ennakkokäsitykset. Toinen tapa on etsiä kysymyksiä aiemmista tutkimuksista tustumalla siihen, mitä muut ovat kysyneet. Kolmas keino on tutustua eri teorioihin. Paras tapa olisi käyttää niitä kaikkia. Aloitteleva tutkia laatii yleensä pitkiä listoja, joista hän sitten lähtee ideoimaan. Keskustelun sujuessa sulavasti kysymysten tärkeimmäksi tehtäväksi jää pitää keskustelu sille asetetuissa rajoissa. Tällöin ne ovat hyvä muistilista sille, että kaikki teemat tulee esitettyä. (Eskola & Vastamäki 2010, 26, 35-36.)

Opinnäytetyöni perustuu yritykseen oppia ymmärtämään kotihoidon palvelujen käyttäjien elämää ja kokemuksia. Tarkoituksena on kuvata asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta ja selviytymisestä kotona. Tuoda esille niitä palveluja, joita nämä asiakkaat kaipaavat arjesta selviytymiseksi. Lisäksi vielä tarkastelen sitä mikä näiden palvelujen käyttäjien mielestä on heille paras paikka asua. Syvempään ymmärtämiseen vaaditaan kuitenkin käsitys, siitä keitä nämä ihmiset ovat. Siihen, miten he nyt kokevat, vaikuttaa paljon heidän menneisyytensä. Tästä johtuen on tärkeä kuulla heitä myös ajasta ennen kotihoitoa. Vasta sitä kautta voi syntyä näkemys siitä, miksi he ajattelevat kotihoidosta kuten ajattelevat. Tutkimuksen toteutin menemällä heidän luoksensa ja kuuntelemalla heidän kertomuksiaan kotihoidosta ja elämästään.

Haastattelu antaa lomakekyselyä enemmän vapautta haasteltavalle kertoa omia mielipiteitään. Silloin, kun lomakkeiden täyttö tuo vaikeuksia, on haastattelu parempi muoto. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 36.) Opinnäytetyöni kannalta on oleellista, että haastateltavat voivat tuoda mielipiteitään esille laajemmin kuin mihin kyselykaavake antaisi mahdollisuuden. Kyselykaavakkeiden täyttö näille haastateltaville olisi tuottanut suuria vaikeuksia, eikä se kaikkien kohdalla olisi onnistunut lainkaan, siksi valitsin teemahaastattelun.

Opinnäytetyön haastateltavat etsin kotihoidon asiantuntijoiden eli työntekijöiden avulla. Tutkimusluvan saatuani, esittelin opinnäytetyöni tarkoituksen ja toteutuksen kotihoidon henkilöstökokouksessa. Valitsemilleen, haasteellisiksi kokemil-

leen asiakkaille kotihoito toimitti henkilökohtaisesti kirjeeni (Liite 1.). Siinä kerrottiin opinnäytetyöstäni ja mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Keskeistä oli myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Kirjeessä pyydettiin lupa vierailuuni, eikä se ollut vielä suostumus haastatteluun. Näin taattiin se, että vain niiden kotihoidon asiakkaiden nimet tulivat tietooni, jotka antoivat tähän suostumuksensa. Kotihoidon asiakkaat luottavat tuttuihin kotihoidon työntekijöihin ja tätä kautta haettiin heidän luottamustaan tutkimukseen osallistumiseksi. Kotihoidon työntekijät kertoivat esittäneensä haastattelupyynnön huomattavasti useammalle kotihoidon asiakkaalle kuin mitä, siihen suostuneita oli. Haastateltavat haluttiin löytää saman keskustan kotihoidonalueelta, koska alueet eroavat toisistaan merkittävästi. Myös kotihoidon toimintatavoissa on eroja, koska aluejako perustuu vanhoihin kuntajakoihin.

Haastateltavilla henkilöillä oli vaikeuksia suorittaa edes välttämättömiä kodin ulkopuolisia asioiden hoitoa. Tämän vuoksi oli luonteva ratkaisu suorittaa haastattelu kotona. Koti on myös vahvassa roolissa tutkimuksessa ja antaa haastatelijalle näkemystä haastateltavasta. Vain yksi haastateltavista ei asunut yksinään. Hänen kanssaan asuva lapsi ei ollut haastattelua tehdessä kotona. Näin ollen haastatteluihin ei tullut omaisen näkökulmaa, vaan kaikki on asiakkaan kertomaa. Häiriötekijöitä tosin oli, esim. kolmella soi puhelin kesken haastattelun.

Kysymysten asettelussa, joka pohjautui tutkimusongelmiin, käytin hyväkseni kotihoidon tuntemustani. Huomion sen, että tutkimuksen kohteena olevat kotihoidon asiakkaat saivat palveluita täysin eri lähtökohdista kuin omat asiakkaani. Tutkimuskysymyksiä käytiin läpi myös yhdessä tutkimuksen tilanneen vanhustyönjohtajan kanssa. Kysymyksiä laatiessani hyödynsin aikaisemmissa tutkimuksissa olleita kysymysten asettelua. Myös aiheeseen liittyviin tutkimuksiin olen tutustunut. Teemahaastattelun kysymykset ovat liitteenä (Liite 2.).

Niiden asiakkaiden kanssa, jotka antoivat luvan käyntiini sovin henkilökohtaisen tapaamisen. Alunperin tarkoituksena oli suorittaa ensin tutustumiskäynti ilman haastattelua ja toteuttaa itse haastattelu vasta toisella käynnillä. Nämä kotiin tuotaviin palveluihin tottuneet ihmiset olivat kuitenkin valmiita haastatteluun jo ensimmäisellä tapaamisella. Tästä johtuen kaikkien kanssa haastattelu tehtiin jo

ensimmäisellä käynnillä. Käyntiini suostumuksen antoi kuusi kotihoidon asiakasta. Kaikki he myös antoivat suostumuksen haastatteluun.

Haastattelut toteutin heinäkuussa 2011. Tapaamiset kestivät kahdesta tunnista 2½ tuntiin. Tämä aika oli tapaamisiin käytetty kokonanisaika. Lyhyin nauhoitettava aika oli noin 24 minuuttia ja pisin nauhoitus hiukan reilun tunnin. Yhteensä nauhoitettua aikaa oli 4 tuntia 24 minuuttia. Muu aika käynnillä kului siihen, että opinnäytetyö ja sen tarkoitus käytiin läpi. Kerroin tutkimuksen ehdottoman luottamuksellisuuden sekä tein sopimuksen haastatteluun osallistumisesta ja aineiston nauhoituksesta. Tämä aika sisälsi myös vapaata keskustelua luottamuksen saamiseksi. Seuraavaan taulukkoon on koottu haastattelujen kestoajat ja litteroitu aineisto.

TAULUKKO 2. Haastattelujen kesto ja litteroitu aineisto

Haastateltava	Haastattelun kesto	Litteroitu aineisto
A1	25,48 min	20 sivua
A2	49,14 min	30 sivua
A3	58,11 min	31 sivua
A4	24,21 min	15sivua
A5	62,40 min	44 sivua
A6	57,30 min	31 sivua
Yhteensä	4h24 min	161 sivua

Tutkimusaineisto koostuu kuuden kotihoidon palveluja käyttävän haastatteluisista. Haastatteluaineiston lisäksi olen käyttänyt dokumentoitua aineistoa. Opinnäytetyön tavoitteisiin pohjautuen käytin haastateltavien hoito- ja palvelusuunnitelmia ja RAVA- indeksiä. Tarkempiin potilasasiakirjoihin en ole tutustunut, koska tavoitteena oli saada esille haastateltavan käsitys omasta arjenhallinnastaan. Tällöin arkeen vaikuttavista sairauksista ja toimintakyvynlaskussa on kyse haastateltavan omasta näkemyksestä.

Opinnäytetyön haastateltavien hankinnassa käytettiin apuna kotihoidon henkilöstöä. Kotihoidossa työskentelee kaikkiaan 19 työntekijää, joista vanhustyössä 18 ja lisäksi oma työntekäväni mielenterveyskotikuntoutuksessa. Näistä 18:stä kotihoidon työntekijästä 16 kertoi nimettömässä kirjoituksessa, minkälainen hänen kokemuksensa mukaan on haasteellinen asiakas. Näiden kokemusten

pohjalta he sitten hankkivat haastateltavat. Nämä kirjoitukset analysoin saadakseni ymmärryksen, keitä haastateltavat olivat hoitajien näkökulmasta. Nämä kirjoitukset ovat osa tutkimusaineistoa.

5.3 Tutkimukseen osallistuneet

Haastateltavat asiakkaat ovat samasta kaupungin keskusta-alueen kotihoidosta, sen kahdesta eri tiimistä. Kaikki he ovat kotihoidon asiakkaita. Viidellä on sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palvelut. Yksi on vain kotipalvelun asiakas, jonka lääkityksen hoitaa omainen. Viisi heistä on naisia ja yksi mies. Iältään he olivat haastatteluhetkellä 57-89 vuotiaita. Keski-ikältään he olivat 74,5 vuotta. Kaksi haasteltavista on alle virallisen vanhuuseläkeiän eli 65 vuotta. Kaikkien pääasiallinen tulo oli kuitenkin eläke.

Vaikka haastateltavat asiakkaat ovat kaikki keskustan kotihoidosta heidän elinolosuhteensa poikkeavat suuresti toisistaan. Kolme heistä asuu omistusasunnossa ja kolme vuokra-asunnossa. Kolme asuu kaupungin ydinkeskustassa kerrostalossa, kaksi maaseudulla omakotitalossa ja yksi keskusta-alueen laidalla rivitalossa. Viidellä on matkapuhelin ja yhdellä lankaliittymä. Yksi haasteltavista ei kuitenkaan hallinnut puhelimen käyttöä. Kenelläkään haasteltavista ei ollut tietokonetta. Raha-asiansa, oman kertomansa mukaan, kaksi henkilöä hoiti itse. Kenelläkään ei ollut virallista edunvalvontaa.

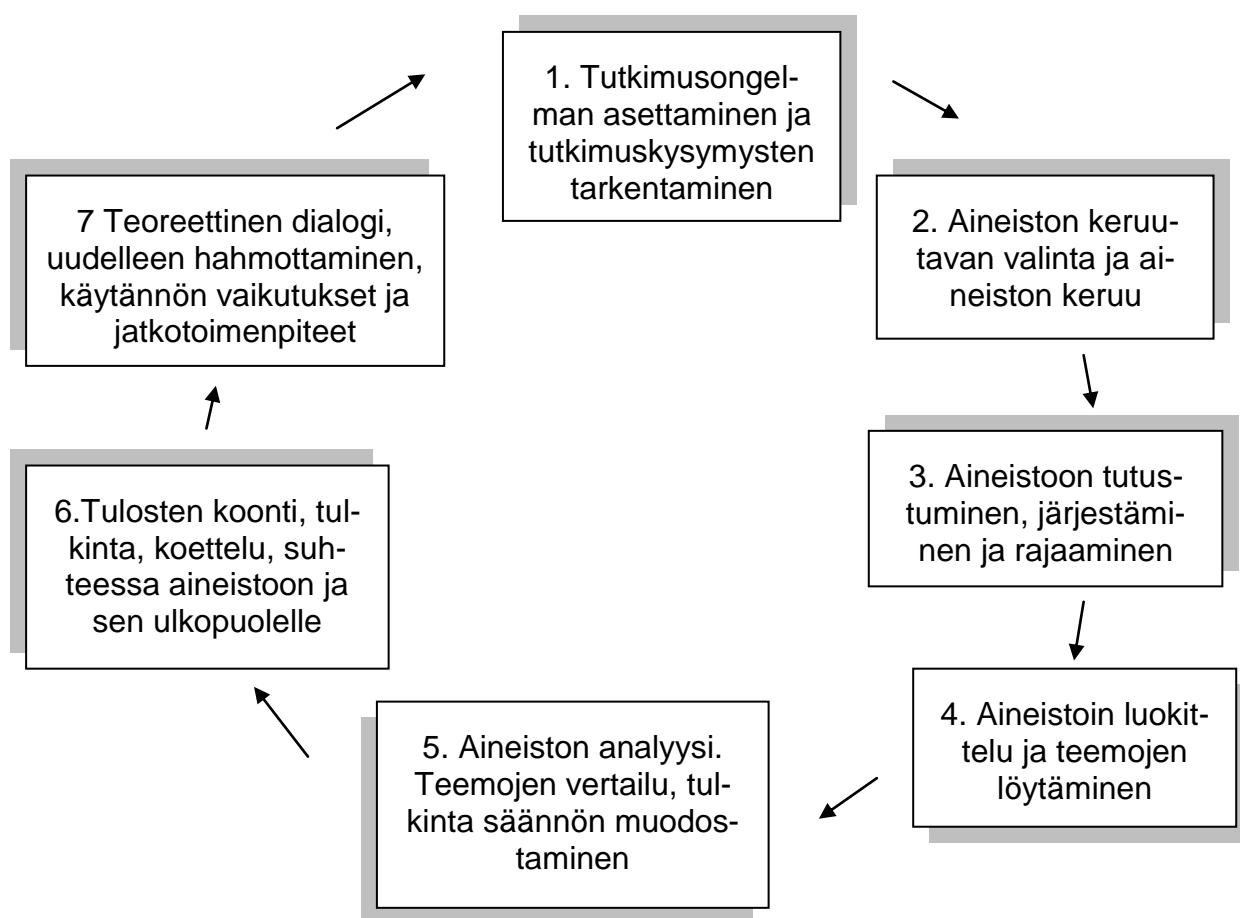
Haastateltavista kolmella on omia lapsia, kun taas kolmella ei biologisia jälkeläisiä ole ollut. Kahdella heistä, joilla ei ollut omia lapsia, oli kuitenkin ollut vastuullaan huolehdittavia lapsia. Yhteistä heillä kaikilla oli kuitenkin kokemus hoivan antamisesta. Kahdella haastateltavalla oli taustallaan hoivatyön ammattilaisuus. Toisella heillä lisäksi omaishoitajuus. Muilla kyse oli omaishoitajuudesta.

5.4 Aineisto

Haastattelujen teon jälkeen ensimmäinen vaihe on niiden puhtaaksikirjoittaminen eli litterointi. Tarkkuus riippuu käytettävästä analyysitavasta. Teemahaastattelussa litteroinnin jälkeen eri haastateltavien vastaukset voidaan järjestää uudestaan teemoittain ja laittaa kunkin teeman alle kuuluvat vastaukset. Muodostunutta kuvaa muokataan muissa haastatteluissa esille tulleilla asioilla. Toinen vaihtoehto on käydä haastattelu kerrallaan läpi. Saatua aineistoa käydään läpi viimeistään tässä vaiheessa teorioiden kautta. (Eskola & Vastamäki 2010,

42-43.) Koodaamisen voi suorittaa värien avulla käyttämällä apuna värikyniä tai korostekyniä (Davies 2007, 192).

Aineistonkeruun jälkeen analysointiin siirtyminen voi joskus tuntua vaikealta. Aineiston luokittelu, analysointi ja tulkinta liittyvät tiiviisti toisiinsa. Ne ovat kuitenkin kolme erilaista osatekijää. Tutkimusmateriaalista riippuen ne vaihtelevat paljon. Nämä eri vaiheet on hyvä tunnistaa, koska pelkkä luokittelu ei korvaa analysointia. Luokittelu on vasta aineiston tuntemista. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12) Seuraavassa kuviossa (Kuvio 3.) on esitetty analyysin vaiheet.



KUVIO 3. Analyysin vaiheet Ruusuvuoren ym. mukaan.

Lähde: Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12

Aineisto on hajanaista ja siitä yritetään muodostaa merkityksellisiä kokonaisuuksia. Merkitysten välinen yhteys perustuu tutkijan omaan välittömään tietoon sekä elämäkokemuksen mukana tulleeseen merkitysentajuun. Merkityskokonaisuudet löytyvät sisäisen yhteenkuuluvaisuuden, samankaltaisuuden perusteella. Oman kokonaisuutensa muodostavat samankaltaiset merkitykset.

(Laine 2010, 41.) Aineiston runsaudesta johtuen laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää tehdä päätös siitä, mikä on kiinnostavaa aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 92.)

Laadullisessa tutkimuksessa analyysi alkaa usein jo haastattelussa. Haastattelun kuluessa tehdään eri ilmiöistä havaintoja niiden useuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. Näitä voi sitten kerätä lisää ja tarkastella hypoteesin toimivuutta. Aineiston analyysi tapahtuu lähellä sitä kontekstia missä se on syntynyt. Sanallinen muoto säilyy joskus jopa alkuperäisessä muodossa. Päätely voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai abduktiivisesta eli teoreettisesta johtoajattelusta liikkeelle lähtevää. Vakioituja työskentelytapoja on vähän ja analyysitekniikat ovat hajanaisia. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 135.)

Aineistoa haastatteluista kertyi 161 liuskaa. Haasteltavista valtaosa puhui vapautuneesti. Haastattelut sujuivat keskustelun omaisesti ja haastattelijan tehtäväksi jäi huolehtia keskustelun pysymisestä tutkimuksen kannalta oleellisissa asioissa. Heti ensimmäisen haastattelun kuluessa syntyi ymmärrys, että haasteltavien menneisyys on opinnäytetyönkannalta oleellinen tekijä. Ensimmäiset merkinnät ajatuksistani tein heti haastattelujen jälkeen.

Tietojen keruun jälkeen aineiston purku ja alustava analyysi toteutui osin päällekkäin. Purkaessani kunkin haastattelun tein lisää havaintomerkintöjä ja palautin mieleeni keskustelun kulkuun liittyviä asioita ja tuntemuksista, mitä haastattelusta syntyi. Näin myöhemmin analysoidessani, oli paremmin mahdollisuus palauttaa mieliin tuo vuoropuhelu.

Saatuani aineiston litteroitua ryhdyin käymään uudelleen haastatteluja läpi. Teemoittamisen toteutin haastattelu kerrallaan. Merkityskokonaisuuksia etsiessäni runkona olivat tutkimuskysymykset. Toteutin teemoittamisen koodaamalla aihealueet eri väreillä. Käytössäni olivat värikynät. Ensi vaiheessa teemojen etsiminen tapahtuikin käsin. Käytyäni kaikki haastattelut läpi värikynien avulla siirsin ne teemoittain tietokoneelle. Myös tietokoneella hyödynsin värejä. Tutkimuskysymysten lisäksi aineistosta esille tuli mm. arvioita muista palveluista. Nämä kuitenkin rajasin teemoituksen ulkopuolelle, koska ne eivät kuuluneet tutkimusalueeseen.

Seuraavaksi ryhmittelin vastaukset saman teema-alueen sisällä erilaisiksi kokonaisuuksiksi. Kokonaisuudet liittyivät teeman sisällä samoihin asiakokonaisuuksiin tai myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin. Tätä kautta pystyin hahmottamaan tuloksia teema-alueiden sisällä. Joidenkin vastausten osalta oli myös ratkaistava, minkä teeman alle ne ensisijaisesti kuuluvat, koska ne olisivat sopineet kuvaamaan useampaakin teemaa.

Teemoituksessa syntyneiden asiakokonaisuuksien jälkeen vertasin näitä syntyneitä opinnäytetyöni tuloksia aiempiin tutkimuksiin. Hyödynsin asiakirjoista saamaani tietoa asiakkaista ja analysoin tämän tiedon kautta heidän kertomuksiaan. Analyysissä hyödynsin myös omaa kotihoidon osaamistani.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda palvelujen käyttäjien ääni esiin. Tästä syystä päädyin tutkimuksen tuloksia kootessani käyttämään paljon suoria lainauksia. Näin haastateltavan ääni välittyy parhaiten. Toteutin sen teemoittain mahdollisimman irti haastattelun muusta yhteydestä. Paljon suoria lainauksia käytettäessä on tärkeää säilyttää asiakkaan yksityisyys.

5.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

5.5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Teemahaastattelurungon olen laatinut tutustumalla kirjallisuuteen ja olen käyttänyt hyväkseni usean vuoden kokemusta kotihoidossa. Teemat olen miettinyt etukäteen, samoin kuin täydentävät kysymykset. Ennen haastattelun päättämistä kävin vielä läpi teemahaastattelurungon ja tarkistin, että kaikki kysymykset oli läpikäyty. Teemahaastattelurunko oli erityisen merkityksellinen haastattelussa, jossa haastateltavan puhe rönnyili hyvin laaja-alaisesti. Sen avulla oli mahdollisuus palauttaa haastattelu opinnäytetyön kannalta kiinnostaviin asioihin. Sellaisissa haastatteluissa, missä keskustelu ei alkuun sujunut luontevasti, kysymyksillä oli helpompi saada esiin opinnäytetyön kannalta oleellista tietoa.

Litteroinnissa on tärkeää noudattaa samanlaista linjaa kaikkien haastattelujen osalta siten, että kaikki on litteroitu samalla tavalla. Litterointia on vaikea toteuttaa luottavasti, jos kuuluvuus on heikkoa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 185.) Laitteisto oli uutta ja sen toimivuuden olin testannut ja saanut opetusta sen käyttöön. Litteroinnin toteutin samalla tavalla sana sanalta. Lisäksi merkitsin erilaiset tunteenilmaisut kuten naurahdukset.

Laadullisen tutkimuksen objektiivisuus on aina haastavaa. On opittava erottamaan havaintojen luettavuus ja puolettomuus toisistaan. Puolueettomuus tulee esille siinä kuuleeko haastattelija todella haastateltavan puheen vai suodattaako hän sen oman kehyksensä läpi. Puolettomuuteen voi vaikuttaa tutkijan oma tausta kuten ikä ja sukupuoli tai ammattihistoria. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135-136.)

Omassa opinnäytetyössäni tunnistin riskin muokata vastaajien puheita oman ajatusmaailmani kautta. Riski syntyi toisaalta siinä, että haastateltavat arvioivat minulle vuosien saatossa läheiseksi tulleita työyhteisön jäseniä. Toisaalta mielenterveysalan työhistoriastani. Sitä näkee helposti mielenterveyden ongelmia sielläkin, missä niitä ei ole. Opinnäytetyön objektiivisuuden kannalta tärkeää etäisyyttä antoi siirtyminen toisiin työtehtäviin etäälle kotihoidon työyhteisöstä.

Oman opinnäytetyöni kannalta keskeistä oli saada esille haastateltavan kokemus. Kysymysten laadinnassa oli tärkeä tiedostaa omat ennakkokäsitykset. Tiedän, että niitä oli olemassa runsaasti. Olen ollut kuusi vuotta työssä kotihoidon sektorilla. Työnkuvani poikkeaa paljon normaalista kotihoidosta, samoin kuin asiakkaanikin. Yhteiset asiakkaat ja työyhteisössä käydyt keskustelut ovat luoneet hyvin vahvan mielikuvan siitä, keitä haastattelen ja mitkä ovat heidän tarpeensa. Tällaisista ennakkokäsityksistä tulee päästä eroon, muutoin kysymykset muodostuvat ennakko-oletusteni pohjalta.

Haastattelut suoritin vuosilomalla, jonka päätyttyä en enää palannut kotihoitoon työhön. Kotihoidon taustani ei noussut esille vierailuni aikana. Omat asiakkaani rajasin tutkimuksen ulkopuolelle, vaikka osa heistä sai myös tavallisen kotihoidon palveluja. Ketään haastateltavista en tuntenut etukäteen, enkä ollut työskennellyt heidän kanssaan.

5.5.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on erittäin tärkeä. Eettisyys tarkoittaa eettistä tutkimusotetta, joka kulkee läpi koko opinnäytetyön. Laadukas tutkimussuunnitelma ja valittu tutkimusasetelma ovat alku eettiselle tutkimukselle. Osa eettisyyttä ovat myös luetettavuus ja arviointikriteerit. Tutkimusaiheen valinta kuuluu myös eettisyyteen. Tutkimuskohteen määrittelyssä tulee ottaa huomioon kunkin tieteenalan vallitsevat arvolähtökohdat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125, 127-129.)

Tutkimuksen eettisyys joutuu koetukselle useita kertoja opinnäytetyön eri vaiheissa. Tärkeää on saada tutkimuslupa sekä viranomaiselta että tutkittavalta. Tutkimusaineiston nauhoittamiseen tulee saada lupa, eikä sitä saa tehdä salaa. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, ettei tutkijan ja tutkittavan välillä ole olemassa riippuvuussuhdetta. (Eskola & Suoranta 2008, 52-55.)

Tietojen käsittelyn kannalta olennaista on ihmisarvon kunnioittaminen ja se, ettei tutkittavaa loukata millään tavalla. Luotettavuuden kannalta kaksi oleellista tekijää ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Tietoja julkaistaessa tulee olla erityisen tarkka, ettei henkilöllisyys paljastu. Mitä arkaluonteisemmasta asiasta on kyse, sitä tarkempi tulee olla. (Eskola & Suoranta 2008, 55-56.)

Opinnäytetyössäni eettisyys on erittäin tärkeä, koska kyseessä on kotihoitoon liittyvä opinnäytetyö. Aiheenvalinta on myös luonteeltaan sellainen, että eettinen näkökulma on tärkeä ottaa huomioon. Kohteena on kotihoidon tietyn tyyppinen ryhmä, jota ei ole eroteltavissa millään tietyllä mittarilla tai etukäteen selkeästi määriteltävillä asioilla. Eettisyyden näkökulmasta on tärkeä säilyttää koko prosessin läpi ehdoton luottamuksellisuus ja läpinäkyvyys. Päämääränä on saada ymmärrys näiden ihmisten elämästä, ei muuttaa heidän toimintatapojaan.

Opinnäytetyöhön sain luvan vanhustyönjohtajalta, joka on tähän tutkimukseen tutkimusluvan myöntävä viranomainen Äänekoskella. Haastateltavilta saatiin ensin lupa vierailuuni ja myöhemmässä vaiheessa lupa haastatteluun nauhoituksineen (Liite 3.).

Osa opinnäytetyön eettisyyttä on se, etten ottanut haastatteluun mukaan omia kotihoidon mielenterveystyön asiakkaitani, vaikka jokainen heistä olisi kuulunut kohderyhmään. Eettisistä syistä haastateltavien etsintä toteutettiin kotihoidon työntekijöiden välityksellä. Tällöin tietooni ei tullut muiden, kuin luvan antaneiden henkilöllisyys. Tiedän, että pyyntö vierailuuni esitettiin useammalle kuin siihen suostui. Sitä, montako heitä oli tai keitä he olivat, ei ole tiedossani. Henkilön suojaamiseksi saatu aineisto on käsitelty asiakokonaisuuksien pohjalta eikä henkilöittäin. Lisäksi osa asioista on tuotu esille kokonaisuuksissa, mistä yksittäistä henkilöä ei voi erottaa.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Haastateltavat asiakkaat

Haastattelut toteutettiin heinäkuussa 2011. Soitin käyntiini suostuneille heidän antamiinsa puhelinnumeroihin ja sovin tapaamisen. Yhden kohdalla tosin en onnistunut tavoittamaan häntä puhelimitse ennen käyntiä. Käyntiluvan toimittanut kotihoidon työntekijä kertoi sopineensa haastateltavan kanssa, että voin mennä käymään ilman ennakkosopimista. Mennessäni esittelemään opinnäyte-työni aihetta haastateltaville minulla ei ollut heistä muuta tietoa kuin nimi, osoite ja puhelinnumero. Minulla ei ollut siinä vaiheessa heidän taustatietojaan. Halusin kuulla haastateltavan oman käsityksen asioista. Vasta muodostettuani käsitykseni haastattelujen pohjalta asiakkaita tutustuin dokumenttiaineistoon. Käytössäni olivat asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä RAVA -indeksit.

Kotihoidon esille tuomista haasteista haastatteluissa tuli esille dementoituminen, huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes, alkoholiongelmat ja psyykkiset sairaudet. Kotihoidon kuvaama tyytymättömyys tuli kaikissa haastatteluissa esille. Sitoutumattomuutta kotihoidon palveluihin omasta näkökulmastaan kuva- si osa haastateltava. Uusien palvelujen vastaanottamisen esteteitä tuli haastatteluissa esille. Toisaalta myös sitä, että palveluja käytettiin kustannuksista välit- tämättä. Taloudelliset seikat eivät tulleet kotihoidon työntekijöiden kertomuksis- sa lainkaan esille. Ne tulivat esille kuitenkin kaikissa haastatteluissa.

Asiakkaat eivät muodostaneet yhtenäistä ryhmää. Ikäjakautuma oli kotihoidon asiakkuuden näkökulmasta laaja. Nuorimman ja vanhemman haastateltavan ikä- ero oli 32 vuotta. Heidän asuntonsa ja asuinpaikkansa olivat erilaisia. Heidän tapansa elää poikkesi suuresti toisistaan. Osalla oli hyvin kaunis ja siisti koti. Kahdella oli kuitenkin asunto, mikä poikkeaa yleisestä käsityksestä hyvästä asumisesta. Nämä ihmiset ovat kuitenkin tyytyväisiä kotiinsa ja haluavat elää siellä missä asuvat.

Meillä jokaisella on oma tapamme elää. Tätä kautta syntyy käsitys siitä, mikä on kenenkin mielestä normaalia. Taipaleen (2010) mukaan yhteisön historialliset normit vaikuttavat kokemukseemme siitä, mikä on normaalia ja tätä kautta ne ohjaavat toimintaamme. Siihen kuinka ne hahmottuvat määrittäyty sen kautta,

mikä on kokemusmaailmamme. Toisten kanssa voi jakaa vain ne kokemukset, jotka on itse kokenut. (Taipale 2010, 127.)

Haastateltavat kotihoidon asiakkaat määrittelivät itseään. Yksi sanoi olevansa niin vaikea hoidettava, ettei halua vaivata toisia toiveillaan. Toinen kuvaa olevansa vanha akka ja minä ite- tyyppi. Yhden haasteltavan kokemus oli, että hän on sairastunut kiltteyteen. On myös kokemus siitä että "*minä oon ollu liian hyvä nahkanen*".

Asiakkaista yksi asui omaisensa kanssa, muut yksinään. Kukaan heistä ei ollut enää tässä vaiheessa parisuhteessa. Neljä heistä oli ollut naimissa. Kaksi oli jäänyt leskeksi kauan aikaa sitten ja yksi vasta vanhuudessa. Yhden kohdalla avioliitto oli päättynyt avioeroon. Yhdellä haastateltavalla oli ollut nuorena parisuhde, joka ei johtanut avioliittoon. Yksi oli asunut yksin siitä lähtien, kun hänen vanhempansa olivat kuolleet noin 40- vuotta sitten.

Kaikkien kerrostalossa asuvien asunto sijaitsee ensimmäisessä kerroksessa. Yhdestä asunnosta ulospääsy edellyttää kuitenkin portaissa kulkemista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, ettei asunnosta ole ulospääsyä ilman saattajaa. Maalla olevat omakotitalot sijaitsivat molemmat paikassa, jossa lähemmille linja-autopysäkille on usea kilometri. Kummallakaan haastateltavalla ei ollut ajokorttia tai autoa. Ei ollut koskaan ollutkaan. Toiseen näistä haastateltavista en saanut puhelinyhteyttä ennen haastattelua. Mennessäni paikalle ovi oli auki, vaikka haastateltava oli nukkumassa.

Haasteltavat kuvasivat omaa elämäänsä nykyisyyttä ja menneisyyttä varsin laaja-alaisesti. He ovat varsin epäyhtenäinen joukko, viisi naista ja yksi mies. Syntymävuosi vaihteli 1921-1953. Kaikki olivat olleet työelämässä. Kaksi oli ollut maatalousyrittäjiä, kaksi hoitoalalla sekä yksi keittiötyöntekijä ja yksi tehdastyöläinen. Yhdellä heistä oli opistoasteen tutkinto.

Riippumatta perhesuhteista tai verkostoista haastateltavat olivat tyytymättömiä menneisyydessä tapahtuneille asioille. Osalla tämä tyytymättömyys heijastui kaikkeen nykyisyydessäkin. Taustalla heillä oli myös suuria menetyksiä. Yhdellä huono-osaisuus oli alkanut lapsena vanhempien alkoholisoitumisen myötä. He olivat kokeneet mm. nuorena leskeksi jäämisen, avioeron, sairastumisen pysyvästi jo lapsena, perheväkivaltaa, takausvelkojen vuoksi kodin menettämisen

sekä lapsen menettämisen. Yksi oli velvollisuudentunnosta jäänyt asumaan kotiin ja hoitamaan vanhempiaan. Oma alkoholisoituminen ja mielenterveysongelmat vaikuttivat myös asiaan. Haastateltavista yksi kertoi päihdeongelmiansa ja toinen mielenterveyden häiriöstään.

Näiden kertomusten avulla avautuu helpommin todennettavaksi, keitä nämä haastateltavat ovat.

A3 Se on mennä siinä vaiheessa, kun mä olin vähän toisella kymmentä, kun mä olin tehnyt sen päätöksen, että mä teen just päinvastoin kuin mä kotoa oppia olen saanut. Äitin kanssa oppi sen, että, että vaikka tekikin niin mä en osannu tehdä sen mielestä mitään osannu tehdä.

A5: Mä otin viinaa, mutta sitten rupesin mää kun me muuttettiin tonne xxxxxx. Mutta sen takia mä nyt kerron tästä viinasta se justiin koska, minä en häpiä sitä. Otettiin ukon kanssa pullo. Ostettiin ja pantiin melkein joka ilta pantiin se puoliksi.

Kaksi heistä oli jäänyt varsin nuorena leskeksi. Yhdeltä oli kuollut nuorana lapsi. Yhdellä oli traumaattinen avioero, kun mies oli saanut toisen naisen kanssa lapsen. Ystävän kuolema oli koskettanut yhtä kovasti. Kertomuksissa tuli esille myös kodinmenetys takausvelkoihin.

A3: no, kyllähän minä meinasin perustaa (perheen), että mä 17- vanhana sain pojan. Se menehtyi.

A5: mies kuoli ennen heinäkuussa sitten, sitten se tuota se (talo) myytiin ja sitten xxxxxpankki. Se ei ollut tuota tossa pakkohuutokaupassa se. Ne xxxxxpankista sen pakolla myi sen silloin. Kaikki vei sen maksuista ne. Eikä ne riittänykkään sitten. Yhteiskunta hoiti sen lopun (huokaus) kai se hoiti sen.

Haastateltavat olivat toimineet kaikki itse hoitajana jossain vaiheessa elämäänsä. Neljä oli hoitanut omaisia. Pienempiä sisaruksia kaksi, vanhempia kaksi, yksi oli hoitanut anoppia ja yhdellä oli ollut huomattavan suuri määrä omia lapsia. Tämän lisäksi yksi oli toiminut huoltajana edesmenneen puolisonsa lapsille. Yhdellä haastateltavalta omahoitajuus oli päättynyt siinä vaiheessa, kun hän itse oli tullut kotihoidon asiakkaaksi. Seuraavassa kuvauksia omaishoivasta.

A2: En minä mikään oikea äiti ole, ne sano että sinä oot heitä pienenä hoitanu. Sitä otetaan sillo järki pois, kun tehhää tämmösiä temppuja, että mennään toisen perheeseen. Sitten oli minä joka, joka tota ois laittanu minua sieltä pihalle, että sinä lasten ossuudet hävität.

A4: Kyllä sitä joskus, mutta kun nuo vanhukset ol tässä, niin ne niin ku pit tässä.

Haastateltavista kaksi oli tehnyt työuransa ainakin osittain hoitotyössä. Toinen heistä koko työuransa. Toinen heistä oli koulutuksen saanut hoitaja ja toinen toiminut avustavissa tehtävissä ilman koulutusta.

Asiakkaista kaksi kuvasi tällä hetkellä elämäänsä varsin hyväksi. A1 *"No tällä hetkellä on niin onnellinen olo ja hyvä olo het ku olla voi. Minä en ossaa miestäkään surra yhtään. Ei yhtään tullu surun tunnetta"* Kaksi kertoi elävänsä tätä hetkeä eikä miettivänsä tulevaisuutta. Yhdellä oli selkeä tulevaisuudensuunnitelma. Hän odotti kuolemaa ja oli tehnyt hautaustestamentin paikalliseen kukka-kauppaan. Hänen elämäänsä leimasi apaattisuus ja tyytymättömyys lähes kaikkeen. Yksi haastateltava halusi kaiken mahdollisen palvelun itselleen kustannuksista välittämättä. Hän katsoi ne oikeudekseen.

Viisi vastaajaa kuvasi tämän hetkistä elämäänsä negatiivisesti. Elämässä ei ole suunnitelmallisuutta, vaan eletään käsillä olevaa aikaa. Yksinäisyyttä koettiin, mutta sitä ei aina pidetä pelkästään huonona asiana. Yksinäisyyttä kuvasi myös toinen niistä, joka koki olonsa hyväksi. Yksi haastateltava kuvaa syvää yksinäisyyttä. Hänellä ei elämässä ole enää merkitystä, vaan hän odotti kuolemaa. Kuolemaa varten kaikki asiat oli laitettu järjestykseen. Hän kuvaa tilannettaan:

A2: Tämmöstä se elämä on ollu. Mutta nyt ei ole mitään. mutta ootaan vaan tuota, että millon taivaanisä, oon minä tuolle taivaan isälle sanonu, että minä lähen tonne yläkertaan. Kyllä se sen ymmärti sitten, että mihin yläkertaan. Minä täältä alakerrasta oon lähössä tonne yläkertaan.

6.2 Arjesta selviäminen

Haastelevat kuvaavat arkeaan. Arki kuluu lähes kaikilla päivittäisissä toiminoissa kuten ruuanlaitossa ja pieniä kodinaskareita suorittaessa. Maalla tekemistä näyttäisi olevan enemmän kuin kaupungin keskustaaajamassa asuvilla. Kotihoidon asiakkaat kuvaavat heräävänsä varsin varhain. Aamuun kuuluu oleellisena puuronkeitto tai ainakin aamupalan syönti. Yhdelle puuron keitti kotihoito, kolme kertoi tekevänsä sen itse. Kahdella siitä ei ollut mainintaa.

Päivät kuluivat haastateltavilla lähinnä aikaa kuluttaen. Yksi haastateltava kuvasi aktiivista harrastamista. Tosin sekin on kotona tapahtuvaa. H5: *"Niin minä tässä rupesin, meinasin justiin ruveta kutumaan tässä yhdelle naiselle tota lakia"*. Muilla päivät kuluvat lähinnä arjen askareista selviämiseen. A3: *"No mä teen sitä, sen mukkaan, kun minä jaksan, ja jos mä en jaksa, että mä on*

huonompi, niin mää nukun päivät. Riippuu siitä paljonko mää oon tehny ja monenako päivänä mää oon tehny." Kaksi kävi päiväkeskuksessa. Toinen näistä kuvaa sitä hyvin positiiviseksi asiaksi elämässään.

Ikääntyessä verkostot muuttuvat väistämättä. Läheisiä ihmisiä kuolee ja mitä vanhemmaksi ihminen tulee sitä todennäköisempää on, että hän on sukunsa sukupolven ainoa edustaja. Heitä, joilla on yhteisiä muistoja ei enää ole olemassa. Samaan aikaan kunnon huonotessa mukaan tulee riippuvuus muiden avusta. Läheisten tilalle tulevat viralliset auttamistahot kuten kotihoito. (Sarvimäki & Stenbock- Hult, 2010, 41.)

Verkostoajatteluun pohjautuvan johdon kommentteissa siirretään kokonaisvastuu vanhusten avuntarpeen määrittelystä omaisten ja muun läheishoivan vastuulle. Palveluaukkoja täyttämään odotetaan näitä läheisverkkoja. Tässä ajatusmallissa korostuu resurssi- ja palveluorganisaatiolähtöisyys asiakaslähtöisyyden sijaan. (Virkki ym. 2011, 57.)

Läheisverkostojen puuttuminen näkyi suoraan haastatteluilla palvelutarpeen aukkoina. Arjessa selviämisessä oli verkostoilla suuri merkitys. Kotihoidon muuttuessa kodin hoidosta ihmisen hoitamiseksi yhteiskunta ei enää huolehdi kodin hoitoon liittyvistä tehtävistä. Nämä palvelut ovat nyt tukipalveluja. Näillä asiakkailta, joilla oli lähiomaisia, omaiset hoitivat osan siivouksista, asioinnilla avustamisesta sekä myös lääkkeen jaosta. Yhden kohdalla apu on niin tiivistä, että viikonloppuisin omaisten apu korvasi kotihoidon käynnit.

Asiakkaiden omaisverkostoissa erot olivat isoja. Tämä johtui siitä, onko haastatellulla omia lapsia. Lapsettomien verkostot olivat huonommat. Selkeimmin ero tuli esille raha-asioiden hoidossa. Kaikilla heillä, joilla oli lapsia, raha-asiat hoituivat lasten kautta. Yksi lapsettomista oli löytänyt ystävän niitä hoitamaan. Tyytyväisimmät tämän hetkiseen tilanteeseen olivat ne kaksi joiden verkostot olivat tiiviimmät. A1: "*Poika assuu täällä*". A6: "*Viikonloppusin mää vietän usein pojan perheen luona.*"

Verkostot, jotka olivat muodostuneet asuinympäristössä, eivät korvaa omaisverkon puuttumista. Lapsettomat haastateltavat tuovat tätä verkostojen kapeutta esille. Heidän osaltaan tulokset ovat yhteneväisiä (Prieto-Flores, Forjaz, Fer-

nandez-Mayoralas, Rojo-Perez, Martinez-Martin 2011, 177, 181.) tulosten kanssa.

Asiakkaista kaikki kuvasivat näitä sosiaalisia verkostoja. Kerrostalossa asuvista kaksi kertoi sitä, kuinka saivat naapurista apua. Toisen kohdalla tämä apu oli hyvin laajaa. Hän kertoi järjestelmästä, jonka oli luonut naapurissa asuvan kanssa. Hän hakkasi seinään tai jätti oven auki. Näin naapuri tiesi tulla apuun. Naapurilta voi saada myös ruokaa tai asiointiapua. Yksi kerrostalossa asuva oli muuttanut niin hiljattain nykyiseen asuntoonsa, etteivät nämä verkostot olleet vielä syntyneet. Hänen verkostonsa olivat ystävät. Yksi kertoi verkostoista, jotka olivat syntyneet päiväkeskustoiminnassa. Maalaiskylässä asuvilla oli havaittavissa maalaiskylän yhteishenki ja naapuristo koettiin voimavaraksi. Luotettiin naapurista saatavaan apuun. Seuraavassa kuvauksia epävirallisista verkostoista:

A2: Xxxxxxx nii, niin se tuo mulle ruokaa. Se vaan sanoo, ettei hän hukkaan, kun tulee aina niin paljon keitettetyä, niin kun kalakeittoa niin. Kyllä ne koettaa. Ja sitten kun mä jätän ton oven raolleen niin silloin se tulee kysymään onko sulla joku hätänä, ett se on meillä merkinä.

A6: No, ens viikolla alkaa se kuntosali homma. Tota niin meillä on se sama ryhmä ja ne hyö on ihania ihmisiä. Mutt kerta kaikkiaan ihanaa jutuseuraa ja sielä nauru käy.

Kaikkia verkostoja ei koettu hyväksi. Asiakkailla oli verkostossa ristiriitoja. Oli kokemus siitä, etteivät sukulaiset välittäneet. Nämä sukulaiset olivat melko etäistä sukua, lähinnä sisarusten lapsia, jotka asuivat toisella paikkakunnalla. Muiden kohdalla kyseessä olivat riidat ja erimielisyydet läheisten kanssa. Yksi vastaaja oli riitaantunut myös naapurin kanssa.

A2: Ei, ei ne välitä (omaiset). Ja kun niillä on omat kiireensä ja menonsa ja kun työssä ovat niin, ne pittää sen vapaapäivänsäkin sitten.

A3: Tai onhan tästä jo kaksi vuotta, niin mulla men oman siskon kanssa lopullisesti välit poikki.

A5: Se nainenkin, se on ollu hirveen ihana, minkä kanssa meille tuli riitaa. Mulla on ollu verkosto ollu hyvä, mutta nyt tää yks, yks verkosto, verkkoon tuli reikä niin.

Asioiden hoidosta vastasi ainakin osittain itse neljä asiakasta. He kertoivat käyvänsä kaupassa itse. Kaksi heistä hoiti kokonaan ostoksensa itse. He myös hoitivat pankkiasiansa itse. Muista kaksi sai apua omaisilta. Apua antoivat myös

naapurit ja omaiset. Yksi kuvaa myös kodinkoneliikkeen palvelleen siten, että oli saanut television kotiin liikkeessä asioimatta.

A2: Soitin vaan tonne Xxxxxxx (kodinkoneliike), että tuokaa mulle sellainen televisio, joka ei oo aina rikki. Ja ne toivat.

Asioiden hoitaminen edellyttää kulkemista. Siihen liittyvät ongelmat tulivat esille haastatteluissa. Nämä ongelmat eristävät haasteltavia ja estävät sosiaalisia suhteita, harrastamista ja asioiden hoitoa. Vuorinen (2009, 67-75.) väitöstutkimuksessaan kuvaa ilmiötä maalaiskylän kannalta. Kulkemisen rajoitukset eristävät ympäröivästä elämästä. Ei ole mahdollista toteuttaa itselle mieleisiä asioita. Voimavarat ja vähäiset mahdollisuudet kuluvat pakollisten asioiden hoitamiseen ja rajoittaa samalla kaikkea elämässä. Tämä sama ilmiö tuli haastatteluis- sa esille muutoinkin kuin maalaiskylässä asuvien taholta. Ei ollut merkitystä oli- vatko palvelut kilometrien vai muutaman sadan metrin päässä, ellei niihin pääs- syt.

Asiointimatkoihin käytettiin kunnan järjestämää senioriliikennettä, vammaispa- velujen taksikorttia, KELA: n korvaamaa taksia sekä omaisten toteuttamaa kyy- ditsemistä. Sen sijaan kukaan ei ollut hakenut sosiaalihuoltolain mukaista kulje- tuspalvelua. Tätä kuljetusta on mahdollista hakea henkilön, jonka liikkumisvai- keudet johtuvat ikääntymiseen liittyviin sairauksiin eikä vammaispalvelulain mu- kaiseen kuljetuspalveluun ole oikeutta. Seuraavassa kuvauksia erilaisista ta- voista hoitaa asiointia:

A1: Ja vievät minua aina joskus johonkin, jos tarvii. (Lapset)

A4:xxxxx (Taksi- firma) autoja ne on nehän ne käyttää kaupassakin ker- ran viikossa. (Senioriliikenne). Niin se on eellisenä päivänä soitettava, et- tä lähtee.

A6: Mulla on semmonen taksikortti ja se on semmonen kolmen euron taksi.

Vain yksi vastaajista kertoi omistaneensa jossain vaiheessa auton. Siitä oli kui- tenkin ollut pakko luopua. A 5: *"Neljä vuotta sitten tullee marraskuussa, kun määh on luopunu autosta."* Toinen taas kertoo siitä, ettei kotihoito saa viedä asi- akkaita terveydenhuollollisiin toimenpiteisiin terveyskeskukseen. A2: *"Niin sa- nottiin vaan, ettei heillä (kotihoitolla) oo lupaa kuletella missään tommosissa niinkun piikityksillä."*

Arjen sujumiseen vaikutti palveluiden hajanaisuus. Haastatteluissa se tuli esille epätietoisuutensa eri tavoin. Palveluista tai eduista ei oltu tietoisia. Toiseen ryhmään kuuluivat ne palvelut, jotka oli osattu hankkia, mutta niitä käytettiin vastoin palvelunantajan ohjeistusta. Kolmanteen ryhmään kuuluivat palvelut, joiden saantiedellytyksistä oli virheellinen käsitys. Myös epätietoisuus palvelujentuottajasta tuli esille. Haastatteluissa ilmeni kuitenkin myös se, että tietoa ja taitoa asioiden hoitoon oli.

Esille tuli tietoisuus siitä, että käytäntö siivouksien osalta on muuttunut. Aiemmin kotihoidon palveluihin kuului siivous. Nyt se on tukipalvelu, jota toteuttaa yksityinen sektori. Asuntohakemus ja asumistukeen liittyneitä papereita olivat asiakkaat täyttäneet omatoimisesti. Samoin osa oli osannut hakea hoitotukea. Veroilmoituksen tiesi yksi olevan esitäytetty. Veroilmoituksen teki kuitenkin sisar, omat taidot eivät siihen riittäneet. Yksi kertoi myös takuueläkkeen hankkimisesta puhelimitse.

Palvelujen tarjoajien lisääntyessä riskinä on palvelujen hajanaisuus. Kotihoidon asiakas joutuu tekemisiin usean eri palvelujentarjoajan kanssa. Käytännössä se voi myös tarkoittaa sitä, ettei kenelläkään ole kokonaisnäkemystä palveluista tai vastuuta palveluista. Paras- hankkeen tavoitteena on ollut monipuolista palveluja ja edistää markkinoitumista. Tämä tuo kuitenkin mukanaan palveluohjauksen tarpeen. (Virkki ym. 2011, 76-77.)

Epätietoisuutta oikeutettuihin etuuksiin tuli ilmi haastatteluissa. Kaksi ei tiennyt takuueläkkeestä. Tosin toinen oli juuri saanut siitä tiedon sosiaalitoimistosta ja vasta hakenut sitä. Esille tuli myös tietojen virheellisyyttä. Palvelun ajateltiin olevan kunnan tuottamaa, vaikka se oli yksityiseltä hankittua kunnan tukipalvelua. Asiakkaan luona oli käynyt yksityinen siivooja, mutta hän ajatteli sen olevan kunnan tuottamaa palvelua.

Kulkemiseen käytettävistä vammaispalvelun matkoista oli väärää tietoa. Niitä käytettiin virheellisesti matkoihin, joihin oli mahdollista saada KELA:n korvausta. Toinen ilmoitti hankkineensa sen puhelimitse. Päivi Paavilaisen (2012) mukaan vammaispalvelusta ei etuutta myönnetä, muutoin kuin kirjallisella hakemuksella. Ainostaan vakiintuneissa asiakassuhteissa voidaan kortin uusiminen tehdä puhelinsoiton perusteella.

Kotihoidon saannin perusteet eivät olleet kaikille selvät. Yksi haastateltavista ajatteli kotihoidonpalvelujen saannin olevan sidoksissa tiettyyn syntymävuoteen. Kysymyksessä oli ennaltaehkäisevä kotikäynti, joka on sidoksissa syntymävuoteen. Seuraavassa kuvaus tästä:

A5: Niin minä soitin niin ne kysy paljonko minä oon syntyny, niin minä sanoin 35, niin ne sano, että sun vuoros on vasta vuojen päästä. Mä sanoin, että ei ole vuojen päästä se NYT, minun vuoro. Minä oon päättäny, että se on nyt. Niin ne pisti kamalasti vastaan siellä, mutta kun oli meno kato silloin justiin ku oliko se silloin kun mulla oli meno sinne tämä eka polven.

Tietoisuus omista oikeuksista voi johtaa äärimmäisyyksiin. Haastateltavalla oli täyttynyt aivan loppuvuodesta KEELA:n matkakorvausten omavastuuosuus. Hän varasi sen vuoksi itselleen ajan keskussairaalaan, että pääsi hyödyntämään omavastuutonta matkustusta. Keskussairaalakäynnistä aiheutui kuitenkin luonnollisesti kustannuksia, kun terveydenhuollon maksukatto ei ollut täynnä. Keskussairaalaan pääsyn mahdollisti pitkäaikaissairaus, jonka hoito toteutettiin siellä.

Taloudelliset edellytykset vaikuttivat mahdollisuuteen hankkia arkea tukevia palveluja. Kotihoidon työntekijöiden vastauksissa ei tullut lainkaan esille köyhyys tai rahavarojen vähyys. Haastateltavat taas toivat lähes poikkeuksetta esille taloudelliset ongelmat. Yksi haastateltava ei ollut koskaan elämässään hoitanut raha-asioita. Taloudellista apua oli jouduttu etsimään toimeentulotuesta sekä omaisilta. Yksi oli menettänyt täysin kiinnostuksen saada raha-asiat hallintaan. Hän kuvasi laaja-alaisesti erilaisia hankinoja ja kertoo, ettei niihin ole rahaa. Silti hän oli ne hankkinut. Tepponen (2003) tuo väitöstutkimuksessa esille sen, että palvelujen tarve olisi suurempi kuin mihin taloudellisesti on varaa. Samoin siinä on havainto siitä, että on keskitetty vain palvelujen tuottamiseen. (Tepponen, 2003 101-102.) Virkin ja kumppaneiden tutkimuksessa tuli myös esille, ettei kaikilla palveluiden käyttäjille ole taloudellisia tai sosiaalisia resursseja saada tarvitsemiaan palveluja. Tukipalvelujen yksityistäminen saattaa estää palvelujen tasa-arvoisen saatavuuden. (Virkki ym. 2011, 52.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa raha-asioita oli käsitelty sitä kautta, kuka ne hoitaa. Mitään näkökulmaa siihen, minkälainen taloustilanne oli ja mitä tarvittavista palveluista voi hankkia ei sopimuksessa ole. Siitä myös puuttuu asiakkaan

ääni siitä, kuinka palvelut hänen näkökulmastaan tulisi toteuttaa. Asiat mitä siihen tulee voisi periaatteessa saada asiakkaan asiakirjoista sekä havainnoimalla hänen asumistaan.

Raha-asiat haastateltavasta itse hoitaa vain kaksi. Virallista edunvalvontaa ei ollut kenelläkään. Kaikilla kolmella, jolla oli biologisia lapsia, raha-asiat hoiti joku lapsista. A6: *"Pienehän mull on eläke kuiteskin että. Poika hoitaa mun raha-asiat mä en oo niiku holhouksen alla, mutta mää on anatunu hälle valtuuet"*. Yhdellä ne hoiti ystävä. Itse hoitavista toinen vei itse laskut pankkiin. Toinen taas asui kauempana pankista ja hän kertoi toimivansa postin avustuksella. A4: *"Mä laitan ne (laskut) postiin. Mulla on semmonen merkki, joka laitetaan siihen laatikon yläpuolelle."* Käteisen rahan tämäkin haastateltava haki pankista.

Taloudellisesta tilanteestaan tietoisista haastateltavista yksi kertoi eläkkeen riittävän. Hänellä olikin eniten kotihoidon palveluja. Vain tämä asiakas koki taloudellisen tilanteensa hyväksi. Tosin hänen kohdallaan jäi epäselväksi, kuinka hyvin hän tunnisti talousasiat. Haastattelussa markat olivat käytössä. Vastauksissa tuli esille se tosiasia, että pelkällä peruseläkkeellä olevalle yksityiset palvelu on kalliimpaa kuin henkilöllä, jolla on verotettavaa tuloa. Tämä selittyy kotitalousvähennyksellä.

Yksi haastateltava kertoi myös joutuneensa rahapyyntöjen kohteeksi. Hän kuvasi haastattelussa useaa tilannetta, jossa oli pyydetty rahaa. Pyyntöt olivat voineet olla suuriakin. Haastateltava kertoi siitä kuinka hankalaa oli torjua näitä pyyntöjä. Pyyntöjä oli tullut lähinnä kaukaisilta sukulaisilta. Hän myös kertoi paikkakunnalla liikkuneiden vanhuksilta rahaa varastaneiden vierailleen hänen luonaan.

Toimintakyky vaikuttaa arjessa selviämiseen ja kotihoidon palvelujen tarpeeseen. Toimintakykyä alentavat useat sairaudet kuten tuki ja liikuntaelinsairaudet. Ne tulivat esille jokaisen vastaajan haastatteluissa. Toimintakykyä kuvattiin hyvin erilaisilla mittareilla. Kokemus siitä, mikä kenellekin oli riittävä arjesta selviytymiseen, oli hyvin henkilökohtainen kokemus. Toimintakyvynarvio vaikutti positiiviselta ja voimavarojen vähentyessä toiminnat sopeutettiin alentuneeseen toimintakykyyn.

Jokaisella haastateltavalla oli paljon sairauksia. Kotihoidon työntekijät toivat vastauksissaan esille huonossa hoitotasapainossa olevan diabeteksen. Haastateluissa diabetes tuli esille kolmen vastaajan kohdalla. Heillä kaikilla se oli huonossa hoitotasapainossa. A3: "*Että se (verensokeri) heittelee kovasti sitten, kun mulla on noita tajuttomuus kohatuksia ollu*" Yhdellä haastateltalla tämä oli johtanut syömisen säännöstelyyn. A1: "*En minä ruppee pullaa leipomaan, kun en minä sitä syökkään.*"

Erityisen suuria haasteita on päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoidossa. Ongelmiin puututaan myöhäisessä vaiheessa ja silloinkin keinoja on vähän. Palvelujärjestelmän ongelmakohtia ovat osaamisen ja ajan puute avohuolessa. Tietosuoja haittaa tehokasta tiedonvaihtoa erityisosaamisen yksiköiden ja kotihoidon välillä. (Virkki ym. 2011, 134.)

Kotihoidon työntekijät kokivat haastaviksi erilaiset psyykkiset sairaudet. Vain yksi vastaaja toi nämä sanallisessa muodossa esille ja hänkin kertoi sairastuneensa kiltteyteen. A3: "*Minähän oon sairastanu niin sanotusti kiltteydestä*" (Itkua). Päihdeongelmastaan kertoi hyvin avoimesti toinen asiakas. Hän kertoi alkoholinkäytön olleen aiemmin lähes päivittäistä. Nykyisyydessä se oli aiheuttanut ainakin riitautumisen naapurin kanssa. "*Se naapurin täti sano mua, että mä olin humalaassa silloin*".

Asiasta on tehty myös runsaasti tutkimuksia. Eloranta (2009) tutkiessaan kotihoidon palvelujen käyttäjiä sai tuloksen, että henkilöstö tunnistaa enemmän yksinäisyyttä ja masennusta palveluiden käyttäjien keskuudessa kuin he itse. Samassa tutkimuksessa nousi kuitenkin esille, että ammattilaisilla on ongelmia tunnistaa asiakkaiden madaltanut psyykinen hyvinvointi ja yksinäisyys. (Eloranta 2009, 49.) Markle-Reid, McAiney, Forbes, Thabane, Gibson, Hoch, Browne, Peirce & Busing (2011, 2), ovat todenneet että masennus lisää kotipalvelun käyttöä ikääntyvillä jopa 26-44%.

Elämänmuutokset ja erilaiset menetykset vanhentuessa ovat väistämättömiä. Lisänä ovat vielä erilaiset sairaudet ja toimintakyvyn aleneminen. Nämä voivat johtaa ahdistukseen josta seuraa syvenevä masennuskierre. Masennus on hyvin alidiagnosoitu sairaus, koska huomio on kiinnittynyt fyysisiin ongelmiin. Mie-

lenterveyden ongelmat voidaan ajatella osaksi vanhuuden muutoksia. (Suni 2010, 90-91.)

Yhden asiakkaan elämässä ei ollut enää mitään muuta kuin kuoleman odottaminen. Hän oli laittanut kaiken valmiiksi kuolemaansa varten. Hautajaisensa hän oli suunnitellut valmiiksi ja asiat hän oli sopinut paikallisen hautausseuran kanssa. Hän kertoi sopineensa maksun kuolemansa jälkeisestä asunnonmyynnistä. Hän pohti käyntini aikana, mihin hänen kuolemansa jälkeen laitetaan. Suhtautuminen kaikkeen oli hyvin negatiivista.

Muita sairauksia ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, lähinnä erilaiset kulumat ja lonkkamurtumat. A2: *"Minä oon vaivanen, tämä (jalka) on kaks kertaa katkennu"* . Nämä sairaudet vaikeuttivat liikkumista. Yksi kertoi parkinsonismistaan, joka aiheutti hänelle tasapaino-ongelmia ja kaatumista. Esille tulivat myös sydän- ja verisuonisairaudet, haiman ja maksan vajaatoiminta sekä syöpä. Kotihoidon mainitseman dementian toi esille yksi vastaaja. Hän kertoi tutkimuksista, jotka hänelle oli tehty dementiaepäilyn vuoksi. Itse hän oli näistä tutkimuksista sitä mieltä, että ne olivat aiheettomat eikä dementiaa oltu hänelle diagnosoitu.

Apuvälineistä kolme haastateltavaa kertoi kokemuksiaan. Kahdelle haastateltavalle rollaattorin käyttöönotto oli ollut hankalaa. Oli ollut vaikeaa myöntää oma huonokuntoisuus ja rollaattorin tarvetta. Yksi haastateltava kertoi ongelmista, mitkä hänelle ovat syntyneet apuvälineiden käytössä. Hänellä oli sekä pyörätuoli että rollaattori, mutta kumpikin tekee omatoimisen ulkoilun mahdottomaksi.

A2: Minä en pääse tosta rappusia menemään rollaattorin kanssa tai tuon pyörätuolin kanssa en pääse ulos

A5: Niin tuota niin minun oli vaikee olla, niin minun oli vaikee ottaa sitä rollaattoria mun jalka oli semmonen, sillä oli hirveen paha kävellä ja mää jouvuin kävelemään

A6: ja tuo tuli avuksi (näyttää rollaattoria). Vähän päälle viiskymppinen..... mä en voinu sitä hyväksyä, ett mää en voi kävellä kunnolla

Haastateltavat kuvasivat toimintakykyään arjenasioista selviämisenä. Toimintakykyä arvioitiin pääsääntöisesti sen kautta, mitä vielä tehtiin itse. Vanhin haastateltava toi asiat esille toimintakyvyn kokemuksen osalta myös kyvyttömyyden kautta. Muut kertoivat keinoista, millä asiat hoidettiin. Maatalouden taustan omaavat haastateltavat olivat fyysisesti hyvässä toimintakyvyssä. Heille kävely ei tuottanut niin suuria ongelmia kuin muille haastateltaville.

RAVA- mittareilla mitattuna haastateltavien toimintakyky oli varsin korkea. Puolella arvio sijoittui ensimmäiseen luokkaan eli 1,29-1,49. Näiden henkilöiden avuntarve olisi ollut indeksin mukaan satunnainen. Kaikki olivat kuitenkin kotipalvelun säännöllisen avunpiirissä. Lisäksi kotisairaanhoidon käyttöä yhtä lukuun ottamatta. Kaksi sijoittui välille 1,50-1,99 eli RAVA -luokkaan kaksi. He olivat niitä, jotka kuuluisivat nykyisenlaisen kotihoidon piiriin. Vain yksi sijoittui kolmanteen RAVA- luokkaan, jolloin RAVA -indeksi on 2,00- 2,49. Tämä tarkoittaa sitä, että hänen tulisi saada tuetumpaa palvelua kuin nykyinen kotihoidon pystyy antamaan. Hänellä oli kuitenkin haastatelluista vähäisimmät palvelut.

Kotihoidon heille arvioimat RAVA- tulokset tukivat pääsääntöisesti haastateltavien käsitystä toimintakyvystä. RAVA- tulokset olivat yhteneväiset haastateltavien omiin kokemuksiin yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Tämän haastateltavan osalta RAVA- tulos oli täysin erilainen kuin hänen oma kokemuksensa kyvyistään ja voimavaroistaan. Hän koki olevansa hyvässä kunnossa ja tietävänsä asiat. Hän ajattelee, että kotihoidon omahoitaja oli hänen kohdallaan turha. RAVA- indeksin mukaan hänen paikkansa olisi ollut kuitenkin tuetussa asumusmuodossa, palvelutalotyyppisessä. Tosin hän oli myös ainoa haastateltavista, joka hyödynsi mahdollisuutta intervallihoitoon. Tämän hän kuitenkin teki enemmän siitä syystä, että katsoi sen olevan hänen oikeutensa, kuin kotona pärjäämättömyyden vuoksi.

RAVA- indeksi koostuu 12 eri osa-alueesta, josta psyyke on vain yksi osa. Kotihoidon haasteelliseksi kokemien asiakkaiden osalta asiakkaiden oma-arvio toimintakyvystä oli yhtä poikkeusta lukuun ottamatta hyvin samankaltainen kuin kotihoidonkin. RAVA- arvot olivat matalia. Kuitenkin verrattaessa näitä arvoja palvelujentarpeisiin tuli esille ristiriita. Osalla haastateltavissa oli niin hyvä RAVA- tulos, ettei heidän olisi tullut olla kotihoidon säännöllisten palvelujen piirissä. Tätä taustaa vasten voidaan todeta, että fyysisen toimintakyvyn ollessa hyvän ja toimintakyvyn vajeiden ollessa psyykkisellä, sosiaalisella tai kognitiivisilla osa-alueilla RAVA- indeksi ei välttämättä kuvaa hoidontarvetta riittävästi.

6.3 Kotihoidon palvelut

Hoito- ja palvelusuunnitelmat on kirjallinen työväline, joka laaditaan aina yhdessä asiakkaan ja mahdollisten omaisten kanssa. Sinä tulevat esille vastuu ja riippuvuussuhteet sekä ammatillisten ja eiammattilaisten verkostojen tehtävänjako. Tarkoituksena on tuoda esille kiinteä palvelukokonaisuus. Kotihoidon yhtenäisessä organisaatiossa on käytössä yhtenäiset tietokoneohjelmat, jolloin tiedon ajassa pito on helpompaa. (Tepponen 2003, 101.)

THL:n Keski-Suomessa toteuttamassa sosiaalipalveluiden seuranta- ja arviointitutkimuksessa Paras-hankkeen vaikutuksista kyseenalaistetaan asiantuntijoiden tulkintojen yleispätevyyttä vanhusväestön palvelutarpeista ihmisten erilaisissa elinympäristöissä ja yleistettävyyttä koskemaan ne kaikkia vanhuksia, asuinalueesta ja elämäntilanteesta riippumatta. Tutkimuksessa todetaan palvelutarpeen määrittelyn käytäntöjen muuttuneen palveluntarvitsijan kannalta hitaiksi, joustamattomiksi ja byrokraattisiksi. Lisäksi asiakkaan kuulemisessa on puutteita. (Virkki ym. 2011, 49.)

Tepposen (2009.) laatiman hyvän kotihoidon kriteeristön mukaan hyvä kotihoito tukee kotona selviytymistä tukemalla ihmisen omia voimavaroja. Sen avulla tuetaan niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista toimintakykyä. Palvelujen tulisi lähteä asiakkaan tarpeista ja muodostaa selkeitä kokonaisuuksia. Tärkeä osa palveluita on niiden koordinointi. (Tepponen 2009, 166.)

Kotihoidon palvelujen muuttuessa säännöllisiksi on niistä laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma. Se on asiakirja, minkä pohjalta kotihoidon käynnit toteutetaan. Siinä määritellään palvelujen sisällöt, sekä niihin käytetty aika. Aika määritetään seuraamalla käynneillä kulunutta aikaa. Tukipalvelut ja niiden tuottajat kirjataan myös siihen. Lisäksi siihen tulevat myös käytössä olevat apuvälineet ja raha-asioiden hoito.

Haasteltavista asiakkaista ne, jotka kertoivat hoito- ja palvelusuunnitelmasta mainitsivat siitä sopimuksena, mikä tehtiin kotihoidon palvelujen alkaessa. (A2 ja A5). Toinen heistä kuvasi itse hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa A5: " *Se tuli sillon eka kerran kuulustelemaan mua ja sitten se niin siitä se alko se kotihoito alko siitä sitten semmosesta.*"

Tarkasteltaessa haastateltavien hoito- ja palvelusuunnitelmia ne oli pääsääntöisesti päivitetty ajantasaiseksi. Tosin kahden kohdalla päivityksen tekoon olisi ollut tarvetta. Toisella heistä viimeisin hoito- ja palvelusuunnitelma oli kahden vuoden takaa. Kaikkien kohdalla hoito- ja palvelusuunnitelma oli laadittu lain hengen mukaisesti, jos lähtökohtana pidetään asiakkaan mukanaoloa sen laadinnassa. (Laki sosiaalihuollon asiakaan asemasta 812/2000, laki potilaan asemasta ja oikeudesta ja oikeuksista 785/1992). Kuitenkin Hammar (2008, 25) on todennut useaan tutkimukseen pohjautuen, että käytännössä asiakas on muodollisesti päättämässä asioistaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelmien mukaan kotihoidon käyntejä haastateltavilla oli vaihteleva määrä. Vähiten käyntejä saavalla kotipalvelun käyntejä oli viisi viikossa ja tämän lisäksi kotisairaanhoidon kerran neljässä viikossa. Tämän haastateltavan viikonlopuista huolehtivat omaiset. Eniten palveluita saavalla käyntejä oli 14 viikossa, eli kaksi kertaa päivässä. Hänen käyntinsä aika oli 20 minuuttia kerralla. Myös kotisairaanhoidon oli mukana hänen kotihoidossaan. Muiden haastateltavien käyntien mitta on 10 minuuttia. He saavat apua päivittäin.

Tukipalvelut ovat osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Kotihoidon tukipalveluilta pyritään turvaamaan kotona asumista. Tukipalveluita ovat ateriapalvelu, pyykkipalvelu, saunotuspalvelu, pyykkipalvelut, siivouspalvelut, turvapalvelut, kauppapalvelut sekä päiväkeskustoiminta siihen liittyvine kuljetuspalveluineen. Haastettuluissa näistä palveluista tuli esille ateriapalvelu, turvapalveluista turvapuhelein, saunotuspalvelut, kauppapalvelut, siivouspalvelut sekä päiväkeskustoiminta. Kahdella haastateltavalla oli käytössään ateriapalvelu. Tämän lisäksi yksi haastateltava kertoi sen aiemmin olleen käytössä.

Kauppapalvelu on yksi kotihoidon tukipalveluista. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että kotihoidon työntekijät tuovat kaupasta asiakkaan toivomat tavarat. Asiakkaalla on kaupassa tili, mihin ostokset laskutetaan. Kotihoidon työntekijöillä ei ole oikeutta eikä mahdollisuutta ottaa asiakasta mukaan ostoksille. Näistä asiakkaista kahdella oli kauppapalvelut kotihoidon tukipalveluna. Kauppapalvelu on mahdollisuus toteuttaa itsenäisenä palveluna, silloin kun henkilö ei ole muutoin kotihoidon asiakas. Tällöin siitä menee erillinen maksu.

Pesupalvelut on tukipalvelu, joka voidaan toteuttaa kotona, jos siihen on toimivat tilat. Näiden tilojen puuttuessa pesupalvelu voidaan toteuttaa myös päiväkeskuksessa. Pesupalveluihin liittyy paljon tuntemuksia. Siinä mennään ihmisen kaiken arimmille alueille, koska siinä ollaan alasti hoitajan edessä. Sitoutuminen pesupalveluihin olikin huonoa. Tämä tuli esille kummakin pesupalveluja saavan asiakkaan haastattelussa. Mieluummin otettiin oma poika vahtimaan pesulla käyntiä, kuin naispuolisen kotihoidon työntekijän. Haastateltavat, joilla pesupalvelu oli, olivat nuorimpia haasteltavia.

A3: ja sitten se, että käyvät selän pesemässä kerran viikossa saunassa. On, kyllä mä ainakin illalla itestään kävin saunassa. Mä sanoin vaan hoitajalle, kun se illalla kävi, että mulla on sauna lämpiämässä. Mä meinaan lähteä saunaan

A6: Yks semmonne juttu, että mulla oli vähä semmosia tasapainohäiriöitä. Niin tota mut on muutaman kerran pesty, mutta se oli nöyryyttävää. Ei, ei, mä en oo viittyny sanoo tytöille, mut siin on jotakin. Mä aattelen, että mä pesen itteni sunnuntaina ja poika tulee sitten vahtimaan.

Siivous- ja pyykkipalvelut ovat tukipalveluista sellaisia, joita kotipalvelu ei toteuta, vaan ne on hankittava yksityisiltä palvelujentuottajilta. Yksityiseltä hankittuja siivouspalveluja oli haastateltavista käytössä neljällä. Yhden kohdalla tarvetta olisi ollut, mutta hän totesi, ettei taloudellisten syiden vuoksi voi sitä vastaanottaa. Palvelujen käyttäjienkin taholta tuli esille siivouksen kalleus. Pyykkipalvelu toteutetaan toimittamalla pyykit pesulaan. Haastateltavista se oli käytössä yhdellä vastaajalla.

Turvapalveluista turvapuhelin oli kolmella haastateltavalla käytössä. Turvapuhelimessa huomio kiintyi siihen, kuinka haasteltavat käyttivät sitä. Yksi haasteltava käytti sitä heti, kun vähänkin tuntui siltä, että jotakin tarvittaisiin. Yksi haasteleva kertoi, kuinka hän on järjestänyt naapurilta avunsaannin. Turvapuhelinta hän ei ollut käyttänyt, vaikka todellista tarvetta olisi ollut usean kerran. Sitä ei myöskään osattu hyödyntää silloin, kun asiattomia vierailijoita tuli käymään. Kuitenkin haasteltava vakuutti käyttävänsä sitä, kun tulee hätä. Yksi haasteltava kertoi kerran painaneensa sitä vahingossa. Turvapuhelimen oikean käytön opastuksella kotihoidolla on iso merkitys. Toisaalta rajojen vetämisellä siihen milloin sitä on tarkoituksenmukaista käyttää ja toisaalta rohkaisemisella sen käyttöön silloin, kun todellista tarvetta on.

Päiväkeskus on yksi kotihoidon tukipalveluista. Päiväkeskustoiminnalla on tarkoitus tukea kotona selviämistä. Sillä pyritään tuomaan päiviin sisältöä ja luomaan lisää verkostoja. Siellä järjestetään erilaista ohjelmaa ja siellä on myös ruokailu- sekä saunomismahdollisuus. Yhä lisääntyvässä määrin päiväkeskuksen osana on kuntosalitoiminta. Päiväkeskukseen on järjestetty kuljetus, joka maksaa erikseen.

Kaksi haastateltavista käytti mahdollisuutta käydä päiväkeskuksessa. He kumpikin olivat mukana kuntosaliryhmässä. Toinen ei nähnyt sen merkitystä kovin hyvin, vaan ajatteli arkiliikunnan korvaavan ohjatun lihaskuntoharjoittelun. Kuitenkin hän halusi jatkaa kesätauon jälkeen päiväkeskuksessa. Toiselle toiminnasta oli muodostunut tärkeä osa kotona selviytymistä. Hän myös ymmärsi lihashuollon tärkeyden. A6: *"Tota ny ol semmonen tilanne, että viime syksystä lähtien mä oon kulkenu Kuhnamon päiväkeskuksessa kuntosalilla ja syön siellä samalla sitten lounasta."*

Kotona asumista voidaan tukea intervallijaksoilla Kuntolassa. Tämä on lyhytaikashoidon paikka, jossa voidaan olla silloin kun tarvitaan tilapäisesti kotihoitoa tukevaa hoitoa. Sitä voidaan käyttää myös sairaalahoidon jatkona ennen kotiutusta. Yksi haastateltava on ollut sairaalahoidon jälkeen jatkohoitopaikalla siellä. Yksi käytti intervalli mahdollisuutta. Yhdellä oli ehdottoman kielteinen kanta Kuntolan käyttöön.

Kotihoidon asiakkaaksi tulon kokemukset olivat hyvin erilaisia. Osa koki hyvin helpottavana, että oli saanut palvelut itselleen. Yksi kertoi vaatineensa nämä palvelut itselleen. Palvelujen piiriin tulo oli kolmelle haasteltavalle ollut vaikeaa, koska oli tunnustettava itselle olevansa huonossa kunnossa. Alle 65 -vuotiaille palvelujen piiriin joutuminen oli ollut erityisen vaikeaa. Yksi vastaajista koki palvelut tietynlaisena pakkona, jostain määrättyinä. Yksi haastateltava piti asiaa luonnollisena. Palvelut olivat olleet ensin käytössä puolisoilla ja myöhemmin hän itse oli tullut palvelujen piiriin. A1: *"No, ei en minä tiä, en minä muista sen kummemmin miltä se tuntu, ei siinä mitään ihmettä, niin".*

Yksi haastateltava oli saanut apua epäviralliselta hoitajalta ennen kunnallisen kotihoidonpalvelujen piiriin tuloa. Hän oli hyvin tyytyväinen, kun sai viralliset palvelut käyttöönsä. Palveluiden piirissä oli kolmas vuosi menossa. Palvelut alkoi-

vat sairaalajakson päätteeksi. Aiemmin palvelut olivat tulleet kalliiksi. Palveluita oli silloin huomattavan paljon vähemmän kuin nyt, mutta silti ne olivat maksaneet paljon enemmän. Palvelujen piiriin pääseminen oli todella hyvä asia. Seuraavassa asiakkaiden erilaisia kokemuksia:

A2: Xxxxxx (Kotihoidon aluepäällikkö) sitä sano, että nyt on päätetty, että hyö on Xxxxx (haastateltavan) hoitajia. Se oli ihan hirveän hyvä asia, joo.

H: Niin miltäs tuntu, kun sää joudut ottaa kodinhoitajan?

A3: Kyllä se kuule tuntu, ja tuntuu vieläkin pahalta. Että, kun aattelee sillä tavalla, että mä vielä viime vuooren puolella helmikuun 12 päivä äijin asiat viimeks hoijin.

Yksi kertoo kotihoidon alkaneen hänen omasta aloitteestaan. Hän sanoi soittaneensa kotiutushoitajalle, joka oli tullut haastattelemaan. Soitti, kun näki lehdessä ilmoituksen ehkäisevistä kotikäynneistä, jotka suunnattu sinä vuonna 75-vuotta täyttäneille. Hän ei itse kuulunut tuohon ikäryhmään. Hän kertoi vaatineensa palvelun itselleen, koska oli päättänyt saavansa palvelun itselleen. Asiakas kokee, että palvelujen saannin kriteerinenä oli ollut ikä.

Kotihoidon asiakkaaksi tulon hän koki vaikeaksi. Hän vertasi, että rollaattorin saanti oli aikanaan yhtä kova paikka kuin se, että joutui myöntämään tarvitsewansa kotihoidon palveluja. Avun vastaanottaminen oli aluksi vaikeaa. Kuvaa itseään minä itse ihmiseksi. Olen sellainen, joka kärkee muita ihmisiä. Kova tarve selvitä edelleen itsenäisesti.

A5: Mää en olis huolinu mitään tommosia, niiku sanotaan noita esimerkiksi noita rolaattoria. No ei se tota oikeastaan se ol tota semmonen juttu, juttu ku mää oon semmosnen minä ite oollu aina. Se tuli sillon eka-kerran kuulustelemaan mua ja sitten se. niin siitä se alko se omahoitaja alko sitten, taikka se kotihoito alko siitä sitten semmosesta.

Myös H6 kuvasi kotihoidon asiakkaaksi tuloa. Oli kova paikka joutua kotihoidon palvelujen piiriin. Joutui myöntämään itselle, että on huonossa kunnossa. Se oli hyvin vaikeata. H6 *"Täytyy myöntää, että alussa oli ihan ännkänä. Täytyi myöntää että mää oon huonossa kunnossa. Se oli hirveen vaikee pala."*

Tepposen (2009, 166) laatimat hyvän kotihoidonkriteerit määrittävät kotihoidon ikäihmisen kannalta asiakas- ja tarvelähtöiseksi. Sen avulla kotona asuminen onnistuu mahdollisimman pitkään. Palveluja on riittävästi ja ne tukevat palvelujen käyttäjän itsemääräämisoikeutta, itsenäisyyttä ja osallisuutta mahdollistamalla osallistuminen. Palvelun tulee olla voimavaroalähtöistä ja toimintakykyä

ylläpitävää. Palvelujen käyttäjien kokemus elämänlaadusta on hyvä ja he ovat tyytyväisiä elämäänsä. Terveystila koetaan hyväksi.

Haasteltavat kuvasivat kotihoidonpalvelua omalta näkökulmastaan. Asiat tulivat esille näiden asiakkaiden lähtökohdista käsin. Kotihoidon palveluja pidettiin ratkaisevana tekijänä kotona selviämässä. Yhdeksi kotihoidon merkitykseksi koetaan turvallisuudentunne, minkä käynnit tuovat. H2: "*Päivällä käyvät kahtomassa, että kaikki on hyvin, niin se riittää.*" Sairauksienhoito voi vaatia apua, vaikka muutoin kotitöistä vielä itse kokisikin selviävänsä. A3: "*Kyllä mää teen kaikki muut ite, mitä kotipalvelu mulla käy, että ne pistää iltasin tänne oikeaan pakaraan.*" Kotihoidon palveluja pidettiin tarpeellisena, koska oli hankala päästä apteekkiin hakemaan lääkkeitä ja terveyskeskukseen verikokeeseen. Tällöin kotihoito korvasi puuttuvia kulkuyhteyksiä.

Kiire tulee esille etenkin kuntaliitoskuntien taajamissa, jossa käynnit ovat lyhyitä ja palvelijasisältöjä on karsittu. Työntekijöiden työtahdin kiristymisen seurauksena asiakkaalle käytettävissä oleva aika on vähentynyt. Palvelutarpeisiin ei pystytä vastaamaan. (Virkki ym. 2011, 57, 77.) Niemelä (2006 153-154) väitöskirjansa tuloksena todetaan, että pitkälle rationalisoitu kotihoito on herkkä häiriöille. Pienikin ylimääräinen asioidenhoito tai yllättävä tilanne saa koko vuoron sekaisin.

Psykososiaalinen tuki ja riittävyys koettiin kaikkein huonommin toteutuvaksi osa-alueeksi kotihoidossa. Tämä kokemus oli yhteinen niin asiakkaiden, työntekijöiden kuin omaisten näkökulmasta. Riittämättömyyttä oli vanhusten keskusteluissa ja seurustelussa saama apu. Sama vaje tulee ilmi kotihoidon työntekijöiden kiireisyytenä ja vanhukselle annetun ajan riittämättömyytenä. (Tepponen 2009, 173-174.) Haastattelussa tuli esille negatiivista palautetta järjestelmää kohtaan. Asiakkaat toivat esille työntekijöiden kiireen ja tästä johtuvia ongelmia.

A2: niillä on niitä kierroksia niin paljon niillä. Varsinkin aamulla ei oo puhuttakkaa, että hyvä, kun kerkiää sen puuron, ei sekään kerkiä aina olla kypsä, kun pitää juosta jo pois muualle, kun niillä on niin kiire, kun niillä on niin paljon niitä käytäviä paikkoja. Ei ne kerkiä puuroa kunnolla keittää. Joo ei kai se on kauan sanotaan het ettei meillä ole varaa lisätä työvoimaa, kun vähennetään ne pyhäks pois.

A3: no, eihän siinä muuta, mutta kun niillä tahtoo välillä olla kiirettä, niinku tässäkin kun ol, kun ol porukkaa lomilla ja niinku viis pit olla ja kaks ol sairaslomalle jääny, ettei ollu ku kolme töissä. Että ottaisivat, hommaisi-

vat tarpeeksi niin semmosta työvoimaa sitten, mitä ois sitten varalla. Ettei se olis niitten työntekijöiden selkänahasta pois.

Negatiivista palautteita muutoin kuin kiireestä tuli huomattavasti vähemmän kuin positiivista. Yksi haasteltava koki loukkaavaksi, kun kotihoito oli hänen mielestään aiheettomasti hankkinut hänet muistitestiin, jonka seurauksena hän oli joutunut tarkempiin tutkimuksiin. Toinen vastaaja ihmetteli sitä, miksi tukisukkien laittaja ei voisi ottaa verikoetta samalla käynnillä. Tämä asiakas oli ainoa haastateltava, joka ei ollut kotisairaanhoidon asiakas. Yksi asiakas kokee kotihoidon palvelut tietynlaisena pakkona.

Tepponen (2003, 32.) on tuonut esille kiireen lisäksi tutkimuksessaan kriittisen suhtautumisen työntekijöiden vaihtuvuuteen. Tepponen (2009, 154.) on väitöstudiossa saanut tuloksen, että 30 % palvelujen käyttäjistä ajattelee hoitajien vaihtuvan liian usein. Hänen tutkimuksensa oli tehty strukturoiduin kysymyksin, jossa yhtenä kysymyksenä oli kokemus vaihtumisesta. Omissa haasteluissani vain yksi haastateltava toi esille työntekijöiden jatkuvan vaihtumisen.

A2: No ne tulee siinä puol kaheksan maissa tulee semmonen immeinen melkein aina toinen, ainahan ne vaihtuu. Toisinaan aamulla joku ja taas illalla joku toinen ja ne vaihtuu ihan yhtenäni niitä on niin ettei kerkiä muistaa nimiäkään kaikkien.

Tepposen (2003, 97.) väitöstudiossa on todettu, että haastateltavat asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä lähihoitajien tapaan työskennellä. Sitä pidettiin parempana kuin sairaanhoitajien tai perushoitajien. Omissa haastatteluissani tätä eroa ei tullut esille. Ainoa negatiivinen maininta kotisairaanhoidajasta oli yhden haastateltavan kokemus hänen mielestään aiheettomiin muistitutkimuksiin hankkimisesta. Muissa haastatteluissa pääsääntöisesti samana pysyvä kotisairaanhoidaja oli mieleinen vieras. Koulutustaustaa tärkeämmäksi tekijäksi nousi työntekijän persoona.

Kotihoidon palveluja arvioitaessa usean vastaajan taholta korostettiin työntekijöiden laadun olevan hyvä. Yhtään mainintaan koko haastatteluaineistossa ei löytynyt siitä, että työntekijöiden työ olisi koettu huonoksi. Huomioitavaa on se, että haastateltava, joka koki koko elämänsä ja olonsa varsin huonoksi oli hyvin tyytyväinen kotihoidon työntekijöihin. A2: "*Niin, kyllä ne tekee tarkan työn*".

Kotihoidon tehtäväksi kaksi vastaajaa nimeksi tarkastuksen, että oli elossa. Huoli siitä, että jää kotiin pitkäksi aikaa kuolleena tuli esille kahdessa haastatte-

lussa. Kotihoidon tehtävänä on varmistaa, ettei jää kotiin kuolleena virumaan. H3: *"Aamullakin, kun ne tulee kahtomaan, että mää on hengissä oon täällä"* Kotihoidon tehtäväksi nimettiin lähinnä lääkkeisiin ja sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin kuuluvia tehtäviä kuten lääkkeen tuontia ja jakoa. A:4: *"Tuohan se aina lääkkeet"* Verenpaineen mittaus ja insuliinin pisto mainittiin myös. A3 *"Katsovat että otan piikin, mittaavat verenpaineen ja sitten ne jo lähtevät."*

Kotihoidossa on käytössä omahoitaja- järjestelmä. Äänekoskella se tarkoittaa sitä, että kotipalvelussa on kullekin kotihoidon asiakkaalle nimetty tietty hoitaja, joka vastaa eniten asiakkaan asioista. Kotisairaanhoidossa tämä on ollut vakiintunut käytäntö jo kauan. Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa on se käytännön ero, että kotisairaanhoito työskentelee virka-aikaan ja kotipalvelu kahdessa vuorossa viikon jokaisena päivänä. Vain kaksi haastateltavaa tiesi omahoitajansa. Heidän molempien kokemus oli positiivinen. Kahdessa haastattelussa omahoitajasta ei keskusteltu.

A2 Tää xxxx on semmonen, semmonen että se koittaa auttaa, vaikka se on nuor ihminen, niin se on parraasta päästä niistä hoitajista, joo. Sekään ei oo vakituinen, se on joku tuuraaaja, kun joku on jäänyt pois töistä.

H: Tiiätkös sää kuka sulla on omahoitajana tuolta kotihoidosta?

A3: Mikähän se xxxxx sukunimi on?

H Mites sää oot kokenu sen, että on omahoitaja olemassa.

A3: Kyllä se ihan hyvä on, että. Sehän ol sen verran tomera, että kun se tuli semmosen opiskelijapojan kanssa niinhän se sitten sano, se sitten kysy, että millonkas sä sitten meinaat muuttaa. Että ol tässä xxxx (omahoitaja) ja xxxx, se xxxxhoitaja oli auttamassa, laittamassa tauluja seinille ja peiliä tuonne ja koukuille sitten noita nauvoja tuonne, että sai roikkumaan.

Aina ei kuitenkaan ollut tietoa siitä, kuka omahoitaja oli. Kaksi haastateltavaa ei tiennyt omahoitajan olemassa olost. Heilläkin kuitenkin oli nimetty omahoitaja.

H: Mites tota tiedätkös sää kuka sun omahoitajas kotihoidoissa on, onko sulla omahoitajaa?

A5: No, se oli (ähkäsy) omahoitaja, sille mää aina soitin se ol se, se mmm xxxxxxx xxxxxx. (kotiutushoitaja). Must tuntuu, ettei mulla oo nyt sitä omahoitajaa, kun en mää sitä ku mää en sitä sen paremmin tartte sitä omahoitajaa.

H: Tiedäk sää onko sulla omahoitajaa?

A6: Ei

6.4 Puuttuvat palvelut

Yhdellä ei ollut toiveita palveluiden lisäämiseksi. Hän koki, että verkosto auttaa tarvittaessa. Hän kuitenkin kaipaisi sellaista henkilöä, joka tekisi pientä remonttia. Luottamus siihen, että saa apua naapurista oli suuri, vaikka ei ollut nähnyt vielä naapurin viiden kuukauden ikäistä vauvaa.

Puuttuvista palveluista kaivattiin halvempaa siivousta. Yksityisen sektorin palveluiden kalleus tuli esille. Esille tuli myös halu käydä itse hoitamassa kauppa- ja muita asioita Puuttuvan saattoavun tai kuljetuspalvelun vuoksi se ei ollut mahdollista. Kulkeminen vaikeus haittasi arkea matkasta riippumatta. Lyhytkin matka esti palveluihin pääsyn, jos voimavaroja tähän ei ollut. Myös ulkoilutus koettiin tarpeelliseksi, mutta määrällisesti riittämättömäksi palveluksi. Virkki ym. (2011, 134.) toteavat kotipalvelujen kykenevän nykyisellään vain heikosti vastaamaan yksinäisyyteen, turvattomuuteen ja ulkoilemisen tarpeeseen.

A2: Voi, voi miten siitä nauttii, kun näkköö ja pääsöö tohon ulko-ovellekin. Siinä on jo minun neilikkaruusut, jotka minä olin aikonaan istut-tanu. Niihen pitäs käyttää minnuu ulkona, mutta eihän ne taho keritä

A5: minä kaipaisin sillain, ett mää saisin tuon siivouksen halvemmalla.

Senioriliikenteen ongelmista kertoi sen ainoa käyttäjä. Sen avulla pääsi vain kerran viikossa hoitamaan asioita. Aikaan milloin paluumatka alkaa ei voi vaikuttaa, koska kysymyksessä on ryhmämatka. Tästä johtuen aina ei ehdi hoitamaan kaikkia asioita. Paluukyyti lähti tietystä paikasta ja ostokset oli jaksettava kantaa sinne itse. Epävirallisten kuljetusten saanti oli vaikeutunut, koska kyydit-sijät ovat kuolleet ja puolisoilla ei ole korttia. Haastateltava oli tietoinen sosiaali-huoltolain mukaisesta kuljetuksesta, mutta hänen kokemuksensa oli, että se hankala saada.

A4ja kerran kävi, että mää en kerinny kauppaan ollenkaan, kun mi-nä kävin Koskella. Mun piti käydä pankissa ja parturissa ja no sitten täyty ottaa semmonen yksityinen kyyti.

A4: ja miehet on kuollu. Miehet ennen ajo autoa eikä ne antanu akoille korttia.

A4: Sitä taksilappua on toiset koittanu, mutta ei ne oo sitä saanunna. (sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua)

Vain yksi vastaaja koki mielenterveyspalvelut puutteelliseksi. Hän kertoi mielen-terveyspoliklinikan työntekijänsä lopettaneen työskentelyn kyseisessä hoitopai-

kassa, eikä uutta työntekijää ollut lupauksista huolimatta tullut. Näin hoitosuhde oli katkennut täysin. Myöskään muuta korvaavaa palvelua ei ollut tilalle järjestynyt.

6.5 Käsitys parhaasta asumispaikasta tällä hetkellä ja tulevaisuudessa

Asiakkaiden suurimpia voimavaroja on halu pystyä asumaan omassa kodissaan itsenäisesti ja kyky vaikuttaa omaan elämäänsä (Eloranta 2009, 35). Oman opinnäytetyöni tulokset ovat yhteneväisiä Elorannan tutkimuksen tulosten kanssa halussa asua kotona. Parhaaksi paikaksi asua koettiin kaikkien haastateltavien taholta koti. Kukaan ei kokenut muunlaista asumismuotoa tässä elämänvaiheessa vaihtoehdoksi. Osa suhtautui myös myöhemmässä vaiheessa tapahtuvaan muuttoon kielteisesti. Yksi vastaaja ajatteli kotona asumisen riippuvan lapsista ja heidän luvastaan asua perikunnan omistaessa asunnossa. Hän ei ajatellut omalla selviytymisellään niinkään olevan merkitystä. A1: *"Kyllä ne lapset on luvannu, että saan asua tässä. Lapset, niin ne sano, että sinä saat asua joku, vanhin tyttö, niin se sano."*

Halu asua kotona voi olla niin voimakas, että asiakas ei edes halua miettiä muita vaihtoehtoja. Nykyinen asuinpaikka estää ulospääsyn omin avuin. A2 *"Hissi olis ollu hyvä, mutta kun ei sitä sillo aikanaan ymmärtänny, että sitä tämmöseks käy, että hissi ois tarpeen."* Fyysinen kunto on niin hyvä, että toisenlainen asunto mahdollistaisi ulospääsyn. Palveluasuntoon hän ei halua. Hän on aiemmin vierailut tuttavien luona läheisessä palvelutalossa. Tällöin syntynyt kokemus, että oma vapaus säilyy omassa asunnossa paremmin.

Asiakkaat myös ajattelivat, että nykyinen asunto on niin hyvä, että siinä voi asua tulevaisuudessakin. Näiden henkilöiden asunto on hyvin varusteltu inva-asunto, josta omatoiminen ulospääsy on mahdollinen. H3 *"Kun tähän muutettiin niin mä sanoin, että tässä on mulle asuntoa, ettei ihan het varmaan tarvii muuttaa."* Omista asioista päättämistä ja vapautta tehdä asioita kuten itse haluaa korostivat etenkin maaseudulla asuvat haastateltavat. A4: *"En minä sinne lähe mielelläni. Täällä on paljon vapaampi asua, kun kotonaan on. Niin kauan kun jalka nousoo"*.

Haasteltavista viisi mainitsi myös tulevaisuuden asumisesta. Yksi vastaaja oli valmis tarvittaessa muuttamaan tuetumpaan asumiseen. Hän oli itse hoivatyön

ammattilainen ja tunsivat hoidonpörrästyksen. Kaksi vastaajista suhtautui täysin kielteisesti tuetumpiin asumisvaihtoehtoihin muuttamiseen. A1: *"Minä en ainkaan lähtiskään mihinkään, vaikka te komentaisitte minut pois. Minä en lähe kaupunkiin asumaan."* Toisen kohdalla se johtui siitä, kun hänen toiveensa päästä vanhainkotiin oli evätty aiemmin. Tuolloin hänellä ei kuitenkaan ollut vielä edes kotihoidon tarvetta, joten kriteerit vanhainkotihoitoon eivät täytyneet. A2: *"Mä olin käynyt siellä, että siellä on mulla paras paikka. Niin sanottiin, ettei oo toivokaan päästä sinne"*. Kaksi vastaajaa piti mahdollisena, mutta ei toivottavana muualle muuttamista. A4: *"Kyllä sitä sitten on lähdettävä. Ei sitä tiiä vaikka ei tuukkaan"*. Kaksi haasteltavaa myös kertoi, että läheinen oli ollut hoidettavana laitoksessa. Kumpikin heistä suhtautui omaan asumiseen laitoksessa kielteisesti. Toinen piti sitä mahdollisena, mutta ei toivottavana ratkaisuna.

7 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET

Äänekoskella kotona yli 75- vuotiaista asuu hiukan vähemmän kuin Suomessa keskimäärin. Tämä merkitsee laitospainotteista palvelurakennetta. Kotihoidon palveluja heistä saa huomattavasti useampi kuin keskimäärin Suomessa. Tämän lisäksi omaishoidontukea Äänekoskella maksetaan keskimääräistä enemmän. Mitään yhtä selitystä tälle ei ole olemassa. Kotihoidon työtä mitataan Äänekoskella suoritteilla. Suorite on sama kuin käynti. Käyntiin kulutetulla ajalla ei ole merkitystä. Mitä enemmän lyhyitä käyntejä sitä tehokkaampaa kotihoidon työ on.

Tässä opinnäytetyössä selvittää, kuinka kotihoidon työntekijöiden haasteelliseksi kokemat laaja-alaisten palvelutarpeiden asiakkaat selviävät kotona nykyisenlaisilla kotihoitopalveluilla. Kuinka he selviävät arjessaan omien voimavarojensa ja kotihoidon avulla. Opinnäytetyössä tuon myös esille niitä palveluja, joita haastetutvat kaipaavat selviytymiseen. Lisäksi analysoin sitä, missä nämä asiakkaat haluaisivat asua.

Taustatiedoksi kartoitin keitä nämä haastateltavat asiakkaat ovat. He ovat kaikki olleet työelämässä. Omia lapsia heillä on vain puolella. He kaikki tuovat esille menneisyyden kuvauksessaan tapahtumia, jotka aiheuttavat tyytymättömyyttä jo varhain. Osalla tämä on alkanut jo lapsuudessa ja muillakin varhaisessa aikuisässä. Tyytymättömyys on jatkunut lähes kaikilla tähän päivään asti. Yksi kertoo muuttuneiden elinolosuhteiden helpottaneet elämää nyt vanhuudessa.

Haastateltavat ovat kaikki toimineet itse hoitajina. Neljä heistä on toiminut omaishoitajana. Yhdellä on taustallaan niin omaishoitajuuden kuin ammattilais-hoidon kokemus. Pelkkä ammattilaishoivan kokemus on yhdellä. Hänen kokemuksensa kotihoidon palveluista ja organisaatiosta on myönteisempi kuin heillä, joilla oli takanaan omahoitajuus.

Arjesta selviäminen

Verkostot olivat tiiveimmät heillä, joilla oli omia lapsia. Haastateltavista kaksi heistä, joilla on omia lapsia koki elämänsä hyväksi. Toisen kohdalla oli vahva luottamus siihen, että verkostosta löytyy apu, kun siihen on tarvetta. Toinen

heistä kuvasi pettymystä edelleen sairastumiseen nuorena. Lapset ja lastenlapset tekivät elämästä kuitenkin nykyisin hyvän. Yhden asiakkaan kohdalla tiivis verkosto ei kuitenkaan ollut pelkästään hyvä asia. Hän ajatteli lapsen rajoitettavan itsemääräämisoikeuttaan.

Opinnäytetyössä omaisverkostojen merkitys tuli esille. Verkostot auttoivat paljon arjesta selviytymiseen. Apua saatiin etenkin taloudellisten asioiden hoidossa, kulkemisessa ja siivouksessa. Lisäksi hoidollisissa toimenpiteissä kuten lääkkeiden jaossa oli mukana verkostoa. Yhden kohdalla viikonlopun käynnit omaiset hoitivat kokonaan. Verkostot vaikuttivat myös sosiaalisiin suhteisiin ja tätä kautta hyvinvointiin.

Omaisverkostot olivat osalla asiakkaista hyvin pienet. Ne olivat yksittäisiä, lähinnä sisarustenlasten tapaamisia. Epävirallisten verkostoiden merkitys korostui heillä, jopa siinä määrin, että yhden raha-asiat olivat ystävän hoidettavana. Näistä kolmesta asiakkaasta kaksi oli elämäänsä pettyneitä. Toinen heistä oli käytännössä pelkästään kotihoidon palvelujen varassa. Kaksi muuta suoritti vielä suurelta osin asioiden hoidon itse. Kerrostalossa asuvilla naapuristolla oli selviämässä iso merkitys. Yksi haastateltava kuvasi merkkijärjestelmää naapuruston välillä, jolla sai apua. Hän myös kertoi saavansa ruokaa naapurista. Toiselle kerrostaloasujalle taas naapuri toi kauppatavaroita. Maalla naapuristo koettiin turvanantajaksi.

Haastateltavista yksi oli asunut vanhempien kuolemasta asti yksin, eli reilun 40-vuotta. Verkostoja hänelläkin oli vähän, koska oli sisarussarjan nuorin. Jonkin verran sisarenlapset pitävät yhteyttä. Hänelle tämä yksinasuminen oli vuosien saatossa muodostunut enemmän elämäntavaksi kuin masennusta aiheuttavaksi tekijäksi. Hänellä oli myös mielekästä tekemistä omakotitalossa toimintakyvyn sallimissa rajoissa.

Kotihoidon tarpeeseen ja arjesta selviytymiseen vaikuttaa toimintakyky. Siihen vaikuttaa erilaiset sairaudet, joita oli kaikilla vastaajilla. Kotihoidon työntekijöiden haastaviksi kokemista sairauksista tulee esille vaikeahoitoinen diabetes kolmella haasteltavalla. Muistinongelmat yhdessä haastattelussa. Mielenterveysongelmia haastatteluissa tulee esille vain yhden vastaajan osalta. Päihdeongelman esille toi yksi vastaaja. Liikuntaelinsairauksia oli neljällä vastaajalla. Esille

tulivat myös erilaiset vaajatoiminnot ja sydän- ja verenkiertosairaudet. Yhdellä sairastuminen oli tapahtunut jo lapsena.

Fyysiseen toimintakykyyn näistä sairauksista eniten vaikutti liikkumisen ongelmat. Yhden kohdalla nämä ongelmat johtivat täydelliseen asunnosta ulospääsemättömyyteen ilman apua. Muilla nämä liikkumiskyvyn ongelmat vaikeuttivat suuresti asioiden hoitoa. Kotihoidon näkökulmasta fyysinen toimintakyky oli näillä asiakkailla kuitenkin varsin hyvä, vaikka liikkumista rajoittavia sairauksia onkin. He pystyivät itse hoitamaan syömisen, pukemisensa ja wc-käynnit, osa jopa asioinnin.

Psyykkisen toimintakyvyn rajoitukset tulivat esille kaikkien haastateltavien vastauksissa. Näiden haastateltavien elämänhallinnassa, mielenterveydessä ja vuorovaikutuksessa oli isoja niin tunnistettuja kuin tunnistamattomia vajauksia. Itsearvostuksessa, mielialassa ja omissa voimavaroissa oli vajausta joko yhdellä tai useammalla osa-alueella.

Sosiaalinen toimintakyky oli kahdella matalalla. Yhden kohdalla se tuli esille ristiriitoina sekä lapsiin, että naapuriin. Yksi haastateltava oli katkaissut välit sisarensa ja oli syvästi katkera äitiään kohtaan. Kognitiivinen toimintakyvyn mataluus tulee esille paitsi muistin ongelmina myös kykynä oppia uutta. Kenelläkään haastateltavista ei ollut tietokonetta eikä kykyä käyttää sitä. Nuorimmat haastateltavat ovat kuitenkin sen ikäisiä, että heidän ikäryhmässään tietokoneen käyttö on sangen yleistä. Yksi ei hallinnut edes puhelimen käyttöä.

Arvioitaessa kotihoidon palvelujen tarvetta toimintakyvyn mittarina käytetään RAVA- indeksiä. Haastattelujen pohjalta asiakkaiden oma toimintakyvynarvio on lähes yhteneväinen RAVA- indeksin kanssa. Asiakkaan arviot vastasivat, jopa enemmän RAVA- mittauksia, kuin verrattaessa palveluiden toteumista indeksiin. Yksi vastaaja sen sijaan arvio toimintakykynsä olevan erittäin hyvä, vaikka RAVA- indeksi kertoi hänen olevan haastateltavista eniten hoidontarpeessa. Usealla heillä RAVA- arvo oli niin alhaisella tasolla, ettei heidän tulisi olla kotihoidon jatkuvan avun piirissä. Näiden asiakkaiden kohdalla RAVA- mittariston painottuminen fyysiseen toimintakykyyn tuli esille.

Arjessa selviämiseen vaikutti kulkemisen vaikeus ja sitä kautta asioiden hoitaminen hankaloitui. Se saattoi alkaa jo siitä, ettei päässyt ulos omin avuin. Jär-

jestelmät, minkä avulla kulkemisia hoidettiin, ovat äärimmäisen monimutkaisia. Palveluja tuotettiin Kelan, vammaispalvelulain, sosiaalihuoltolain sekä lisäksi vielä seniori-liikenteen avulla. Ei siis ihme, jos palveluja käytettiin myös ohjeistusten vastaisesti tai niistä oli virheellistä tietoa. Kulkemisen lisäksi ongelmana oli raskaiden ostosten kantaminen. Asioita asiakkaat halusivat hoitaa itse laajemmin kuin siihen oli mahdollisuuksia.

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa kerättiin tarvittavat palvelut ja niiden toteuttajat yhteen. Tämä suunnitelma tehtiin yhdessä asiakkaan kanssa. Silti kaikilla ei ollut tarkkaan tietoa siitä mitä oli sovittu ja mistä mikäkin palvelu tuli. Taloudelliset asiat tulivat esille kaikissa haastatteluissa. Yksi tosin kertoi, ettei ole koskaan hoitanut raha-asioita itse. Yksi ajatteli selviävänsä taloudellisesti. Muiden haastatteluissa tuli esille rahojen riittämättömyys. Kaikkia palveluita ei voitu hankkia taloudellisten syiden vuoksi. Toisena vaihtoehtona oli lisärahoituksen hankkiminen joko sosiaalitoimesta tai omaisilta. Nykytilanteessa kukaan ei oikein tunnu koordinoivan sitä, mikä palvelujensaajan taloudellinen tilanne on. Onko asiakkaalla mahdollisuus ostaa tarvittavat palvelut. Taloudellisen tuen hankkiminen jäi täysin asiakkaiden oman aktiivisuuden varaan.

Kokemus kotihoidon palvelujen piiriin tulosta vaihteli suuresti. Ikä vaikutti siihen paljon. Vanhin haastateltava piti todella hyvänä asiana, kun oli saanut palvelut itselleen. Nuorimmat asiakkaat korostivat palvelujen alkamisen merkitsevän omaa huonokuntoisuutta. Palvelujen piiriin oli jouduttu, kun ei enää selvitty omatoimisesti. Suhtautumiseen vaikutti myös palvelujen tuttuus. Puolison palvelujen piirissä olo aiemmin helpotti omaa palvelujen piiriin tuloa. Yksi vastaaja koki, että palvelu oli jostain määrätty. Ymmärsi sen tarpeellisuuden, mutta haluaisi silti tulla toimeen ilman palveluja.

Kotihoidon palvelut olivat pieni, mutta tärkeä osa kotona selviämisessä. Kotihoidon palvelut sovitaan aina yhteisessä hoito- ja palvelusuunnitelma tapaamisessa. Siihen osallistuu kotihoidon edustus sekä asiakas ja mahdollisesti omaisia. Kotihoidon palveluita kuvattiin lähinnä hoitotoimenpiteinä, tukkisukkien laittona, verenpaineenmittauksena, lääkkeidenjakona ja tuontina sekä insuliininpistämisinä. Muina asioina mainittiin tarkastaminen, että on elossa, puuron keitto ja seurustelu. Tukipalveluita oli käytössä hyvin rajoitetusti. Kahdella asiakkaalla oli käytössä ateriapalvelu, pesupalvelu ja kauppapalvelut sekä päiväkeskuskäyn-

nit. Nämä eivät kuitenkaan ole samoja haastateltavia. Turvapuhelin oli kolmella asiakkaalla ja neljällä oli yksityiseltä ostettu siivouspalvelu.

Itsemääräämisoikeus ja yksilöllinen tapa elää ovat ihmisen oikeuksia myös silloin, kun hän saa palveluja kotiin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 40). Palveluihin ei aina haluttu sitoutua, vaan tarve selviytyä omatoimisesti oli suuri. Itsemääräämisoikeus korostui haastateltavien asiakkaiden kohdalla. Se voi tarkoittaa, sitä ettei tarjottuja palveluja haluttu ottaa vastaa, vaan haluttiin elää elämää omalla tavalla. Haluttiin tehdä itse, vaikka sillä vaarannettiin turvallisuus. Pesutilanteet olivat sellaisia mitkä koettiin, jopa nöyryyttävinä. Lisäksi yksi haastateltava korosti kaikessa tekemisessään omaa näkökulmaansa asioihin.

Kotihoidon työntekijöihin oltiin varsin tyytyväisiä, samoin omahoitaja järjestelmään. Kritiikkiä tuli sen sijaan kotihoidon järjestelmää kohtaa. Siitä kuinka henkilöstömitoitukset olivat niin alhaalla. Esille tuli jopa kiukku, siitä kuinka asioista päättävät pitivät työntekijät niin lujilla. Toivottiin varahenkilöjärjestelmää, jonka avulla sijaisuudet järjestäytyisivät nykyistä paremmin. Yhden haasteltavan taholta tuli esille hoitajien jatkuva vaihtuminen.

Haastatteluissa tuli esille kotipalvelun kova kiire. Tämä koettiin järjestelmästä, ei hoitajista johtuviksi. Varsinkin aamuisin kotihoidon henkilöstöllä oli paljon käynnejä. Toisaalta kuitenkin, yhtä lukuun ottamatta, palvelut olivat hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritelty varsin lyhytkestoisiksi, noin 10 minuutin mittaisiksi. Tämä määritelty käyntiaika tuotti sen, etteivät käynnit olleet kovin pitkäkestoisia. Hoito- ja palvelusuunnitelman aikamitoitus perustui tehtäväkeskeisyyteen. Siinä arvioitiin hoitotoimenpiteisiin tarvittava aika. Se oli myös palvelujen saajan kannalta taloudellinen asia, koska kotihoidon maksut ovat aikaperusteisia.

Puuttuvat palvelut

Puuttuvista palveluista haastatteluissa tuli esille ulkoilutuksen puuttuminen. Toiveena oli päästä edes pihaan. Yhden suuri haave oli päästä ehtoolliskirkkoon. Halu käydä itse hoitamassa asioita tuli vastauksissa esille. Siivous oli osalla toteutettu yksityisen siivousfirman taholta, tämän kalleutta tuotiin esille. Tarvetta edullisimmille palveluille olisi.

Kulkeminen oli yhtä lukuun ottamatta ongelma. Tämän yhden haasteltavan muukaan tytär kuljettaa häntä tarvittaessa. Neljä haastateltavaa kertoi keinoista,

joilla pääsi kulkemaan. Kahden kohdalla se oli vammaispalvelun myöntämät taksimatkat. Lisäksi kolmas haasteltava uskoi sen saavansa. Yksi haastateltava käyttää kunnan järjestämää senioriliikennettä.

Senioriliikenteen ongelmana oli sen vähäisyys. Sen avulla pääsi vain kerran viikossa hoitamaan asioita. Toinen esille tuleva asia oli asiointiin käytettävä aika. Se koettiin liian lyhyeksi. Senioriliikenne vaatii myös niin hyvän fyysisen kunnon, että asiointiin pystyi suorittamaan omatoimisesti. Sosiaalihuoltolain mukaisessa kuljetuksessa on tiukka tuloraja ja koska se on määrärahasidonnainen, sen saanti on vaikeaa. Vanhuksille suunnattua sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua ei saanut kukaan haasteltavista. Kokemus siitä ettei sitä saa, oli olemassa.

Puuttuvista palveluista tuli esille myös riittämättömät mielenterveyspalvelut. Yksi haastateltava tuo tämän haastattelussa esille. Työntekijän lähdettyä pois mielenterveyspoliklinikalta, uutta ei ollut annettu tilalle. Kenelläkään haastateltavista ei ollut kontaktia mielenterveystyöntekijään vaikka tarve tulikin esille.

Haastatteluissa tuli esille myös tietämättömyys palveluista. Etuuksia ei osattu hakea. Palvelujen tuottajasta tai saantiedellytyksistä oli väärää tietoa. Kuljetuspalvelujen käytössä tuli esille se, ettei ollut selkeää käsitystä siitä ettei vammaispalvelujen matkoja saa käyttää KELA:n matkoihin. Esille tulee selkeästi tarve palvelujen koordinointiin myös sosiaalipalvelujen osalta. Tepposen (2009, 166) hyvän kotihoidon määritelmä edellyttää palvelujen toimivaa koordinointia.

Paras paikka asua

Parhaasta asumispaikasta keskusteltaessa itsemääräämisoikeus tuli hyvin voimakkaasti jokaisen vastaajan kohdalla esille. Paras paikka asua oli kaikkien vastaajien mielestä tällä hetkellä koti. Oman vapauden ja itsemääräämisoikeuden koettiin säilyvän parhaiten nykyisessä asumismuodossa. Edes tilanteessa, jossa nykyinen asuinpaikka estää ulospääsyn omatoimisesti ei vastaaja halunnut ajatella vaihtoehtoisia asumismuotoja. Maalla asuvat olivat mieluummin nykyisessä asunnossaan, vaikka palvelut ovat etäällä eikä toimivia linja-auto yhteisiä ole.

Tulevaisuudessa muualle muuttamiseen kaksi vastaajaa suhtautui täysin kielteisesti. Kaksi piti sitä mahdollisena, mutta hyvin ei toivottavana ratkaisuna. Yksi

vastaaja ei halunnut edes ajatella mahdollisuutta, ettei pärjäsi nykyisessä asumismuodossa. Yksi vastaaja oli valmis, tarpeen niin vaatiessa, siirtymään tuetumpaan asumismuotoon. Tämä vastaaja oli selvillä hoidonporrastuksesta.

Asiakkaat luottivat siihen, että saavat riittävät palvelut nykyiseen asumismuotoonsa. Siihen, kuinka asiakkaat suhtautuivat tulevaisuuden asumiseen, ei ollut suoraan merkitystä verkostoilla. Vain yksi haastateltavista ajatteli lasten mahdollistavan hänen kotona asumisensa. Tämän asiakkaan lapset olivat jo nyt kaikkein sitoutuneimpia huolehtimaan haastatellusta. He korvasivat viikonloppuisin virallisen kotihoidon. Sen sijaan muut, joilla on lapsia, eivät ajattele eri tavalla kuin lapsettomat asiakkaat.

8 POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Tässä opinnäytetyössä kuvaan kotihoidon haasteelliseksi kokemia laaja-alaisen palvelutarpeiden asiakkaita. Mitään yhtä tekijää sille, keitä nämä asiakkaat ovat ei tullut esille. Lähtään heistä kaksi on huomattavasti alle kotihoidon keskimääräisen iän. Heille kaikille oli yhteistä elämän kulku, joka sisältää tyytymättömyyttä menneille tapahtumille. Kaikki he ovat myös itse toimineet hoitajina. Kaikkien haasteltavien osalta tulee esille voimakas halu säilyttää itsemääräämisoikeus. Se tulee esille kieltäytymisenä tarjotuista tai sovituista palveluista. Keskustelussa parhaasta paikasta asua jokainen nostaa esille itsemääräämisoikeuden.

Aineisto on koottu kotihoidon haastaviksi kokemista asiakkaista. Silti tutkimustulokset olivat hyvin samankaltaisia kuin muissa tutkimuksissa mitä kotihoidosta on tehty. Nämä asiakkaat ovat kuitenkin tyytyväisiä kotihoidon työntekijöihin, vaikka palveluja kritisoitiinkin. Tepposen (2009, 166.) laatima hyvän kotihoidon malli kuvaa hyvin myös näiden haasteltujen toiveita palveluista. He toivovat mahdollisuutta asua kotona ja saada tukea siten, että voivat omia voimavarojansa hyödyntäen selvitä arjesta. Palvelujen tulisi muodostaa selkeitä kokonaisuuksia. Voidaankin hyvin ajatella, että näiden haastateltavien esille tuomat asiat hyödyttävät kaikkia kotihoidon asiakkaita.

Palvelujen pirstaloitumisesta johtuva epätietoisuus tulee esille haastatteluissa. Se näyttäytyy monella eri tavalla. Aina ei tiedetty palvelun tai etuuden olemassaolosta. Kotona saattaa käydä yksityinen palvelujentuottaja ja asiakas ajatellee sen olevan kunnanpalvelua. Saatua palvelua voidaan hyödyntää väärin ilman, että se on tiedostettua. Palveluista saattaa olla myös täysin väärä mielikuvia, vaikka asiakas kertoo tietävänsä palvelut.

Tässä järjestelmässä lisätään palveluja tarvepohjaisesti. Kukaan ei kuitenkaan ole kokoamassa yhteen sitä, kuinka paljon nämä palvelut maksavat ja riittääkö palvelujensaajan taloudelliset voimavarat niiden hankintaan. Asiakkaat itse tuovat tätä asiaa esille lähes kaikissa haastatteluissa. Esille tulee myös, että joillakin voisi olla oikeus toimeentulotukeen tai verohuojennukseen. Puuttuu vain taito ja tieto hakea niitä.

Haastatteluissa tulee esille, ettei omatoimiseen asioidenhoitoon ole läheskään aina mahdollista puutuvien kulkemis- ja saattopalveluiden vuoksi. Kuinka voidaan ajatella, että tällainen kotihoidon toimintamalli tukee asiakkaan omien voimavarojen käyttöä? Tavoitteena on kuitenkin asiakkaan omien voimavarojen tukeminen. Juuri näiden haastateltavien kohdalla, joilla perusliikkumiskyky on vielä olemassa, olisi tärkeää tukea omatoimista asioiden hoitoa. Sillä luotaisiin myös osallisuutta ja parannettaisiin psyykkistä- ja sosiaalista toimintakykyä. Usein toiveet eivät ole edes suuria, vaan esille tulleet asiat ovat ulos pääsemisen mahdollisuus, ehtoolliskirkkoon pääsy ja kohtuullisen hintainen siivous.

Haastateltavat suhtautuivat moniin asioihin hyvin ristiriitaisesti ja kriittisesti. Kotihoidon järjestelmään ollaan tyytymättömiä. Vastauksissa tulee selkeästi esille hoitajien kiire, mutta siitä ei syyllistetty hoitajia itseään, vaan järjestelmää, joka ei takaa riittävää määrää hoitajia. Työelämässä pitkään mukana ollut haasteltava tuo esille varahoitajajärjestelmän puuttumisen. Keskusteluissa tulee esille myös hoitajien jatkuva vaihtuminen ja kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien eriytyminen. Kaikki palaute, mitä työntekijöistä annettiin, on positiivista.

Asiakkaista ne, jotka tietävät omahoitajakäytännön, pitivät sitä hyvänä käytäntönä. Toisaalta esille tuli se, että valitettavan pieni osa tiesi omahoitajansa. Tiedottamisessa tästä järjestelmästä asiakkaille on selkeästi parannettavaa. Opin- näytetyö haastaa miettimään, voisiko tätä järjestelmää edelleen kehittämällä parantaa asiakkaiden tietoisuutta palveluista ja niiden oikeasta käytöstä.

Asiakkaan todelliset tarpeet tulisi saada paremmin esille. Hammar (2008, 25) on todennut, että asiakas on usein vain muodollisesti päättämässä omista asioistaan. Hoito- ja palvelusuunnitelma, joka kaikille laaditaan, on osa Mediatri- järjestelmää. Lomakkeessa keskitytään hoidollisiin ja tehtäväkeskeisiin näkökuumiin. Asiakas tarpeineen jää siinä sivuun. Psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet jäävät tässä suunnitelmassa vähäisiksi. Samoin se, kuka palveluja koordinoi sosiaalipalveluiden osalta. Riittäviä taitoja niihin ei läheskään aina löydy edes omaisilta.

Hoito- ja palveluntarpeita mietittäessä tulisi myös aina huomioida asiakkaan todellinen kuuleminen. Suunnitelman teosta vastaa ammattilainen, jolle se on rutiinia. Palveluiden tarvitsijalla ei ole tätä samaa ammattitaitoa. Olisi tärkeää

erottaa myös asiakkaan ja hänen omaisensa ääni toistaan. Hoito- ja palvelusuunnitelma teossa saattaa mukana olla usea ammattilainen, opiskelija sekä omainen. Tällaisessa asetelmassa iäkkään voi olla hyvin hankala tuoda esille omia todellisia tarpeita tai mielipidettään. Opinnäytetyössä tämä tulee esille asiakkaan mainintana kuulusteluista hänen puhuessaan hoito- ja palvelusuunnitelman teosta. Asiakkailla ei myöskään ole käsitystä siitä, että nopeat käynnit on sovittu palvelujen suunnittelun yhteydessä.

Kotihoidon palvelujen piiriin pääsemisen edellytyksiä mitataan asiakkaiden toimintakykyä kuvaavalla RAVA- indeksillä. Siinä painottuu fyysinen toimintakyky. Tämä tulee esille näiden asiakkaiden matalina RAVA- lukuina. Tällä mittarilla mitattuna usean heistä ei edes tulisi olla kotihoidon asiakas. Kuitenkaan heistä yksikään ei tulisi toimeen ilman jatkuvia palveluja. Tämä sama ilmiö on havaittavissa omissa mielenterveystyön asiakkaissa. Vaikka psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat niin matalalla, ettei kotona asuminen tahdo tuettunakaan onnistua, heidän RAVA- indeksinsä ovat lähes terveen henkilön tasolla.

Kaikki nämä asiakkaat haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Osa heistä ei ole missään olosuhteissa halukas muuttamaan kotoa pois. He tarkoittavat kodilla nimenomaan nykyistä asuntoaan. Kotona asuminen luo heille jo nyt ongelmia. Palveluihin pääsy on hankalaa eikä kodinhoitoon ole saatavissa edullisia palveluja. Heille kotona asuminen ei ole tuettua palveluasumista. Tämän toiveen täytyminen on yhteiskunnankin kannalta merkittävä.

Vaikka haastateltavat ovat kotihoidon haasteelliseksi nimeämiä asiakkaita kaikki ne arjenhallintaa parantavat toiveet, mitkä haasteuteluissa tulevat esille, tukisivat kaikkia kotihoidon asiakkaita. Näiden asiakkaiden kohdalla vain tarpeet korostuvat osittain verkostojen pienuudesta johtuen, osittain matalan psyykkisien ja sosiaalisen toimintakyvyn vuoksi. Pienet verkostot eivät kykene täyttämään palvelutarpeen aukkoja. Jäin myös pohtimaan, keitä he olivat, jotka eivät suosuneet haastateltavaksi. Olisivatko toisentyypiset asiakkaat tuoneet lisää palveluntarpeita esille?

Kotihoidon mielenterveystyöntekijän taustan omaavana jäin miettimään sitä, kuinka vähän kotihoidon työntekijöillä on mahdollisuutta panostaa asiakkaan todelliseen hyvinvointiin. He kohtaavat jokaisessa työvuorossaan näitä laaja-

alaisen palvelutarpeen asiakkaita voimatta silti antaa heille sitä apua mitä he tarvitsevat. Mietin asiakasta, joka on valmistanut kaiken omaa kuolemaansa varten. Hänellä ei ollut enää muuta elämässään kuin kuoleman odottaminen. Työntekijöillä ei ole mahdollista saada hänelle mistään apua. Oma työpanokseni on suunnattu diagnosoitujen mielenterveysasiakkaiden palveluohjaukseen eikä muitakaan mielenterveyspalveluita ole näissä tilanteissa saatavilla. Yhteiskunnan kannalta olisi kuitenkin edullista tukea asiakkaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia. Sillä on suuri merkitys arjesta selviämiseen.

Nyt palveluita tuottavat kunnallisen kotihoidon lisäksi yksityiset palveluntuottajat. Näillä palvelujen tuottajilla ei ole samoja tietoja asiakkaista kuin kunnallisen kotihoidon palvelujärjestelmässä on. Tällöin syntyy väkisinkin tiedonkulussa niitä ongelmia, jotka juuri on saatu poistettua kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisellä. Siivouspalvelujen siirtyessä yksityisille jää niiltä käynneiltä puuttumaan ammattimainen ote sairaanhoidollisesta näkökulmasta.

Tulevaisuudessa tämä palvelujen pirstaloituminen yhä vain jatkuu. Jo nyt on nähtävillä kolmannen sektorin palveluntarjoajien mukaantulo. He toimivat palkkatukien varassa ja pystyvät hinnoittelemaan palvelut halvemmiksi. He kuitenkin toimivat hyvin pitkälle auttamisenhalusta ja ammatillisuus saattaa olla etäällä tästä toiminnasta. Samaan suuntaan ollaan myös menossa kouluttamalla lähiavustajia. Kotihoito vaatii kuitenkin laaja-alaisen näkemyksen asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeista.

Tulevaisuuden kotihoidosta syntyy ajatus palvelujen kahtiajaosta tarvitsijan varallisuudesta riippuen. Onko käymässä niin, että he joilla on mahdollisuus maksaa, saavat haluamansa palvelut yksityissektorilta? He, joilla ei tätä mahdollisuutta ole saavat kunnan järjestelmän minipalvelun.

Opinnäytetyötä tehdessä kiinnittyi huomio siihen tosiasiaan, että vaikka kotihoidosta on tehty runsaasti tutkimuksia, niissä käsitellään vanhuksia kotihoidon asiakkaina. Mistään ei löytynyt materiaalia asiakkaista, jotka saavat palveluja jo huomattavasti alle vanhuusiän. Kuitenkaan omassa tutkimuksessani mukana olleista alle 65-vuotiasta, kumpikaan ei olisi tullut ilman kotihoidon apua toimeen.

Seuraavassa on koottu kehittämisehdotuksia, jotka tulivat esille kotihoidon asiakkaiden haastattelussa:

1. Varahenkilöjärjestelmä. Toimivat sijaisuusjärjestelyt.
2. Hoito- ja palvelusuunnitelma asiakaslähtöisemmäksi. Nyt siinä olevat tiedot voi koota asiakirjoista ja havainnoimalla asiakkaan asuntoa. Asiakkaan itsemääräämisoikeus on etäällä nykyisestä suunnitelmasta. Keskeistä palvelujentarve, ei asiakkaan oma kokemus tarpeista.
3. Vanhussosiaalityön palvelujen hyödyntäminen hoito- ja palvelusuunnitelmien teon yhteydessä. Palveluaukkojen tehokkaan täyttämisen takaamiseksi ja taloudellisten voimavarojen kartoittamiseksi.
4. Omahoitajajärjestelmän kehittäminen. Ne asiakkaat, jotka järjestelmästä tiesivät, olivat varsin tyytyväisiä siihen. Kehittämistä riittää kuitenkin järjestelmän olemassa olon tiedottamisessa ja siinä, että on olemassa jokin varajärjestelmä sairaus- ja vuosilomien ajaksi.
5. Kulkemis- ja saattamispalvelujen selkeyttäminen ja kehittäminen siten, että se tukee asiakkaiden omatoimisuutta ja mahdollistaa olemassa olevien voimavarojen käytön.

Kotihoito on jatkuvassa muutoksessa ja siksi tutkimuskohteita riittää jatkossakin. Kotihoidon pirstaleisuus ja sairauksiin keskittyminen tuo tullessaan sosiaalityön ja palveluohjauksen tarpeen myös kotihoitoon. Tämä tuo mukanaan tarpeen tutkimukselle.

1: Sosiaalityön merkitys kotihoidossa.

2: Palveluohjaus kotihoidossa.

3: Kolmannen sektorin toimijat kotihoidon palvelujentuottajina.

LÄHTEET

- Andersson, Sirpa, Haverinen, Riitta & Malin, Maili 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004) 5. 481-494.
- Asetus Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. Viitattu 4.3.2011.<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>
- Davies, Martin Brett 2007. Doing a Successful Research Project. Using Qualitative or Quantitative Methods. New York: Palgrave Macmillan.
- Eskola, Jari 2010. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloitteleville tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS- kustannus. 3. uudistettu ja täydennetty painos. 179-203.
- Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS- kustannus. 3.uudistettu ja täydennetty painos. 26-44.
- Eskola, Jari 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. 8.painos.
- Hammar, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumissa. Kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Helsinki: Stakes. Väitöstutkimus Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Heinola, Reija 2007. Johdanto - Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Reija Heinola (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 9-12.

- Heinola, Reija & Luoma, Minna-Liisa. Toimintakyky ja elämänlaatu. Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Reija Heinola (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 9-12.
- Hemming, Mia 2009. Vanhuspolitiikassa periaatteet ovat hyviä, mutta käytäntö ontuu. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):2. 222-224.
- Hirsjärvi Sirkka 2010. Metodologiset ja tieteelliset lähtökohdat. Teoksessa Sirkka Hirsjärvi, Pirkko Remes & Paula Sajavaara Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi. 15-16 painos. 123-166.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisu 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. Viitattu 6.11.11. Verkkojulkaisu http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf
- Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Jyrkämä, Jyrki 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet- aineksia ikääntymisen arjen tutkimukseen. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden jatoimijuuden välissä. Jyväskylä: PS- Kustannus. 195-218.
- Järvikallio, Metti 2007. Äänekosken kaupunki perusturvalautakunta pöytäkirja 23. 05. 2007 43§.
- Karjalainen, Jouko 2004. Kuka pelkää Sorbuksen herroja? Teoksessa Tuula Helne, Sakari Hänninen ja Jouko Karjalainen (toim.) Seis yhteiskunta- tahdon sisään! Jyväskylä: Minerva Kustannus. 167-194.
- Kiviniemi, Kari 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS- kustannus. 70-85.
- Klavus, Jan 2010. Suomalaisien terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari

- Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 28-43. Viitattu 1.1.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d>.
- Laki kansanterveyslaki 1972/66. Viitattu 4.3.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.
- Laki sosiaalihuollon asiakaan asemasta 2000/812. Viitattu 4.3.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.
- Laki Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Viitattu 4.3.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>.
- Laine, Timo 2010. Kuinka kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloitteleville tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 3. uudistettu ja täydennetty painos. 28-45.
- Luoma, Minna- Liisa & Kattainen, Eija 2007 Kotihoidon asiakkaat. Asiakasrakenne. Teoksessa Reija Heinola (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden koti hoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 18-21.
- Markle-Reid, Maureen F, McAiney, Carrie, Forbes, Dorothy, Thabane, Lehana, Gibson, Maggie, Hoch, Jeffrey S, Browne, Gina, Peirce, Thomas & Busing, Barbara 2011. Reducing depression in older home care clients: design of a prospective study of a nurse-led interprofessional mental health promotion intervention. BMC Geriatrics 2011. Viitattu 13.11.2011. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, SCIRUS-aineisto.
- Macdonald, Marilyn 2011. Research Recruitment in Home Care in an Era of Scams and Advocacy. Home Health Care Management & Practice Oct2011, Vol. 23 Issue 5. 373-378. Viitattu 17.11.2011. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCO Academic Search Premier-aineisto.
- Moilanen, Raija 2010. Haasteellinen käyttäytyminen? Kuukauden kielijutut. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuslaitos. <http://www.kotus.fi/index.phtml?s=3603>. Viitattu 4.11.2011.

- Nakari, Sakari & Sjöblom, Stefan 2009. Toimiva kunnallinen palveluorganisaatio. Työelämän laadun, asiakastytyvyyden ja palvelukustannusten väliset yhteydet strategisen henkilöjohtamisen näkökulmasta. Helsinki: Kuntaliitto.
- Niemelä Anna-Liisa 2006. Kiire ja työn muutos. tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsinki: Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206. Väitöstutkimus.
- Nummijoki, Jaana 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Leena Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.). Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS- kustannus. 87-134.
- Paavilainen, Päivi 2012. Äänekosken kaupunki vammaispalvelut sosiaalityöntekijä. Suullinen tiedoksianto 24.1.2012.
- Palveluopas ikäihmisille. Tietoa palveluista äänekoskelaisille. Äänekosken kaupungin vanhuspalvelut. Saatavana myös sähköisessä muodossa. <http://www.aanekoski.fi/files/sosiaalipalvelut/palveluopas2011.pdf>
- Prieto-Flores, Maria, Forjaz, João Fernandez-Mayoralas, Rojo-Perez, Fermina, Pablo Martinez-Martin. 2011 Factors Associated With Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults .Journal of Aging and Health 23 (1) 177-194 .Reprints and permission: [sagepub.com/journals Permissions](http://sagepub.com/journalsPermissions). Viitattu 10.11.2011. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCO Academic Search Premier-aineisto.
- Ruusuvuori, Johanna, Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (Toim.). Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino. 9-38.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock- Hult, Bettina 2010. Vanhuus, haavautuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (Toim.). Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita. 33-58.

- Suni, Arja 2010. Masentunet vanhuksset haavoittuvana ryhmä. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (Toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita. 90-125.
- Sotkanet 2011. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=3¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430dd4d1ad0e8e9f9428b88898286b3f48966&indCount=3&yearCount=7> Viitattu 3.9.2011.
- Taipale, Joonas 2010 Intersubjektivisuus ja normaalius. Teoksessa Timo Miettinen, Simo Pulkkinen & Joonas Pulkkinen (toim.) Fenomenologian ydinkysymyksiä. Helsinki: Gaudeamus. 118-133.
- Tepponen, Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes oppaita 70. 61-81.
- Tepponen Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Integration and Quality of Home care. Kuopio: Kuopio yliopisto. Väitöstutkimus. Terveystalouden ja -talouden laitos.
- Tepponen, Pirkko 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Helsingin yliopisto: Helsinki. Yliopistollinen väitöskirja lääketieteellisen tiedekunta.
- Toikko, Timo 2011. Toimijalähtöinen kehittäminen. Luento Erilaista osaajista työvoimaa -tour 2011. Jyväskylä 16.9.11.
- TOMIA 2011. Toimintakyvyn ja arvioinnin kansallinen arviointityöryhmä. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/?p=5>. Viitattu 31.12.11
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 2009– 2012. Äänekosken Kaupunginvaltuusto 8.3.2010 oheismateriaali asianro 6. Luettavissa myös <http://www.aanekoski.fi/files/sosiaalipalvelut/vanhuspoliittinenohjelma2009-2012.pdf>. Viitattu 13.12.2011.
- Virkki, Tuija; Vartiainen Anssi; Kettunen Pekka & Heinämäki Liisa 2011. Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Pa-

ras-uudistuksesta. Thl Raportti 56/2011. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a2654dbd-67e5-4b1a-9f4b-ceee5cd17ada>

Zechner, Minna & Valokivi, Heli 2009. Hoivantarve ja vanhanhämisen toimintakyky. Teoksessa Anneli Anttonen, Minna Zechner ja Heli Valokivi (toim.) Hoiva, tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino. 154-175.

Äänekosken kaupunki toimintatilasto 19.12.2011 palveluittain.

LIITTEET

Liite 1 Asiakaskirje

Tervehdys!

Olen Leena Pasanen. Opiskelen sosionomi (yamk) tutkintoa. Opinnäytetyöni teen Äänekosken kotihoitoon.

Haluaisin tulla keskustelemaan kanssasi siitä, kuinka olet kokenut kotihoidon palvelut. Valmiissa opinnäytetyössä ei tule ilmi haastateltavan henkilöllisyys.

Voin tulla keskustelemaan kanssasi

Kyllä___

Ei___

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Puhelinnumero, johon voin ottaa yhteyttä_____

Yhteistyöterveisin

Leena Pasanen

Liite 2 Teemahaastattelu runko

TAUSTATIEDOT

Ikä?

Asumismuoto?

Kotihoidon palvelut, myös tukipalvelut?

Perhe?

Entinen ammatti, työ?

NYKYINEN ARKI

Kerro normaalista päivästäsi

- Kuinka saat aikasi kulumaan
- Mitä harrastat?
- Ketä luonasi käy kotihoidon lisäksi?
- Millaiset suhteet sinulla on lähimpiin ihmisiin?

Kerro, kotihoidonpalvelujen asiakkaaksi tulostasi

- Kuinka tulit asiakkaaksi?
- Kuinka sen koit?
- mitä kautta sait tiedon palveluista?

Kerro, kuinka olet selvinnyt arjesta nykyisten kotihoidonpalvelujen avulla

- Kuinka huolehdit ruokailut?
- Kuinka raha-asiat hoidetaan?
- Mitenkä hoidat kaupp- ja muut asiat?
- mikä haittaa kotona selviytymistäsi, esim. sairaudet?
- Onko sinulla turvapuhelin, käytätkö sitä?
- Mitä apuvälineitä sinulla on käytössä?
- Miten olet kokenut mahdolliset apuvälineet?
- Minkälaisia kokemuksia sinulla on kotihoidon käynneistä?
- kuinka koet selviäväsi taloudellisesti?
- Minkälaisia muita palveluja sinulle on tarjottu?

Minkälaisia muita palveluja kaipaisit?

- Kuinka kotihoidon palvelujen sisältö vastaa tarpeitasi?

- Kuka sinulla siivoaa?
- Kuinka pääset käyttämään kodin ulkopuolisia palveluja?
- Mitä muita palveluja koet tarvitsevasi?
- kuinka koet omahoitajan?

Kerro, millainen on Sinulle paras paikka asua

- Missä haluaisit asua nyt?
- Miksi se on paras paikka asua?
- Olisitko valmis muuttamaan myöhemmässä vaiheessa muualle?

Liite 3 Suostumus haastatteluun

SUOSTUMUS

Olen Leena Pasanen. Opiskelen Diak- ammattikorkeakoulussa sosionomi (yamk) tutkintoa. Teen opinnäytetyöni Äänekosken kotihoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena saada käyttäjien kokemukset esille. Tätä kautta on mahdollistaa parantaa palveluja. Pidän kokemustasi tärkeänä ja siksi haluaisin tulla haastattelemaan Sinut. Tutkimus toteutetaan ehdottoman luottamuksellisesti, eikä Sinua voida tunnistaa tutkimuksesta. Antamiesi tietoja ei käytetä mihinkään muuhun kuin tähän tutkimukseen. Aineistojen runsaudesta johtuen aineisto nauhoitetaan.

Suostun osallistumaan tutkimukseen.

Äänekoskella _____

Nimen selvennys