

Sari Asikainen ja Anne-Maarit Paunonen

KOTIHOIDON PALVELUJEN  
LAADUN  
ARVIOINTIMENETELMÄN  
KEHITTÄMINEN

Kysely kotihoidon asiakkaiden  
asiakastyytyväisyydestä ja elämänlaadusta

Opinnäytetyö  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen,  
YAMK

Marraskuu 2012




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

# KUVAILEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p><b>Opinnäytetyön päivämäärä</b></p> <p>13.11.2012</p>	
<p><b>Tekijä(t)</b></p> <p>Sari Asikainen &amp; Anne-Maarit Paunonen</p>	<p><b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b></p> <p>Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen</p>	
<p><b>Nimeke</b></p> <p>Kotihoidon palvelujen laadun arviointimenetelmän kehittäminen. Kysely kotihoidon asiakkaiden asiakastyytyväisyydestä ja elämänlaadusta.</p>		
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää Juvan kunnan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä kotihoitoon. Tavoitteena oli mitata heidän elämänlaatuun kehittämällä laatumittari. Tavoitteena oli myös kartoittaa kotihoidon asiakkaiden ja henkilöstön sekä muiden ikäihmisten edustajien mielikuvia hyvästä kotihoidosta ja toiveita tulevaisuuden kotihoitopalveluista. Kotihoidon asiakastyytyväisyyden mittaaminen oli kirjattu Juvan kunnan vuoden 2012 sitoviin tavoitteisiin.</p> <p>Kehittämistyön viitekehyksenä käytimme Demingin jatkuvan kehittämisen ympyrää, jossa kehittämisen eri vaiheet on jaettu neljään eri vaiheeseen. Suunnitteluvaiheessa kokosimme teoriaa ja tutustuimme mittaristoihin. Toteutusvaiheessa kehitimme mittarin osallistamalla eri kohderyhmät, minkä jälkeen kysely toteutettiin säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Tulokset analysoitiin PSPP-ohjelmiston avulla. Viimeisessä vaiheessa pohdimme tuloksia laadunvarmistuksen ja kehittämisen näkökulmasta.</p> <p>Kyselyn vastausprosentti oli 80 % (N=93), joista miehiä oli kolmannes. Suurin osa oli taajamassa asuvia 75 vuotta täyttäneitä. Vastaajista kaksi kolmasosaa asui yksin. Keskeisenä tuloksena kyselyssä ilmeni, että valtaosa asiakkaista oli hyvin tyytyväisiä kotihoidon palveluihin. Kotihoito vastaa heidän tarpeitaan hyvin ja työntekijät hoitavat heitä kiireettömästi. Vastaajat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä elämänlaatuunsa, mutta reilu kolmannes koki yksinäisyyttä ja puolella kipua rajoitti elämää tai terveydentila koettiin heikentyneeksi. Tulevaisuudessa ihmiset haluaisivat asua kotonaan ja saada tämänhetkistä runsaampaa apua kotiin.</p> <p>Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa siten, että kotihoidon laadun arvioinnin tulisi olla säännöllistä ja siihen on tärkeää osallistaa palvelujen käyttäjät sekä kotihoitohenkilöstö. Jatkossa tulee huomioida muun muassa työntekijöiden riittävyys, palvelujen tasavertainen saatavuus sekä ennaltaehkäisevä työ. Ikäihmisten itsemääräämisoikeutta ja omaa tahtoa on kunnioitettava ja se on huomioitava palvelujen kehittämisessä.</p>		
<p><b>Asiasanat (avainsanat)</b> asiakastyytyväisyys, elämänlaatu, kotihoito, laatu</p>		
<p><b>Sivumäärä</b></p> <p>65</p>	<p><b>Kieli</b></p> <p>Suomi</p>	<p><b>URN</b></p>
<p><b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b></p>		
<p><b>Ohjaavan opettajan nimi</b></p> <p>FT Johanna Hirvonen</p>	<p><b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b></p> <p>JJR-perusturva/Juvan kunnan kotihoito</p>	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the master's thesis</b>  13.11.2012	
<b>Author(s)</b>  Sari Asikainen & Anne-Maarit Paunonen		<b>Degree programme and option</b>  Development and Management in Health Care and Social Services / Master of Social Services	
<b>Name of the master's thesis</b> Developing a method for evaluating the quality of homecare services. Survey on homecare clients' quality of life and customer satisfaction.			
<b>Abstract</b> <p>The purpose of the developmental work was to research the satisfaction level among the homecare patients in the municipality of Juva. The goal was to measure the homecare receivers' quality of life by creating a quality indicator. Another objective was to measure the visions of good homecare and expectations for future homecare services among the homecare receivers as well as other elderly persons. Assessing the satisfaction levels of homecare receivers was included in the binding objectives of Juva council in year 2012.</p> <p>As a framework for the developmental work, we used Deming's wheel of continuous improvement that divides the different steps of improvement in four separate stages. During the planning stage we collected theoretical information and explored sets of indicators. The indicator was created during the execution stage by involving different target groups, after which the survey was completed among the regular homecare customers. The results were analyzed using PSPP software. In the last stage we contemplated the results from the aspects of quality assurance and improvement.</p> <p>The survey's response rate was 80 % (N=93), of which a third were male. Most of the respondents were over 75 year olds living in urban areas. Two thirds of the respondents lived alone. The core result of the survey was that most of the customers were very satisfied with the homecare services. Homecare fulfills their needs well, and the employees care for them without rush. The respondents were mostly satisfied with their quality of life, but a bit over a third felt loneliness, and for a half of the respondents their lives were limited by aches and pains or they had health problems. In the future, the people would like to continue living at home and receive more substantial help at their homes.</p> <p>The results of the developmental work can be used in future by evaluating the quality of homecare regularly. In that respect, it is important to involve both the service users and the homecare staff. Going forward it is necessary to take into consideration the sufficient number of staff, the equal availability of services and the preventive work. The self-determination and own will of elderly must be respected and taken into consideration in service development.</p>			
<b>Subject headings, (keywords)</b> customer satisfaction, quality of life, homecare, quality			
<b>Pages</b> 65	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>	
<b>Remarks, notes on appendices</b>			
<b>Tutor</b> Johanna Hirvonen		<b>Master's thesis assigned by</b> JJR-perusturva/Home care of Juva	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	LAATU KOTIHOIDOSSA .....	2
2.1	Juvan kotihoito.....	4
2.2	Normatiivinen ohjaus.....	5
2.2.1	Lakiluonnos ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista.....	5
2.2.2	Omavalvonta .....	8
2.2.3	Ikäihmisten palvelujen laatusuositus .....	13
2.2.4	Muita kannanottoja .....	16
2.3	Asiakaspalaute laadun osana .....	20
3	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET .....	21
4	ELÄMÄNLAATU .....	26
4.1	Elämänlaatu Care Keys -tutkimusprojektin mukaan .....	28
4.2	Ikäihmisten toimintakyky- ja elämänlaatumittaritot .....	31
5	KEHITTÄMISTYÖPROSESSI DEMINGIN YMPYRÄN MUKAAN.....	33
5.1	Työn tavoitteet ja aiheen rajaus .....	35
5.2	Työskentelyyn osallistamisen keinot.....	36
5.2.1	Oppimiskahvila vanhusneuvoston jäsenille.....	36
5.2.2	Tuplatiimi.....	39
5.3	Kyselytutkimus .....	40
6	TULOKSET .....	44
6.1	Asiakkaiden taustatiedot.....	44
6.2	Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitopalveluihin.....	46
6.3	Asiakkaiden kokemus työntekijöiden ammatillisuudesta.....	48
6.4	Asiakkaiden elämänlaadun kokemus.....	50
6.5	Asiakkaiden näkemys tulevaisuudesta .....	52
6.6	Avoimet kysymykset .....	53
7	POHDINTA .....	54
7.1	Tulosten tarkastelua .....	54
7.2	Kehittämistyön pohdintaa.....	57
	LÄHTEET .....	61

## LIITTEET

- 1 Tutkimuslupa
- 2 Saatekirje
- 3 Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Suomessa ikääntyvien määrä kasvaa merkittävästi tulevina vuosina. Ikääntyvien elinikä pitenee ja toimintakyky lisääntyy koko ajan. Tämä asettaa suuria haasteita sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä. Eri tutkimusten mukaan palvelujen ja hoidon tarve kasvaa 75 ikävuoden jälkeen. (Heinola 2007, 3.) Valtakunnallisten suositusten ja ikäihmisten toiveiden mukaan, mahdollisimman monelle tulisi tarjota tarvittavat palvelut kotiin ja mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Tämä asettaa haasteita kotiin tarjottavien palvelujen kehittämiseksi. (Kotiin annettavat palvelut ja hoito 2012, 6.) Juvan kunnassa ikääntyneiden määrän kasvu ja palvelujen tarve on lisääntynyt viime vuosina (Juvan kunnan vanhustyön strategia 2012–2020).

Kotihoito on ikäihmisille suunnattujen palvelujen keskeisin ja mittavin muoto. Kotihoidon palvelujen sisältö, laatu ja kattavuuden lisääminen ovat keskeisiä kehittämisen kohteita tulevaisuudessa. Haasteena ovat dementiaoireisten lisääntyminen sekä omaishoitajien tukeminen hoivatyössä. Ennaltaehkäisevät ja toimintakykyä tukevat palvelut ovat keskeisiä kotona asumisen mahdollistamiseksi. (Heinola 2007, 3.) Kotihoidon laadun varmistuksen yhtenä osana on säännöllinen asiakastytyväisyyden mittaaminen. Juvan kotihoidossa asiakastytyväisyyttä ei ole kartoitettu viime vuosina säännöllisesti, eikä käytössä ole ollut yhtenäistä, samaa mittaria. Juvan kunta on kirjannut sitoviin tavoitteisiinsa vuodelle 2012 asiakastytyväisyyden mittaamisen. Tämä opinnäytetyö tehdään Juvan kunnan käyttöön.

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan ikäihmisten näkemyksiä kotiin annettavien palvelujen nykyisestä laadusta ja tarpeesta sekä kehitetään mittaristo kotihoidon asiakkaiden asiakastytyväisyyden sekä elämänlaadun kartoittamiseksi. Mittaristo suunnataan kotihoidon asiakkaille ja sitä on tarkoitus käyttää säännöllisesti osana kotihoidon laadun varmistamista. Opinnäytetyöprosessissa osallistetaan niin ikäihmisiä kuin kunnan henkilöstöä pohtimaan ikäihmisten kotona asumisen mahdollistamista ja kotiin annettavien palvelujen laatua ja tarvetta. Mittauksen tuloksia käytetään palvelujen kehittämisessä ja vuosittaisessa suunnittelussa. Tulokset ja prosessi esitellään perusturvalautakunnalle ja kehittämistyöstä laaditaan artikkeli julkaistavaksi.

Tämän opinnäytetyön teoriaosassa käsitellään kotihoidon laatua, johon kuuluu merkittävänä osana normatiivinen ohjaus. Aikaisemmat tutkimukset käsittelevät muun muassa Care Keys -tutkimushankkeessa saatuja tuloksia. Teoriaosassa elämänlaatua on tarkasteltu huomioimalla iän vaikutus elämäläatuun. Esittelemme kehittämistyöprosessin Demingin laatuympyrän mukaisesti. Prosessissa kerromme käyttämistämme työskentelyyn osallistamisen keinoista; oppimiskahvilasta ja tuplatiimistä sekä kyselytutkimuksestamme. Kyselymme tulokset on esitetty omassa luvussa. Pohdintaosuuden olemme jakaneet tulosten tarkasteluun ja kehittämistyön pohdintaan, jossa esitellemme myös jatkokehittämissideoita.

## **2 LAATU KOTIHOIDOSSA**

Ikäihmisten koko palvelujärjestelmän tavoite on tukea kotona asumista ja itsemääräämisoikeuden toteutumista mahdollisimman kauan. Kotihoito turvaa ihmisten elämäläatua mahdollistamalla normaalin ja itsenäisen elämän. Kotihoidon palveluihin kuuluvat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävät sekä ennaltaehkäisevä työ ja tukipalvelut. Tukipalvelut voivat olla esimerkiksi ateriapalvelua, kylvetyspalvelua, siivouspalvelua, kuljetuspalvelua, päiväkeskustoimintaa, kotisairaaloimintaa sekä lyhytaikaishoitoa. (Voutilainen ym. 2002, 100–101.)

Kotihoito on Suomessa melko uusi käsite, koska kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat olleet erillisiä ja kuuluneet eri hallintokuntiin aina 1990-luvun alkuun saakka ja kuuluvat erilleen vielä nykyäänkin joissakin kunnissa. Viime vuosikymmenten sosiaali- ja terveystoimien yhdistämisaalloissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat kuitenkin yhdistyneet jo suurimmassa osassa maata kotihoidoksi. (Tepponen 2009, 17.)

Kotihoito on määritelty eri oppikirjoissa usein sen eri tehtävien avulla. Kotihoidon oppaassa (Tepponen 2007, 62) määritellään laadukkaaseen kotihoitoon kuuluvaksi seuraavia toimintoja:

- ennakoivat toiminnot ja palveluohjaus
- kodinhoidolliset tehtävät
- hoiva- ja hoitotyö
- kuntoutus
- lääkehoito
- akuuttitilanteiden sairaanhoito
- saattohoito
- palvelujen saatavuus 24h/vrk.

Kotihoidossa laatua voidaan määritellä ja arvioida monesta eri näkökulmasta. Kotihoidon laadunarviointi voidaan rajata tarveperusteiseksi, jolloin kotihoitoa arvioidaan nimenomaan asiakkaan näkökulmasta. Tästä näkökulmasta arvioituna kriteereinä ovat asiakkaan odotukset, toiveet ja vaatimukset. (Tepponen 2009, 32.) Kotihoidon asiakkaiden käsitys laadukkaasta palvelusta muodostuu Tenkasen (1998, 64) mukaan heidän odotuksistaan ja kokemuksistaan kotipalvelusta. Näistä kahdesta tekijästä syntyy palvelukokemus. Kun asiakas saa sellaista palvelua kuin tarvitsee, on se asiakkaan mielestä laadukasta.

Laatua voidaan määritellä myös eri tasoilla. Asiakkaiden ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen tasolla, jossa laatuun vaikuttavat asiakkaiden tarpeet ja odotukset suhteessa työntekijän voimavaroihin, kuten tiedot, taidot, jaksaminen ja toimintatapa. Työyksikön ja organisaation tasolla laatu määräytyy sen mukaan kuinka asiakkaiden tarpeet ja organisaation tarjoamat palvelut vastaavat toisiaan. Yhteisön tasolla tarkastellaan esimerkiksi koko seutukunnan tilannetta, jossa arvioidaan millainen on palvelujen saatavuus, kohdentuminen ja kattavuus. Yhteiskunnallisella tasolla laatua tarkastellaan koko väestön tarpeiden sekä odotusten että sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden ja myös poliittisen päätöksen teon vastaavuutena. Kotihoidon asiakkaat ovat eri sairauksien, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta hyvin epäyhtenäinen joukko ihmisiä, jolloin tarpeet ovat hyvin vaihtelevia. Kotihoidon asiakkaiden kodit hoidon ja palvelun toimintaympäristöinä edellyttävät toimintakyvyn erilaisuuden lisäksi laadun arvioinnilta monipuolisuutta. (Voutilainen 2007, 13–14.)

Tärkeitä osapuolia laadun tarkastelussa ovat myös palveluiden käyttäjät, tuottajat ja toimintaa johtavat sekä poliittisia päätöksiä tekevät tahot. Yksinään mikään näistä ei ole riittävä laadun kokonaisuuden kannalta. (Voutilainen 2007, 13.) Vaaraman (2006,

24) mukaan asiakkaiden elämänlaatu, kotihoidon laatu ja johtamisen laatu ovat kaikki yhteydessä toisiinsa ja laadun kokonaisvaltainen kehittäminen edellyttää monitahoista laadun arviointia ja kehittämistä.

## **2.1 Juvan kotihoito**

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (L N:o 710/1982) mukaisia kotipalveluja ja kansanterveystilain (L 28.1.1972/66) tarkoittamaa kotisairaanhoidoa. Kotihoito auttaa omaisten ja eri yhteistyötahojen kanssa asiakasta selviytymään kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoidon toimintaperiaatteena on antaa hyvää ja turvallista hoivaa ja hoitoa kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaalle.

Kotihoito kohdennetaan henkilöille jotka eivät selviydy päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti, kuten henkilökohtaisen hygienian hoidosta, pukeutumisesta, wc-käynneistä, ruokailusta ja muista päivittäisistä toiminnoista. Lisäksi asiakkaalle voidaan järjestää tarvittaessa tukipalveluna ateria-, kylvytys-, pyykki-, turva-, asiointi-, kuljetus- ja/tai päiväkeskuspalveluja. Hoidon toteutuksessa käytetään kuntouttavaa työotetta. Asiakasta opastetaan tarvittaessa muiden toimijoiden tuottamien palvelujen piiriin. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan muun muassa RAVATAR-indeksillä, muistitestillä (MMSE) ja arjessa selviytymisen profiililla (ADL). Mittareiden lisäksi huomioidaan aina yksilöllisyys sekä olemassa olevat tukiverkostot.

Juvan kunnan kotihoito kuuluu JJR-organisaatioon, jonka muodostavat kolme kuntaa (Juva, Joroinen ja Rantasalmi), isäntäkuntamallin mukaisesti. Juva on perusturvan isäntäkunta ja vastaa perusturvan palvelujen tuottamisesta. Juvan kotihoito kuuluu perusturvan hoivapalvelualueeseen. Juvan kotihoidossa on yhteensä noin 250 asiakasta. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita on noin 145. Kotihoidon työntekijöitä on 29, joista viisi on sairaanhoitajia, yksi palveluohjaaja, yksi kotihoidon esimies ja muut ovat lähi- tai kodinhoitajia. Kaikki työntekijät pyrkivät tekemään kaikkia tehtäviä koulutus ja osaamistaso huomioiden. Kotihoito on jaettu neljään väestövastuutiimiin, joissa jokaisessa tiimissä on sairaanhoitaja tiimivastaavana. Kotihoitoa voidaan antaa taajama-alueella asuville useita kertoja vuorokaudessa ja haja-asutusalueilla asuville muutaman kerran viikossa. Kotihoidon työntekijöiden perustehtävänä on tukea asiakasta kotiaskareissa sekä antaa perushoito- ja sairaanhoitopalveluja sekä tukea asiakkaan toimintakykyä ja terveydentilaa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan kanssa

laaditaan voimavarakartoitukseen perustuva hoito- ja palvelusuunnitelma, jota arvioidaan asiakkaan kanssa säännöllisesti. Kotihoidossa on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä.

## **2.2 Normatiivinen ohjaus**

Kotihoidon laatu määrittyy pitkälti normatiivisen ohjauksen avulla, joka on viime vuosina ollut voimakasta, osittain kuntien palvelurakenteen uudistuksen myötä. Kotihoidon laadun arvioinnin erityispiirre on, että se on pääosin julkista palvelua. Sen määrää ja laatua linjataan erilaisten asetusten, lakien, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien, suositusten ja muiden sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla. (Voutilainen 2007, 14.) Erityislainsäädäntö kotihoidolta kuitenkin puuttuu edelleen. Palvelujen tasavertainen ja tasalaatuinen turvaaminen kuntalaisille edellyttää yhtenäistä toimintatapaa, jonka toteutumista ohjataan normatiivisin keinoin.

### **2.2.1 Lakiluonnos ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystieteellisten palveluista**

Ikääntyneiden henkilöiden sosiaali- ja terveystieteellisten palvelujen saanti halutaan turvata lainsäädännöllä. Lain tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja, tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin sekä turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. Tämän lain valmistelutyö etenee sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän linjausten pohjalta. (Sosiaali- ja terveystieteellisten ministeriö 2012a.)

Ensimmäinen lakiluonnos luovutettiin peruspäiväministerille maaliskuussa 2011 ja se oli lausuntokierroksella keuhällä 2011. Lain valmistelua on jatkettu lakiluonnoksen ja saatujen lausuntojen pohjalta. Peruspäiväministeri asetti marraskuussa 2011 lain jatkovalmistelua varten ohjausryhmän, joka luovutti ehdotuksensa ministerille 19.4.2012. Tämän ohjausryhmän ehdotuksesta on voinut antaa lausuntoja 8.6.2012 asti. Tavoitteena on ollut, että hallituksen esitys voidaan antaa eduskunnalle vuoden 2012 aikana ja lain olisi tarkoitus tulla voimaan vuoden 2013 aikana. (Sosiaali- ja terveystieteellisten ministeriö 2012a.)

Seuraava teksti perustuu 19.4.2012 päivättyyn sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmän muistion liitteestä löytyvään lakiluonnokseen ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista, 2012). Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa henkilöä. Iäkkäällä henkilöllä puolestaan tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen tai sosiaalinen toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ikääntymisen myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien vuoksi tai ikääntymiseen liittyvän rappeutumisen vuoksi.

### **Yleiset säännökset**

Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä, terveyttä sekä itsenäistä suoriutumista. Tarkoituksena on parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuuksia osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen. Lain myötä iäkkään henkilön mahdollisuus saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja paranee ja mahdollisuus saada ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeiden mukaisesti ja oikeaan aikaan. Tarkoituksena on myös vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävän palvelun sisältöön ja toteuttamistapaan sekä omalta osaltaan päättää niistä koskevista valinnoista.

### **Kunnan yleiset velvollisuudet**

Kunnan on laadittava suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, toimintakyvyn, terveyden, ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi. Suunnitelmassa on arvioitava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tila, palvelujen riittävyys ja laatu sekä palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Suunnitelmassa määritellään tavoitteet ja toimenpiteet, joilla hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistetään sekä palvelujen määrää ja laatua kehitetään. Lisäksi arvioidaan voimavarat, joita kunnassa tarvitaan sekä määritellään vastuualueet ja se, miten kunta toteuttaa yhteistyötä järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa. Kunnan on vuosittain arvioitava palvelujen riittävyys ja laatu, laadun arvioimiseksi on hankittava säännöllisesti

palautetta palveluja käyttäviltä henkilöiltä ja heidän omaisiltaan ja läheisiltään. Vanhusneuvosto on otettava toiminnan suunnitteluun, valmisteluun ja seurantaan liittyvissä asioissa.

Kunnan on hankittava riittävä määrä tarpeellista asiantuntemusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, turvallisen lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen ja suun terveydenhuollon alalta. Kunnan tulee järjestää neuvontapalveluja, jotka edistää toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia. Lisäksi tulee järjestää tarvittavissa määrin hyvinvointia edistäviä terveystarkastuksia, vastaanottoja ja kotikäyntejä.

### **Iäkkään henkilön palvelutarpeiden selvittäminen ja niihin vastaaminen**

Toteutettavan sosiaali- ja terveyspalvelun tavoitteena on, että ihminen kokee elämänsä arvokkaaksi, turvalliseksi ja merkitykselliseksi. Lisäksi iäkkään henkilön tulee saada haluamassaan määrin ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta ja osallistua mielekkääseen, terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Palvelutarve tulee selvittää kokonaisvaltaisesti yhteistyössä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä kanssa seuraavissa tilanteissa. Iäkäs henkilö on hakeutunut sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin, hän on tehnyt kunnalle hakemuksen koskien sosiaalipalveluja, neuvontapalvelujen yhteydessä on arvioitu iäkkään ihmisen tarve saada apua, iäkkään ihmisen palvelutarpeesta on tehty viranomaisten tai omaisten taholta ilmoitus tai palveluja saavan iäkkään henkilön olosuhteissa on tapahtunut olennaisia muutoksia. Palvelutarpeen selvittämisestä vastaa laaja-alaista asiantuntemusta omaava henkilö yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa.

Palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä iäkkään henkilön toimintakyky on arvioitava monipuolisesti ja luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen. Arvioinnissa on huomioitava fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset, sosiaaliset ja ympäristön esteettömyyteen ja lähipalvelujen saatavuuteen liittyvät seikat. Arvioinnin perusteella on määriteltävä tarvittava sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden palvelujen ja tukitoimien kokonaisuus. Iäkkään henkilön oma näkemys vaihtoehtoista on kirjattava selvitykseen.

Palvelujen ja tukitoimien tavoitteellista toteutumista varten on laadittava ilman aiheetonta viivytystä palvelusuunnitelma. Suunnitelma tarkistetaan aina kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa nähden muutoksia. Palvelusuunnitelman yhteydessä iäkkäälle henkilölle nimetään vastuutyöntekijä. Vastuutyöntekijän tehtävänä on seurata palvelukokonaisuuden ja palvelusuunnitelman toteutumista, olla tarvittaessa yhteydessä sosiaalipalveluja järjestämisestä vastaaviin tahoihin sekä auttaa ja neuvoa palvelujen ja etuuksien saantiin liittyvissä asioissa.

Päätökset palvelujen myöntämisestä tulee tehdä ilman aiheetonta viivytystä ja viimeistään kolmen kuukauden kuluttua siitä, kun päätös palvelujen myöntämisestä on tehty. Kiireellisesti tarvittujen palvelujen osalta päätökset tulee tehdä viipymättä.

### **Palvelujen laadun varmistaminen**

Iäkkäälle henkilölle on tarjottava laadukkaita palveluja ja niiden on turvattava hyvä hoito ja huolenpito. Palveluja tuottavassa toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, asiantuntemus ja tehtävärakenne vastaavat asiakkaiden lukumäärää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta. Toimintayksiköissä on oltava palveluista vastaava johtaja, joka vastaa siitä, että asiakastyössä noudatetaan säädettyjä periaatteita. Johtajan on huolehdittava, että omavalvonta järjestetään palvelujen laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Omavalvontaa varten on laadittava omavalvontasuunnitelma, joka on julkinen. Suunnitelman toteuttamista on seurattava ja palveluja kehitettävä säännöllisen palautteen perusteella, jota kerätään asiakkailta, omaisilta ja läheisiltä. Toimitilojen on oltava asianmukaiset ja kodinomaiset.

#### **2.2.2 Omavalvonta**

Seuraava teksti perustuu valtakunnalliseen valvontaohjelmaan Kotiin annettavat palvelut ja hoito (Kotiin annettavat palvelut ja hoito 2012). Maamme hallitusohjelman tavoitteena on mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman kauan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on laatinut aluehallintovirastojen kanssa yhteistyössä kotihoidolle oman valvontaohjelman. Tarkoituksena on ohjata kotiin annettavia sosiaalipalveluja, alueellista lupahallintoa ja valvontaa yhdenmukaiseen ratkaisukäytäntöön ja sosiaalihuoltolain tehokkaaseen täytäntöönpanoon sekä

yhtenäistää toimintakäytäntöjä, palvelujen laatua sekä valvoa asiakkaan oikeuksia palvelujen saamiseen asuinpaikasta riippumatta. Valvonta kohdistuu kotipalvelujen johtamiseen ja laadunhallintaan, henkilöstöön, asiakkaan asemaan ja oikeuksiin ja kotipalvelujen sisältöön. Valvontaohjelma on tehty vuosille 2012–2014. Asiakaspalautteen kerääminen ja sen hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä on olennainen osa omavalvontaa.

### **Kotipalvelujen johtaminen ja laadunhallinta**

Toiminnan laadukas johtaminen edellyttää, että yksikölle on nimetty esimies, jonka tehtävät on määritelty ja esimiehellä on vaadittava vähintään alempi korkeakoulututkinto ja riittävä johtamistaito. Toiminnan tulee olla organisoitua että yksiköllä on kirjallinen toimintasuunnitelma ja suositusten mukainen strategia. Laatua tulee seurata ja arvioida systemaattisesti ja omavalvontasuunnitelma on julkisesti nähtävillä. Suunnitelmalle on nimetty vastuuhenkilö ja se sisältää toimintaohjeet vaaratilanteiden ja kriittisten työvaiheiden tunnistamiseksi ja korjaamiseksi. Asiakaspalautteet ja muistutukset käsitellään asianmukaisesti ja työntekijöiden epäammattilliseen käyttäytymiseen ja väärinkäytöksiin puututaan työnjohdollisin keinoin. Kotipalvelujen johtajuuteen liittyy moniammatillisen johtamisen erityishaaste. Johtamisella vaikutetaan niin henkilöstön määrään kuin osaamiseenkin sekä työhyvinvointiin, työturvallisuuteen ja henkilöstön vaihtuvuuteen.

Kotipalvelussa ei ole yhtenäisiä laatukriteeristöjä, joiden avulla voitaisiin vertailla yksiköitä keskenään. Jotta palveluissa tapahtuneita muutoksia voidaan seurata ja arvioida, on tietoa kerättävä säännöllisesti. Laatujärjestelmässä on oltava dokumentoitu tapa kerätä palautetta ja analysoida sitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämiseksi on annettu valtakunnallinen suositus, jossa korostetaan asiakkaan osallistamista laadunhallintaan ja johdon sitoutumista kehittämiseen. Laadukas toiminta koostuu yksilölliset tarpeet huomioivasta kattavasta oikea-aikaisesta palvelutarpeen arvioinnista, joka tähtää toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan ja jossa tehdään tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma yhteistyössä asiakkaan ja muiden verkostojen kanssa. Laadukas toiminta hyödyntää tutkimustietoa ja hyviä käytäntöjä.

## **Henkilöstö**

Valvonta kohdistuu henkilöstön kelpoisuusvaatimukseen ja luotettavuuden arviointiin. Työnhakijoilta tulee pyytää riittävät selvitykset luotettavuudesta ja jokaisella tulee olla soveltuva kelpoisuus tehtävään. Asia korostuu tehtävässä, jossa työskennellään yksin. Henkilöstön määrään ja rakenteeseen kiinnitetään huomiota ja osaamisen tulee olla moniammatillista. Henkilöstön määrään vaikuttavat niin asiakkaiden hoitoisuus kuin kunnan etäisyydetkin. Henkilöstöä koulutetaan täydennyskoulutusvelvoitteiden mukaisesti ja heillä tulee olla mahdollisuus työnohjaukseen.

## **Asiakkaan asema ja oikeudet**

Omavalvontaohjelmassa kotipalvelujen saatavuuteen ja palvelutarpeen tunnistamiseen sekä arviointiin kiinnitetään huomiota. Kotipalvelut kuuluvat asiakkaiden perustuslaillisiin oikeuksiin riittävästä sosiaalipalveluista ja mahdollisuudesta valita asuinpaikka. Tarve kotipalveluihin on lisääntynyt ja turvallinen kotipalvelu vaatii entistä kattavampia eri vuorokauden aikaan annettavia palveluja. Toisin sanoen, kotipalveluja annetaan asiakkaan tarpeen mukaan myös ilta-, yö- ja viikonloppuaikoina asiakkaan asuinpaikasta riippumatta. Myös omaishoidon tukena on mahdollista saada tarvittavat palvelut. Kotipalvelun käytäntö, jossa annetaan vain perushoito, ei täytä lain asettamia vaatimuksia.

Palvelutarpeen arvioinnissa viranomaisten tehtävänä on varmistaa, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut laadukkaasti ja turvallisesti. Palvelutarve arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa ja siinä huomioidaan fyysinen, psyykinen, kognitiivinen sekä sosiaalisten ja ympäristötekijöiden vaikutus asiakkaan tilanteeseen. Asiakkaan tarpeet ratkaisevat millaista työpanosta tarvitaan palvelujen turvaamiseksi. Palvelutarpeen arvioinnille on säädetty määräajat, jolloin arviointi on tehtävä. Muun muassa 75 vuotta täyttäneille tai vammaispalveluita saavan asiakkaan palvelun tarve on arvioitava seitsemän päivän kuluessa. Arviointi toteutetaan pääsääntöisesti asiakkaan kotona ja arvioinnissa käytetään toimintakykymittareita. Palveluntarvetta arvioidaan myös kuntien SAS-ryhmissä, joiden tehtävänä on koordinoita vanhuspalvelujen käyttöä. Arviointien perusteella asiakkaalla on oikeus kirjalliseen muutoksenhakukelpoiseen päätökseen.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeä väline kotipalvelun suunnittelussa ja toteutuksessa. Suunnitelmassa kirjataan toimintaa ohjaavat asiakaskohtaiset palvelutarpeet ja tavoitteet sekä toimenpiteet, joilla tavoitteisiin pyritään. Suunnitelmasta on säädetty asiakaslain 7 pykälässä, sosiaalipalvelulain 5 pykälässä, vammaispalvelulain 3 pykälässä sekä lastensuojelulain 30 pykälässä. Suunnitelman laatimiseen voivat asiakkaan lisäksi osallistua myös muut asiakkaan kannalta tärkeät tahot. Suunnitelmassa nimetään asiakkaalle omahoitaja, joka huolehtii asiakkaan seurannasta. Tavoitteet tulisi olla konkreettisia ja niitä tulisi olla useita. Suunnitelmaan tulisi kirjata selkeä työnjako, kuka on vastuussa mistäkin. Suunnitelma on tarkistettava säännöllisesti vähintään kuuden kuukauden välein ja aina asiakkaan tilanteen muuttuessa. Asiakasturvallisuus tulee myös ilmetä suunnitelmasta.

Asiaksmaksuista on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja sitä koskevassa asetuksessa (912/1992). Kotipalvelun maksut määräytyvät tilapäisen tai säännöllisen hoidon mukaan. Säännöllisessä maksussa huomioidaan asiakkaan maksukyky ja perheen koko sekä palvelun määrä ja laatu. Maksut eivät saa aiheuttaa asiakkaalle kohtuutonta rasitusta ja niitä on alennettava, jos asiakkaan toimeentulo vaarantuu. Asiakkaalla on käytettävissä sosiaaliamiehen palvelut ja hänen yhteystietonsa on oltava julkisesti nähtävillä.

### **Kotipalvelujen sisältö**

Kotipalvelujen sisällön omavalvonta koostuu useasta eri osa-alueesta. Se sisältää tiedottamisen ja palveluohjauksen, kuntouttavan työotteen ja toimintakykyä tukevat palvelut, perustarpeista huolehtimisen, perus- ja lääkehoidon, kotiympäristön ja asiakasturvallisuuden. Eri lait määrittää viranomaisten tiedotus ja neuvontavelvollisuuden ja kielilaki määrittää, että tiedottamisen on oltava selkeää ja asiakkaalle ymmärrettävää. Palveluohjauksen tavoitteena onkin, että asiakas saa kaiken neuvonnan ja palvelun keskitetysti ja palveluohjaus tunnistaa jokaisen yksilölliset tarpeet.

Omavalvonnan avulla pyritään myös edistämään kuntouttavaa työtettä ja perustarpeista huolehtimista. Laadukas kotihoito on ennakoivaa, joka edellyttää toimintakyvyn laaja-alaista arviointia ja reagointia muutoksiin. Kuntouttava työote edistää voimavarojen käyttöä jokaisella osa-alueella. Kotihoidon asiakkaille tulisi

tarjota apua ympärivuorokauden. Perustarpeista huolehtiminen tarkoittaa huolehtimista esimerkiksi hygieniasta ja ravitsemuksesta, joilla on suuri merkitys toimintakyvyn kannalta. Myös ulkoilulla on tärkeä rooli fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämisessä.

Lääkehoito on terveydenhuollon toimintaa, jota kotihoito toteuttaa. Lääkehoidon toteuttaminen kotihoidossa edellyttää riittävää koulutusta ja perehtyneisyyttä asiaan. Riittävä koulutus on yleensä vähintään lähi- tai perushoitaja, mutta myös esimerkiksi kotiavustajat voivat toteuttaa lääkehoitoa, jos osaaminen on varmistettu riittäväksi. Osaaminen varmistetaan säännöllisesti ja kirjallisen luvan toteuttaa lääkehoitoa antaa toiminnasta vastaava lääkäri. Asiakkaan terveydentilan seurannat ovat myös tärkeä osa laadukasta hoitoa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata tiedot asiakkaan pitkäaikaissairauksista ja lääkityksestä.

Lääkehoidon toteuttaminen täytyy perustua yksikön lääkehoitosuunnitelmaan. Se on lääkehoidon hallinnan ja laadullisen kehittämisen työväline ja osa yksikön johtamisjärjestelmää. Sen laadintaan osallistuu yksikön toiminnasta vastaava lääkäri, yksikön johto sekä toteuttava henkilöstö. Se laaditaan STM:n Turvallinen lääkehoitooppaan mukaisesti ja siinä määritellään vastuut ja osaamisen varmistaminen. Työnantaja valvoo lääkehoidon asianmukaisuutta ja yksikössä täytyy olla nimetty lääkkeiden jaosta vastuussa oleva henkilö, jonka tehtävänä on valvoa asianmukaista säilytystä ja käsittelyä. Kotipalvelun henkilöstön tehtävänä on seurata lääkehoidon vaikuttavuutta ja ohjattava asiakas tarvittaessa lääkäriin.

Ikääntyneiden yleisin tapaturmatyyppi on kotitapaturmat. Niitä voidaan merkittävästi vähentää erilaisilla turvapalveluilla ja huolehtimalla kodin muutostöistä. Palveluohjaus on tässäkin kohdassa tärkeässä roolissa ja se onkin monialaista yhteistyötä niin terveys-, asunto- teknisen- kuin pelastustoimenkin kanssa. Turvallisuus on osa laadukasta kotipalvelua ja koko henkilöstön on syytä tuntea asiakkaan turvallisuuteen liittyvät tekijät ja toimintatavat. Sisäasianministeriö on laatinut toimenpideohjelman muun muassa asumisturvallisuuden ja liikkumisen sekä turvallisuuden parantamiseksi. Toimenpideohjelmassa ohjataan myös ehkäisemään vanhusten kaltoinkohtelua sekä torjutaan vanhuksiin kohdistuvaa rikollisuutta ja väkivaltaa.

Asiakkaiden oikeusturvaa yksityisyyden suojan turvaamisessa suojaa tietoturva. Palvelun järjestäjällä täytyy olla suunnitelma, kuinka asiakirjoja dokumentoidaan ja miten asiakirjat laaditaan sekä kuinka niitä säilytetään. Henkilöstölle on annettava kirjalliset ohjeet siitä, kuinka asiakastietoja käsitellään. Kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja koskee salassapitovelvollisuus, eikä asiakastietoja saa luovuttaa ulkopuolisille ilman asiakkaan suostumista. Kotipalvelussa suositellaan kirjattavaksi hakemukset, päätösasiakirjat, selvitykset ja lausunnot sekä asiakkaan tarpeiden määrittäminen. Myös palvelun suunnittelu, toteutus ja vaikutusten arviointi on hyvä kirjata. Tehokkaita viestintämuotoja kotipalvelussa ovat hoito- ja palvelusuunnitelma, asiakastietojärjestelmä, viestivihko, hoitokansio, puhelin ja sähköposti sekä kasvokkain tapahtuva raportointi.

### **2.2.3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus**

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus annettiin ensimmäisen kerran vuonna 2001 sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton toimesta. Vuonna 2008 sitä on ajantasaistettu. Laatusuosituksen tavoitteena on ollut edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi ja se koskee ikääntyneiden käyttämiä sosiaali- ja terveyspalveluja sekä laajemmin hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3.)

Maassamme ei ole vielä säädetty ns. vanhuspalvelulakia, joten edellä mainitut suositukset ovat ohjanneet kuntien toimintaa vuosien ajan. Laatusuositukset ovat toimineet informaatio-ohjauksen tärkeinä välineinä. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella eri osa-alueella. Nämä osa-alueet ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen sekä asumis- ja hoitoympäristöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Laadukas palvelutoiminta on asiakaslähtöistä, mahdollistaen asiakkaan ja hänen omaisensa osallistumisen palvelua koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin. Palvelutoiminta perustuu kattavaan palvelutarpeen, elinympäristön ja asiakkaan voimavarojen arviointiin, toiminta on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua. Palvelua toteutetaan kirjallisen hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelman

mukaisesti, perustuen toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään työotteeseen. Palvelutoimintaa toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, eri palveluntuottajien sekä omaisten ja lähihenkilöiden kanssa oikea-aikaisesti ja turvallisesti. Tutkimustietoa ja tietoa hyvistä käytännöistä hyödynnetään toiminnassa ja toiminnan tulee olla vaikuttavaa eli saavuttaa palvelulle asetetut yksilölliset ja yhteiskunnalliset tavoitteet. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 31.)

Suosituksen mukaisesti laadun ominaisuuksia ovat muun muassa oikea-aikaiset ja tarpeenmukaiset palvelut, asiakkaan ja työntekijän välinen hyvä vuorovaikutus, johon kuuluu työntekijän ystävällinen suhtautuminen, asiakkaan näkemysten huomioonottaminen sekä luottamus. Laatuun kuuluu työntekijöiden hyvä ammattitaito, jatkuvuus, turvallisuudentunne sekä palvelujen toimivuus siten, että asiakkaan kanssa sovittuja aikoja noudatetaan ja tehtävän suorittamiseen varataan riittävästi aikaa. (Kotiin annettavat palvelu 2012, 15.)

Kotona asumisen edistämiseksi ja tulevaisuuden tilatarpeisiin varautumiseksi kunnan sosiaali- ja terveys-, asunto-, tekninen ja pelastustoimi yhdessä arvioivat erilaisia tarpeita. He arvioivat kotihoitoa ja ehkäiseviä kotikäyntejä saavien ikääntyneiden asiakkaiden asuntojen muutos- ja korjaustarpeen, asettavat arviointitiedon pohjalta asumis- ja hoitoympäristöjen uudistamistarpeet tärkeysjärjestykseen sekä lisäävät panostusta asiakasystävällisen teknologian hyödyntämiseen. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 39.)

Laatusuosituksessa on asetettu valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat omat kuntakohtaiset tavoitteet. Laatusuositus painottaa ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Palveluvalikoimaa on suosituksen mukaan monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla. Terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Laatusuosituksessa on kuvattu henkilöstön mitoitusperusteita ja annetaan suosituksia henkilöstön vähimmäismitoituksesta. Henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä, gerontologisen osaamisen kehittämistä sekä johtajaosaamisen tärkeyttä on suosituksessa korostettu. Ikäihmisten asumis- ja hoitoympäristöjen laadun parantaminen ja kehittäminen

edellyttää huomion kiinnittämistä esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyisyyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

### **Juvan vanhustenhuollon strategia**

Juvan kuntaan on laadittu vanhustenhuollon strategia vuosille 2012–2020. Strategian tavoitteena on tukea ja edistää ikäihmisten hyvinvointia, hyvää ja aktiivista elämää ja mahdollisimman itsenäistä suoriutumista toimintakyvystä ja asuinpaikasta riippumatta. Kunnan väkiluku laskee ennusteen mukaan ja ikääntyneiden suhteellinen osuus kasvaa. Huomattavaa palvelutarpeen ja hoitoisuuden lisääntymisen kannalta on, että yli 85-vuotiaiden määrän lisääntyminen on noin kolminkertainen vuoteen 2040 mennessä Juvan kunnassa. Vuonna 2015 yli 75-vuotiaiden suhteellinen osuus Juvan kunnassa on jo 14,1 %. Kunnan aikaisemmassakin vanhustenhuollon strategiassa on painotettu kotihoitoon liittyvien hoiva- ja tukipalvelujen kehittämistä siten, että kotona asuminen mahdollistuu mahdollisimman pitkään. Kotihoidon tehtävänä on auttaa ja tukea asiakkaan kotona selviämistä. Kotihoidon asiakkuutta ohjaavat lautakunnan hyväksymät kriteerit. (Juvan vanhustenhuollon strategia 2012–2020.)

Laatusuosituksessa asetettujen palvelujen määrällisten tavoitteiden toteutumisen seurantaan on olemassa indikaattorit. Niiden avulla voidaan arvioida kehitystä ajassa ja verrata omia tietoja joko valtakunnan tai toisten kuntien tilanteeseen. Juvan vanhustenhuollon palvelujen tarvetta ja riittävyttä on seurattu Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten mukaisesti suhteessa väestöennusteeseen. Taulukossa 1 on kuvattu Juvan tilanne, koko maan tilanne sekä laatusuositukset.

**TAULUKKO 1. 75 vuotta täyttäneiden palveluntarve**

Laatusuosituksen indikaattorit	Juva %	Koko Maa %	Laatu- Suositukset %
Kotona asuvien osuus (pois lukien ympärivuorokautisen palvelun piirissä olevat)	88,8	89,5	91–92
Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus	13,8	11,8	13–14
Omaishoidon tukea saavien osuus	2,2	4,2	5–6
Tehostetussa palveluasumisessa asuvien osuus	6,4	5,6	5–6
Pitkäaikaisessa laitoshoidossa (vanhainkodit, terveyskeskussairaalat) olevien osuus	4,6	4,7	3

**2.2.4 Muita kannanottoja****Kohti parempaa vanhuutta -konsensuslausuma**

Konsensuskokoukset ovat julkisia ja avoimia tilaisuuksia, joissa tutkimusnäytön perusteella arvioidaan erilaisia lääketieteellisiä toimintatapoja. Tavoitteena on luoda lausumia, joissa annetaan ohjeita käsiteltävien aiheiden kehittämiseksi ja tarjotaan tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, päättäjille ja suurelle yleisölle. Konsensuskokouksia on järjestetty Suomessa vuodesta 1985 lähtien. Konsensuslausuman laatii paneeli, joka kriittisesti arvioi käytössään olevan aineiston, asiantuntijaluennot, kirjallisuuskatsauksen ja yleisön kommentit. Lausumasta tulee paneelin yksimielinen käsitys käsiteltävästä asiasta. Kohti parempaa vanhuutta -konsensuslausuma on järjestyksessään kahdeskymmenesensimmäinen. Tässä luvussa on esitelty Kohti parempaa vanhuutta -konsensuslausuman keskeisin sisältö. (Kohti parempaa vanhuutta, 2012.)

Kohti parempaa vanhuutta -konsensuslausuma on laadittu vuonna 2012 ja sen ydinasiat ovat:

- Ihmisen toimintakykyä voidaan parantaa ja sairauksia ehkäistä myös vanhuusiässä.
- Ikäsyrrjintää ei saa tapahtua ja iäkkäiden ihmisten osallisuutta on vahvistettava.

- Hoidon keskeinen ohjenuora on itsemääräämisoikeus.
- Tämänhetkinen hoidon solmukohta on kotihoito, sen rahoitusta on vahvistettava eikä sitä pitäisi ulkoistaa.
- Vanhuspalveluiden rahoitus, järjestämisvastuu ja seurantavelvoite tulee olla yhdellä taholla.
- Terveystieteiden gerontologian ja geriatrian osaamista tulee vahvistaa.
- Erikoissairaanhoidon on perustettava geriatrisia yksiköitä.
- Tavanomaisen hoitokäytännön osaksi tulisi tehdä moniammatillinen laaja-alainen geriatrinen arviointi.
- Päivystyspoliklinikka ei ole saattohoitopaikka – elämän loppuvaiheen hoitaminen on tärkeää.
- Tarvitsemme kansallisen monitieteisen ikääntymisen tutkimusohjelman.

Muistisairaudet ovat suurin uhka vanhenevan väestön elämänlaadulle ja toimintakyvylle, myös muut pitkäaikaissairaudet ja aistien heikkeneminen yleistyvät kun väestö vanhenee. Väestön vanhenemisen nopein vaihe osuu samaan aikaan kun palvelujärjestelmän rakenteet, toimintatavat ja rahoitusmallit muuttuvat. Asuinpaikka ja oma varallisuus vaikuttavat palvelujen saamiseen.

Tässä konsensuslausumassa on vastattu neljään kysymykseen: Miten vanhuuden terveyttä ja toimintakykyä voidaan edistää? Minkälaista hoivaa ja hoitoa vanhuudessa tarvitaan? Mihin geriatria tarvitaan? Miten etenemme kohti parempaa vanhuutta?

Iäkkään ihmisen toimintakykyä muovaavat aiemmasta elämästä johtuvat vaikutukset ja viimeaikaiset tapahtumat sekä sairaudet ja niihin saatu hoito ja kuntoutus. Vanhuuden toimintakykyä edistää hyvä ennaltaehkäisy ja terveelliset elämäntavat. Esteetön ja virikkeellinen toimintaympäristö tukee toimintakykyä ja edistää iäkkään ihmisen itsenäistä suoriutumista. Helppokäyttöinen ja johonkin tuttuun laitteeseen integroitu teknologia voi hyödyttää iäkästä ihmistä. Oma vanhuutta voi suunnitella ja ennakoita. Oman hyvinvoinnin ylläpitämisessä keskeistä on oman elämäntilanteen ja elämän realiteettien ymmärtäminen, optimistinen suhtautuminen sekä kyky ja mahdollisuus omiin valintoihin.

Iäkkään ihmisen tulee saada hoitoa ja kuntoutusta riittävästi ja tarpeen mukaan, itsemääräämisoikeus on keskeinen ohjenuora. Hoivan ja hoidon tulee perustua

yhdennäköiseen tarvearvioon ja olla kaikkien saatavilla. Hoidon ja hoivan on oltava paikkakunnasta, ajankohdasta ja sosiaalisesta asemasta riippumatonta. Kotihoidon asiakkailta on paljon voimavaroja, mutta myös paljon erilaisia toiminnanvajauksia. Hyvällä hoidolla he toipuvat ja kuntoutuvat vaikeista ja akuuteista sairauksista sekä hyötyvät terveyttä ja toimintakykyä edistävästä toiminnasta. Hoidon keskeisiä asioita ovat ravinto ja liikunta, fysioterapia, toimintaterapiaa ja ravitsemusosaamista tulee lisätä. Omaiset ovat yhä tärkeämpi voimavara iäkkäiden hoidossa ja myös heidän tarpeisiinsa tulee vastata. Kuoleman kohtaamisessa tulee ottaa huomioon ihmisen oma tahto. Sirpaleinen rahoitus ei sitouuta palvelun tuottajia, minkä johdosta rahoitus tulisi keskittää yhdelle taholle.

Geriatrian erikoislääkäreitä tarvitaan sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon, erikoissairaanhoidon tarvitsee omat geriatriset yksiköt. Geriatriasta ja gerontologian osaamista tulisi sisällyttää kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutukseen, tällä hetkellä koulutus on vaihtelevaa ja riittämätöntä sekä määrällisesti että sisällöllisesti. Moniammatillinen laaja-alainen geriatrinen arviointi (Comprehensive geriatric assessment, CGA) olisi otettava osaksi tavanomaisia hoitomalleja. CGA on moniulotteinen ja moniammatillinen diagnostinen selvittely, jossa tutkitaan perinteisen diagnostiikan ohella potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Se ottaa huomioon ympäristön merkityksen iäkkään ihmisen selviytymisen tukemisessa.

Jokaisella on ikään tai muihin taustatekijöihin katsomatta oikeus syrjimättömyyteen, oikeudenmukaiseen ja tasapuoliseen kohteluun sekä tarvittavaan hoivaan ja huolenpitoon. Iäkkäät ihmiset saavat tarpeisiinsa nähden vähemmän ja huonompia palveluja kuin muut ikäryhmät, mutta ikäsyrjintää ei usein havaita. Ikäsyrjintää on myös se, että iäkkäiden vaikutusmahdollisuudet palveluista, tuotteista ja rakenteista päätettäessä ovat huonommat kuin nuoremmilla. Perusteettomat raja-aidat tulee poistaa ikäryhmien väliltä, samoin sukupuolisopimuksia tulisi vahvistaa. Tieteellistä tietoa tarvitaan edelleen ja päätöksenteossa sekä toimintakäytäntöjä mietittäessä se on otettava huomioon nykyistä paremmin.

## **Ikähoiva -työryhmän muistio**

Osana Kaste -ohjelman ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen toimeenpanoa sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2009 työryhmän valmistelemaan ehdotuksia ikäihmisten ympärivuorokautisen hoiva- ja hoitopalvelujen rakenteiden ja sisällön kehittämistä sekä ikäihmisten asumispalvelujen asiakasmaksujen määräytymistä koskevista linjauksista. Ikähoiva -työryhmän muistio pitää sisällään kymmenen ehdotusta, joista yksi koskee selkeästi kotona asumisen tukemista. Seuraavaksi on esitelty Ikähoiva työryhmän muistion ehdotus, joka koskee kotona asumisen tukemista. (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, 2010.)

Palvelurakenteen uudistamista vähentämällä laitoshoidtoa sekä kotiin annettavia ja asumispalveluita lisäämällä koskevia suosituksia on esitetty kotimaisissa ja kansainvälissä tutkimuksissa ja suosituksissa. Palvelurakenteen muutoksen ohella on tavoitteena myös ajattelutavan muutos, kodin käsitteen laajentuminen. Koti on yksityiskoti tai ihmisen avun tarpeen arvioinnin perusteella valittu ryhmä- tai muu vastaava koti. Tavoitteena on korostaa ikäihmisen oikeutta toiminnalliseen arkeen ja itsemääräämiseen kodinomaisessa ympäristössä riippumatta hänen avun tarpeestaan ja toimintakyvystään. Tuki ja palvelut vaihtelevat asukkaiden tarpeiden mukaan niin, että palvelut liikkuvat, ei asukas. Kotiutuminen on iäkkäälle ihmiselle sopeutumista fyysiseen tilaan, mutta myös vaiheittain etenevä prosessi, jonka pituus on yksilöllinen.

Työryhmän ehdotus on, että kotona asumista tukevia palveluita, muun muassa omaishoidon tukea, päivätoimintaa, apuvälinepalveluja ja lyhytaikaishoitoa vahvistetaan niin, että säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen kattavuutta lisätään ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaisesti. Lyhytaikaishoitoa lisätään koti- ja omaishoidon tueksi sekä hyvinvointiteknologiaa hyödynnetään kotona asumisen turvallisuuden ja kotihoidon asiakkaiden elämänlaadun lisäämiseksi. Erilaisia välimuotoisia palveluita, esimerkiksi perhehoitoa kodinomaisena ympärivuorokautisen hoivan vaihtoehtona jatkuvaa huolenpitoa tarvitseville iäkkäille ihmisille selvitetään, lisätään ja arvioidaan.

Ikähoiva -työryhmä ehdottaa erityisesti huomion kiinnittämistä kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. Kuntoutusta lisätään tavoitteellisena, kuntoutusalan erityisasiantuntemusta vaativana palveluna iäkkään ihmisen kodissa.

Voimavaroja suunnataan järjestelmällisesti iäkkäiden ihmisten tavoitteelliseen, kotona tapahtuvaan kuntoutukseen sekä kotona asumisen mahdollisuutta jatkaviin ja omaishoitoa tukeviin kuntoutusjaksoihin kuntoutuslaitosten tiloissa. Gerontologisen kuntoutuksen osaamisen resursseja suunnataan palveluohjauksen perusteella sekä kotona että ympärivuorokautisen avun tarjoavissa asuinnoissa asuville ikäihmisille. Omaishoitajien kuntouttaville palveluille on selvästi tarvetta, Kelan harkinnanvaraista määrärahaa kohdennetaan omaishoitajien kuntoutumista ja jaksamista tukevaan toimintaan.

### **2.3 Asiakaspalaute laadun osana**

Asiakkailta voidaan kerätä palautetta palvelusta monin eri tavoin. Keruumenetelminä käytetään laadullisia (mm. haastattelut) tai määrällisiä menetelmiä (mm. kirjalliset kyselyt), palautemenetelmiä, joissa käyttöpäätöksen tekee asiakas (mm. kirjalliset valitukset), menetelmiä, joissa asiakkaat ovat aktiivisia toimijoita (mm. asiakkaiden kuulemistilaisuudet) sekä epäsuoria menetelmiä, kuten tilastoja ja erilaisia asiakirjoja. (Storbacka & Lehtinen 1997, 100–101.) Asiakaspalautetta hyödynnetään johtamisen välineenä. Asiakaspalautteen merkitys toimintaa ohjaavana ja kehittävänä tekijänä on korostunut. Palautetta kerätään systemaattisesti ja monikanavaisesti. (Aarnikoivu 2005, 67.)

Kotihoidon palvelut ovat asiakkaita varten ja sen vuoksi asiakas on toiminnan arvioinnissa keskeinen. Kotihoidon varsinainen onnistuminen mitataan asiakkaan tyytyväisyytenä palveluun sekä myönteisinä vaikutuksina hänen elämäntilanteeseensa ja elämänlaatuunsa. Kotihoidon asiakkaiden vaikutuskanavia ovat muun muassa suullinen palaute kotihoitohenkilöstölle, puhelimitse kotihoidon esimiehelle, erilaiset keskustelufoorumit, asiakaskyselyt ja -haastattelut sekä erilaiset muistutukset viranhaltijoille. Toistuva, järjestelmällinen asiakaskysely on kotihoidon laadun arvioinnin väline ja tärkeä informaation antaja. Tavoitteena on, että kotihoidon hyvä laatu varmistettaisiin etukäteen. (Heinola 2007, 30–31.)

Kotihoidossa palvelujen arviointi voidaan jakaa kahteen arvioinnin tasoon, yksittäisen asiakkaan saaman kotihoidon arvioitiin ja koko kotihoitoyksikön palvelun arviointiin. Asiakaspalautetta tulee kerätä molemmilta tasoilta. On tärkeää saada tietoa yksittäisen asiakkaan tarvevastaavuudesta ja vaikutuksista sekä asiakkaiden ja työntekijöiden

vuorovaikutuksesta. Asiakkaisiin kohdistuvia vaikutuksia tulee tarkastella myös koko kotihoitoyksikön asiakaskunnan palvelutarpeiden ja organisaation voimavarojen tasolla. (Heinola 2007, 31.)

Asiakkaan kokeman laadun näkökulmasta asiakaskyselyn eräs keskeinen sisältö on asiakkaiden tärkeinä pitämien kotihoidon laatutekijöiden toteutuminen palvelussa. Näitä ovat muun muassa työntekijöiden hyvä ammattitaito, hyvän vuorovaikutus, oikea-aikaiset ja tarpeenmukaiset palvelut, turvallisuudentunne, jatkuvuus siten että työntekijät pysyvät samoina sekä palvelujen toimivuus niin että sovittuja aikoja noudatetaan. Toinen sisältöalue koskee palvelujen sisältöä ja riittävyttä, kuten ulkoilu, apu kotitöihin, kuljetuspalvelut sekä tuki sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Kolmas osa-alue on asiakkaan kokemus siitä, miten palvelut vaikuttavat hänen elämäntilanteeseensa. (Heinola 2007, 31.)

Kotihoidon palvelujen arvioinnin tehtävänä on toimia kotihoidon laadun kehittämisen välineenä, sitä siis hyödynnetään laadunparannustyössä. Tämän vuoksi asiakaspalautetta ja tietoa asiakkaisiin kohdistuvista vaikutuksista tulee kerätä säännöllisesti ja toistuvasti sekä tuloksia pitää käydä systemaattisesti läpi. Asiakaspalautteen tuloksista annetaan tietoa asiakkaille, omaisille ja muille kuntalaisille ja ne nostetaan esille myös henkilöstön kanssa. (Heinola 2007, 32–33.)

### **3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET**

Aikaisempia tutkimuksia voidaan käyttää itse kerättyjen aineistojen vertailutietona (Alkula ym.1995, 53). Tässä kehittämistehtävässä on pyritty kokoamaan aiheeseemme liittyviä, tärkeimpiä ja uusimpia tutkimuksia.

Marja Vaaraman johdolla Care Keys -tutkimushankkeessa on tutkittu laajasti vanhusten elämänlaatua sekä hoidon ja palvelun yhteyttä elämänlaatuun Suomessa ja Euroopan muissa maissa (Vanhusten elämänlaatu Euroopassa). Osa näistä kotihoitoa koskevista tutkimustuloksista on esitelty alla.

Vaaraman ym. (2006b, 84–86) ovat selvittäneet tutkimuksessaan Helsingin kotihoidon laatua ja kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden elämänlaatua. Tutkimus on osa

yhteistyötä eurooppalaisessa Care Keys -tutkimusprojektissa. Tuloksissa todetaan, että hoitotyön laatu koettiin hyväksi ja sillä oli myönteinen vaikutus asiakkaan elämänlaatuun. Siivoustyöt olivat ongelmallisia ja niillä oli vaikutusta asiakkaiden elämänlaatuun. Hoidon jatkuvuuden kannalta on huomioitavaa, että vain hieman yli puolet tiesi omaavansa vastuuhoidajan. Tutkimuksen mukaan asiakkaat kokivat oman elämänlaatunsa verrattain hyväksi, mutta sitä häiritsi muun muassa usein häiritsevä kipu, heikko liikuntakyky, kyvyttömyyden tunteet ja yksinäisyys. Asiakkaiden elämänlaadun tärkeimmät tekijät liittyivät fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn sekä kokemukseen omasta ja kodin puhtaudesta. Helsingin kotihoito näytti tutkimusten mukaan hyvin kohdennetulta ja laadukkaalta, mutta kehittämiskohteitakin löytyi. Muutama tärkein kehittämiskohde on asiakkaiden näkemysten ja toiveiden parempi huomioon ottaminen, psykososiaalisten tarpeiden parempi huomiointi, hoidon tavoitteiden ja niiden saavuttamisen keinojen parempi kirjaaminen ja seuraaminen sekä lisäapu kodinhoidollisiin tehtäviin, asiointiin, ulospääsyyn ja vapaa-ajan harrastusten tukemiseen. Myös aikataulujen noudattamisessa ja tiedottamisessa oli parannettavaa.

Vaaraman työryhmä on tutkinut Espoon kotihoidon laatua ja tuloksellisuutta Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus -projektissa, tutkimuksista on tehty useita osaraportteja. Vaaraman ja Ylösen (2006) osaraportin tavoitteena on ollut tutkia palvelujen ja elämänlaadun yhteyksiä kotihoidon asiakkaille sekä kehittää hoidon ja palvelujen laadun kohdennustehokkuuden välineitä. Tutkimukset testaavat Care Keys malleja ja välineitä. Tutkimustuloksissa todetaan, että myönteisellä asenteella omaan ikääntymiseen oli tärkein vaikutus asiakkaan elämänlaadulle. Muita tekijöitä olivat muun muassa vähäinen koettu yksinäisyys, hyvä subjektiivinen terveys, riittävä tiedon saanti ja riittävän puhdas koti. Tulosten mukaan hoidon laadulla on yhteys asiakkaan elämänlaatuun, tärkeinä tekijöinä ovat muun muassa asiakkaan toiveet huomioonottava ja ammattitaitoinen palvelu, asiakkaan arvostava ja ystävällinen kohtelu, ymmärtäväisyys, kuuntelu ja luotettavuus. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidolla voidaan tukea asiakkaan elämänlaatuun ja hänen sopeutumista omaan vanhenemiseensa. Palvelun tulee olla asiakaslähtöistä, ammattitaitoista, ystävällistä ja empaattista sekä kunnioittaa asiakkaan autonomiaa.

Vaaraman ym. (2006a, 31–33) yksi osaraportti käsittelee kotihoidon laatua ja palvelua asiakkaiden omaisten arvioimana. Vastaajat olivat yleisemmin asiakkaiden lapsia.

Kotihoito mainittiin toiseksi tärkeimpänä auttajana, omaisten jälkeen. Omaiset olivat tyytyväisiä läheistensä saamaan palveluun, mutta suhtautuivat pääsääntöisesti kriittisemmin asioihin. Erityisen myönteistä omaisten mielestä oli työntekijöiden ammattitaito ja tapa kohdella asiakasta kunnioittavasti ja ystävällisesti. Sisällöllisiä puutteita olivat yleisemmin riittämätön apu siivoustöissä, pukeutumisessa, harrastustoimintaan tukemisessa, ulkoiluun avustamisessa sekä kodin muutostöissä. Laadullisina puutteina nousi esiin tiedottaminen kotihoitoon liittyvistä asioista sekä omahoitajasta, kodin puhtauden puutteet, henkilökohtaisen hygienian hoidon puutteet, ajanpuute asiakkaille, työntekijöiden vaihtuvuus, ammattitaidon puutteet sekä asiakkaiden tarpeiden ymmärtämisen puutteet.

Vaaraman ym. (2009) ovat selvittäneet kotihoidon laatua Espoossa vuosina 2006–2008 Elli -hankkeessa. Hankkeen lähtökohtana oli kehittää kotihoitoa siten, että se tukisi mahdollisimman hyvin asiakkaan elämänlaatua ja hyvinvointia. Hanke perustuu Care Keys -projektin teoreettiseen viitekehykseen. Siinä kotihoidon laatua on tarkasteltu moniäänisesti asiakkaan, ammattityön ja johtamisen näkökulmasta. Tuloksissa todetaan, että Espoon kotihoidon laatu on asiakkaiden mielestä pääosin erinomaista tai hyvää. Toimintaympäristöissä tapahtuneista muutoksista huolimatta laatu on kyetty pitämään hyvänä.

Tepposen (2009, 3, 186–193) väitöskirjan tutkimuskohteena olivat ikäihmisten kotihoidon integroinnin toteutustavat ja integroinnin vaikutukset kotihoidon sisältöön ja laatuun. Tepponen rakensi tutkimuksen ja aikaisemman tiedon pohjalta hyvän kotihoidon mallin, jota voidaan käyttää kotihoidon kehittämiseen, koulutukseen ja käytäntöön. Mallin mukaan iäkkäitä tulee kohdella ympäristössään kokonaisuutena, ottaen huomioon fyysisen, psyykkisen ja sosiokulttuurisen ulottuvuuden. Iäkkäitä on tuettava selviytymään kotona pitämällä yllä elämänlaatua ja vahvistamalla niitä voimavaroja, joita heillä on vielä käytettävissään. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan muun muassa, että kotihoidon laadun mittarin sisällön validiteettia tulee parantaa, joitakin osia on täydennettävä ja osa poistettava vanhentuneena, myöskään kotihoidon tilastointi ei vastaa nykykäytäntöä. Tutkimuksen mukaan kotihoidon laatu on pääosin hyvää, mutta kodinhoitoapu on riittämätöntä, työntekijät ovat liian kiireisiä ja palvelut ovat integroimattomia. Neuvonnassa, ohjauksessa ja tiedottamisessa oli myös puutteita. Työntekijöiden kiireisyys vaikutti kokemukseen saadun avun riittämättömyydestä.

Karhula (2001, 1, 57–60) on tutkimuksessaan selvittänyt Jyväskylän kunnan kotihoidon kotiin annettavien palvelujen tasoa asiakkaiden kokemana ja analysoinut asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin. Tutkimuksessa on selvitetty asiakkaiden tyytyväisyyttä henkilökunnan toimintaan, palvelun saatavuutta, saadun hoivan ja palvelun laatua, tiedonsaantia, asiakkaiden kokemaa turvallisuutta, vaikutusmahdollisuuksia ja yleistytyväisyyttä kotihoidon palveluihin. Tavoitteena oli testata asiakaspalautemalli, jolla voidaan kehittää kotihoidon laatua. Tuloksissa todetaan, että asiakkaat kokivat palvelut yleensä erittäin tai melko hyviksi. Kehittämistarpeiksi nousi asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa palveluun ja palvelun yksilöllisyys, tiedonsaanti omasta palvelusta, mahdollisuus tavata tarvittaessa henkilökuntaa, henkilökunnan keskustelun riittävyys asiakkaan kanssa ja tiedonsaanti kunnan palveluista.

Tenkanen (2003, 3) on väitöskirjassaan arvioinut kotihoitohenkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä ja niiden merkitystä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Tapaustutkimuksen tuloksissa todetaan, että kotihoidon avulla voitiin vaikuttaa positiivisesti runsaasti palveluja ja hoitoa tarvitsevien vanhusten elämänlaatuun. Avun saaminen ylläpitää ja jopa parantaa elämää kotona, mutta kunnallisen kotihoidon keinoin vaikutetaan vain vähän liikkumiseen ja sosiaalisiin suhteisiin. Mielenterveyteen kotona asumisella oli myönteinen vaikutus niin kauan kun asiakas kokee saavansa riittävästi apua kotihoidosta ja hänellä on sosiaalisia kontakteja.

Tampereen kaupunki on selvittänyt tyytyväisyyttä ikäihmisten palveluihin (2010, 37–54), joissa yhtenä osa-alueena on kotihoidon asiakastyytyväisyys. Kotihoidon palvelua kaupungissa on selvitetty eri aihealueiden osalta. Kysymykset liittyivät muun muassa henkilökohtaisiin tarpeisiin, hoitajien vaihtuvuuteen, asiakkaan kuuntelemiseen, hoitajien ammattitaitoon, asiallisuuteen, ystävällisyyteen, yhteistyökykyyn ja sitoutumiseen. Kotihoidon käynteihin liittyen selvitettiin hoitajan saapumista sovittuna aikana, käyntien riittävyttä, asiakkaalle varatun ajan riittävydestä sekä hoidon kiireettömyydestä. Tiedonkulun osalta selvitettiin vastausten saamista kysymyksiin, hoitajien yhteystietojen tunnettuutta, yhteyden saamista sekä asiakkaiden kokonaiskäsitystä kotihoidon palvelun kokonaisuudesta. Vastaajista noin kolmasosa haluaisi ainakin jossain määrin saada lisää apua kotona asumiseen. Vastaajista lähes

40 % kokee yksinäisyyttä ainakin jossakin määrin. Vastaajista yhteensä lähes puolet kokee, että he ovat voineet vaikuttaa hyvin tai erittäin hyvin kotihoitonsa suunnitteluun. Reilu kolmannes kokee, että he ovat voineet vaikuttaa suunnitteluun jossain määrin ja 13,4 % vastaajista ei ole oman arvionsa mukaan voinut lainkaan suunnitella omaa kotihoitonsa toteutusta. Lähes kaikki vastaajat kokevat, että kotihoidon palveluista on ollut heille hyötyä ja yli 93 % vastanneista koki, että kotihoidon palvelut ovat edesauttaneet heidän kotonasumistaan.

Olin ym. (2004, 53–54) ovat tutkimusraportissaan kuvanneet asiakastyytyväisyyttä kunnallisissa palveluissa KuntaSuomi 2004 -tutkimusohjelmassa tehdyn erillistutkimuksen pohjalta. Kotihoito on yksi osa-alue, mistä tietoa on kerätty. Kotihoidon toimintaa koskevien asiakastyytyväisyyskyselyjen tuloksissa todetaan, että suurin osa (82 %) asiakkaista katsoo, että kotona asuminen mahdollistuu kotihoidon avulla hyvin. Kotihoidon asiakkaista ainoastaan vajaa viidennes ilmoitti yrittäneensä vaikuttaa saamansa kotihoidon sisältöön viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kotihoidon palvelujen toimivuutta mittaavan mittariston yleistä tasoa mittaavat kohdat saivat asiakkailta erittäin hyviä arvioita. Tyytyväisimpiä oltiin kotihoidon palveluhenkisyyteen sekä asianmukaisuuteen ja ammattitaitoisuuteen. Yksittäisistä kotihoidon osa-alueista tyytyväisimpiä oltiin henkilökunnan ystävällisyyteen ja avuliaisuuteen sekä hoidon turvallisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Vähiten tyytyväisiä (54 %) oltiin ulkoilumahdollisuuksiin. Kokonaistyytyväisyys kotihoitoon on kaiken kaikkiaan erittäin hyvällä tasolla.

Teuvan kunnan kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyyn (2008, 24) osallistui säännöllisen kotihoidon piirissä olleet kotihoidon asiakkaat. Tulosten mukaan Teuvan kotihoidon palveluihin ja henkilökuntaan oltiin hyvin tyytyväisiä, kaikkiin kysymyksiin saatujen vastausten keskiarvot olivat vähintäänkin hyvät. Erityisesti kotihoidon henkilökunnan vastuuntunto, luotettavuus ja ystävällisyys koettiin vastaajien keskuudessa erittäin hyväksi. Kotihoidon palvelut lisäsivät asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja näin osaltaan edesauttoivat kotona asumista. Lähes kaikki vastaajat kokivat, että heitä kunnioitettiin ja heidän mielipiteensä sekä toiveensa otettiin hyvin huomioon. Kehitettäväksi asioiksi nousivat hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvien asioiden toteutumisen, kotihoito henkilöstöön yhteyden saamisen sekä kotihoidon asiakkaan palvelutarpeen muutoksiin reagoinnin parantaminen.

PROCARE -tutkimushanke (2002–2004) on toteutettu yhdeksässä EU -maassa. PROCARE -hankkeessa selvitetään, miten eri Euroopan maat ovat kehittäneet kotiin annettavia palveluja. Hanke tuottaa hyviä eurooppalaisia käytäntöjä. Hankkeen lähtökohdانا oli tuottaa eurooppalaisen integroidun kotihoidon malli. Hankkeessa kerättiin tietoa kaikkiaan 18 paikallisesta kotihoidon hankkeesta yhteisellä teemahaastattelurungolla kotihoidon asiakkailta, työntekijöiltä, suunnittelijoilta ja esimiehiltä. Kyseessä on osallistava, vertaileva, laadullinen tutkimus. Haastatteluteemat vanhusasiakkailta olivat muun muassa asiakkaaksi tulo, avun tarpeen arviointi, asiakaskeskeinen kotihoito, saumaton kotihoito, palvelukokemukset ja se, millainen on hyvä kotihoito. (Leichsenring & Alaszewski 2004.) Vanhusten teemahaastatteluisissa keskeisenä tuloksena korostui yleinen tyytyväisyys palveluihin. Asiakkaat toivoivat enemmän apua siivouksessa ja ulkoilussa sekä toivottiin myös, etteivät työntekijät vaihtuisi liian usein. Huonona asiana koettiin jos työntekijällä on liian kiire. (Andersson ym. 2004, 487–488.) Tulokset osoittavat, että palvelujen integrointi ja koordinointi on useimmissa maissa korkealla tasolla. Tuloksissa mainitaan, että tuloksissa on otettava huomioon eri maiden kulttuuriset erot, poliittiset linjaukset ja yhteiskunnalliset arvot sekä resurssit. (Leichsenring & Alaszewski 2004.)

Yhteenvedona aikaisemmista tutkimuksista voidaan todeta, että ihmisten elämänlaatu on pääosin hyvä. Kotihoidolla voidaan tukea asiakkaan elämänlaatua ja myönteisellä asenteella on vaikutusta elämänlaatuun. Tutkimusten mukaan kotihoitopalveluihin sekä työntekijöiden ammatillisuuteen ja ystävällisyyteen ollaan tyytyväisiä. Tutkimuksista nousi esille, että kodin puhtaudella ja siivouksella on paljon merkitystä iäkkään ihmisen elämänlaatuun. Ihmiset kokevat jonkun verran yksinäisyyttä ja he haluavat enemmän ulkoilumahdollisuuksia. Kotihoitopalvelujen tiedonsaantiin ja tiedotukseen ollaan usein tyytymättömiä, hoito- ja palvelusuunnitelmista ei olla riittävästi tietoisia. Myös työntekijöiden kiire nousi tutkimustuloksissa esiin.

#### **4 ELÄMÄNLAATU**

Elämänlaadun käsite ei ole määriteltävissä yksiselitteisesti. Elämänlaatuun liittyvät läheisesti käsitteet hyvinvointi, onnellisuus, elämäntapa, viihtyvyys ja tyytyväisyys.

Onnellisuus liittyy läheisesti elämänlaadun käsitteeseen. Onnellisuus tarkoittaa sitä, miten myönteisesti ihminen kokee yleisesti elämän laatunsa. (Juuti 1991, 17.)

Hughesin (1990) mukaan elämänlaatua ei voida määrittää pelkästään subjektiivisesti tai objektiivisesti. Ikäihmisten elämänlaatua voidaan tarkastella Hughesin mukaan verkostomaisena kokonaisuutena, jonka eri ulottuvuudet vaikuttavat toisiinsa. Hughes on jakanut ikäihmisten elämänlaadun eri osatekijät seuraaviin kategorioihin:

- asuinympäristön laatu (mm. turvallisuus, esteettisyys, mukavuus)
- sosioekonominen status (mm. tulot, ammatti, elintaso, ravinto)
- henkilökohtainen autonomia (mm. yksityisyys, valinnan mahdollisuudet, päätöksenteko)
- fyysinen ja psyykinen terveys (mm. riippuvuus, toimintakyky)
- ilmaistu tyytyväisyys elämään (mm. tyytyväisyys, tunnetasapaino, positiivinen minäkuva)
- sosiaalinen integraatio (mm. perhesuhteet, sosiaaliset roolit, kansalaisuus)
- tarkoituksenmukainen toiminta (mm. päivittäiset aktiviteetit, virkistys, työ).

(Tenkanen 2003, 88–89.)

Lawton (1983, 1991) on jaotellut elämänlaadun ulottuvuudet fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen. Fyysinen ulottuvuus on yksilön itsenäistä selviämistä ja fyysistä toimintakykyä. Toimintakyvyn vajavuuksien määrä ei ole merkitsevää elämänlaadulle, vaan miten olemassa olevat voimavarat tukevat arjen sujuvuutta. Toimintakyvyn säilymistä edistää hyvän asumisen tekijät, kuten asunnon esteettömyys, toimivuus ja siisteys. Liikkumiskyvyn säilyminen auttaa sekä vanhusta että hoitajaa. Ikäihmisten toimintakykyä ja elämänlaatua heikentävät kivut. Toimintakyvyn ylläpitäminen vaikuttaa positiivisesti ikäihmisen oman pystyvyyden tunteeseen, itsenäiseen selviytymiseen ja elämänlaatuun. (Räsänen 2011, 74–75.)

Psyykinen ulottuvuus liittyy psyykkiseen ikääntymiseen ja toimintakykyyn. Hyvä psyykinen toimintakyky on ajatusten, tunteiden ja toiminnan hallintaa, jota psyykkisen hyvinvoinnin häiriytyminen voi heikentää. Elämönhallinnan tunne ja mielen tasapaino liittyvät toisiinsa ja vaikuttavat elämänlaatuun. Mieliala ja ihmissuhteiden toimivuus ovat tärkeitä mielen tasapainolle. Ikäihmisillä oma pystyvyys ja suoriutuminen tukevat psyykkistä vointia, elämän tarkoituksellisen kokeminen lisää tyytyväisyyttä elämään ja ylläpitää hyvinvointia. Hengellinen

hyvinvointi on yksi tärkeä osatekijä ihmisen hyvinvoinnissa, ja se on hyvä erottaa psyykkisestä ulottuvuudesta. (Räsänen 2011, 75–77.)

Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus avautuu sosiaalisen toimintakyvyn kautta, liittyen vahvasti sekä psyykkiseen että fyysiseen hyvinvointiin. Sosiaalinen toimintakyky liittyy ihmisen osallisuuteen ja yhteisöllisyyteen, lisäksi se edellyttää tilanteeseen sopivia vuorovaikutustaitoja toisten ihmisten kanssa. Sosiaalisen toimintakyvyn on havaittu vaikuttavan ikäihmisten elämän tyytyväisyyteen. (Räsänen 2011, 77.)

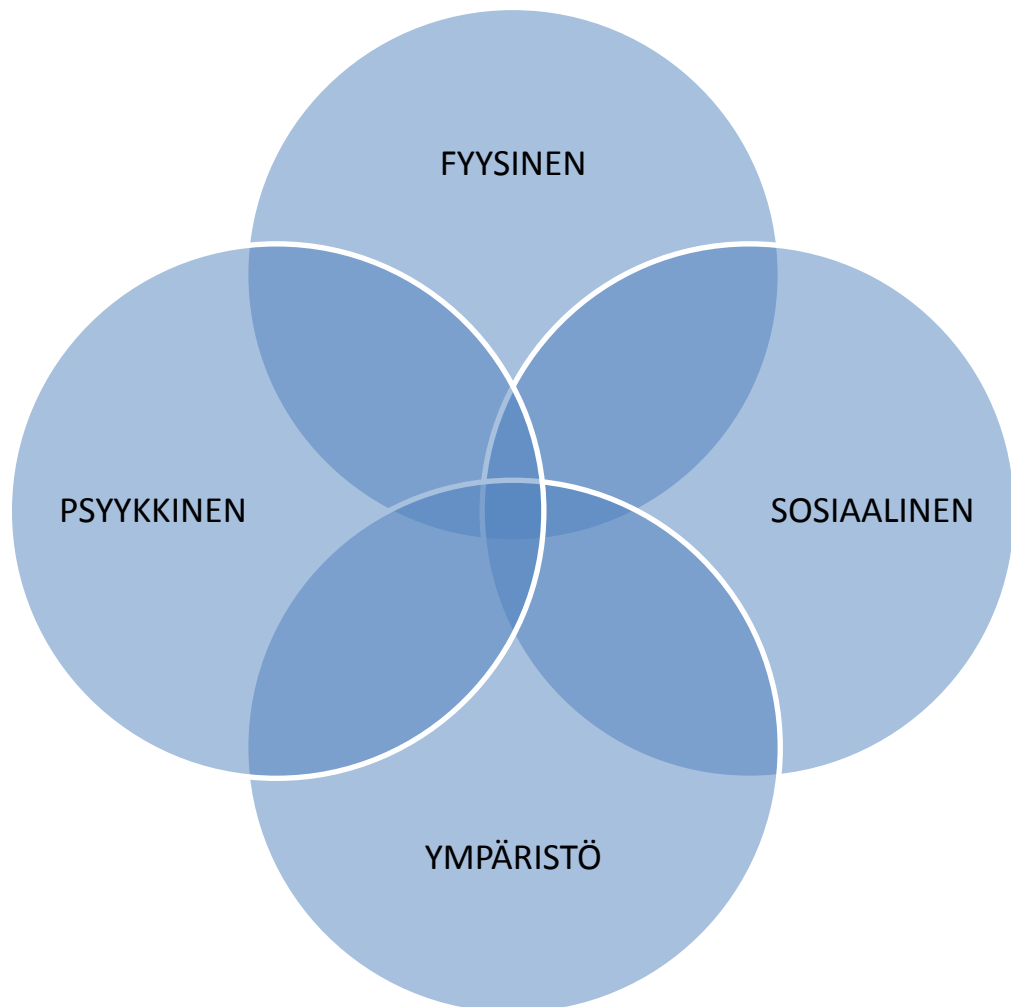
Ympäristöulottuvuus korostaa ympäristön hallittavuutta, turvallisuutta ja muunnettavuutta. Yksilön ja ympäristön välinen suhde on jatkuva ja muutuva, vaikuttaen merkittävästi elämänlaatuun. Sosiaalinen ympäristö mahdollistaa ikäihmiselle sosiaalisen verkoston haasteet ja mahdollisuudet. Iso osa ympäristöstä liittyy asumiseen. Ikäihmisten elämänlaadun kannalta keskeisin asumisen paikka on koti, joka antaa mahdollisuuden riippumattomuuteen, omien asioiden kontrollointiin ja vapaana olemiseen. (Räsänen 2011, 80–81.)

Ikääntyneiden asiakkaiden erityisyyden tunnustaminen ja tunnistaminen ovat elämänlaadun tukemisen lähtökohtia. Hoivatyössä hyvän elämänlaadun tukeminen ja toteuttaminen vaatii sekä tietoa asiakkaan erityisyydestä sekä tietoa asiakkaalle tarpeellisista hoito- ja palvelumuodoista. Lisäksi tärkeää ovat asenteet ja arvot. (Vaarama 2002, 13.)

#### **4.1 Elämänlaatu Care Keys -tutkimusprojektin mukaan**

Care Keys -tutkimushankkeessa elämänlaatua lähestytään samankaltaisesti WHO:n määritelmän kanssa. Monikansallisessa ja monitieteisessä Care Keys -tutkimushankkeessa (2003–2006) on tutkittu pitkäaikaisessa koti- ja laitoshoidossa olevien vanhusten elämänlaatua sekä hoidon ja palvelun yhteyttä elämänlaatuun Suomessa, Virossa, Saksassa, Ruotsissa ja Isossa-Britanniassa. Hankkeessa on tehty laaja teoreettinen tutkimus sekä empiirinen kenttätutkimus ja siinä on kehitetty malleja ja välineitä vanhusten palvelujen laadun ja vaikuttavuuden arvioimiseksi. (Vanhusten elämänlaatu Euroopassa.)

Care Keysin mukaan ikääntyneiden koettua elämänlaatua lähestytään moniulotteisesti WHO:n elämänlaatukäsitteen mukaisesti. WHO Quality of Life Group (1993) määritteli elämänlaadun käsitteen, jossa painotetaan yksilön omaa terveyttä, toimintakykyä ja itsenäisyyttä siinä kulttuurissa ja ympäristössä, missä hän elää. Elämänlaatu jaetaan neljään eri ulottuvuuteen; fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen (kuvio 1). Fyysinen ulottuvuus mittaa terveydentilaa ja fyysistä toimintakykyä, psyykinen ulottuvuus psyykkistä toimintakykyä, sosiaalinen ulottuvuus sosiaalisia suhteita, osallistumista ja aktiivisuutta ja ympäristöulottuvuus elinoloja ja elinympäristön laatua, turvallisuutta sekä lähipalvelujen ja liikenneyhteyksien saatavuutta. Elämänlaadun malli mukailee Lawtonia (1983, 1991), mitä heikompikuntoinen ikäihminen on, sitä tärkeämpää hänelle on oikea-aikainen ja räätälöity tuki, johon on sisällytetty niin fyysinen ja emotionaalinen ympäristö kuin apu, tuki ja hoito. (Vaarama ym. 2006b, 9.)



KUVIO 1. Elämänlaadun ulottuvuudet (Vaarama 2006).

Vaaraman (2006) tutkimusryhmän eri tutkimusten perusteella voidaan löytää tiettyjä tekijöitä, jotka liittyvät ikääntyneiden elämänlaatuun. Näitä tekijöitä ovat:

- sosioekonomiset tekijät (mm. koulutus, tulot, asumismuoto)
- yksilötekijät (mm. ikä, terveys, kognitio, tunne-elämään liittyvät asiat)
- sosiaaliset tekijät (mm. perhe, osallistuminen, sosiaaliset verkostot)
- elämänmuutokset (mm. traumaattiset tapahtumat)
- asuin- ja elinympäristö (mm. yksinasuminen, asunnon esteettömyys, turvallisuus, varustetaso, lähipalvelut, naapurusto)
- sosiaali- ja terveystalvet sekä niihin kohdistuvat odotukset ja preferenssit
- henkilökohtainen autonomia (mm. valinnan ja kontrollin mahdollisuus)
- vapaa-ajan toiminta (mm. liikunta, harrastukset, työ)
- psyykinen hyvinvointi (mm. yksinäisyys, onnellisuus)
- tyytyväisyys elämään (subjektiivinen elämänlaadun kokeminen).

Care Keys tutkimuksen tulokset vahvistavat psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja ympäristöulottuvuuden tärkeyden myös ikääntyneille. Tutkimustulokset tuovat esille elämänlaatuun liittyviä avaintekijöitä kaikilta ulottuvuuksilta, näitä tekijöitä on esitelty alla. (Esim. Vaarama 2006).

- koettu terveys, fyysinen toimintakyky, erityisesti liikuntakyky
- psyykinen toimintakyky, sopeutuminen omaan ikääntymiseen, itsetunto ja pystyvyys
- sosiaaliset verkostot, osallistuminen ja mielekkäät aktiviteetit
- asunto ja sen toimivuus sekä esteettömyys
- lähipalvelut, lähiympäristön esteettömyys ja julkisen liikenteen saatavuus
- riittävät taloudelliset resurssit
- riittävät tukipalvelut ja kotihoito
- hoidon ja palvelun responsiivisuus, palvelutyytyväisyys.

Ikääntyneiden elämänlaadun tärkeä tekijä on toimintakyky ja erityisesti päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Toimintakyky heikkenee ikääntyessä tavallisesti siten, että ensin karsiutuvat vaativat päivittäistoiminnot kuten harrastetoiminta, sitten välinetoiminnot kuten siivous ja asiointi sekä viimeiseksi karsiutuu päivittäiset perustoiminnot kuten peseytyminen. Psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä määrittää kognitiotaso niin, että muistihäiriöt lisäävät ikääntyneen henkilön riippuvuutta muista

ja avuntarvetta. Toimintakyvyn rajoitukset vaikuttavat siihen, miten pitkään ikääntynyt henkilö voi asua kotonaan ja hoitamaan asioitaan. Rajoitukset voivat vähentää runsaasti iäkkään ihmiset autonomiaa ja kapeuttaa hänen elinpiiriään. Toimintakyvyn tukemisella ja ylläpitämisellä voidaan tukea itsenäistä selviytymistä ja samalla tukea iäkkään henkilön elämänlaatua. Fyysisellä ympäristöllä on todettu olevan yhteys iäkkään henkilön toimintakykyyn siten, että mitä vanhempi ihminen on, sitä tärkeämmäksi muodostuu asunnon esteettömyys ja lähipalvelujen saatavuus. (Vaarama ym. 2006b, 9–10.)

Care Keys tutkimuksen tuloksissa todetaan, että kotihoidon ja pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaiden elämänlaadulle koettu terveys, taloudellinen turvallisuus ja psyykinen hyvinvointi ovat tärkeitä. Kotihoidon iäkkäillä asiakkailla korostuvat riittävä apu ja avun vastaavuus tarpeisiin ja odotuksiin nähden, sopeutuminen omaan ikääntymiseen sekä sosiaaliset verkostot ja mielekkään tekemisen tarve vielä silloinkin kun henkilö on erittäin huonokuntoinen. Tulokset nostavat esiin muuttuvien tilanteiden muodostavan riskin ja siten elämänlaadun muuttuvan muodon, joka ei ole staattinen tila vaan dynaaminen prosessi. Muuttuvia riskejä ovat muun muassa puolison ja oma akuutti sairastuminen. (Vaarama 2006, 8–9.)

## **4.2 Ikäihmisten toimintakyky- ja elämänlaatumittarit**

Kotihoidossa ei ole ollut yhteisesti sovittua laatukriteeristöä, jonka avulla eri yksiköitä voitaisiin vertailla keskenään. Resident Assessment Instrument (RAI)-tietojärjestelmä on kehitetty tätä varten ja se ulottuu kuvaamaan ikäihmisten hoidon tarpeen arvioinnin lisäksi myös palvelujen laatua ja kustannuksia. Se perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen arviointiin ja soveltuu yksilön hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan. Se soveltuu monentyypisten asiakasryhmien tarpeisiin eri palvelumuodoissa, kuten ikääntyneiden koti-, laitos- ja akuuttihoitoon sekä palvelutarpeen arviointiin. RAI sisältää useaan eri tarkoitukseen, kuten hoidonsuunnitteluun, johtamiseen ja kuntatason päätöksentekoon sopivia mittareita. Laadun indikaattorien avulla voidaan arvioida hoidon laatua ja muiden erityismittareiden avulla voidaan seurata hoidon kohdentumista, vaativuusastetta, asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia, asiakasrakennetta ja toiminnan tuottavuutta ja tehokkuutta. RAI-tietojärjestelmää käyttää Suomessa noin 20

prosenttia kotihoidon yksiköistä ja se on validoitu useissa maissa. (Voutilainen 2007, 14.)

Toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan mitata useilla erilaisilla mittareilla. Elämänlaatumittarit voivat olla kehitetty jonkun sairauden tai terveysongelman tarkasteluun tai se voi olla muu yleinen terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamiseen soveltuva työkalu. Sairauspesifit mittarit antavat tarkempia tuloksia juuri kyseessä olevan sairauden vaikutuksista elämänlaatuun, kun taas yleiset, ei sairausspesifit mittarit, antavat mahdollisuuden verrata elämänlaadun eri ulottuvuuksia esimerkiksi eri väestöryhmien kesken. (Aalto ym. 1999, 3.)

Elämäläatua kuvaavista mittareista tunnetuin lienee WHOQOL-BREF, joka on maailman terveysjärjestön kehittämä elämänlaatumittari. Muita elämänlaatua kuvaavia mittareita ovat RAND-36 sekä 15-elämänlaatumittarit.

WHOQOL-BREF mittari käsittää useita eri osa-alueita, jotka mittaavat esimerkiksi fyysistä- ja psyykkistä terveyttä, sosiaalisia suhteita ja ympäristöä. Maailman terveysjärjestö WHO Quality of Life (WHOQOL) hanke aloitettiin vuonna 1991. Tavoitteena oli kehittää kansainvälinen ja kulttuurisesti vertailukelpoinen elämänlaadun arvioinnin väline. Mittarissa arvioidaan yksilön käsityksiä osana heidän kulttuuriaan ja arvojaan sekä heidän henkilökohtaisia tavoitteitaan ja huolenaiheitaan. (WHO Quality of life-BREF (WHOQOL-BREF) 2012.)

Aalto ym. (1999, 5.) kuvaavat Stakesille tekemässään julkaisussa RAND 36-mittarin seuraavasti: ”RAND 36-item health survey (RAND-36) on Yhdysvalloissa kehitetty terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka kartoittaa terveydentilaa ja hyvinvointia kahdeksalla ulottuvuudella: koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, roolitoiminta/fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ja roolitoiminta/psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat.”

Professori Harri Sintonen on kehttänyt 15D-mittarin, joka on 15-ulotteinen geneerinen (ei sairaudesta riippuva), standardoitu elämänlaadun mittari, johon vastaaja vastaa itse, ilman avustajaa. Mittari tuottaa tulokseksi profiilin, joka kuvaa terveyteen liittyvän elämänlaadun eri ulottuvuuksia, sekä yhden indeksiluvun. Profiili antaa mahdollisuuden verrata yksilön tai ryhmän terveydentiloja eri aikoina ja nähdä, onko muutoksia joillakin ulottuvuuksilla tapahtunut. Mittaria on kehitetty sekä testattu

viitiseitoista vuotta ja se on osoittautunut herkäksi päteväksi ja luotettavaksi. Sitä on käytetty muun muassa kymmenissä arviointi- ja tutkimushankkeissa Suomessa ja muissa maissa. (FinOhta 2006.)

Toimintakykymittareista kunnissa on yleisesti käytössä esimerkiksi RAVA-mittari, jonka omistaa Suomen Kuntaliitto. Toimintakykyä arvioidaan eri toimintojen avulla, kuten näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke. Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan RAVA-indeksi ja RAVA-luokka, joita voidaan käyttää viitteellisinä arvoina, kun arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avuntarvetta. (Finnish Consulting Group 1999.)

Mini-Mental State Examination (MMSE) on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu suppeahko muistitesti. MMSE on helppo ja vakiintunut yleiseen käyttöön ja se antaa helposti dokumentoitavan numeerisen arvon tulokseksi. Testi soveltuu edenneen dementia-asteisen muistisairauden seulontaan ja seurantaan. Testi ei kuitenkaan sovellu varhaisen tai lievän muistisairauden seulontaan. (Erkinjuntti ym. 2010.)

MMSE:ta laajempi ja tarkempi testi muistiasioissa on CERAD. Neuropsykologeista ja neurologeista koostuva työryhmä muokkasi yhdysvaltalaisesta CERAD-tehtäväsarjasta suomalaisen version, jota suositellaan käytettäväksi tutkimusvälineenä, kun tutkitaan muistisairautta. (Cerad -Kognitiivinen tehtäväsarja.)

Muita toimintakykymittareita ovat muun muassa ADCS- ja ADL-mittarit, jotka mittaavat päivittäistä toimintakykyä. GDS-15 on myöhäsiän depressioseula.

## **5 KEHITTÄMISTYÖPROSESSI DEMINGIN YMPYRÄN MUKAAN**

Kehittämistyön viitekehyksenä käytämme Demingin ympyrää (kuvio 2).

Amerikkalainen laatuspesialisti Edward Deming korosti jatkuvan parantamisen ja järjestelmällisen kehityksen merkitystä laadun parantamisessa, Demingin tunnetuksi tekemä PDCA-ympyrä kuvaa tätä jokaisella tasolla tapahtuvaa prosessia. Ympyrä on saanut nimensä sanoista plan, do, check ja act eli suunnittele, toteuta, arvioi ja paranna. PDCA-syklillä on perusajatuksena jatkuvaa, systemaattista

parannustoimintaa, jossa yhden projektin tultua valmiiksi aloitetaan uusi tai jatketaan edellisen parantamista, kunnes asetettu tavoite saavutetaan. (Laatuajattelun kehittyminen.)



**KUVIO 2. Kehittämistyöprosessi Demingin mallin mukaan**

Suunnitteluvaiheessa selvitettiin, mistä tarve kehittämistehtävään ja tutkimukseen on lähtenyt ja miten se aiotaan toteuttaa. Juvan kunta on kirjannut kotihoidon sitoviin tavoitteisiin vuodelle 2012 asiakastytyvyyden mittaamisen. Kehittämistyön tavoitteita kohti lähdettiin tutustumalla olemassa oleviin aikaisempiin tutkimuksiin sekä muuhun lähdekirjallisuuteen kotihoidon laadusta ja asiakastytyvyydestä. Tutustuimme myös eri mittareihin, joilla mitataan toimintakykyä ja elämänlaatua. Tämän pohjalta valittiin tärkeimmät aihepiirit, joista haluttiin saada tietoa. Laadun seurannan vuoksi on tärkeää, että mittaristo on sama pitkällä aikavälillä. Valtakunnallisen omavalvontaohjelman mukaan asiakastytyvyyttä tulee mitata

systemaattisesti ja säännöllisesti. Kotihoidon laadunvarmistuksen tärkeä osa on asiakastyytyväisyyden kartoittaminen.

Toteutusvaiheessa laadittiin mittaristo, johon valitut kysymykset nousivat aikaisemmista tutkimuksista, muusta lähdekirjallisuudesta sekä erilaisista ikäihmisten toimintakyky- ja elämänlaatumittareista. Mittariston kehittämiseen osallistettiin myös JJR-esimiehet, henkilöstö ja vanhusneuvostojen jäseniä eri ryhmätyömenetelmillä. Vanhusneuvostojen tapaamisessa saatiin lisävahvistusta mittariston koostamiseen. Tämän jälkeen kotihoidon työntekijät muodostivat tuplatiimimenetelmällä vielä tärkeimmät aihealueet, jota haluttiin kartoittaa tai kehittää. Osallistamisen keinona käytimme myös JJR- esimiesten johtoryhmän tapaamista. Ryhmäkeskustelun avulla saimme johdon näkemyksen asiakastyytyväisyyskyselyyn. Tämän jälkeen kyselylomake esiteltiin ja sitä hiottiin lopulliseen muotoonsa. Kysely toteutettiin toukokuun kahdella viimeisellä viikolla kotihoidon asiakkaille.

Tulokset purettiin PSPP-ohjelmalla ja ne analysoitiin muun muassa taulukkomuotoon. kaikki tulokset raportoitiin prosentteina ja frekvensseinä. Erityisesti keskiarvoista poikkeavia tuloksia tarkasteltiin tarkemmin. Joitakin kysymyksiä ristiintaulukoitiin niiden välisten yhteyksien tarkastelemiseksi.

Viimeisessä vaiheessa arvioitiin toteutettua kyselyä ja sen toimivuutta Juvan kunnan kotihoidossa, sen kehittämisen näkökulmasta. Pohdintavaiheessa keskityttiin pohtimaan kotihoidon laadunvarmistusta jatkossa ja mietittiin konkreettisia kehittämistarpeita.

## **5.1 Työn tavoitteet ja aiheen rajaus**

Tämän työn tavoitteena on selvittää Juvan kunnan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä kotihoitoon ja mitata heidän elämänlaatuaan. Tavoitteena on myös kartoittaa mielikuvia hyvästä kotihoidosta ja toiveita tulevaisuuden kotihoitopalveluista.

Tarkoituksena on kotihoitoon sopivan mittariston kehittäminen, soveltaen kehitettyjä elämänlaatu- ja asiakastyytyväisyysmittaristoja. Tarkoituksena on kehittää mittaristo, jota käytetään jatkuvassa laadun varmistamisessa esimerkiksi vuosittain. Mittarin avulla selvitetään palvelujen laatua ja tarvetta tällä hetkellä ja tulevaisuudessa.

Rajaus on tehty koskemaan kotihoitoa, koska tehostetun palveluasumisen asiakkaille vastaavanlainen kartoitus on tehty vuonna 2011. Samaa mittaristoa ei voi kuitenkaan soveltaa kotihoitoon sellaisenaan palvelun sekä asiakkaiden erilaisuuden vuoksi. Lisäksi tässä mittaristossa painotetaan enemmän tulevaisuuden palvelujen tarvetta sekä asiakastytyväisyyttä. Kysely tehdään Juvan kunnan säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Aineiston suuruuden vuoksi rajaamme tulosten analysoinnin koskemaan Juvan kuntaa. Muut JJR-kunnat analysoivat tuloksensa itse ja saavat käyttöönsä kehittämämme mittariston.

Rajaamme tutkimuksesta pois muistisairaat, joiden MMSE-pisteet ovat alle 15, koska he eivät todennäköisesti kykene ymmärtämään tai täyttämään kysymyksiä riittävällä tasolla luotettavuuden varmistamiseksi. Muistisairaille on kehitetty asiakastytyväisyysmittareita, jotka soveltuvat paremmin heidän tarpeisiinsa.

Juvan kotihoidossa on 131 säännöllistä kotihoidon asiakasta, joiden MMSE-pisteet ovat yli 15 (tilanne 31.3.2012). Asiakkaat jakautuvat Juvan kunnan taajamaan sekä laajasti haja-asutusalueille.

## **5.2 Työskentelyyn osallistamisen keinot**

### **5.2.1 Oppimiskahvila vanhusneuvoston jäsenille**

Erilaiset ryhmissä käytävät keskustelut edistävät yhteistyökykyä, sosiaalisia vuorovaikutustaitoja ja kommunikointitaitoja. Reflektointi ja kriittisen ajattelun taidot kehittyvät, kun omia näkemyksiä voi heijastaa toisten näkökulmiin. Yksi ryhmäoppimismuodoista on learning cafe eli oppimiskahvila. (Hassinen 2008, 59.)

Learning cafe eli oppimiskahvila on tapa oppia ja ideoida. Oppimiskahvila menetelmä on prosessina yksinkertainen ja siinä keskitytään joidenkin teemojen tai kysymysten ratkaisuun. Lähtökohtana on jakaantua pienryhmiin pöytäkunnittain, prosessin edetessä pöytäryhmien jäsenet vaihtavat pöydästä toiseen, jolloin ryhmä pohtii aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. Toisten selityksiä ja näkemyksiä voi kommentoida ja kyseenalaistaa, mutta tärkeätä on myös konsensukseen pyrkiminen eli ryhmän yhteisen mielipiteen löytäminen. (Hassinen 2008, 59.)

Kolmen JJR-kunnan vanhusneuvostot kokoontuivat Juvalla 29.3.2012. Paikalle saapui viisitoista edustajaa. Vanhusneuvostot koostuvat eri järjestöjen ja esimerkiksi seurakunnan sekä myös kunnan viranhaltijoista. Pääsääntöisesti jäsenet ovat eri järjestöjen edustajia ja usein itsekin ikäihmisiä. Vanhusneuvosto on ikäihmisten asioita seuraava foorumi, joka pyrkii vaikuttamaan ikäihmisten asioita kehitettäessä ja valvoo heidän oikeuksiensa toteutumista kunnassa.

JJR:n vanhusneuvostoille oli etukäteen kerrottu tilaisuuden aiheesta ja tilaisuuden alussa heille kerrottiin prosessin kulusta sekä esiteltiin tämän työn tavoitteet ja tarkoitus. Tilaan oli varattu neljä pöytää, jossa jokaisessa oli eri kysymykset liimattuna fläppipaperille, jolla iso pöytä oli päällystetty. Pöytien kysymykset olivat seuraavat:

- Mitä on hyvä vanhuus?
- Millainen on hyvä kotihoito?
- Mitä apua tarvitset, jotta voisit asua kotonasi mahdollisimman kauan?
- Miten kotihoitoa tulisi kehittää?

Ryhmät jaettiin neljään osaan käyttäen 1–4:ään numerolaskentaa, niin että jokainen sanoi numeron järjestyksessä. Seuraavaksi ryhmät jaettiin jokainen omaan pöytänsä. Ryhmät pohtivat yhtä kysymystä aina noin kymmenen minuuttia, jonka jälkeen he vaihtoivat pöytää niin, että ykköset menivät kakkospöytään, kakkoset kolmospöytään, kolmoset nelospöytään ja neloset ykköspöytään. Kierrosta jatkettiin niin kauan, että kaikki olivat käyneet kaikissa pöydissä ja lopulta palanneet omiin pöytiinsä. Jokainen ryhmä kirjoitti ajatuksiaan ja ideoitaan pöydän kysymykseen jatkaen aina siitä, mihin muut olivat jääneet. Lopuksi ryhmät esittelivät tuotoksen muille ryhmille ja tilaisuuden ohjaaja kokosi heidän valitsemansa tärkeimmät asiat uudelle fläppipaperille aiheittain. Näin muodostettiin neljä tiivistelmää jokaisesta kysymyksestä. Tilaisuus sai hyvän vastaanoton ja se loi paljon keskustelua sekä herätti ajatuksia aiheiden ympärillä. Seuraavassa on esitelty ryhmien tuotokset, jotka niveltyvät hyvin teoriaan ja tukevat kotihoidon asiakkaille tehdyn kyselyn tuloksia.

**Mitä on hyvä vanhuus?**

- ”Pystyy asumaan mahdollisimman kauan omassa kodissaan”*
- ”Saisi tarvitsemansa hoidon kotiin”*
- ”Itsemääräämisoikeus; myös omaista on kuunneltava, turvallisuudentunne”*
- ”Että jalat ja pää säilyisi”*
- ”Olisi riittävästi palveluasunto- ja sairaalapaikkoja niille, jotka todella tarvitsevat”*
- ”Ihmisarvon säilyminen”*
- ”Fyysisen kunnon ylläpitoa, kuntoliikunta, jumpat, ulkoilu”*
- ”Minun tahtoa, toiveita ja tarpeita kunnioitetaan”*
- ”Positiivinen asenne”*

**Millainen on hyvä kotihoito?**

- ”Turvallisuus ravinnossa, lääkehuollossa, apuvälineissä ja hygieniassa”*
- ”Itsemääräämisoikeus”*
- ”Että apu tulee riittävän nopeasti, ei pitkiä odotusaikoja”*
- ”Hyvä tiedonkulku”*
- ”Kohtaa aidosti ihmisen, kiireen tuntu pois”*
- ”Yksinäisyyteen kiinnitettävä huomiota; omaiset, vapaaehtoistoiminta”*
- ”Samat henkilöt mahdollisimman pitkään hoitamassa”*
- ”Riittävästi aikaa kohdata asiakas, olla asiakkaan luona”*
- ”Asunnon esteettömyys ja riittävä varustus”*
- ”Tuttu työntekijä ja työnantaja”*
- ”Kotisairaala, liikkuva terveysasema”*

**Mitä apua tarvitset, jotta voisit asua kotonasi mahdollisimman kauan?**

- ”Turvallisuus: asunnon turvallisuus ja paloturvallisuus”*
- ”Omaishoitajien jaksamisesta huolehtiminen”*
- ”Hyvä tukiverkosto”*
- ”Puolison tuki on tärkeä”*
- ”Saa apua ja tietoa tarvittaessa yhdestä paikasta”*
- ”Palvelut lähellä!”*
- ”Saan tarvittavat apuvälineet, lääkehuollon, ateriapalvelun, polttopuut”*
- ”Apua/kannustusta fyysisestä kunnosta huolehtimiseen, kun ei jaksa lähteä esim. ulkoilemaan, jumpat, tasapainoharjoitukset jne.”*
- ”Asumisyhteisön tuki, senioritalot”*

*”Muistijumppaa, muistamisen apuvälineet”*

*”Atk-opetus, koska palvelut netissä”*

*”Kylätalkkari”*

*”Liikenne- ja kulkuyhteydet”*

*”Yhdessä oleminen ja kohtaaminen → en ole yksin”*

### **Miten kotihoitoa tulisi kehittää?**

*”Liikkuva terveysasema ja kotisairaala”*

*”Yhteydenpito: sähköinen media, skype”*

*”Hehkot tärkeitä; uusi kysely tulisi tehdä kun täyttää 80 vuotta”*

*”Yhteistyön parantaminen seurakunnan ja 3. sektorin kanssa”*

*”Riittävä resursointi: hoitajat, vapaaehtoiset, omaiset”*

*”Syrjäkyläasukkaiden tasavertaisuus”*

Vanhusneuvoston tapaamisella ja oppimiskahvilamenetelmällä saatiin arvokasta tietoa ikäihmisten toiveista ja kokemuksista. Vanhusneuvostot olivat myös itse innostuneita menetelmästä ja kokivat osallistumisen mielekkääksi. Osallistaminen tuki hyvin kotihoidon asiakkaille tarkoitetun mittarin rakentamista.

### **5.2.2 Tuplatiimi**

Tuplatiimin luova ideointi toimii seuraavien vaiheiden kautta. Vetäjä muotoilee kysymyksen tai ongelman, jota ratkaistaan. Jokainen pohtii keskustelematta omia ehdotuksia ja kirjaa ne muistiin. Omat kysymykset esitellään pareittain toiselle ja pari valitsee tai kehittää kaksi yhteistä kysymystä. Parit muodostavat nelikkoja, jotka esittelevät valitsemansa kysymykset ja valitsevat niistä tai kehittävät yhden yhteisen kysymyksen kotihoidon asiakkaille. (Wikipedia Tuplatiimi.)

Kotihoidon henkilöstö osallistettiin asiakkaille tehtävään kyselyyn niin että työntekijöiltä kysyttiin näkemyksiä asiakastytyväisyyskyselyyn. Heille annettiin valmiiksi seuraavat kysymykset, joihin he pohtivat vastauksia ensin yksin:

- Millainen on hyvä hoitaja?
- Mitä on hyvä hoito?
- Miten kotihoitoa tulisi kehittää?
- Mitä on laadukas kotihoito?

- Mieti kaksi tärkeintä kysymystä, joilla haluat selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä antamaasi kotihoidon palveluun?

Seuraavaksi he muodostivat parit ja valitsivat mielestään kaksi tärkeintä aihetta tai kysymystä, jonka toivoivat kyselyssä esiintyvän. Tämän jälkeen parit muodostivat nelikkoja, jolloin yhdessä ryhmässä oli neljä kysymystä, joista he valitsivat esitettäväksi tärkeimmän. Näin saatiin lopulta neljä kysymystä, jotka päätyivät lopulliseen kyselyyn.

### 5.3 Kyselytutkimus

Työhömme valikoitui kvantitatiivinen, määrällinen tutkimus eli tilastollinen tutkimus. Perusteluna tutkimusmenetelmän valinnalle on kohdejoukon suuri määrä. (Ks. Heikkilä 2008, 16.) Kyselytutkimus on tapa kerätä ja tarkastella tietoa muun muassa ihmisten mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Kyselytutkimuksessa vastaajalle esitetään kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä, lomake toimii mittausvälineenä. Kyselytutkimuksessa mittarilla tarkoitetaan kysymysten ja väitteiden kokoelmaa, joilla asioita pyritään mittaamaan. Kyselytutkimus on suurelta osin määrällistä tutkimusta, jossa sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Kyselyaineistot koostuvat mitatuista luvuista ja numeroista, sillä vaikka kysymykset on esitetty kirjallisesti, niin vastaukset ilmaistaan numeerisesti. Myös tilastollisilla menetelmillä voidaan päästä asioiden yksityiskohtiin. (Vehkalahti 2008, 11–13.)

Kyselyssä voi olla sekä suljettuja että avoimia osioita. Suljetun osion vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi lomakkeeseen, avoimeen osioon vastataan vapaamuotoisesti. Kyselyssämme käytetään pääosin suljettuja osioita ja sisältäen myös yhden avoimen vapaamuotoisen kohdan. Molemmilla osioilla on hyvät ja huonot puolensa. Suljetut osiot, valmiit vaihtoehdot selkeyttävät mittauksia ja helpottavat tietojen käsittelyä. Avovastauksissa voidaan kuitenkin saada tutkimuksen kannalta olennaista tietoa, joka muuten voisi jäädä havaitsematta. (Vehkalahti 2008, 24–25.)

Käytimme kyselytutkimuksessamme pääosin Likertin asteikkoa, joka on yleisin käytetty järjestysasteikko (Ks. Vehkalahti 2008, 35). Mielipidekyselyissä on usein monia suljettujen kysymysten muodossa väittämiä, johon vastataan asteikkotyypin

vaihtoehdoin. Etuna on, että saadaan paljon tietoa pienessä tilassa, haittana puolestaan se, että vastauksista ei voida päätellä, mikä painoarvo kohteilla on vastaajille. Likertin asteikko on tavallisesti 4- tai 5 -portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko. Likertin asteikkoa käytettäessä on harkittava useita eri asioita. Otetaanko käyttöön miten monta arvoa asteikolle, miten arvot ilmoitetaan sanallisesti ja aloitetaanko vaihtoehdolla samaa vai eri mieltä. Tärkeää on miettiä, miten asteikon keskikohta muotoillaan (en osaa sanoa, ei samaa eikä eri mieltä, vaikea sanoa), jätetäänkö se kokonaan pois vai sijoitetaanko viimeiseksi vaihtoehdoksi en osaa sanoa. (Heikkilä 2008, 52–53.) Poikkesimme perinteisestä Likertin asteikosta kuitenkin niin, että osassa kysymyksistä ei ole kuin kaksi tai kolme vaihtoehtoa. Muutamassa kysymyksessä oli turvallisempaa ja informatiivisempaa rajata vastausvaihtoehdot kahteen tai kolmeen.

Kyselytutkimusmenetelmästä löytyy sekä hyviä että huonoja puolia. Kyselytutkimuksen hyvä puoli on se, että tutkija ei omalla olemuksellaan vaikuta vastauksiin. Tosin tutkimuksessamme kyselylomakkeen toimittajina ovat kotihoidon henkilöstö, jotka voivat omalla olemuksellaan vaikuttaa kyselyn suorittajaan antamalla esimerkiksi puutteellisen ohjeistuksen. Kyselylomakkeessa on mahdollisuus esittää runsaasti kysymyksiä, etenkin kun vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Luotettavuutta parantaa se, että kysymykset esitetään kaikille vastaajille samassa muodossa. Vastaaja voi valita vastaamisajan itselleen sopivaksi, hän voi pohtia rauhassa vastauksia ja tarkistaa niitä. Kyselyssämme vastausaikaa on annettu noin kaksi viikkoa. (Ks. Valli 2001, 30–31.)

Haittapuolena kyselytutkimuksessa on muun muassa se, että väärinymmärryksiä voi tapahtua, koska vastaaja ei saa tarkentavaa informaatiota epäselvien kysymysten osalta. Tutkimuksessamme vastaajilla oli mahdollisuus kysyä neuvoja kotihoidon henkilöstöltä, jolloin he pystyivät tarvittaessa antamaan tarvittavaa tukea. Huolellinen vastausohje, selkeä lomake ja lomakkeen esitestaus pienentävät väärinymmärrysten riskiä. (Valli 2001, 31.)

Esitestaus on erittäin tärkeä vaihe lomakkeen kehittämisessä (Valli 2001, 31). Tutkimuksessamme kysely esitettiin kymmenellä Juvan päivätoiminnan asiakkaalla, joilla käy myös kotihoito. Lomakkeen testaajien tulee aktiivisesti pyrkiä selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen

toimivuuden, lomakkeen vastaamisen raskauden ja vastaamiseen kuluvan ajan. Heiltä tulisi myös saada tietoa, puuttuuko lomakkeesta jokin oleellinen kysymys. (Ks. Heikkilä 2008, 61.) JJR-esimiehet saivat kommentoida lomaketta myös useasti.

Hyvän kyselylomakkeen ominaisuuksia ovat selkeys, siisti ulkoasu, asiallinen tyyli, kysymysten looginen eteneminen ja kysymysten ymmärrettävyys (Heikkilä 2008, 56; Aaltola & Valli 2001, 100). Erityisesti pohdimme kysymysten loogista etenemistä ja päätimme muodostaa eri kategorioita, joihin valittiin väitteitä tai kysymyksiä. Oli mielekästä edetä perustiedoista kohti palvelua koskevia kysymyksiä. Seuraavaksi lomaketta syvennettiin työntekijöitä koskeviin kysymyksiin ja vasta sen jälkeen kysyimme henkilökohtaisia elämänlaatuun liittyviä asioita. Tämän jälkeen karsittiin kysymysten joukkoa ja muodostettiin ensimmäinen versio lomakkeesta. Erityisesti toimintakyvyltään heikentyneen vastaajan kohdalla on huomioitava lomakkeen selkeys. On huomioitava fontti, riviväli, kirjasin koko, kysymysten selkokielisyys, vierasperäisten sanojen käyttö ja lomakkeen pituus. Yleisesti ottaen palaute lomakkeen täyttäjiltä ja työntekijöiltä oli positiivista, lomake oli selkeä ja sopivan pituinen. Vallin (2001, 32) mukaan tutkimuksen onnistumisen kannalta vastausprosentti on tärkeä tekijä. Korkeaan vastausprosenttiin vaikuttavat useat eri tekijät kuten kohderyhmä, kyselyn aihe, lomakkeen pituus, kysymysten tyyppi ja määrä, onnistunut motivointi saatekirjeessä sekä lomakkeen ulkoasu. Kyselymme vastausprosentti oli korkea.

Lomakkeet jaettiin tiimeihin, joissa oli valmiina asiakaslistat. Työntekijät merkitsivät asiakkaan nimen, kun olivat vieneet lomakkeen ja merkintä tehtiin myös siinä vaiheessa kun työntekijä palautti lomakkeen. Näin toimimalla voitiin varmistaa korkeampi palautumismäärä kuin mitä esimerkiksi postikyselyllä olisi todennäköisesti ollut. Säännöllisiä kotihoidon asiakkaita oli aineistonkeruuvaiheessa 131 kappaletta. Lomakkeita jaettiin asiakkaille yhteensä 116 kappaletta, koska osa oli muun muassa sairaalassa tai muuten tavoittamattomissa.

Kotihoidon työntekijät veivät tutkittaville tyhjässä kirjekuoressa kyselylomakkeen normaalin käynnin yhteydessä. Kyselyyn osallistujille annettiin vastausaikaa toukokuun 2012 kaksi viimeistä viikkoa. Ohjeistuksena suositeltiin kyselyyn osallistuvan henkilön täyttävän itse lomakkeen, mutta analysointiin otettiin kuitenkin mukaan kaikki lomakkeet. Taustamuuttujissa on huomioitu, jos täyttämässä oli

käytetty avustajaa. Kotihoidon henkilökunta toimitti kuoreen suljetut lomakkeet kotihoidon toimistolle suljettuun laatikkoon.

Luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava, että vastaajat eivät välttämättä vastaa rehellisesti kyselyyn tai he eivät suhtaudu siihen vakavasti. Kyselylomakkeen kysymykset ja annetut vaihtoehdot voivat olla puutteellisia tai vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin olemme ajatelleet. (Hirsjärvi ym. 2000, 182.) Kyselyymme vastanneet kotihoidon asiakkaat voivat olla toimintakyvyltään heikentyneitä, emmekä voi olla varmoja, ovatko he ymmärtäneet kysymyksemme oikealla tavalla. Myös vastaajan yleinen vireystila voi vaikuttaa hänen vastauksiinsa.

Vastaajat voivat myös pyrkiä vastaamaan kyselyyn odotusten mukaisesti (Krause & Kiiikkala 1996, 107). Kyselyn luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että kotihoidon henkilökunta osallistuu prosessin toteutukseen toimimalla lomakkeiden kuljettajana ja ohjeistajana. Ohjeistuksen taso voi vaihdella työntekijästä riippuen ja vastauksiin voi vaikuttaa vastaajan oletukset ja luottamus anonymiteetistä. Luotettavuuteen voi vaikuttaa, toimiiko vastaajana omainen, työntekijä tai muu avustava henkilö. Kyselyn tulosten ollessa verrattain hyvät, pohdittavaksi jää, ovatko kotihoidon asiakkaat pyrkineet vastaamaan odotusten mukaisesti.

### **Aineiston analysointi**

Lomakkeiden tiedot täytyy ensin tarkistaa ennen kuin tuloksia päästään analysoimaan. Aineistosta tarkastetaan virheellisyyksiä ja esimerkiksi puuttuvia tietoja. Tämän perusteella voidaan tehdä päätös esimerkiksi materiaalin hylkäämisestä. (Hirsjärvi ym. 2007, 221.)

Tässä tutkimuksessa ei hylätty yhtään kokonaista lomaketta. Yhdeksästäkymmenestä kolmesta (93) palautuneesta lomakkeesta kolmekymmentäkahdeksan (38) kappaletta oli puutteellisia. Niistä puuttui yksi tai useampi vastausvaihtoehto, vastaaja oli ympäröinyt useamman vaihtoehdon tai valittu vaihtoehto oli merkitty epäselvästi. Yhtään lomaketta ei hylätty kokonaan, koska osittainkin täytetyt lomakkeet tuovat lisäarvoa tuloksiin. Puutteellisten lomakkeiden tiedot voidaan analyysissä huomioida, koska lomakkeista voidaan saada täydennykseksi keskiarvotietoa (Hirsjärvi ym. 2000, 208).

Aineisto analysoitiin PSPP- ohjelmalla, koska tarkoituksena on käyttää mittaristoa jatkossa vuosittain. PSPP-ohjelma on tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltu ilmaisohjelmisto ja se toimii melkein kaikissa käyttöjärjestelmissä. Se on samankaltainen kuin SPSS-ohjelma muutamien poikkeuksin. (Wikipedia PSPP.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta muodostetaan muuttujia, jolloin aineisto voidaan käsitellä tilastollisesti (Hirsjärvi ym. 2000, 208). Määrällisen aineiston analyysissä käytetään tilastollisia kuvailu- ja analyysimenetelmiä (Krause & Kiikkala 1996, 119). Aineisto käsiteltiin koodaamalla kyselylomakkeen monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot eli muuttujien arvot, jonka jälkeen ne tallennettiin PSPP-ohjelmistolla. Tämän avulla saimme aineistosta muuttujille frekvenssit eli muuttujien suorat jakaumat. Avoimet kysymykset käsiteltiin luokittelemalla vastaukset eri luokkiin. Yleisimmin esiintyneiden perusteella muodostimme pääluokat, joihin sijoitimme vastaukset.

## 6 TULOKSET

Kyselyn tulokset esitellään sanallisesti sekä taulukoiden avulla. Tuloksia kuvataan sekä määrinä että prosentteina. Perustulosten lisäksi tuloksia on myös ristiintaulukoitu. Ristiintaulukoinnit esitetään sanallisessa muodossa taulukoiden alla. Prosentit on pyöristetty pyöristyssäännön mukaisesti lähimpään täyteen prosenttiin.

### 6.1 Asiakkaiden taustatiedot

Lomakkeita jaettiin 116 kappaletta, niistä palautui 93. Vastausprosentiksi muodostui 80 %. Vastanneista miehiä oli kolmannes ja naisia enemmistö kaksi kolmasosaa.

#### TAULUKKO 2. Taustamuuttujat

Taustatiedot		Lukumäärä	%
Sukupuoli	N=90		
	Nainen	56	62
	Mies	34	38
Ikä vuosina	N=91		

	Alle 65	12	13
	65–74	19	21
	75–84	26	29
	85–94	33	36
	Yli 95	1	1
Asuinpaikka	N=90		
	Taajama	72	80
	Haja-asutusalue	18	20
Asumismuoto	N=89		
	Yksinasuvat	57	64
	Ei yksinasuvat	32	36
Palveluaika vuosina	N=82		
	Alle ½ vuotta	6	7
	½ -2	35	43
	2–5	24	29
	Yli 5 vuotta	17	21
Käyntikerrat/vko	N=91		
	1–2 krt	42	46
	3–4 krt	6	7
	5 tai enemmän	43	47
Lomakkeen täyttäjä	N=91		
	Itse	40	44
	Omainen	32	35
	Työntekijä	18	20
	Muu	1	1

Suurin osa vastaajista oli iältään yli 75-vuotiaita ja neljä viidesosaa asui taajamassa. Vastaajista kaksi kolmasosaa asui yksin. Suurin osa oli saanut kotihoitoa yli puoli vuotta. Noin puolet vastaajista sai palvelua 1-2 kertaa viikossa ja puolet yli viisi kertaa viikossa tai enemmän. (Taulukko 2.)

Naisista 70 % asui yksin, kun taas miehistä vastaava prosentti oli 53 %. Miehet näyttivät tulevan kotihoidon asiakkaiksi aikaisemmin kuin naiset. Miesten osuus oli noin puolet suurempi alle 75-vuotiaissa kotihoidon asiakkaissa kuin naisten.

Vastaajista reilusti yli puolet (65 %) asui haja-asutusalueella jonkun kanssa, kun taas taajamassa asuttiin useimmiten yksin (70 %).

Haja-asutusalueella asuvien luona kotihoito kävi pääsääntöisesti 1–2 kertaa viikossa (72 %). Taajamassa asuvista vastaajista 41 %:a vastasi, että heidän luonaan käytiin 1–2 kertaa viikossa. Taajamassa asuvista vastaajista kotihoito kävi 55 %:n luona viisi kertaa viikossa tai enemmän.

Yli viisi vuotta asiakkaina olleista 53 % pärjäs edelleen 1–2:lla käyntikerralla viikossa, kun taas uusista asiakkaista kaksi kolmasosaa on saanut kotihoidon palvelua heti alusta alkaen viisi kertaa viikossa tai enemmän.

## 6.2 Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitopalveluihin

Vastaajien tyytyväisyyttä palveluihin kartoitettiin kuudella eri kysymyksellä (taulukko 3). Lomakkeessa kysyttiin kuinka kotihoito vastasi asiakkaiden tarpeita, kuinka tyytyväisiä asiakkaat olivat palveluihin sekä miten asiakkaat kokivat saavansa osallistua oman hoidon ja palvelun suunnitteluun. Lisäksi kysyttiin, ovatko maksupäätökset ymmärrettäviä ja selkeitä, saavatko asiakkaat tietoa itseä koskevista asioista sekä saavatko he palvelua sopivana ajankohtana.

### TAULUKKO 3. Asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin

#### TYTYTYVÄISYYS PALVELUIHIN

Kotihoito vastaa asiakkaan tarpeita

	N=92	%
Erittäin hyvin	32	35
Melko hyvin	55	60
Melko huonosti	3	3
Erittäin huonosti	2	2

Asiakkaan tyytyväisyys kotihoidon palveluihin

	N=92	%
Erittäin tyytyväinen	38	41
Melko tyytyväinen	49	53
Melko tyytymätön	3	3
Erittäin tyytymätön	2	2

Osallistuminen oman hoidon ja palvelun suunnitteluun		
	N=87	%
Osallistunut	48	55
Ei osallistunut	39	45

Kotihoidon maksupäätöksen ymmärrettävyys ja selkeys		
	N=86	%
Erittäin selkeä	20	23
Melko selkeä	39	45
Ei tietoa	21	24
Melko epäselvä	4	5
Erittäin epäselvä	2	2

Tiedonsaanti työntekijöiltä itseä koskevista asioista (palvelut, etuudet, terveydenhoito)		
	N=89	%
Erittäin hyvin	39	43
Melko hyvin	39	43
Melko huonosti	7	8
Erittäin huonosti	4	5

Kotihoidon palvelu on annettu sopivana ajankohtana		
	N=91	%
Yleensä	76	84
Vaihtelevasti	13	14
Harvoin	1	1
Ei koskaan	1	1

Lähes jokainen vastaaja (95 %) oli tyytyväinen kotihoidon palveluihin ja kotihoito vastasi heidän tarpeitaan hyvin. Oman hoitonsa ja palvelun suunnitteluun osallistui mielestään vain hieman reilut puolet vastaajista (55 %). Vaikka melkein puolet vastaajista ei ollut mielestään osallistunut hoitonsa ja palvelujensa suunnitteluun, kuitenkin kotihoito vastasi heidän tarpeitaan hyvin.

Maksupäätöksestä ei ollut tietoa vajaalla kolmanneksella (24 %), mutta suurin osa kuitenkin koki, että se on ymmärrettävä ja selkeä. Suurin osa (86 %) vastaajista koki

saavansa tietoa itseään koskevissa asioissa ja kotihoidon palvelu oli annettu sopivana ajankohtana 84 %:n mielestä.

### 6.3 Asiakkaiden kokemus työntekijöiden ammatillisuudesta

Työntekijöiden ammatillisuuteen kohdistuvia kysymyksiä oli kuusi ja ne on koottu seuraavaan taulukkoon 4. Lomakkeessa kysyttiin työntekijöiden tavoitettavuudesta, ajan riittävydestä, hoidon kiireettömyydestä ja työntekijöiden vaihtuvuudesta. Lisäksi kysyttiin, ovatko työntekijät rehellisiä, luotettavia ja ystävällisiä ja kunnioittavatko he asiakkaitaan.

#### TAULUKKO 4. Työntekijöiden ammatillisuus

TYÖNTEKIJÖIDEN AMMATILLISUUS		
Työntekijöiden tavoitettavuus		
	N=91	%
Tavoittaa useimmiten	72	79
Tavoittaa vaihtelevasti	15	17
Ei yleensä tavoita	4	4
Työntekijöillä on riittävästi aikaa		
	N=91	%
Yleensä	53	58
Vaihtelevasti	24	26
Harvoin	10	11
Ei koskaan	4	4
Työntekijät hoitavat asiakkaitaan kiireettömästi		
	N=92	%
Yleensä	54	59
Vaihtelevasti	30	33
Harvoin	7	8
Ei koskaan	1	1
Työntekijöiden vaihtuvuus		
	N=90	%
Ei liian usein	49	54
Joskus liian usein	26	29
Kyllä liian usein	15	17

---

Työntekijät ovat rehellisiä ja luotettavia		
	N=92	%
Yleensä	90	98
Vaihtelevasti	1	1
Harvoin	1	1
Ei koskaan	0	0

---

Työntekijät kunnioittavat asiakkaita ja ovat ystävällisiä		
	N=92	%
Yleensä	88	96
Vaihtelevasti	3	3
Harvoin	1	1
Ei koskaan	0	0

---

Suurin osa vastaajista (79 %) koki, että työntekijät tavoitetaan hyvin, kuitenkin viidenneksen mielestä tavoitettavuudessa on joskus ongelmia. Reilu puolet vastaajista koki, että työntekijöillä on riittävästi aikaa heille ja työntekijät hoitavat asiakkaita kiireettömästi. Loput vastaajista olivat sitä mieltä, että ajan riittävyys ja hoidon kiireettömyys vaihtelee tai sitä on harvoin tai ei koskaan. Melkein puolet vastaajista koki, että työntekijät vaihtuvat ainakin joskus liian usein. Lähes kaikki vastaajat kokivat, että työntekijät ovat rehellisiä, luotettavia ja ystävällisiä sekä he kunnioittavat asiakkaitaan.

Vastaajista neljätolista koki, että työntekijöillä oli aikaa harvoin tai ei koskaan. Nämä vastaajat saivat pääsääntöisesti kotihoidon palvelua viisi kertaa viikossa tai enemmän. Asuinpaikalla ei ollut merkitystä siihen, kuinka vastaajat kokivat työntekijöillä olevan heille aikaa. Niiden vastaajien mielestä (15 vastaajaa), jotka kokivat työntekijöissä olevan liikaa vaihtuvuutta, kotihoito kävi viisi kertaa viikossa tai enemmän yhdentoista vastaajan luona.

Työntekijät vaihtuivat liian usein vastaajista 44 %:n mielestä, jos työntekijä oli avustanut lomakkeen täytössä. Jos lomakkeen oli täyttänyt itse, vastaava prosentti oli 3 % ja jos lomakkeen täytössä oli avustanut omainen, prosentti oli 16 %. Jos

huomioidaan ”joskus liian usein”- vastanneiden määrät, ei vertailussa ollut suuria eroja.

#### 6.4 Asiakkaiden elämänlaadun kokemus

Elämänlaatua kartoitettiin yhdeksällä kysymyksellä, saadut tulokset on koottu taulukkoon 5. Lomakkeessa kysyttiin asiakkaiden tyytyväisyyttä elämään, kokemusta kotona olon turvallisuudesta, yksinäisyydestä ja terveydentilasta. Lisäksi kysyttiin rajoittako kipu asiakkaan elämää, saavatko he riittävästi apua henkilökohtaisen hygienian hoitoon sekä saavatko he syödä haluamaansa aikaan. Elämänlaatukysymyksiin kuului vielä, pääseekö asiakas ulkoilemaan riittävästi ja kokeeko hän kotinsa olevan riittävän puhdas ja siisti.

#### TAULUKKO 5. Asiakkaiden elämänlaadun kokemus

ELÄMÄNLAATU		
Asiakkaan tyytyväisyys elämään		
	N=91	%
Erittäin tyytyväinen	29	32
Melko tyytyväinen	54	59
Melko tyytymätön	8	9
Erittäin tyytymätön	0	0
Asiakas kokee kotona olonsa turvalliseksi		
	N=91	%
Usein	82	90
Vaihtelevasti	8	9
Harvoin	0	0
Ei koskaan	1	1
Asiakas kokee itsenä yksinäiseksi		
	N=91	%
Ei koskaan	20	22
Harvoin	38	42
Joskus	14	15
Usein	19	21

## Asiakkaan kokemus terveydentilastaan

	N=88	%
Erittäin hyvä	4	5
Melko hyvä	40	45
Melko huono	42	48
Erittäin huono	2	2

## Kipu rajoittaa asiakkaan elämää

	N=90	%
Ei lainkaan	8	9
Melko vähän	37	41
Melko paljon	32	36
Erittäin paljon	13	14

## Asiakas saa riittävästi apua henkilökohtaisen hygienian hoitoon

	N=84	%
Erittäin hyvin	38	45
Melko hyvin	42	50
Melko huonosti	3	4
Erittäin huonosti	1	1

## Asiakas voi syödä haluamaansa aikaan

	N=91	%
Usein	75	82
Joskus	15	16
Harvoin	1	1
Ei koskaan	0	0

## Koti on riittävä puhdas ja siisti

	N=89	%
Usein	68	76
Joskus	19	21
Harvoin	2	2
Ei koskaan	0	0

## Asiakas pääsee ulkoilemaan riittävästi

	N=86	%
Usein	52	61
Joskus	17	20
Harvoin	11	13
Ei koskaan	6	7

Kotihoidon asiakkaista lähes kaikki olivat tyytyväisiä elämäänsä ja kokivat olonsa kotonaan turvalliseksi. Reilu kolmannes (36 %) on usein tai joskus yksinäinen. Puolet vastaajista koki terveydentilansa heikentyneeksi tai kivun rajoittavan elämää. Lähes kaikki vastaajat saivat mielestään riittävästi apua henkilökohtaisen hygieniansa hoitoon. Suurin osa koki, että voi syödä haluamaansa aikaan, kuitenkin vajaa viidennes sai syödä vain joskus silloin kun haluaa. Vastaajista 3/4 oli sitä mieltä, että koti on riittävän puhdas ja siisti. Viidennes vastaajista koki, että he eivät pääse ulkoilemaan riittävästi.

Suurin osa niistä vastaajista, joiden terveydentila oli huono, kokivat myös, että kipu rajoittaa elämää. Yksinäisyyden tai turvattomuuden kokemisella ei ollut merkitystä sillä, asuiko vastaaja yksin tai jonkun kanssa. Jos lomakkeen täytössä oli omainen avustajana, kokemus yksinäisyydestä oli yleisempää. Vaikka jotkut vastaajat kokivat, että he eivät pääse ulkoilemaan riittävän usein, he kuitenkin kokivat, että kotihoito vastaa heidän tarpeitaan hyvin.

## 6.5 Asiakkaiden näkemys tulevaisuudesta

Näkemyksiä tulevaisuuden palveluista kartoitettiin kahdella kysymyksellä. Lomakkeessa kysyttiin, onko asiakas valmis vastaanottamaan yksityisen yrittäjän palveluja ja onko asiakas valmis asumaan muualla kuin omassa kodissaan.

### TAULUKKO 6. Asiakkaiden näkemys tulevaisuudesta

TULEVAISUUS		
Asiakas on valmis vastaanottamaan yksityisen yrittäjän palveluja		
	N=85	%
Kyllä	23	27
Ei	62	73
Asiakas on valmis asumaan muualla kuin omassa kodissaan		
	N=86	%
Kyllä	13	15
Ei	73	85

Suurin osa (73 %) vastaajista ei ole valmiita ottamaan vastaan yksityisen yrittäjän palveluja. Lähes jokainen (85 %) haluaa asua omassa kodissaan (Taulukko 6.) Jos asiakas halusi asua myös muualla kuin omassa kodissaan, vastauksissa mainittiin muun muassa seuraavia paikkoja: Kuharanta (3 mainintaa), Juvakoti (3 mainintaa), palvelukoti (2 mainintaa).

## 6.6 Avoimet kysymykset

Avoimena kysymyksenä kysyimme, miten kotihoitoa tulisi kehittää. Lisäksi annoimme mahdollisuuden kertoa vapaasti terveisiä kotihoidolle. Avoimiin kysymyksiin vastanneita oli 37 kappaletta. Luokittelun tuloksena muodostimme viisi eri kategoriaa.

**Hyvää palautetta** antoi neljätoista vastaajaa, vastauksissa muun muassa mainittiin, että palvelu on hyvää ja toimivaa sekä työntekijät ovat ystävällisiä ja hoitavat asiakkaita hyvin.

**Kiire ja vaihtuvuus.** Kahdeksan vastaajaa esitti, että työntekijöitä saisi olla enemmän ja kiirettä saisi olla vähemmän. He myös kokivat, että käyntiaikaa saisi olla enemmän. Viisi vastaajaa toi ilmi, että työntekijät vaihtuvat liian usein.

**Palvelujen sisällön kehittäminen.** Kymmenen vastaajaa toivoi, että kotihoidon palvelujen sisältö olisi laajempi. Siihen toivottiin kuuluvan myös muut kotiaskareet, kuten siivous tai kaupassakäynti. Ulkoilua toivottiin sisältyväksi kotihoidon työhön. Yhdessä vastauksessa pidettiin tärkeänä kartoittaa apuvälineistö riittävän usein. Toivomuksena on, että kaikki palvelut tulisivat kotihoidolta.

**Kielteistä palautetta** tuli viideltä vastaajalta. Vastaajat mainitsivat muun muassa, että tiedonkulussa on ollut ongelmia ja unohduksia käynneissä ja soitoissa on joskus sattunut. Toivottiin myös, että vanhusten puolia pidetään ja heillä olisi itsemääräämisoikeus.

Loput vastaukset (7 kpl) eivät olleet luokiteltavissa, eivätkä ne antaneet uutta informaatiota.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Havaitsimme tulosten purkamisen yhteydessä virheen kahden kysymyslomakkeen skaalassa. Kysymyksissä 21 ja 23 skaalat olivat päinvastaisessa järjestyksessä kuin muissa kysymyksissä. Se voi vaikuttaa tuloksiin vääristämällä keskiarvoa tai vastaaja on voinut vastata samalla tyyllillä kuin muissa kysymyksissä.

Huomattavasta määrästä lomakkeita puuttui vastauksia. Osalta vastaajista oli jäänyt epähuomiossa kokonainen sivu täyttämättä. Tarkastelimme lomakkeen kysymyksiä, johon saatujen vastauksen määrä oli keskimääräistä alhaisempi. Viidennessä kysymyksessä kysyttiin kuinka kauan vastaaja on saanut kotihoidon palvelua. Tätä kysymystä oli selvästi vaikea hahmottaa (N=82). Vaihtoehdot olivat joko epäselviä tai vastaajat eivät tienneet tai muistaneet, kuinka kauan ovat palvelua saaneet. Kysyttäessä henkilökohtaisen hygienian hoidosta, vastaajien määrä oli keskiarvoa pienempi (N=84). Syynä voi olla vierasperäisen sanan ”hygienia” esiintyminen kysymyksessä. On huolestuttavaa, että 17 vastaajaa koki, etteivät he pääse ulkoilemaan riittävästi (N=86). Jäimme miettimään myös, miksi vastaajamäärä jäi ulkoilukysymyksessä keskimääräistä alhaisemmaksi. Olisiko kysymys pitänyt muotoilla toisin tai oliko skaala vääränlainen. Tutkimusten mukaan ulkoilu parantaa sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä sekä lievittää yksinäisyyden tunnetta ja ehkäisee syrjäytymistä (Kotiin annettavat palvelut ja hoito 2012, 30).

Yleisesti tuloksista voidaan sanoa, että kyselyyn vastanneet kotihoidon asiakkaat ovat hyvin tyytyväisiä elämänlaatuunsa sekä kotihoidon palveluihin. Korkeaan vastausprosenttiin vaikutti kyselyn onnistunut toteuttamistapa. Myös tässä työssä esitellyt aikaisemmat tutkimukset tukevat tuloksiamme. Ulkoinen validius käsittää tarkastelun siitä, kuinka yleistettävä tutkimus on (Metsämuuronen 2006, 64). Vaaraman ym. (2009, 1) tutkimuksessa hoitotyön laatu koettiin hyväksi ja sillä oli myönteinen vaikutus elämänlaatuun, joka koettiin verrattain hyväksi. Vaaraman (2006, 14) tutkimuksen mukaan hoidon laadulla on yhteys asiakkaiden elämänlaatuun. Muun muassa asiakkaiden toiveet huomioonottava ja ammattitaitoinen palvelu, rehellisyys, luotettavuus sekä asiakasta arvostava ja ystävällinen kohtelu ovat tärkeitä koettuun elämänlaatuun.

Huomion arvoinen asia tuloksissa on, että melkein puolet vastaajista koki, etteivät he olleet osallistuneet oman hoitonsa ja palvelujensa suunnitteluun. Hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittava asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa kanssa yhdessä, siitä on annettava asiakkaalle kopio ja sitä on päivitettävä säännöllisesti (Kotiin annettavat palvelut ja hoito 2012, 25). Kolmanneksella vastaajista ei ollut tietoa omasta palvelu- ja maksupäätöksestään. Tämä voi selittyä sillä, että päätös ei mene asiakkaalleen itselleen, vaan esimerkiksi omaiselle tai edunvalvojalle.

Jotkut asiakkaat, joiden terveydentila oli hyvä ja kipuja ei ollut, saivat kuitenkin kotihoitoa. Tämä voi selittyä sillä, että asiakkaan käsitys omasta tilanteestaan poikkeaa hoitavan tahon näkemyksestä tai kotihoito tekee ennaltaehkäisevää työtä.

Vastaajista 73 % ei ollut valmis vastaanottamaan yksityisiä kotihoitopalveluita. Tärkeää olisi ollut selvittää syy kielteiseen suhtautumiseen. Palvelujen kehittämisen kannalta tulisi selvittää, mitä ennakkokäsityksiä yksityisiin palveluihin liittyy ja miten tiedottamista ja markkinointia voisi tehostaa. Osataanko kotitalousvähennystä käyttää ja koetaanko yksityiset palvelut esimerkiksi liian kalliiksi. Kuntien oma palvelutuotanto ei todennäköisesti pysty vastaamaan nopeasti kasvavan ikääntyvän väestön palvelutarpeeseen pelkästään yksin, vaan yksityiset palveluntuottajat ovat luonnollinen osa palvelujärjestelmää. Palveluseteli on käytössä jo useissa kunnissa ja sen avulla voidaan paremmin vastata asiakkaiden palvelutarpeeseen. Myös Juvan kunta aikoo laajentaa palvelusetelin käyttöä lähitulevaisuudessa.

Haja-asutusalueella asuvat vastaajat asuvat useimmiten jonkun muun kanssa. Huolestuttavaa on, että esimerkiksi asumiskumppanin kuoltua selviytyminen ei enää välttämättä onnistu. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, syntyykö miehillä tarve kotihoidon palveluihin siinä vaiheessa kun puoliso kuolee, eivätkä omat taidot riitä kodinhoidollisiin tehtäviin.

Haja-asutusalueella kotihoito ei käynyt kuin 1-2 kertaa viikossa. Tämä tarkoittaa, että runsaampaa apua tarvitsevat eivät saa palvelua tasavertaisesti taajamassa asuvien kanssa. Useiden kohdalla tämä voi tarkoittaa muuttoa lähemmäksi palveluja. Jo näissä tuloksissa suurin osa avun tarvitsijoista asui taajamassa. Valtakunnallisessa kotihoidon valvontaohjelmassa (2012, 20, 22) painotetaan palvelujen antamista asuinpaikasta

riippumatta myös ilta-, viikonloppu ja yöaikoina. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (2012, 20) mainitaan, että palvelut olisi järjestettävä niin, että ne ovat ikääntyneen väestön yhdenvertaisesti saatavissa. Kunnan tulisi järjestää palvelut lähellä asiakkaita, jollei palvelujen alueellinen keskittäminen ole perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. Palvelujen laatu tarkoittaa muun muassa sitä, että palvelujen avulla voidaan varmistaa asiakkaan turvallinen elämä. Jos iäkäs henkilö asuu kaukana kunnan keskustasta ja tarvitsee huomattavan määrän kotiin annettavia palveluja, hänen turvallisuuttaan ei ehkä voida taata kotiin vietävillä palveluilla. Tällöin arvioidaan, tulisiko iäkkäälle henkilölle järjestää asunto kunnan keskustasta tai paikka ympärivuorokautisia palveluja tarjoavassa toimintayksikössä.

Kotihoidon käynnit 1–2 viikossa ovat yleensä ennaltaehkäiseviä terveydentilan seurantaan liittyviä käyntejä. Tulosten mukaan yli viisi vuotta asiakkaina olleista selviytyy arjestaan edelleen tällä käyntimäärällä. Tämä voi kertoa ennaltaehkäisevän seurannan merkityksestä. Uusimmista asiakkaista suurin osa on joutunut suoraan maksimi käyntikertojen piiriin. Taustalla voi olla esimerkiksi tapaturma tai sairauden paheneminen, jota ei ole voitu ennaltaehkäistä.

Tuloksista on nähtävillä että osa vastaajista ei voinut syödä haluamaansa aikaan. Tämä asettaa haastetta esimerkiksi ateriapalvelun toimivuudelle sekä kotihoidon oikea-aikaiselle toiminnalle.

Osa vastaajista koki, että työntekijöissä oli liikaa vaihtuvuutta ja nämä vastaajat olivat useimmiten niitä, joilla oli enemmän kotihoidon tarvetta. Pohdittavaksi jää, liittyykö kokemus siihen, että usein päivässä palvelua saavien luona työntekijä vaihtuu luonnostaan vuoroyön vuoksi.

Avoimen kysymyksen tulokset tukevat strukturoidun osuuden kysymyksiä, muun muassa kokemukset kiireestä ja työntekijöiden vaihtuvuudesta nousivat esille molemmissa vastausmuodoissa. Tässä kyselyssä avoimia kysymyksiä oli verrattain vähän. Joissain kohti jäimme kaipaamaan tarkentavaa tietoa, jonka olisimme saaneet avoimella kysymyksellä. Jatkossa voisi miettiä, olisiko avoimia kysymyksiä syytä olla enemmän.

## 7.2 Kehittämistyön pohdintaa

Aikaisempia kartoituksia ei ole aiheesta Juvalla käytössä, joten tämän kehittämistehtävän avulla saatiin ajantasaista tietoa. Esimerkiksi viime aikoina on keskusteltu julkisuudessa paljon vanhustenhuollon huonosta laadusta. Tämän selvityksen mukaan ikäihmiset ovat tyytyväisiä elämäänsä ja saatuun palveluun. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö palveluja tulisi kehittää jatkuvasti ja seurata palvelujen vastaavuutta tarpeisiin nähden.

Kehittämistehtävän tavoitteena oli tutkia kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluun ja mitata heidän elämänlaatuaan sekä kartoittaa mielikuvia hyvästä hoidosta ja tulevaisuuden palveluista. Tarkoituksena oli kehittää kotihoitoon sopiva mittaristo laadunvarmistuksen tueksi.

Onnistuimme selvittämään kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluihin ja saimme tietoa heidän elämänlaadustaan. Vastaajien alentunut toimintakyky huomioiden, täytyy tuloksiin suhtautua kriittisesti. Vastaajat eivät ole välttämättä ymmärtäneet kysymyksiä tai emme tiedä, vaikuttiko tuloksiin se, että yli puolessa lomakkeista oli käytetty avustajaa. Kotihoidon asiakkaista suurimmalla osalla on kognitiivinen toimintakyvyn vaje, jolloin omaisten rooli laadun arvioinnissa on erityisen tärkeä (Voutilainen 2007, 13). Aikaisemmissa tutkimuksissa (Carr-Hill 1992; Ownes & Batchelor 1996) on selvitetty että avusta riippuvaisten asiakkaiden ja potilaiden on hyvin vaikea arvioida saamaansa palvelua tai hoitoa. Edebalkin (1992) ja Malinin (1996) mukaan suurin on asiakkaista on tyytyväisiä saamaansa hoitoon, sillä arvostelu koetaan pulmallisena kiitollisuuden vuoksi. Arvostelun esittäminen sekä valittaminen ei ole helppoa, sillä sitä pidetään sopimattomana ja se voi uhata ihmisen oman arvon tunnetta tai palvelujen saamista. (Andersson ym. 2004, 487.)

Vanhusneuvostojen tapaaminen, jossa kartoitettiin oppimiskahvilamenetelmää käyttäen mielikuvia hyvästä hoidosta ja vanhuudesta sekä tulevaisuuden palveluista tuotti tietoa ja tuki aikaisempia tutkimuksia. Vanhusneuvostojen edustajat olivat tyytyväisiä, koska saivat olla osallisena palvelujen kehittämisessä ja he kokivat tulleensa kuulluksi.

Vaarama ym. (2006, 5) mukaan Care Keys -projektin tuloksellisuuden mittarina ovat kotihoidon ammatillinen laatu, asiakkaiden tyytyväisyys palveluun ja niiden myönteisiä vaikutuksia elämänlaatuun. Tässä kehittämistehtävässä luotuun mittaristoon on onnistuttu keräämään kyseistä tietoa hyvin.

Mittaristoa kehitettäessä tulisi miettiä eri osa-alueiden (palvelut, ammatillisuus, elämänlaatu) painotusta, koska eri osa-alueiden painotuksella voi olla merkitystä tuloksiin. Esimerkiksi elämänlaatua voidaan mitata useilla erilaisilla väitteillä tai kysymyksillä, jolloin elämänlaadun tulokseksi voi tulla muuta kuin tässä tutkimuksessa saatu tieto. Mittaristoa luotaessa tuli huomioida sen helppokäyttöisyys, koska sitä on tarkoitus käyttää jatkuvan mittauksen välineenä. Tällöin kartoitus ei voi olla liian raskas niin vastaajalle kuin tulosten analysoijallekaan.

Jatkossa mittariston luotettavuutta eli reliabiliteettia voidaan seurata vuosittain. Mittauksen reliabiliteetti on suuri, jos eri vuosina saadaan hyvin samankaltaisia tuloksia samantapaisesta aineistosta. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 17.) Tulee kuitenkin muistaa palvelujärjestelmässä tapahtuvat muutokset, jotka voivat osaltaan vaikuttaa tulosten merkittävään muuttumiseen. Mittaria käyttävät myös kaksi muuta JJR-kuntaa, joten mittarin luotettavuutta voidaan arvioida vertaamalla eri kuntien tuloksia, koska palvelun sisältö ja kohdejoukko ovat pääpiirteittäin samanlaisia.

Ikääntyneille kuntalaisille olisi jatkossa hyödyllistä pitää asiakastyytyväisyysmittausten yhteydessä esimerkiksi oppimiskahvilamenetelmää käyttäen palvelujen kehittämiseen liittyvä tapaaminen. Satunnaisia yhteisiä foorumeja palvelun tuottajille ja kuntalaisille on järjestetty, mutta toiminta voisi olla suunnitelmallisempaa ja jatkuvaa. Myös Outinen ym. (1999, 26) pitää tärkeänä asiakkaiden ja yleensä kuntalaisten osallistumista laadunhallintaan luomalla riittävästi mahdollisuuksia vaikuttaa.

Kyselymme tuloksia voidaan suoraan hyödyntää jatkotoimenpiteitä suunniteltaessa. Tulosten perusteella haja-asutusalueen palveluja tulee kehittää tasavertaisemmiksi taajaman palvelujen kanssa. Asiakkaiden osallistuminen oman hoidon ja palvelun suunnitteluun tulee myös varmistaa. Jatkossa tulee huomioida, että työntekijöitä on tarpeeksi, palveluun saadaan kiireettömyyden tuntu ja omahoitajuutta kehitetään.

Työnantajan on omalta osaltaan kiinnitettävä huomiota työntekijöiden vaihtuvuuden syihin.

Kunnan tulisi kehittää palveluja yksinäisyyden ehkäisemiseksi ja turvata ennaltaehkäisevä työ. Kuntouttavaa työtettä tulee jalkauttaa entistä paremmin kotihoidon asiakkaille, ottamalla käyttöön esimerkiksi säännölliset kotikuntoutusohjelmat tai liikuntareseptit, joiden toteuttamisessa hoitohenkilöstö avustaa. Näihin asioihin aiotaan Juvalla lähitulevaisuudessa kohdentaa resursseja. Ennaltaehkäisevien työmenetelmien kehittäminen, kuten ikä-ihmisille suunnitellut infopisteet ja jalkautuminen iäkkäiden käyttämiin paikkoihin, ovat osa tulevaisuuden kehittämistoimenpiteitä. Riittävän aikaisin havaitut toimintakyvyn heikkenemisen riskit ja niihin vaikuttaminen ovat osa ennaltaehkäisevää työtä.

Kotihoidon laadun varmistamiseksi käytössä olisi hyvä olla yhtenäinen laadunhallintajärjestelmä, ja tällä hetkellä luotettavin järjestelmä vaikuttaisi olevan RAI-tietojärjestelmä, joka on validoitu useissa eri maissa ja se on käytössä noin 20 prosentissa kotihoidon yksiköistä. Laatua on mitattu tähän mennessä pitkälti kertaluonteisesti ja säännöllinen toistaminen on ollut haaste. Muutoksen suunnan esiin saamiseksi tietoa laadun arvioinnin perustaksi tulee kerätä säännöllisesti. (Voutilainen 2007, 14.)

Suomen Kuntaliiton laatuprojekti Lasson mukaan (1999, 45) asiakaspalautteen pulmia ovat muun muassa kyselyissä käytetyt mahdollisesti johdattelevat ilmaisut, joista saadaan odotettuja vastauksia tai tietoa hankitaan vain tavan vuoksi, eikä sitä jakseta ehkä resurssipulan vuoksi käsitellä systemaattisesti niin, että asiakaspalautteen hyödyntäminen olisi suunnitelmallista. Ongelmana voi myös olla, että palautetta hankittaessa käytetään vain yhtä menetelmää, jolloin palaute kattaa vain osan toiminnasta.

Tulosten analysointi oli haastavaa, koska vastaajat olivat yleisesti ottaen hyvin yksimielisen tyytyväisiä sekä elämäänsä että palveluihin. Kotihoidon laadun kehittämisen tueksi olisi syytä mitata elämänlaatua ja palvelujen laatua kvalitatiivisilla menetelmillä. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa avustaja joutui lukemaan lomakkeen vaihtoehdot vastaajalle. Kvalitatiivisilla menetelmillä, kuten haastattelulla voitaisiin saada syvällisempää tietoa vastaajilta. Toimintakyvyltään rajoittuneen kohdejoukon

parissa haastattelututkimus olisi luultavasti informatiivisempi. Silloin olisi mahdollisuus tehdä tarkennuksia ja tutkija voisi tehdä omia havaintoja (Hirsjärvi ym. 2007, 160). Toisaalta kyselytutkimuksen hyvänä puolena on, että jokainen asiakas saa äänensä kuuluviin.

Kehittämistehtävän teoreettinen tausta ohjaa uuden teorian etsinnässä samalla, kun se jäsentää ja systematisoi aineistoa (Hirsjärvi ym. 2007, 140.) Kaikki käytetyt osallistamisen menetelmät, kysely sekä teoreettinen viitekehys tukivat toisiaan ja niiden avulla vahvistui selkeästi olennaiset aiheet, joita on tärkeä käyttää kotihoidon laadunvarmistukseen.

## LÄHTEET

- Aalto, A-M., Aro, A-R. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Tutkimuksia 101. Helsinki: Stakes.
- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistokeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Aarnikoivu, H. 2005. Onnistu asiakaspalvelussa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Alkula, T., Pöntinen, Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Andersson, S., Haverinen, R. & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69(5), 481–494.  
<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/5BEE2012-4866-42AB-A79B-1B96312C2E23/0/504andersson.pdf>. Päivitetty 12.5.2008. Luettu 25.10.2012.
- Cerad – Kognitiivinen tehtäväsarja. <http://www.cerad.fi/fi/taustaa>. Ei päivitystietoja. Luettu 27.6.2012
- Erkinjuntti, T., Viramo, P. & Rosenvall, A. 2010. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) 2010. PDF-dokumentti.  
[http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/16/MMSE\\_150210.pdf](http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/16/MMSE_150210.pdf)  
 Päivitetty 15.2.2010 Luettu 27.6.2012
- Finnish Consulting Group. 1999. Mikä on RAVA-mittari? WWW-dokumentti.  
<http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari>. Päivitetty 27.6.2012. Luettu 27.6.2012.
- FinOHTA 1998. Erikoissairaanhoidon vaikuttavuutta mitataan potilaan elämänlaadulla. Impakti 5. Verkkolehti.  
[http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/DC41E4FB-23BC-4E3C-BB89-60FED9D187AF/0/Impakti1998\\_5.pdf](http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/DC41E4FB-23BC-4E3C-BB89-60FED9D187AF/0/Impakti1998_5.pdf). Päivitetty 26.9.2006. Luettu 27.6.2012.
- Hassinen, J. 2008. Ideointityökalupakki. PDF-dokumentti. Päivitetty 4.1.2010. Luettu 20.2.2012.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heinola, R. 2007. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa Heinola Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Vantaa: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi Oy.

Holma, T. & Virnes, E. (toim.)1999. Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asuinpalveluissa. toimintamalleja ja työvälineitä laatutyöhön. Lasso -projekti. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. 2010. Ikähoiva- työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. PDF-dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf). Päivitetty 22.2.2012. Luettu 10.3.2012.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntaliitto. PDF-dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf). Päivitetty 12.2.2008. Luettu 10.3.2012.

Juuti, P. 1991. Työ ja elämän laatu. JTO tutkimuksia sarja 6. MyCo Oy/R Lunkka.

Juvan vanhustenhuollon strategia 2012–2020. Vanhusstrategian työryhmä.

Karhula, S. 2001 Kotihoidon laadun arviointi ja asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen. Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisuja 2/2001.

Krause, K. & Kiiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kohti parempaa vanhuutta. 2012. Konsensuslausuma 8.2.2012. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Suomen akatemia.

Kotiin annettavat palvelut ja hoito, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelmia 7:2012. Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Verkkojulkaisu. [http://www.valvira.fi/files/Kotihoidon\\_valvontaohjelma.pdf](http://www.valvira.fi/files/Kotihoidon_valvontaohjelma.pdf). Päivitetty 30.1.2012. Luettu 10.3.2012.

Laatuajattelun kehittyminen. <http://veini.net/laatugurut.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 18.4.2012.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. Ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:12. PDF- dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf) . Ei päivitystietoja. Luettu 10.3.2012.

Leichsenring, K & Alaszewski, A. 2004. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake.

[http://www.euro.centre.org/detail.php?xml\\_id=127](http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=127) . Ei päivitystietoja. Luettu 25.10.2012.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

- Olin, R. , Pekola-Sjöblom, M. & Sjöblom, S. 2004. Asiakat arvioitsijoina. Asiakkaiden tyytyväisyys kunnallisiin palveluihin vuonna 2003. KuntaSuomi 2004 - tutkimuksia nro 51. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Stakes, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu. Ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Acta Universitatis Lapponiensis 210. Tampere: Juvenes Print.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaaminen (ns. vanhuspalvelulaki). [http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ ja\\_ terveydenhuolto/ikaantyn eet](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/ikaantyn eet). Päivitetty 25.1.2012. Luettu 12.3.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1063089#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089#fi). Päivitetty 13.2.2008. Luettu 12.3.2012.
- Storbacka, K & Lehtinen, J. 1997. Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. Porvoo: WSOY.
- Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 62. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.
- Tepponen, P. 2003. Yli 75- vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungissa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirjat 1:2003. Helsinki: Yliopistopaino.
- Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Vantaa: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon intergrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.
- Teuvan kotihoidon asiakastyytyväisyyskysely. 2008. PDF-dokumentti. [http://www.teuva.fi/kunta/pdf/kotihoito\\_kysely2008.pdf](http://www.teuva.fi/kunta/pdf/kotihoito_kysely2008.pdf). Päivitetty 2.2.2009. Luettu 26.3.2012.
- Tyytyväisyys ikäihmisten palveluihin. 2010. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja C 4/2010. Tampere: Juvenes Print Tampereen yliopistopaino Oy.
- Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. &

Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Loppuraportti ja suositukset. Espoon kaupunki Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7/2006. Espoon kaupunki ja Stakes.

Vaarama & Ylönen. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Osaraportti 1. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Espoon kaupunki ja Stakes.

Vaarama, M., Hämäläinen, T. & Ylönen, L. 2006a. Espoon kotihoito iäkkäiden asiakkaiden omaisten arvioimana. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Osaraportti 4. Espoon kaupunki Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 6/2006. Espoon kaupunki ja Stakes.

Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto, P., Munkkila, S., Muurinen, S. & Manninen, O. 2006b. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys –projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:4.

Vaarama, M., Ylönen, L., Meriläinen, s. & Winqvist-Niskanen, N. 2009. Kotihoidon laatu Espoossa 2006-2008. Lisää elämänlaatua kotihoidon asiakkaille ELLI –hanke. Marja Vaarama 31.1.2009.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS-kustannus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vanhusten elämänlaatu Euroopassa.

<http://www.ulapland.fi/Suomeksi/Ajankohtaista/Uutisarkisto/2007.iw3?showlocation=24a089de-8716-4da7-a527-ec1275e7512f&newsID=8be65e15-6a6e-440c-a9f9-9d39ed1d73a8>. Päivitetty 19.12.2007. Luettu 27.3.2012.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi Oy

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2007. Laadunarviointi. Teoksessa Heinola Reija (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes oppaita 70. Vantaa: Gummerus Kirjapaino Oy.

WHO Quality of life-BREF (WHOQOL-BREF) 2012. World Health Organization. WWW-dokumentti.

[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/) Päivitetty: 27.06.2012. Luettu: 27.06.2012.

Wikipedia PSPP. <http://fi.wikipedia.org/wiki/PSPP>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.6.2012.

Wikipedia Tuplatiimi. [http://fi.wikipedia.org/wiki/Tuplatiimi#Tilaisuuden\\_kulku](http://fi.wikipedia.org/wiki/Tuplatiimi#Tilaisuuden_kulku).  
Päivitetty 8.10.2011. Luettu 27.6.2012

**Luvan hakijat: Anne-Maarit Paunonen ja Sari Asikainen**

Juvan kunta  
Hoivapalvelupäällikkö Päivi Kauppinen  
PL 28 51901 Juva

**TUTKIMUSLUPA-ANOMUS**

Opiskelemme sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Mikkelin ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tekeminen on osa tutkintoa. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa Juvan kunnan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä kotiin annettavien palvelujen laadusta ja tarpeesta sekä kehittää mittaristo kotihoidon asiakkaiden asiakastytyväsyyden ja elämänlaadun mittaamiseen.

Opinnäytetyöhön sisältyy kyselytutkimus. Asiakkaat vastaavat tutkimusosaan anonyymisti. Tutkimuksen aikana ei osallistuvien henkilöllisyys tule ilmi. Tutkimusaineiston käsittely on luottamuksellista ja osallistuminen on vapaaehtoista. Kysely toteutetaan toukokuussa 2012.

Pyydämme lupaa kyselytutkimuksen suorittamiseen. Opinnäytetyötämme ohjaa Mikkelin ammattikorkeakoulun yliopettaja Johanna Hirvonen.

Ystävällisin terveisin

Sari Asikainen  
p.050-361 0445  
[sari.j.asikainen@gmail.com](mailto:sari.j.asikainen@gmail.com)

Anne-Maarit Paunonen  
p.0400-293 810  
[anne-maarit.paunonen@juva.fi](mailto:anne-maarit.paunonen@juva.fi)

Juvalla 26.4.2012

Myönnetään lupa tutkimuksen suorittamiseen:

---

Luvan myöntäjän allekirjoitus ja pvm

Saatekirje

*Hyvä kotihoidon asiakas*

Juvan kunnan kotihoito haluaa kehittää kotihoidon palveluja. Juvan kunta on kirjannut sitoviin tavoitteisiin vuodelle 2012 asiakastyytyväisyyden mittaamisen. Kotihoito toteuttaa säännöllisen kotihoidon asiakkaille asiakastyytyväisyyskyselyn. Mittauksen tuloksia käytetään palvelujen kehittämisessä ja vuosittaisessa suunnittelussa.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja osallistuminen on vapaaehtoista. Teiltä kerätään tämän kyselyn avulla näkemyksiä kotiin annettavien palvelujen laadusta ja tarpeesta sekä kartoitetaan elämänlaatuanne. Osallistumalla kyselyyn voitte vaikuttaa palvelujen ja hoidon laatuun.

Antamanne tiedot ovat täysin luottamuksellisia. Lomaketietoja käsiteltäessä ei teidän henkilöllisyytenne tule ilmi missään vaiheessa. Kyselylomakkeet hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Lisätietoja saat kotihoidon henkilöstöltä tai kotihoidon esimieheltä.

Palauttakaa täytetty lomake mukana tullessa suljetussa kirjekuoressa kotihoidon työntekijälle.

*Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä kiittäen,*

Juvalla 15.5.2012

Anne-Maarit Paunonen  
kotihoidon esimies  
puh.0400-293 810

***JUVAN KUNNAN KOTIHOIDON  
ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY 2012***

Pyydämme teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin **ympyröimällä** teille sopivin numero vaihtoehto

**1. Sukupuoli**

- |   |        |
|---|--------|
| 1 | Mies   |
| 2 | Nainen |

**2. Ikä**

- |   |                |
|---|----------------|
| 1 | Alle 65 vuotta |
| 2 | 65 — 74 vuotta |
| 3 | 75 — 84 vuotta |
| 4 | 85 — 94 vuotta |
| 5 | Yli 95 vuotta  |

**3. Asuinpaikka**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1 | Asun taajamassa          |
| 2 | Asun haja-asutusalueella |

**4. Asutteko yksin?**

- |   |       |
|---|-------|
| 1 | Kyllä |
| 2 | En    |

**5. Kuinka kauan olette saaneet kotihoidon palveluja?**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Alle puoli vuotta |
| 2 | ½ — 2 vuotta      |
| 3 | 2 — 5 vuotta      |
| 4 | Yli 5 vuotta      |

**6. Kuinka usein kotihoito käy luonanne?**

- 1            1 — 2 kertaa viikossa
- 2            3 — 4 kertaa viikossa
- 3            5 kertaa viikossa tai enemmän

**Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto**

**7. Vastaako saamanne kotihoito teidän tarpeitanne?**

- 1            Erittäin hyvin
- 2            Melko hyvin
- 3            Melko huonosti
- 4            Erittäin huonosti

**8. Kuinka tyytyväinen olette saamiinne kotihoidon palveluihin?**

- 1            Erittäin tyytyväinen
- 2            Melko tyytyväinen
- 3            Melko tyytymätön
- 4            Erittäin tyytymätön

**9. Oletteko osallistuneet hoitonne ja palvelujenne suunnitteluun?**

- 1            Kyllä
- 2            En

**10. Onko kotihoitopalvelujen maksupäätös ymmärrettävä ja selkeä?**

- 1            Erittäin selkeä
- 2            Melko selkeä
- 3            Ei tietoa
- 4            Melko epäselvä
- 5            Erittäin epäselvä

**11. Saatteko kotihoidon työntekijöiltä tukea ja tietoa teihin liittyvistä asioista (palvelut, etuudet, terveydenhoito)?**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Erittäin hyvin    |
| 2 | Melko hyvin       |
| 3 | Melko huonosti    |
| 4 | Erittäin huonosti |

**Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto**

**12. Onko kotihoidon työntekijöihin helppo saada yhteyttä?**

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1 | Kyllä useimmiten |
| 2 | Vaihtelevasti    |
| 3 | Ei yleensä       |

**13. Saatteko kotihoidon palvelua teille sopivana ajankohtana?**

- |   |               |
|---|---------------|
| 1 | Yleensä       |
| 2 | Vaihtelevasti |
| 3 | Harvoin       |
| 4 | En koskaan    |

**14. Onko työntekijöillä riittävästi teille aikaa?**

- |   |               |
|---|---------------|
| 1 | Yleensä       |
| 2 | Vaihtelevasti |
| 3 | Harvoin       |
| 4 | Ei koskaan    |

**15. Hoitavatko kotihoidon työntekijät teitä kiireettömästi?**

- |   |         |
|---|---------|
| 1 | Yleensä |
|---|---------|

- 2 Vaihtelevasti
- 3 Harvoin
- 4 Eivät koskaan

**16. Vaihtuvatko kotihoidon työntekijät liian usein?**

- 1 Eivät liian usein
- 2 Joskus liian usein
- 3 Kyllä liian usein

**Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto**

**17. Ovatko kotihoidon työntekijät rehellisiä ja luotettavia?**

- 1 Yleensä
- 2 Vaihtelevasti
- 3 Harvoin
- 4 Eivät koskaan

**18. Kohtelevatko kotihoidon työntekijät teitä kunnioittavasti ja ystävällisesti?**

- 1 Yleensä
- 2 Vaihtelevasti
- 3 Harvoin
- 4 Eivät koskaan

**19. Kuinka tyytyväinen olette elämäänne?**

- 1 Erittäin tyytyväinen
- 2 Melko tyytyväinen

- 3 Melko tyytymätön
- 4 Erittäin tyytymätön

**20. Kuinka usein koette olonne turvalliseksi kotonanne?**

- 1 Usein
- 2 Joskus
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan

**21. Kuinka usein koette olonne yksinäiseksi?**

- 1 Usein
- 2 Joskus
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan

**Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto**

**22. Millaiseksi koette terveydentilanne?**

- 1 Erittäin hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Melko huono
- 4 Erittäin huono

**23. Kuinka paljon kipu rajoittaa elämäännne?**

- 1 Erittäin paljon
- 2 Melko paljon
- 3 Melko vähän
- 4 Ei lainkaan

**24. Saatteko riittävästi apua henkilökohtaisen hygienian hoitamiseen?**

- 1 Erittäin hyvin
- 2 Melko hyvin
- 3 Melko huonosti
- 4 Erittäin huonosti

**25. Kuinka usein voitte syödä haluamaanne aikaan?**

- 1 Usein
- 2 Joskus
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan

**26. Onko kotinne riittävän puhdas ja siisti?**

- 1 Usein
- 2 Joskus
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan

**Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava vaihtoehto**

**27. Kuinka usein pääsette ulkoilemaan riittävästi?**

- 1 Usein
- 2 Joskus
- 3 Harvoin
- 4 En koskaan

**28. Olisitteko valmis vastaanottamaan yksityisen yrittäjän kotihoitopalveluja?**

- 1 Kyllä  
2 En

**29. Haluaisitteko asua muualla kuin omassa kodissanne?**

- 1 Kyllä, missä? \_\_\_\_\_  
2 En

**30. Lomakkeen täytti:**

- Itse  Omainen  Työntekijä  Muu \_\_\_\_\_

**Miten kehittäisit kotihoitoa tai mitä muita terveisiä haluaisit sanoa  
kotihoitolle?**

---

---

---

***Kiitos vastauksestanne!***