



IKÄIHMISTEN KOKEMUKSIA JA ODOTUKSIA PUHELINNEUVONNASTA HÄMEENLINNASSA

Elina Lampinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Sosiaali- ja terveystien ylempi ammattikorkeakoulututkinto

LAMPINEN ELINA:

Ikäihmistien kokemuksia ja odotuksia puhelinneuvonnasta Hämeenlinnassa

Opinnäytetyö 59 sivua, josta liitteitä 8 sivua
Maaliskuu 2013

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hämeenlinnalaisien ikäihmistien kokemuksia ja odotuksia puhelinneuvonnasta sekä tuottaa tietoa siitä, miten asiakkaat toivoivat ikäihmistien puhelinneuvontaa kehitettävän. Tavoitteena oli kartoittaa ja saada tietoa puhelinneuvontaan liittyvistä aiemmista kokemuksista sekä odotuksista. Tulosten avulla Hämeenlinnan kaupungin ikäihmistien asiakasohjausyksikkö pystyy arvioimaan toimintaa ja kehittämään puhelinneuvontapalvelua.

Tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla postikyselyllä hämeenlinnalaisilta ikäihmisiltä (N=156). Kyselyn suljetut kysymykset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Kyselyn avoimissa vastauksissa käytettiin analyysimenetelmänä sisällönanalyysii.

Tutkimustulosten mukaan puhelinneuvonnan käyttö osoittautui melko vähäiseksi. Kokemukset puhelinneuvonnasta olivat hajanaisia ja ne liittyivät esimerkiksi lääkäriin, sairaanhoitajan ja terveyskeskuksen tavoittamiseen. Suurin osa vastaajista ei ollut kuullut ikäihmistien puhelinneuvonnasta. Valtaosa vastaajista piti kuitenkin ikäihmistien puhelinneuvontaa tarpeellisena palveluna.

Tuloksissa nousi esiin vastaajien odotukset ikäihmistien puhelinneuvonnalta. Vastaajat odottivat puhelinneuvonnalta muun muassa sisällön laajuutta, kuten tietoa perusterveydenhuollonpalveluista, kodinhoitopalveluista ja sosiaaliturvaetuksista. Tutkimustulokset osoittivat puhelinneuvonnan käytön haasteet, kuten palvelun tuntemattomuus ja puhelimen käytön esteet, esimerkiksi dementia ja näkövamma. Muita käytön esteitä olivat yhteyden saanti ikäihmistien puhelinneuvontaan ja puhelinneuvonnan tarpeettomuus.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää Hämeenlinnan kaupungin ikäihmistien asiakasohjausyksikön toiminnassa ja sen kehittämisessä. Tulosten perusteella olisi tärkeää tehdä ikäihmistien puhelinneuvontapalvelua tunnetuksi ja velvoittaa eri yhteistyötahoja antamaan tietoa kyseisestä palvelusta. Jatkotutkimushaasteiksi nousivat puhelinneuvonnan sisällön laajuuden, yhteyden saannin ja tunnettavuuden arviointi ja mittaaminen. Jatkossa olisi merkittävää tutkia myös ikäihmistien puhelinneuvonnan vaikuttavuutta yksilön- ja yhteisön näkökulmasta.

Asiasanat: puhelinneuvonta, puhelinpalvelu, ohjaus, ikäihminen

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Health Promotion

LAMPINEN ELINA:

Elderly People´s Experiences and Expectations from the Telephone Advice in Hämeenlinna

Master's thesis 59 pages, appendices 8 pages
March 2013

The purpose of this study was to determine the experiences and expectations of the elderly in Hämeenlinna with regards to their use of the Telephone advice service. One of the purposes was to collect recommendations for further development of the service. The study was carried out by survey-research. The material was collected with semi-structured post questionnaire from the elderly people in Hämeenlinna (N=156). The close-ended questions of the survey were analyzed with SPSS-program. In open-ended questions of the survey inductive analysis was used.

The use of the Telephone advice was low. The experiences were incoherent and they were mostly related to reaching a doctor, nurse and health care center. Most of the respondents had not heard about the Telephone advice for the elderly people. However, majority of the respondents recognized the value of the Telephone advice service. The respondents expected for example, information of the health care services, housekeeping services and social security services. Study results showed the challenges of the Telephone advice, like the unfamiliarity of the service and the difficulty in using a phone.

The results of this study can benefit the elderly people client guidance department of Hämeenlinna city. Based on the results, it is important to make the service of Telephone advice well-known and to obligate municipal services to give information about the service and its availability for the elderly people. Further research is needed in determining the accessibility, familiarity and effectiveness of the telephone service.

Key words: telephone advice, telephone service, guidance, elderly people

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Ikäkäsitykset muuttuvassa yhteiskunnassa	8
3.1.1 Ikäihmisten terveyden edistäminen	9
3.1.2 Palvelujärjestelmä ikäihmisten selviytymisen edistäjänä	11
3.1.3 Ikäihmisten palvelujen tulevaisuuden näkymät	13
3.2 Puhelinpalvelutoiminta	15
3.2.1 Palveluneuvonta	16
3.2.2 Terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta	17
3.2.3 Palveluun ohjaus	20
3.2.4 Puhelinpalvelutoimintaan liittyvä lainsäädäntö	21
3.3 Ohjaus ja neuvonta	23
3.3.1 Puhelinohjaus	24
3.3.2 Ohjauksen taustatekijät	25
3.3.3 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde	25
3.3.4 Aktiivisuus ja tavoitteellisuus ohjaussuhteessa	26
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
4.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä	28
4.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu	30
4.3 Aineiston analyysi	31
5 TUTKIMUSTULOKSET	33
5.1 Vastaajien taustatiedot	33
5.2 Kokemukset puhelinneuvonnasta	35
5.3 Odotukset ikäihmisten puhelinneuvonnasta	37
6 POHDINTA	40
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu	40
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	41
6.3 Johtopäätökset	44
6.4 Jatkotutkimusaiheet	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	51

1 JOHDANTO

Suomessa väestö on vanhentunut viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana. 65-vuotiaiden suomalaisten toimintakykyisten elinvuodet ovat selvästi lisääntyneet. Eläkeikäisten terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääntyminen merkitsee omatoimisena ja aktiivisena vietetyn ajan kasvamista. Iäkkään väestön määrän lisääntymisen vuoksi tämän väestönosan toimintakyvyn ja terveyden kehitys on entistäkin tärkeämpää terveyden- ja vanhustenhuollon palvelujen tarpeen ja koko väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Toimintakyvyn muutosten seuranta auttaa hahmottelemaan myös tulevaisuudennäkymiä. (Sihvonen & ym. 2008, 51, 62.)

Ikääntyneet ovat eri-ikäisiä ja voimavaroiltaan, tarpeiltaan sekä odotuksiltaan hyvin erilaisia ihmisiä. Elämänsä yksilölliset vaiheet vaikuttavat merkittävästi siihen, millaisiksi ihmisen terveys ja hyvinvointi muotoutuvat ikääntyneenä. Ihmiset ovat iäkkäinä erilaisempia naisia ja miehiä kuin missään muussa elämänvaiheessa. (STM 2009, 13.) Vanhenemiseen liittyvät muuttuneet ikäkäsitykset, vanhempien ihmisten erilaisuuden tunnistaminen sekä parantunut terveys ja toimintakyky ovat muuttaneet yhteisesti käytettyjä termejä ja käsitteitä. Vanhuksista puhuminen on häviämässä ja ikääntyvistä käytetään muun muassa nimityksiä ikäihmiset, ikääntyvät, ikääntyneet vanhukset ja seniorit. (Kattainen 2010, 192, Kautto 2004, 7-8.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM 2008, 3-4.) tukee kuntia monipuolistamaan ikäihmisten palveluvalikoimaa neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista tukevilla palveluilla. Hyvinvointi 2015-ohjelma (STM 2007, 22–23.) korostaa ennaltaehkäisevän otteen ja toiminnan merkitystä. Auttamiskeinojen tulisi aina ensisijaisesti edistää asiakkaan omatoimisuutta ja siten välttää riippuvuuden syntymistä. Vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) veloitetaan kuntia järjestämään alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Sosiaali- ja terveystieteiden strategian 2015 mukaan vanhuspalvelujen saataavuus ja laatu varmistetaan lisäämällä palveluihin käytettäviä voimavaroja vanhusten määrän kasvaessa. Tärkeää on käyttää hyväksi uuden teknologian mahdollisuudet ikääntyneiden toimintakyvyn parantamisessa sekä itsenäisessä selviytymisessä. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015, 4, 10, 19.)

Matkapuhelimien yleistyminen 1990-luvulla vauhditti Suomessa uuden palvelukulttuurin syntymistä. Puhelin ja internet tarjoavat uusia mahdollisuuksia ja niiden merkitys kasvaa kaiken aikaa. (Roos & Systä 2001, 9-11.) Terveystieteiden tutkimuksessa on tällä hetkellä monen tyyppistä, eri tavoin järjestettyä puhelinpalvelutoimintaa. Keskeisenä lähtökohdiana puhelinpalvelujen järjestämiselle on ollut vastaaminen väestön lisääntyneeseen palvelujen kysyntään ja tarpeeseen. Puhelinpalvelutoiminnalla on pyritty vastaamaan väestörakenteen muutoksesta johtuvaan lisääntyneeseen konsultaatiotarpeeseen. Myös teknologian kehitys on omalta osaltaan lisännyt puhelinpalveluiden tarjontaa. (STM 2004, 133.)

Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö antaa neuvontaa ja ohjausta yli 65-vuotiaille ikäihmisille ja heidän omaisilleen. Puhelinneuvonta on yksi keskeisimmistä ohjauksen välineistä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hämeenlinnalaisten ikäihmisten kokemuksia ja odotuksia puhelinneuvonnasta asiakaskyselyn avulla. Tavoitteena oli kartoittaa ja tuottaa tietoa puhelinneuvontaan liittyvistä aiemmista kokemuksista sekä ikäihmisten puhelinneuvontaan kohdistuvista odotuksista. Tutkimustulosten avulla haluttiin kehittää asiakasohjausyksikön tuottamaa puhelinneuvontaa.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikön tuottamaa puhelinneuvontaa. Asiakaskyselyn avulla selvitettiin ja saatiin tietoa hämeenlinalaisten ikäihmisten kokemuksia ja odotuksia puhelinneuvonnasta. Tutkimusta ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia kokemuksia ikäihmisillä oli puhelinneuvonnasta?
2. Minkälaisia odotuksia ikäihmisten puhelinneuvontaan liittyi?
3. Miten ikäihmisten puhelinneuvontaa tulisi kehittää?

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa puhelinneuvonnasta asiakaskyselyn avulla. Tulosten avulla Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö pystyy arvioimaan toimintaa ja kehittämään tuottamaansa puhelinneuvontaa.

3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Ikäkäsitykset muuttuvassa yhteiskunnassa

Vanhenemiseen liittyvät muuttuneet ikäkäsitykset, vanhempien ihmisten erilaisuuden tunnistaminen sekä parantunut terveys ja toimintakyky ovat muuttaneet yhteisesti käytettyjä termejä ja käsitteitä. Vanhuksista puhuminen on häviämässä ja ikääntymistutkimuksessa on jo pitkään puhuttu mm. kolmannesta iästä, vahvasta vanhenemisestä, terveestä vanhenemisestä, aktiivisesta ikääntymisestä, tuottavasta ikääntymisestä ja voimavaroista. (Kautto 2004, 7-8.) Ikääntyvistä käytetään esimerkiksi nimityksiä ikäihmiset, ikääntyvät, ikääntyneet vanhuksset ja seniorit. (Kattainen 2010, 192.)

Teollisen yhteiskunnan aikana vanhuuden katsottiin alkavan sosiaalipoliittisessa iässä eli yleisessä vanhuuseläkeiässä, joka useissa teollistuneissa maissa on ollut 65 vuotta. Vanhuus ja työnjättö miellettiin kiinteästi toisiinsa nivelyviksi seikoiksi. Kuitenkin jo 1950-luvulla alettiin Suomessakin korostaa, että tyypilliset vanhuusmuutokset alkavat näkyä vasta 75 vuoden iässä. Vanhenemistä ja vanhuutta määritellään kronologisen iän lisäksi sosiaalisten roolien muutoksen avulla, esimerkiksi leskeytyminen, isovanhemmaksi tulo tai eläkkeelle siirtyminen. (Koskinen 2004, 30.)

Kolmas vanhenemisen kriteeri on funktionaalinen ikä, joka viittaa siihen, mitä ikääntyneet ihmiset kykenevät tekemään fyysisesti, millainen on heidän psyykkinen tilansa ja millainen heidän sosiaalinen verkostonsa on. Ikääntyneet luokitellaan usein funktionaalisen iän perusteella hyvän toimintakyvyn omaaviin (the well elderly), toimintakyvyltään jonkin verran heikentyneisiin (the somewhat impaired elderly) ja huonokuntoisiin vanhuksiin (the frail elderly). Kansainvälisesti on arvioitu, että 60 % yli 65-vuotiaista asuu kotonaan itsenäisesti ja heidän toimintakykynsä on hyvä. Noin 30 % toimintakyky on alentunut jossakin määrin ja joka kymmenes voidaan luokitella huonokuntoisiksi. Tämä arvio pitää karkeasti ottaen paikkansa myös Suomessa. Neljäs vanhenemisen määrittämisen mitta on kokemuksellinen vanheneminen tai subjektiivinen ikäidentiteetti. Käsite tarkoittaa sitä, miten nuoreksi ikääntyneet ihmiset kokevat itsensä tai miten he vanhenemisestaan kertovat. (Koskinen 2004, 30.)

Ikääntymisen heterogeenisyyttä kuvaa hyvin ikääntyneitten jakaminen nuoriin vanhoihin (65–74), vanhoihin vanhoihin tai keskimmäisiin vanhoihin (75–84) sekä vanhimmista vanhimpiin (85+). Suomessa näihin ikääntyneitten ryhmiin kuului 2000-luvun alussa yli 65-vuotiaista 57 % nuorimpaan ryhmään, 36 % keskimmäiseen ja seitsemän prosenttia vanhimpaan ryhmään. Yhdysvalloissa vastaava jakauma vuonna 1995 oli 56 %, 33 % ja 11 %. (Koskinen 2004, 30.)

Gerontologisessa tutkimuksessa ollaan taipuvaisia määrittämään varsinaisen vanhuuden alkavan 80 tai 85 vuoden iästä. Näitten ikäpyykkien kohdalla lisääntyvät selvästi fyysisen toimintakyvyn aleneminen, liikkumisvaikeudet ja sairastavuus. Samoin 85. ikävuoden jälkeen tapahtuu dementian vallitsevuudessa oleellinen hyppy ylöspäin. Subjektiiivista ikäkokemusta koskevan seurantatutkimuksen perusteella näyttää siltä, että suuri osa ikääntyneistä ihmisistä kokee edenneensä vanhuuteen 80 ja 85 ikävuoden välillä. Tulokset pitkäikäisten tutkimuksesta puoltavat myös vanhuuden rajan myöhentämistä. Yli 60-vuotiaat suomalaiset henkilöt ovat sitä mieltä, että vanhus-käsite soveltuu käyttöön vasta yli 80-vuotiaista. (Koskinen 2004, 30-31.)

3.1.1 Ikäihmisten terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen (health promotion) on laaja käsite, joka sisältää terveyteen yhteydessä olevat yksilölliset, taloudelliset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Terveyden edistäminen koostuu useista toisiinsa liittyvistä osa-alueista, joita ovat laaja-alainen ehkäisevä toiminta (prevention), yksilön elinympäristöön kohdistuva terveysturvallisuus (protection) ja terveyden suojelu (preservation) esimerkiksi rokottein. (Helin 2008, 417.)

Kansanterveyslaissa (66/1972) terveyden edistäminen määritellään osana kansanterveystyötä, joka kohdistuu yksilöön, väestöön ja elinympäristöön. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee terveyden edistämisen yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvana toimintana. Sen tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen, parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen. Lisäksi tavoitteena on mielenterveyden vahvistaminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla.

Terveydensuojelulain (763/1994) tavoitteena on edistää väestön ja yksilön terveyttä vähentämällä ja poistamalla ihmisen elinympäristöstä sellaisia tekijöitä, jotka aiheuttavat haittaa terveydelle.

Terveys merkitsee iäkkäille ihmisille toimintakykyisyyttä sekä koettua tunnetta selviytymisestä itseä tyydyttävällä tavalla. Moni iäkäs ihminen voi kokea terveydentilansa hyväksi, vaikka hänellä olisi useita pitkäaikaissairauksia ja näiden edellyttämiä lääkkeitä. Terveyden edistämiseen liittyvät toimenpiteet on totuttu yhdistämään ensisijaisesti lapsiin, nuoriin sekä työssä käyvään väestöön. Puhuttaessa iäkkäiden ihmisten palveluista huomio kohdistuu sen sijaan sairauksien hoitoon ja toiminnanrajoitteiden edellyttämän avun turvaamiseen. Ihmisten eliniän pidentyminen mielletään usein terveydenhuollon ansioksi, ja iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin edistäminen ensisijaisesti sosiaali- ja terveystalouden tehtäväksi. Todellisuudessa kuitenkin ihmisten yleisen hygieniatason nousu, elinympäristöön kohdistetut toimenpiteet ja tätä kautta tartuntatauti- väheneminen ovat olleet keskeisiä edellytyksiä väestön eliniän pitenemiseen. Palvelujärjestelmän osuuden korostuessa ei myöskään aina kiinnitetä huomiota terveyden edistämisen moniulotteisuuteen ja siihen toimintaan, joka tapahtuu ikään kuin kaiken perustana varsinaisen seniori- ja vanhustalouden ulkopuolella. Kansanterveyslain edellyttämää tapaturmien ehkäisyä voidaan esimerkiksi toteuttaa pitkälti kunta- ja rakennussuunnittelun sekä katujen kunnossapidon kautta. (Helin 2008, 416.)

Dementian ja lievien kognitiivisten häiriöiden on ennakoitu yleistyvän, mikä tuo uusia haasteita iäkkäiden itsensä sekä heidän omaistensa ja läheistensä terveyden edistämiseen. Myös ikääntyneiden ihmisten terveyden edistämiseksi ja terveyserojen pienentämiseksi on luotava edellytyksiä vähentämällä ennakkoluuloja sekä ikäyrjintään johtavia asenteita yhteiskunnassa. (Koponen & ym. 2002, 113.) Koti- ja vapaa-ajan tapaturmista erityisesti ikääntyneiden tapaturmat (putoamiset ja kaatumiset) ovat lisääntyneet. Vakava tapaturma voi olla ikääntyneen elämässä ratkaiseva käänne huonompaan suuntaan, toimintakyvyn rajoittuessa ja elämänpiirin kaventuessa. Tapaturmien ehkäisyllä voidaan vaikuttaa merkittävästi ikääntyneiden elämänlaatuun. Terveyden edistäminen yksilö- ja yhteisölläisesti sekä voimavarojen vahvistaminen ovat keskeisiä kehittäessä ikääntyneiden terveystalouksia. (Koponen & ym. 2002, 113.)

Kunnilla on monia vaihtoehtoja ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan järjestämiseen. Ne voivat tuottaa sen itse tai osana kuntayhtymää, ne voivat

hankkia palvelut ostopalveluina julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta, antaa palvelusetelin tai tehdä yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Ikääntyneet osallistuvat myös omaehtoisesti järjestöjen ja yhdistysten, seurakuntien sekä yritysten hyvinvointia ja terveyttä edistävään toimintaan. (STM 2009, 14.)

3.1.2 Palvelujärjestelmä ikäihmisten selviytymisen edistäjänä

Suomalaiselle hyvinvointiyhteiskunnalle on ollut pitkän ajan ominaista julkisen vallan kansainvälisestäkin poikkeuksellisen keskeinen rooli hyvinvointipalveluiden tuottamisessa. Kansalaiset ovat tottuneet tähän ja toivovatkin sen jatkuvan. Vuosituhannen vaihtuessa on kuitenkin käynyt ilmeiseksi, että julkisvaltavetoisen hyvinvointivaltion jatkuvuus ei ole enää itsestään selvää. On kyseenalaista, onko kansalaisilla enää todellisia perusteita luottaa siihen, että julkiselta sektorilta saa apua, oman elämänhallinnan keinojen pettäessä. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 20.)

Yhteiskunnan ja väestönrakenteen muutokset vaikuttavat sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen, kysyntään sekä kustannuksiin. Väestön ikääntyessä on välttämätöntä tehostaa ja lisätä toimia, joilla voidaan edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Toimintaa on kehitettävä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä laajemmin eri toimijoiden yhteistyönä. (STM 2009, 13.)

Ikääntyneet ovat eri-ikäisiä ja voimavaroiltaan, tarpeiltaan sekä odotuksiltaan hyvin erilaisia ihmisiä. Elämänkulun yksilölliset vaiheet vaikuttavat merkittävästi siihen, millaisiksi ihmisen terveys ja hyvinvointi muotoutuvat ikääntyneenä. Ihmiset ovat iäkkäinä erilaisempia naisia ja miehiä kuin missään muussa elämänvaiheessa. (STM 2009, 13.)

Suomessa ikääntyneiden määrä on kasvanut ja kasvaa edelleen sekä määrällisesti että suhteellisesti. Väestön määrän kasvu on erityisen runsasta vanhemmissa ikäluokissa eli 75 vuotta täyttäneessä väestössä. Vanhempi ikäluokka tarvitsee terveystaloudellisia enemmän kuin nuoremmat ikäluokat. Väestön ikääntymisen on pelätty aiheuttavan vaikeuksia järjestää tarpeellinen määrä palveluita. Iäkkäiden terveys ja toimintakyky ovat parantuneet, kuolleisuus on pienentynyt sekä odotettavissa oleva elinikä on pidentynyt. On perusteltua odottaa, että iäkkäät ovat tulevaisuudessa terveempiä ja toimintakykyisempiä.

piä. Tämä edellyttää kuitenkin palvelujen kehittämistä aiempaa monipuolisemmin toimintakykyä ja omatoimisuutta tukeviksi. (Koponen ym. 2002, 113.)

Ikääntymisessä voidaan erottaa eri vaiheita. Suurin osa vanhuuseläkeläisistä elää kolmatta ikäänsä aktiivisesti ja käyttää tarvittaessa samoja sosiaali- ja terveystalvveluja kuin muukin väestö. Nykyisin noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt henkilö tarvitsee toimintakyvyn heikkenemisen takia säännöllisiä palveluita, kuten kotisairaanhoidoa, kotitalvvelua tai ympärivuorokautista hoivaa. Osa ikäihmisistä elää monenlaisten hyvinvointi- ja terveystalvveluriskien sekä ongelmien keskellä. Suurinta talvvelutarve on niin sanotussa neljännessä iässä, joka yhä useammilla ihmisistä alkaa vasta 85 ikävuoden saavuttamisen jälkeen. Olennaista on, että talvvelvyyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia voidaan parantaa kaikissa elämäntalvvelvaiheissa. Ikääntyvässä yhteiskunnassa on tärkeää kehittää talvvelvveluja ja muita toimintoja vastaamaan ikäystalvvelvällisesti sekä joustavasti ikäihmisten yksilöllisiin tarpeisiin. (STM 2009, 13.)

Ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisessa avainasemassa ovat kotihoidontalvvelvvelut (koti-sairaanhoido ja kotitalvvelvvelu sekä näihin liittyvät tukitalvvelvvelut, esimerkiksi ateriatalvvelvvelu). Näitä talvvelvveluita tulisi kehittää ennaltaehkäiseviksi ja talvvelvvelvyyttä edistäviksi niin että kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä tukevia menetelmiä olisi käytettävissä ennen erityisten ongelmien ilmaantumista. Hoito- ja talvvelvvelvvelusuunnitelmien laadinta ja hoitontalvvelvvelut tulisi tehdä yhteistyössä moniammatillisen tiimin sekä asiakkaan ja omaisten kanssa. (Koponen & ym. 2002, 115–116.)

Ikääntyneiden kotona selviytymisen ja omaisten tai läheishoitajien jaksamisen tukemiseksi on kokeiltu esimerkiksi ns. etsivän kotisairaanhoidon käyntejä, joiden tarkoituksena on ollut arvioida talvvelvvelujen tarvetta sekä antaa tietoa talvvelvveluista. Joissakin kunnissa on tehty selvitysluontoisesti tai jatkuvana toimintana ikääntyneiden ikäryhmätalvvelvvelvystarkastuksia. Useilla paikkakunnilla on aloitettu myös kotisairaaloiminta, joka mahdollistaa varhaisen kotiutumisen sairaalasta erilaisten toimenpiteiden jälkeen sekä myös monipuolisen saattohoidon. Tällöin potilaalla on mahdollisuus saada kotona samoja erityistason hoitoja kuin sairaalassa. Kotiympäristössä voidaan edistää potilaan elämäntalvvelvvelvyyttä ja tukea hänen sekä hänen perheensä voimavaroja monipuolisemmin kuin laitoksessa. (Koponen & ym. 2002, 116.)

Ensisijaisesti ikäihmiset vastaavat itse ja lähiverkostonsa avulla omasta hyvinvoinnistaan sekä käyttävät samoja palveluja kuin muutkin kuntalaiset. Vasta kun niiden käyttäminen ei enää onnistu, turvaudutaan erityisesti ikääntyneille tarkoitettuihin palveluihin. Alentunut toimintakyky on palvelujen käytön yleisin syy ja peruste. Dementia on ikäihmisille yksi tärkeimmistä palvelutarpeeseen vaikuttavista tekijöistä. Palvelun tarpeeseen liittyvät alentuneen toimintakyvyn ohella myös puutteelliset asunnot ja asuinympäristöt, yksinasuminen sekä omien tukihenkilöiden puute. Monissa kunnissa tarvittaisiinkin lisää ryhmäkoteja ja palveluasuntoja. Esteettömän kotiympäristön järjestäminen, kodinmuutostyöt sekä apuvälineiden hankinta on usein tarpeen. (Koponen & ym. 2002, 115.)

3.1.3 Ikäihmisten palvelujen tulevaisuuden näkymät

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia, terveyttä sekä parantaa laatua ja vaikuttavuutta. Suositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveystalvaeluja sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa palvelutarpeen arviointia. Palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. (STM 2008, 3-4.)

Hyvinvointi 2015-ohjelma korostaa ennaltaehkäisevän otteen ja toiminnan merkitystä. Ehkäisevän sosiaali- ja terveystalvaelitiikan ydin on tukea ihmisten nykyistä hyvinvointia sekä hyvinvointia suojaavia tekijöitä. Sen toisena tehtävänä on auttaa poistamaan hyvinvoinnin riskitekijöitä, ennen kuin ne aktualisoituvat hyvinvoinnin vajeiksi. Ohjelman mukaan palveluja tulisi rakentaa enemmän asiakkaiden omien voimavarojen varaan ja niitä hyödyntäen. Palveluissa tulisi pyrkiä tunnistamaan avuntarpeen eri asteita. Auttamiskeinojen tulisi aina ensisijaisesti edistää asiakkaan omatoimisuutta ja siten välttää riippuvuuden syntymistä. Tässä suhteessa palvelujärjestelmältä odotetaan riittävää ak-

tiivisuutta sekä omatoimisuutta puuttua ongelmiin varhain, jotta ne eivät pitkity ja kroonistu. (STM 2007, 22–23.)

Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 mukaan vanhuspalvelujen saatavuus ja laatu varmistetaan lisäämällä palveluihin käytettäviä voimavaroja vanhusten määrän kasvaessa. Painopiste on kotona sekä lähiympäristössä annettavissa palveluissa. Hoito- ja kuntoutuspalvelujen on oltava riittäviä, oikea-aikaisia sekä tarkoituksenmukaisia. Strategian lähtökohtana on vahvistaa yhteiskunnan kiinteyttä, ihmisten osallisuutta ja hyvinvointia. Strategian mukaan ikääntyneiden toimintakyvyn parantamiseksi lisätään riittävän varhaista ja monipuolista ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa. Kuntia kannustetaan lisäämään yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa ja käyttämään hyväksi niiden osaamista, kun kunnat vahvistavat ja vakiinnuttavat ehkäisevää toimintaa, kuntoutusta ja kansalaistoimintaa. Tärkeää on käyttää hyväksi uuden teknologian mahdollisuudet ikääntyneiden toimintakyvyn parantamisessa sekä itsenäisessä selviytymisessä. (Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015, 4, 10, 19.)

Vuoden 2006 alussa voimaan tullessa sosiaalihuoltoa koskevassa lainuudistuksessa kunnan velvollisuutena on järjestää 80 vuotta täyttäneelle pääsy sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun on otettu yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan viranomaiseen. Lain tarkoituksena on parantaa iäkkäiden ihmisten kotona elämisen mahdollisuutta. (Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 125/2006; Helin 2008, 422.)

Vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa veloitetaan kuntia järjestämään alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Neuvontapalveluihin sisältyvät terveellisten elintapojen edistämiseen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn tähtäävä neuvonta. Lisäksi niihin sisältyvät iäkkään kuntalaisen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien terveydellisten ongelmien tunnistaminen, varhainen tuki sekä sairaanhoitoa ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

3.2 Puhelinpalvelutoiminta

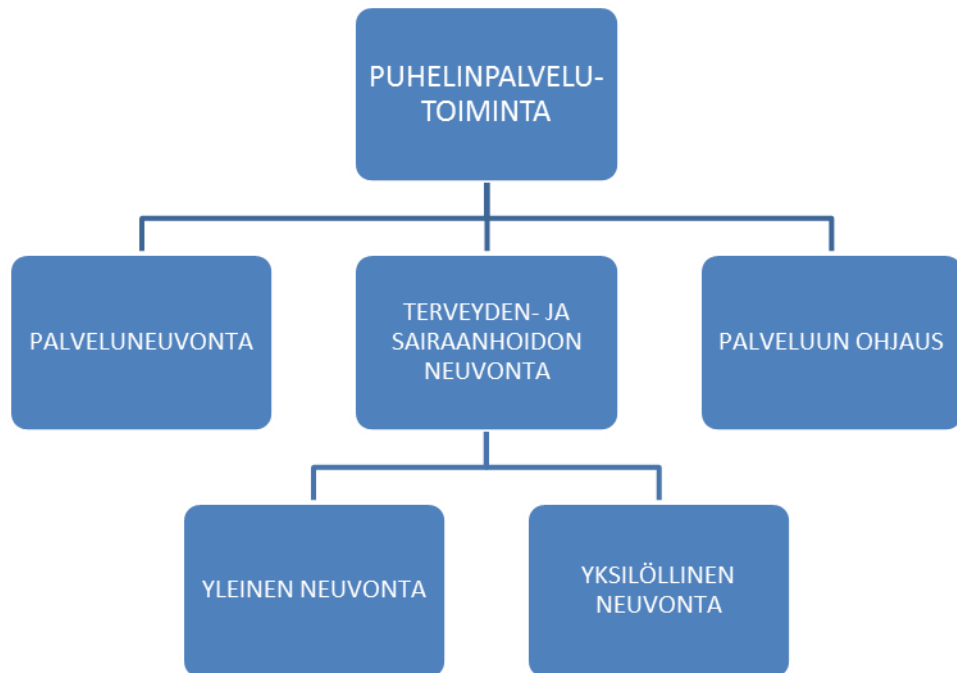
Matkapuhelimien yleistyminen 1990-luvulla vauhditti Suomessa uuden palvelukulttuurin syntymistä: asiakaspalvelu siirtyi monessa yrityksessä puhelinpalvelukeskuksiin, call centereihin. Call center- konsepti otettiin käyttöön USAssa 60-luvulla, ensin matkaja majoituspalveluiden myynissä. Puhelinpalvelukeskus, call center on yleisnimi mille tahansa työpisteelle, jossa käsitellään paljon puheluita. Call center voi olla puhelimeen vastaava (inbound) tai itse soittava (outbound) tai sitten näiden yhdistelmä (call blending). Call centerissä työskentelee tavallisesti useita henkilöitä samoissa tiloissa, mutta puhelintekniikka mahdollistaa myös hajautetun toiminnan. (Roos & Systä 2001, 11; Häkkinen & Uski 2006, 5.)

Help desk käsite tuli tutuksi 80-luvulla. Se on paikka, joka ratkoo asiakkaan ongelmia. Ongelmien ratkominen puhelimesta ja puhelujen keskittäminen olivat Roosin ja Systän mukaan uusia oivalluksia. Help desk hyödynsi call center – apuvälineitä mutta niille kehiteltiin myös uusia apuvälineitä, joista tärkeimpänä ongelmanhallintajärjestelmä. Help desk- mallia voidaan pitää myös call centerinä. (Roos & Systä 2001, 12-14.)

Puhelin ja internet tarjoavat uusia mahdollisuuksia ja niiden merkitys kasvaa kaiken aikaa. Evoluutio call centeristä yhteyskeskukseksi (contact center) tapahtuu, kun asiakas saa perinteisen puhelinkanavan lisäksi palvelua sähköisten kanavien kuten sähköpostin, internetin ja tekstiviestin kautta. Yhteyskeskukseksi voidaan kutsua mitä tahansa palvelu- tai myyntiorganisaatiota, missä käsitellään merkittäviä määriä asiakaskontakteja sähköisten kanavien kautta. Suomessa suurimmat yhteyskeskukset ovat teleoperaattoreilla. Julkisella sektorilla yhteyskeskuksia on mm. Kelalla, verohallinnolla, työhallinnolla ja hätäkeskuslaitoksella. Soukolan mukaan Sosiaali- ja terveydenhuollon ajanvaraus-, neuvonta- ja päivystyspuheluita hoidetaan jo monissa yhteyskeskuksissa. Suomessa on arvioitu (2006) olevan noin 500 erilaista yhteyskeskusta. (Roos & Systä 2001, 9-10; Soukola 2006, 5.)

Puhelinpalvelutoiminnan muodot ja sisällöt vaihtelevat suuresti. Puhelinpalvelutoimintaa voidaan eritellä toiminnan *sisällön* tai *järjestämistavan* mukaan. Sisällön osalta toiminta voidaan jaotella *palveluneuvontaan, terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan* sekä *palveluun ohjaukseen*. Puhelinpalvelutoiminnan sisällön jaottelu on koottu kuvios-

sa 1. Järjestämistavan osalta toiminta voidaan karkealla tasolla jakaa *omaan toimintaan* sekä *ulkoistettuun toimintaan*. (STM 2004, 134.)



KUVIO 1. Puhelinpalvelutoiminnan sisällön jaottelu.

3.2.1 Palveluneuvonta

Puhelinpalveluneuvonta on yleistä palveluista tiedottavaa neuvontaa, kuten apteekkien sijainnista ja aukioloajoista sekä terveystietopalvelujen toimipisteiden informoimista. Tällöin neuvonta ei täytä lainsäädännön terveyden- ja sairaanhoidon määritelmää, eikä siihen sovelleta terveydenhuollon lainsäädäntöä. Palveluneuvojan ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Toiminnassa ei käsitellä potilasasiakirjoja eikä soittajan henkilöllisyyttä tarvitse varmentaa. (STM 2004, 134–135; Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 428.)

Ikäneuvo työryhmän mukaan ikääntyneiden neuvontapalvelut ovat helposti saatavia matalan kynnyksen lähipalveluja. Neuvontapalvelut voidaan toteuttaa puhelinpalveluna, verkkotiedotuksena ja – palveluna, matalan kynnyksen toimipaikoissa annettavana tietona, tiedotuksena ja palveluna sekä tarpeen mukaan myös asiakkaiden luo liikkuvana palveluna sekä teknologiaa hyödyntämällä. Neuvontapalvelut sisältävät yleistä, laaja-

alaista ja selkeäkielistä tiedotusta ikääntyneiden terveydestä, hyvinvoinnista, palveluista ja sosiaaliturvasta sekä hyvinvointia ja terveyttä edistävää neuvontaa ja ohjausta, jota annetaan yksilöille ja ryhmille. (STM 2009, 23–24.)

Neuvontapalveluilla tuetaan ikääntyneiden omaehtoista hyvinvointia, terveyden edistämistä ja itsehoitoa. Niihin sisältyy myös yleisiä palveluja ja etuuksia koskevaa tiedotusta, neuvontaa ja ohjausta. Liikunta, terveellinen ravitsemus, turvallinen lääkehoito ja esimerkiksi alkoholin liikakäytön riskit voivat olla neuvonnan ja ohjauksen sisältönä. Neuvontapalveluihin on tärkeää sisällyttää muistiin ja muistihäiriöihin liittyvät asiat, jotka askarruttavat monia ikäihmisiä ja heidän omaisiaan ja joiden varhainen toteaminen antaa mahdollisuuksia ongelmiin puuttumiselle. Myös tieto erilaisista osallistumismahdollisuuksista, kuten virkistys-, harrastus-, kulttuuri- ja vapaaehtoistoiminnasta, tukee onnistuvaa ikääntymistä, osallisuutta ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Neuvontapalveluihin sisältyy aina tieto ja ohjaus lähialueen julkisista, järjestöjen, seurakuntien ja yksityisten tuottajien palveluista ja niiden hinnoista, huomioiden sosiaaliturvaan liittyvät kysymykset. (STM 2009, 25.)

Neuvontapalveluilla ei tarkoiteta sosiaalihuoltolain 40 a §:n mukaista palvelutarpeen arviointia tai hoidon sekä kuntoutuksen tarpeen arviointia, mutta neuvontapalveluista voidaan ohjata asiakas palvelujen, hoidon tai kuntoutuksen tarpeen arviointiin. Neuvonta- ja ohjausmuodon valinta perustuu asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen, tarpeiden selvittämiseen ja huomioon ottamiseen. Kun henkilön toimintakyky on heikentynyt tai jos hän on huolissaan toimintakyvystään, hän tarvitsee yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta, johon hänellä on mahdollisuus päästä helposti. (STM 2009, 25.)

3.2.2 Terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta

Terveydenhuollossa on tällä hetkellä monen tyyppistä, eri tavoin järjestettyä, puhelinpalvelutoimintaa. Puhelinpalvelutoiminta on yleistynyt eri muodoissaan. Tällaista toimintaa harjoitetaan useilla eri nimillä, kuten esimerkiksi call center, puhelinpalvelutoiminta ja ensineuvonta. Palvelujen tarjonnan lisääntymiseen on monia syitä. Puhelinpalvelujen järjestämisen keskeisenä lähtökohtana on ollut vastaaminen väestön lisääntyneeseen palvelujen kysyntään. (STM 2004, 133.)

Toiminta sisältää yleistä sekä yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa. Soittaja voi saada puhelinpalvelun perusteella tietoa sairauksien luonteesta ja niihin liittyvistä oireista, hoito-ohjeista, käytetyistä tutkimusmenetelmistä, lääkkeiden käytöstä ja sivuvaikutuksista jne. ensinnäkin siten, ettei neuvonnassa oteta kantaa henkilön yksilölliseen hoitoon. Neuvonta muuttuu yksilölliseksi terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnaksi siinä vaiheessa, kun otetaan kantaa henkilön terveydentilaan tai annetaan hänelle yksilöllisiä hoito-ohjeita. (STM 2004, 135–136.)

Puhelimen välityksellä tapahtuva yksilöllinen terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta, jossa otetaan kantaa soittajan yksilölliseen hoitoon, on potilaslain tarkoittamaa terveyden- ja sairaanhoitoa. Neuvontaa antavan henkilökunnan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Kun kyse on yksilöllisten hoitoneuvojen antamisesta, tulisi tehdä potilaslain mukaiset potilasasiakirjamerkinnät. (STM 2004, 136.) Puhelinpalvelun täytettäessä terveyden- ja sairaanhoidon kriteerit (yksilöllinen terveyden ja sairaanhoidon neuvonta) sitä koskevat kaikki terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat lait. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) sekä lääninhallitusten terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeva valvontavalta määräytyy terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (28) nojalla. TEO:n ja lääninhallitusten valvontavalta puhelinpalvelutoiminnan henkilöstön osalta määräytyy vastaavasti kuin esimerkiksi potilasasiakirjamerkintöjen tekemisvelvoite. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 428.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta on yksi keskeisimmistä avaintekijöistä hoitotakuun toteuttamisessa. Hoitoon pääsyn turvaamista koskevat lain muutokset astuivat voimaan 1.3.2005. Kunnan on tullut järjestää välitön yhteydensaanti arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen ja terveydenhuollon ammattilaisen tekemä hoidon tarpeen sekä sen ajankohdan arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyttä terveyskeskukseen. Puhelimitse tapahtuva hoidon arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on riittävä koulutus ja osaaminen sekä yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön, käytettävissään arvioitavan henkilön potilasasiakirjat, ja että tiedot hoidon tarpeen arvioinnista kirjataan potilasasiakirjoihin samoin kuin henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta ja palvelun ohjauksesta. (Hyrynkangas-Järvenpää 2005, 28, 31; 2007, 427-428.)

Tynkkysen (2005, 60, 89–91.) selvitystyössä kerrotaan terveydenhuollon puhelinpalveluiden uudelleenjärjestämisen vaihtoehtoista Etelä-Karjalan alueella. Selvityksen mu-

kaan puhelinpalveluiden järjestämisessä on olemassa runsaasti vaihtoehtoja toiminnan laajuuden sekä organisoinnin osalta. Palvelu voidaan toteuttaa usealla eri tavalla, omalla, ulkoistettuna toimintana tai niiden yhdistelmänä. Hyrynkangas-Järvenpään (2005, 28.) mukaan osassa kuntia terveydenhuollon ammattihenkilöiden puhelinneuvonta on ulkoistettu yksityisille palveluntuottajille. Joissakin kunnissa puhelinneuvonnassa on päädytty kuntien väliseen yhteistyöhön. Valtaosassa kuntia vastaa oma henkilöstö neuvonnasta sekä hoitotarpeen ja sen ajankohdan arvioinnista olemassa olevilla henkilöstöresursseillaan. Olennaista puhelinpalvelun järjestämistavan valinnassa on toiminnalle asetetut vaatimukset sekä tarpeet.

Neuvontaan koulutetun sairaan-/terveydenhoitajan puhelinneuvonta vähentää potilaiden tarvetta hakeutua päivystys- tai ajanvarausvastaanotolle. Riippuen toimipisteestä sairaanhoitajan tiedetään selvittävän 10–70 % potilaspuheluista ilman potilaiden jatkohoidon ohjausta. Tehokas puhelinneuvonta parantaa tutkitusti terveyspalvelujen saatavuutta ja siten lisää niiden nopeutta sekä tehokkuutta asiakaspalvelussa. (Hyrynkangas-Järvenpää 2005, 28; 2007, 427.)

Neuvovan Puhelinlääkärin puhelinneuvontaan soittajista 67 % oli naisia. Toisen vaivasta puhelinneuvontaan soitti 18 %. Valtaosa potilaista oli nuoria aikuisia sekä keski-ikäisiä (81 %). Soittajista 27 % soitti pitkäaikaisesta ja 44 % kiireellisestä vaivasta. Loput soittajista soittivat muun syyn johdosta. Potilaista yli kolmannes (37 %) oli ollut ennen soittoa yhteydessä toiseen lääkäriin soiton syyn vuoksi. Tavallisia soiton syitä olivat lääkitysongelmat, ruoansulatuselinten, hengityselinten, ihon, tuki- ja liikuntaelinten vaivat sekä laboratorio ja röntgentutkimuksiin liittyvät asiat. Soittajan ikä sekä potilaan sukupuoli vaikuttivat soittojen syihin. (Hyrynkangas-Järvenpää 2000, 2.) Ruotsissa Wahlberg ja Wredling (1999, 164–170.) ovat todenneet Medical Call Centren puhelinneuvonnan tutkimuksessaan, että suurin osa, kenestä soitettiin, olivat alle 10-vuotiaat lapset. Toiseksi suurena ryhmänä olivat 20 – 40 vuotiaat aikuiset. Yleisimpiä soittamisen syitä terveysongelmissa olivat äkillinen kipu ja tulehduksen oireet.

Tyyskän (2012, 2.) pro gradu- tutkielmassa puhelinohjausta tekevät hoitajat pyrkivät puhelinkontaktissa keräämään tietoa potilaalta itseltään, jos se suinkin on mahdollista. Tutkimuksen mukaan hoitajat pitävät tiedontarpeen kartoitusta tärkeänä, koska sen perusteella he tekevät hoidon tarpeen arvioinnin ja arvioivat hoidon kiireellisyyden. Useimmat hoitajat kaipasivat ohjeistusta tai tarkistuslistaa, jonka avulla nopeasti var-

mistäisi, että on saanut kartoitettua kaikki tärkeät tiedot soittajalta. Hoitajien tekemät päätökset perustuivat vahvasti omaan kokemukseen. Tiedonhankinnassa kaikki hoitajat käyttivät apunaan konsultaatiomahdollisuutta. Lääkäreitä ja/tai hoitajakollegaa konsultoi- tiin päivittäin. Hoitajat etsivät eniten lääkityksiin liittyviä tietoja. Hoitajat kaipasivat koko kuntayhtymää koskevia yhteisiä kirjallisia ohjeita, jotka siten helpottaisivat hoita- jien yhdenmukaista ohjausta.

Mäntysen (2008, 2.) tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että terveydenhuollon puhelin- palvelua tarvitaan ja se on asiakkaiden arvostama ja turvalliseksi kokema palvelumuoto, tosin ohjausmenetelmänä haasteellinen. Yhteistyötä terveydenhuollon organisaatioiden sekä puhelinpalveluita tarjoavien yritysten välillä on syytä kehittää, jotta kokonaisuus palvelee asiakkaita parhaalla mahdollisella tavalla.

3.2.3 Palveluun ohjaus

Palveluun ohjauksen käsittävässä puhelinpalvelutoiminnassa soittaja ohjataan terveys- palvelujärjestelmän piiriin ja tehdään samalla mahdolliset ajanvarausjärjestelyt, esimer- kiksi ohjataan potilas päivystykseen tai varataan vastaanottoaika. Palveluun ohjauksen kohdalla kysymys siitä, onko kyse lainsäädännön tarkoittamasta terveyden- ja sairaan- hoidon määritelmän täyttävästä toiminnasta, on ongelmallinen, vaikka tämän tyyppinen puhelinohjaus on hyvin yleistä. Perinteisesti puhelimen välityksellä tapahtuvaa palve- luun ohjausta ovat tehneet muutkin kuin pelkästään terveydenhuollon ammattihenkilöt eikä palveluun ohjauksesta ole tehty potilasasiakirjamerkintöjä. Tähänkin toimintaan liittyy kuitenkin mahdollisuus, että neuvonnan oikeellisuus nousee esille myöhemmin. (STM 2004, 137.)

Varsinainen palveluun ohjaus voidaan tehdä osana yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoi- don neuvontaa. Palveluun ohjaus tehdään potilaan terveydentilan ja siihen liittyvän ar- vion perusteella. Palveluun ohjaus on tällöin samalla yksilöllinen hoidollinen ratkaisu. Neuvoja antavan henkilön tulisi olla terveydenhuollon ammattihenkilö. (STM 2004, 137–138.)

Palveluohjausta voidaan tarjota yhtenä vaihtoehtona, jonka avulla asiakas voi selkiyttää asioitaan tai löytää ratkaisuja pulmiinsa, jotka hankaloittavat hänen elämäänsä. Asiak-

kaat päätyvät palveluohjauksen piiriin eri reittejä. Jotkut hakeutuvat itse omasta aloitteestaan, jotkut saavat viranomaisilta neuvoja ja ohjeita, joiden perusteella he ottavat yhteyttä henkilöön, joka voisi antaa heille palveluohjausta. Molemmissa tapauksissa tarvitaan tietoa siitä, että tämänkaltaista apua on saatavilla. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 38.)

Pietiläisen & Seppälän (2003) mukaan palveluohjaus on sekä asiakkaan kanssa tehtävää työtä (case management) että asiakkaan saamien palveluiden ja tukimuotojen koordinoimista ja yhteensovittamista (service coordination). Palveluohjauksen käsitteellä kuvataan niitä toimintoja, joilla asiakkaan ja viranomaista edustavan palveluohjaajan yhteistyönä organisoidaan, suunnitellaan, yhteen sovitaan ja arvioidaan palveluja, joita asiakas tai hänen perheensä tarvitsevat nykyisessä elämänsä vaiheessaan elämäntilanteensa tueksi. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 10, 15.)

Palveluohjauksen asiakas voi olla kuka tahansa, joka kokee elämäntilanteensa hankalaksi eikä koe omin avuin selviytyvänsä tai löytävänsä tarvittavaa apua tai tukea. Ensisijainen ja ratkaiseva tekijä palveluohjaukseen ohjautumisessa sekä sen käynnistymisessä tulee olla asiakkaan tilanne hänen itsensä määrittelemänä. Joskus voidaan tarvita ammatti-ihmisen arviota siitä, onko palveluohjaus juuri sillä hetkellä ja juuri siihen avun ja tuen tarpeeseen paras lähestymistapa. Palveluohjaus ei voi eikä saa korvata puuttuvia palveluita. Akuuttia tilannetta ja hätää ei pidä siirtää palveluohjauksen kautta hoidettavaksi, jos apua voidaan antaa muutoinkin ja heti. Palveluohjauksesta ei ole hyötyä silloin, kun asiakkaalla ei todellisuudessa ole enää vaihtoehtoja, esimerkiksi kun demen-toituvan vanhuksen on joka tapauksessa siirryttävä pysyvään laitoshoitoon. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 38–40.)

3.2.4 Puhelinpalvelutoimintaan liittyvä lainsäädäntö

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) edellyttävät, että kaikilla kansalaisilla on oikeus hyvään hoitoon ja palveluun. Ihmisarvo, oikeudenmukaisuus ja ikäihmisten oikeudet koskevat kaikkia. Potilaan arvokkuutta, vakaumusta ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja kaikilla on yhdenvertainen oikeus hyvään hoitoon. (Sarvimäki 2008, 85–86.) Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) soveltaa lakia tervey-

den- ja sairaanhoitoa järjestettäessä. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja myös niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tai potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksiensa mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Henkilötietolain (523/1999) tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. Laki edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Asiakkaalla on tarkastus- ja tiedonsaantioikeus, millaisia häntä koskevia tietoja on henkilökisteriin talletettu.

Kansanterveyslain (66/1972) veloitteet ulottuvat iäkkäisiin ihmisiin, vaikka heitä omalla ryhmäänään ei ole monien muiden ryhmien tavoin mainittu laissa. Tästä johtuen iäkkäisiin ihmisiin kohdistuvaa terveystarkastus- ja neuvontatyötä ei ole mallinnettu ja ohjeistettu eikä määrätietoisesti kehitetty. Kansanterveyslain edellyttämässä palveluissa neuvonnan painopisteenä on ensisijaisesti terveyttä uhkaavien riskien vähentäminen, jotta ihminen ei altistuisi sairastumiselle. (Helin 2008, 418.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän järjestämään terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät. Lisäksi kuntien on järjestettävä alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömän yhteyden terveystieteelliseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) mukaan hoidon tarpeen arviointi voi-

daan tehdä myös puhelinpalveluna. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.)

Iäkkäiden ihmisten mahdollisuuksia jatkaa kotona elämistä on aloitettu parantamaan vuoden 2006 alussa voimaan tulleella sosiaalihuoltoa koskevalla lainuudistuksella. Lain (125/2006) mukaan kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava viipymättä. Muissa kuin kiireellisissä tapauksissa kunnan velvollisuus on järjestää 80 vuotta täyttäneelle pääsy sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun on otettu yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan viranomaiseen. (Helin 2008, 422; Kattainen 2010, 197.)

3.3 Ohjaus ja neuvonta

Kyngäs & ym. mukaan (2007, 5-6.) ohjauksesta voidaan käyttää rinnakkain eri käsitteitä, kuten neuvonta, terveysneuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Käsitteet eivät kuitenkaan ole toistensa synonyymejä. Ohjauksella kannustetaan asiakasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään, tuetaan häntä löytämään omia voimavarojaan ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu hoitoaikojen lyhentyessä, jolloin ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Ohjauksen tavoitteena on vahvistaa asiakkaan kotona selviytymistä ja vähentää hänen yhteydenottojaan hoitajakson jälkeen. Hyvä ohjaus kannustaa saavuttamaan ne tavoitteet, jotka asiakkaalle on hoidossa asetettu.

Ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Asiakas on ohjauksessa aktiivinen pulman ratkaisija. Hoitaja tukee häntä päätöksenteossa ja välttää esittämästä valmiita ratkaisuja. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallista ja se sisältää myös tiedon antamista, ellei asiakas ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhde on luonteeltaan tasa-arvoinen. Kääriäinen ja Kyngäs ovat määritelleet ohjauksen asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä. Ohjaus tapahtuu ohjaussuhteessa, joka on vuorovaikutteinen. Määritelmän mukaan ohjauksen olennaiset piirteet voidaan jakaa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin, vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen sekä tavoitteelliseen ja aktiiviseen toimintaan. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 26-28; Kyngäs & ym. 2007, 25.)

Ohjaus rakentuu niille asioille, joita asiakas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen tai sairaudelleen. Asiakkaan ohjauksen tarve voi liittyä terveysongelmiin, elämäntaito-ongelmiin, elämänkulun eri vaiheisiin tai elämäntilanteen muutosvaiheeseen. Ohjauksessa lähdetään jostakin tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja päädytään johonkin toiseen tilanteeseen, joka on erilainen kuin lähtötilanne. Syntyvä tilanne on aina sidoksissa taustatekijöihin, jotka ovat lähtökohta ohjaukseen. Asiakkaan taustatekijät, hänen käsityksensä ja tulkintansa niistä muodostavat todellisuuden missä hän elää. Asiakas voi olla yksilö, perhe tai yhteisö. Asiakkaiden erilaisuus ja siitä johtuvat erilaiset tietoon sekä tukeen liittyvät tarpeet asettaa ohjaukselle suuria haasteita. Asiakkaan taustatekijöiden huomioimisen lisäksi ohjaustavoitteisiin pääseminen vaatii myös hoitajan omien ohjaukseen vaikuttavien taustatekijöiden tunnistamista. Hoitajan on ymmärrettävä omat tunteensa, tapansa ajatella ja toimia sekä omat arvonsa ja ihmis-käsityksensä, jotta hän voi toimia niin, että asiakkaan tilanne selkiytyy. (Kyngäs & ym. 2007, 26–27.)

Laadukas ohjaus edistää asiakkaan terveyttä. Ohjaus on muun muassa edistänyt asiakkaan elämänlaatua, toimintakykyä, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä sekä itsenäistä päätöksentekoa. Lisäksi ohjaus on parantanut asiakkaan mielialaa vähentämällä masentuneisuutta ja ahdistusta sekä yksinäisyyden tunnetta. Se on myös kasvattanut asiakkaan tiedon määrää ja näin ollen asiakas on ymmärtänyt ja muistanut hoitoonsa liittyvät asiat entistä paremmin. (Kyngäs & ym. 2007, 145.)

Ohjausta voidaan toteuttaa tavoitteellisesti, sisällöllisesti ja menetelmällisesti, jolloin sen vaikuttavuutta voidaan tarkastella myös monista eri näkökulmista. Yksilön näkökulmasta katsottuna tarkastellaan ensisijaisesti yksilön kokemusta ohjauksen avulla saadusta tiedosta ja tuesta. Yhteisönäkökulmasta katsottuna tarkastellaan vaikuttavuutta kansanterveydellisten, -taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen osalta. Ohjaus on vähentänyt hoitokäyntejä, sairauspäiviä sekä lääkkeiden käyttöä. (Kyngäs & ym. 2007, 145.)

3.3.1 Puhelinohjaus

Puhelinohjaus vaatii suunnittelua ja arviointia yhtä lailla kuin mikä muu ohjaustapa tahansa. Lisäksi sen toteuttamiseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä. Asiakkaat

saattavat kysyä esimerkiksi erilaisista sairauksista ja niihin liittyvistä asioista, flunssasta, vatsa- tai selkävaivoista, mielenterveys- ja päihdeasioista, sukupuolitaudeista, tapaturmista, hoitoon liittyvistä seikoista kuten valmistautumisesta leikkaukseen, lääkityksestä, rokotuksista, sairauslomista ja – korvauksista. Listan sisältämät asiat vaativat monipuolista tietämystä, joten puhelinohjaus on yksi haasteellisimmista ohjaustavoista. Haasteellisuutta lisää asia, että sanatonta viestintää ei voida hyödyntää. (Kyngäs & ym. 2007, 118–119.)

Oravan kirjallisuuskatsauksessa (2010, 57–61.) puhelinohjausta antavalta hoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja sen jatkuvaa kehittämistä. Tiedollinen osaaminen edellyttää tietoa erilaisista terveysongelmista sekä palvelujärjestelmistä. Taidolliseen osaamiseen kuuluvat päätöksenteko-, ohjaus- ja kommunikointitaidot. Hoitajan rooli on hyvin itsenäinen, useimmiten apuvälineinä ovat erilaiset ohjeistukset ja tietokoneohjelmat. Katsauksen mukaan itsenäinen työ liitetään puhelinpalvelutyön haasteisiin. Tästä syystä tiedollinen osaaminen ja siinä kehittymisen mahdollisuus nähtiin tärkeänä.

3.3.2 Ohjauksen taustatekijät

Kyngäs & ym. jakavat ohjauksen taustatekijät asiakkaiden että hoitajien kohdalla yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli ja terveydentila. Ohjaus on erilaista lapsen tai ikääntyneen kohdalla. Psyykkisiä taustatekijöitä ovat kokemukset, odotukset, tarpeet, motivaatio ja oppimistavat. Sosiaalisia tekijöitä ovat sosiaalisuus, uskonnollisuus, etninen tausta, kulttuuritausta ja eettisyys. Ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat fyysinen ympäristö, psyykkinen ympäristö sekä sosiaalinen ympäristö. (Kyngäs & ym. 2007, 28–38.)

3.3.3 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde

Ohjaus etenee sanallisen ja sanattoman viestinnän avulla. Sanallinen viestintä on pieni osa ihmisten välistä vuorovaikutusta, joten viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen on kiinnitettävä huomiota. Sanojen merkitykset eivät ole samat kaikille, vaan ne vaihtelevat jopa saman kielen ja kulttuurin sisällä. Nykykäsityksen mukaan jopa yli puolet

vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet, teot ja kehon kieli. Sanaton viesti pyrkii tukemaan, täydentämään, painottamaan, kumoamaan tai jopa korvaamaan sanallista viestintää. Niitä lähetetään myös tiedostamattomasti, joten niiden kontrollointi on vaikeaa. (Kyngäs & ym. 2007, 38–39.)

Asiakkaan taustatekijöiden huomioiminen vaatii kaksisuuntaista vuorovaikutusta eli missä vaikutetaan vuorollaan. Kaksisuuntaiselle vuorovaikutukselle on tyypillistä, että vastuu vuorovaikutuksesta on hoitajalla, mutta tavoitteista neuvotellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Usein vuorovaikutuksella on rakenne, mutta sen eteneminen on joustavaa. Lisäksi kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa vuorovaikutus on tavoitteellista, muttei kaavamaista. (Kyngäs & ym. 2007, 39.)

Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on asiakkaan ja hoitajan molemminpuolinen kunnioitus toistensa asiantuntemusta kohtaan. Asiakas on elämänsä ja hoitaja oman ammattinsa asiantuntija. Asiakkaan ja hoitajan aktiivisuus ohjaussuhteessa on kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen edellytys. (Kyngäs & ym. 2007, 38–40.)

3.3.4 Aktiivisuus ja tavoitteellisuus ohjaussuhteessa

Onnistunut ohjaus vaatii, että hoitaja sekä asiakas ovat aktiivisia ja tavoitteellisia. Ohjaussuhteessa hoitajalla on ammatillinen vastuu edistää asiakkaan valintoja ja kiinnittää huomiota asiakkaan valmiuksiin ottaa vastuuta omasta toiminnastaan. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus esittää ristiriitaisiakin mielipiteitä ja tehdä itsenäisiä valintoja vastoin hoitajan mielipiteitä. Toimivassa ohjaussuhteessa asiakas tuntee itsensä arvostetuksi, ymmärtää entistä paremmin itseään ja omaa tilannettaan sekä saa tilanteensa kannalta tarpeellista ja siihen sopivaa tietoa. (Kyngäs & ym. 2007, 41–43.)

Ohjaussuhteessa jossa vuorovaikutus ei ole kaksisuuntaista, on hoitajan otettava vastuu ja käytävä läpi perusasiat, jotka hän katsoo välttämättömiksi. Hoitaja on vastuussa asiakkaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvän ohjauksen antamiseen. Ohjaus sisältää asiakkaan tarpeiden mukaan kaikkia sosiaalisen tuen muotoja eli emotionaalista, käytännöllistä, tiedollista ja tulkintatukea. Aktiivisuus ja tavoitteellisuus vaativat hoitajalta asiakkaan taustatekijöiden selvittämistä, asettaa asiakkaan kanssa tavoitteet ja rakentaa ohjaussuhdetta tavoitteiden mukaisesti. Ohjauksessa on olennaista tunnistaa, mitä tietoja ja taitoja asiakas tarvitsee, mitä hän haluaa tietää tai osata ja mikä on hänelle paras tapa

omaksua asiat. Ohjauksessa hoitajan on otettava huomioon asiakkaan voimavarat, jotka ovat yhteydessä muutoshalukkuuteen ja – valmiuteen. Asiakkaan henkinen ja hengellinen tila tulee tunnistaa, koska ne voivat edistää tai estää ohjauksen tavoitteiden saavuttamista. Henkisen tuen antamiseen sisältyvät asiakkaan kuunteleminen, rinnalla kulkeminen, hänestä välittäminen, tukeminen ja toivon antaminen. (Kyngäs & ym. 2007, 42–43.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Hämeenlinnan kaupunki sijaitsee Kanta-Hämeen maakunnassa. Hämeenlinnan keskustasta on Helsinkiin 98 kilometriä ja Tampereelle 75 kilometriä. Se on pinta-alaltaan 2 031,55 km² ja siten 42:nneksi suurin kunta vuonna 2012. Vuoden 2009 alussa nykyisen Hämeenlinnan rajat muotoutuivat uudelleen, kun Hämeenlinnaan liitettiin Lammin, Rengon, Tuuloksen, Hauhon ja Kalvolan kunnat. Hämeenlinnan kaupunginosat ovat esitetty kuviossa 2 vaalean vihreällä. Hämeenlinnan väkiluku oli 67 280 tammikuussa 2012 ja se on siten 14:nneksi suurin kunta. Hämeenlinnassa on noin 13500 yli 65-vuotiasta asukasta. Heistä yli 75-vuotiaita on 6500. Hämeenlinnalaisten yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa nykyisestä 6435:stä vuoteen 2015 mennessä 7059:ään ja vuoteen 2030 mennessä ikääntyneiden määrä miltei kaksinkertaistuu. Taitekohtana on vuosi 2015, jonka jälkeen yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa kiihtyvästi. (Ikäihmisten lautakunta 2010, 9.)



KUVIO 2. Hämeenlinnan kaupunginosat.

Hämeenlinnassa ikäihmisten palvelujen tavoitteena on turvallinen kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Ikäihmisten palvelujen hallinnossa toimitaan tilaaja-tuottajamallin mukaisesti siten, että tilaajan ja tuottajan tehtävät on erotettu toisistaan. Tilaaja vastaa palvelujen järjestämisestä päättämällä, mitä palveluja kuntalaisille tarjotaan ja mistä tarvittavat palvelut hankitaan. Tilaajan vastuulla on myös palvelu- ja asiakasohja-

us. Palvelut koostuvat kotihoidon tukipalveluista, päivätoiminnasta, lyhytaikaishoivasta, kotihoidosta, omaishoidon tuesta, tehostetusta palveluasumisesta ja ikäihmisten pitkäaikaishoivasta. Palvelujen tuottajat vastaavat palvelujen tarjoamisesta tilaajan edellyttämällä tavalla. Palvelun tuottajana voi toimia kaupungin oma palvelutuotanto tai yksityinen palveluntuottaja. (Ikäihmisten palvelujen hallinto 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on toteuttamassa laajaa yleis- ja erityislainsäädännön sekä myös ikäihmisten palveluita sivuavan lainsäädännön uudistamistyötä. Mm. SOTE-hallintolaki, terveydenhuoltolaki, vanhustenhuoltolaki sekä muutokset asiakasmaksuja säätelevään lainsäädäntöön ovat valmisteilla. Tilaaja seuraa lainsäädännön uudistamista sekä lainsäädännön taustalla tapahtuvia linjauksia ja painopisteitä palvelukonseptien määrittelyssä. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus toimii tärkeänä ohjaavana dokumenttina koko kunnan tasolla tapahtuvassa rakennesuunnittelussa. (Ikäihmisten lautakunta 2010, 6.)

Ikäihmisten lautakunta on toimialueensa järjestämisvastuullinen toimielin. Tilaajaorganisaation virkamiehet ovat vastuualueensa palveluiden järjestämisestä vastuullisia virkamiehiä. Tilaajaorganisaatiolla on palveluiden järjestämisvastuun lisäksi viranomaistehtäviä mm. yksityisten palveluiden lupa- ja valvontaprosessissa, valmiussuunnittelussa ja poikkeustilanteiden johtamisessa. Lautakunnan yksilöjaosto käsittelee yksilöpäättösten oikaisupyynnöt ja valmistelee palveluiden järjestämistä sekä asiakasmaksuja koskevat kantelu- ja valitusasioiden vastineet. (Ikäihmisten palvelujen hallinto 2013.)

Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten lautakunnan päämääränä strategiakaudelle 2010–2013 on mm. että palvelut toteutetaan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Vastuualueen yleis- ja erityislainsäädännön veloitteet kyetään täyttämään ja palveluiden saantia säätelevät säädökset (hoitotakuu, sosiaalitakuu) toteutuvat. Valmisteilla olevaa lainsäädäntöä seurataan sekä palvelukonseptien kehittämistä suunnataan yhdenmukaiseksi lainsäädännön uudistamisen kanssa. Palvelutarpeiden arviointi ja asiakasohjaus toimivat sekä palveluiden myöntämiskriteerit on määritelty yhdenmukaisesti. Kuntouttava työote, kevyiden palvelumuotojen kehittäminen ja jatkuva toiminnan arviointi sekä parantaminen ovat palveluiden järjestämisen lähtökohtana. Palvelut järjestetään siten, että terveyden edistäminen, kuntalaisten sekä lähiverkoston osallisuus hyvinvoinnin teki-jöinä lisääntyy. Asiakaslähtöisyys on palveluiden tuottamisen ja järjestämisen lähtökoh-tana. (Ikäihmisten lautakunta 2010, 5-6.)

Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö antaa neuvontaa ja ohjausta yli 65-vuotiaille ikäihmisille ja heidän omaisilleen. Palveluneuvojat antavat neuvontaa ikäihmisten palveluista sekä asiakaspisteen kautta että puhelimen välityksellä. Palveluohjaajat ohjaavat ikäihmisiä palveluiden hankinnassa sekä erilaisten palveluiden piiriin. Jos asiakkaalla todetaan tukipalveluiden tai kotihoidon hoivan ja hoidon tarvetta, palveluohjaajat käynnistävät tarvittavat palvelut. Sekä palveluneuvojat että – ohjaajat ohjaavat ikäihmisiä myös yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden palveluihin. Tämän tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin hämeenlinnalaiset 65–100-vuotiaat ikäihmiset.

4.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu

Tutkimuksen lähtökohdaksi muodostui kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä, jota täydennettiin avoimilla kysymyksillä. Tilastollisen tutkimuksen vaiheita ovat suunnittelu, aineiston keruu, aineiston kuvailu, tilastollisten mallien teko ja lopuksi raportointi. (Laippala & ym. 1997, 76.)

Tutkimus lähti liikkeelle opinnäytetyösuunnitelman tekemisellä. Tutkimuslupa anottiin ohjaavalta opettajalta sekä Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikön päälliköltä. Tutkimuslupa saatiin 29.4.2011, jossa opinnäytetyön yhdyshenkilöksi nimettiin asiakasohjausyksikön päällikkö. Seuraavaksi suunniteltiin saatekirje (Liite 1) ja kyselylomake (Liite 2) aineiston keruumenetelmänä. Kyselyä suunnitteli ja muokkasi tutkijan lisäksi Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikön henkilökunta. Saatekirjeestä tehtiin lyhyt, yhden sivun mittainen kirje. Saatekirjeen tarkoituksena oli antaa kohderyhmälle tietoa kyselystä, tutkimuksesta sekä johdattaa vastaajat täyttämään itse kyselylomake.

Kyselylomakkeeseen tehtiin sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä, jolloin kyselystä tuli puolistrukturoitu. Kysely muodostui suurimmaksi osaksi monivalintakysymyksistä. Niissä vastaaja sai rengastaa yhden tai useamman vastausvaihtoehdon, heitä parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalta. Avoimia kysymyksiä oli kyselyssä kolme. Lisäksi kolmessa kysymyksessä vastaajalla oli mahdollisuus vastata valmiiden vastausvaihtoehtojen sijasta myös avoimesti. Avoimissa kysymyksissä esitettiin kysymys jonka alapuolelta löytyi tyhjä tila vastaukselle. Avoimet kysymykset antoivat vastaajille mah-

dollisuuden kertoa asiat omalla tavallaan, omia sanoja käyttäen. Kyselylomake esitettiin viidellä ulkopuolisella ihmisellä, jonka perusteella lomaketta muokattiin vielä.

Kohderyhmän osoitetiedot hankittiin satunnaisotannalla Väestörekisterikeskuksesta. Tutkimusjoukko muodostui 65–100-vuotiaista hämeenlinnalaisista ikäihmisistä. Postikysely lähetettiin 300 ikäihmiselle koko Hämeenlinnan alueelle, huomioiden vuonna 2009 liitetyt kunnat. Kysely lähetettiin 15.8.2011, jolloin vastaajilla oli aikaa vastata siihen melkein kuukausi. Kyselyn palautuspäivän takaraja oli 12.9.2011. Vastaajat saivat kyselyn mukana vastauskuoren, jossa postimaksu oli maksettu etukäteen. Vastaajilla oli mahdollisuus palauttaa kysely etukäteen maksetussa vastauskuoressa takaisin tai toimittaa se henkilökohtaisesti Hämeenlinnan Kastellin asiakastiskille.

4.3 Aineiston analyysi

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Tutkimusongelmaan ja –kysymyksiin sopiva analyysimenetelmä pyritään ennakoimaan, kun suunnitellaan tutkimusta. Käytännössä usein sopiva analyysimenetelmä löytyy kuitenkin vain siten, että tutkija kokeilee kyseiselle muuttujalle soveltuvia menetelmiä. (Vilkkä 2007, 119.)

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-tilasto-ohjelman avulla. Aineisto analysoitiin kuvailevaa tilastollista analyysia käyttäen. Aineiston kuvailevan analyysin prosessissa tutkijalle selviää, millaisia tilastollisia menetelmiä on lopulta mahdollista käyttää. Tämän tutkimuksen taulukot ja kuviot tehtiin Excel-ohjelmassa. Aineiston määrälliset tulokset ilmoitettiin prosentteina ja frekvensseinä. Havaintoaineiston riippuvuuksia ei kuvattu, koska käyttäjäjoukko oli suppea. (Laippala & ym. 1997, 76–90.)

Tutkimuksen avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaation lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeää, mielekästä ja yhtenäistä informaatiota. Analyysilla luodaan selkeyttä aineis-

toon, jotta voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

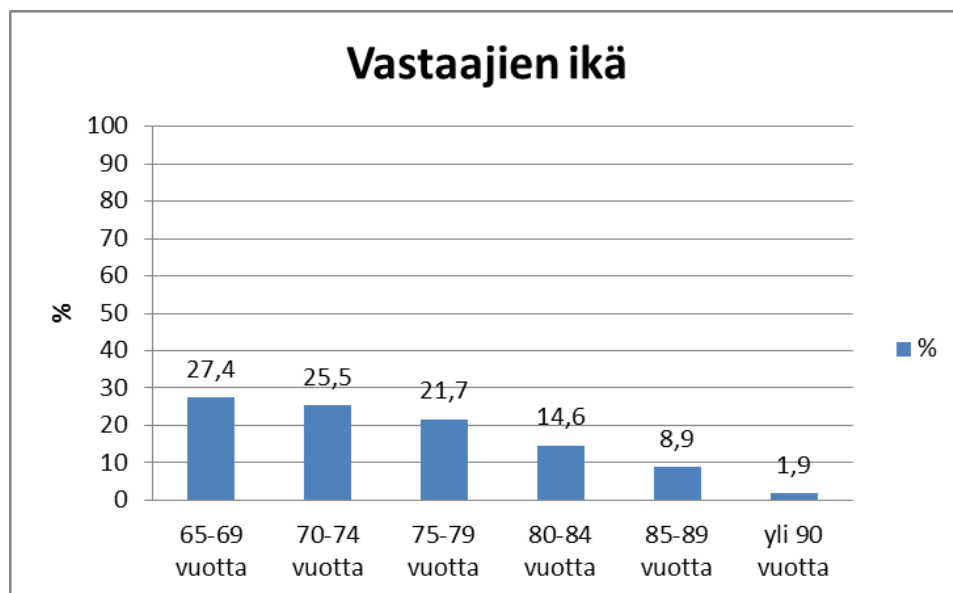
Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen tulkintaan ja päättelyyn, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.) Tässä tutkimuksessa kaikkiin avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset litteroitiin eli kirjoitettiin sanasta sanaan puhtaaksi. Näin saadut vastaukset luokiteltiin yhdistävien teemojen mukaan. Aineistosta nousivat esiin otsikot aiheille. Analyysin tueksi laitettiin muutamia suoria lainauksia.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 158 hämeenlinnalaista ikäihmistä. Kyselylomakkeita jaettiin satunnaisena postikyselynä 300 kappaletta, jolloin vastausprosentiksi saatiin 52,6. Kyselyn kuusi ensimmäistä kysymystä selvitti vastaajan taustatietoja. Kaikista vastaajista (n=158) naisia oli 80 (51,6 %) ja miehiä 75 (48,4 %). Kolme vastaajaa ei vastannut kysymykseen (n=155).

Vastaajista 43 kuului ikäryhmään 65–69 vuotta. Ikäryhmään 70–74 vuotta kuului 40 vastaajaa. Ikäryhmään 75–79 vuotta kuului 34. Vastaajista 23 kuului ikäryhmään 80–84 vuotta. 85–89-vuotiaiden ikäryhmään kuului 14. Kolme vastaajaa kuului yli 90-vuotiaiden ikäryhmään. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen (n=157). Kuvio 3 esittelee vastaajien ikäjakauman.



KUVIO 3. Vastaajien ikäjakauma.

Kyselyn kolmas kysymys selvitti vastaajien siviilisäädyn. Siviilisäädyltään avioliitossa asui 91 (58 %) vastaajaa. Neljä (2,5 %) vastaajaa asui avoliitossa. Vastaajista 11 (7 %) oli naimattomia. Leskiä oli 28 (17,8 %) vastaajaa. Eronneita oli 23 (14,6 %) vastaajaa. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen (n=157).

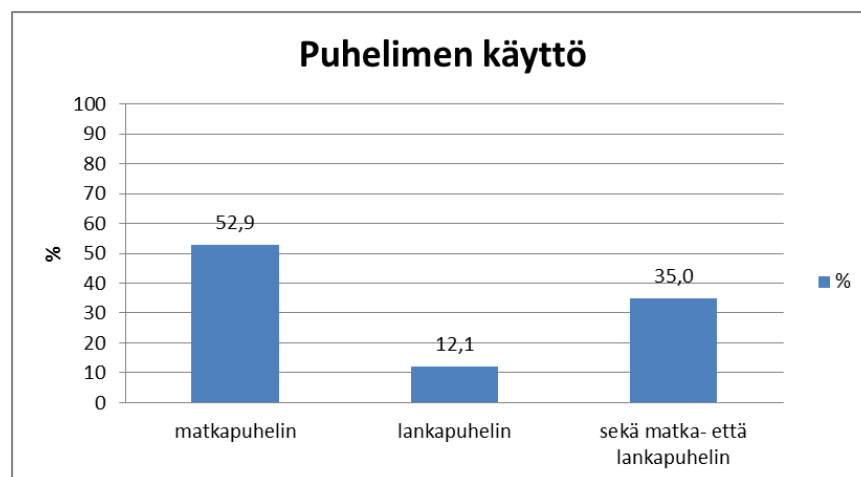
Asumismuodoltaan 73 (46,8 %) vastaajaa asui kerrostalossa. Omakotitalossa asui 55 (35,3 %) vastaajaa. Vastaajista 26 (16,7 %) asui rivitalossa. Kaksi (1,3 %) vastaajaa asui jossakin muussa asumismuodossa. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen (n=156).

Kyselyyn vastaajista valtaosa asui Hämeenlinnan keskustan kaupunginosassa. Hauhon, Tuulosen, Lammin, Kalvolan ja Rengon kaupunginosissa vastaajaluvut olivat pienemmät. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen (n=156). Taulukossa 1 on esitetty vastaajien asuinpaikkojen jakautuminen.

TAULUKKO 1. Vastaajien asuinpaikan jakautuminen.

Kaupunginosa	lkm	%
Hämeenlinna	122	78.2
Hauho	6	3.8
Tuulos	2	1.3
Lammi	14	9.0
Kalvola	7	4.5
Renko	5	3.2
Yhteensä	156	100

Kuudes kysymys selvitti vastaajien puhelimen käyttöä. Matkapuhelimen omisti 83 vastaajaa. Lankapuhelimen 19 vastaajaa. Vastaajista 55 omisti sekä matka- että lankapuhelimen. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen (n=157). Kuviossa 4 näkyy vastaajien puhelimen käyttö.



KUVIO 4. Vastaajien puhelimen käyttö.

5.2 Kokemukset puhelinneuvonnasta

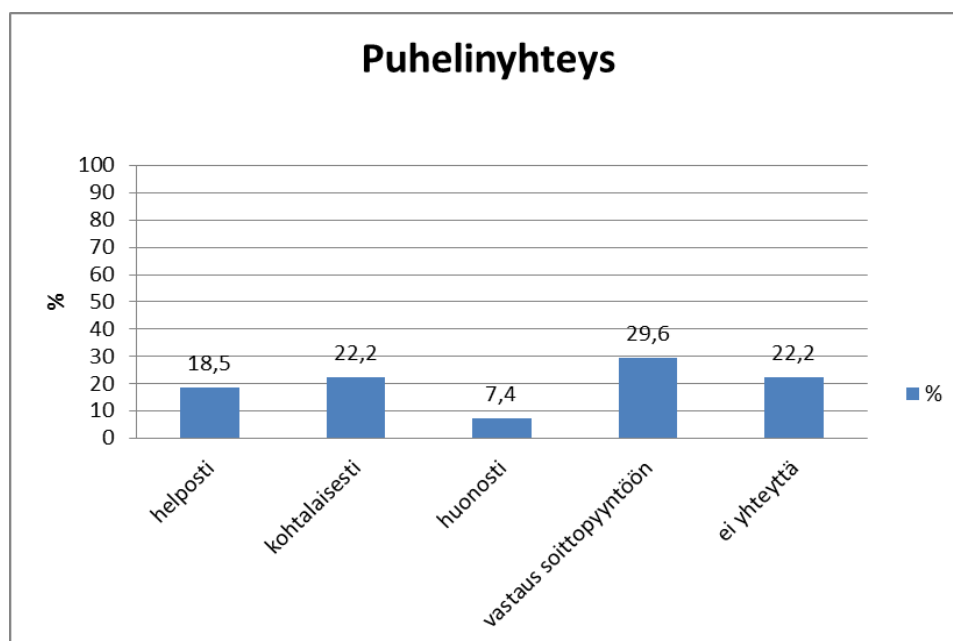
Kyselyn seitsemän seuraavaa kysymystä kartoittivat vastaajien kokemuksia puhelinneuvonnasta sekä ikäihmisille tarkoitettu puhelinneuvonnasta. Puhelinneuvonnan käyttö osoittautui melko vähäiseksi. Vastaajista 131 eivät olleet käyttäneet puhelinneuvontaa asioiden hoidossa. Vastaajista 22 oli käyttänyt puhelinneuvontaa asioiden hoidossa. Viisi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen (n=153).

Vastaajat saivat tarkentaa, ketä he olivat yrittäneet tavoittaa asian johdosta, avoimella vastauksella (n=19). Vastaajat mainitsivat yrittäneensä tavoittaa lääkäriä, sairaanhoitajaa, sosiaalivirkailijaa, sosiaalijohtajaa ja terveyskeskusta. Muutamalta vastaajalta löytyi mainintoja terveyteen liittyvissä asioissa. Yksittäisinä mainintoina tulivat esiin myös vanhusten vuokra-asunnot, KELA, yrityksiä tietokoneen opastamisessa, hammaslääkäreitä, laboratoriota ja pankkia, joita oli yritetty tavoittaa.

”Sairaanhoitajan lääkäriä.”

”Lähinnä terveyttä koskevissa asioissa.”

Kyselyn yhdeksäs kysymys selvitti vastaajien yhteyden saantia tavoittelemaansa asianomaiseen. Kysymykseen vastasi 27 vastaajaa. Vastaajien puhelinyhteys on esitelty kuviossa 5.

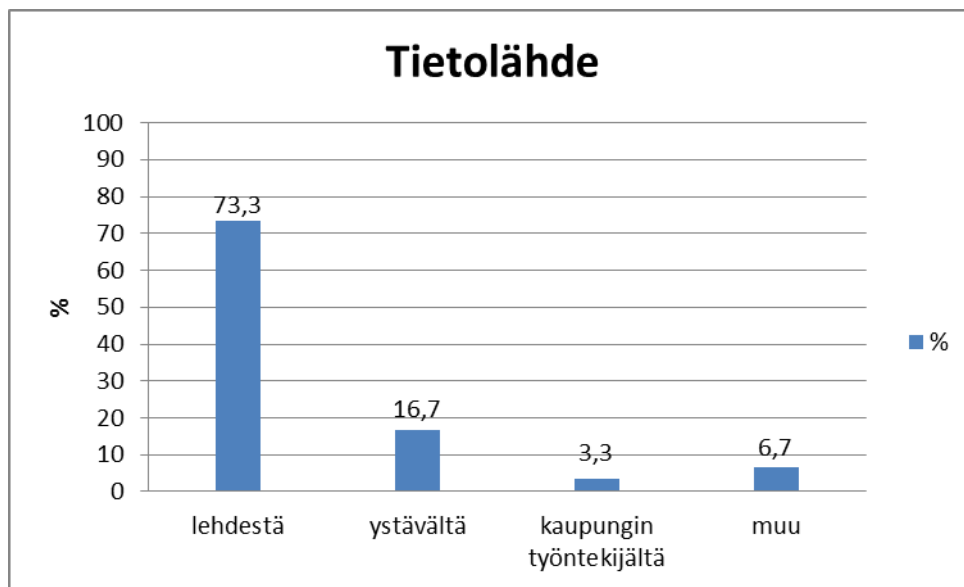


KUVIO 5. Vastaajien puhelinyhteys.

Viisi vastaajaa sai helposti yhteyden tavoittelemaansa asianomaiseen. Vastaajista kuusi sai yhteyden tavoittelemaan asianomaiseen kohtalaisesti. Kaksi vastaajaa sai huonosti yhteyden asianomaiseen. Vastaajista kahdeksan sai soittopyyntöön vastauksen. Kuusi vastaajaa ei saanut lainkaan yhteyttä tavoittelemaan asianomaiseen. Vastaajista 131 jätti vastaamatta kysymykseen.

Seuraavalla kysymyksellä haluttiin kerätä tietoa siitä, olivatko vastaajat kuulleet ikäihmisten puhelinneuvonasta. Ikäihmisten puhelinneuvonnasta oli kuullut 24 (16,2 %) vastaajaa. Vastaajista 114 (77 %) eivät olleet kuullut puhelinneuvonnasta. Vastaajista kymmenen (6,8 %) olivat ehkä kuulleet ikäihmisten puhelinneuvonnasta. Kysymykseen jätti vastaamatta 10 vastaajaa (n=148).

Tiedon lehdestä ikäihmisten puhelinneuvonnasta olivat saaneet 22 vastaajaa. Viisi vastaajaa oli saanut tiedon ystävän kautta. Yksi vastaaja oli saanut tiedon ikäihmisten puhelinneuvonnasta kaupungin työntekijältä. Jostain muualta tiedon saaneita vastaajia oli kaksi. Kysymykseen jätti vastaamatta 128 vastaajaa, jolloin vastausprosentiksi saatiin 19 (n=30). Kuviossa 6 on esitetty vastaajien tietolähteen jakautuminen.



KUVIO 6. Vastaajien tietolähteen jakautuminen.

Vastaajat saivat vastata avoimeen kysymykseen ”*millaisissa asioissa olette tarvinneet puhelinneuvontaa?*”. Vastaajat (n=11) kertoivat tarvinneensa puhelinneuvontaa KE-LAssa, asumiseen liittyvissä asioissa ja ajanvarauksissa. Yksittäisissä vastauksissa olivat vastaajat maininneet tarvinneensa puhelinneuvontaa ruokapalvelussa, pankkiasiois-

sa, eläkeasioissa sekä terveydenhoidollisissa-asioissa. Muutama vastaaja ei kokenut tarvitsevansa puhelinneuvontaa.

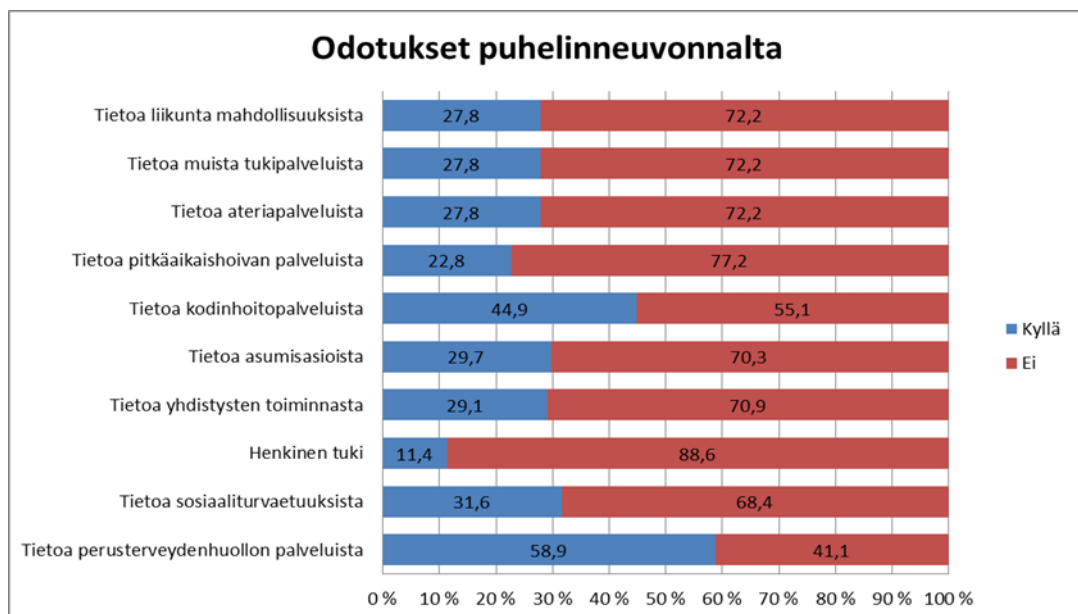
”En ole tarvinnut neuvontaa.”

”Ajanvarauksissa.”

Seitsemän (24,1 %) vastaajaa koki hyötyvänsä saamastaan puhelinneuvonnasta. Vastaajista 11 (37,9 %) koki hyötynneen puhelinneuvonnasta osittain. Vastaajista 11 (37,9 %) ei kokenut saaneensa puhelinneuvonnasta hyötyä. Kysymykseen jätti vastaamatta 129 vastaajaa. (n=29)

5.3 Odotukset ikäihmisten puhelinneuvonnasta

Kyselyn viimeisessä osassa kartoitettiin vastaajien odotuksia ikäihmisten puhelinneuvonnasta. Kysymyksessä 14 vastaajat saivat kertoa odotuksistaan puhelinneuvonnasta rengastamalla yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Vastaajien odotuksia ikäihmisten puhelinneuvonnalta on esitetty kuviossa 7.



KUVIO 7. Vastaajien odotukset ikäihmisten puhelinneuvonnalta.

Tietoa kunnan perusterveydenhuollon palveluista tai terveyteen liittyvistä asioista odotti 93 vastaajaa. Tietoa sosiaaliturvaetuksista (esim. toimeentuloon liittyvistä asioista)

odotti 50 vastaajaa. Vastaajista 18 odotti ikäihmisten puhelinneuvonnalta henkistä tukea, keskusteluapua ja kuuntelemista. Tietoa yhdistysten tarjoamista virkistys- ja vertaistukitoiminnasta odotti 46 vastaajaa. Tietoa asumiseen liittyvistä asioista (esim. korjausavustus, apuvälineet) odotti vastaajista 47. Vastaajista 71 odotti puhelinneuvonnalta tietoa kotihoidon palveluista. Tietoa pitkäaikaishoivan palveluista odotti 36 vastaajaa. Vastaajista 44 odotti tietoa ravitsemuksesta ja ateriapalvelusta. Tietoa muista tukipalveluista (esim. kuljetus, päivätoiminta, turvapalvelu) odotti 44 vastaajaa. Vastaajista 44 odotti tietoa ikäihmisten liikkumismahdollisuuksista.

Vastaajista 32 tarkensivat odotuksiaan ikäihmisten puhelinneuvonnasta kysymyksessä ”mitä muuta tietoa tai apua odotatte ikäihmisten puhelinneuvonnalta?” avoimella vastauksella (Liite 3). Avoimet vastaukset käsittelivät ikäihmisten puhelinneuvonnan sisältöä, yhteyden saannin esteitä, puhelimen käytön esteitä sekä puhelinneuvonnan tarpeettomuutta. Vastaajat odottivat ikäihmisten puhelinneuvonnalta tietoa, tukea ja apua moniin asioihin, kuten omaishoitoon, perinnönjakoon, puhelinnumeron löytämiseen ja matkapuhelimen käyttöön liittyvissä asioissa.

”Tietoa siitä, jos ei pysty asumaan kotona mistä saa apua ja vaihtoehtoja.”

”Olisi kiva saada teatteri ja konsertti esityksistä ja nyt kun elokuvateatterissa esitetään oopperoita niin myös niistä. Myös kulkuneuvojen aikataulutietojen saaminen voisi olla hyvä. Liikennelaitoksen palvelunumeroihin on ihan mahdoton odottaminen!”

”En ole tarvinnut toistaiseksi.”

Vastaajien avoimissa vastauksissa nousi esille ikäihmisten puhelinneuvonnan yhteyden saannin esteet. Muun muassa pitkät odotusajat ja linjojen tukkeutuminen huolestutti muutamaa vastaajaa. Puhelimen käytön vaikeudet, kuten dementia ja huono kuulo sekä puhelinneuvonnan tuntemattomuus nousivat vastauksissa ikäihmisten puhelinneuvonnan käytön esteiksi. Osa vastaajista koki ikäihmisten puhelinneuvonnan vielä tarpeettomaksi, koska ei ole sitä tarvinnut tai että pystyy itse hoitamaan omat asiat.

Kyselyn 16 kysymys selvitti vastaajien halukkuutta etsiä tietoa ikäihmisten palveluista Hämeenlinnan kaupungin internet-sivuilta. Vastaajista 64 (43,2 %) olisi halukas etsimään tietoa ikäihmisten palveluista internet-sivuilta. Vastaajista 6 (4,1 %) ei ollut halukkaita etsimään tietoa internet-sivuilta. Vastaajista 78 (52,7 %) ei ollut halukkaita etsimään tietoa internet-sivuilta ja tarkensi kielteistä vastaustaan avoimella vastauksella. Vastaajien avoimet vastaukset käsittelivät internetin käytön vaikeuksia, välineettömyyttä ja kokemusta internetin käytön tarpeettomuudesta (Liite 4). Internet-sivujen käytön vaikeuksissa ilmeni osaamattomuus sekä lukemisen vaikeus, kuten näkövamma.

”Teksti on vaikeasti luettavaa näkökyvyn huononnutta.”

”En omista tietokonetta.”

”En osaa käyttää nettiä.”

Vastaajien useissa vastauksissa selvisi välineettömyys eli vastaajat eivät omistaneet tietokonetta tai heillä ei ollut käytössään internetiä. Osa vastaajista ei kokenut Hämeenlinnan kaupungin internet-sivujen käyttöä tarpeellisena.

Kyselyn viimeinen kysymys kartoitti vastaajien mielipiteen ikäihmisten puhelinneuvonnan tarpeellisuudesta. Vastaajista 13 (8,9 %) ei pitänyt ikäihmisten puhelinneuvontaa tarpeellisena. Vastaajista 133 (91,1 %) piti ikäihmisten puhelinneuvontaa tarpeellisena. Vastaajista 12 jätti vastaamatta kysymykseen (n=146).

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hämeenlinnalaisten ikäihmisten kokemuksia ja odotuksia puhelinneuvonnasta sekä tuottaa tietoa siitä, miten asiakkaat toivovat ikäihmisten puhelinneuvontaa kehitettävän. Tavoitteena oli kartoittaa ja saada tietoa puhelinneuvonnasta asiakaskyselyn avulla. Tutkimustulosten perusteella Hämeenlinnan kaupungin asiakasohjausyksikkö pystyy arvioimaan toimintaa ja kehittämään ikäihmisille tuottamaa puhelinneuvontaa.

Suomessa puhelinneuvontaan liittyviä tutkimuksia on saatavilla melko vähän. Kotimaiset tutkimukset liittyvät lääkärin antamaan puhelinneuvontaan, asiakkaiden tyytyväisyyteen terveydenhoitajan antamaan puhelinneuvontaan ja asiakkaiden tyytyväisyyteen terveyskeskusten puhelinvaihteen toimintaan. (Hyryn kangas-Järvenpää 2000; Mäkinen & Veistola 2006; Galenius-Laine & ym. 2007.) Puhelinneuvonnan kehittämishankkeita on meneillään useita, mutta niiden tutkimustuloksia ei ole juuri saatavilla. Aiempien tutkimusten vähäisyyden vuoksi muodostui tämä tutkimus erityisen merkittäväksi työksi.

Tutkimustulosten mukaan vastaajien puhelinneuvonnan käyttö osoittautui vähäiseksi. Vastausprosentti jäi alhaiseksi puhelinneuvontaan liittyvistä kokemuksista. Kokemukset puhelinneuvonnasta olivat hajanaisia ja ne liittyivät mm. lääkärin, sairaanhoitajan ja terveyskeskuksen tavoittamiseen. Puhelinyhteyden saanti tavoiteltuun asianomaiseen oli melko tasaista ja vastauksia löytyi kaikista vastausvaihtoehdoista, helposti yhteyden saaneista ei yhteyden saaneisiin. Vastaajista suurin osa sai yhteyden tavoiteltuun asianomaiseen jätettyään soittopyynnön. Näin asianomainen soitti heille takaisin. Valtaosa vastaajista ei ollut kuullut ikäihmisten puhelinneuvonnasta aikaisemmin.

Hyryn kangas-Järvenpään (2000, 117.) tutkimuksessa ikääntyneet soittivat puhelinlääkärille muunikäisiä harvemmin. Syynä voi olla, että ikäihmisen on vaikeampaa käyttää puhelinta asioidensa selvittämiseen tai että heillä on työikäistä väestöä enemmän aikaa hakeutua vastaanotolle. Syynä voi olla myös, että heidän ongelmansa ovat luonteeltaan sellaisia, että niiden hoito edellyttää tutkimuksia.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat että ikäihmisten puhelinneuvontapalvelu oli vastaajille melko tuntematon. Suurin osa vastaajista oli saanut tiedon ikäihmisten puhelinneuvonnasta lehden kautta. Kohderyhmä ei kokenut saaneensa suurta hyötyä saamastaan puhelinneuvonnasta, vaan koki hyötyvänsä siitä osittain tai ei ollenkaan. Tutkimustulokset osoittivat puhelinneuvonnan käytön esteet, kuten palvelun tuntemattomuuden. Muita käytön esteitä olivat esimerkiksi dementia ja näkövamma sekä yhteyden saanti ikäihmisten puhelinneuvontaan ja puhelinneuvonnan tarpeettomuus.

Tuloksissa nousi esiin vastaajien odotukset ikäihmisten puhelinneuvonnalta. Vastaajat odottivat puhelinneuvonnalta mm. tietoa perusterveydenhuollon palveluista, kodinhoitopalveluista ja sosiaalityöpalveluista. Tulosten mukaan valtaosa vastaajista piti ikäihmisten puhelinneuvontaa tarpeellisenä palveluna. Vastaajista alle puolet olisi myös halukkaita etsimään tietoa ikäihmisten palveluista Hämeenlinnan kaupungin internet-sivuilta.

Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten lautakunnan (Hämeenlinnan kaupunki 2010, 9.) haasteina ja tavoitteina vuoteen 2013 ovat mm. ikääntyvien kasvavaan määrään ja palvelutarpeisiin vastaaminen, laatusuosituksen mukainen palvelurakenne, ikääntyvien turvallinen kotona asuminen nykyistä pidempään ja teknologian hyödyntäminen. Nykyään potilas pitää turhauttavana sitä, jos hän joutuu hakeutumaan vastaanotolle kysyäksään asiaa, johon vastauksen saa helposti ja vaivattomasti puhelimitse. Potilaiden tiedetään käyttävän puhelinkontaktimahdollisuutta juuri sen vaivattomuuden, mutta myös edullisuuden johdosta. Soittajat tietävät, että puhelinkontakti voi korvata vastaanottokäynnin ja siitä aiheutuvat kustannukset. (Hyrynkangas-Järvenpää 2000, 120.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hyvä tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen kysymyksenasettelu, tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen sekä aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkijat ovat vastuussa yhteiskunnalle ja itselleen tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista. Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään: tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulos-

ten soveltamisesta koskeviin normeihin. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26; Vilkka 2007; 90.)

Kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi & ym. 2010, 231.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Tutkimuksen validius kertoo, onko mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin. Eli onko teoreettiset käsitteet pystytyt luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa, miten hyvin saadut tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Tulosten yleistettävyyden vuoksi on tärkeä arvioida myös kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. (Metsämuuronen 2007, 64–65; Vilkka 2007, 150; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmat ohjasivat aineistonkeruumenetelmiä. Kyselylomake ja saatekirje rakennettiin yhteistyössä Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikön henkilökunnan kanssa. Kyselylomake esiteltiin ennen varsinaista tutkimusta. Tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on tutkittavien yhteistyöhalu. Hämeenlinalaisiin ikäihmisiin oli välillinen tutkimussuhde, heidän vastatessa kyselyyn. Tutkimusaineistoa kerätessä huomiota kiinnitettiin kyselyyn vastaavien oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana oli, että vastaajia kohdeltiin rehellisesti ja kunnioittavasti. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31-32; Leino-Kilpi 2009, 367.)

Tätä tutkimusta ja kyselyä varten haettiin tutkimuslupa. Tutkimuslupaa myönnettäessä on luvan saamisen keskeinen edellytys tutkittavien oikeuksien toteutuminen. Luvan saamisen jälkeen kyselylomake, saatekirje ja maksuton palautuskuori lähetettiin postikyselynä kohderyhmälle. Tutkittavia informoitiin saatekirjeessä selkeästi ja heidän oikeuksiaan sekä velvollisuuksiaan kuvattiin mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Saatekirjeessä kerrottiin tutkittavien anonymiteetistä eli ettei heidän henkilötietojaan paljasteta missään vaiheessa. Kohderyhmän osoitetiedot saatiin Väestörekisterin kautta ja ne hävitettiin asianmukaisesti käytön jälkeen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 29–30; Leino-Kilpi 2009, 367- 368.)

Kyselylomakkeita lähetettiin satunnaisena postikyselynä kohderyhmälle 300 kappaletta ja vastauksia saatiin 158. Kyselylomakkeen kysymykset olivat selkeitä ja yksiselitteisiä. Postikyselyllä saatiin hyvä otos vastauksia esitettyihin kysymyksiin. Osa vastaajista oli jättänyt vastaamatta joihinkin kysymyksiin ja vastausprosentit olivat joissakin kysymyksissä matalat. Tämä saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Tutkimuksen reliabelius viittaa tulosten pysyvyyteen eli ei-sattumanvaraisiin tuloksiin. Reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmasta. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa sitä, että kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa ja korreloivat keskenään. Mittarin pysyvyys viittaa saman tuloksen saamiseen eri mittauskerroilla. Mittarin vastaavuus taas tarkoittaa kahden eri mittaajan saamaa yhteneväistä mittaustulosta. (Metsämuuronen 2007, 65-66; Vilkka 2007, 149; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-157.)

Kohderyhmä sai kyselylomakkeet postin kautta ja heillä oli mahdollisuus vastata siihen alle kuukausi. Hirsjärvi & ym. (2010, 204.) mukaan lomakkeen postittamisen ajankohdasta tulee harkita. Lomakkeessa tulee ilmoittaa mihin mennessä se on palautettava ja pyytää pikaista palautusta. Tässä tutkimuksessa kohderyhmällä oli mahdollisuus vastata kyselyyn reilu kolme viikkoa, joka saattoi olla liian pitkä aika ja vaikuttaa näin vastaus-ten katoon. Vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn kuoressa olleella palautuskuorella, jossa postimaksu oli maksettu jo etukäteen. Toisena vaihtoehtona oli palauttaa kysely Hämeenlinnan kaupungin Kastellin asiakastiskille.

Vilkka (2007, 17.) mukaan määrällisen tutkimuksen aineistolle on tyypillistä, että vastaajien määrä on suuri. Suositeltava henkilöiden vähimmäismäärä on 100, jos tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä. Mitä suurempi otos on, sitä paremmin toteutunut otos edustaa perusjoukossa keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asiasta. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeita lähetettiin kohderyhmälle 300 ja vastauksia saatiin 158, jolloin vastausprosentiksi saatiin 52,6. Veal (1997,154.) esittää, että usein kyselytutkimuksissa vastaajia saattaa olla vain 25–30 prosenttia otoksesta. Tämän tutkimuksen vastausprosenttiin voi siten olla tyytyväinen.

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti luotettavaa ja hyvää tutkimusta. Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusaineiston ana-

lysoinnissa keskeistä eettisestä näkökulmasta on analyysin tekeminen tieteellisesti luotettavasti, koko aineistoa hyödyntäen. Tässä tutkimuksessa analyysi tehtiin ilman ennakoasenteita ja – odotuksia, jolloin tuloksiin ei tullut ennakoasenteesta johtuvaa vääristymää. Kaikki kyselylomakkeessa olevat kohdat analysoitiin ja ne raportoitiin rehellisesti juuri sellaisina kuin ne vastauksissa olivat. Analyysin ja raportin valmistuttua saadut kyselylomakkeet ja litteroidut vastaukset hävitettiin asianmukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173; Leino-Kilpi 2009, 369.)

6.3 Johtopäätökset

Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö vastaa lisääntyneeseen asiakkaiden neuvontatarpeeseen sekä kansallisiin suosituksiin ja linjauksiin. Ikäihmisten laatusuosituksen (2008, 3-4.) mukaan palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä sekä kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Hyvinvointi 2015-ohjelmassa kerrotaan, että auttamiskeinojen tulisi ensisijaisesti edistää asiakkaan omatoimisuutta ja siten välttää riippuvuuden syntymistä. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiassa 2015 mainitaan, että on tärkeää käyttää hyväksi uuden teknologian mahdollisuudet ikääntyneiden toimintakyvyn parantamisessa sekä itsenäisessä selviytymisessä. Vuoden 2006 alussa voimaan tulleessa sosiaalihuoltoa koskevassa lainuudistuksessa kunnan velvollisuutena on järjestää 80 vuotta täyttäneelle pääsy sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun on otettu yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan viranomaiseen. Vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa veloitetaan kuntia järjestämään alueellaan asuville vanhuseläkettä saaville henkilöille neuvontapalveluja, jotka edistävät terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä.

Hyryn Kangas-Järvenpään (2000, 117.) mukaan maallikoiden tietomäärä on lisääntynyt. Sen lisäksi on meneillä vuosikymmenillä tapahtunut uudistuksia myös hoitotavoissa. Potilaiden sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet ja sen myötä potilaat kuntouttavat sekä jatkohoitavat itseään kotonaan aikaisempiin vuosiin verraten varhaisemmassa vaiheessa. Kotihoito ja kuntoutus luovat tarpeita neuvontaan.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan puhelinneuvonnan käyttö osoittautui vähäiseksi ja kokemukset puhelinneuvonnasta olivat hajanaisia. Suurin osa vastaajista ei ollut kuullut

ikäihmisten puhelinneuvonnasta ja siten palvelun tuntemattomuus muodostui tutkimuksen keskeiseksi tulokseksi. Vastaajilla ei myöskään ollut tarkkaa tietoa siitä, mitä kaikkea puhelinneuvonta voi sisältää ja mihin kaikkeen sitä voi käyttää. Tulosten perusteella olisi erittäin tärkeää mainostaa hämeenlinnalaisille ikäihmisille tarkoitettua puhelinneuvontaa. Puhelinpalvelusta tulisi tiedottaa eri väylien, kuten lehtien, esitteiden sekä eri yhteistyötahojen kautta ja tehdä palvelua tunnetuksi. Näin tieto saavuttaisi kohderyhmän ja tekisi palvelua sekä sen sisältöä tunnetuksi. Eri yhteistyötahoja voisi velvoittaa antamaan tietoa ikäihmisten puhelinneuvontapalvelusta kohderyhmälle ja rohkaista heitä käyttämään palvelua.

Suurin osa vastaajista piti ikäihmisten puhelinneuvontaa tarpeellisena palveluna ja siten sitä tuleekin jatkaa ja kehittää. Oma toimintaa kehittämällä Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikkö pystyy vielä tehokkaammin palvelemaan hämeenlinnalaisia ikäihmisiä. Panostamalla henkilöstön koulutukseen, työnjakoon sekä puhelin- sekä tietotekniikkaan, yksikkö voi rakentaa laadukkaat työvälineet. Lainsäätäjät ovat luottaneet kentän ammattitaitoon tuottaa omaan organisaatioon tarkoitettu järkevin malli. Toisen kunnan, kaupungin tai kuntayhtymän puhelinneuvonnan toteutusmalli ei välttämättä toimi toisessa. Toimivan mallin tuottamiseen vaikuttavat väestöpohja, väestön ikärakenne ja alueelliset etäisyydet. (Hyrynkangas-Järvenpää 2007, 430.)

Tutkimustulosten mukaan merkittävä joukko vastaajia oli halukkaita etsimään tietoa ikäihmisten palveluista Hämeenlinnan kaupungin internet-sivuilta. Internetin käytön myönteisyys tulisikin hyödyntää yhdeksi tärkeäksi kanavaksi tiedon jakamisessa. Internet-palvelua tulisi kehittää yhä kattavammaksi tiedonlähteeksi.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Pelkästään ikäihmisille kohdennettuja puhelinneuvontapalveluun liittyviä tutkimuksia ei ole kotimaassa juurikaan saatavilla. Suomessa puhelinneuvontaan liittyvät tutkimukset liittyvät mm. lääkärin antamaan puhelinneuvontaan, asiakkaiden tyytyväisyyteen terveydenhoitajan antamaan puhelinneuvontaan ja asiakkaiden tyytyväisyyteen terveyskeskustenpuhelinvaihteen toimintaan. Puhelinneuvonnan kehittämishankkeita on meillä useita, mutta niiden tutkimustuloksia ei ole juuri saatavilla. Koska ikäihmisille suunnattua puhelinneuvontaa on tutkittu vähän, olisi merkittävää tutkia sitä lisää.

Tämän tutkimuksen tuloksissa nousi esiin ikäihmisten puhelinneuvonnan haasteet. Palvelua tulisi tutkia ja mitata lisää ikäihmisten puhelinneuvonnan sisällön laajuuden-, yhteyden saannin- ja palvelun tunnettavuuden näkökulmasta. Näin saataisiin tärkeää tietoa ikäihmisille kohdennetun puhelinneuvontapalvelun juurtumisesta osaksi hämeenlinnalaisten arkea. Jatkossa olisi merkittävää tutkia myös ikäihmisten puhelinneuvonnan vaikuttavuutta yksilön sekä yhteisön näkökulmasta ja kerätä tietoa teknologian hyödynnettävyydestä osana ikääntyvien terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä.

LÄHTEET

Galenius-Laine, T., Järvenpää, K. & Sartokoski, L. 2007. Työterveyshoitajan puhelinpalvelu asiakkaiden kokemana. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 11.1.2013.

<http://www.stadia.fi/palvelut/kirjasto/elmeri/hoitotyö>.

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Henkilötietolaki 523/1999. Luettu 8.12.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

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

Hyryn Kangas-Järvenpää, P. 2000. Lääkärin puhelinneuvonta. Tutkimus Neuvonalle Puhelinlääkärille tulleista soitoista. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 733.

Hyryn Kangas-Järvenpää, P. 2005. Porin kaupungin terveyskeskuksen pääterveysaseman ensiapuyksikön sairaanhoitajien puhelinneuvonta. Kunnallislääkäri 20, 8.

Hyryn Kangas-Järvenpää, P. 2007. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. Suomen lääkärilehti 5/2007.

Häkkinen, M. & Uski, A. 2006. Ratkaiseva yhteys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ikäihmisten lautakunta 2010. Tilaajan palvelusuunnitelma 2010-2013. Hämeenlinnan kaupunki. Luettu 6.1.2013.

http://www.hameenlinna.fi/pages/388553/Palvelusuunnitelmat%202010%202013/IKLA%20palvelusuunnitelma%202010_2013.pdf

Ikäihmisten palvelujen hallinto 2013. Hämeenlinnan kaupunki. Luettu 6.1.2013.

http://www.hameenlinna.fi/ikaihminen_palvelut/ikaihminen_palvelujen_hallinto/

Kansanterveyslaki 66/1972. Luettu 10.12.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kattainen, E. 2010. Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen – ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveystieteiden edistäminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kautto, M. 2004. Ikääntyneet resurssina, ikääntyminen mahdollisuutena. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A. 2002. Asiakas ja terveystalvet. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola K. (toim.) Terveysten edistämisen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Koskinen, S. 2004. Vanhenemisen kaksikasvoisuus. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laippala, P., Paavilainen, E. & Koponen, H. 1997. Kuvailevaa tilastotiedettä - summa- muuttujien rakentamisen tarkastelua. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Luettu 11.12.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Luettu 12.12.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 125/2006.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060125>

Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.

Mäkinen, S. & Veistola, P. 2006. Asiakkaiden kokemus puhelinneuvonnan laadusta. Opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, hoitotyönkoulutusohjelma, terveydenhoitotyö.

Mäntynen, S. 2008. Puhelinpalvelun merkitys lastenneuvolan asiakkaille. Tapaustutkimus Kymenlaakson Ensineuvo 24 puhelinpalvelusta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveysthallinnon ja -talouden laitos.

Orava, M. 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotiede.

Pietiläinen, E. & Seppälä, H. 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Helsinki: Kehitysvammaliitto 2003.

Roos, A. & Systä, P. 2001. Yhteystakeskus käsikirja. Help Desk Institute Nordic Oy. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.

Sarvimäki, A. 2008. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sihvonen, A-P., Martelin, T., Koskinen, S., Sainio, P. & Aromaa, A. 2008. Sairastuvuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Hyvinvointi 2015-ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Helsinki.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Soukola, E. 2006. Teoksessa Häkkinen, M. & Uski, A. Ratkaiseva yhteys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Luettu 15.12.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveydensuojelulaki 763/1994. Luettu 15.12.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940763>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tynkkynen, P. 2005. Terveysthuollon puhelinpalvelut Etelä-Karjalassa. Technology Business Research Center. Working Papers 20. Lappeenranta University of Technology, Technology Business Research Center Lappeenranta. Luettu 12.1.2013.
<http://www.tbrc.fi/pubfile/WP%202020%20Terveysthuollon%20puh%20palvelut%20raportti.pdf>

Tyyskä, E. 2012. Tiedonhallinta terveydenhuollon puhelinohjauksessa. Pro gradu- tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Itä-Suomen yliopisto.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Luettu 3.12.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>

Veal, A. J. 1997. Research Methods for Leisure and Tourism. A practical Guide. 2. painos. Lontoo: ILAM.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Pauonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Wahlberg, A. & Wredling, R. 1999. Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. *International Journal of Nursing Practice* 5, 164-170.

LIITTEET

Liite 1. Kyselyn saatekirje

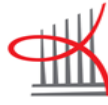
Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Avoimen kysymyksen vastaukset pelkistettynä ja luokiteltuna

Liite 4. Avoimen kysymyksen vastaukset pelkistettynä ja luokiteltuna



HÄMEENLINNAN KAUPUNKI
Hyvä arki asuu Hämeenlinnassa



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Hyvä Hämeenlinnalainen ikäihminen!

LIITE 1: 1 (1)

Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikön toiminta alkoi 1.1.2011. Asiakasohjausyksikkö antaa ikäihmisille, heidän omaisilleen ja läheisilleen neuvontaa ja ohjausta. Palveluneuvojat antavat neuvontaa ikäihmisten palveluista sekä asiakaspisteen kautta Kastellissa että puhelimen välityksellä. Puhelinneuvonta on yksi keskeisimmistä ohjauksen välineistä.

Hämeenlinnan kaupungin ikäihmisten asiakasohjausyksikön toiminta on vielä uutta. Henkilökunnan antama puhelinneuvonta hakee tunnettavuutta Hämeenlinnalaisten ikäihmisten keskuudessa. Kyselyn avulla halutaan selvittää ja saada tietoa Hämeenlinnalaisten ikäihmisten puhelinneuvontaan liittyvistä kokemuksista ja odotuksista. Kysely ikäihmisille toteutetaan yhteistyössä ylemmän ammattikorkeakoulu opiskelijan Elina Lampisen kanssa, joka kehittää asiakasohjausyksikön toimintaa osana opinnäytetyötään.

Tämän kyselyn tuottamaa tietoa käytetään ikäihmisten puhelinneuvonnan kehittämises-
sä Hämeenlinnassa. Vastauksesi on meille erittäin arvokas, jotta pystymme vastaamaan tehokkaasti ikäihmisten tarpeisiin ja odotuksiin. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoisista ja ehdottoman luottamuksellista. Kyselyn tuloksista teitä ei voi tunnistaa vastaajaksi. Kyselyn tulokset julkaistaan opinnäytetyössä.

Toivomme, että täytätte oheisen kyselylomakkeen ja palautatte sen postitse oheisessa vastauskuoressa 12.9.2011 mennessä. Postimaksu on maksettu etukäteen. Kyselylomakkeen voi palauttaa myös Hämeenlinnan Kastellin asiakastiskille osoitteeseen: Raatihuoneenkatu 11, 13100 Hämeenlinna.

Mikäli teillä on kysyttävää tai tarvitsette apua kyselylomakkeen täyttämässä, vastaa puhelinneuvojamme numerossa X tai X tai opiskelija Elina Lampinen sähköpostitse osoitteessa XXX@XXX.

Yhteistyöstänne etukäteen kiittäen:

Nimi

Nimi

Titteli

Titteli

ODOTUKSET IKÄIHMISTEN PUHELINNEUVONNASTA

LIITE 2: 3 (3)

14. Odotan ikäihmisten puhelinneuvonnalta

1. tietoa kunnan perusterveydenhuollon palveluista tai terveyteen liittyvistä asioista
2. tietoa sosiaaliturvaetuksista (esim. toimeentuloon liittyvistä asioista)
3. henkistä tukea, keskustelu apua ja kuuntelemista
4. tietoa yhdistysten tarjoamista virkistys- ja vertaistukitoiminnasta
5. tietoa asumiseen liittyvistä asioista (esim. korjausavustus, apuvälineet)
6. tietoa kotihoidon palveluista
7. tietoa pitkäaikaishoivan palveluista
8. tietoa ravitsemuksesta ja ateriapalvelusta
9. tietoa muista tukipalveluista (esim. kuljetus, päivätoiminta, turvapalvelu)
10. tietoa ikäihmisten liikkumismahdollisuuksista

15. Mitä muuta tietoa tai apua odotatte ikäihmisten puhelinneuvonnalta?

16. Olisitteko halukas etsimään tietoa ikäihmisten palveluista Hämeenlinnan kaupungin nettisivuilta?

1. Kyllä
2. Ei, _____ minkä _____ vuoksi _____ ette?

17. Pidättekö ikäihmisten puhelinneuvontaa tarpeellisena?

1. Kyllä
2. Ei

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Mitä muuta tietoa tai apua odotatte ikäihmisten puhelinneuvonnalta?

LIITE 3: 1 (2)

PELKISTETTY ILMAUS

ALALUOKKA

YLÄLUOKKA

Puhelinnumeron löytäminen
Tietokoneeseen liittyvissä asioissa
Perintöön liittyvät asiat
Omaishoitoon
Tietokoneen käsittelyä ja
matkapuhelimen käyttöä
Aikataulujen saaminen
Siivousapu
Kuuntelevaa

Puhelinneuvonnan sisältö

Puhelinneuvonnan sisällön laajuus

Pitkät odotusajat
Linjat tukkiutuvat
Ihmisten tavoitettavuus
Netissä vääriä tietoja
Puhelinnumerot muuttuvat

Yhteys puhelinneuvontaan

Puhelinneuvonnan yhteyden saannin esteet

En osaa sanoa
Vielä en osaa määritellä
En ole ikinä kuullut

Tietämättömyys/tuntemattomuus

Puhelinneuvonnan käytön esteet

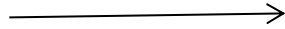
Ei onnistu demensian takia
Ikäihminen ei välttämättä kuule
Näön heikentyessä

Käytön vaikeudet

**PELKISTETTY
ILMAUS****ALALUOKKA****YLÄLUOKKA**

En ole vielä tarvinnut
En ole tarvinnut toistaiseksi
Pystyn itse hoitamaan asiani
En meinaa alistua ”ikäihmiseksi”

Tarpeettomuus

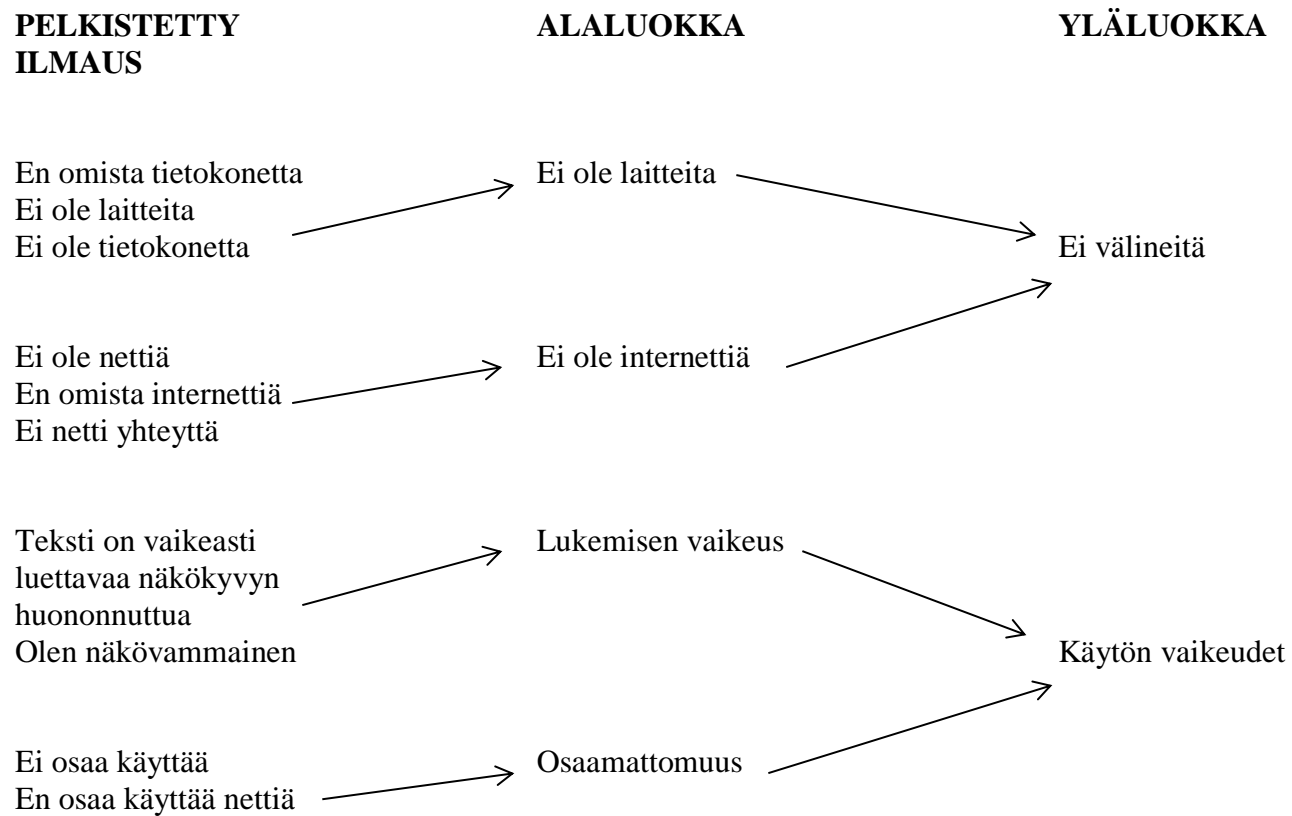


Puhelinneuvonnan tarpeettomuus

LIITE 3: 2 (2)

Olisittekö halukas etsimään tietoa ikäihmisten palveluista Hämeenlinnan kaupungin nettisivuilta? Minkä vuoksi ette?

LIITE 4: 1 (2)



**PELKISTETTY
ILMAUS**

En tässä vaiheessa
tarvitse
Halu ei ole vielä tullut esiin,
ehkä myöhemmin kun
tulee ikävuosia lisää
Ei tule nettiä käytettyä
Olen vielä hyväkuntoinen

ALALUOKKA

Tarpeettomuus

YLÄLUOKKA

Tarpeettomuuden tunne

LIITE 4: 2 (2)