

Mervi Hyvärinen ja Nita Räikkönen VT13SA

ASIAKASLÄHTÖISYYS KOUVOLAN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA HOITA- JIEN KOKEMANA

Opinnäytetyö

Vanhustyön koulutusohjelma

Lokakuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijät	Tutkinto	Aika
Mervi Hyvärinen ja Nita Räikkönen	Vanhustyön koulu- tutusohjelma, Ger- onomi	Lokakuu 2016
Opinnäytetyön nimi		
Asiakaslähtöisyys Kouvolan kaupungin kotihoidossa hoitajien kokemana		54 sivua 3 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kouvolan kaupunki, Hyvinvointipalvelut, Kotihoito		
Ohjaaja		
Lehtori Merja Laitoniemi, Sirkku Kallio, Kouvolan kotihoidon kehittämisvastaava		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli tutkia asiakaslähtöisyyttä Kouvolan kaupungin kotihoidossa hoitohenkilökunnan kokemana. Toimeksianto tutkimukselle saatiin kotihoidon hoitotyön- ja henkilöstövastaavilta. Työn tarkoituksena oli selvittää Kouvolan kaupungin kotihoidon hoitohenkilöstön kokemuksia asiakaslähtöisyydestä, kuten miten hoitohenkilöstö ymmärsi asiakaslähtöisyyden ja miten se toteutui heidän mielestään Kouvolan kaupungin kotihoidossa.</p> <p>Tutkimus oli kvantitatiivinen. Tutkimuksen aineisto koottiin kyselyllä, joka toteutettiin Webropol-ympäristössä Likert-asteikon keinoin. Tutkimuksessa ei ollut avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen tuloksia ei voida pitää yleistettävänä pienehkön vastausprosentin vuoksi (27,35 %). Myöskään tutkimukselle asetettuja vertailukohtia eri ammattiryhmien perusteella ei voida luotettavasti esittää, koska suurin osa vastaajista oli perus-/lähihoitajia.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan Kouvolan kaupungin kotihoidon hoitohenkilöstö ymmärtää yleisesti ottaen laajasti asiakaslähtöisyyden käsitteen. Osa vastaajista kokee asiakaslähtöisyyden toteutumisen kotihoidossa kuitenkin riittämättömäksi monilla eri osa-alueilla.</p> <p>Tämän tutkimuksen tuloksista toivotaan olevan hyötyä jatkossa mietittäessä kehittämistoimenpiteitä Kouvolan kaupungin kotihoidossa, erityisesti asiakaslähtöisyyden parantamisessa.</p>		
Asiasanat		
asiakaslähtöisyys, kotihoito, hoitohenkilöstö, tutkimus		

Authors	Degree	Time
Mervi Hyvärinen and Nita Räikkönen	Bachelor of Elderly Care	October 2016
Thesis Title		
Customer orientation in city of Kouvola homecare, experienced by nurses		54 pages 3 pages of appendices
Commissioned by		
Kouvola City, Welfare services, Home care		
Supervisor		
Merja Laitoniemi, Senior Lecturer. Sirkku Kallio, Development manager, Kouvola city home care		
Abstract		
<p>The purpose of this research and resulting thesis was to examine customer orientation in Kouvola city department of home care. The assignment was set by nursing-and staff managers of home care. The object of this study was to research the experience of customer orientation from the nursing point of view in Kouvola city department of home care, their understanding of the concept of customer orientation, and how it actualizes in daily work routines.</p> <p>The study was quantitative. The research material was collected using Likert-scale questionnaires in Webropol environment. Open questions were not used. The results of this study cannot be generalized, due to the small response percentage. Comparisons between various profession groups failed, due to the lack of variety in response material;most of the research data was gathered from practical nurses.</p> <p>Study results show, that nurses in Kouvola city home care understands the concept of customer orientation thoroughly. Some of the nurses feel, that the customer orientation in work practice is inadequate in several home care areas. The outcome of this study is hoped to help in developing customer orientation in Kouvola city home care in the future.</p>		
Keywords		
Customer orientation, homecare, nurses, research		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	ASIAKASLÄHTÖISYYS.....	6
3	ASIAKASLÄHTÖISYYDEN OSA-ALUEET	7
3.1	Dialogisuus ja vuorovaikutus	7
3.2	Yksilöllisyys.....	9
3.3	Osallistaminen ja osallistuminen.....	10
4	ASIAKASLÄHTÖISYYS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA	11
4.1	Hoitotyön periaatteet ja etiikka.....	12
4.2	Asiakaslähtöisyyden laadun arviointi	14
4.3	Lainsäädäntö osana asiakaslähtöisyyttä	15
5	KOTIHOITO.....	16
5.1	Asiakaslähtöinen kotihoito	17
5.2	Kouvolan kaupungin kotihoito.....	19
5.3	Askel-projekti ja asiakaslupaukset.....	20
6	TUTKIMUSONGELMA	21
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	21
7.1	Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta.....	21
7.2	Kohderyhmä ja otanta.....	22
7.3	Aineiston keruu.....	23
7.4	Aineiston käsittely ja analysointi	23
7.5	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	24
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
9	POHDINTA.....	45
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	
	Liite 1 Kysely	
	Liite 2 Saatekirje	
	Liite 3 Tutkimuslupa	

1 JOHDANTO

Väestön ikärakenteen muutos ja siitä johtuva asiakasmäärien kasvu luovat paineita muutokseen sosiaali- ja terveysalalla. Tuottavuuteen, tehokkuuteen ja resurssien hyödyntämiseen on panostettava – laatua unohtamatta. Asiakslähtöisyyden kehittäminen on yksi keino vastata sosiaali- ja terveysalan uudistustarpeeseen. Asiakslähtöisillä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Asiakslähtöisyydellä on todettu olevan positiivinen vaikutus asiakkaiden hoitoon sitoutumiseen, asiakastyytyväisyyteen, voimaantumiseen, hoidon laatuun sekä myös henkilökunnan työtyytyväisyyteen. Asiakslähtöisyys on hoito- ja hoivatyön arvoperusta. Asiakslähtöisyysajattelun kannalta keskeistä on asiakkaan oleminen palveluiden käyttäjä ja yhdenvertainen toimija palveluntuottajan kanssa – ei palvelujen kohde. (Ahonen, Lamminmäki, Suoheimo, Suokas & Virtanen 2011, 7.)

Kouvolan kaupungin kotihoidon henkilöstö- ja hoitotyön vastaavat olivat kiinnostuneita selvittämään, miten asiakslähtöisyys ymmärretään hoitohenkilöstön keskuudessa ja miten se heidän mielestään toteutuu Kouvolan kaupungin kotihoidossa. Työskentelemme itse kotihoidossa, joten aihe kiinnostaa ja koskettaa läheisesti myös meitä. Asiakslähtöisyyden toteutuminen kotihoidossa on suurelta osin kiinni siitä, miten johto ja henkilöstö asiaan asennoituvat. Asiakslähtöisyys pitäisi olla kotihoidon perusta ja avainsana, mutta tuleeko asiakas kuulluksi niin kuin pitäisi?

Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen, sillä ikääntyneitä hoidetaan koko ajan enemmän kotona ja laitoshoidon puretaan. Samaan aikaan mm. media sekä kotihoidontyöntekijät viestittävät kotihoidon olevan kriisissä, resurssit eivät riitä laadukkaaseen hoitoon ikääntyneille. Toteutuuko asiakslähtöisyys kiireen keskellä? Tutkimuksessa haluttiin lähteä selvittämään, miten asiakslähtöisyyden käsite ymmärretään hoitajien keskuudessa ja mitä he ajattelevat asiakslähtöisyydestä ja sen toteutumisesta Kouvolan kaupungin kotihoidossa. Tällä työllä haluttiin edesauttaa kotihoitoa kehittymään vastaamaan ikärakenteen muutosta ja asiakasmäärien kasvua.

2 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Asiakaslähtöisen ajattelumallin katsotaan saapuneen Suomeen 1990-luvun alkupuolella. Sosiaali- ja terveystaloudissa asiakaslähtöistä ajattelua alettiin toteuttaa noin 1990-luvulta hallitusohjelman myötä. Tässä hallitusohjelmassa asiakkaan asema on ollut korostettuna, sillä asiakaslähtöisyyden ja sosiaali- ja terveystalouksien laadun katsottiin kulkevan käsi kädessä. (Hyvärinen 2011, 1, 6.)

Asiakaslähtöisyys ajatusmallina tarkoittaa sitä, että asiakaslähtöisyys on yksi ajattelun tapa ja kehitysvaihe. Otetaan selvää toisesta osapuolesta ja hänen tarpeistaan. Lähtökohdaksi on, mitä asiakas haluaa. (Vuokko 1997, 13.) Jutilan (2013, 25) mukaan asiakaslähtöisyyden edellytyksiä ovat myönteinen suhtautuminen, johtamisosaaminen, tiedollinen osaaminen, eettinen osaaminen, asiakkuusosaaminen ja osaamisen turvaaminen.

Sorsan (2002, 67) mukaan asiakaslähtöisyyden edellytyksenä on jatkuva eettinen pohdinta, ja arvopohjana on ihmisarvo keskeisenä periaatteena, ihmiskeskeisyys, yhdenvertaisuus, kokonaisvaltainen lähestymistapa ja pyrkimys tuottaa hyvää. Käytännön toiminnassa asiakaslähtöisyys näkyy niin, että toiminta lähtee asiakkaan elämäntilanteesta, asiakas on keskipisteessä. Työtapa on yhteistyösuhde asiakkaan ja asiantuntijan välillä ja sen luonne on dialoginen ja yhteistoiminnallinen sekä työtapa organisaation rajat ylittävä. Toiminnassa tavoitteena on voimaantuminen.

Termejä asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys käytetään usein synonyymeina. Asiakaskeskeisyyttä määritellään siten, että asiakas on palvelujen keskiössä ja toiminnot ja palvelut ovat häntä varten. Asiakaslähtöisyyden voidaan ajatella olevan asiakaskeskeisyyden seuraava vaihe. Tässä vaiheessa asiakas ei ole pelkästään palvelujen kehittämisen kohde, vaan hän osallistuu itse palvelujen suunnitteluun. Asiakas on oman hyvinvointinsa asiantuntija, jonka tarpeiden ohella myös voimavaroja tulee hyödyntää palvelujen suunnittelussa. (Ahonen ym. 2011, 18.)

Hyvärisen (2011, 42) tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että hoitohenkilökunta näkee asiakaslähtöisyyden käytännön työssään palvelun oikea-aikaisuutena, taitona asettua asiakkaan asemaan, kiireettömänä hoitona sekä asiakkaan

voimavaroja hyödyntävänä hoitona. Lisäksi kyseisessä tutkimuksessa haastateltu hoitohenkilökunta kokee, että asiakaslähtöisellä toiminnalla saavutetaan tuloksia, jotka näkyvät myös asiakkaalle, muun muassa odotusaikojen lyhentymisenä.

Ei-asiakaslähtöisellä toiminnalla on monia negatiivisia vaikutuksia. Asiakkaassa se usein aiheuttaa turvattomuutta sekä epäluottamusta hoitohenkilöstöä kohtaan. Se lisää asiakkaan passiivisuutta ja heikentää asiakkaan vastuuta omasta terveydenedistämisestä. Ei-asiakaslähtöisellä toiminnalla ei myöskään useinkaan saavuteta asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä yhteisymmärrystä, jolloin asiakas kokee, ettei palvelu vastaa hänen tarpeisiinsa eikä hän tule kuulluksi, näin hoidon tehokkuus ja vaikuttavuus kärsii. Pahimmassa tapauksessa hoidetaan oiretta eikä syytä. (Ahonen ym. 2011, 25–31.)

3 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN OSA-ALUEET

Asiakaslähtöisyyden osa-alueita on käsitelty useiden tieteenalojen tutkimuksissa, muun muassa sosiaalipolitiikan, sosiologian ja hoitotieteiden näkökulmasta. (Niemi 2006, 25).

Tässä tutkimuksessa asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan dialogisuuden, vuorovaikutuksen, yksilöllisyyden, osallistumisen ja kotihoidon näkökulmasta.

3.1 Dialogisuus ja vuorovaikutus

Vuorovaikutus on laaja käsite ja voi olla hyvin moniulotteista. Se sisältää yhteisöjen, organisaatioiden, yksilöiden ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutus voi olla valtaa, yhteistyötä, yhteisiä sääntöjä ja sopimuksia. Vuorovaikutus sisältää monia eri käsitteitä, joita voidaan käyttää eri tavoin erilaisissa asiayhteyksissä. (Mönkkönen 2007, 15–16.)

Vuorovaikutuksessa sanattoman viestinnän osuus on suurempaa kuin osataan ajatella. Ihminen tulkitsee toisen ilmeitä, eleitä, äänen sävyjä, puheen rytmisiä ja kehon liikkeitä. Sanaton viestintä välittyy nopeasti. Sanaton viestintä usein luo ensivaikutelman ihmisestä. Toisinaan sanaton viestintä ja sanallinen viestintä ovat ristiriidassa keskenään. Ihminen kertoo kaiken olevan hyvin, mutta keho viestittää fyysisillä oireellaan tilanteen olevan toisin. (Niemelä, Suua & Väisänen 2009, 28–30.)

Työntekijällä ja asiakkaalla on oma tärkeä roolinsa vuorovaikutuksen onnistumiseksi. Tätä ajatusta valaisee käsite dialogisuudesta. Puhuttaessa dialogisuudesta suppeasti voidaan puhua keskustelusta. Dialogisuus ei kuitenkaan ole keskustelua, sillä keskustelu voi olla hyvin muodollista, pinnallista tai toisen yli puhuvaa. Dialogisuus nähdään vastavuoroisuutena ja molemminpuolisena ymmärryksenä. Tämä tarkoittaa taitoa kuunnella ja arvostaa toista. (Mönkkönen 2007, 15–16, 86.) Dialogissa jokaisen mielipiteet ovat tärkeitä, eikä toiselta vaadita muutosta. Tästä syntyy keskusteluyhteys. Dialogisuus on vuorovaikutusta ja kuuntelua. Kuuntelu on usein vaikeampaa kuin puhuminen. Dialogisuus vaatii toteutuakseen vastavuoroisuutta. (Niemelä ym. 2009, 11, 19.) Asiakastyön dialogisuudesta puhutaan, kun pyritään yhteisen ymmärryksen rakentumiseen ja taitoon edesauttaa vuorovaikutusta siihen suuntaan. Tämä on asiakaskeskeisen ja asiantuntijakeskeisen vuorovaikutuksen lisäksi tapa hahmottaa asiakassuhdetta ja työntekijän roolia. Vuorovaikutussuhde tulisi hahmottaa sosiaalisena kokonaisuutena, eikä sitä tulisi käsitellä yksilöiden törmäyksenä. Tämä on tärkeää dialogisen asiakastyön kehittämisen kannalta. (Mönkkönen 2007, 86, 100.)

Asiakastyön vuorovaikutuskulttuurin kehityksen kannalta on keskustelu asiakaslähtöisyydestä ollut erittäin tärkeässä asemassa. Esiin on noussut erityisesti asiakkaan itsemääräämisoikeus, oman itsen määrittely ja asiakkaan subjektiivisuus. Asiakkaan elämäntarinaa halutaan korostaa, ilman työntekijän tulkin-toja. Asiakaskeskeisyyden sijaan tilanne kääntyy herkästi asiantuntijakeskeisyyteen, mikäli työntekijä ottaa liian vahvan roolin asiantuntijana. Toisaalta liian varovaista ja neutraalia väylää tulee välttää, sillä työntekijän on uskallettava ottaa oma roolinsa vastuullisena ammattilaisena ja rohjeta hyödyntää asiantuntemustaan. Vastavuoroinen luottamuksellinen suhde vaatii oman aikansa kehittyäkseen. Alussa on tärkeää pyrkiä avoimen ja luottamuksellisen suhteen luomiseen, jossa asiakkaan on helppo ilmaista omia ajatuksiaan. (Mönkkönen 2007, 83–84.) Sekä asiakkaalla, että palveluntarjoajalla on yhtä merkittävä rooli onnistuneen palvelukokemuksen aikaansaamisessa. (Ahonen ym. 2011, 29.)

Mönkkösen (2007, 84–85.) mukaan asiakassuhteessa ei pidä jäädä pelkäämään asiakaskeskeiseen vaiheeseen, vaikka suhde sen tiettyssä vaiheessa onnistuakseen vaatii. On tilanteita jolloin, joissa vaaditaan työntekijän vastuunottoa tilanteen eteenpäin viemiseksi. Asiakkaan tarpeita on haluttu korostaa ja

välttää asiantuntijavaltaa. Tämä on ollut eräänlainen asiakaskeskeisen vuoro-vaikutuksen vaihe. Tämä on ollut tärkeä muutos, mutta mahdollisia ongelmia ei ole otettu huomioon.

3.2 Yksilöllisyys

Yksilöllisyyden huomioiminen kuuluu tärkeimpiin hoitotyötä ohjaaviin tekijöihin. Ihmisarvon kunnioittaminen nähdään yksilöllisyyden käsitteen keskeisenä sisältönä. Ihmisarvon kunnioittaminen pohjautuu näkemykseen siitä, että jokainen ihminen on arvokas. Ihminen on erilainen ja ainutkertainen olento. (Niemi 2006, 25.)

Yksilöllisyys on kokonaisvaltaista ja toteutuu eri elämänalueilla. Ihminen antaa merkityksiä eri asioille, joiden kautta yksilöllisyys ilmenee. Kokemukset muuttavat eri asioiden merkityksiä läpi elämän. Muuttuminen tapahtuu vuoro-vaikutuksessa elinympäristön kanssa. Yksilöllisyys on asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamista ja niiden toteuttamista. Tarpeet ovat yksilöllisiä ja ne ovat edellytyksenä tasapainoisen elämän ylläpitämiselle. (Hoffren & Piirainen, 14–16.)

Yksilöllinen hoito edellyttää, että asiakas kohdataan ainutlaatuisena yksilönä. Hoitotyössä tulee huomioida asiakkaan toiveet, tarpeet, tunteet, mieltymykset ja kokemukset. (Niemi 2006, 26.) Yksilöllinen hoito edellyttää hoitajalta asiakkaan tuntemista. Tätä tukee omahoitajajärjestelmä, jonka Niemen (2006, 87) tutkimuksessa todettiin myös keinoksi vaikuttaa hoitajien vaihtuvuuteen. Tutkimuksessa todettiin omahoitajajärjestelmän vaikuttavan positiivisesti erityisesti dementiaa sairastavien asiakkaiden hoidossa. Kyseisen tutkimuksen mukaan yksilöllisyyden kunnioittamista pidettiin asiakkaan oikeutena ja työntekijän velvollisuutena.

Palveluissa joustavuus ja palveluntarjoajan halu sovittaa palvelut asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan lisäävät asiakkaan tunnetta palveluiden vastaisesta juuri hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa. Tämä lisää asiakkaan motivaatiota ja sitoutumista omaan palvelu- ja hoitoprosessiinsa. (Ahonen ym. 2011, 21.)

Kotihoidossa yksilöllisyys näkyy ihmisarvon kunnioittamisena, kuten hoitotyössä yleensäkin. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan asiakkaan palvelutarpeenarvioinnin pohjalta yhteistyössä asiakkaan sekä hänen omaistensa

kanssa. Kotihoidossa noudatetaan vastuuhoidajajärjestelmää. Tämä edistää asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamista, sillä vastuuhoidaja tuntee usein parhaiten asiakkaansa toiveet, mieltymykset ja kokemukset. (Niemi 2006, 25, 62.)

3.3 Osallistaminen ja osallistuminen

Osallistamisella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että tehdään asiakas osalliseksi. Osallisuutta voidaan toteuttaa monella tasolla esimerkiksi valtakunnan, kunnan, yhteisön ja yksilön tasolla. Tässä tutkimuksessa osallisuutta käsitellään kotihoidon asiakkaan näkökulmasta. Näin osallisuus nähdään mahdollisuutena olla vaikuttamassa kotihoidon palveluihin ja toimintaan. Ikääntyneen tulisi olla osan omien palvelujen suunnittelua, toteuttamista ja arviointia. Osallisuuden tulee toteutua myös silloin, kun toimintakyky on heikentynyt. Osallisuus näkyy elämänlaadun parantumisena, toimintakyvyn säilymisenä ja kohentumisena. Osallisuuden toteutumattomuus näkyy muun muassa turvattomuuden tunteena, yksinäisyytenä ja toimintakyvyn heikentymisenä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17–19.)

Asiakaslähtöisyyden tärkeänä osana pidetään asiakkaan itsensä osallistumista, ja se on yksi keskeinen laatutekijä hoitotyössä. (Niemi 2006, 43.) Käsitteinä osallistuminen ja vuorovaikutus kulkevat käsi kädessä. Toimiva vuorovaikutus asiakkaan ja palveluntuottajan välillä mahdollistaa osallistumisen. (Niemi 2006, 41.) Prosessissa on siis oltava tilaa asiakkaan ja palveluntuottajan väliselle vuorovaikutukselle. Vuorovaikutus mahdollistaa prosessin muokautumisen ja etenemisen. (Ahonen ym. 2011, 29.)

Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna osallistuminen tarkoittaa yhdenvertaisuuden, itsemääräämisoikeuden ja toimijuuden toteutumista (Ahonen ym. 2011, 29). Osallistuminen on asiakkaan ja työntekijän välistä keskustelua, hoidon suunnittelua, tiedonantoa ja päätöksen tekoa. Osallisuuden kokemus pohjautuu luottamukseen asiakassuhteessa. (Niemi 2006, 42.)

Asiakkaan osallistuminen merkitsee palveluntuottajalle resurssia ja toimijaa, joskus myös kumppania. (Ahonen ym. 2011, 29.) Hoito- ja hoivatyön kehittämisessä asiakaslähtöisemmäksi asiakkaan osallistumista on korostettu. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaa hyvä kohtelu, hoidon yksilöllisyys ja asiak-

kaan arvostus. Asiakkaan osallistumista tukeva työote johtaa paitsi parempaan vuorovaikutukseen asiakkaan ja työntekijän välillä, mutta myös vastaa asiakkaiden tarpeisiin. Työntekijän varmistaa tavoitteisiin pääsemisen hyödyntäen asiakkaan omia voimavaroja. Osallistumisen tulee kuitenkin olla asiakkaan itsensä päätös, perustuen asiakkaan jaksamiseen ja voimavaroihin. Hänellä on oikeus olla myös osallistumatta. (Niemi 2006, 42–43.)

Tekesin teettämän käsikirjan (Ahonen ym. 2011, 31.) mukaan asiakas tulisi kohdata kiireettömästi, ennakkoluulottomasti ja asiakkaan tarpeita kuunnellen. Tämä vahvistaa asiakkaan osallistumista toimintaan. Hyvärisen (2011, 37, 38) tekemän tutkimuksen mukaan asiakkaan osallistuminen lisää hoidon tehokkuutta ja vaikuttavuutta.

4 ASIAKASLÄHTÖISYYS SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakaslähtöisyys on ajattelutapa, jossa asiakkaan odotukset, tarpeet ja toiveet ovat lähtökohta toiminnalle. Se perustuu yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvoon. Sorsan (2002, 67) tekemän tutkimuksen tuloksien mukaan asiakaslähtöisyyden lähtökohtina kuvattiin asiakkaan elämäntilanteen kuulemistä, asiakkaan tarpeita ja toiveita. Toisaalta tutkittavat kuvasivat ristiriitaisia tilanteita, jolloin he eivät ammattieettisten syiden vuoksi voineet toimia pelkästään asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaan ja asiantuntijan yhteistyösuhteen elementteinä kuvattiin kohtaaminen ja yhteinen ymmärrys. Kohtaaminen muodostui kiireettömyydestä, läsnäolosta, vierellä olemisesta, kuuntelemisesta ja kuulluksi tulemisesta. (Sorsa 2002, 58.) Hoitoa ja palvelua tulisi tarkastella asiakkaan kannalta, mitä jos itse olisit asiakkaana, miten haluaisit toimittavan?

Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on asiakkaan ja hänen läheistensä tuen ja palveluiden tarve. Asiakkaan mielipiteitä ja toiveita kuunnellaan. Asiakaslähtöisyys vahvistaa luottamuksellisuutta ja avoimuutta asiakassuhteessa. Asiakaslähtöisyydessä on kyse toiminnan arvoperustasta, jonka mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Asiakaslähtöisyydessä tärkeää on, että palvelut järjestetään juuri asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas osallistetaan palvelutoiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin yhdessä palvelun tarjoajien kanssa. Asiakaslähtöisen toiminnan tulee al-

kaa asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä sekä olla molemminpuolista. Tämä taas edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta keskustelua siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan tarjolla olevien mahdollisuuksien kannalta toteuttaa parhaalla tavalla. (Vuorinen & Mattila 2015.)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä hoitajan ja asiakkaan näkemykset ja tiedot ovat tasa-arvoisia. Kun asiakas kertoo omista ajatuksistaan ja omista tarpeistaan ja näkökulmistaan, saa hoitaja arvokasta tietoa asiakkaan hoidonsuunnittelua varten. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 221.) Erytystä huomiota tulee kiinnittää asiakkaaseen, jonka mahdollisuus ilmaista itseään on alentunut (Peiponen, Vaarama & Voutilainen, 38).

Julkisen sektorin erityispiirteitä sosiaali- ja terveyspalveluja tuottaessa ovat palvelujen tuottamisen rakenteet ja periaatteet. Niemen mukaan (2006, 19) asiakaslähtöisen palvelun tuottamisessa on huomioitava, että julkisen sektorin palvelut suuntautuvat sekä poliittisille markkinoille, että kulutusmarkkinoille. Palvelut rakennetaan kansan tarpeille tasa-arvoisesti, ei yksilön tarpeille. Tämä vie asiakkaan usein kauaksi päättäjien päätöksenteosta. Yksilön katsotaan usein olevan tarpeineen vain palvelujen kohde. Palvelujen kohteena oleminen rajoittaa asiakkaan itsenäistä päätöksen tekoa tarvitsemisessaan palveluissa ja korostaa näkemystä, että yksilöllä ei ole vastuuta oman terveytensä edistämisestä. (Niemi 2006, 19–20, 23.) Asiakas tulisi nähdä yksilönä, osallistuvana oman itsensä asiantuntijana. (Niemi 2006, 24). Asiakas on ainoa, joka ymmärtää asiansa kokonaisuuden.

4.1 Hoitotyön periaatteet ja etiikka

Hoitotyön periaatteiden lähtökohtana ovat hoidon perusarvot ja ihmiskäsitys. Periaatteet auttavat hoitohenkilökuntaa toimimaan eettisesti oikein erilaisissa hoitoalan tilanteissa ja auttavat ongelmanratkaisuja tehdessä. Ne toimivat hoidon laadun peruspilareina. Eri hoitoyksiköissä voidaan laatia omia malleja ohjeistamaan juuri tietyn yksikön toimintaa. Asiakaslähtöisen hoitotyön keskeisiä periaatteita ovat kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, kokonaishoidon periaate, terveyskeskeisyys, omatoimisuus ja hoidon jatkuvuus. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 22.)

Asiakkaan kunnioittaminen merkitsee asiakkaan omien arvojen, persoonallisuuden, valinnanvapauden, ja elämänkokemusten mukaan toimimista. Asiakasta kohdellaan ihmisarvoisesti jokaisessa tilanteessa, riippumatta iästä, uskonnosta, etnisestä taustasta tai vaikkapa yhteiskunnallisesta asemasta. Kunnioittavaan käytökseen kuuluu inhimillinen kohtelu, luottamuksellinen hoito, vuorovaikutus ja rehellisyys. Yksilöllisyyden periaatteen mukaisesti jokainen asiakas on arvokas ja ainutlaatuinen, joka tarvitsee yksilöllistä hoitoa. Hoidon tavoitteiden tulee vastata asiakkaan omia käsityksiä omasta hoidostaan. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta osallistua omaan hoitoonsa, sen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, sekä kaikkeen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaan tulee myös saada tietoa omasta sairaudestaan ja hoidostaan ja kaikesta siihen liittyvästä asianmukaisesti ja ymmärrettävästi. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 22–25.)

Yksityisyyden periaatteella tarkoitetaan jokaisen asiakkaan omaa tilaa, johon vaikuttavat vuorovaikutus ja fyysinen hoitoympäristö. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus itse päättää, haluaako olla yksin vai muiden seurassa. Yksityisyyteen liittyy olennaisesti myös hoitohenkilökunnan vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus. Perhekeskeisyyden periaate korostaa sitä, että perhe huomioidaan mahdollisimman hyvin asiakkaan hoidossa. Tällä lisätään niin asiakkaan kuin koko perheen hyvinvointia. Erityisesti omaishoitoperheissä korostuu koko perheen huomioiminen. Turvallisuuden periaatteen mukaan kaikilla on oikeus kokea hoitonsa turvallisiksi. Turvallisuuteen liittyy asiakkaan luottamus hoitoa antaviin henkilöihin sekä valittuihin hoitomuotoihin ja hoitoympäristöön. Kokonaishoito periaatteen mukaan asiakas huomioidaan kokonaisuutena ihmisenä, fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeidensa mukaisesti. Asiakasta hoidetaan tarvittaessa moniammatillisesti, jotta kaikkiin hänen tarpeisiinsa pystytään vastaamaan ja auttamaan erilaisissa tilanteissa. Terveyskeskeisyyden periaate mahdollistaa asiakkaan osallistumisen ja voimavarojen hyödyntämisen. Asiakkaan terveyttä ylläpidetään ja kehitetään, ja paranemista edistetään. Omatoimisuuden periaatteella tarkoitetaan asiakkaan omien voimavarojen tukemista. Puolesta ei tehdä mitään, mihin asiakas itse pystyy. Ihmisillä on luontainen tarve selviytyä itsenäisesti, ja se on kaikille ihmisille tärkeää. Kuntouttavalla työotteella tuetaan omatoimisuuden periaatetta. Hoidon jatkuvuuden periaate on asiakkaan hoitoon liittyvien tietojen siirtymistä oikeina

hoitohenkilöstön ja hoitoyksiköiden välillä sekä asiakkaan ja hoitohenkilöstön välillä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 22–25.)

Etiikka on arvoja ja periaatteita. Mikä on hyvää tai pahaa, oikeaa tai väärää? Etiikka antaa ajattelun ja pohdiskelun välineitä ja auttaa arvioimaan omaa ja muiden toimintaa ja tekemään valintoja. Monet eettiset arvot ja periaatteet ovat säilyneet tuhansia vuosia. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.)

Terveydenhuollossa yleensä päämäärä on terveyden edistäminen ja kipujen ja kärsimysten lieventäminen. Vanhustenhuollossa etiikka konkretisoituu, kun on kyse terveydestä, mielekkästä elämästä, sairauksista ja kuolemasta. Hoitotyö sisältää paljon eettisiä haasteita. Monet ammattiryhmät terveydenhuollossa ovat laatineet itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita ohjaamaan toimintaansa. Nämä perustuvat yhteisiin arvoihin, joita ovat muun muassa ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, salassapitovelvollisuus, oikeudenmukaisuus ja muiden ammattiryhmien kunnioittaminen ja yhteistyö. Yhteistyön tarve korostuu eettisten näkökantojen, tehokkuuden ja vaikuttavuuden arviointiin. Kaikki asiakkaat tulee hoitaa samoja periaatteita mukaillen ilman, että sukupuoli, ikä, sosiaalinen asema, etninen tausta, asuinpaikka tai muu vastaava vaikuttaa hoitoon. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.)

Omien rajojen tunnistaminen on eettisesti tärkeää. Omasta hyvinvoinnista ja jaksamisesta tulee huolehtia. Hoitohenkilökunnalla on oikeus ja velvollisuus yllä pitää tietojään ja taitojään ja oppia uutta. Hyvä hoito ei toteudu, jos ammattitaitoa ei ole. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.)

4.2 Asiakslähtöisyyden laadun arviointi

Laadukkaan asiakslähtöisen hoidon ja palvelujen tuottamisen edellytyksenä on tieto siitä, mitä asioita asiakkaat arvostavat ja pitävät tavoiteltavana. Näin asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen ovat keinoja asiakslähtöisyyden varmistamiseen. Sen lisäksi, että asiakkaat osallistuvat hoitonsa suunnitteluun, myös muun muassa asiakasneuvostot ja erilaiset paneelit ovat hyviä kanavia asiakkaan osallistamiseen ja edistävät yhteistoiminnallista toimintata-

paa. Toiminnan arviointi mahdollistaa toiminnan kehittämisen. Asiakslähtöisessä ajattelussa asiakas on laadun kokija, kontrolloija ja kehittäjä. Järjestelmän tulisi mahdollistaa tämä. Kokemuksiaan asiakkaat voivat tuoda esille mm. asiakastyytyväisyysmittauksissa. Tällä varmistetaan, ettei hoidon laatu laske. Asiakas toimii konsultin roolissa, kun häneltä kysytään arviota toteutuneesta hoidosta. Kehittäjänä asiakas osallistuu oman hoitonsa laadun kehittämiseen osallistumalla hoitonsa arviointiin ja suunnittelemalla hoidon ja palvelun toteutusta. Asiakkaan kokemusmaailmaa on toisinaan vaikea tavoittaa esimerkiksi asiakkaan dementoivien sairauksien vuoksi. Usein iäkkäät ovat haluttomia arvioimaan saamaansa hoitoa. Syitä ovat muun muassa kokemus siitä, että henkilökunta tekee parhaansa suhteessa olosuhteisiin. Tähän liittyy myös riippuvuus henkilökunnasta, jolloin henkilö ilmaisee usein vain myönteisiä kokemuksia, johtuen auttamisen loppumisen pelosta. Myös epäluottamus ulkopuolista tutkijaa kohtaan on syy haluttomuuteen. (Peiponen ym. 38–40.)

4.3 Lainsäädäntö osana asiakslähtöisyyttä

Asiakslähtöinen toiminta sosiaali- ja terveydenhuollossa saa vahvan tuen lainsäädännöstä. Lainsäädäntö ei kuitenkaan velvoita järjestämään palveluja asiakslähtöisesti. Lakien tarkoituksena on muun muassa yhtenäistää hoitoa ja edistää palvelujen laatua. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista on vahvistanut ja turvannut asiakkaan asemaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.) Myös kansalliset sosiaali- ja terveyspoliittiset suositukset ohjaavat sosiaali- ja terveyspalveluita asiakslähtöisyyteen painottamalla asiakkaan asemaa ja ohjaamalla välttämään asiakkaan olemista vain päätöksenteon kohde. Eritoten ikääntyneiden palveluja kehitettäessä tulisi huomioida tämän omiin voimavaroihin sekä edistää asiakkaan omaa aktiivisuutta. Tulisi korostaa asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden huomioon ottamista, yksilöllisyyttä, valinnanvapautta ja itsemääräämisoikeutta. Asiakslähtöisyyden tulisi olla palvelujen jatkuvan kehittämisen tärkein periaate. (Niemi 2006, 17–19.) Niemen (2006, 85) tekemän tutkimuksen tuloksien mukaan kotihoidon työntekijät käsittävät asiakslähtöisyyden yksilöl-

lisyiden kunnioittamisena, valinnanvapauden toteutumisena, perhekeskeisyyden huomioimisena, asiakkaan osallistumisena sekä asiakkaan ja asiantuntijan välisenä vuorovaikutuksena.

5 KOTIHOITO

Ikääntyneistä suurin osa haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Ikääntyneen kotona asumiseen liittyy tunne vapaudesta sekä itsemääräämisoikeudesta. Kotihoito mahdollistaa ikääntyneen normaalia, itsenäistä ja laadukasta elämää omassa kotona. Kotihoidolla tarkoitetaan palvelua, jossa ikääntynyt saa tarvittaessa jopa ympäri vuorokauden erilaisia palveluja kotiinsa. Kotihoitoon kuuluu hoito- ja huolenpitotyö, sairaanhoito, terveydenhuollon ehkäisevä työ sekä erilaiset tukipalvelut. (Ahonen, Backman, Paasivaara & Ronkainen 2002, 100–101.)

Kotihoidon laatua linjataan lakien, asetusten, suositusten sekä valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien mukaan. Perustuslaki määrittelee jokaisella olevan oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Terveys- ja huoltolaki, sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki sekä vanhuspäätöslaki muodostavat kulmakiven kotihoitoa ohjaavista laeista ja sääöksistä (Ikonen 2015, 23).

Toiminnan tulee olla asianmukaisesti toteutettua sekä laadukasta ja turvallista, ja perustua hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Ikonen 2015, 57). Kotihoidon laatua voi määritellä eri tasoilla, kuten asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasolla, työyksikön ja organisaation tasolla, yhteisön tasolla, sekä yhteiskunnan tasolla (Heinola 2007, 13).

Laadukas kotihoito rakentuu perusteellisesta moniammatillisesta yhteistyöstä tehdystä toimintakyvynarvioinnista. Lisäksi sen on oltava ennakoivaa sekä pystyttävä reagoimaan toimintakyvyn muutoksiin nopeasti. Perusteellinen toimintakyvyn arviointi kattaa eri ulottuvuudet kuten kognitiivisen-, fyysisen-, psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin sekä ympäristötekijöiden huomioinnin. Arviointi tulee tehdä yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa asiakaslähtöisesti. Tämä turvaa palvelun laatua ja vaikuttavuutta. Laadun varmistamiseksi asiakkaalle nimetään vastuuhoidtaja tai vastuuhoidtajapari. Riittävä gerontologisen hoito- ja sosiaalityön sekä geriatrian asiantuntemus tulisi olla konsultoitavissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–27.)

5.1 Asiakaslähtöinen kotihoito

Asiakaslähtöiseen kotihoitoon kuuluu ensisijaisesti asiakkaiden kuuleminen kaikissa heitä koskevissa päätöksissä. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikääntyneitä, mutta he eroavat toisistaan muun muassa sukupuolensa, sairauksiensa, toimintakykynsä, kulttuurisen taustansa ja itsensä huolehtimisen kannalta. Juuri tämän keskinäisen eroavaisuuden tunnistaminen auttaa suunnittelemaan ja toteuttamaan jokaiselle asiakkaalle yksilöllistä tarvetta vastaavaa kotihoitoa. (Heinola 2007,18.) Päivittäisessä kanssakäymisessä asiakkaan ja työntekijän välillä tulee näkyä asiakkaan oikeus päättää omista asioistaan ja hoidostaan. Itsemääräämisoikeus on yksi ihmisen perusoikeuksista ja se liittyy olennaisesti asiakaslähtöisyyteen. Asiakasta kannustetaan huolehtimaan itsestään erilaisin keinoin; tunnistetaan ikääntyneen omat voimavarat, kohdataan ikääntynyt arvostavasti ja kunnioittavasti, ikääntyneen omat mielipiteet selvitetään ja otetaan huomioon, sekä omatoimisuuteen kannustetaan ja omanarvontuntoa vahvistetaan. (Heinola 2007,23.)

Kotihoidossa erittäin tärkeää on hyvä kirjaaminen ja tiedonkulku hoitajien kesken, sekä hoitajien ja asiakkaiden kesken. Tarkka kirjaaminen ja dokumentointi mahdollistaa laadun seurannan ja arvioinnin. Toiminnan läpinäkyvyys on tärkeää. Asiakkaan palvelut perustuvat aina tarkkaan palvelutarpeen arviointiin ja siitä kirjattuihin tietoihin, jonka jälkeen asiakkaalle tehdään näihin tietoihin sekä hoitajien havaintoihin, että hoitajien ja asiakkaan ja omaisten/läheisten kanssa keskusteluin syntyneisiin tietoihin perustuva kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Sen laatimiseen osallistuu asiakas, omaiset, ja kotihoidon vastuuhoitaja ja muut hoitoon osallistuvat henkilöt, esimerkiksi fysioterapeutti. Hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkein työväline laadukkaassa kotihoidossa. Sen avulla vaihtuvatkin työntekijät saavat tiedon asiakkaan kulloisestakin tilanteesta. Suunnitelmaan kirjataan tavoitteet asiakkaan sairauksien hoidolle, kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemiselle ja laadukkaalle elämälle. Kaikki asiakkaan saama tuki, hoito ja palvelu kirjataan suunnitelmaan, sekä kuka hoitoa ja palvelua antaa (muun muassa kotihoito, omainen, kolmas sektori, seurakunta) ja miten. (Heinola 2007,27.)

Kotihoito toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Palvelut ja siihen käytetty aika kirjataan tarkasti. Päivittäisen kirjaamisen tulee olla arvioivaa. Kokonaisessa kotihoidon asiakasprosessissa kirjattavia asioita ovat

kotihoidon päätökset, palvelutarpeen määrittäminen, palvelun suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tarkka kirjaaminen on tärkeää asiakkaalle hoidon jatkuvuuden kannalta kuin myös hoitajalle oikeudelliselta kannalta. Sanonta kuuluukin, ”mitä ei ole kirjattu, sitä ei ole tehty”. (Heinola 2007, 27–28.)

Laadukkaaseen ja asiakaslähtöiseen kotihoitoon kuuluu ennakoivaa toimintaa, palveluneuvontaa ja -ohjausta, kodinhoidollisia tehtäviä, hoiva- ja hoitotyötä, kuntoutusta, lääketieteellistä hoitoa, sairaanhoitoa ja saattohoitoa. Palvelut tulee olla saatavissa tarvittaessa ympäri vuorokauden. Asiakaslähtöistä kotihoitoa ovat toteuttamassa kunnallisen kotihoidon lisäksi monia muita palveluntuottajia. Kotihoidon asiakkaan palveluverkostoon voi kuulua monia eri toimijoita, kuten: kotihoito, omaiset, läheiset, omaishoitaja, päivätoiminta, ateriapalvelu, saunapalvelu, lääkäri, gerontologinen sosiaalityö, muistipoliklinikka, yksityiset hoivayrittäjät, apteekki, kauppapalvelu, turvapalvelu, siivouspalvelu, kolmas sektori, seurakunnat, kuntoutus ja apuvälineet, lyhytaikaispaikat ja sairaala. (Heinola 2007, 62–63.)

Moniammatillinen tiimityö on kotihoidon hyvä toimintamalli. Tiimin jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja, he ovat sitoutuneita yhdessä sovittuihin päämääriin ja toimintatapoihin. Hyvän kotihoidon tiimin merkkejä ovat yhteinen vanhuskäsitys, selkeät tavoitteet, tietoisuus oman työn vaikutuksista vanhuspolitiikan toteutumiseen, tiimin selkeä rakenne ja työnjako, kuka tekee, mitä tekee, aikataulu, kehittämistarpeet, miten päätökset tehdään, säännölliset palaverit ja niiden kirjaaminen, riittävä molempiin suuntiin toimiva tiedonkulku tiimin jäsenten, tiimin ja asiakkaiden sekä tiimin ja kotihoidon johdon välillä. Myös erilaisuuden ja toisten ammattilaisuuden arvostaminen, luottamus, sekä avoin ja aloitteellinen ilmapiiri ovat hyvän kotihoitotiimin tunnusmerkkejä. Tiimillä tulee olla myös mahdollisuus konsultoida eri vanhustyön ammattilaisia, kuten gerontologista sosiaalityöntekijää, ravitsemusterapeuttia tai vaikkapa geriatria. (Heinola 2007, 68.)

Asiakaslähtöisessä kotihoidossa johtaminen on keskeisessä asemassa. Kotihoidon kehittämisen näkökulmasta asiakaslähtöisyys on nykyinen tunnusana hyvälle ja laadukkaalle kotihoodolle. Asiakaslähtöisyyden ajatus lähtee johtamistavasta ja siitä minkälaiset mahdollisuudet henkilöstölle annetaan toteuttaa asiakaslähtöistä hoitotyötä. Asiakaslähtöisen johtamisen ajatuksena on se, että kotihoidossa tärkeintä on, mitä asiakkaan hyväksi tehdään. Asiakkailta on

paljon odotuksia palveluidensa suhteen, he haluavat saada palvelut edullisesti, vaivattomasti ja toivomaansa aikaan. Kotihoidon johtajuudessa ja esimiestyössä tarvitaan yhteistyökykyä eri ammattiryhmien kesken ja valmiutta toimia moniammatillisessa verkostossa. Johtajuus tarvitsee hyvää asiantuntemusta, jotta voidaan ratkaista muuttuvia ja ongelmallisia tilanteita, ja se näkyy toiminnassa hyvänä laatuna. (Heinola 2007, 82.)

Varautuminen tulevaisuuteen on tärkeä osa johtamista. Työn jatkuva arviointi ja kehittäminen ovat osa tätä kokonaisuutta. Luotettava tieto tulevaisuuteen liittyvistä tekijöistä ja niiden perusteella tehtävät suunnitelmat ovat tärkeä osa työn kehittämistä. Kotihoidon laatu perustuu osaavaan henkilökuntaan. Henkilöstön johtaminen on työtä, jossa huomioidaan henkilöstön osaaminen, työhyvinvointi, osaamisen hyödyntäminen ja kehittäminen, sekä kannustus. Keskustelevaa johtamista tarvitaan, jotta jokainen henkilöstön jäsen tietää, miksi juuri hänen työnsä on niin tärkeää kotihoidon toiminnalle. Johtajan tehtävänä on myös viestittää jokaiselle työyhteisössä, mitä heiltä odotetaan, miten hän suoriutuu tehtävistään sekä jokaisella on oltava selvillä omat vastualueet ja toimintavaltuudet. Asiakaslähtöisyyden toteutumista tuetaan ylimmästä johtoportasta alimpaan kunnioitten jokaisen kotihoidon työntekijän työpanosta koulutustasosta riippumatta. (Heinola 2007, 84–85.)

5.2 Kouvolan kaupungin kotihoito

Kotihoito kuuluu Ikääntyneiden palveluihin, jota johtaa Ikääntyneiden palvelujen johtaja. Kotihoidon hallinnossa työskentelee palvelupäällikkö, tukipalveluohjaaja, 12 esimestä, sekä henkilöstö-, hoitotyön-, ja kehittämisvastaava. Kotihoito on jaettu kolmeen palvelualueeseen, eteläiseen, keskiseen ja pohjoiseen. Kotihoidossa työskentelee 340 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista erilaisissa tehtävissä, ammattinimikkeiltään lähi-, perus-, kodin- ja sairaanhoitaja, sekä fysioterapeutteja. (Kotihoito.)

Kotihoito toimii aluetiimeissä. Koko alueella on yhteensä 21 tiimiä, joista 3 on yöpartioita ja 1 resurssi-tiimi. Jokaisessa tiimissä on 1 - 2 tiimivastaavaa, jotka toimivat tiimin yhteyshenkilöinä. Tiimit ovat moniammatillisia. Vuonna 2016 kotihoidossa on myös aloitettu kotihoidon tehostettu kotiutus-pilotti, niin sanottu Tehko-tiimi, jonka aikana luodaan kotiutukseen turvallinen ja vaikuttavuudeltaan pitkäaikainen toimintamalli. Asiakkaan kotiutus valmistellaan ja palvelun-

tarve arvioidaan huolellisesti ja moniammatillisesti. Asiakas saa riittävästi palveluja kotiin niin, että tuntee olonsa kotona turvalliseksi ja asiakas on yhdessä omaisten kanssa mukana suunnittelemassa ja arvioimassa palveluja. Huomiota kiinnitetään erityisesti asiakkaan henkisten voimavarojen tukemiseen, kannustamiseen ja positiivisuuden edistämiseen. Kuntouttava työote on tärkeä koko toiminnan ajan. Jakso kestää noin neljä viikkoa, jonka jälkeen asiakas selviytyy vaihtoehtoisesti itsenäisesti tai palveluohjauksen avulla kotona, selviytyy tukipalvelujen avulla kotona tai selviytyy kotona kotihoidon avulla. (Perehdyttämisosopas 2016, 7.)

Kotihoidossa on käytössä FastROI HILKKA Kotihoito-toiminnanohjausjärjestelmä. Mobiilisovellus on hoitajan työkalu kentällä. Se ohjaa asiakaskäyntien suorittamista ja sen avulla käynnit kuitataan ja kirjataan asiakkaan luona. Näin työntekijät näkevät kaikki oleelliset tiedot mobiilisovelluksen avulla. (Perehdyttämisosopas 2016, 13.)

Kotihoito on tavoitteellista toimintaa. Tavoitteet pohjautuvat Kouvolan kaupungin strategiaan. Strategia näkyy kotihoidossa mm. positiivisena asenteena, ystävällisenä käytöksenä, asiakaspalveluna ja ympäristöystävällisinä valintoina. Kouvolan kaupungin kotihoidon painopistealueita vuonna 2016 ovat välittömän asiakastyöajan lisääminen, vastuuhoidajan tehtävän vahvistaminen, asiakaslähtöisyys toiminnan perustana, asiakkaan kotona tukeminen niin pitkään kuin mahdollista sekä asiakkaan ja omaisten/läheisten osallisuuden lisääminen. Kouvolan kaupungin kotihoidon arvoja ovat muun muassa turvallisuus, itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, osallisuus, oikeudenmukaisuus ja yksilöllisyys, jotka kaikki sitoutuvat asiakaslähtöisyyden käsitykseen. Kotihoidossa asiakkaalle nimetään vastuuhoidtaja, joka on vastuussa asiakkaan kokonaisvaltaisesta toimintakyvyn arvioinnista sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta ja sen ajan tasalla pitämisestä. (Perehdyttämisosopas 2016, 7.)

5.3 Askel-projekti ja asiakaslupaukset

Kouvolassa on ollut 2015 tammikuusta asti käynnissä ASKEL-projekti, jonka tavoitteena on siirtyä tuotantolähtöisestä toimintamallista asiakaslähtöiseen ja tuottaa kuntalaisille entistä laadukkaampaa palvelua alhaisemmilla tai samoilla kustannuksilla. (Kouvolan ASKEL-projekti sai Tekesin rahoituksen.)

Hyvinvointipalvelujen ASKEL-projektissa on tehty paljon asiakaslähtöisyyden edistämiseksi. Projektin tuloksena on määritelty Kouvolan kaupungin Hyvinvointipalvelujen yhteinen asiakaslupaus:

Kuulemme sinua, haemme yhdessä ratkaisuja hyvinvointisi lisäämiseksi

1. Lupaamme kohdata sinut arvostavasti ja kuulla näkemyksesi ja kokemuksesi
2. Lupaamme, että saat meihin yhteyden valitsemallasi tavalla ja tiedon siitä, miten asiasi etenee
3. Lupaamme, että elämäntilanteesi huomioidaan kokonaisvaltaisesti palvelujen järjestämisessä
4. Lupaamme, että sinulla on vastuutyöntekijä, joka kokoaa tarvittavan ammattilaisverkoston, jotta sinun ei tarvitse kertoa asioitasi yhä uudelleen
5. Lupaamme, että olet osallisena ja vastuullisena omien palvelujesi ennakoinnissa, suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvoimisessa (Hyvinvointipalveluiden yhteinen asiakaslupaus 2016.)

6 TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen pääongelmana on selvittää

1. Kuinka Kouvolan kotihoidossa työskentelevät hoitajat kokevat/ymmärtävät asiakaslähtöisyyden.

Alaongelmana selvitetään;

2. Mistä asiakaslähtöisyys koostuu kyselyyn vastaajien mielestä.
3. Toteutuuko asiakaslähtöisyys vastaajien työyksikössä.
4. Tutkimuksessa selvitetään myös, onko hoitajilla samanlaisia ajatuksia asiakaslähtöisyydestä.
5. Vaikuttaako ajatuksiin asiakaslähtöisyydestä esimerkiksi hoitajan koulutus tai työkokemus hoitoalalla.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laadinta

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelma, tutkittavien henkilöiden valinta, aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon, sekä tilastollinen analysointi. (Hirsjärvi, Remes & Sajovaara 2013, 140.)

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä. Kysely on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. (Hirsjärvi ym. 2009, 193.) Kyselytutkimuksen nähdään olevan tehokas ja säästää usein tutkijan aikaa. Kyselyn etuna on sen avulla saatava laaja tutkimusaineisto. Haittoina kyselytutkimuksessa on kato eli vastaamattomien suuri määrä, joka on joskus suuri. Myöskään ei ole tietoa vastaajien suhtautumisesta tutkimukseen tai perehtymisestä tutkittavaan aihealueeseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Kyselyssä kysymysten muoto oli vakioitu, eli kaikilta vastaajilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kysely on aineistonkeruumuotona oivallinen kun vastaajien määrä on suuri. (Vilka 2007, 28.) Kysely eli mittari tehtiin hyödyntäen aiemmin laadittua strukturoitua kyselylomaketta (ks. Elonen 2003; Laine 2003; Ylönen 2003) hoitohenkilökunnalle asiakaslähtöisyydestä, jonka he ovat laatineet yhdessä ja käyttäneet jokainen omissa pro gradu -tutkielmissaan. Kysely soveltui loistavasti tässä tutkimuksessa halutun tiedon keräämiseen. Kyselyssä asiakaslähtöisyys oli avattu kysymyksiin ja kysymykset selvittivät erittäin kattavasti, miten vastaaja kokee asiakaslähtöisyyden. Samalla selvitettiin toteutuuko kyseessä oleva asia omassa työyksikössä. Kyselyn sanamuotoja muutettiin muutamassa kysymyksessä, jotta se vastasi tarkemmin kotihoidon asiakaslähtöisyyden selvittämistä. Aineisto kerättiin Webropol - ympäristössä. Kyselyssä vastausvaihtoehdot oli annettu valmiiksi käyttäen Likertin asteikkoa. Vastausvaihtoehdot oli viisi: täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, en samaa enkä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Kyselyssä ei ollut lainkaan avoimia kysymyksiä.

7.2 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimusta tehtäessä on määriteltävä, mikä joukko on tutkimuksen kohteena. Tätä joukkoa sanotaan populaatioksi tai perusjoukoksi, ja se muodostuu tutkimusyksiköistä, tilastollisessa tutkimuksessa puhutaan tilastoyksiköistä. (Nummenmaa, Holopainen, Pulkkinen 2014, 17.) Tutkimuksen kohderyhmä oli Kouvolan kaupungin kotihoidon hoitohenkilöstö. Kohderyhmä sisältää ammattinimikkeiltään kotiavustajia ja kodinhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä sairaanhoitajia.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin koko perusjoukko, joka koostui siis Kouvolan kaupungin kotihoidon hoitohenkilöstöstä. Tällöin ei puhuta lainkaan otoksesta,

vaan kokonaistutkimuksesta. (Metsämuuronen 2000,37.) Kvantitatiiviselle tutkimukselle tyypillisesti mahdollisia vastaajia oli odotettavissa suuri määrä, sillä kysely lähetettiin koko Kouvolan alueen hoitohenkilöstölle (N=340). Tämä mahdollisti tilastollisten menetelmien käytön ja tutkittavien asioiden selittämisen numeerisesti. (Vilka 2007, 17.)

7.3 Aineiston keruu

Kyselyssä (liite 1) kysymykset olivat väittämätyyppisiä ja lisäksi kysyttiin asian toteutumista omassa työyksikössä. Vastausvaihtoehdot oli laadittu Likert-asteikon mukaan. Saatekirje (liite 2), jossa selvitettiin tarkemmin kyselyä ja sen tarkoitusta lähetettiin sähköpostitse. Tämä saatekirje sisälsi myös linkin kyselyyn. Kotihoidon kehittämisvastaava toimitti saatekirjeen kyselylinkkeineen kotihoidon esimiehille. Esimiehet huolehtivat kyselyn lähettämisestä hoitohenkilöstön sähköpostiin. Hoitajia, joille kysely lähetettiin, oli kaikkiaan 340.

Kysely oli tarkoitus toteuttaa ajalla 26.4.–9.5.2016, mutta pienen vastausprosentin takia vastausaikaa jatkettiin viikolla suunnitellusta eli 16.5.2016 asti ja kotihoidon kehittämisvastaava muistutteli työntekijöitä sähköpostitse kaksi kertaa vastaamisen tärkeydestä. Vastaamisaikaa kyselyyn oli näin melkein kolme viikkoa.

Webropol-kysely laadittiin niin, ettei vastauspakkoa asetettu kaikkiin kysymyksiin, sillä ns. ”vastaamispakon” pelättiin aiheuttavan mahdollisesti vastaajassa kyselyn keskeyttämisen. Tämä tarkoitti siis, että vastaaja pystyi etenemään kyselyssä vastaamatta kaikkiin kysymyksiin. Vastauksia kyselyn kysymyksissä oli siis tämän vuoksi vaihdellen 89–93 kappaletta, joten kokonaisvastausprosentiksi muodostui 26,18–27,35 %.

Tämän jälkeen aineisto muutettiin numeeriseen muotoon Webropol-ohjelmasta Excel-taulukkolaskentaohjelmaan, jossa vastaukset olivat helposti järjesteltävissä ja luettavissa kysymyksittäin.

7.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Määrällisessä analyysissä on tyypillistä, että tutkimusaineistoa kuvataan tilastollisesti ja havainnollistetaan graafisesti. Tilastollista analyysiä käyttäen voidaan todeta aineistosta esimerkiksi ilmiöiden määriä, yleisyyttä, jakautumista ja jäsentymistä luokkiin. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Tutkimus ei ole valmis

vielä kun tulokset on analysoitu, vaan ne tulee selittää ja tulkita (Hirsjärvi ym. 2013, 229). Kyselyn aineisto siirrettiin suoraan Webropolista numeeriseen muotoon Microsoft Office Excel-taulukkolaskentaohjelmaan, jossa kysymykset jaoteltiin kysymyksittäin ja vastaajittain, kuten eri ammattiryhmien mukaan. Taulukot saatiin Webropol-ohjelmasta. Taulukoita käytettiin havainnollistamaan tekstiä, jotta opinnäytetyötä olisi helpompi tulkita.

7.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan mm. seuraavat asiat: Tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tutkijat ottavat muiden tutkijoiden työn ja saavutukset huomioon niin, että he kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa oikealla tavalla ja antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti. Tutkimus on suunniteltu yhdessä kotihoidon vastaavien kanssa. Tarvittavat tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti. Tähän tutkimukseen on anottu tutkimuslupa (liite 3) Kouvolan kaupungin tutkimuslupaprosessin mukaisesti. (Tutkimuslupa 2016). Tutkimushankkeessa tai tutkimusryhmässä sovitaan ennen tutkimuksen aloittamista tai tutkijoiden rekrytointia kaikkien osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset kaikkien osapuolten hyväksi toteamalla tavalla. Rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimuksen tuloksia esitellessä. Tässä tutkimuksessa ei tarvittu rahoitusta. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2014.)

Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2013, 231). Tässä tapauksessa kyselyn

tulee siis vastata tutkimusongelmaan, eli kuinka hoitajat kokevat asiakaslähtöisyyden kotihoidossa. Tästä syystä kysymykset ja niiden asettelu tulee tehdä huolellisesti väärinymmärrysten ehkäisemiseksi. Luotettavuutta voi rikkoa se, jos hoitajat eivät käsitä asiakaslähtöisyyden käsitettä samalla tavoin. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen. Vastaavatko he rehellisesti, huolellisesti ja todella ajatellen asiaa sekä ovatko vastausvaihtoehdot onnistuneet vastaajien näkökulmasta. Keskustelua tutkijoiden kesken herätti myös onko mahdollista, että vastaaja ei olisi vastannut kysymykseen niin kuin itse ajattelee, vai niin kuin luulee muiden ajattelevan tai kyselyn laatijoiden haluavan vastattavan? Asiakaslähtöisyys on avattu tämän tutkimuksen kysymyksissä, joten väärinymmärrysten vaaraa ei pitäisi olla, mikä lisää tutkimuksen validiteettia.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Reliabiliteettiin voi vaikuttaa kyselyyn vastaavan hoitajan mieliala ja vireystaso, mahdolliset häiriötekijät, sekä toiminnan ja työn kehittyminen työyksikössä. (Hirsjärvi ym. 2013, 231.) Tutkimuksen toteutunut vastausprosentti oli pieni, joten tulokset eivät ole toistettavissa. Vastauskato voi johtua kiireestä työyhteisössä, kyselyn laajuudesta tai huomioimatta jättämisestä, hoitajille tulee sähköpostitse erilaisia kyselyitä, joihin kaikkiin ei varmaankaan ehdi vastaamaan.

Yksityisyyden suoja kuuluu perustuslaillisiin oikeuksiin ja on myös tutkimuseettisesti erittäin tärkeä periaate. Tutkimusaineistojen keruun, käsittelyn ja tulosten julkaisemisessa tärkein osa-alue on tietosuojaja. Yksityisyyden suojaan liittyvät tutkimuseettiset periaatteet jaetaan kolmeen osaan: tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, tutkimusaineiston säilyttäminen tai hävittäminen ja tutkimusjulkaisut. Periaatteiden lähtökohtana on tarkoitus yhteen sovittaa luottamuksellisuuden ja tieteen avoimuuden periaatteet. (Yksityisyys-Tutkimus 2013.) Tämän tutkimuksen aineiston keruussa ei kerätä henkilötietoja tai muita tietoja, joista vastaajat voisi tunnistaa. Aineistoa käsittelevät ainoastaan opinnäytetyötä tekevät opiskelijat, Mervi Hyvärinen ja Nita Räikkönen. Aineistoa käsiteltiin ja tutkimuksen tulokset esitettiin siten, ettei yksittäistä vastaajaa ole mahdollista tunnistaa. Aineistoa käsiteltiin ja analysoitiin sähköisessä muodossa, Webropol-ympäristössä sekä Excel-laskentataulukko ohjelman avulla. Tutkimusaineisto tulee pääsääntöisesti hävittää, siirtää arkistoita-

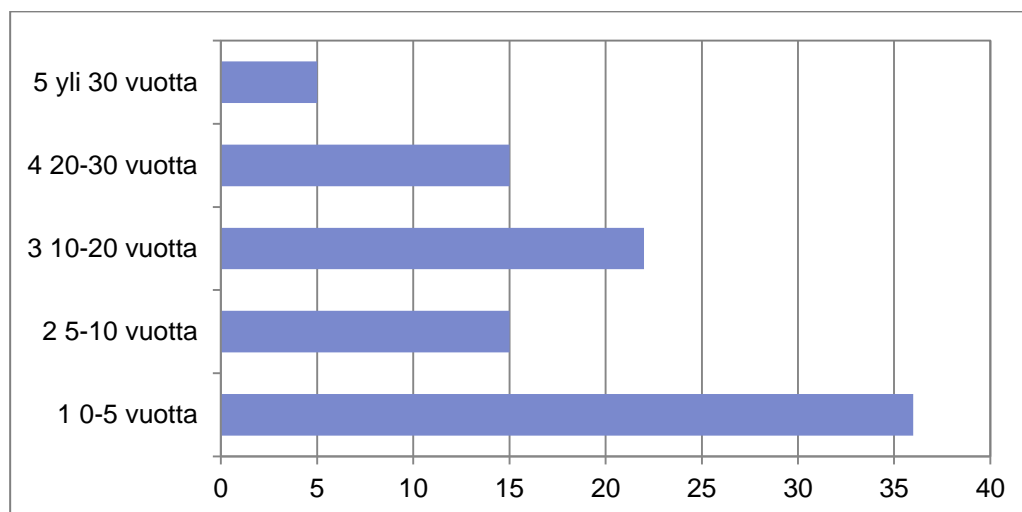
vaksi tai muuntaa tutkimuksen tulokset niin, ettei tiedon kohdetta ole tunnistettavissa. Tämän opinnäytetyön valmistuttua tutkimusaineisto hävitetään. (Aineiston hävittäminen tai arkistointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.)

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen kysely lähetettiin (N=340) hoitajalle, joista (n=93) vastasi kyselyyn. Kysymyksiin vastanneiden määrä vaihteli kysymyksittäin, koska kyselyyn ei asetettu vastaamispakkoa jokaiseen kysymykseen. Tämä taas johtui siitä, että pelkona oli, että vastaaja jättää kyselyn kokonaan kesken, jos ei pääse etenemään kysymyksissä vaikeaksi koetun kysymyksen kohdalla.

Kyselyyn vastanneista suurin osa (n=84) oli perus-/lähihoitajia, (n=3) kodinhoitajia tai kotiavustajia ja (n=6) oli sairaanhoitajia.

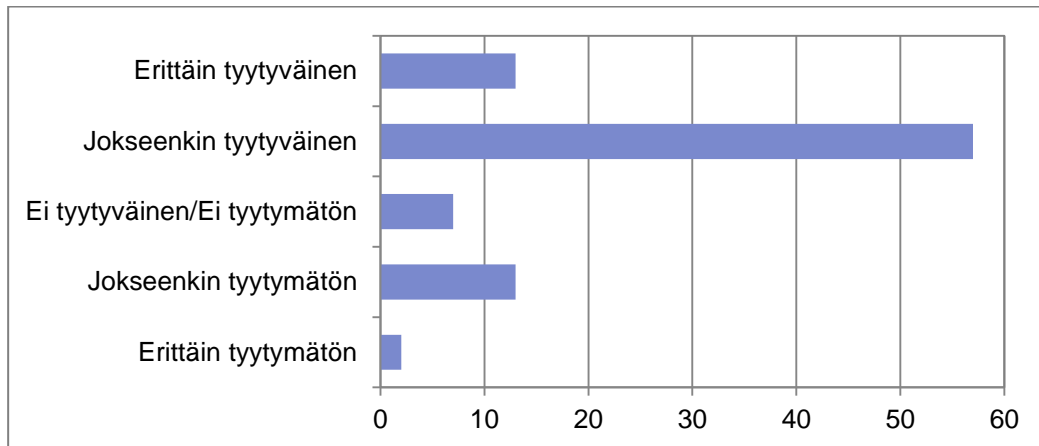
Työkokemuksessa oli runsaasti hajontaa, suurin vastaajaryhmä olivat he kenneillä oli työkokemusta 0–5 vuotta (n=36) ja vähäisimpänä (n=5) vastaajaryhmänä olivat yli 30 vuoden työkokemuksen omaavat. 5–10 vuoden kokemuksella vastasi (n=15), 10–20 vuoden kokemuksella (n=22) ja 20–30 vuoden kokemuksella (n=15). (Kuva 1.)



Kuva 1. Työkokemus kotihoidossa (N=93)

Vakituisessa työsuhteessa oli suurin osa (n=74) ja määräaikaisessa työsuhteessa (n=19). Vastaajia oli 93.

Kyselyyn vastanneista erittäin tyytymättömiä työhönsä oli (n=2), jokseenkin tyytymättömiä (n=13) ei tyytyväisiä/ei tyytymättömiä (n=7) , jokseenkin tyytyväisiä reilusti yli puolet (n=57) ja erittäin tyytyväisiä (n=13) .(Kuva 2)

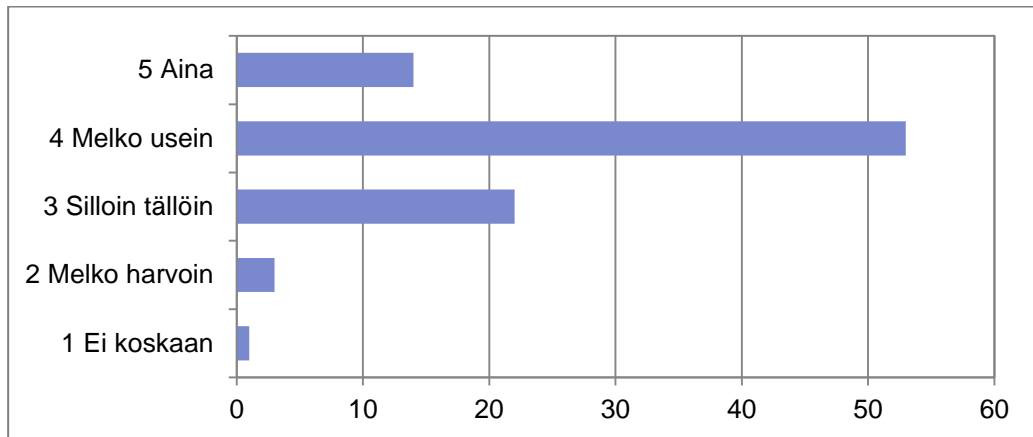


Kuva 2. Hoitajien tyytyväisyys nykyiseen työhön (N=93)

Hoidon laadun kehittämiseen liittyvässä toiminnassa kertoo olleensa mukana vajaa puolet (n=37) vastaajista. Reilu puolet (n=55) kertoo puolestaan, etteivät ole olleet mukana laadun kehittämisessä. Asiakslähtöistä toimintaa tukevassa lisäkoulutuksessa kertoo olleensa mukana reilu kolmasosa (n=35) vastaajista. Kaikki vastaajat pitivät asiakslähtöisyyttä tärkeänä hoitotyössä, suurin osa (n=87) erittäin tärkeänä ja melko tärkeänä (n=6).

Väittämään ”Asiakslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan fyysisen tilan selvitys” suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä (n=84). Jokseenkin samaa mieltä oli (n=8) ja (n=1) oli täysin eri mieltä. Vastaajia 93.

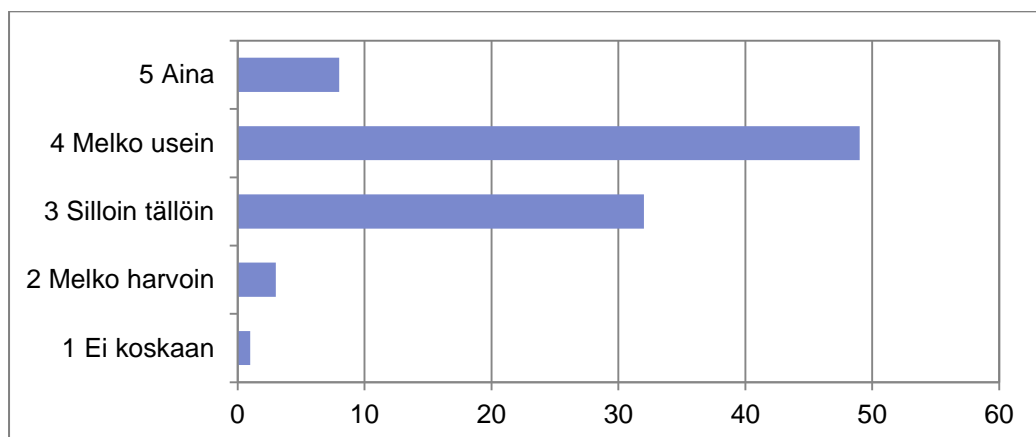
Reilu puolet (n=53) vastaajista oli sitä mieltä, että fyysisen tilan selvitys toteutuu melko usein, toteutuu aina (n=14), silloin tällöin (n=22), melko harvoin (n=3) mielestä ja ei koskaan (n=1). Vastaajia 93. (Kuva 3.)



Kuva 3. Fyysisen tilan selvityksen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=93)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan psyykkisen tilan selvitys suurimman osan mielestä aina, sillä täysin samaa mieltä oli (n=82), jokseenkin samaa mieltä oli (n=8) ja täysin eri mieltä oli (n=2). Vastaajia 92.

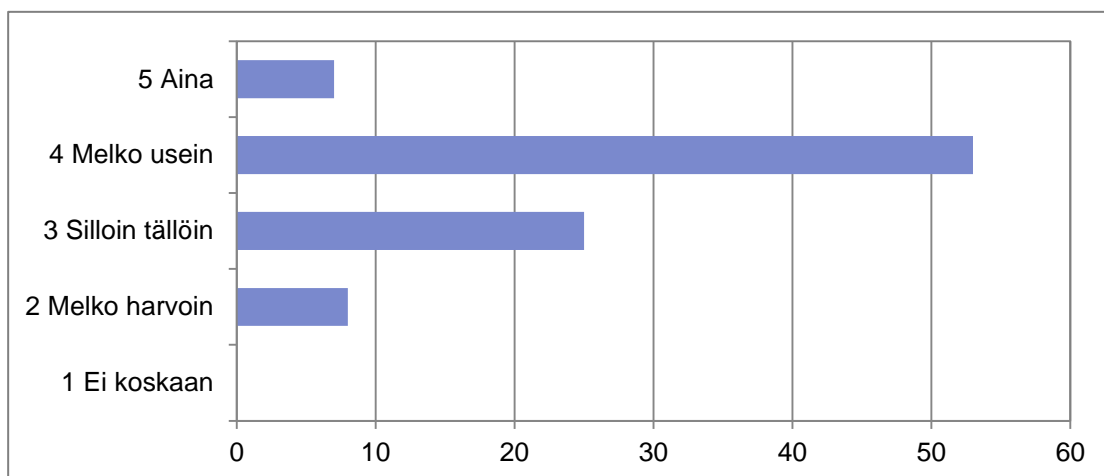
Oman yksikön toiminnassa psyykkisen tilan selvitys toteutuu reilun puolen mielestä melko usein (n=49), silloin tällöin (n=32) reilun kolmanneksen mielestä, aina (n=8), melko harvoin (n=3). (Kuva 4.)



Kuva 4. Psyykkisen tilan selvityksen toteutuminen yksikön toiminnassa. (N=93)

Asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvitys kuuluu aina asiakkaan hoitoon suurimman osan (n=74) mielestä, (n=16) oli jokseenkin samaa mieltä, ja pieni osa (n=2) vastaajista ei ollut eri eikä samaa mieltä, täysin eri mieltä oli (n=1) vastaajista. Vastaajia 93.

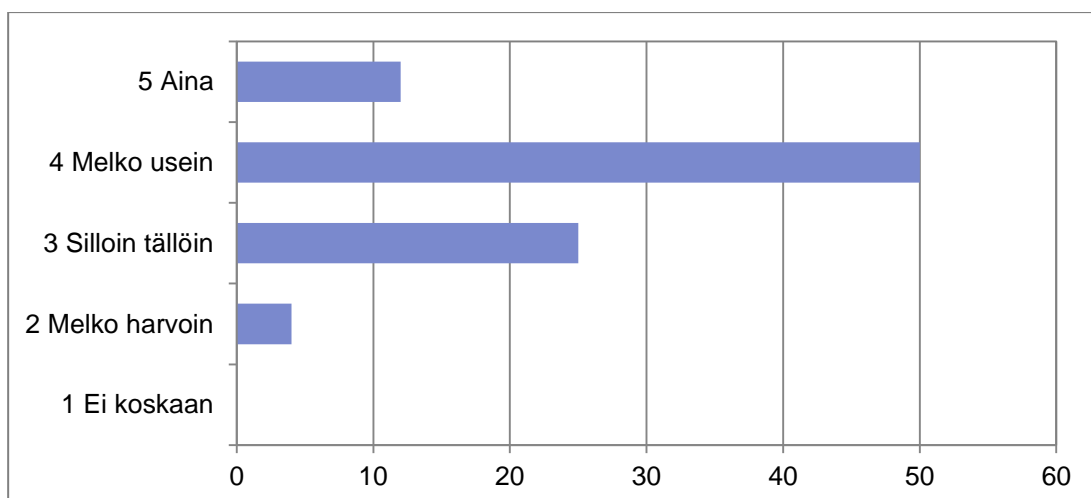
Sosiaalisen tilanteen selvitys toteutuu vastaajien mielestä aina (n=7), reilun puolen (n=53) mielestä melko usein, ja vajaan kolmanneksen (n=25) mielestä silloin tällöin. (Kuva 5.)



Kuva 5. Asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvityksen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=93)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan hoitoon liittyvien toiveiden selvittäminen yleensä aina, sillä vastaajista oli täysin samaa mieltä suurin osa (n=84) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä (n=6) ja täysin eri mieltä (n=1). Vastaajia oli 91.

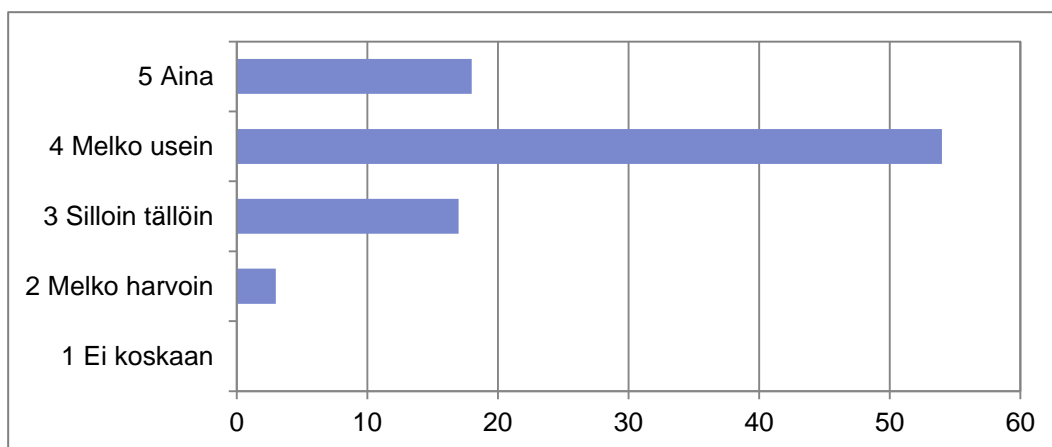
Asiakkaan hoitoon liittyvien toiveiden selvittäminen toteutuu reilun puolen (n=50) mielestä melko usein, aina reilun kymmenyksen (n=12) mielestä, silloin tällöin (n=25) mielestä ja (n=4) mielestä melko harvoin. Vastaajia 91. (Kuva 6.)



Kuva 6. Asiakkaan toiveiden selvittämisen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=91)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan voimavarojen selvittäminen vastaajien mielestä aina, sillä täysin samaa mieltä oli lähes kaikki (n=88) vastaajat. Vastaajia 90.

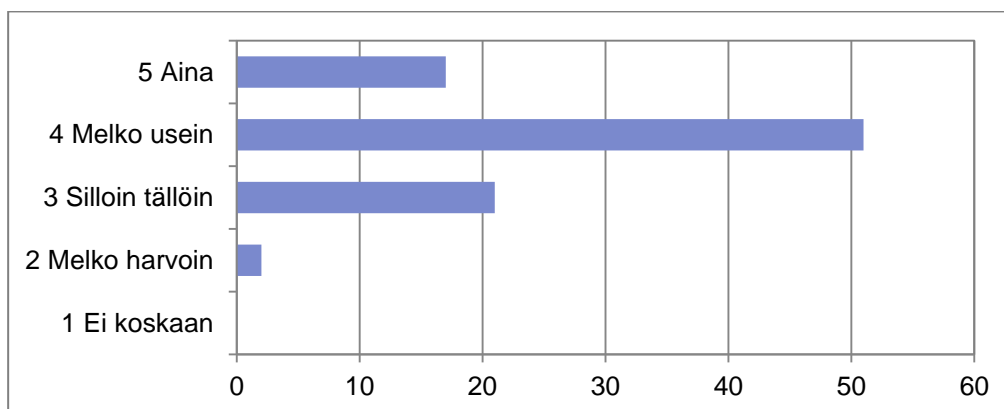
Voimavarojen selvittäminen toteutuu (n=18) mielestä aina, melko usein reilun puolen mielestä (n=54), silloin tällöin (n=17) ja melko harvoin (n=3). Vastaajia 92. (Kuva 7.)



Kuva 7. Asiakkaan voimavarojen selvittämisen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=92)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun vastaajien mielestä aina, sillä täysin samaa mieltä oli suurin osa (n=81), jokseenkin samaa mieltä oli kymmenys (n=9) ja täysin eri mieltä (n=1). Vastaajia 91.

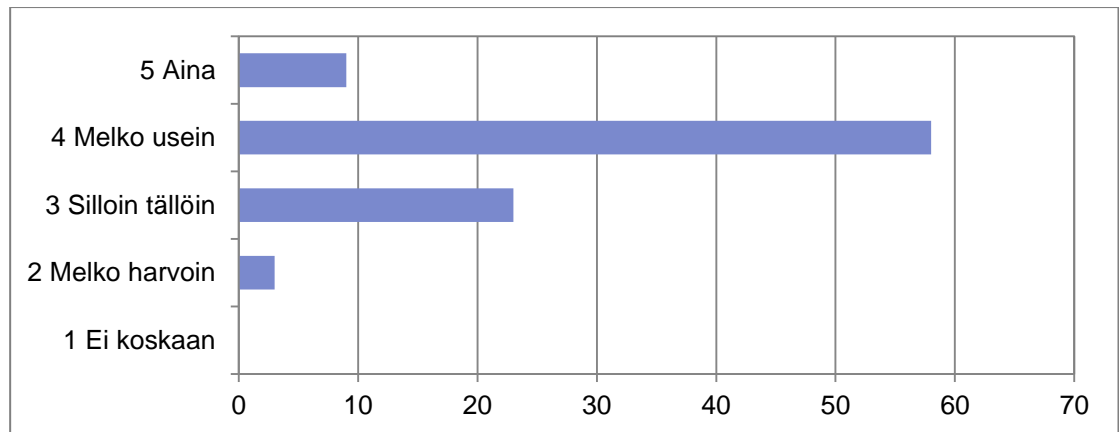
Asiakkaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun toteutuu aina (n=17) mielestä, melko usein reilun puolen (n=51) mielestä, silloin tällöin (n=21) mielestä ja melko harvoin (n=2) mielestä. Vastaajia 91. (Kuva 8.)



Kuva 8. Asiakkaan hoitonsa suunnitteluun osallistumisen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=91)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan osallistuminen hoitonsa toteutukseen suurimman osan mielestä (n=81), jokseenkin samaa mieltä oli reilu kymmenys (n=11) ja ei eri eikä samaa mieltä (n=1). Vastaajia 93.

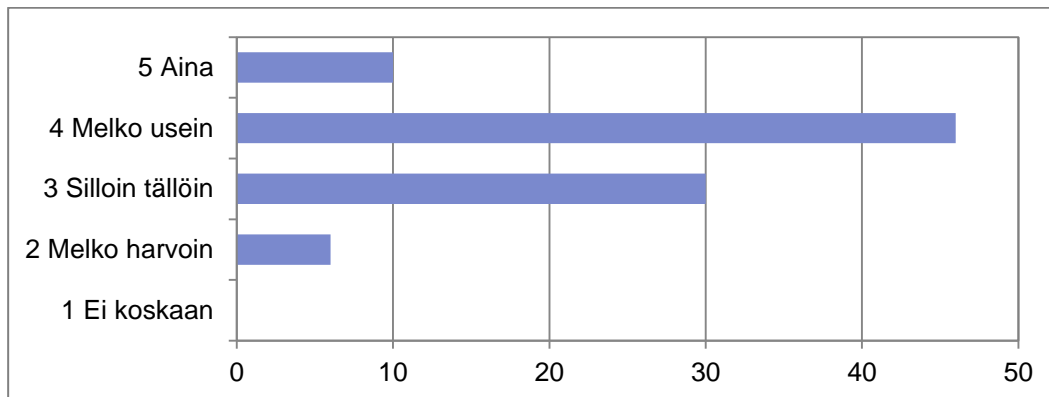
Asiakkaan osallistuminen hoitonsa toteutukseen toteutuu aina vajaan kymmenyksen (n=9) mielestä, melko usein kuudenneksen (n=58) mielestä. Vastaajista vajaa kolmannes (n=23) oli sitä mieltä että asia toteutuu silloin tällöin ja melko harvoin toteutuu muutaman (n=3) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 9.)



Kuva 9. Asiakkaan hoitoonsa osallistumisen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=93)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan osallistuminen hoitonsa arviointiin suurimman osan mielestä, sillä täysin samaa mieltä oli suurin osa (n=82), jokseenkin samaa mieltä oli vajaa kymmenys (n=8) ja ei eri eikä samaa mieltä muutama (n=3). Vastaajia oli 93.

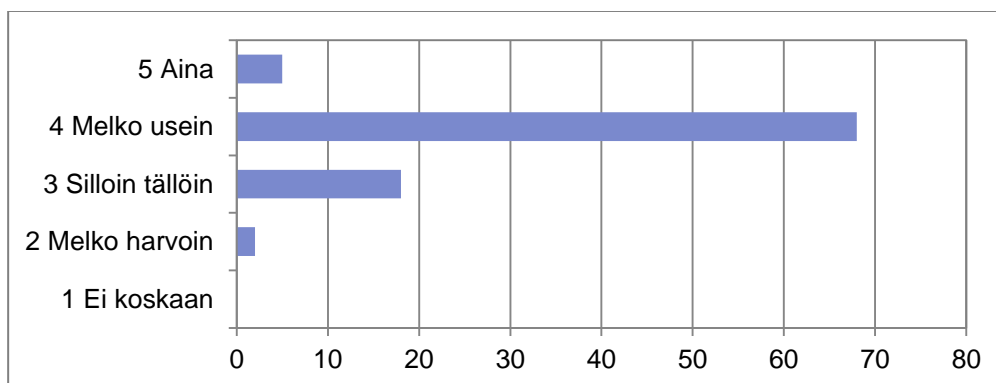
Asiakkaan osallistuminen hoitonsa arviointiin toteutuu aina kymmenyksen (n=10) mielestä, puolet (n=46) vastaajista oli sitä mieltä, että toteutuu melko usein, silloin tällöin toteutuu reilun kolmanneksen (n=30) mielestä ja melko harvoin vajaan kymmenyksen (n=6) mielestä. Vastaajia 92. (Kuva 10)



Kuva 10. Asiakkaan hoitonsa arviointiin osallistumisen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=92)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu aina asiakkaan osallistuminen hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon, sillä täysin tai jokseenkin samaa mieltä olivat kaikki (n=93) vastaajat. Vastaajia oli 93.

Asiakkaan osallistuminen päätöksentekoon toteutuu muutaman (n=5) mielestä aina, melko usein reilusti yli puolen (n=68) mielestä, silloin tällöin vajaan viidenneksen (n=18) mielestä ja melko harvoin (n=2) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 11.)

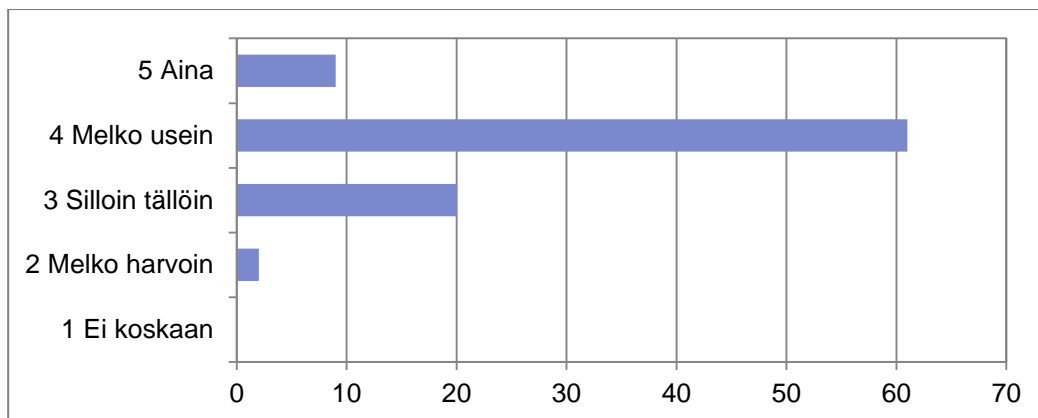


Kuva 11. Asiakkaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon osallistumisen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=93)

Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu omaisten/läheisten osallistuminen asiakkaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon asiakkaan suostumuksella. Tähän

hoitajista suurin osa (n=80) oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä oli reilu kymmenesosa (n=12). Vastaajia 92.

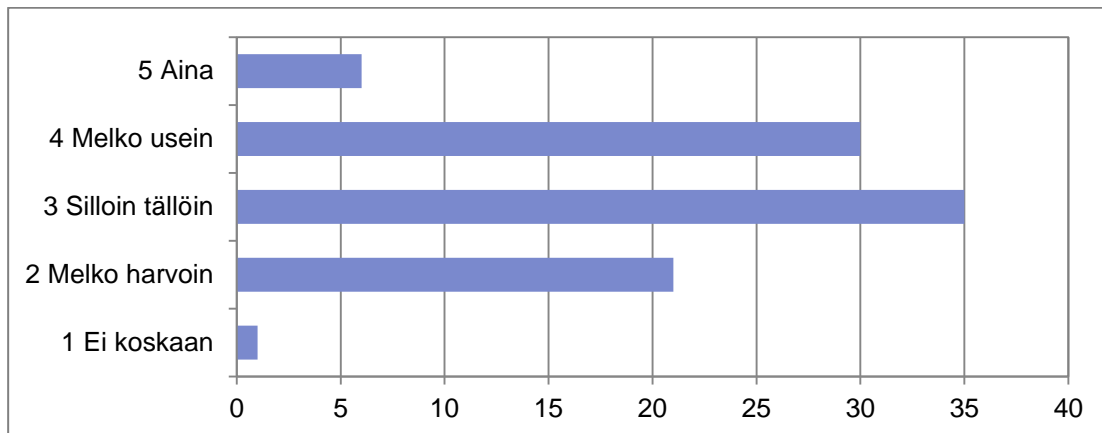
Omaisten/läheisten osallistuminen asiakkaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon toteutuu aina kymmenyksen (n=9) mielestä, reilusti yli puolet (n=61) vastaajista oli sitä mieltä, että asia toteutuu melko usein. Silloin tällöin toteutuu reilun viidesosan (n=20) mielestä ja melko harvoin parin (n=2) mielestä. Vastaajia 92. (Kuva 12.)



Kuva 12. Omaisten/läheisten asiakkaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon osallistumisen toteutumisen yksikön toiminnassa (N=92)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakas kohdataan kiireettömästi on totta suurimman osan mielestä, sillä täysin samaa mieltä oli suurin osa (n=83) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä oli (n=5), ei eri eikä samaa mieltä (n=4) ja täysin eri mieltä (n=1). Vastaajia 93.

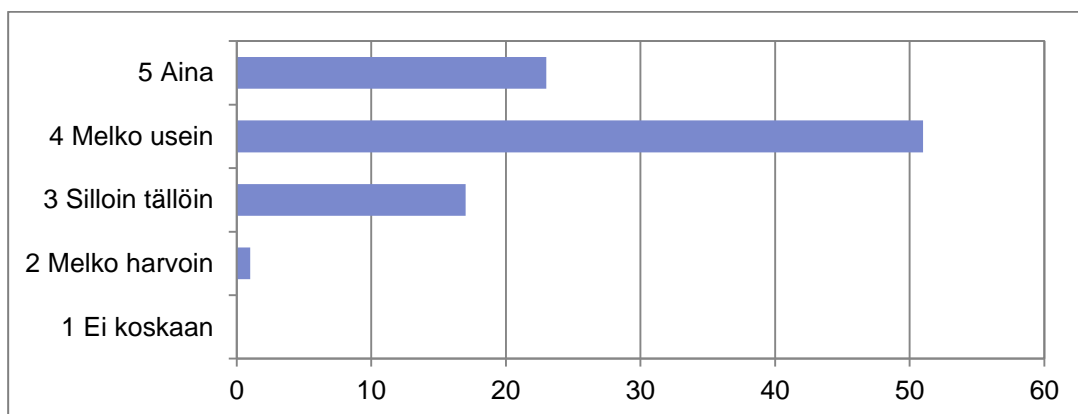
Asiakkaan kiireettömän kohtaamisen toteutuminen herätti paljon eriäviä mielipiteitä. Asia toteutuu aina vajaan kymmenyksen (n=6) mielestä, melko usein kolmanneksen (n=30) mielestä, silloin tällöin reilun kolmanneksen (n=35) ja melko harvoin reilun viidenneksen (n=21) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 13)



Kuva 13. Asiakkaan kiireettömän kohtaamisen toteutuminen yksikön toiminnassa (N=93)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakasta kuunnellaan vastaajien mielestä aina, sillä täysin samaa mieltä oli melkein kaikki (n=87) ja loput (n=6) olivat jokseenkin samaa mieltä. Vastaajia 93.

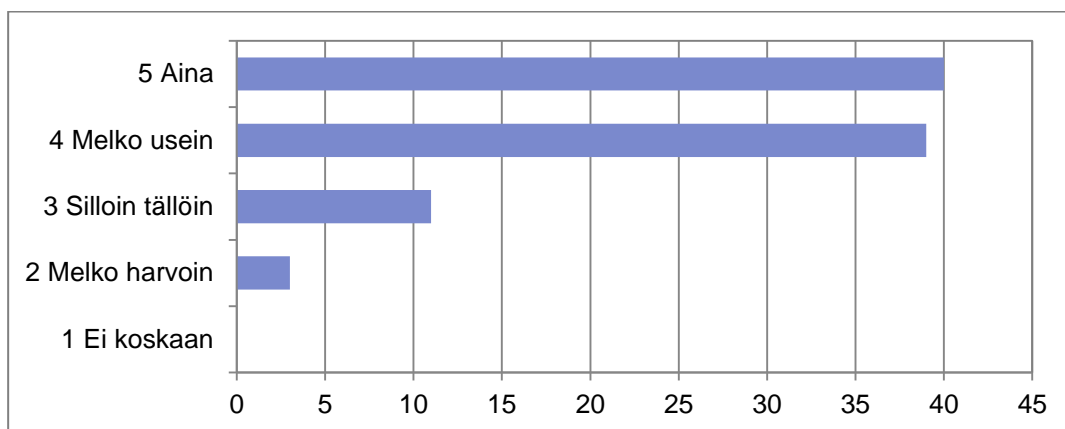
Asiakkaan kuuntelu toteutuu aina neljänneksen (n=23) mielestä, melko usein reilusti yli puolen (n=51) mielestä, silloin tällöin vajaan viidenneksen (n=17) mielestä ja melko harvoin (n=1) mielestä. Vastaajia 92. (Kuva 14.)



Kuva 14. Asiakkaan kuuntelun toteutuminen yksikön toiminnassa (N=92)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakkaan kanssa keskustellaan vastaajien mielestä aina, sillä täysin samaa mieltä olivat melkein kaikki vastaajat. (n=92) ja (n=1) oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajia 93.

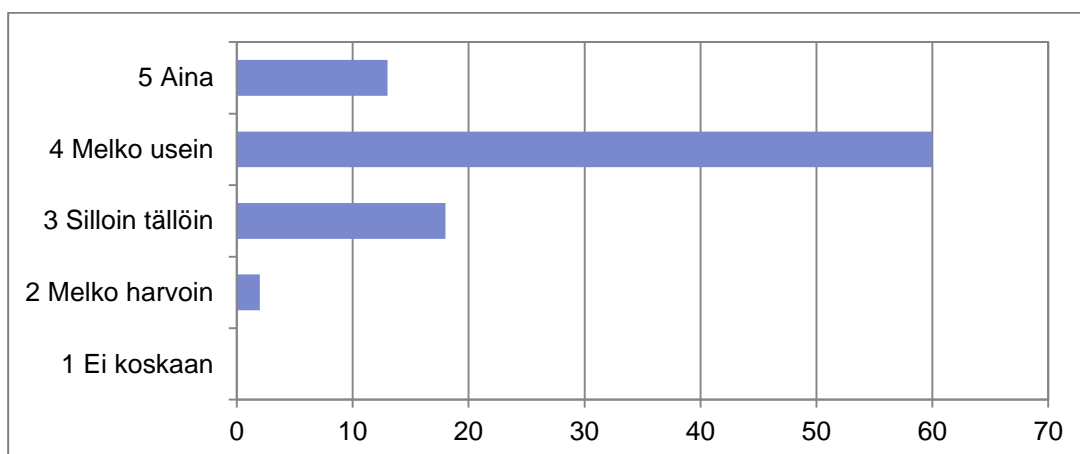
Asiakkaan kanssa keskustelu toteutuu aina (n=40) tai melko usein (=39) suurimman osan mielestä, silloin tällöin reilun kymmenyksen (n=11) ja melko harvoin muutaman (n=3) vastaajan mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 15.)



Kuva 15. Asiakkaan kanssa keskustelun toteutuminen yksikön toiminnassa (N=93)

Vastaajien mielestä asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakkaan tyytyväisyydestä hoitoonsa ollaan kiinnostuneita, sillä täysin samaa mieltä oli suurin osa (n=85) ja jokseenkin samaa mieltä oli vajaa kymmenys (n=7). Vastaajia 92.

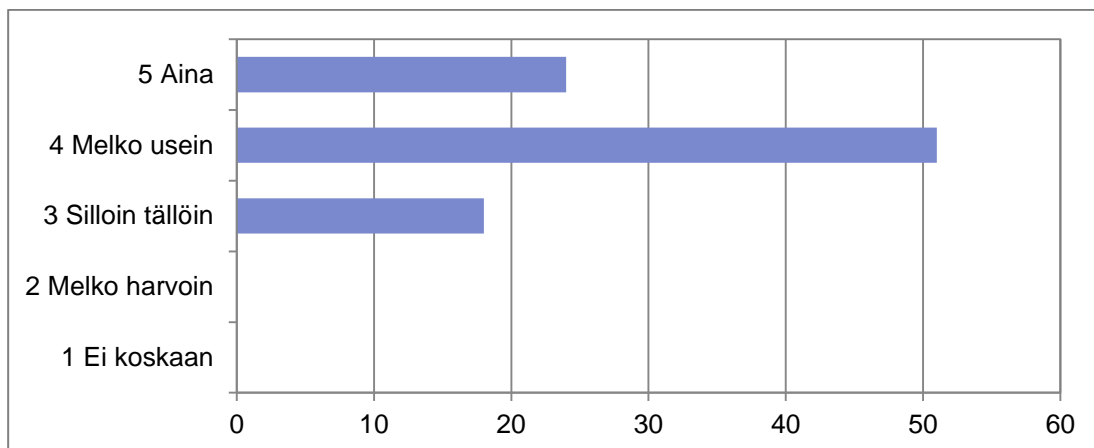
Asiakkaan tyytyväisyydestä hoitoonsa ollaan kiinnostuneita kotihoidossa aina reilun kymmenyksen (n=13) mielestä, melko usein reilusti yli puolen (n=60) mielestä, silloin tällöin vajaan viidenneksen (n=18) ja melko harvoin (n=2) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 16.)



Kuva 16. Asiakkaan hoitoonsa tyytyväisyyden huomioiminen yksikön toiminnassa (N=93)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakas saa tietoa sairaudestaan/terveysongelmaastaan vastaajien mielestä aina, sillä täysin samaa mieltä (n=81) tai jokseenkin samaa mieltä (n=12) olivat kaikki vastaajat. Vastaajia 93.

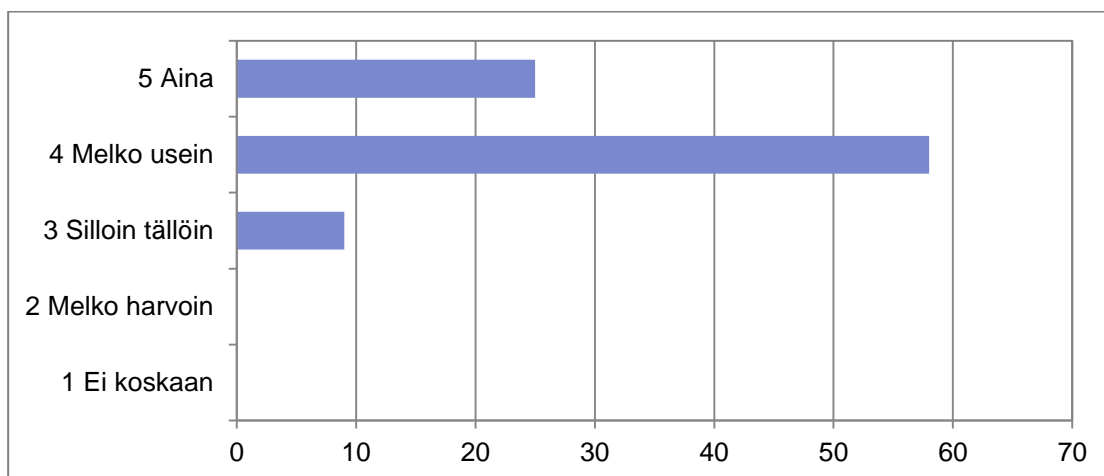
Asiakkaan tiedonsaanti sairaudestaan toteutuu aina neljänneksen (n=24) mielestä, melko usein reilun puolen (n=51) mielestä, ja silloin tällöin vajaan viidenneksen (n=18) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 17)



Kuva 17. Asiakkaan oman sairauden tiedonsaannin toteutuminen yksikön toiminnassa (N=93)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakas saa tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista melkein aina, sillä täysin samaa mieltä oli suurin osa (n=82) ja jokseenkin samaa mieltä kymmenys (n=10). Vastaajia 92.

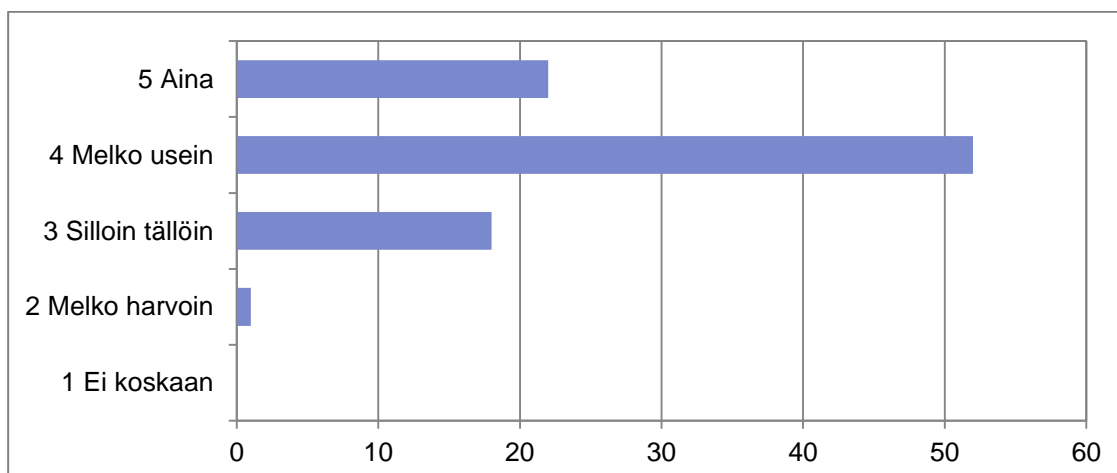
Asiakkaalle annetaan tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista aina reilun neljänneksen (n=25) mielestä, melko usein reilusti yli puolien (n=58) mielestä ja silloin tällöin kymmenyksen (n=9) mielestä. Vastaajia 92. (Kuva 18.)



Kuva 18. Asiakkaan tiedonsaannin toteutuminen omasta hoidostaan yksikön toiminnassa (N=92)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakas saa tietoa eri tukipalveluista, sillä täysin samaa mieltä (n=83) tai jokseenkin samaa mieltä (n=10) olivat kaikki vastaajat. Vastaajia 93.

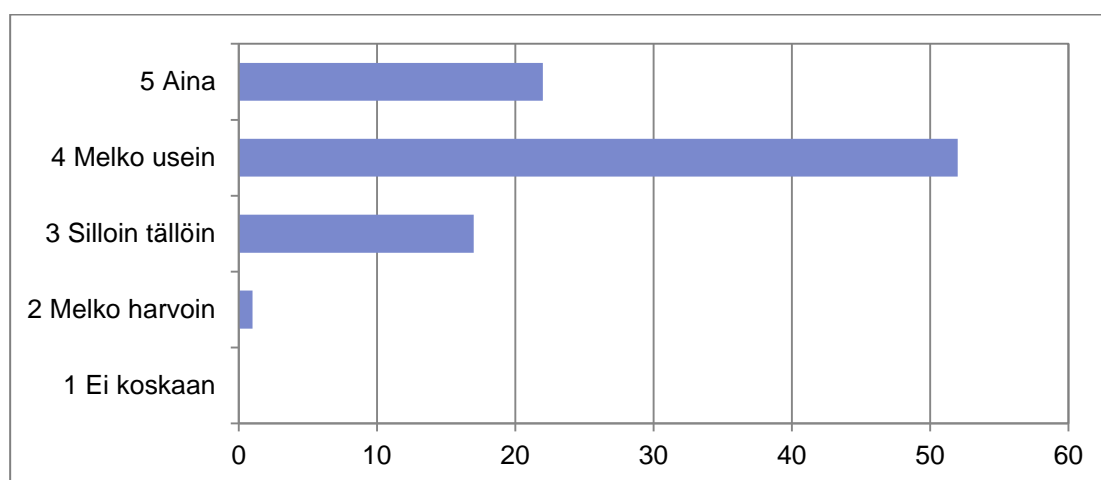
Tukipalvelusta annetaan vastanneiden mielestä tietoa aina vajaan neljänneksen (n=22) mielestä, melko usein reilun puolen (n=52) mielestä, silloin tällöin viidenneksen (n=18) mielestä ja melko harvoin (n=1) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 19.)



Kuva 19. Tukipalveluista tiedottamisen toteutuminen asiakkaille (N=93)

Asiakaslähtöisessä hoitotyössä asiakkaan omaiset/läheiset saavat tietoa asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista asiakkaan suostumuksella. Tähän toteamukseen vastaajista suurin osa (n=78) oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä oli reilu kymmenes (n=12) vastanneista. Ei eri eikä samaa mieltä oli (n=1). Vastaajia 91.

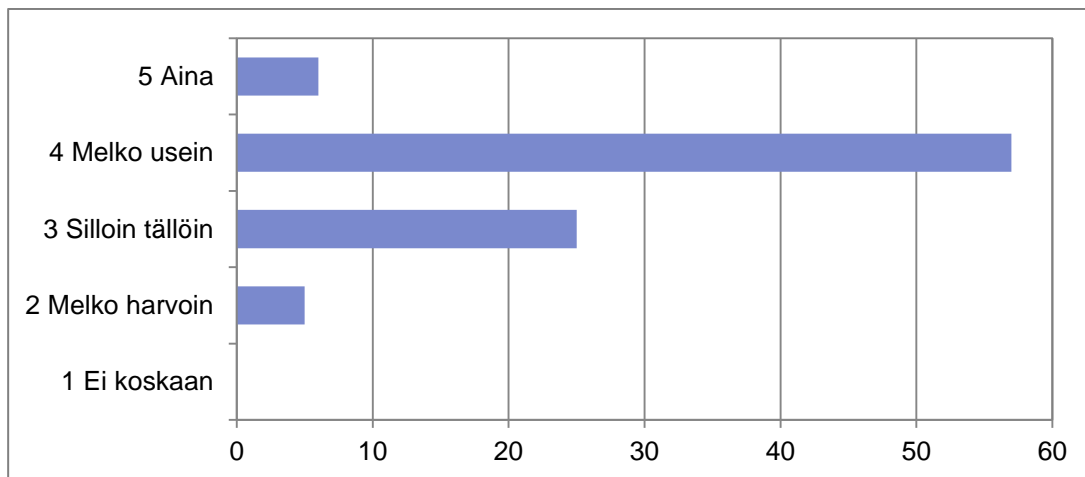
Asiakkaan omaisille annetaan tietoa asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista asiakkaan suostumuksella kotihoidossa aina vajaan neljänneksen (n=22) mielestä, melko usein reilun puolen (n=52) mielestä, silloin tällöin vajaan viidenneksen (n=17) ja melko harvoin (n=1) mielestä. Vastaajia 92. (Kuva 20.)



Kuva 20. Tiedonannon toteutuminen asiakkaan omaisille hoitoon liittyvistä asioista (N=92)

Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu, jos hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat yksikön yhteiset periaatteet. Tähän edelliseen lauseeseen täysin samaa mieltä oli kolmannes (n=69), jokseenkin samaa mieltä reilu viidesosa (n=21) ja jokseenkin eri mieltä (n=2). Vastaajia 92.

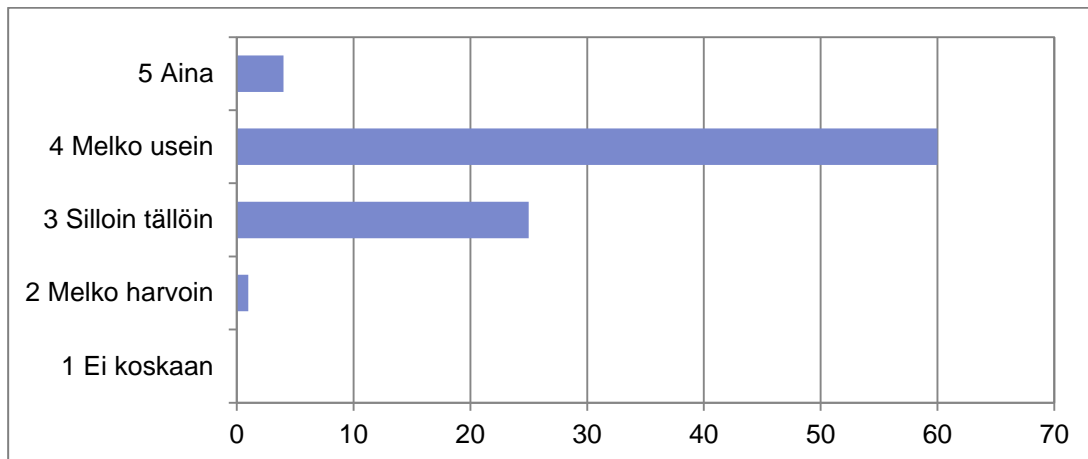
Hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat yksikön yhteiset periaatteet Kouvolan kotihoidossa vastaajien mielestä aina vajaan kymmenyksen (n=6) mielestä, melko usein reilusti yli puolen (n=57) mielestä, silloin tällöin reilun neljäsosan (n=25) mielestä ja melko harvoin reilusti alle kymmenyksen (n=5) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 21.)



Kuva 21. Yhteisten periaatteiden noudattamisen toteutuminen hoitohenkilökunnan keskuudessa (N=93)

Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu jos hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot ovat ajan tasalla. Edellinen lause pitää paikkansa vastaajien mielestä, sillä täysin samaa mieltä oli suurin osa (n=76) ja jokseenkin samaa mieltä reilu kymmenys (n=12). Vastaajia 90.

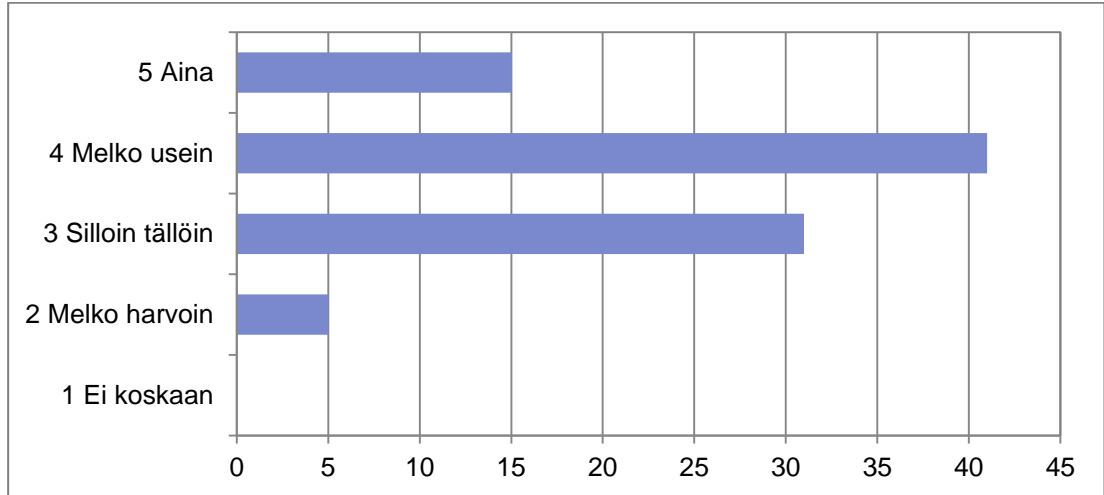
Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot ovat ajan tasalla Kouvolan kotihoidossa aina muutaman (n=4) vastaajan mielestä, melko usein reilusti yli puolen (n=60) mielestä, silloin tällöin reilun neljänneksen (n=25) mielestä ja melko harvoin (n=1) mielestä. Vastaajia 90. (Kuva 22.)



Kuva 22. Hoitohenkilökunnan tietojen ja taitojen ajantasaisuuden toteutuminen yksikön toiminnassa (N=90)

Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu jos hoitohenkilökunnan toiminta on joustavaa. Tähän väittämään täysin samaa mieltä oli reilu kolme neljäsosaa (n=71), jokseenkin samaa mieltä vajaa viidennes (n=16). Yhteensä vajaa kymmenes oli ei eri eikä samaa mieltä (n=3). Jokseenkin eri mieltä (n=3). Vastaajia 93.

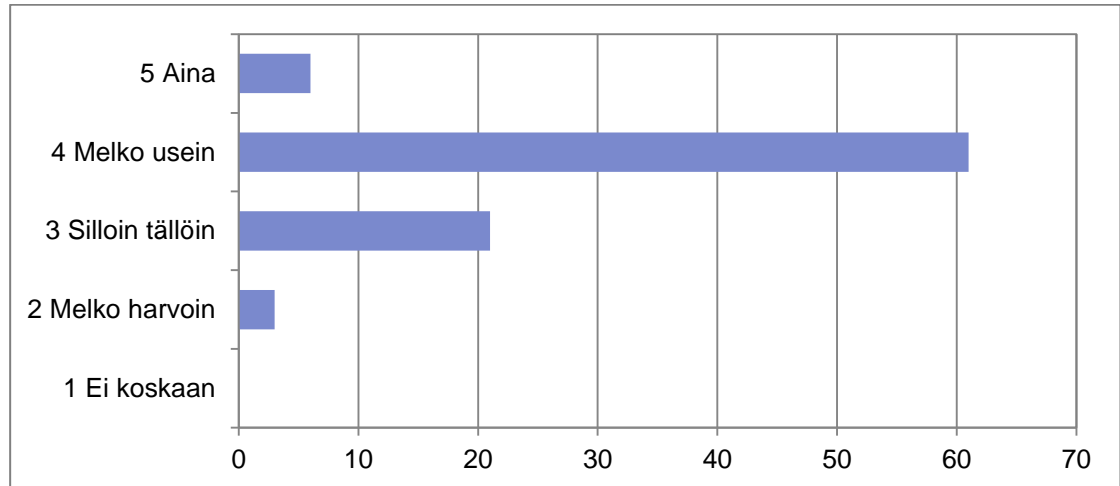
Hoitohenkilökunnan joustava toimiminen toteutuu aina vajaan viidenneksen (n=15) mielestä, melko usein vajaan puolen (n=41) mielestä, silloin tällöin reilun kolmanneksen (n=31) ja melko harvoin reilusti alle kymmenyksen mielestä (n=5). Vastaajia 92. (Kuva 23.)



Kuva 23. Henkilökunnan joustavan toiminnan toteutuminen yksikön toiminnassa (N=92)

Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu jos hoitohenkilökunta toimii yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa, sillä väittämään täysin samaa mieltä oli suurin osa (n=78) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä reilu kymmenys (n=10) ja jokseenkin eri mieltä (n=1) yksi vastaaja. Vastaajia 89.

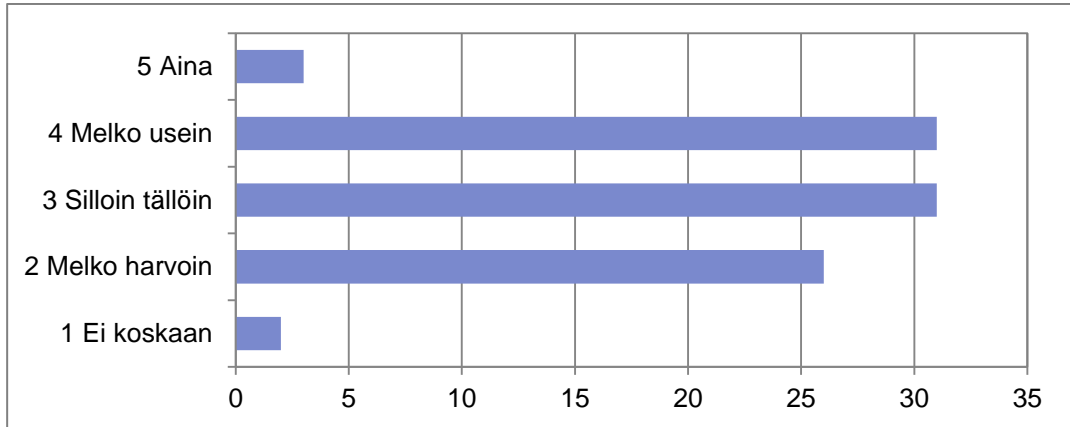
Hoitohenkilökunnan toimiminen yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa toteutuu aina vajaan kymmenyksen (n=6) mielestä, melko usein reilusti yli puolen (n=61) mielestä, silloin tällöin reilun viidenneksen (n=21) ja melko harvoin muutaman (n=3) mielestä. Vastaajia 91. (Kuva 24.)



Kuva 24. Henkilökunnan moniammatillisuuden toteutuminen yksikön toiminnassa (N=91)

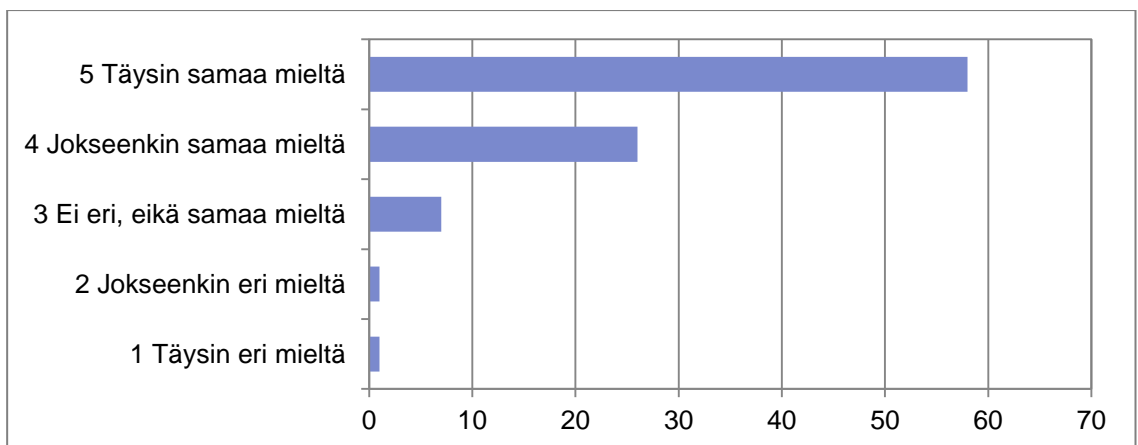
Hoitohenkilökunnan riittävä määrä suhteessa asiakasmäärään on vastaajien mielestä yhteydessä asiakaslähtöisyyden toteutumiseen, sillä täysin samaa mieltä (n=86), tai jokseenkin samaa mieltä (n=4) olivat lähes kaikki vastaajat. Yksi (n=1) vastaaja oli täysin eri mieltä. Vastaajia 91.

Hoitohenkilökunnan riittävä määrä suhteessa asiakasmäärään toteutuu aina muutaman (n=3) mielestä, melko usein kolmanneksen (n=31) mielestä, silloin tällöin kolmanneksen (n=31) mielestä. Melko harvoin asia toteutuu vajaan kolmanneksen (n=26) mielestä ja ei koskaan kahden (n=2) vastaajan mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 25.)



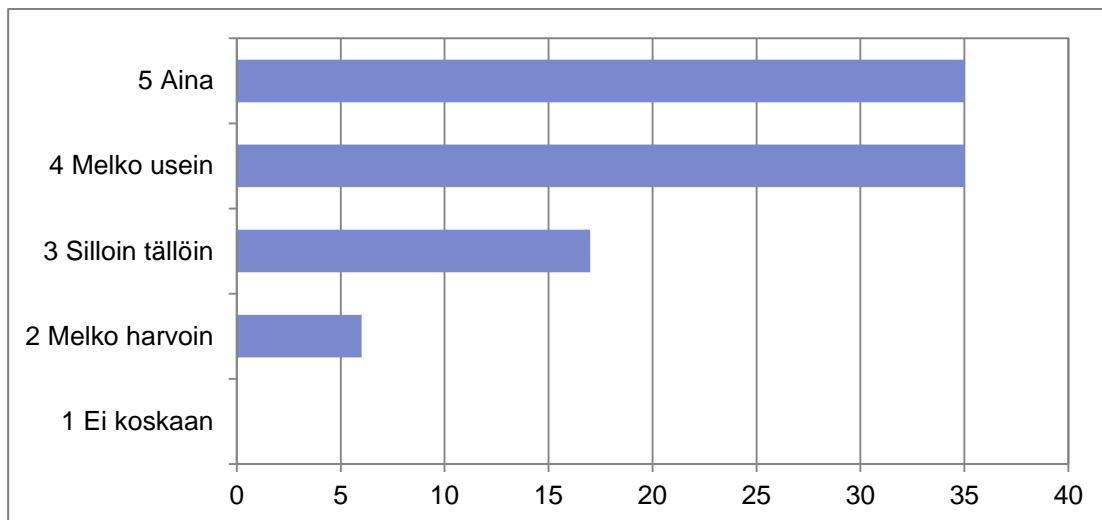
Kuva 25. Hoitohenkilökunnan riittävän määrän toteutuminen suhteessa asiakasmäärään (N=93)

Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu jos asiakkaalle on nimetty vastuuhoidtaja. Tähän täysin samaa mieltä oli reilusti yli puolet (n=58), jokseenkin samaa mieltä oli vajaan kolmannes (n=26), ei eri eikä samaa mieltä vajaan kymmenes (n=7). Jokseenkin eri mieltä (n=1) ja täysin eri mieltä (n=1) oli pari vastaajaa. Vastaajia 93. (Kuva 26.)



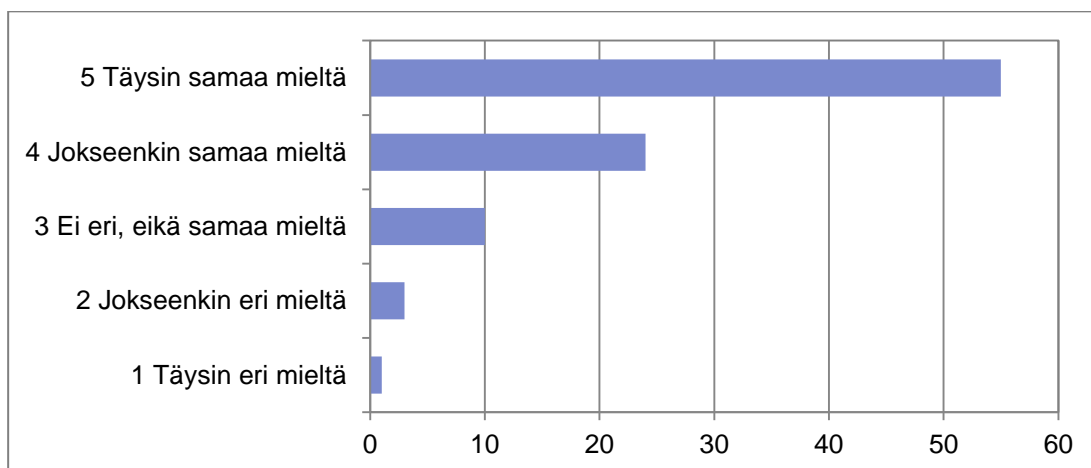
Kuva 26. Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu, jos asiakkaalle on nimetty vastuuhoidtaja (N=93)

Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu jos asiakkaalle on nimetty vastuuhoitaja Kouvolan kotihoidossa vastaajien mielestä aina reilun kolmanneksen (n=35) mielestä, melko usein myös reilun kolmanneksen (n=35) mielestä. Silloin tällöin toteutuu vajaan viidenneksen (n=17) ja melko harvoin vajaan kymmenyksen (n=6) mielestä. Vastaajia 93. (Kuva 27.)



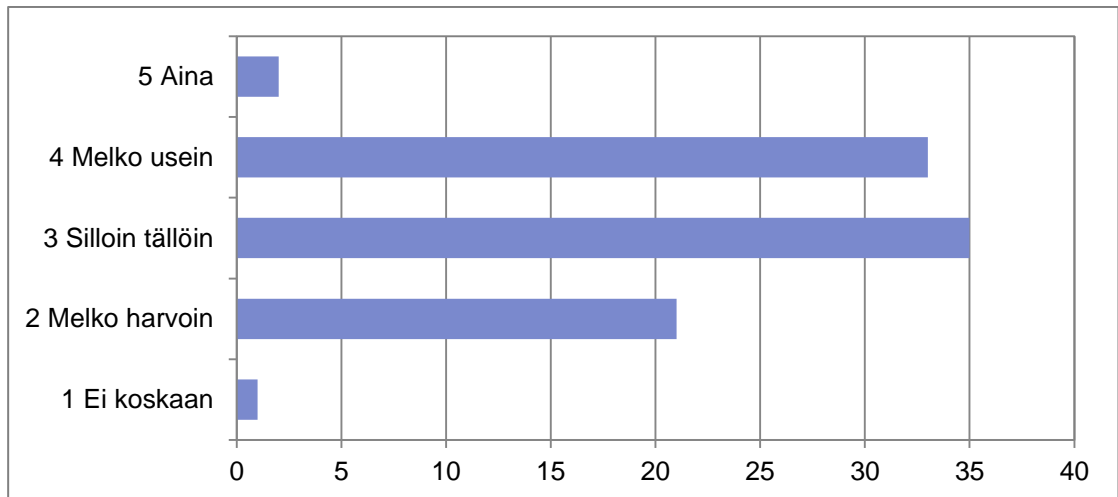
Kuva 27. Asiakaslähtöisen hoitotyön toteutuminen yksikön toiminnassa jos asiakkaalle on nimetty vastuuhoitaja (N=93)

Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu jos organisaation johto motivoi hoitohenkilökuntaa asiakaslähtöiseen toimintaan oli hoitajien mielestä asiakaslähtöisyyteen liittyvä tekijä, sillä täysin samaa mieltä oli reilusti yli puolet (n=55), jokseenkin samaa mieltä neljäsosa (n=24), ei eri eikä samaa mieltä kymmenes (n=10), jokseenkin eri mieltä muutama (n=3) ja täysin eri mieltä yksi vastaaja (n=1). Vastaajia 93. (Kuva 28.)



Kuva 28. Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu, jos organisaation johto motivoi henkilökuntaa asiakaslähtöiseen toimintaan (N=93)

Kouvolan kotihoidossa organisaation johto motivoi hoitohenkilökuntaa asiakaslähtöiseen toimintaan aina (n=2) vastaajan mielestä, melko usein reilun kolmanneksen (n=33) mielestä, silloin tällöin reilun kolmanneksen (n=35) mielestä, melko harvoin vajaan neljänneksen (n=21) ja ei koskaan yhden (n=1) vastaajan mielestä. Vastaajia 92. (Kuva 29.)



Kuva 29. Organisaation johdon henkilökunnan motivoinnin toteutuminen (N=92)

9 POHDINTA

Asiakaslähtöisyys on laadun tae ja myös laaja käsite, jonka toteutuminen esimerkiksi kotihoidossa on hyvin monen eri osatekijän summa. Hoitotyön periaatteet ja etiikka linkittyvät asiakaslähtöisyyteen. Sorsan (2002,67) tutkimuksen tulosten mukaan asiakaslähtöisyyden määritelmässä arvopohjaan kuuluvat ihmiskeskeisyys, kokonaisvaltaisuus, ja ihmisarvo on keskiössä, sekä käytännön toiminnassa korostuu asiakkaan oleminen keskiössä, moniammatillisuus ja vuorovaikutuksellisuus. Toiminta lähtee asiakkaan elämäntilanteesta. Tässä tutkimuksessa korostuivat samat asiat myös hoitajien käsityksissä. Ikäihmisten kotona selviytymisen mahdollistamiseksi kotihoidon palvelut ovat hyvin tärkeitä. Henkilöstömitoituksen on oltava sopiva mm. asiakkaisiin, kotihoidon tavoitteisiin, ympäristötekijöihin ja työvälineisiin nähden. Organisaation johdon ja hoitohenkilökunnan omat asenteet ja valmiudet ovat avainasemassa. Asiakasymmärrys palveluiden kehittämiseksi on tärkeää. Samoin palautetta toiminnasta on tärkeä saada asioiden korjaamiseksi. Kotihoidossa iso rakenteellinen laatutekijä on henkilöstö ja sen osaaminen. Laatua ja asiakas-

lähtöisyyttä tarkastellessa tulee henkilöstön osalta miettiä, onko heillä tarpeeksi koulutusta ja onko koulutus kohdennettu juuri sitä tarvitseville/ onko koulutus tarkoituksenmukaista, onko henkilöstöllä mahdollisuus kehittää ammattitaitoaan ja miten henkilöstö voi työssään, toteutuuko työhyvinvointi. (Heinola 2007,98.) Tutkimuksesta selvisi, että suurin osa hoitohenkilökunnasta oli tyytyväisiä työhönsä, mutta tyytymättömyyttäkin esiintyy. Hoitajien oman työnsä arvostus on tärkeää, jotta he pystyvät tekemään työtehtävänsä laajalaisesti ja ammatillisesti, unohtamatta inhimillisyyttä ja yksilöllisyyttä. Kotihoitotyössä tärkeää asiakaslähtöisyyden kannalta on palvelujen oikea-aikaisuus ja asiakkaan osallistaminen kaikkeen häneen liittyvään hoitoon koko kotihoitoprosessin aikana.

Jutilan (2013, 25.) tutkimuksessa todettiin johtamisosaamisen olevan yksi edellytys asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitohenkilökunnasta suuri osa oli sitä mieltä, että asiakaslähtöisyys toteutuu, jos organisaation johto motivoi asiakaslähtöiseen toimintaan. Motivoinnin toteutuminen konkreettisesti koettiin kuitenkin hyvin eri tavoin, noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että motivointia tapahtuu, kun taas vastaavasti puolet olivat sitä mieltä, että motivointia on silloin tällöin tai melko harvoin. Kiireen tuntu työelämässä ja hoitajien riittämätön määrä ajoittain voi olla syynä siihen, että hoitajista tuntuu tältä. Pidämme hoitohenkilökunnan motivointia asiakaslähtöiseen toimintaan erityisen tärkeänä nyt, kun kotihoito on ja on ollut viime aikoina muutosten kohteena. Jokaisen työpanosta on arvostettava ja se on tuotava ilmi.

Asiakkaiden toimintakykyä tukeva toimintamalli, kuntouttava työote on jo hoitajien peruskoulutuksessa ohjeistettu malli toimia asiakkaiden kanssa. Tämä edellyttää kuitenkin myös kotihoidossa suurempaa määrää henkilöstöä, koska usein asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen hänen voimavarojansa hyödyntämällä vie paljon enemmän aikaa kuin se, että hoitaja tekisi työn puolesta. Kiireessä työskentely voi joskus pakottaa hoitajat unohtamaan voimavara-ajattelun, kun työaika on rajattu ja seuraavat asiakkaat odottavat. Kuitenkin juuri asiakkaiden voimavarojen mukaan toimiminen on asiakaslähtöisyyttä parhaimmillaan. Tulosten mukaan voimavarojen selvittäminen koettiin osaksi asiakaslähtöistä hoitoa. Myös asiakkaan kuuntelu, hänen yksilöllisten toiveidensa arvostaminen ja huomioiminen auttavat myönteisen hoitokokemuk-

sen toteutumista sekä palveluiden suunnittelua yksilöllisesti. Käsitusten mukaan palvelujen suunnittelun ja toteutuksen tulisi perustua asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin.

Niemen (2006, 60.) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki yhteisten arvokäsitysten ohjaavan toimintaa. Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnasta kolmannes oli täysin samaa mieltä siitä, että asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu, jos hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat yksikön yhteiset periaatteet.

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että asiakkaan toiveiden kuuntelu ei aina toteudu, eikä asiakas ole aina suunnittelemassa omaa hoitoaan, vaikka nämä koettiin osaksi asiakaslähtöistä hoitoa. Näin asia ei saisi missään tapauksessa olla. Asiakas on itse omien tarpeidensa asiantuntija ja hänen mielipiteensä on tärkeä koko hoitoprosessin ajan. Myös Niemen (2006, 66-67.) tutkimuksen tuloksien mukaan kotihoidon hoitajat pitivät asiakkaan toiveiden kuuntelua ja huomioimista tärkeänä ja toiveita pyrittiin kunnioittamaan. Asiakkaan itsensä lisäksi omaisten osallistuminen asiakkaan hoitoon liittyvään päätöksen tekoon koettiin olevan osa asiakaslähtöistä hoitoa. Yhteistyö omaisten kanssa korostui myös Niemen (2006, 68.) tutkimuksessa.

Asiakkaan kiireetön kohtaaminen ei myöskään toteudu vastaajien mielestä läheskään aina, sillä vastaajista reilusti yli puolet oli sitä mieltä, että kiireetön kohtaaminen toteutuu silloin tällöin tai melko harvoin. On vain kuviteltavissa, miltä asiakkaasta tuntuu, jos mahdollisesti päivän ainoa ja odotettu ihmiskontakti, kotihoidon hoitaja, käy kotikäynnillä, mutta kiire heijastuu toiminnasta. Toki kiirettä ei pitäisi näyttää asiakkaille ja toivottavasti siinä onnistutaankin.

Vastuuhoitajajärjestelmän avulla päästään yksilöllisempään hoitoon ja palveluun, sillä usein vastuuhoitaja tietää asiakkaansa toiveet ja mieltymykset. Tässä tutkimuksessa vastuuhoitajan olemassa olon merkitys asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumiselle nähtiin olennaisena. Myös Niemen (2006, 62.) haastattelemat hoitajat kokivat vastuuhoitajajärjestelmän helpottavan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamista.

Tutkimukseen vastasi noin vajaa kolmannes kotihoidon hoitohenkilökunnasta, ja suppean vastausprosentin vuoksi tulokset eivät ole yleistettävissä. Mahdollisia syitä vastauskatoon ovat ehkäpä kiire työyhteisössä sekä kyselyn laajuus.

Kysymyksiä oli paljon ja webropolista selvisikin, että muutama oli jättänyt kyselyn kesken ja mahdollisesti unohtanut täyttää sen loppuun. Nopeisiin kyselyihin on helpompi vastata myös kiireisen työn lomassa. Tähän olisi auttanut ajan varaaminen työnjaosta kyselyn tekemistä varten, johon tutkimuksen tekijät olisivat voineet pyytää luvan kotihoidon johdolta. Tällöin vastaamiseen olisi varattu siihen menevä aika työpäivän aikana ja vastauksia olisi luultavasti tullut reilusti enemmän.

Alun perin työlle tavoitteeksi asetetut vertailut eri ammattiryhmien käsityksien välillä jäivät toteutumatta koska suurin osa vastaajista oli lähi-/perushoitajia ja vain muutamia kotiaavustajia/kodinhoitajia sekä muutama sairaanhoitaja. Tällöin vertailua ei ole luotettavasti mahdollista tehdä.

Kotihoidossa olennaista olisi olla aina selvillä asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta tilasta, jotta asiakaslähtöistä hoitotyötä pystyttäisiin toteuttamaan mahdollisimman hyvin ja yksilöllisesti. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että hoitajat ymmärtävät hyvin, kuinka tärkeää on selvittää asiakkaan toimintakyky kaikilta osa-alueiltaan, sekä toiveet hoitoonsa liittyen, mutta asia ei läheskään aina toteudu vastaajien mielestä. Mistä tämä johtuu? Tullaanko tässä taas kiireeseen, ei ole aikaa selvittää asioita niin hyvin kuin pitäisi. Ihminen on kokonaisuus, kaikki osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Esimerkiksi jos fyysinen tila ei ole hyvä, se vaikuttaa väistämättä psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin tilanteeseen ja päinvastoin. Asiakkaisiin tulee tutustua huolella, koko elämänkaareen, koska sieltä voi nousta asioita, jotka voivat vaikuttaa paljon myös ikääntyneen nykyiseen tilaan. Nykyinen RAI-arviointi on hyvä siinä mielessä, että kartoitusta tehdessä yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa saa paljon monipuolista ja tärkeää tietoa. Kaikki eivät pidä puhumisesta yhtä paljon kuin toiset, mutta aina pienetkin tiedonjyvät voivat olla tärkeitä onnistuneen hoitosuhteen luomiselle. Asiakkaan haastavaakin käytöstä voi ymmärtää eri tavalla, jos on selvillä asioista, jotka siihen ehkä ovat johtaneet, kuten mistä katkeruus tai tyytymättömyys on lähtöisin. Tähän liittyy myös tutkimuksessa selvinnyt asia, että suurimmalta osalta vastaajat olivat sitä mieltä, että asiakkaita kuunnellaan ja heidän kanssaan keskustellaan, mikä on perusedellytys.

Olemme myös huolissamme asiakkaiden monipuolisesta kuntoutuksesta. Kuntouttava työote on tärkeä gerontologinen lähtökohta, jota kaikilla hoitajilla pitäisi olla mahdollisuus toteuttaa. Kuntoutukseen perehtyneitä ammattilaisia

tarvittaisiin lisää turvaamaan tehokas ja yksilöllinen kotikuntoutus. Erillinen kokaikainen kuntoutustiimi olisi loistava lisä kotihoidon eri alueille, jossa työskentelisi hoitoalan monipuoliseen kuntoutukseen perehtyneitä ammattilaisia ja tiimi olisi kaikkien alueen asiakkaiden käytettävissä. Näin voitaisiin tukea kotikuntoutusta entistä tehokkaammin. Tiimillä olisi enemmän aikaa auttaa kotijumpissa ja ulkoilussa sekä olla keskusteluapuna sitä tarvitseville. Tehko-tiimi on tässä jo hyvällä alulla, mutta ajatuksenamme on, että tiimi olisi kaikkien kotihoidon asiakkaiden käytössä, ja käynti kuntoutustiimistä tehtäisiin kaikille esimerkiksi kerran vuodessa. Myös hoitajille pitää taata riittävä asiakasaika, jotta he pystyvät toteuttamaan moniammatillisesti sovittua kuntoutusta asiakkaan käyntien aikana. Myös gerontologinen koulutus hoitohenkilökunnalle olisi suuri panostus kotihoidon asiakkaiden hyvinvointiin, esimerkiksi erityisesti ikääntyneiden ravitsemukseen ja liikunnan erityistarpeisiin liittyen, mitä olisi painotettava ja mihin panostettava eniten, jotta ikääntyneen omat voimavarat pääsisivät esiin parhaalla mahdollisella tavalla.

Kehittämisehdotuksina kotihoidossa voitaisiin selvittää, mihin hoitohenkilökunta erityisesti on tyytyväisiä/tyytymättömiä, vastausten perusteella voitaisiin mahdollisesti parantaa asiakaslähtöisyyden parempaa toteutumista kotihoidossa, jos asioihin etsittäisiin ratkaisuja yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Myös asiakaslähtöisyyden toteutumisen mahdollistavat tekijät olisi hyvä huomioida jokaisessa kotihoitotiimissä vaikkapa tiimin yhteisten ”asiakaslähtöisyyslupauksen” kautta. Jokaisen asiakkaan kohdalla voitaisiin miettiä yhdessä vastuuhoitajan kanssa, mikä on juuri tälle asiakkaalle hänen tarpeitaan vastaavaa, asiakaslähtöistä hoitoa. Tärkeänä pidämme myös riittävän ajan antamista asiakkaille jotta hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus toteuttaa hoitotyötä laajasti ja kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon ikääntyneen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi ja itsemääräämisoikeus. Vanhustyössä resurssit ovat tiukoilla ja jälleen hallitus pudotti hoitajien minimisuositusta. Tämähän maalaisjärjellä ajateltuna lisää yhden hoitajan työtaakkaa entisestään, sillä itse työ määrä ei vähenny, päinvastoin. Suuret ikäluokat ikääntyvät, ja vaikka he ovatkin osaksi erittäin hyväkuntoisia, myös hoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy tulevaisuudessa. Viekö siis tehokkuus sijaa asiakaslähtöisyydeltä?

Kotihoidossa on viime vuosina menty isoja harppauksia eteenpäin, mutta vielä on kehitettävää, jotta asiakaslähtöisyys toteutuu eri osa-alueiltaan mahdollisimman hyvin.

LÄHTEET

- Ahonen, P, Lamminmäki, S, Suoheimo, M, Suokas, M & Virtanen P, 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Te- kesin katsaus 281:2011. Helsinki:Tekes.
- Ahonen, S, Backman, K, Paasivaara, L & Ronkainen, R, 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.
- Aineiston hävittäminen tai arkistointi. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 15.8.2012. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tutkimuskaytto/aineiston-havittaminen-tai-arkistointi> [viitattu 5.4.2016].
- Elonen, M. 2003: Asiakaslähtöinen hoitotyö sisätautien ja kirurgian yksiköissä. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Heinola, R. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laa- tuun. Stakes. 2007. Gummerus kirjapaino oy.
- Hirsjärvi, H, Remes, P & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.
- Hoffren, A & Piirainen, M-L. 2005. Yksilöllisyyden toteutuminen vanhusten elä- mässä palvelutalossa asukkaiden kokemana. Opinnäytetyö. Diakonia ammat- tikorkeakoulu. Helsinki.
- Hyvinvointipalvelujen yhteinen asiakaslupaus. 19.5.2016. Hyvinvointipalvelujen lautakuntien yhteinen talousarvio 2016-seminaari. Kouvola. Hyvinvointipalve- lut.
- Hyvä tieteellinen käytäntö. 2014. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saata- vissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta> [viitattu 16.8.2016]
- Hyvärinen, H. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yli- opisto .Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Saatavilla: <http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjzu5fUypDOAhULVSwKH->

[dOqB48QFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fpublicati-
ons.uef.fi%2Fpub%2Furn_nbn_fi_uef-20110374%2Furn_nbn_fi_uef-
20110374.pdf&usq=AFQjCNES0_3v88RPj83edoYuYtQGIS2TmA](https://pubs.uef.fi/pub/Furn_nbn_fi_uef-20110374/Furn_nbn_fi_uef-20110374.pdf&usq=AFQjCNES0_3v88RPj83edoYuYtQGIS2TmA) [viitattu
26.7.2016]

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.

Jutila, T. 2013. Vanhuslähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84894/gradu06963.pdf?sequence=1> [Viitattu 18.3.2016]

Jyväskylän yliopisto. 2015. Tilastollisesti kuvaava analyysi. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/tilastollisesti-kuvaava-analyysi> [viitattu 4.4.2016]

Kotihoito. Kouvolan kaupunki. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveyspalvelut/ikaantyyvalle/kotihoito.html> [viitattu 23.5.2016]

Kouvolan ASKEL-projekti sai Tekesin rahoituksen. 26.1.2015 Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/uutiset/2015/01/kouvolanaskel-projektisaiteke-sinrahoituksen.html> [viitattu 29.6.2016]

Laine, H. 2003. Asiakaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Turku: Turun yliopisto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.9.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 1. Viro: Jaabes OU, Voru.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima oy.

Niemelä, M, Suua, P & Väisänen, L. 2009. Sanat työssä, vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Niemi, A. 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Pro-gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –talouden laitos.

Nummenmaa L, Holopainen, M & Pulkkinen, P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. Helsinki: Sanoma pro.

Peiponen, A, Vaarama, M & Voutilainen, P. Asiakslähtöisyys, 2002. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Toim. Finne-Soveri, H.

Perehdyttämisosas. Kouvolan kotihoidon perehdyttämisosas. 10.3.2016.

Heikkilä, A, Kallio, S, Köninki, T & Mynttinen, R-L. Kouvolan kaupungin julkaisu.

Rautava-Nurmi H, Westergård A, Henttonen T, Ojala, M & Vuorinen, S. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 2015. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sorsa, M. 2002. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lainsäädäntö. Saatavissa: <http://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto> [viitattu 12.11.2015].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Yliopistopaino.

Tutkimusluvut. 2016. Kouvolan kaupunki. Päivitetty 18.5.2016. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveystaloudetutkimusluvut.html> [viitattu 2.6.2016].

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta. 2001. Terveystalouden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Saatavilla: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveystalouden+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>. [viitattu 20.9.2016]

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Voutilainen, P, Vaarama, M, Backman, K, Paasivaara, L, Eloniemi-Sulkava, U & Finne-Soveri, H. (toim.). 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. **Saarijärvi**: STAKES.

Vuokko, P. Avaimena asiakaslähtöisyys. 1997. Helsinki: Oy Edita Ab.

Vuorinen, V. & Mattila, J. 2015. Asiakaslähtöisyys – olennainen tekijä sosiaali- huollossa. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Saatavissa:

<http://tesso.fi/artikkeli/asiakaslaittoisyys-olennainen-tekija-sosiaali- huollossa>

Julkaistu 20.4.2015. [viitattu 4.3.2016]

Yksityisyys-Tutkimus. 2013. Saatavissa: <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/yksit.html> [viitattu 5.4.2016]

Ylönen, M. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö hoivasairaanhoidossa. Pro gradu - tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Turku: Turun yliopisto.

ASIAKASLÄHTÖISYYS KOUVOLAN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA HOITAJIEN KOKEMANA

KYSELY HUHTIKUU 2016

Hei!

Olemme kaksi Geronomi opiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja tutkimme opinnäytetyönämme asiakaslähtöisyyden käsitystä ja toteutumista käytännön kotihoitotyössä. Opinnäytetyömme nimenä on ”Asiakaslähtöisyys Kouvolan Kaupungin kotihoidossa hoitajien kokemana”. Toivomme, että jaksaisitte kiireisen työpäivän keskellä miettiä hetken omaa käsitystänne asiakaslähtöisyydestä ja vastaisitte kyselyymme, sillä vastauksenne ovat ensiarvoisen tärkeitä mahdollisten kehittämistarpeiden selvittämiseksi. Kyselytutkimukseen osallistuminen tapahtuu anonymisti. Kysymyksiin ei ole oikeita tai väärä vastauksia, mutta mielipiteesi on meille tärkeä. Kiitos osallistumisesta!

1. Mikä on nykyinen ammattinimikkeesi?

Sairaanhoitaja

Lähihoitaja/perushoitaja

Kotiaavustaja/Kodinhoitaja

3. Työkokemuksesi kotihoidossa?

0-5 vuotta

5-10 vuotta

10-20 vuotta

20-30 vuotta

yli 30 vuotta

2. Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen työhösi?

Erittäin tyytymätön

Melko tyytymätön

Ei tyytyväinen/Ei tyytymätön

Melko tyytyväinen

Erittäin tyytyväinen

3. Oletko ollut mukana hoidon laadun kehittämiseen liittyvässä toiminnassa?

Kyllä

En

4. Oletko osallistunut asiakaslähtöistä toimintaa tukevaan lisäkoulutukseen?

Kyllä

En

5. Kuinka tärkeänä pidät asiakaslähtöisyyttä hoitotyössä?

Ei lainkaan tärkeä

Vain vähän tärkeä

Melko tärkeä

Erittäin tärkeä

Mikä on käsityksesi asiakaslähtöisyydestä
hoitotyössä?

Toteutuuko kysytty asia
oman yksikkösi toiminnassa?

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei koskaan	Melko harvoin	Silloin tällöin	Melko usein	Aina
Asiakaslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu:										
1. Asiakkaan fyysisen tilan selvitys	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Asiakkaan psyykkisen tilan selvitys	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvitys	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Asiakkaan hoitoon liittyvien toiveiden selvittäminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Asiakkaan voimavarojen selvittäminen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Asiakkaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Asiakkaan osallistuminen hoitonsa toteutukseen	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Asiakkaan osallistuminen hoitonsa arviointiin	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Asiakkaan osallistuminen hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Omaisten/läheisten osallistuminen asiakkaan hoitoon liittyvään päätök- sentekoon asiakkaan suostumuksella	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Asiakaslähtöisessä hoitotyössä:										
11. Asiakas kohdataan kiireettömästi	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Asiakasta kuunnellaan	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Asiakkaan kanssa keskustellaan	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

14. Asiakkaan tyytyväisyydestä hoitoonsa ollaan kiinnostuneita	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Asiakas saa tietoa sairaudestaan/terveysongelmastaan	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Asiakas saa tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Asiakas saa tietoa eri tukipalveluista	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Asiakkaan omaiset/läheiset saavat tietoa asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista asiakkaan suostumuksella	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu, jos:										
19. Hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavat yksikön yhteiset periaatteet	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot ovat ajan tasalla	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Hoitohenkilökunnan toiminta on joustavaa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Hoitohenkilökunta toimii yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Hoitohenkilökuntaa on riittävästi suhteessa asiakasmäärään	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Asiakkaalle on nimetty vastuuhoitaja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Organisaation johto motivoi hoitohenkilökuntaa asiakaslähtöiseen toimintaan	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Kiitos ajastasi!

Hei!

25.4.2016

Olemme kaksi geronomi-opiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyönämme tutkimusta aiheesta ”Asiakaslähtöisyys Kouvolan kaupungin kotihoidossa hoitajien kokemana”. Aihe on hyvin ajankohtainen, sillä ikääntyneitä hoidetaan koko ajan enemmän kotona ja laitoshoidon puretaan. Samaan aikaan mm. media sekä kotihoidon työntekijät viestittävät kotihoidon olevan kriisissä, resurssit eivät riitä laadukkaaseen hoitoon ikääntyneille. Toteutuuko asiakaslähtöisyys kiireen keskellä?

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten asiakaslähtöisyyden käsite ymmärretään ja mitä asiakaslähtöisyydestä ja sen toteutumisesta ajatellaan. Tällä työllä haluamme osaltamme edesauttaa kotihoitoa kehittämään parempaan suuntaan.

Toivomme, että jaksat kiireisen työpäivän keskellä keskittyä hetkeksi tähän kyselyyn. Juuri sinun vastauksesi on meille erittäin tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Kyselyssä ei ole oikeita eikä vääriä vastauksia, vaan vastaat oman kokemuksesi mukaan. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 15 minuuttia.

Tutkimuksen aineistoa käsittelee ainoastaan tutkimuksen tekijät, eli me opiskelijat ja siihen vastataan nimettömästi. Aineiston käsittely ja tutkimuksen tuloksien esittäminen tapahtuu siten, ettei yksittäistä vastaajaa ole mahdollista tunnistaa missään vaiheessa.

Kysely on auki ajalla 25.4-9.5.2016.

Kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin,

Mervi Hyvärinen & Nita Räikkönen



Kouvolan kaupunki
Hyvinvointipalvelut

TUTKIMUSLUPA
Hakemus ja päätös

Saap. päivä 11.4.2016

Saapumispäivä 13.4.2016	Diainumero 11981/05.17.00/2016
----------------------------	-----------------------------------

HAKEMUS

1 Tutkimusluvan hakijan/ hakijoiden tiedot	Sukunimi ja etunimi (yhteyshenkilö) Hyvärinen Mervi	
	Lähiosoite Väräläntie 248	
	Postinumero 45610	Postitoimipaikka Koria
	Puhelinnumero 0407239388	Sähköpostiosoite mervi.hyvarinen@student.kyamk.fi
	Sukunimi ja etunimi Raikkonen Nita	
	Lähiosoite Koivistontie 358	
	Postinumero 07830	Postitoimipaikka Pukaro
	Puhelinnumero 0408379896	Sähköpostiosoite nita.raikkonen@student.kyamk.fi
	Tutkimus-/oppilaitos, johon tutkimus tehdään Kymenlaakson ammattikorkeakoulu	
	Koulutusohjelma Vanhustyön koulutusohjelma	
2 Tutkimuksen ohjaaja(t)	Sukunimi ja etunimi Laittoniemi Merja	
	Oppiarvo/ammatti Lehtori	
	Toimipaikka Kymenlaakson ammattikorkeakoulu	
	Toimipaikan osoite Paraatikenttä 7	
	Puhelinnumero työhön 0447028400	Sähköpostiosoite merja.laittoniemi@kyamk.fi
	Sitoudun ohjaamaan tutkimusta Päiväys 8.4.2016	
Allekirjoitus Merja Laittoniemi		
3 Tutkimuksen kuvaus	<p>Lyhyt kuvaus tutkimuksen sisällöstä ja menetelmästä (nimi, keskeiset tavoitteet, tutkimusmenetelmät, kohderyhmä) Opinnäytetyömme nimi on "Asiakaslähtöisyys Kouvolan kaupungin kotihoitossa hoitajien kokemana". Opiskelemme Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa, joten tutkimus on ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kaikki Kouvolan kaupungin kotihoitajan hoitajat, N=340. Aineistossa ei kerätä henkilötietoja tai muita tietoja, joista yksittäisen vastaajan voisi tunnistaa. Tutkimuksen pääongelmana on selvittää kuinka Kouvolan kotihoitossa työskentelevät hoitajat kokevat/ymmärtävät asiakaslähtöisyyden. Alaongelmina selvitetään mistä asiakaslähtöisyys koostuu kyselyyn vastaajien mielestä, sekä toteutuuko asiakaslähtöisyys vastaajien työyksikössä. Tutkimuksessa selvitetään myös onko hoitajilla samanlaisia ajatuksia asiakaslähtöisyydestä, sekä vaikuttaako tähän hoitajan koulutus tai työkokemus hoitoalalla. Tutkimuksemme on kvantitatiivinen tutkimus ja analysoidaan tilastollisesti kuvaavalla analyysillä. Tutkimuksen tulokset esitetään sanallisesti sekä graafisesti. Aineiston keruu menetelmämme on kysely, jonka perusjoukko täyttää webropol-ympäristössä. Kyselyssä käytetään pääosin Likert-asteikkoa. Kyselystä tiedotetaan kotihoitajan esimiehiä, jotka puolestaan tiedottavat ja lähettävät kyselyn sähköpostitse kaikille kotihoitajan hoitajille ammatinimikkeestä riippumatta. Aineiston suunniteltu keruu-aika on 25.4.-9.5.2016. Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika on 30.10.2016.</p>	

Liitteenä tutkimussuunnitelma

3 Tutkimuksen kuvaus (jatkuu edelliseltä sivulta)	Tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> AMK-opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Tutkimuksen kohdeyksikkö hyvinvointipalveluissa Kaikki Kouvolan kaupungin kotihoidon hoitajat	
	Pääasiallinen tutkimustapa/-menetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelut <input type="checkbox"/> Asiakirja-/tilastoanalyysi <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
Aineiston suunniteltu keruu-aika Alkaa 25.4.2016 Päätyy 9.5.2016		Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika 30.10.2016
4 Tutkimuksen toteutus	Onko tutkimuksen kohteena henkilö/henkilöitä, jonka/joiden osallistumisesta päättää huoltaja tai edunvalvoja? <input type="checkbox"/> Kyllä (selvitä Lisätietoja-kohtaan, miten huoltajan suostumus hankitaan) <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Käsitelläänkö tutkimuksessa henkilötietoja? <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Muodostuuko tutkimusta tehtäessä henkilöietopohjainen tutkimusrekisteri? <input type="checkbox"/> Kyllä (täytä myös Tutkimusrekisteritiedot-lomake) <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Käytetäänkö tutkimuksessa jo olemassa olevien rekistereiden tietoja? <input type="checkbox"/> Kyllä (selvitä Lisätietoja-kohtaan) <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Lisätietoja (esim. viittaukset tutkimussuunnitelman eri kohtiin)	
	Arvio osallistuvan henkilökunnan työtajan käytöstä Kyselyyn vastaamiseen menee arviolta noin 10-15 min/työntekijä	
Arvio, miten tutkimus hyödyntää kaupungin palvelujen kehittämistä Tutkimustulosten perusteella voidaan mahdollisesti parantaa Kouvolan kaupungin kotihoidon asiakaslähtöistä työtä.		
5 Yhteys-henkilö(t)	Tutkimusluvan myöntämisen edellytyksenä on, että hakija on ollut yhteydessä siihen hyvinvointipalvelujen yksikköön, johon tutkimus kohdistuu. Asianomaisen yksikön yhteyshenkilö(t) nimetään alla oleviin kohtiin	
	Nimi Kallio Sirkku	Puhelinnumero 0206156716
	Yksikkö Kouvolan kaupungin kotihoito	Sähköposti sirkku.kallio@kouvola.fi
	Nimi	Puhelinnumero
	Yksikkö	Sähköposti

6 Tutkimuksen tekijän/tekijöiden sitoumus ja allekirjoitukset	Sitoudun siihen, että en käytä saamiini tietoja asiakkaan, hänen läheistensä tai Kouvolan kaupungin vahingoksi eikä luovuta saamiini henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pidän ne salassa. Tutkimustulokset esitän niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Noudatan henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä mainittuja sääntöjä henkilötietojen käsittelystä ja salassapidosta.	
	Päiväys 8.4.2016	Allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Mervi Hyvärinen</i> MERVI HYVÄRINEN
	Päiväys 8.4.2016	Allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Nita Räikkönen</i> NITA RÄIKKÖNEN
7 Hakemuksen liitteet	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> Kysely-/haastattelu- yms. lomake <input type="checkbox"/> Aineistonkeruulomake <input type="checkbox"/> Muu aineiston keruuseen liittyvä materiaali (esim. yhteydenottokirje) <input type="checkbox"/> Huoltajan suostumus <input type="checkbox"/> Tutkimusrekisteritiedot	
8 Hakemuksen palautus	Täytetty ja allekirjoitettu tutkimuslupahakemus liitteineen toimitetaan sekä postitse että sähköpostitse Kouvolan hyvinvointipalvelujen kirjaamoon. Osoite: Kouvolan kaupunki Hyvinvointipalvelut/kirjaamo PL 85, Torikatu 10 (4. krs) 45101 Kouvola	Sähköposti: sivistyspalvelut(at)kouvola.fi tai sosiaalipalvelut(at)kouvola.fi tai terveyspalvelut(at)kouvola.fi

PÄÄTÖS

Tutkimuslupa-päätös	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin: 1. Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä noudattamaan henkilötietolain määräyksiä. 2. Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävietään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla. 3. Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä so. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan. 4. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan asianomaiselle yhteyshenkilölle ja hyvinvointipalvelujen kirjaamoon. 5. Jos tutkimus keskeytyy, siitä ilmoitetaan yhteyshenkilölle ja tutkimusluvan myöntäjälle. 6. Alaikäisten lasten haastatteluun pyydetään aina huoltajien kirjallinen lupa. 7. Lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan, jolloin luvansaajan on palautettava tutkimusta varten saamansa tiedot. 8. Lupa on voimassa hakemuksessa määritellyn ajan. Muu, mikä: <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä seuraavin perusteluin:	
Allekirjoitus	Päiväys 20.4.2016	Päätöksentekijän allekirjoitus, nimenselvennys ja virka-asema <i>Riitta-Liisa Miettinen</i> RIITTA LIISA MIETTINEN, Kehityksen palvelu - johtaja
Päätöksen jakelu	1. Hakija, lähetetty (pvm.) 2. Yhteyshenkilö 3. Tutkimusluparekisterin pitäjä	
Huomioitavaa	- Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. - Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta ja kohteen nimen mainitsemisesta tutkimusraportissa. - Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.	

9.6.2014