

Roosa Kivelä

**KOTIHOIDON TOIMINNANOHJAUS –  
MUUTOSPROSESSIN VAIKUTUS  
ASIAKKAIDEN ARVIOIMANA**

Opinnäytetyö

Terveyden edistämisen ylempi AMK

2017



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijä</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Roosa Kivelä	Terveystiedon edistämisen ylempi AMK	Huhtikuu 2017
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Kotihoidon toiminnanohjaus - muutosprosessin vaikutus asiakkaiden arvioimana		81 sivua 11 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kotkan kaupunki		
<b>Ohjaaja</b>		
Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Kotkan kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotihoidossa keväällä 2015 toteutettuun toiminnanmuutokseen. Tutkimuksella selvitettiin, miten toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton aikaansaamat prosessit vaikuttivat hoidon laatuun asiakkaiden arvioimana. Kokemuksia selvitettiin liittyen kotihoidon hoitohenkilökunnan pysyvyyteen, palvelujen saatavuuteen ja tarveperustaiseen kohdentamiseen, yksilöllisyyteen ja asiakaslähtöisyyteen sekä osallisuuteen.</p> <p>Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna. Aineisto koostui 12 Kotkan kotihoidon asiakkaan haastatteluista. Tutkittavat olivat iältään 73–99-vuotiaita ja olleet kotihoidon säännöllisen palvelun piirissä 3–20 vuotta. Haastattelut toteutettiin tammikuun 2017 aikana. Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan on toiminnanmuutoksen prosessien vaikutuksilla saatu aikaan positiivisia elementtejä. Henkilöstön vaihtuvuus oli lisääntynyt jonkin verran, mutta vaihtuvuudella ei ollut negatiivista vaikutusta hoidon laatuun. Vastuuhoitajan rooli koettiin merkitykselliseksi. Kokonaiskuvan koordinoimista huolehtiminen koettiin vastuuhoidon tärkeimmäksi osa-alueeksi. Kotihoidon tuottamat palvelut olivat tarve- ja asiakaslähtöisiä toteutettuja ja tasaisesti saatavissa. Asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet sekä osallistumismahdollisuudet omaan hoitoon liittyen olivat parantuneet, mutta osallisuus ei näyttäytynyt asiakkaille konkreettisenä. Asiakkaan kuulluksi tulemisen tuntemisessa oli tapahtunut positiivinen muutos.</p> <p>Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä Kotkan kotihoidon toimintamalleja. Jatkossa erityisesti osallisuuden eri muotojen näkyväksi tekeminen asiakkaille voisi entisestään parantaa koettua hoidon laatua asiakkaiden näkökulmasta.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
kotihoidon laatu, asiakaslähtöisyys, toiminnanmuutos, toiminnanohjaus		

Author	Degree	Time
Roosa Kivelä	Master's Degree in Health Promotion	April 2017
<b>Thesis Title</b>		
Home Care Agency's Resource Planning – Affected Changes in Processes Evaluated by Clients		81 pages 11 pages of appendices
<b>Commissioned by</b>		
City of Kotka		
<b>Supervisor</b>		
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer		
<b>Abstract</b>		
<p>The aim of this the study was to survey how Kotka Home Care Agency's clients experienced the change that was put in practice during the spring of 2015. The purpose of the study was to resolve how the company's guided practices of new enterprise resource planning system (ERP) affected the quality of services rated by their clients. Experiences were gathered from personnel changes, availability and targetability services, individuality, customer-orientation and involvement.</p> <p>Material was gathered from twelve separately executed theme interviews from Kotka Home Care agency's clients. Participants were between 73-99 of age that have been using this service from 3 to 20 years. Interviews were made during January 2017. The gathered qualitative data was analyzed by using content analysis.</p> <p>The results indicated that changes caused by new processes from ERP were positive. Turnover in staff was increased slightly but did not affect the quality of services. The service role of a dedicated nurse for individual clients felt more important than before, especially during the coordination of the provided care. Home services were provided where needed the most and made available evenly for all clients. The new form of service made clients' participation easier than before but the clients did not see it that way. However, clients felt that they were listened to better than before.</p> <p>It is possible to use the results of this study during further development of Kotka's home care services. Making the services more visible for the clients could result in more positive outcome as to clients feel about the services in general.</p>		
<b>Keywords</b>		
quality of home care, customer-orientation, change in agency, resource planning		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖN KANSALLISET LÄHTÖKOHDAT.....	9
2.1	Ikääntyvä väestö.....	10
2.2	Ikääntyneiden kotihoidon hoitotyön muutoksen kansalliset lähtökohdat.....	11
2.3	Ikääntyneiden hoitotyön kansallisten lähtökohtien yhteenveto.....	12
3	TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKÖKULMA.....	13
4	PERUSTELUT IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOIDON HOITOTYÖN TOIMINNANMUUTOKSELLE.....	15
4.1	Kotihoidon käsite.....	17
4.2	Kotihoidon palvelun laatu.....	18
4.3	Kotihoidon hoitotyön asiakaslähtöisyys.....	20
4.4	Kotihoidon hoitotyön toiminnanmuutoksen yhteenveto.....	23
5	KOTKAN KOTIHOITO JA ORGANISAATORAKENNE.....	24
6	TOIMINNANMUUTOKSET KOTKAN IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOIDOSSA.....	26
6.1	Toteutettu kotihoidon toiminnanmuutos Kotkan kotihoidossa.....	26
6.2	Käyttöön otettu kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä ja sen aikaansaamat prosessit.....	28
6.3	Yhteenveto Kotkan kotihoidon toiminnanmuutoksesta.....	32
7	YHTEENVETO TEOREETTISEKSI VIITEKEHYKSEKSI.....	33
8	TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	34
9	TEEMAHAASTATELUN TOTEUTUS.....	35
9.1	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	35
9.2	Haastatteluteemojen muodostuminen.....	36
9.3	Tutkittavien valinta.....	37
9.4	Luotettavuuden varmistaminen.....	40
9.5	Aineiston keruu.....	42
9.6	Teemahaastattelujen aikainen havainnointi.....	43
9.7	Aineiston sisällönanalyysi.....	44
9.8	Tulosten raportointi.....	49

10	TUTKIMUSTULOKSET TUTKIMUSONGELMITTAIN .....	50
10.1	Kotihoidon hoitohenkilökunnan pysyvyys .....	50
10.2	Palvelujen saatavuus ja tarveperustainen kohdentaminen .....	53
10.3	Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys .....	55
10.4	Osallisuus omaan hoitoon .....	57
10.5	Teemahaastattelujen aikaisen havainnoinnin tulokset.....	59
10.6	Yhteenveto tutkimustuloksista .....	60
11	POHDINTA .....	62
11.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	62
11.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	65
11.3	Tutkimuksen eettisyys .....	69
12	KEHITTÄMISEHDOTUKSET KOTKAN KOTIHOIDON ORGANISAATIOILLE .....	71
	LÄHTEET.....	75

## LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun keskusteluteemat

Liite 2. Tutkimuslupa

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Tietosuojaseloste

Liite 5. Taustatekijälomake

Liite 6. Malli aineiston pelkistämisestä ja teemoittain järjestämisestä

Liite 7. Aikaisempien tutkimusten taulukko

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut terveystoimintalinjaukset, joissa linjataan myös ikääntyneitä koskevista suosituksista. Linjauksissa korostetaan itsenäisen elämän, osallisuuden ja toimintakyvyn merkitystä ikääntyneen omassa asuinympäristössä. Linjauksissa kehoitetaan myös teknologian hyödyntämistä ikääntyneiden palvelujen järjestämisessä. Yleisesti linjausten perustana pidetään sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjelmaa palvelujen uudistamisessa. (STM 2011, 12, 17.)

Väestön ikääntyminen on haaste tulevaisuudessa. Yli 65-vuotiaita arvioidaan olevan 22,6 % koko väestöstä vuoteen 2020 mennessä ja ennusteen pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta. Kuntaliiton mukaan ikääntyneiden osuuden kasvu tulee ottaa huomioon kuntien tekemissä valinnoissa. Ikääntyneiden osuus väestöstä on erilainen eripuolilla Suomea. (Kuntaliitto 2016, 2; Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2015.) Kotkassa 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on ollut viime vuosina jatkuvasti koko maan keskiarvoa suurempi; vuonna 2014 osuus oli 4 % suurempi maan keskiarvoon verraten (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2015).

Vanhuspalvelulaissa säädetään monipuolisesti ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisesta. Laissa ohjataan, että yhä useamman ikääntyneen toimintakykyä tukevat palvelut tulee järjestää ikääntyneen omassa kodissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, 14. §). Jatkossa tässä tekstissä käytetään kyseiseen lakiin viitattaessa yleistynyttä nimitystä *vanhuspalvelulaki*.

Vanhuspalvelulain toimeenpanon jälkeen, vuonna 2013, on kuntien velvollisuudeksi asetettu ikääntyneen väestön hyvinvoinnin edistäminen ja tukeminen. Lain tarkoituksena on myös iäkkäille suunnattujen palvelujen laadun parantaminen, joka sisältää iäkkään yksilöllisten tarpeiden huomioinnin ja mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa omiin terveysvalintoihinsa. (Vanhuspalvelulaki 1. §.) Kailionkin (2014, 64) tutkimuksen mukaan ikääntyneen osallistuminen omaan hoitoonsa liittyviin päätöksiin vaikuttaa hoidon laatuun.

Ikääntyneiden osuuden kasvaessa, myös yhä useampi ikääntynyt tulee asumaan omassa kodissaan entistä pidempään. Tutkimuksen mukaan ikäänty-

neet haluavat, että oma koti pysyy ensisijaisena asuinpaikkana. Omassa kodissa halutaan asua mahdollisimman pitkään. (Valta 2008, 78.) Tämä aiheuttaa paineita kotihoidon palvelujen kehittämiseksi tulevana vuosina. Palvelujen ohella myös kotona asumiseen liittyviä tukikeinoja tulee kehittää. Terveyspoliittisten linjausten mukaan kotona asumisen laadusta etenkin iäkkäillä, tulee huolehtia myös esteettömyys ja palvelujen saatavuus huomioiden. (STM 2011, 15; STM 2013a, 13.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman, Kaste-suunnitelman, yksi osaohjelma käsittelee myös pelkästään ikääntyneiden palvelurakenteiden ja palveluiden uudistusta. Lisäksi suunnitelman tavoitteina on terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä palvelujen ja rakenteiden asiakaslähtöisyys. (STM 2012b, 8.) Kuntaliiton mukaan palvelujärjestelmä tulee kehittää vastaamaan kuntalaisten tarpeita, eli enenevässä määrin siis ikääntyneiden tarpeita (Kuntaliitto 2016, 17).

Toiminnanohjausjärjestelmä on useissa kunnissa otettu käyttöön ikääntyneiden palvelujen kehittämisen vuoksi. Toiminnanohjausjärjestelmän myötä, voidaan muun muassa ikääntyneen ääntä omaan hoitoon liittyen saada paremmin kuuluviin. Asiakaslähtöisyyden näkökulma vahvistuu, kun asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen mahdollistuu uuden teknologian myötä. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa omaan palveluunsa. Hyvärinen mukaan asiakkaan vaikuttamismahdollisuudet eivät ole aina täysin selvät, vaan siihen voi liittyä problematiikkaa. (Hyvärinen 2011, 66.) Myös geriatrisen osaston vanhuksien vaikuttamismahdollisuuksia tutkittaessa todettiin, ettei vaikuttamismahdollisuuksia juurikaan ollut (Tuominen 2006, 84). Palveluita kehitettäessä tulee asiakaslähtöisyys ottaa huomioon, jotta vaikuttamismahdollisuudet omaan hoitoonsa olisivat selkeämmät.

Kotkan kotihoidossa käytössä olevaan toiminnanohjausjärjestelmään liittyen, on henkilöstöllä käytössä erityinen mobiilisovellus. Mobiilisovelluksen avulla on asiakkaan mahdollista osallistua esimerkiksi omaa hoitoonsa konkreettisesti, toteuttamalla kirjaamiseen yhteistyössä kotihoidon henkilöstön kanssa. Omien valintojen tekeminen on myös Nykäsen (2007, 107) mukaan kotona asuville ikääntyneille merkityksellistä.

Myös yksilöllisyyden ja oikea-aikaisuuden tarjoaminen mahdollistuu paremmin, toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoon liittyvien prosessien kehittämisen myötä. Esimerkiksi Kotkan kotihoidon henkilöstön joustavamman liikkuvuuden avulla koko kunnan alueella voidaan tarjota kaikille ikääntyneille kuntalaisille yhtäläiset palvelut (Kotkan kaupunki). Vanhuspalvelulainkin mukaan palveluiden on oltava kaikkien saatavissa tasavertaisesti asuinpaikasta huolimatta (Vanhuspalvelulaki 7. §). Suomen terveystieteiden linjaustenkin mukaan oikein kohdennetut palvelut ovat tärkeässä asemassa ikääntyneiden palveluja kehitettäessä. Lisäksi palveluiden tulee olla yhdenvertaisia sekä asiakaskeskeisesti järjestettyjä ensisijaisesti ikääntyneen omassa kodissaan. (STM 2011, 10, 12.)

Ikääntyneiden hoidon kehittämisestä ja palvelujen tuottamisesta on julkaistu myös laatusuositus. Suosituksen mukaan asiakkaan tulee saada olla osallinen palvelun toteutuksessa. Tämän vuoksi hoito- ja palvelusuunnitelman säännöllinen arviointi onkin tärkeää. (STM 2013a, 30.) Hoito- ja palvelusuunnitelmaa arvioidaan kotihoidossa säännöllisesti. Lain mukaan palvelujen laatua tulee arvioida säännöllisesti ja kerätä arvioinnin tueksi tietoa muun muassa palvelun käyttäjiltä, eli tässä tutkimuksen säännöllisen kotihoidon asiakkailta. (Vanhuspalvelulaki 6. –7. §.)

Tutkimuksella selvitetään, miten Kotkan kotihoidon säännöllisen palvelun piirissä olevat asiakkaat arvioivat kotihoidon toiminnanohjauksen muutosprosessin vaikutuksia. Asiakaslähtöisyys on ensisijaisen tärkeää ikääntyneiden palveluja kehitettäessä, minkä vuoksi myös asiakkaiden näkökulmaa tulee kartoittaa. Tämän vuoksi on tutkimus suunnattu asiakkaiden arviointien kartoittamiseen. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Kotkan kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotihoidossa toteutetusta toiminnanmuutoksesta ja sen aikaansaamista muutoksista. Tutkimuksella selvitetään, millaisia muutoksia palveluissa on asiakkaiden mukaan tapahtunut, sekä miten muutokset ovat vaikuttaneet palveluiden laatuun. Tutkimuksessa käytetyt keskeiset käsitteet, kuten toiminnanmuutos, toiminnanohjaus, kotihoidon laatu ja asiakaslähtöisyys avataan tekstin edetessä tarkemmin.



## 2 IKÄÄNTYNEIDEN HOITOTYÖN KANSALLISET LÄHTÖKOHDAT

Suomen väestöstä, ikääntyneiden osuuden tiedetään tulevaisuudessa kasvavan. Vuonna 2014 65 vuotta täyttäneitä oli koko väestöstä 19,9 %, ja vuonna 2016, 65 vuotta täyttäneitä on jo joka neljäs. Yli 65-vuotiaita arvioidaan olevan 26 % koko väestöstä vuoteen 2030 mennessä ja ennusteen pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2015; Tilastokeskus 2007.) Ikääntyneiden kasvun lisäksi kyseessä on luonnollisesti työikäisten määrän niukkuus ikääntyneisiin verraten (Rintala 2005, 399).

On kuitenkin tiedossa, että ikääntyneiden toimintakyvyssä on tapahtunut parannusta viime vuosikymmeninä; näin toteavat Helldán ja Helakorpi laajassa eläkeikäisiä koskevassa raportissaan. Ikääntyneiden osuuden yhä kasvaessa toimintakykyyn tulee kuitenkin kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska toimintakyky laskee aina välttämättömästi ikääntymisen seurauksena. (Helldán & Helakorpi 2014, 19–20.) Tämän vuoksi ikääntyneisiin ja uusiin tulevaisuuden ratkaisuihin tulee entistä enemmän kiinnittää huomiota palveluja suunniteltaessa. Suomalaisessa vanhuuspoliittisessa keskustelussa on ollut pinnalla terveyspalvelujen kysyntä suhteessa työikäiseen työvoiman määrään. Vaadetta tehostamiselle ja väestönennusteeseen sopeutumiselle on olemassa. (Rintala 2005, 396.)

Kuntien tuleekin vanhuspalvelulain mukaan kehittää ikääntyneille suunniteltuja palveluja. Kuntien tulee tarjota laadukkaat ja yhdenvertaiset palvelut kaikille ikääntyneille asuinpaikasta riippumatta. Lisäksi hoidossa on huomioitava pysyvyys sekä toteutetun hoidon merkityksellisyys. Palveluiden järjestäminen tulee olla myös asiakaslähtöistä ja vastata ikääntyneiden yksilöllisiin tarpeisiin. (Vanhuspalvelulaki 7. §, 14. §.)

Myös laajan terveys- ja hyvinvointitutkimuksen myötä todetaan, että palvelujärjestelmä tulee muotoilla palvelemaan niitä eniten tarvitsevia (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskenniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen 2014). Ikääntyneiden osuuden kasvaessa ikääntyneiden palveluihin panostaminen on tärkeää. Ikääntyneiden osuuden kasvaessa entistä enemmän tulee palveluja kehittää ikääntyneiden tarpeita vastaaviksi ja etenkin kotiin tuotaviksi. Nykäsen (2007, 110) tutkimuksen mukaan, tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä yli kolmasosa halusi asua omassa kodissaan

myös silloin kun ulkopuolisen avun vastaanottaminen olisi välttämätöntä asu-  
misen turvaamiseksi.

## 2.1 Ikääntyvä väestö

Ikääntyneiden osuuden väestöstä tiedetään tulevaisuudessa kasvavan. Ikään-  
tyneiden osuudesta puhuttaessa on syytä selvittää ikääntyneen käsite. Ikään-  
tyneistä puhuttaessa ei kuitenkaan täysin yksiselitteistä ikärajaa käsitteelle ole  
määritetty. Vanhuspalvelulaissa ikääntyneen käsitettä määritellään seuraavan-  
laisesti: iäkäs on henkilö, jonka toimintakyky on heikentynyt korkeaan ikään  
liittyvien sairauksien tai vammojen vuoksi tai toimintakyvyn heikkenemiseen  
liittyvä ikään liittyvää rappeutumista. Ikääntyneestä väestöstä puhutaan myös,  
kun väestö on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. (Vanhuspalvelulaki 3. §.) Kan-  
saneläkelain (11.5.2007/568, 10. §) mukaan vanhuuseläkkeeseen on yleisim-  
min oikeutettu 65 vuoden iässä.

Maailman terveysjärjestö WHO:nkaan mukaan kuitenkin selkeää ikärajaa  
ikäntyneelle väestölle ei voida määrittää. 60–70 vuoden ikä tulee kuitenkin  
esille usein, kun puhutaan ikääntyneiden käsitteen määrittelystä. Etenkin mai-  
den väliset erot tulisi huomioida ikääntyneen käsitettä määriteltäessä, jotta  
ikäntyneisiin liittyvät eroavaisuudet olisivat vertailtavissa. Ikääntymiseen liit-  
tyy kuitenkin tiettyä toimintakyvyn laskua sekä biologisia muutoksia. (WHO  
2015, 25.)

Ikääntyneiden toimintakyvyssä on tapahtunut positiivisia muutoksia ja nykyisin  
puhutaankin paljon kolmannesta sekä jopa neljännestä iästä. Eläketurvakes-  
kuksen raportin mukaan, eri-ikäisillä ikääntyneillä on merkittäviä eroavaisuuksia,  
kun tarkastellaan ikääntyneiden toimintakykyä ja ajankäyttöä (Helldán &  
Helakorpi 2014, 19; Ylikännö 2008, 91). Tämän vuoksi yhdestä ikääntyneiden  
joukosta onkin ongelmallista puhua.

Myös Jolangin (2009, 88) tutkimuksen mukaan ikääntyneen käsitteestä puhut-  
taessa tasapainoilevat ikääntyneet usein toisista riippuvuuden sekä itsenäi-  
syyden ja omien valintojen välillä. Ikääntyneen käsitteeseen liittyy usein oletta-  
mus tietyn kohtalonomaisen toimintakyvyn omaksumisesta, mutta toisaalta  
ikäntyneet itse ajattelevat, että ikääntyneen rooliin on mahdollista vaikuttaa

omilla valinnoillaan. Jyrkämä (2008, 201) myös pohtii hyvän ikääntymisen tunnusmerkkejä, muun muassa toimijuuden ja aktiivisen vanhenemisen näkökulmasta. Nykyisin ikääntyneen käsitteeseen ei enää automaattisesti liity heikentynyt toimintakyky ja irtaantuminen yhteiskunnasta.

Ikääntyneiden toimintakyvyssä on myös tapahtunut yhteiskunnassamme muutoksia. Nykyisin ikääntymisestä puhuttaessa puhutaan usein myös hyvästä vanhenemisestä. Jyrkämän (2008, 201) mukaan tärkeää on se, miten ikääntyvät ihmiset yleisesti nähdään yhteiskunnassa. Yksilön ikääntymiseen liittyvät nimittäin paljon myös ympäristö ja ympäröivät ihmiset (Jyrkämä 2008, 191). Ikääntyneiden palveluja kehitettäessä on syytä huomioida hyvä vanheneminen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät.

Monia vuosia sitten on ikääntyneiden väestöryhmään suhtauduttu eri tavoin. Esimerkiksi 1960-luvulla on ajateltu, että vanhuudessa ei enää kyetä työnteokoon. Nykyään koko vanhuus-käsite on korvattu ikääntyneen käsitteellä. Vanhuus-käsitteeseen liitetään nimittäin usein automaattisesti heikko fyysinen toimintakyky ja ei-toimiva yksilö. Eläkeikäisten ajankäyttöä tutkittaessa on todettu, että vanhuuseläkkeelle siirryttäessä ollaan kuitenkin entistä aktiivisempia. (Ylikännö 2008, 67, 92.) Aktiivisen ikääntymisen on todettu myös vaikuttavan elämänlaatuun positiivisesti (Gabriel & Bowling 2004, 683). Ikääntyneen käsite on moniselitteisempi ja myös yhteiskunnan kehityksen mukana muuttuva. Tämän vuoksi ikääntyneiden palveluja suunniteltaessa ja kohdennettaessa tulisikin huomioida asiakaslähtöinen ja yksilöllinen arviointi.

## 2.2 Ikääntyneiden kotihoidon hoitotyön muutoksen kansalliset lähtökohdat

Monissa kansallisissa ohjelmissa on kirjattu tavoitteita ikääntyneiden hoitotyöstä. Tutkimuksen mukaan on ikäihmisten palveluja koskeva laatusuositus erityisesti kiihdyttänyt vanhuspoliittisten ratkaisujen tekoa. Kyseisissä laatusuosituksissa onkin linjattu myös suosituksia palvelujen laadun parantamisesta. (Paljärvi 2012, 102.) Useat kansalliset ohjelmat painottavat ikääntyneiden osuutta ja merkitystä. Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman yksi osaohjelma käsittelee ikääntyneitä ja ikääntyneille kohdistu-

vien palveluiden uudistusta (STM 2012b). Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoittelee myös ikäihmisten toimintakyvyn kohentumista (Terveys 2015 – kansanterveysohjelma 2001).

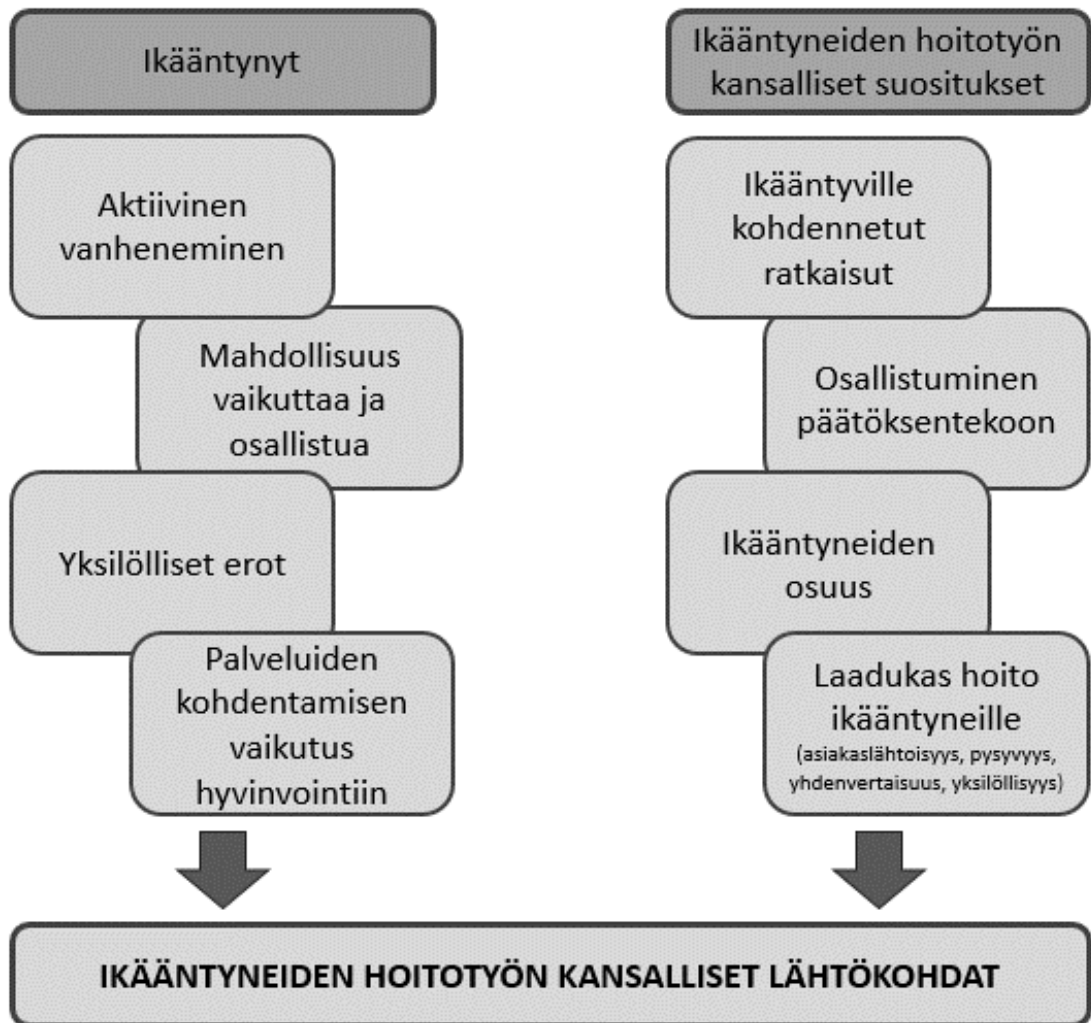
Ikääntyneiden toimintakykyyn liittyviin tekijöihin halutaan vaikuttaa positiivisesti myös MUUTOSTA LIIKKEELLÄ! – Valtakunnallisen yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020 -ohjelmalla (STM 2013b). Ikääntyneiden asumis- ja elinympäristön kehittämistä tavoitellaan lisäksi Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017 (2013) sekä Turvallinen elämä ikääntyneille -toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi -ohjelmien (2011) myötä. Ikääntyneet on asetettu painopisteeksi useissa nykyisissä suosituksissa.

Laajan alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen, eli ATH-tutkimuksen mukaan tärkeää on, että ikääntyneiden osallistumista päätöksentekoon tulee edistää. Ikääntyneiden ääni tulee saada kuuluviin omaa terveyttä koskevissa päätöksissä. Ratkaisuja muun muassa edellä mainittuihin liittyen tulee kehittää etenkin suurissa väestöryhmissä, kuten ikääntyneiden keskuudessa. (Kaikkonen ym. 2014.)

Ikääntyneiden toimintakyky ja palveluiden tukeminen ovat kansallisesti tärkeä painopiste. Useat ohjelmat tavoittelevat samanlaisia asioita ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen liittyen. Tässäkin tutkimuksessa halutaan selvittää ikääntyneiden näkökulmasta, suositusten mukaisten toiminnanmuutosten toteutusta ja niiden vaikutusta Kotkan kotihoidossa.

### 2.3 Ikääntyneiden hoitotyön kansallisten lähtökohtien yhteenveto

Ikääntyneiden kotihoidon hoitotyön kehittämisen perustana ovat edellä kuvatut ikääntyneiden hoitotyön kansalliset lähtökohdat. Ikääntyneiden palveluja kehitettäessä tulee suositusten lisäksi huomioida ikääntyneiden yksilölliset erot (kuva 1).



Kuva 1. Ikääntyneiden hoitotyön kansalliset lähtökohdat

Kuvassa 1 on yhteenvetona ikääntyneiden hoitotyön kansalliset lähtökohdat, mistä nähdään, että asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden huomiointi on tärkeää suuriakin kokonaisuuksia kehitettäessä. Samat lähtökohdat toistuvat myöhemmin tämän tutkimuksen tekstin edetessä.

### 3 TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKÖKULMA

Tulevasta väestörakenteesta johtuen tulee terveyden edistämisen näkökulma myös huomioida palveluja kehitettäessä. Terveyden edistäminen onkin kuntien tehtävä. Kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia tulee seurata väestöryhmittäin. (THL 2106.) Ehkäisevä työ ja varhainen tuki ovat taloudellisesti sekä asiakaslähtöisesti kannattavia (STM 2012b). Tuleva väestörakenne aiheuttaa myös sen, että terveydenhuollossa tulee tapahtumaan palvelujen uudelleen järjestelyjä (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 302).

Terveyttä edistävässä työssä tulee hyödyntää erilaisia työmenetelmiä ja ottaa käyttöön tehokkaimmat työmenetelmät mahdollistava teknologia. Teknologia kehittyi nopeasti, joten on tärkeää kartoittaa eri väestöryhmien tarpeet, jotta teknologialla pystytään parhaiten vastaamaan väestön tarpeisiin sekä samalla turvaamaan hoitotyön laatu. Etenkin uusien työmenetelmien yhteydessä on tärkeää huomioida yksilö, yksilön oikeudet ja arvot. Arvot ohjaavat aina terveyttä edistävää toimintaa. Tärkeitä huomioonotettavia ominaisuuksia ovat muun muassa yksilön itsemääräämisoikeus ja oikeus vaikuttaa. (Pietilä ym. 2002, 64, 302–303.)

Yksilöllä itsellään on suuri rooli omissa terveyden edistämisen valinnoissaan (Healey & Zimmerman 2010, 16). Yksilön huomiointi edistää myös terveyttä edistävää työtä. Toimintakyvyn lasku tarkoittaa usein itsenäisyyden menettämistä ja toisen avun vastaanottamista, jonka vuoksi yksilön oikeuksista tulee huolehtia. Kotihoidon käynneillä onkin tarkoitus mahdollistaa osallisuus ja yksilöllisyys, samalla kun tuetaan yksilön toimintakykyä. (Laaksonen & Silventoinen 2011, 260, 262.)

Kotihoidon hoitotyössä tulee hyödyntää tehokkaimmat työmenetelmät mahdollistava teknologia. Teknologisia ratkaisuja hyödynnettäessä, tulee huolehtia myös eettisten periaatteiden toteutumisesta. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen lisäksi, yksilöllisyys, osallisuus ja oikeudenmukaisuus on tärkeää huomioida. Teknologisia ratkaisuja hyödynnettäessä tulisi edetä asiakkaan tarpeiden ja kykyjen mukaisesti. (Leino-Kilpi & Stolt 2016, 164–165; Pietilä 2010, 18–19.)

Toisaalta teknologian avulla voidaan esimerkiksi hoitotyön kirjaaminen toteuttaa yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin yksilöllisyys ja osallisuus lisääntyvät. Kirjaaminen voidaan toteuttaa aina asiakkaan yksilöllisessä tilanteessa. Hoitotyön kirjaaminen yhdessä asiakkaan kanssa vaatii tosin myös hoitajalta vuorovaikutuksellista otetta, jotta asiakkaan oikeus saada kirjatuksi hänelle tärkeät asiat, tulee huomioiduksi. Terveyden edistämisen työssä osallisuuden lisääminen on kuitenkin merkityksellistä, joten erilaisten työmenetelmien käytöllä voidaan vastata tähän tarpeeseen. (Kärkkäinen 2007, 89; Pietilä 2010, 22.)

#### 4 PERUSTELUT IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOIDON HOITOTYÖN TOIMINNANMUUTOKSELLE

Muutos vaatii aina jalkauttamista ja toimintatapojen uudelleen järjestelyä. Reikon, Salosen ja Uusitalon (2010, 69) mukaan lähijohtajilla on tässä keskeinen rooli. Tärkeää on saattaa muun muassa muutoksen kansalliset lähtökohdat työntekijätason tietoisuuteen. Kun ylempi johto arvioi lähijohtajien tehtäviä todettiin, että he odottivat muutosjohtamisen olevan tärkeä lähijohtajien tehtävä. Tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalaan, muun muassa kotihoidon yksiköihin on kohdistunut viime vuosina paljon toiminnan tehostamisen painetta. Tämä on myös tuonut uuden haasteellisuuden muutoksen johtamisen sisältöihin. (Reikko ym. 2010, 69.)

Muutoksen johtamista sujuvoittaa ajantasainen tieto, jota tulisi olla jatkuvasti saatavilla. Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman mukaan ikääntyneiden hoidossa tulisikin kehittää tiedolla johtamista (STM 2012b, 30). Muutoksen paine kohdistuu etenkin ikääntyneiden hoidon kehittämiseen sekä kotihoidon yksiköihin vanhuspalvelulain säädösten mukaisesti (Vanhuspalvelulaki 14. §). Paljärven mukaan kotihoidon hoitotyö on jo muuttunut niin, että palveluja kohdennetaan enemmän tarvelähtöisesti ja palveluja eniten tarvitseville (Paljärvi 2012, 102).

Vanhuspalvelulain mukaan ikääntyneiden hoito tulee järjestää ensisijaisesti ikääntyneen omassa kodissa (Vanhuspalvelulaki 14. §). Myös kansainvälisellä tasolla on ikääntyneen kotiin tarjottava hoito asetettu prioriteetiksi. Ikääntyneille tulisi mahdollistaa asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Genet, Boerma, Kringos, Bouman, Francke, Fagerström, Melchiorre, Greco & Devillé 2011.) Tämä aiheuttaa myös tarvetta muutokselle kotihoidon palveluja kehitettäessä. Kaste-ohjelman mukaan kotihoidon tulee kehittää kotihoitoon uusia malleja ja käytäntöjä monipuolistamalla yksilöllisiin tarpeisiin vastaavia palveluja (STM 2012b, 22). Muun muassa sähköisellä toiminnanohjausjärjestelmällä pystytään edistävästi vaikuttamaan tarvelähtöiseen palvelun järjestämiseen sekä uusien toimintamallien hyödyntämiseen (Kotkan kaupunki).

Valtakunnallisissa ikääntyneiden laatusuosituksissa myös ohjataan toimimaan vanhuspalvelulain säädösten mukaisesti. Suosituksissa ohjataan huo-

mioimaan tuleva ikärakenne palveluja suunniteltaessa. (STM 2013a, 38.) Tulevasta ikärakenteesta tiedetään, jo, että yli 65-vuotiaita arvioidaan olevan 26 % vuoteen 2030 mennessä, ja ennusteen pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2015). Kotihoidon asettaminen painopisteeksi ikääntyneiden palveluja suunniteltaessa on väistämätöntä.

Ikääntyneiden osuuden kasvu tarkoittaa myös lisäkustannuksia kunnille. Muutokset kotihoidon hoitotyön parissa ovat siis olleet väistämättömiä. Ikääntyneiden osuus tulee ottaa huomioon valintoja tehdessä. Kuntaliitto puhuu resurssi- viisaudesta, jolla tarkoitetaan valintojen tekemistä, jotka edistävät kestäväää kehitystä sekä resurssin harkittua käyttöä (Kuntaliitto 2016 2, 13.) Sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan ohjaa uusien työnjakomallien käyttöönoton pariin (STM 2012b, 22).

Uudet tehokkaammat työnjakomallit ovat muuttaneet kotihoidon toimintamalleja merkittävästi vuodesta 2015 alkaen. Ikärakenne pakottaa tehostamiseen ja välittömän työnajan osuuden kohoamiseen, johon myös toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotolla halutaan vaikuttaa. Myös Haapakorven ja Haapolan tutkimuksessa tuodaan esille välittömän työajan lisääminen ja toimistolla vietetyn ajan vähentäminen. Keskitetty ja sähköinen työnjakomalli tehostaa myös kotihoidon organisointia sekä johdettavuutta (Haapakorpi & Haapola 2008, 42; Kotkan kaupunki.)

Tiedolla johtamista tulisikin tehostaa kotihoidon palveluiden muutosta toteutettaessa (STM 2012b, 30). Kotkan kotihoitoon käyttöön otettu sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä tukee tiedolla johtamista. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla on mahdollista ohjata kotihoidon toimintoja tehokkaasti ja optimaalisesti. Työpäivän kulkua on myös mahdollista seurata ja hallita kokonaisvaltaisesti koko kunnan kotihoidon alueelta samanaikaisesti. (HILKKA® Kotihoito; Kuntien Tiera Oy 2015.)

Kotihoidon hoitotyöhön liittyvät muutokset ovat olleet jo lain mukaan väistämättömiä. Muutoksia ja palvelujen kehittämistä tulee myös tulevina vuosina tapahtumaan tulevan väestöennusteen vuoksi. Kuitenkin Paljärven tutkimustiedon mukaan ei melko massiivikaan muutos kotihoidossa vaikuta välttämättä suoraan kotihoidon palvelun laatuun. Vuosina 1994–2009 toteutetun seuranta- tutkimuksen perusteella ei toteutetut muutokset ja muun muassa leikkaukset



resursseissa alentaneet kotihoidon laatua. Kotihoidon palvelun laatu pysyi korkealla tasollaan muuttuvista toimintamalleista huolimatta. (Paljärvi, Rissanen, Sinkkonen & Paljärvi 2011.)

Kotkan kotihoidossa on viime vuosina toteutettu useita palvelun laadun parantamista kehittäviä toimintamalleja, joista osa on aiheuttanut suurempaa muutosta kuin toiset. Kotkan kotihoidon hoitotyön parissa toteutetuilla muutoksilla on pyritty kuitenkin aina kehittämään tai tehostamaan kotihoidon toimintamalleja. Muun muassa sairaanhoitajien täydellinen integroiminen osaksi tiimejä, vastuuhoidajamallin luominen ja tehostaminen sekä asiakaskäyntien tarkastelu tarvelähtöisesti ovat olleet muutoksia, jotka on täytynyt saattaa kuntoon ennen onnistuneen laajemman toiminnanmuutoksen käynnistämistä. Myös vanhuspalvelulaki on määrittänyt useiden toimintamallien jalkauttamisesta, kuten esimerkiksi vastuuhoidajamallista. Lain mukaan jokaiselle palvelujen toteuttamisessa apuja tarvitsevalle ikääntyneelle tulee määrittää hänen tarvettaan vastaava vastuuhoidaja. (Vanhuspalvelulaki 17. §.) Sysäys muutokselle on ollut kansallinen tavoite kaikille kunnille ja kuntien kotihoidon yksiköille.

#### 4.1 Kotihoidon käsite

Kotihoidon käsite on heikohkosti määritelty muun muassa lainsäädännössä. Käsite vaatisikin selkeämpää ja ajankohtaisempaa määrittelyä Paljärven tutkimuksen mukaan. (Paljärvi 2012, 94.) Ikääntyneitä koskevassa laatusuosituksessa kotihoito määritellään toiminnaksi, joka sisältää kotipalvelun tukipalveluineen sekä kotisairaanhoidon palvelut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi määritetään henkilö, jolla on voimassa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma tai henkilö, joka saa palveluja säännöllisesti vähintään viikoittain. (Ikonen 2015, 16; STM 2013a, 62–63.)

Kotihoidon katsotaan olevan palvelukokonaisuus, joka sisältää kotipalveluja sekä sairaanhoidollisia palveluja, joilla autetaan henkilöitä, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut tilapäisesti tai pysyvästi alenemista. Palvelujen tavoitteena on tukea kotona asumista, ja niitä kohdennetaan ensisijaisesti ikääntyneille henkilöille. Kotihoidon palvelut ovat kunnan järjestämisvastuulla. (Ikonen 2015, 15, 18, 20.)

Kotihoito sisältää palvelut, jotka annetaan yksityisasunnossa tai palveluasunnossa asuvalle asiakkaalle. Ikääntyneen pitkäaikainen hoito tulisikin järjestää ensisijaisesti ikääntyneen omassa kodissaan. (STM 2013a, 37, 63.) Vanhuspalvelulaki linjaa kotihoidon järjestämisestä, että palvelussa tulee huomioida pysyvyys. Myös vanhuspalvelulaissa määritetään pitkäaikaisen hoidon järjestämisestä ensisijaisesti kotihoitona. (Vanhuspalvelulaki 13. § - 14. §.)

Kotkassa kotihoidon sisältöjä onkin kehitetty viime vuosina ja kehittämistä halutaan jatkaa. Kotihoidon hoitotyö on merkityksellistä. Kotihoidon työntekijä on tutkimuksen mukaan lähes 70 % pääkaupunkilaiselle kotihoidon ikääntyneelle asiakkaalle ensisijainen auttaja (Tepponen 2003, 95). Kotihoidon työntekijöillä on myös vaikutusta ikääntyneiden elämänlaatuun, koska kotihoidon työntekijöiden tarjoamasta avusta ollaan kiitollisia (Hambleton, Keeling & McKenzie 2008, 150).

#### 4.2 Kotihoidon palvelun laatu

Kotihoidon palvelun laatua käsitellessä tulee myös ensin määrittää mitä on laatu. Valtakunnallisessa ikääntyneiden hoidon laatusuosituksissa laatu määritetään kyvyksi vastata asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vaikuttavasti, kustannustehokkaasti ja säännösten mukaisesti. Suosituksessa laatua arvioidaan, arvioimalla niitä tekijöitä, joilla taataan laadukas hoito asiakkaalle. Näitä tekijöitä ovat muun muassa henkilökunnan määrä, työnjakokäytännöt sekä käytännöt, joilla luodaan vaikuttavaa hoitoa. Laadukas palvelu kuvataan palveluksi, jolla voidaan ylläpitää tai edistää asiakkaan toimintakykyä. (STM 2013a, 65.)

Kotihoidon tuottamia palveluja, kuten muitakin terveydenhuollon palveluja säännellään myös lainsäädännöllä. Terveydenhuoltolaissa säädetään, että väestön terveyttä tulee edistää ja asiakaskeskeisyyttä vahvistaa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 2. §). Laissa sanotaan myös, että jokaisella on oikeus laadultaan hyvään sairaan- ja terveydenhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3. §).

Terveyspalveluihin liittyen on julkaistu myös useita palvelun laatuun liittyviä suosituksia. Ikääntyneitä koskevana on muun muassa Kaste-ohjelma vuosille 2012–2015, Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia sekä Laatusuositus hyvän

ikäntymisen turvaksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2011; STM 2012b & STM 2013a). Terveyspalvelujen laatu on kansallisestikin erittäin tärkeä näkökulma ikääntyneiden palveluja kehitettäessä. Myös vanhuspäivälain tarkoituksen on iäkkäille suunnattujen palvelujen laadun parantaminen. Lain mukaan läkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen, muun muassa kotihoidon palvelujen tulee olla laadukasta. (Vanhuspalvelulaki 1. §, 19. §.) Palvelujen laadun parantaminen tulisi olla kunnissa erityisenä painoalueena. Ikääntyneiden palvelujen laatu on etenkin tulevan ikäjakauman vuoksi tärkeä, kehitettävä osa-alue.

Vaaraman ja Ylösen (2006, 10–11, 37, 40) mukaan kotihoidon koettua laatua voidaan tarkastella muun muassa palvelun riittävyydellä, kotihoidon jatkuvuudella, asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen laadulla, asiakkaan palvelutyytyväisyydellä sekä asiakkaan tarpeisiin vastaamisella. Kotihoidon laatua tutkittaessa todettiin, että kolme neljäsosaa tutkittavista koki saavansa tarpeitaan vastaavaa palvelua. Suurin osa oli myös kyseisillä arvioinneilla mitattuna melko tyytyväisiä saamaansa palveluun. Ikonen (2015, 58) mukaan kotihoidon palvelun laatu sisältää asiakaslähtöisyyden, säännöllisen arvioinnin, yhteistyön asiakkaan kanssa sekä perustumisen hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Laatua on siis syytä käsitellä useasta eri näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kotihoidon laatua kuitenkin asiakkaan näkökulmasta. Halutaan selvittää asiakkaiden kokemaa laatua kotihoidon palveluihin ja toimintamalleihin liittyen. Myös Tepposen (2009) mukaan kotihoidon palvelun laatuun vaikuttaa paljon asiakkaan näkökulma. Asiakkaat kokivat laatuun vaikuttavan paljon työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksen kiireisyyden ja riittävyyden. Koska koko kotihoidon hoitotyö perustuu hoitajan ja asiakkaan väliseen suhteeseen, ovat hyvät vuorovaikutustaidot edellytyksenä laadukkaalle kotihoitotyölle (Ikonen 2015, 175). Kuitenkin samoin kuin Paljärven (2012) tutkimuksen mukaan, myös Tepposen mukaan kotihoidon palvelun laatuun ollaan yleisellä tasolla tyytyväisiä (Tepponen 2009, 192–193). Lisäksi Paljärvi (2012, 98–99) on todennut laajassa kotihoidon yksikössä toteutetussa tutkimuksessaan, etteivät massiivisetkaan muutokset kotihoidossa vaikuttaneet kotihoidon palvelun laatuun laskevasti.

Terveysthuollon laatuoppaassa palvelun laadussa painotetaan oikeutta yksilölliseen hoitoon. Tavoitteena on myös potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa. Hoitoa ja palveluita järjestettäessä yhtä tärkeää on avuntarpeeseen vastaa oikea-aikainen palvelu. Tärkeää on myös, että potilas ja asiakas voi luottaa siihen, että henkilökuntaresurssia on oikea määrä tarpeeseen nähden. Lisäksi tulee huolehtia siitä, että resursointi vastaa tarpeeseen niin, että hoito on mahdollista toteuttaa oikea-aikaisesti. (Koivuranta-Vaara, Enberg, Immonen-Räihä, Lang, Lehtonen, Puolakka, Roine, Rytönen & Toiviainen 2011, 9–11.) Tepposen (2003, 96) mukaan kotihoidon asiakkaiden arvioimana kotihoidon laadulla ja kotihoidon hoitajan ammattitaidolla on yhteys. Kotihoidon hoitohenkilökunnalla on myös vaikutus asiakkaan elämänlaatuun (Hambleton ym. 2008, 157).

Ammattitaitoon liittyy myös kokonais kuvan arvioinnin taito. Kotihoidon palvelun laadun turvaamiseksi tulee tiedonkulku olla luotettavaa. Asiakkaan luona kirjatus käynnin toteutuksen ja arvion avulla, voidaan seuraavalle käynnille mentäessä turvata ajantasaiset asiakkaaseen liittyvät tiedot. Asianmukaisella dokumentoinnilla turvataan laadukas hoidon jatkuvuus ja tiedonsiirto muulle hoitohenkilökunnalle. (Ikonen 2015, 165.)

Kaikkiin edellä mainittuihin suosituksiin on pyritty Kotkan kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän mukanaan tuomilla prosesseilla vaikuttamaan. Ikääntyneen osallisuus, palvelun oikea-aikaisuus sekä tasainen palvelun laatu tarvelähtöisesti ovat olleet toiminnan kehittämisen tavoitteina (Kotkan kaupunki).

#### 4.3 Kotihoidon hoitotyön asiakaslähtöisyys

Kotihoidon hoitotyön laatu on tärkeä näkökulma palveluja kehitettäessä. Yhä enemmän koettuun laatuun vaikuttaa asiakasnäkökulma sekä yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen. Asiakaslähtöisyydellä viitataan tässä tutkimuksessa asiakaslähtöiseen palvelujen kohdentamiseen sekä asiakkaan tarpeen yksilölliseen arviointiin. Tavoitteena on perehtyä asiakaslähtöisyyteen nimenomaan tutkimalla asiakkaiden kokemuksia.

Kansallisten suositusten mukaan palveluja tehostamalla tulee vastata oikeaan tarpeeseen, mutta samalla huolehtia siitä, että asiakas pysyy kohdentamisen

keskiössä. Asiakaslähtöisyydestä määritetään myös lainsäädännössä. Muun muassa vanhuspalvelulaki määrittää, että kuntien tulee järjestää palvelut vastaamaan asiakkaiden tarpeita (Vanhuspalvelulaki 13. §). Potilaan asemasta säädetään myös lailla potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan hoito tulee suunnitella yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4. a §).

Valtakunnallisessa ikääntyneiden hoitoon liittyvässä laatusuosituksessa asiakaslähtöisyys määritetään palvelutoiminnaksi, joka edellyttää palvelun tarkastelua asiakkaan näkökulmasta. Asiakas otetaan mukaan hoidon ja palvelun suunnitteluun sekä toteutukseen. Asiakkaan ääni sekä mahdollisuudet vaikuttaa, otetaan myös huomioon palvelun laatua ja vaikutuksia arvioitaessa. Asiakaslähtöinen hoitotyö suunnitellaan niin, että asiakas ja hänen voimavarat ovat keskiössä. (STM 2013a, 60.) Valtakunnallisen Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle suositukseenkin on kirjattuna, että asiakas tulee ottaa mukaan palvelujen suunnitteluun (STM 2012a, 49). Laitilankin (2010, 136) mukaan tärkeää on, että asiakas voi vaikuttaa omaan hoitoonsa liittyvän päätöksentekoon.

Kohdennettua palvelua tulisi arvioida yhdessä asiakkaan kanssa (STM 2012a, 49). Päivärinnan ja Haverisen (2002, 14) mukaan asiakaslähtöistä työtettä toteutettaessa asiakas otetaan mukaan myös hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen sekä arvioimiseen. Sosiaali- ja terveystieteelliset strategiset linjaukset ohjaavat myös ottamaan asiakkaan keskiöön ja aktiiviseksi toimijaksi palvelujen kehittämiseen ja toteuttamiseen (STM 2013a, 11).

Ikääntyneen asiakkaan huomiointi lisää ikääntyneen osallistumista omaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Päätöksentekoon osallistumisen taas vaikuttaa positiivisesti palvelujen laatuun sekä kehitykseen. (Kailio 2014, 64.) Teposen (2003, 97–98) mukaan kotihoidon ikääntynyt asiakas ei aina kuitenkaan tule kuulluksi kotikäynnillä ja itsemääräämisoikeudessa on puutteita. Asiakas ei tutkimuksen mukaan aina pääse vaikuttamaan omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon, vaikkakin se vaikuttaisi kotihoidon tuottaman palvelun positiiviseksi kokemiseen

Kotihoidon hoitotyön tavoitteena on tuottaa ja kohdentaa tuotetut palvelut niitä tarvitseville. Iäkkäille asiakkaille tulee myöntää palvelut aina laaja-alaisen pal-

velutarpeen arvioinnin perusteella. (STM 2013a, 44.) Paljärven mukaan kotihoidon hoitotyö onkin muuttunut vastaamaan paremmin kotihoidon palveluja eniten tarvitsevien tarpeisiin. Kotihoidon palvelujen kokonaisvaltaistuminen on myös lisännyt palvelun laatua asiakaslähtöisestä näkökulmasta. (Paljärvi 2012, 102.)

Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden tarpeiden ja toiveiden huomiointi koetaan tärkeänä. Ikääntyneet haluavat myös osallistua ja ottaa vastuuta oman toimintakyvyn ylläpitämisestä. Kotona asuvat ikääntyneet kokevat oman kotinsa myös paikaksi, jossa heillä on mahdollisuus ja vapaus päättää heitä koskevista asioista. Ikääntyneiden aktiivisuus ja vahva osallistuminen haastavat myös kotihoidon työntekijät tarvelähtöisen hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa. (Kailio 2014, 65; Valta 2008, 78.) Asiakkaan pitäminen keskiössä vaikuttaa kuitenkin positiivisesti hoidonkin laatuun.

Ylä-Outisen (2012, 141) asiakkaan tarpeen mukaiset palvelut tuottavat asiakkaalle myös hyvinvointia. Tutkimuksessa on asiakkaita haastateltaessa nousut esille muun muassa riittävä henkilökunta, henkilökohtainen ohjaus sekä tarpeenmukaisten palvelujen järjestäminen, mitkä vaikuttaisivat positiivisesti ikääntyneen hyvinvointiin. Asiakkaan hyvinvointi liittyy keskeisesti myös asiakaslähtöisyyteen, johon liittyvät tekijät on koottu kuvaan 2.

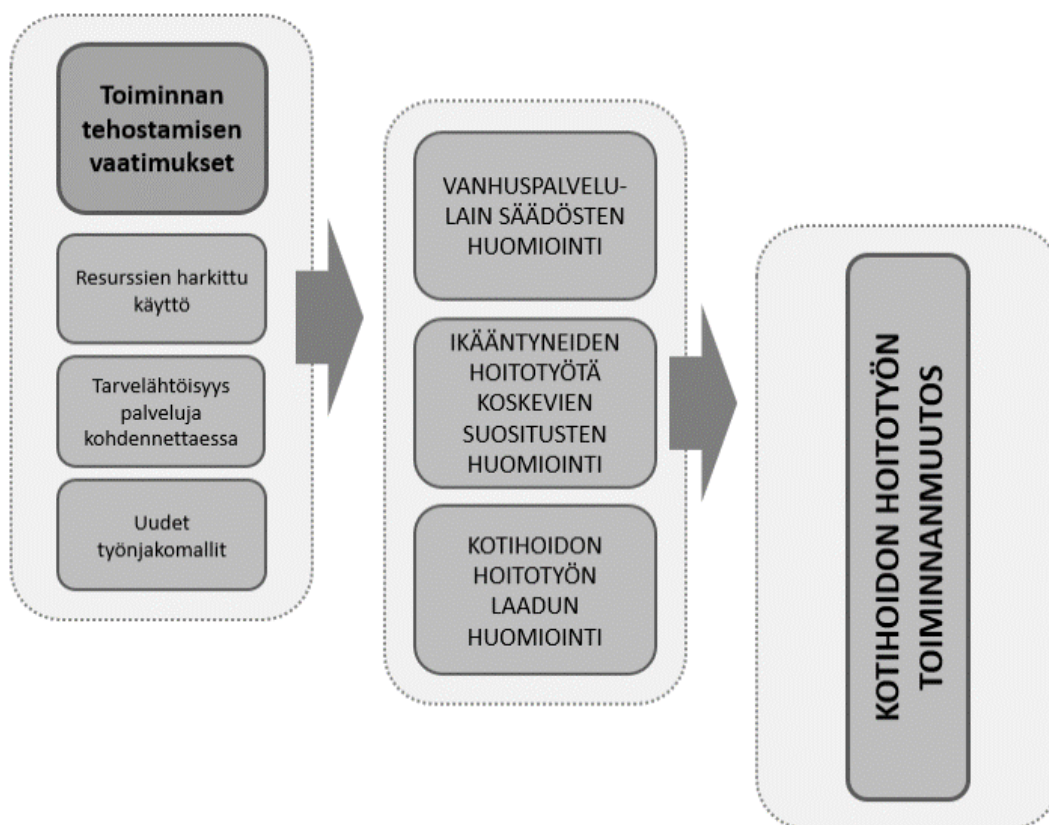


Kuva 2. Kotihoidon hoitotyön asiakaslähtöisyyden sisältämät tekijät

Asiakaslähtöisellä lähestymisellä tarkoitetaan asiakkaiden äänen kuuntelemista. Kuvassa 2 näkyy kotihoidon hoitotyön asiakaslähtöisyyden sisältämät tekijät. Kaikki tekijät toistuvat myös tämän tutkimuksen teemahaastattelun keskusteluteemoissa (liite 1).

#### 4.4 Kotihoidon hoitotyön toiminnanmuutoksen yhteenveto

Kotihoidon hoitotyön toiminnanmuutoksen lähtökohtia ja perusteluja on kuvattu edellisissä luvuissa. Kuvassa 3 on koottuna toiminnanmuutoksessa huomioonotettavat seikat tiivistetympin. Sosiaali- ja terveysalaan, ja etenkin kotihoidon yksiköihin on kohdistunut viime vuosina vaatimuksia toiminnan tehostamisesta. Lisäksi on ohjattu huomioimaan tuleva ikärakenne toiminnanmuutosta suunniteltaessa. (STM 2013a, 38, Reikko ym. 2010, 69.) Toiminnanmuutos vaatii myös resurssin harkittua käyttöä ja uusien tehokkaampien työnjakomallien käyttöönottoa, kuten kuvassa 3 on havainnollistettu (ks. Kuntaliitto 2016 2, 13; STM 2012b, 22). Kotihoidon palvelujen toiminnanmuutoksen perustana tulee olla myös vanhuspalvelulain, ikääntyneitä koskevien suositusten ja ennen kaikkea kotihoidon laadun kokonaisvaltainen huomiointi. Kuvaan 3 on koottu keskeisimmät kotihoidon hoitotyön toiminnanmuutokseen vaikuttavat tekijät.



Kuva 3. Kotihoidon hoitotyön toiminnanmuutoksen perustelut

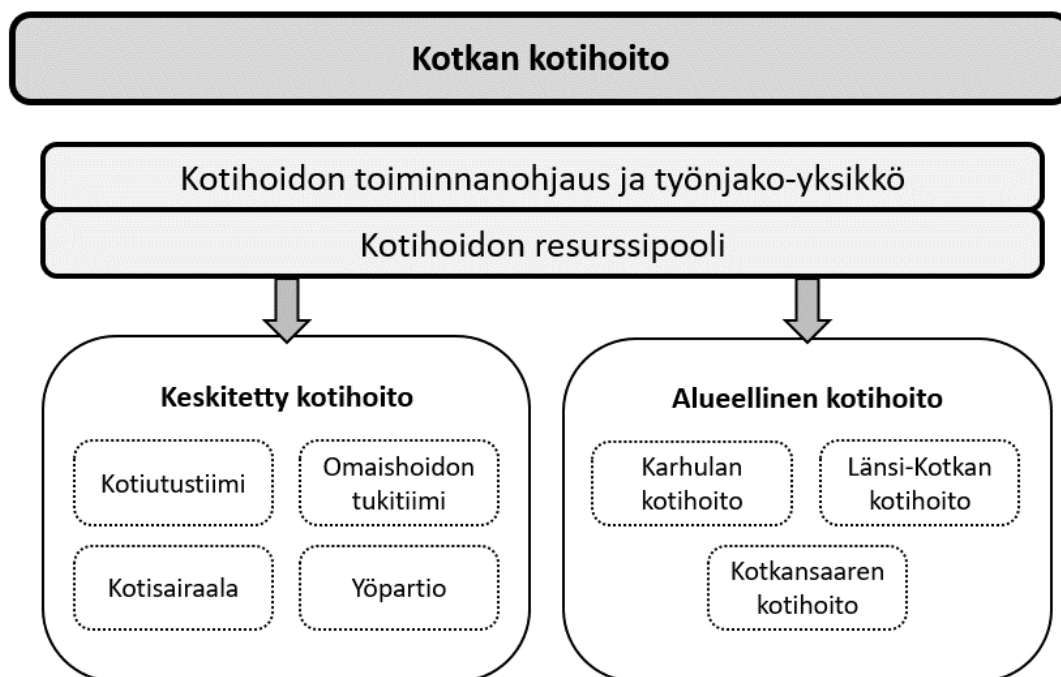
Kotihoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä on tarkasteltu eritellymmin tämän tutkimuksen edellisessä luvussa. Tekijöistä keskeisimpiä ovat asiakkaan äänen huomioiminen, mahdollisuus osallistua omaan hoitoon, hoidon oikea-aikaisuus ja hoidon tarvelähtöisyys (Koivuranta-Vaara ym.2011,9–11; STM 2013a, 60). Keskiöön asetetaan asiakaslähtöisyys ja asiakkaan äänen kuunteleminen tutkimuksen haastatteluissa.

## 5 KOTKAN KOTIHOITO JA ORGANISAATORAKENNE

Kotkan kotihoito voidaan jakaa karkeasti kahteen osaan, alueelliseen ja keskitettyyn kotihoitoon. Keskitetty kotihoito toimii koko Kotkan alueella. Alueellinen kotihoito sen sijaan tuottaa palvelua nimensä mukaisesti tietyn alueen asukkaalle. Kotkan alueellinen kotihoito koostuu edelleen kolmesta alueesta ja kahdeksasta alueellisesta tiimistä. Nämä kolme aluetta ovat Kotkansaari, Karhula ja Länsi-Kotka. Keskitetty kotihoito sisältää pienempiä yksiköitä; kotiutustiimin, omaishoidon tukitiimin, kotisairaalan ja yöpartion. (Kotkan kaupunki.)



Kotkan kotihoitoon on lisäksi luotu resurssipooli, toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton yhteydessä, toukokuussa 2015. Resurssitiimi toimii keskitetyn yksiköiden lailla, myös koko Kotkan alueella ja jakaa resurssia kaikkiin kotihoiton yksiköihin tarvelähtöisesti. Resurssipoolin henkilöstöresurssia ohjataan asiakaslähtöisesti tarpeen mukaan työnjaon yksiköstä käsin. (Kotkan kaupunki.) Kuvassa 4 näkyy Kotkan kotihoidon organisaatorakenne.



Kuva 4. Kotkan kotihoidon organisaatorakenne

Toiminnanmuutos toteutettiin ja sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä otettiin käyttöön Kotkan alueellisen kotihoidon yksiköissä toukokuussa 2015. Keskitetyn kotihoidon yksiköitä ei toiminnanmuutos vielä tässä kohtaa koskettanut. Keskitetyn kotihoidon yksiköt ottivat toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönsä huhtikuussa 2016, noin vuosi alueellisen kotihoidon käyttöönoton jälkeen.

Tämän vuoksi kartoitetaan ainoastaan alueellisen kotihoidon asiakkaiden kokemuksia toteutetusta muutoksesta. Alueellisen kotihoidon asiakkailta on riittävän pitkältä ajanjaksolta kokemuksia toiminnanohjauksen mukanaan tuomista muutoksista, jolloin kokemusten vaikutuksia on jo mahdollista arvioida. Keskitetyn kotihoidon asiakkaille toteutetut muutokset ovat niin tuoreita, ettei asiakkailta olisi myöskään luotettavaa arviointipohjaa muutoksesta. Keskitetyn kotihoidon asiakassuhteet ovat myös usein lyhyempiä alueellisen kotihoidon asiakassuhteisiin nähden, jolloin kaikki toiminnanmuutokset eivät heitä myöskään samalla tavalla kosketa.

## 6 TOIMINNANMUUTOKSET KOTKAN IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOIDOSSA

Toiminnanohjaus ja toiminnanohjausjärjestelmän käyttö ovat kotihoidossa vielä niin tuoreita kehityssuuntia, ettei asiaan liittyen ole saatavilla varsinaisia tieteellisiä julkaisuja. Sähköisen toiminnanohjaus järjestelmän on kuitenkin otanut käyttöönsä, jo moni kunta Suomessa tehostaakseen toimintaansa suositusten ja lainsäädännön mukaisesti.

Kotkassa kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä on otettu käyttöön touku-kuussa 2015. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla voidaan tehostaa työn organisointia sekä parantaa työn johdettavuutta. Järjestelmän avulla vastuuhoitajamallin tehostettu toteutuminen sekä asiakaslähtöisen työnjaon organisointi ovat mahdollisia. Järjestelmän avulla asiakkaan kokema laatu paranee, kun asiakkaan tarpeen mukaisesti muutoksiin pystytään reagoimaan nopeammin ja joustavammin. Lisäksi oikean osaamisen turvaaminen asiakaslähtöisesti ja oikea-aikaisesti mahdollistuu. (Kotkan kaupunki.)

### 6.1 Toteutettu kotihoidon toiminnanmuutos Kotkan kotihoidossa

Sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä on otettu käyttöön Kotkan kotihoidossa toukokuussa 2015. Vaikka varsinainen sähköisen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto toteutui toukokuussa 2015, alettiin laajaan toiminnanmuutokseen liittyviä prosesseja ja toimintamalleja kehittää Kotkan kotihoidossa kuitenkin jo paljon aiemmin. Kotkan kotihoidossa hoitotyöhön liittyviä muutoksia saatettiin kuntoon kahden vuoden ajan ennen sähköisen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoa. Prosessien kuntoon saattaminen porrastetusti oli välttämätöntä onnistuneen teknologian käyttöönoton onnistumiseksi.

Muutokset koskettivat merkittävästi kotihoidossa työskentelevien hoitajien työnkuvaa. Sanerman (2009, 185) tutkimuksen mukaan etenkin sairaanhoitajien työnkuvan uudistaminen sai aikaan vastustusta ja tuntui erityisen vaikealta. Kotkan kotihoidossa sairaanhoitajien työnkuvaa uudistettiin niin, että sairaanhoitajat integroitiin täydelliseksi osaksi alueellisia tiimejä. Sairaanhoitajien resurssi kohdentui näin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden käyttöön, jolloin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoidon arvioinnista muotoutui moniammatillisempaa.

Vastuuhoitajamallia kehitettiin myös entistä vahvemiksi, jolloin vastuuhoitajuutta voitiin hyödyntää tarjoamalla yksilöllistä ja oikeaa osaamista sisältävää palvelua. Kotihoidon vastuuhoitajuus myös jäsenettiin kirjatuksi toimintamalliksi vuonna 2013 (Kotkan kaupunki 2013). Hyvärisen (2011, 66) mukaan asiakkaan ja hoitajan välinen suhde on merkityksellinen. Asiakaslähtöinen toiminta voi häiriytyä, jos suhde on epätasapainossa ja hoitaja toimii liian tiedon ohjaamana ammattilaisena tilanteessa. Tasa-arvoisempaa hoitaja-asiakassuhdetta voidaan myös edistää toimivalla vastuuhoitajamallilla, jos asiakkaan ja hoitajan välille saadaan rakennettua luottamuksellinen suhde. Tavoitteena olisikin rakentaa suhde, jossa asiakkaalla on tunne siitä, että omaan hoitoonsa on mahdollista vaikuttaa. Kotihoidon asiakkaiden sekä hoitajien mukaan kunnioittavalla ja luottamuksellisella vuorovaikutussuhteella on merkittävä rooli päivittäisessä kotihoitotyössä (Turjamaa 2014, 36).

Kotkan kotihoidon käyntien työmäärää purettiin tasaisesti koko vuorokauden ajalle ja asiakaskäyntien suunnittelusta kehitettiin tarvelähtöisempää, jotta kasvavaan ikääntyneiden osuuden tarpeeseen olisi mahdollista tulevaisuudessa vastata. Asiakkaan käyntien ruuhkahuippuja tarkasteltiin ja määritettiin käyntien sisältöjä vastaamaan tarvelähtöistä työn suunnittelua. Potilastietojärjestelmän käyttöä tehostettiin ajatellen sähköistä toiminnanohjausjärjestelmää. Lisäksi työnjakoa toteutettiin jokaisella kotihoidon kolmella alueella jo tarvelähtöisesti. Samalla pyrittiin lisäämään välittömän asiakastyön määrää, mikä on asetettu suositukseksi myös kansallisissa linjauksissa. Välittömän asiakastyön määrä tulisi kasvaa, jolloin kotihoidon resurssi kohdentuisi tehokkaammin asiakkaiden käyttöön. (STM 2013a, 47.)

Jokaisella alueella toimi ennen sähköisen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoa alueelliset resurssitiimit, jotka yhdistyivät toukokuussa 2015 koko Kotkan alueella toimivaksi laajemmaksi resurssipooliksi. Resurssitiimit vastasivat jo tasaisemmin asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin, minkä huolehtimisesta myös KASTE-ohjelmassa linjataan (STM 2013a, 48). Haapakorven ja Haapolankin (2008, 42) mukaan työntekijöiden oikea määrä suhteessa tarpeeseen on keskeinen toimivaan organisointiin ja työhyvinvointiin vaikuttava tekijä. Prosessien kuntoon saattaminen etukäteen oli välttämätöntä, onnistuneen sähköisen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton varmistamiseksi.

## 6.2 Käyttöön otettu kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä ja sen aikaansaamat prosessit

Teknologian hyödyntäminen tehostaa hoitokäytäntöjä ja on kustannustehokasta. Tärkeimpänä tavoitteena teknologian käytössä on kuitenkin asiakkaan hyvinvoinnin edistäminen. Tämän lisäksi on tavoitteena toki hoitoprosessien sujuvoittaminen ja uudelleen järjestely. (Raappana & Melkas 2009, 9.)

Kotkan kotihoidossa käytössä oleva sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä koostuu sekä toimistosovelluksesta että mobiilisovelluksesta. Sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä sisältää integraation potilastietojärjestelmään, jonka avulla on mahdollista hallita kotihoidon asiakkaiden käyntitietoja sekä laskutustietoja. (HILKKA® Kotihoito.) Kotkan kotihoidossa säännöllisen kotihoidon asiakkaalle suunniteltu palveluaika tilastoidaan aina asiakkaan kotiin asennetun erityisen tunnistetarran avulla.

Toiminnanohjausjärjestelmän avulla on mahdollista ohjata kotihoidon toimintoja kustannustehokkaasti ja sujuvasti. Olemassa olevat resurssit saa järjestelmän avulla mahdollisimman optimaaliseen käyttöön. Asiakaskäyntien ja-ossa pystytään huomioimaan tasainen kuormittavuus koko kunnan alueella, sekä muutosten hallinta päivän aikana on helpompaa. Sujuvuuden vuoksi jää enemmän aikaa välittömään asiakastyöhön, kun toiminta on suunnitellumpaa ja ennakoidumpaa. Työpäivän kulkua on myös mahdollista seurata ja hallita kokonaisvaltaisesti koko kunnan kotihoidon alueelta samanaikaisesti. (HILKKA® Kotihoito; Kuntien Tiera Oy 2015.) Näin myös tilanteisiin nopeampi reagointi tehostuu.

Toiminnanohjausjärjestelmän niin sanottu, automaattinen työn jakaminen huomioi lisäksi Kotkan kotihoidossa olevan vastuuhoidajamallin toteutumista. Järjestelmän avulla varmistetaan, että Kotkan kotihoidossa oleva vastuuhoidajamalli toteutuu päivittäin asiakkaan tarvetta toteuttaen. Lisäksi kotihoidon asiakkaiden palvelut suunnitellaan säännöllisesti vuorokauden ajalle melko tarkallekin aikavälille. Näin asiakkaat saavat palvelua oikeaan aikaan ja oikeaan tarpeeseen vastaten. Palvelun oikea-aikaisuus on myös vanhuspalvelulaissa säädetty. Palvelut tulee järjestää asiakkaan tarpeisiin vastaten oikea-aikaisuus ja riittävyys huomioiden. (Vanhuspalvelulaki 13. §.)

Vastuuhoitajamallin toteutus on tärkeää, koska kirjatun vastuuhoitaja -toimintamallin mukaan Kotkan kotihoidossa vastuuhoitaja vastaa asiakkaan kokonaisuhoitoon koordinoinnista eri tahojen kanssa. (HILKKA® Kotihoito; Kotkan kaupunki 2013, 5.) Myös KASTE-ohjelman toimeenpanosuunnitelmassa suositetaan, että ikääntyneelle tulee määrittää vastuuhoitaja, joka osallistuu hoidon arviointiin ja toteuttamiseen (STM 2012b, 21). Vastuuhoitajalla on merkittävä rooli ikääntyneen asiakkaan hoidon suunnittelussa, koordinoinnissa ja tiedonkulussa. Vastuuhoitaja myös vastaa asiakkaan hoidon kokonaisvaltaisesti arvioinnista yhdessä muiden hoitajien ja omaisten kanssa. (Ikonen 2015, 36.)

Ikääntyneen elämänlaatuun ja tarjotun hoidon laatuun vaikuttaa erityisesti hoitajan tekemä arvio ikääntyneen voinnista (Hellström, Persson & Hallberg 2004, 592). Arvion tekeminen mahdollistuu sujuvammin toimivan vastuuhoitajamallin myötä, kun tuttu ja nimetty hoitaja käy useimmiten ikääntyneen luona. Englannissa toteutetun, kotihoitoon liittyvän tutkimuksenkin mukaan hoitajien pysyvyys lisäsi luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta. Pysyvyyttä arvostettiin tutkittavien keskuudessa merkittävästi. (Sykes & Groom 2011, 30.)

Vuonna 2012 julkaistun seurantatutkimuksenkin mukaan työntekijöiden suuri vaihtuvuus vaikuttaa kotihoidon palvelun laatuun. Vastuuhoitajamalli edistää muun muassa luottamussuhteen syntymistä asiakkaan ja vastuuhoitajan välille. (Paljärvi 2012, 101.) Hyvärisen mukaan luottamusta vaativassa vuoropuhelussa hoitajan ja asiakkaan välillä on vielä haasteita. Toimivaan ja asiakaslähtöiseen vuoropuheluun tulisi panostaa, koska asiakkaan vaikuttamismahdollisuudet lisäävät itse hoidon vaikuttavuutta. (Hyvärinen 2011, 65–66).

Järjestelmän automatisoinnin vuoksi myös työntekijöiden osaaminen suhteessa asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin on mahdollista sujuvasti huomioida (HILKKA® Kotihoito). Muiden kotihoidon työntekijöiden kuin vastuuhoitajan, tehtävänä onkin toteuttaa asiakkaan yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista hoitoa asiakkaan kotona (Kotkan kaupunki 2013, 5). Hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisen, yksilöllisen hoidon toteuttaminen on myös kirjattu suositukseksi ikääntyneiden hoitoon liittyen. Jokaisen ikääntyneen hoitoon osallistuvan tulee noudattaa ja toteuttaa suunnitelman mukaista hoitoa. (STM 2012b, 30.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmat löytyvät Kotkan kotihoidon asiakkaiden kotoa, jolloin ikääntyneen asiakkaan hoito voi olla vastavuoroista. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa on mahdollista arvioida arjessa ja lisäksi asiakaslähtöinen hoitotyö mahdollistuu. Hyvään hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntämiseen kuuluu suunnitelman aktiivinen kirjallinen arviointi sekä asiakkaan tilanteen seuranta. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13.) Valtakunnallisen Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle suosituksenkin mukaan, palvelua tulisi toteuttaa niin, että sitä aktiivisesti arvioidaan laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman pohjalta. Jatkuvalle arvioinnilla pystytään paremmin vastaamaan ikääntyneiden muuttuviin palveluntarpeisiin yksilöllisesti. (STM 2012a, 51.)

Väestön ikääntymiseen liittyviin haasteisiin vastaaminen myös tehostuu, koska välittömän työajan prosenttia on saatu nostettua toiminnanohjausjärjestelmän toimintoja hyödyntäen. Muun muassa kotihoidon työntekijöiden poissaoloihin reagointi on kokonaisvaltaisempaa kokonaisuutta tukevan toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Näin myös ulkopuolisen sijaistyövoiman käyttö vähenee huomattavasti. (Kuntien Tiera Oy 2015.) Kotkaan perustetun resurssipoolin henkilöstö koostuu Kotkan kotihoidon omista työntekijöistä, ja se vastaa asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin koko kunnan alueella, jolloin ulkopuoliset sijaiset eivät vastaa säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoidosta samoin kuten ennen. Resurssipoolin sijoittumisen ratkaisee aina asiakaslähtöinen tarve. Näin myös on sujuvampaa turvata tärkeä työhyvinvointiin vaikuttava tekijä: riittävä työntekijämäärä suhteessa tarpeeseen. (Haapakorpi & Haapola 2008, 42; Kotkan kaupunki.)

Sanerman tutkimuksen mukaan, työnjaon sujuvuuteen on kaivattu parannusta. Työn jakaminen nousi tutkimuksessa useimmiten kehittämiskohteeksi. Tutkimuksessa nousi myös esille selkeästi, että uudet työnjakomallit vaativat uuden opettelua. (Sanerma 2009, 185–186.) Kotkan kotihoidossa uusien toimintamallien jalkauttaminen on toteutettu tämän vuoksi asteittain. Osittain automatisoituun työnjakamiseen siirryttiin, kun perusrakenteet ja muutokset olivat käytännön tasolla toteutettuja.

Sähköiseen toiminnanohjausjärjestelmään siirtyminen mahdollisti myös uuden teknologian, älypuhelin, käyttämisen kirjaamisen ja tiedonsiirron tukena. Järjestelmään liittyvä mobiilisovellus lisää myös kotihoidon työntekijöiden työn toteuttamisen sujuvuutta (Kuntien Tiera Oy 2015). Lisäksi mobiilisovelluksen

integraatio potilastietojärjestelmään lisää lisäksi käyntien suorittamisen turvallisuutta ja sujuvoittaa tiedonsiirtoa (Kuntien Tiera Oy 2015). Tepposen (2009, 192–193) mukaan kotihoidon hoitotyön laadulle on tärkeää toimiva tiedon siirtyminen sekä sujuva tiedottaminen. Toimivalle organisoille on myös edellytyksenä toimiva tiedonsiirto (Haapakorpi & Haapola 2008, 43).

Mobiilisovelluksen hyötynä onkin, että työntekijöillä aina asiakaskäynneillään käytössä asiakkaisiin liittyvät tiedot, kuten aikaisemmat kirjaukset ja huomiot asiakkaan voinnista (Kotkan kaupunki). Edellisistä kirjauksista voi sujuvasti selvittää keskeisimmät asiat, jotka on esimerkiksi hyvä ottaa puheeksi kuluvalle asiakaskäynnillä (ks. Ikonen 2015, 161).

Kotihoidon asiakkaille on myös mahdollista tarjota laadukkaampaa ja kiireettömämpää hoitoa asiakkaan luona, kun käynteihin liittyvä toimistotyö, kuten hoitotyön kirjaaminen toimistolla, on vähentynyt huomattavasti. (Kuntien Tiera Oy 2015.) Mobiilisovelluksen avulla käynteihin liittyvä dokumentointi suoritetaan suoraan asiakkaan kotona, yhdessä asiakkaan kanssa (HILKKA® Kotihoito). Dokumentoinnissa tulisi kiinnittää huomio asiakkaan osallistumiseen. Kirjauksia tosin hyödynnetään usein myös toimintaa ja tuotettua palvelua arvioitaessa. Tällöin kirjauksista tulee arvioinnin väline, jolloin dokumentointi voi olla työntekijälähtoisempää. (Günther 2015, 71.) Toimivan mobiilisovelluksen myötä kuitenkin asiakkaan osallistuminen dokumentointiin mahdollistuu paremmin. Asiakkaalla tulisi olla oikeus saada kirjatuksi se, mitä asiakas itse pitää tärkeänä hoitonsa kannalta. Lisäksi kirjaaminen tulisi toteuttaa asiakkaan vierellä aina, jos se vain on mahdollista. (Kärkkäinen 2007, 89.) Älypuhelimien ja mobiilisovelluksen käyttö vastaa tähän tarpeeseen.

Uuden teknologian hyödyntäminen ikääntyneen kotona voi myös aluksi tuntua ikääntyneestä vieraalta. Ylä-Outisen (2012, 140) mukaan hänen tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet lähes poikkeuksetta vierastivat uutta tekniikkaa. Kotkan kotihoidossa mobiilisovellusta käyttää ainoastaan kotihoidon työntekijä, mutta sovelluksen käyttö asiakkaan kotona mahdollistaa myös ikääntyneen asiakkaan osallisuuden. Ikääntyneen ottaminen mukaan oman hoitonsa arviointiin on kuitenkin tärkeää toteuttaa rauhallisesti ja asiakaslähtöisesti. Yhtä tärkeää, on myös itse hoitohenkilökunnan asennoituminen uuden teknologian käyttöönottoon. Uusilla mobiililaitteilla pystyttiin tarjoamaan myös aina riittävä dokumentoinnin välineistö jokaiselle hoitajalle. Aikaisemmin dokumentointiin

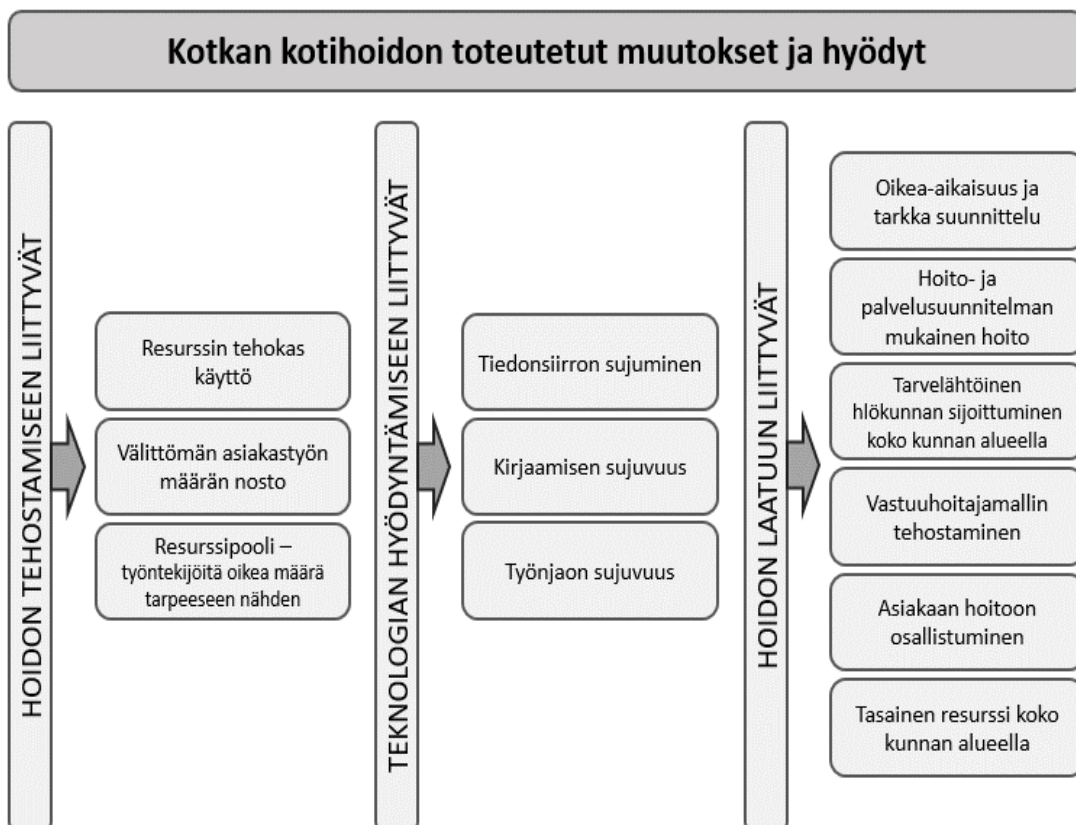
toimistolla kului huomattavasti enemmän aikaa, kun sähköiseen järjestelmään siirtymisen jälkeen. (Ks. Saranto & Ikonen 2007, 188.)

Nyt asiakkaiden osallistuminen hoidon dokumentointiin tukee myös ikääntyneiden kotona asumista (Kuntien Tiera Oy 2015). Ikääntyneiden hoitoa ja palveluja koskevissa laatusuosituksissakin painotetaan, että ikääntyneiden ääni tulisi kuulua kaikessa hänen hoitoaan liittyvässä palvelun toteutuksessa (STM 2013a, 17). Asiakasta tulisi kuunnella aktiivisesti ja myös muuttaa aktiivisessa käytössä olevaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa saumattomasti (Päivärinta & Haverinen 2002, 17). Riittävällä hoitosuunnitelman arvioinnilla on myös selkeä positiivinen yhteys suunnitelmaan laaditun hoidon toteuttamisen kanssa (van Houdt & De Lepeleire 2010). Asiakkaan äänen kuuluminen ja asiakaskeskeinen toiminta edellyttävät kuitenkin hoitoalan työntekijältä myös aktiivista otetta. Tuomisen mukaan toimintaympäristöjä tulisi tarkastella ja määrittää keinoja muun muassa asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi. (Tuominen 2006, 86.) Yksi konkreettinen keino asiakkaan osallistumisen mahdollistamiseksi ja asiakaslähtöisen toiminnan lisäämiseksi, on toiminnanohjausjärjestelmään liittyvä mobiilisovellus, jonka avulla asiakas voi osallistua oman hoidon arviointiin päivittäin. Hoitajan tulisikin kotikäynnin aikana saada kokonaisarvio tilanteesta, jotta luotettavan arvion kirjaaminen on mahdollista (Ikonen 2015, 163).

### 6.3 Yhteenveto Kotkan kotihoidon toiminnanmuutoksesta

Kotkan kotihoidossa toteutettujen toiminnanmuutosten perustana on ollut ikääntyneiden hoidon muutosta koskevat lähtökohdat. Tuleva väestörakenne on ohjannut kuntia tehokkaampien ja sujuvampien toimintamallien pariin, mutta samalla on kehitetty lainsäädännössä ja suosituksissa painotettua hoidon laatua. Kuvaan 5, on koottu tämän tutkimuksen luku 5 yhteenvedoksi.



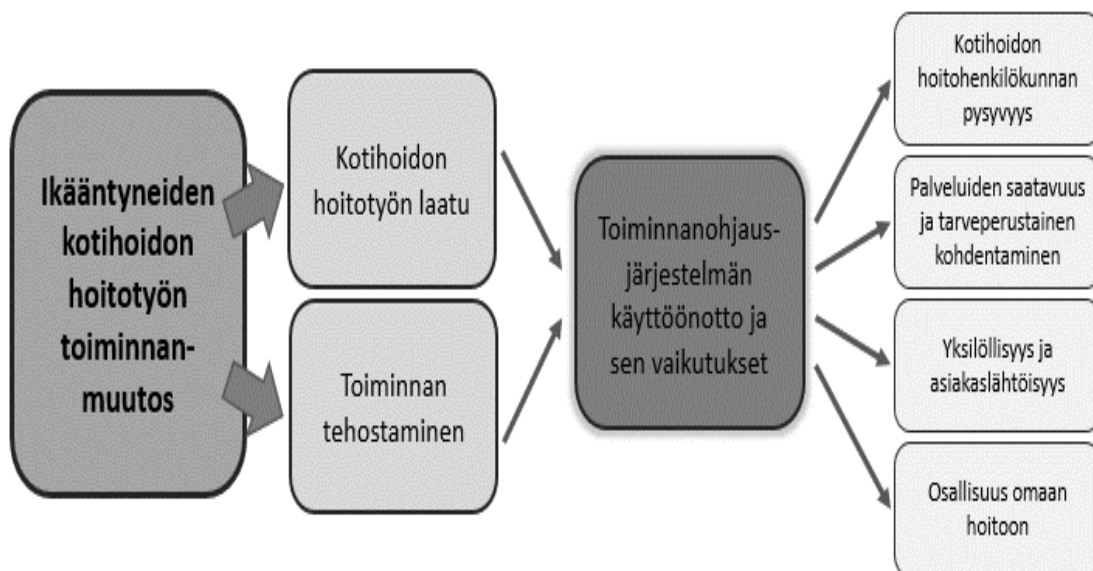


Kuva 5. Kotkan kotihoidon toteutettujen muutosten yhteenveto

Kuvassa 5 näkyy selkeästi, että vaikka muutoksilla on saatu aikaan tehostamiseen liittyviä hyötyjä, on myös hoidon laatua kehitetty samalla. Muutokset ovat tuoneet mahdollisuuksia parantaa hoitotyön ominaisuuksia, joita ovat muun muassa yksilöllisyys, asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallisuus ja palvelujen kohdentaminen sekä pysyvyys.

## 7 YHTEENVETO TEOREETTISEKSI VIITEKEHYKSEKSI

Edellä esitetyn teorian tiedon perusteella on ikääntyneiden kotihoidon hoitotyön toiminnanmuutokselle ollut tarvetta. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin ohjannut uusien ja tehokkaampien työnjakomallien käyttöön (STM 2012b, 22). Kotkan kotihoidossa käytössä olevan toiminnanohjausjärjestelmän avulla tämä onnistuu. Myös välittömän työajan prosenttia on saatu nostettu toiminnanohjausjärjestelmän toimintoja hyödyntäen, jolloin väestön ikääntymiseen liittyviin haasteisiin vastaaminen on tehokkaampaa. (Kuntien Tiera Oy 2015). Edellä kuvattu teorian tieto on koottu teoreettiseksi viitekehyyksi kuvaan 6.



Kuva 6. Yhteenveto toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotosta ja sen vaikutuksista

Edellä kuvatussa teoriassa esitettyjä toimintamalleja kehitettäessä on ollut tärkeää huolehtia kotihoidon hoitotyön koetusta laadusta, johon liittyy muun muassa palvelun riittävyys, kotihoidon jatkuvuus, asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen laatu, asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen sekä asiakkaan mukaan ottaminen palvelun suunnitteluun ja toteutukseen (STM 2012a. 49; Vaarama & Ylönen 2006, 10–11, 37, 40). Kuvassa 6 ovat toiminnanmuutoksen kahdeksi muutoksen taustalla vaikuttavaksi tekijäksi nousseet toiminnan tehostaminen, mutta samalla myös kotihoidon hoitotyön laatu. Tehostamisen tarpeeseen on vastattu toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotolla. Keskeisimmät käyttöönoton aikaansaamat vaikutukset on koottu kuvaan oikealle.

## 8 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Kotkan kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotihoidossa toteutetusta toiminnanmuutoksesta. Tarkoituksena on selvittää, miten toiminnanohjauksen aikaansaamat prosessit vaikuttavat hoidon laatuun asiakkaiden arvioimana. Tutkimuskysymykset on muotoiltu seuraavan laisiksi:

1. Miten käyttöönotetun resurssipoolin mahdollistama kotihoidon hoitohenkilökunnan pysyvyys on vaikuttanut kotihoidon tuottamaan hoitoon?

2. Miten palvelujen tarveperustainen kohdentaminen ja tasainen saatavuus on näyttäytynyt asiakkaille?
3. Miten asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys päivittäisessä hoidossa on vaikuttanut asiakkaan saamaan hoitoon?
4. Miten osallistuminen omaan hoitoon on vaikuttanut hoidon laatuun?

## 9 TEEMAHAASTATELUN TOTEUTUS

### 9.1 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui haastattelu, koska haastattelussa ollaan suorassa ihmiskontaktissa tutkittavaan. Haastattelussa on myös mahdollista suunnata tiedonhankintaa aineistonkeruun aikana. Haastattelu onkin paljon käytetty aineistonkeruumenetelmä. Haastattelu sopi hyvin tämänkaltaisiin tutkimuksiin, joissa tutkittiin tunneperäisiä asioita. Menetelmän valintaa puolsi myös se, että haastattelulla on mahdollista ottaa huomioon vastaajien tulkinnat asioista. Lisäksi menetelmän joustavuus on luettu yhdeksi haastattelututkimuksen eduista. (Hirsjärvi & Hurme 2010; 34, 35; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 199.) Tavoitteena olikin selvittää vastaajien arvioita ja tulkintoja kysyttävistä asioista.

Haastattelun lajeista valittiin menetelmäksi teemahaastattelu, koska se tuo parhaiten tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelu on yksi haastattelulajeista, ja sitä voidaan kutsua myös puolistrukturoiduksi haastattelumenetelmäksi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 34, 47–48.) Teemahaastattelussa edetään ennalta määritettyjen teemojen mukaisesti. Teemojen ympärille voi rakentaa myös tarkentavia alakategorioita, jolloin eri haastattelukerrat vastaavat enemmän toisiaan. Teorian pohjalta nousseiden pääteemojen ympärille rakennettiin keskusteluteemat (liite 1) haastatteluiden avuksi. (ks. Hirsjärvi ym. 2008, 203; Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.) Keskusteluteemoilla oli tarkoitus löytää vastauksia asetettujen tutkimusongelmien mukaisesti. Teemat haastattelulle rakentui-  
vat jo tiedetyn tiedon varaan eli tämän tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.)

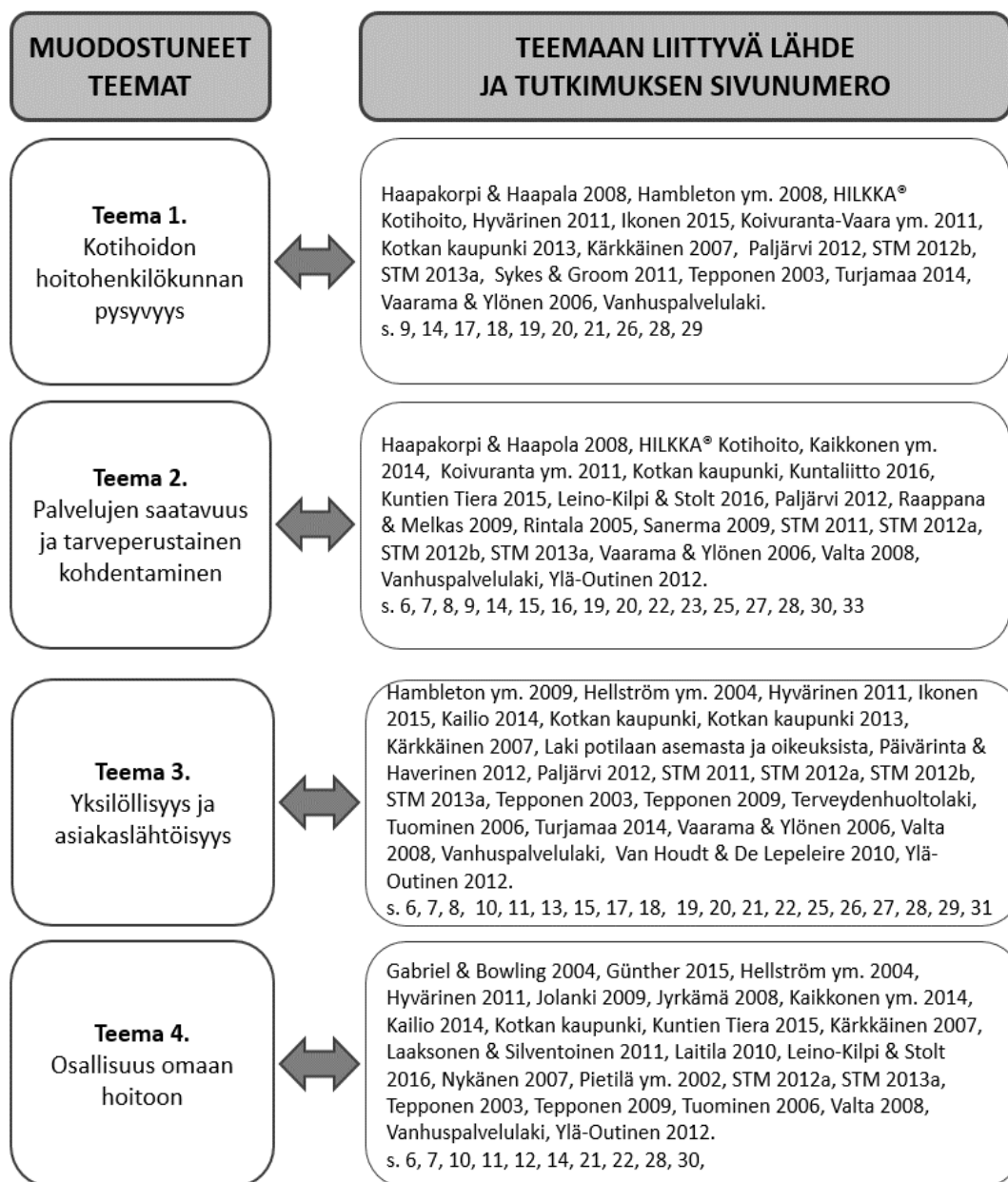
Teemahaastattelulla kerättiin tietoa tutkittavista asioista ja siitä, miten eri merkitykset syntyivät tutkijan ja haastateltavan käymässä vuorovaikutuksessa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 75). Haastatteluihin luodussa vuorovaikutuksessa otettiin huomioon myös vastaajien korkea ikä, haastattelukysymyksiä ja vuoropuhelun kulkua säädeltäessä. Haastatteluissa mahdollistui myös halu kohdata vastaajat subjekteina. Vastaajille oli mahdollista luoda tunne, että heidän vastaukset olivat merkityksellisiä. Tämä on todettu haastattelutilanteen eduksi myös tutkimuskirjallisuudessa. Haastattelu onkin sopiva aineistonkeruumenetelmä myös silloin, kun tiedetään, ettei haastattelun aikana esitettyihin kysymyksiin välttämättä löydy yksiselitteisiä vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2008, 200.)

## 9.2 Haastatteluteemojen muodostuminen

Laadullisen tutkimuksen perusteluissa huomiota kiinnitetään usein tehtyjen havaintojen teoriapitoisuuteen. Laadullisesta tutkimuksesta puhutaan kuitenkin välillä myös empiirisenä tutkimuksena teoreettisen tutkimuksen sijaan, mutta tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja teoriapitoisuus ovat kuitenkin myös laadullisen tutkimuksen tärkeinä lähtökohtina. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 20.) Teoreettinen viitekehys rakennettiin mahdollisimman kattavaksi, jotta aiheen ja saatujen tulosten monipuolinen tarkastelu oli mahdollista.

Teoreettista viitekehystä rakentaessa tulisikin ikään kuin kerätä johtolankoja, joiden avulla on mahdollista arvioida myöhemmin kerättyä aineistoa. Aineistonkeruun aikana on mahdollista hyödyntää teoreettisen viitekehysten tietoa aineistoa järjesteltäessä teemoittain sekä analysoitaessa. (Alasuutari 2011, 79, 81–82.)

Tutkimuksen haastatteluteemat rakentuivat teoriaan pohjautuen niin, että tässä työssä aiemmin kuvattuun teoreettisen viitekehysten yhteenvetoon (kuva 7) eriteltiin toteutettuun toiminnanmuutokseen liittyviä tekijöitä. Nuo tekijät yhdisteltiin neljään yleisempään teemaan, jotka toistuivat myös teemahaastattelurungossa (liite 1).



Kuva 7. Haastatteluteemojen muodostuminen

Kuvassa 7 on havainnollistettu tämän tutkimuksen neljän teeman muodostuminen teorian pohjalta. Kuvan oikealla puolella on kirjattuna muodostuneeseen teemaan liittyvä lähde sekä tutkimuksen sivunumero, jossa kyseiseen teemaan sisältyviä asioita käsitellään yksityiskohtaisemmin.

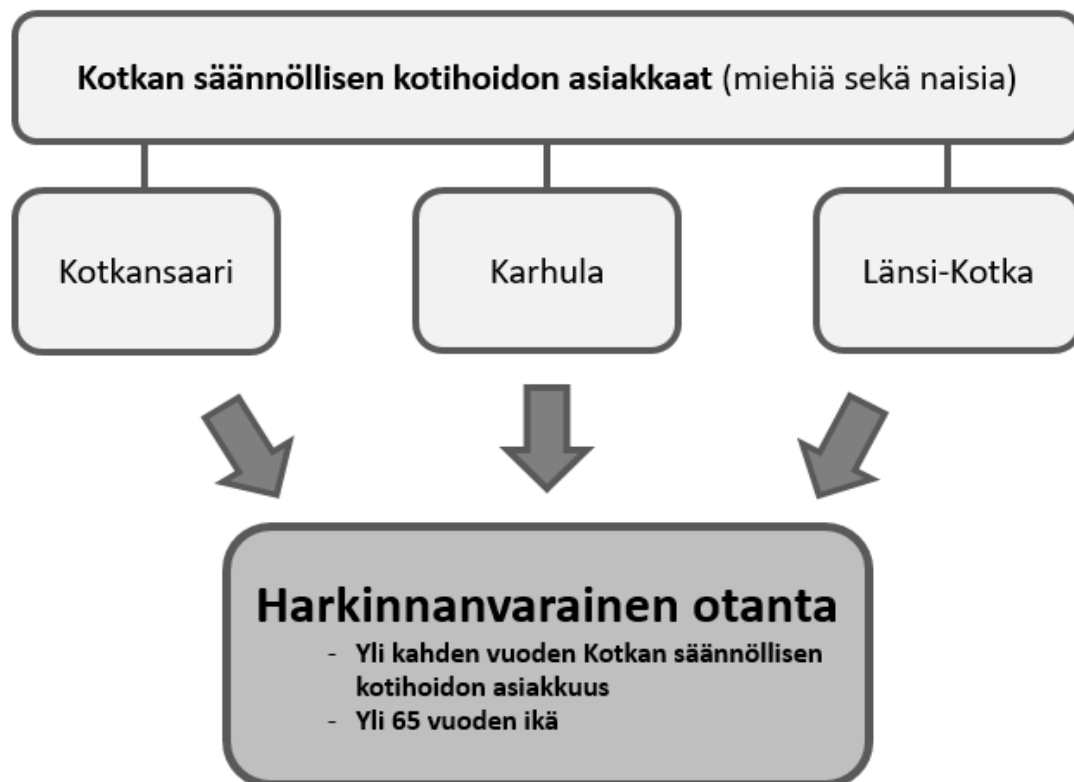
### 9.3 Tutkittavien valinta

Haastateltaviin oltiin yhteydessä haastattelujen sopimiseksi. Ensin tuli kuitenkin olla yhteydessä taustayhteisöön, johon haastateltavat kuuluivat, jotta yhteydenotot haastateltaviin olivat mahdollisia. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2011, 83.) Haettaessa tutkimuslupaa (liite 2) Kotkan kaupungilta, pyydettiin myös lupaa

tutkimusryhmän yhteydenottoihin vaadittaviin tietoihin. Tutkimusryhmä koostui Kotkan säännöllisen kotihoidon asiakkaista.

Kotkan kotihoito on jaettu maantieteellisesti kolmeen kotihoitoalueeseen, joista jokaisesta oli tavoitteena haastatella asiakkaita. Haastateltavien määräksi tavoiteltiin noin 10–12 haastateltavan tapaamista. Laadullisessa tutkimuksessa ei vastaajien määrä ole kuitenkaan tieteellisyyttä tai edustettavuutta määrittävä tekijä, kuten määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen aineiston pohjalta ei ole tarkoitus tehdä yleistyksiä samoin kuin kvantitatiivisissa tutkimuksissa. (Tuomi 2007, 141–142.) Tutkimukseen haluttiin valita kuitenkin riittävä määrä Kotkan kotihoidon asiakkaita, jotta tulosten analysointi oli kattavaa.

Tutkimukseen osallistuneilta edellytettiin säännöllistä Kotkan kotihoidon säännöllistä asiakkuutta, jonka tuli olla alkanut jo ennen aiemmin kuvattua toiminnanmuutosta. Näin varmistettiin, että tutkittavilla oli aiempaa vertailupohjaa muutosta edeltäneeseen tilanteeseen. Tutkittavilta edellytettiin myös yli 65 vuoden ikää, koska tutkimuksessa keskityttiin ikääntyneiden väestöryhmään. Lisäksi Kotkan kotihoidon asiakkaista selkeästi suurin osa on ikääntyneitä. Lisäksi tutkittavien tuli olla riittävän orientoituneita, jotta tutkimuksen tuloksia voitiin pitää luotettavina. Tutkittavien joukkoon haluttiin sekä miehiä että naisia jokaiselta kotihoidon alueelta, jotta oli mahdollista tarkastella, oliko esimerkiksi tutkittavan asuinalueella merkitystä tuloksiin. Kuvassa 8 on tutkittavien joukon muodostuminen harkinnanvaraisesti kolmelta kotihoitoalueelta (kuva 8).



Kuva 8. Tutkittavien joukon muodostuminen

Haastattelun etuna onkin pidetty sitä, että tutkija voi itse vaikuttaa haastateltavien valintaan, jolloin on mahdollista valita tutkimuksen piiriin haastateltavia, joilla on varmasti tarvittavaa tietoa tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2011, 74). Otos valittiinkin harkinnanvaraisesti, jotta varmistettiin, että saatiin tutkimuksen kannalta luotettavia vastauksia sekä kattava otos tutkittavia koko Kotkan alueelta. Harkinnanvaraiseen otantaan päädyttiin myös siksi, koska tutkittavilta edellytettiin tiettyjä taustatietoja, kuten pidempää kuin kahden vuoden säännöllistä asiakassuhdetta kotihoidossa. Tutkittavien joukolla tuli olla yhteneväisiä piirteitä, jotta tutkimuksen tulosten kannalta vertailu oli mahdollista. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 90.) Haastateltavien valinnassa hyödynnettiin kotihoidossa työskenteleviä hoitajia. Asiakkaat tunteviin työntekijöihin oltiin yhteydessä ja pyydettiin ehdottamaan asiakkaita, jotka olisivat sopivia tutkimukseen osallistujiksi. Tästä joukosta valittiin 12 tutkittavaa, joihin otettiin myöhemmin yhteyttä.

Haastateltaviin oltiin henkilökohtaisesti yhteydessä haastattelujen sopimiseksi. On todettu, että haastateltavat harvoin kieltäytyvät tutkimukseen osallistumisesta, kun heihin ollaan henkilökohtaisesti yhteydessä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73). Kaikki tutkittavat suostuivatkin osallistumaan yhteydenoton perus-

teella. Yhteydenoton yhteydessä sovittiin haastatteluajankohta ja kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta. Jokaiseen haastatteluun varattiin 1,5h aikaa. Tutkittaville jätettiin tutkimukseen liittyvä saatekirje (liite 3), tutkijan yhteystiedot sekä tietosuojaseloste (liite 4). Haastateltavilla oli näin ollen jälkikäteen myös mahdollisuus olla yhteydessä, mikäli heillä olisi kysyttävää tutkimukseen liittyen. On myös todettu, että haastattelujen onnistumisen kannalta on hyödyllistä, että haastateltavat tutustuvat tutkimuksen aiheeseen etukäteen esimerkiksi saatekirjeen muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73–74.)

Haastatteluja suoritettiin kaiken kaikkiaan 12 kappaletta tammikuussa 2017. Tutkittavat olivat iältään 73–99-vuotiaita. Tutkimukseen osallistuneista 4 oli miehiä ja 8 naisia. Tutkittavat olivat olleet Kotkan kotihoidon säännöllisen palvelun piirissä 3–20 vuotta.

#### 9.4 Luotettavuuden varmistaminen

Haastattelu on menetelmänä melko haastavakin, josta johtuen haastattelijan taitoja sekä haastattelijan roolia tulee harjoitella. Myös suoritettut esihaastattelut lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta. Haastatteluja käytiin näin läpi ennen varsinaisia haastattelutilanteita. (Ks. Hirsjärvi ym. 2008, 201.) Ennen haastatteluja, tilannetta ”lämmiteltiin” keskustelemalla muusta kuin varsinaisesta tutkimuksen aiheesta. Aluksi kerrottiin myös tutkijan taustat ja kiinnostus tutkittavaa aihetta kohtaan. Lisäksi kirjattiin ylös haastateltavien taustatekijät (liite 5), kuten haastateltavan ikä ja sukupuoli. Haastattelutilanteista pyrittiin luomaan myös mahdollisimman keskustelevia ja joustavia, jotta tutkittavien oli mahdollista tuoda kaikki esille nousevat ajatukset avoimesti esille. Keskustelunomaisen ilmapiirin luominen ja joustava eteneminen teemojen avulla, olivatkin haastattelutilanteissa tärkeinä tavoitteina.

Esihaastattelut tehtiin tammikuussa 2017 kahdelle vastaajalle ennen varsinaisia haastatteluja. Esihaastattelujen avulla varmistuttiin, että valitut teemat olivat oikeita (ks. Hirsjärvi & Hurme 2011, 72–73). Haastattelun teemojen muokaus olisi esihaastattelujen vuoksi ollut mahdollista vielä esihaastattelujen jälkeen.

Haastatteluihin varattiin myös riittävästi aikaa sekä uudet, luotettavat tallennusvälineet. Luotettavilla tallennusvälineillä varmistettiin, että litteroinnissa ei



jouduta tekemään omia tulkintoja haastattelun kulusta. Tallennusvälineiden sujuvaa käyttöä myös harjoiteltiin etukäteen sekä vielä testattiin esihaastatteluissa. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2011, 72.)

Kaikissa haastattelutilanteissa haastattelijana oli sama tutkija, mikä takasi sen, että kaikissa haastatteluissa keskustelu eteni samankaltaisesti. Toisaalta vähäinen tutkijan kokemus haastattelutilanteista otettiin myös huomioon. Lisäksi huomioitiin myös haastattelijan oma esikäsitys ja tietämys tutkittavasta aiheesta. Toisaalta vahva oma tietämys aiheesta lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkimustilanteissa pystyi keskustelua viemään eteenpäin luonnollisemmin ja asiantuntevammin. Tutkijan aikaisempi tuntemus aiheesta olikin yksi tämän tutkimuksen vahvuuksista. Lisäksi on todettu, että tutkimuksen luotettavuudelle on tärkeää, että tutkija kokee tutkittavan aiheen itselle tärkeäksi (Tuomi & Sarajärvi 2011, 140). Aiheen läheisyys tukee aiheen tärkeäksi kokemista.

Tietyistä seikoista, kuten tutkittavien anonyymiydestä huolehdittiin tarkasti aineistoa käsiteltäessä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on erityisen tärkeää henkilöllisyyksien salassapito. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 140–141.) Aineiston litteroimisen yhteydessä muodostuneisiin tiedostoihin, ei missään kohtaa kirjattu tutkittavien nimiä, vaan tiedostot nimikoitiin ja numeroitiin niin, ettei henkilöllisyydet paljastuneet missään vaiheessa.

Litteroidessa ja johtopäätösten tekemisessä myös huomioitiin, etteivät omat mielipiteet häirinneet objektiivista tulosten tarkastelua ja sisällönanalyysin tekoa. Laadullisessa tutkimuksessa onkin tärkeää huomioida puolueettomuus eli se, ettei tutkijan oma asenne vaikuta siihen, mitä hän havainnoi tai kuulee (Tuomi & Sarajärvi 2011, 136). Huolellisella tallennuksella varmistettiin myös luotettavan litteroinnin onnistuminen varsinaisen aineiston keruun jälkeen.

Viimeisenä huolehdittiin myös riittävästä tutkimuksen kulun raportoinnista. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisääkin se, että tutkimusmenetelmät, tulokset sekä aikataulu kirjattiin auki selkeästi sekä perusteellisesti. Tulosten pohdinnan yhteydessä pohdittiin vielä laajasti tutkimuksen eettisiä näkökulmia sekä luotettavuustekijöitä. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 141.)

## 9.5 Aineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla tutkittavia teemahaastattelun menetelmällä. Kotkan kaupungilta haettiin tutkimuslupa ennen kuin tutkittaviin oltiin yhteydessä.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina tutkittavien omissa kodeissaan. Haastatteluihin siirryttäessä pyrittiin haastattelutilanteisiin luomaan myös mahdollisimman keskusteleva ja rento ilmapiiri, jotta vastaajilla oli vapaa ilmapiiri keskustella. Vapaasta ilmapiiristä huolimatta keskustelua ohjattiin hienovaraisesti oikeiden aiheiden pariin, jotta keskustelu ei lähtenyt liikaa polveilemaan muihin aiheisiin.

Haastattelujen vuorovaikutuksessa huomioitiin haastateltavien ikä, ja toteutettiin tilanteet haastateltaville sopivalla tavalla. Haastatteluja pyrittiin viemään eteenpäin tarttumalla vastaajien antamiin pieniin johtolankoihin, ja jatkamalla keskustelunomaista haastattelun etenemistä siitä. (Ks. Hirsjärvi ym. 2008, 201.) Juuri keskustelunomaisen luonteen vuoksi teemahaastattelu sopikin parhaiten tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi.

Ennen varsinaisia haastatteluja tehtävillä esihaastatteluilla varmistuttiin, että varsinaisissa haastatteluissa kysyttiin oikeita kysymyksiä ja edettiin oikeiden teemojen mukaisesti. Esihaastatteluissa myös haastattelija harjaantui haastattelijana. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 72–73.) Esihaastattelut tehtiin kahdelle haastateltavalle tammikuussa 2017. Esihaastattelujen teko lisäsi myös tutkimuksen luotettavuutta. Esihaastattelut toimivat myös tutkijalle harjoitustilanteina, jotta tutkimuksen lopputuloksesta tuli paras mahdollinen.

Niin esihaastattelut kuin varsinaisetkin haastattelut nauhoitettiin luotettavilla tallennusvälineillä (ks., Hirsjärvi & Hurme 2011, 72). Luotettavalla tallennuksella varmistettiin myös huolellisen litteroinnin onnistuminen aineiston keruun jälkeen. Luotettavuustekijöiden huomiointi ja suunnittelu koettiin tärkeäksi tämän tutkimuksen onnistumisen takaamiseksi.

## 9.6 Teemahaastattelujen aikainen havainnointi

Kaikkiin haastattelutilanteisiin liittyi aina osana myös havainnointi. Havainnoinnin on jopa todettu liittyvän perusmenetelmänä kaikkiin tieteenhaaroihin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 37.) Havainnoinnin ja haastattelun yhdistäminen on usein aineistonkeruun kannalta hyödyllistä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 81). Havaintojen tekeminen tutkimuskohteista ei ole kuitenkaan helppoa. Se, millaisia havaintoja tutkimuksen perusteella pystyy tekemään, riippuu paljolti tutkijan kyvykkyydestä. (Vilkkä 2006, 15, 20.) Tutkimuksessa keskityttiin ensisijaisesti kuitenkin haastattelumenetelmän käyttöön, mutta koska haastattelut toteutettiin tutkittaville luonnollisissa ympäristöissä, otettiin lisähavaintojen tekemisen ja uusien ajatusten hyödyntämisen mahdollisuus myös huomioon.

On kuitenkin todettu, että on merkityksellistä, miten vastaajat reagoivat tiettyihin haastattelun aikana esitettyihin aihealueisiin. Haastattelun etuna onkin se, että haastattelija voi myös vastausten lisäksi kirjata myös muistiin miten haastateltava reagoi tiettyihin aihealueisiin liittyviin kysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73). Aineistonkeruun aikana tehdyt havainnot kirjattiin välittömästi jokaisen haastattelun jälkeen ylös. Havainnoinnin avulla voitiin haastattelujen aikana myös tarkastella, toimivatko haastateltavat niin kuin sanovat toimivansa (ks. Vilkkä 2006, 37).

Haastattelut suoritettiin tutkittavien kotona, mikä mahdollisti myös ympäristön havainnoinnin haastattelujen yhteydessä. Tässä toimittiin kuitenkin harkiten ja punnittiin myöhemmin, oliko tiettyjen ulkoisten seikkojen ja niiden merkitysten syvemmälle raportoinnille syytä. Oli kuitenkin etu, että haastateltavia voitiin haastattelutilanteissa tarkkailla heille luonnollisissa ympäristöissään. Havaintoja analysoitaessa oli tärkeää arvioida tehtyjä havaintoja teoreettisen viitekehysten näkökulmasta. (Ks. Vilkkä 2006, 37, 81.)

Kuten Tuomi ja Sarajärvi (2011, 73) ovat edellä sanoneet, on vastaajien reagointi keskusteltaviin aihealueisiin merkityksellistä. Haastattelujen aikana havainnoitiinkin vastaajien reaktioita teemahaastattelujen aikana. Haastattelujen aikaisia havaintoja suunniteltiin tehtävän seuraavista aiheista:

- Miten tutkittavat reagoivat eri keskusteluteemoihin? Syntyykö keskusteluteemaan liittyen positiivisia vai negatiivisia tuntemuksia?
- Mistä keskusteluteemasta keskustelu lähti polveilemaan muihin aiheisiin?

Havainnot edellä kirjatuihin aiheista, on esitetty tuloksia koskevassa pääluvussa. Havaintoja raportoitaessa punnittiin kuitenkin tarkasti sitä, että olivatko tehdyt havainnot tutkimusten tulosten kannalta merkityksellisiä. Havainnointi oli tutkimuksessa kuitenkin lisämenetelmänä, jonka mahdollisuutta haluttiin hyödyntää.

## 9.7 Aineiston sisällönanalyysi

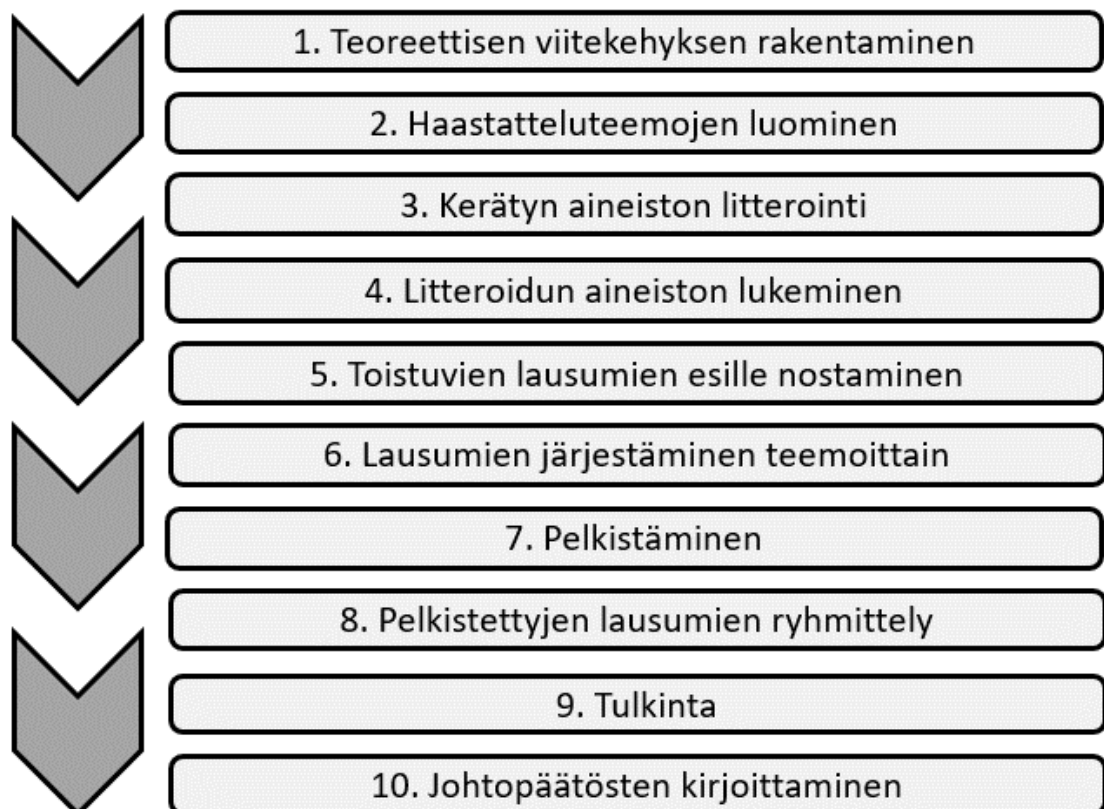
Tutkimuksessa haluttiin tutkittavien omiin kokemuksiin ja havaintoihin perustuvaa tietoa, minkä vuoksi fenomenologis-hermeneuttinen lähestymistapa sopi tähän tutkimukseen osuvasti. Fenomenologis-hermeneuttisessa tieteenfilosofiassa lähestymistavassa arvostetaan nimenomaan tutkittavien omia kokemuksia. Fenomenologiassa tutkija on kiinnostunut ihmisten antamista merkityksistä eri ilmiöille. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 152–153.) Kokemuksia tutkittaessa tutkijan tulee pysyä avoimena, sekä välttää omien kokemusten ja tiedon sekoittamista tutkittavan kokemuksiin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 155). Teemahaastattelu sopiikin siksi fenomenologiseen lähestymistapaan hyvin, koska fenomenologiassa ei haluta estää minkäänlaisten kokemusten ilmenemistä.

Fenomenologis-hermeneuttisessa lähestymistavassa halutaan myös ymmärtää haastateltavien antamia merkityksiä ja löytää niille tulkintoja. Ennen tulkintojen tekoa onkin tärkeää, että tutkittavalle aiheelle on löydetty esikäsitys. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 34–35.) Tästä huolehdittiin rakentamalla mahdollisimman monipuolinen teoreettinen viitekehys tutkittavasta aiheesta. Sisällönanalyysissä tuli teoreettinen viitekehys olla vahvana käsityksenä takalalla, jolloin sisällönanalyysiä voitiin tehdä teoriaan viitaten.

Sisällönanalyysi on tapa käsitellä kerättyä aineistoa objektiivisesti ja järjestelmällisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Sisällönanalyysissä on tärkeää saada tehtyä saaduista tuloksista johtopäätöksiä, jotka liittyvät kerättyyn teoreettiseen viitekehukseen. Sisällönanalyysi ikään kuin tiivistää tuotetun aineiston käsiteltävämpään muotoon, jotta johtopäätösten tekeminen mahdollistuu (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Laadullisessa tutkimuksessa tulee sisällönanalyysiä, eli aineiston kokoamista ja käsitteellistämistä tehdä joka vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 103, 108.)

Sisällönanalyysissä edettiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti (ks. Kyngäs & Vanhanen 199, 5). Toisaalta analyysi alkoi jo aineistokeruuvaiheessa, koska tutkijan tehdessä itse kaikki haastattelut, oli mahdollista jo mielessä alustavasti hahmotella ja järjestellä vastauksia teorialähtöisesti (ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 136). Kerätyn teorialiedon ja tutkittavilta kerätyn aineiston analysointi alkoi muotoutua jo ensimmäisestä haastattelusta lähtien.

Sisällönanalyysin vaiheet on tärkeää tehdä itselle selväksi ennen aineiston käsittelyyn ryhtymistä. Kuvassa 9 on havainnollistettu, miten sisällönanalyysin kulku suunniteltiin ja toteutettiin. Sisällönanalyysi ei aina toteudu tutkimuksessa yhtä suoraviivaisesti, mutta tietyt vaiheet tulee olla kuitenkin huolella valmistettu ja toteutettu ennen seuraavaan siirtymistä. Vaikka analyysi on kuvattu eri vaiheina, limittyvät vaiheet usein toisiinsa ja tapahtuvat jopa osittain päällekkäin ja samanaikaisesti. (Ruusu vuori ym. 2010, 12–13.)



Kuva 9. Sisällönanalyysin eteneminen vaiheittain

Seuraavaksi avataan edellä olevan kuvan 9 kulku tarkemmin.

*1. Teoreettisen viitekehysten rakentaminen.* Kuten tämän luvun alussa todettiin, alkoi sisällönanalyysiin valmistuminen rakentamalla mahdollisimman monipuolinen teoreettinen viitekehys tutkittavasta aiheesta. Viitekehys tiivistettiin

vielä kuvan muotoon (kuva 6), jotta teoritietoa pystyttiin helpommin hyödyntämään haastattelujen taustalla. Metsämuuronen (2005, 54) kuvaa teoreettisen viitekehysten rakentamista ja kerätyn aineiston tuntemista tutkijan herkistymisenä aineistolle.

Fenomenologis-hermeneuttisessa lähestymistavassa on tarkoitus käsitteellistää teemojen ympärille löytyneitä vastauksia ja tulkintoja, jolloin ei teoreettinen lähtökohta eli viitekehys kokemusten keräämiselle voi olla liian ehdoton tai ennalta rajattu. Toisaalta, ennalta määritetyt teematkin voivat joskus ohjata liikaa tutkittavan kokemuksia, jonka vuoksi teemojen tietty väljyys on haluttu huomioida. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 155; Tuomi & Sarajärvi 2011, 34–35.)

*2. Haastatteluteemojen luominen.* Teoriatiedon kirjoituksen jälkeen muodostettiin haastattelun keskusteluteemat (liite 1) teoritietoon ja tutkimuskysymyksiin viitaten. Teemojen muodostuminen teorian pohjalta on koottu kuvaan 7. Haastattelun keskusteluteemoja hyödynnettiin myöhemmin sisällönanalyysin edetessä, kun lausumia järjestettiin teemoittain

*3. Kerätyn aineiston litterointi.* Teemoihin järjestämistä ennen tuli huolehtia ehdottoman tärkeästä osasta sisällönanalyysiä, eli litteroinnista. Litteroinnin avulla saadaan aineisto myös helpommin hallittavaan ja käsiteltävään muotoon. (Ruusuvuori ym. 2010, 13.) Aineistot tulee litteroida mahdollisimman tarkasti, jotta tutkijan tulkintaa ei tehdä liian varhaisessa vaiheessa. Litteroinnit suoritettiin pohjalta sanatarkasti. (Nikander 2010, 432–434.) Litterointi tapahtui litteroimalla kaikki haastatteluaineistot tietokoneelle omiksi tiedostoiksi.

Litteroitavan aineistomassan käsittelyä helpottaa se, että aineistonkeruun yhteydessä tehdään muistiinpanoja ja havaintoja haastattelutilanteista (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 13). Tämän vuoksi jokaisen haastattelun taltioinnin jälkeen kirjattiin heti haastattelun jälkeen ylös omat havainnot.

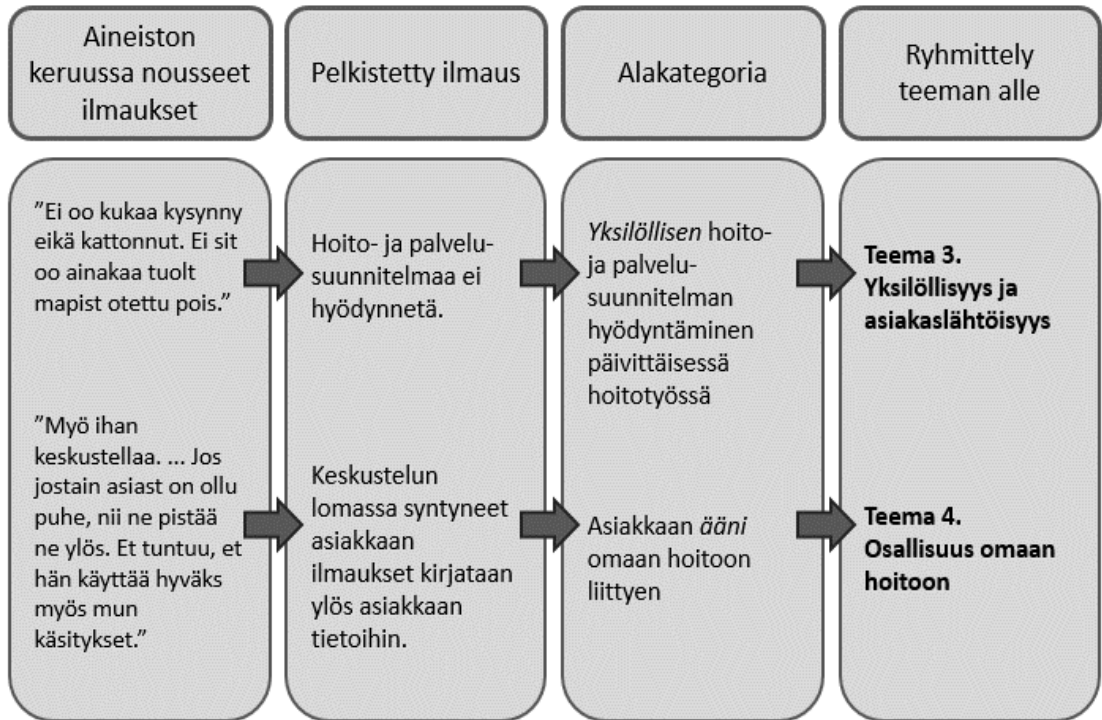
*4. Litteroidun aineiston lukeminen.* Aineistoa luettiin useampia kertoja läpi, jotta aineistosta muodostui riittävän vahva pohja analyysille. Aineisto luettiin ensin läpi vapaasti ja seuraavaksi järjestelmällisemmin. Aineiston lukeminen on tärkeää, jotta seuraavassa vaiheessa toistuvien lausumien tunnistaminen on luotettavampaa. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

5. *Toistuvien lausumien esille nostaminen.* Litteroinnin jälkeen aineistot tulostettiin, jotta niiden käsittely oli sujuvampaa. Aineistojen lukemisen jälkeen toistuvat lausumat yliviivattiin värikoodeilla. Jokaiselle tutkimusongelmalle ja teemalle määritettiin oma värikoodi, jolloin toistuvien lausumien yliviivauksessa voitiin jo samalla tehdä alustavaa lausumien järjestämistä teemoittain.

6. *Lausumien järjestäminen teemoittain.* Seuraavaksi esille nostetut ilmiöt ryhmiteltiin eli klusteroitiin teemojen ympärille. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 110.) Kulloisestakin teemasta alleviivattiin litteroiduista aineistoista sopivimmat ilmaukset. Tässä vaiheessa oli mahdollista, että valittuihin teemoihin liittyi myös alaotsakkeita, jotka tuli myöhemmin raportoida ja ryhmitellä. Nämä uudet aiheet jätettiin aluksi järjestämättä valittujen teemojen alle. Kun valittujen teemojen alle oli järjestetty kaikki teemaan liittyvät lauseet ja lauserakenteet, tehtiin uusia alateemoja uusien aiheiden ympärille. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 113.)

Analysoitaessa nostettiin aineistoista esille ilmauksia, jotka toistuivat useammassa aineistoissa. Teemoittain järjestellyt aihepiirit ovat teemahaastattelun rungoksi asetettuja teemoja, mutta analyysissä voi esille nousta myös muita kiinnostavia teemoja. Tarvittaessa näiden uusien aiheiden ympärille muodostuneet vastaukset huomioitiin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 173.) Haastatteluaineiston järjestäminen teemoittain perustuu osittain tutkijan omaan tulkintaan, koska laajoissa haastatteluaineistoissa ei täysin samoja vastauksia tule esille. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 173.) Tulkinnassa muistettiin kuitenkin analyysin teorialähtöisyys, jotta tutkimusongelmiin ja teoreettiseen viitekehykseen viittaaminen mahdollistui.

Seuraavassa kuvassa 10 on kuvattu sisällönanalyysin ryhmittelyn ja pelkistämisenkin vaiheita. Ensin on nostettu esiin aineistossa useasti nousseet alkuperäiset ilmaukset. Seuraavaksi ilmaukset on tiivistetty pelkistetympään muotoon ja lopuksi huolehdittu teorialähtöisyydestä järjestämällä pelkistetyt teemat vielä alakategorioiden ja edelleen haastatteluteemojen alle. Myös kuvasta 10 kuten myös kuvasta 9 voi huomata, että pelkistämisen sekä ryhmittelyn vaiheet ilmenevät osittain limittäin ja päällekkäin.



Kuva 10. Ilmausten pelkistäminen ja ryhmittely

7. *Pelkistäminen.* Litteroinnin ja aineiston ryhmittelyn jälkeen lausumat aluksi pelkistettiin, eli aineistoista poistettiin epäolennainen. Tämän jälkeen ryhmitelystä aineistoista eroteltiin tutkimusta ajatellen olennainen tieto ja olennainen tieto käsitteellistettiin. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 109–111.) Tässä kohtaa sisällönanalyysiä huomioitiin myös asetetut tutkimuskysymykset ja verrattiin analyysin aikana nousseita teemoja niihin sekä kirjoitettuun teoriaan.

Kyngäs ja Vanhanen (1999, 5) ohjeistaa pelkistämisen yhteydessä kysymään aineistolta tutkimuskysymysten mukaisia kysymyksiä. Litteroidusta aineistosta nostetaan esille tutkimuksen kannalta tutkimuskysymyksiin vastaavat lausumat, kuten aiemmin on mainittu (ks. Ruusuvuori 2010 ym. 14). Sisällönanalyysin avulla pyritään järjestelemään haastatteluista saatu aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon, huolehtien silti samalla, ettei aineiston keskeinen sanoma muutu. Sisällönanalyysiä tehtiin niin, että analyysi perustui tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen eli aiempaan tietoon aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 113.) Pelkistämisen yhteydessä huolehdittiin, että aineiston keskeiset termit eivät muutu, vaan ne pyrittiin kirjaamaan mahdollisimman tarkasti siinä muodossa, kun ne esiintyivät aineistossa (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).



8. *Pelkistettyjen lausumien ryhmittely.* Lausumia järjestettiin ryhmittelemällä luotujen teemojen alle ja tarvittaessa mahdollistettiin uudet alakategoriat. Lausumista haettiin erilaisuuksia ja samanlaisuuksia ja ryhmiteltiin näin omiksi kategorioikseen. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Ryhmittelyllä mahdollistettiin tutkimuksen tulosten kuvaaminen teemoittain. Ryhmittelyssä pyrittiinkin luotujen teemojen mukaiseen ryhmittelyyn (ks. Hirsjärvi & Hurme 2011, 148).

9. *Tulkinta.* Sisällönanalyysin tulkintavaiheessa halutaan löytää onnistuneita tulkintoja. Tulkinnassa tulee pyrkiä objektiivisuuteen, jotta myös tutkimuksen lukija voisi päätyä tutkijan kanssa samoihin tulkintoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 151). Pelkistetyistä ja ryhmitellyistä aineistosta tehtiinkin tulkintaa aikaisempaan tutkimustietoon verraten. Seuraavassa pääluvussa on esitelty tämän tutkimuksen tulokset tutkimusongelmittain.

10. *Johtopäätökset.* Viimeisenä osana sisällönanalyysiä, tuloksista tehtiin johtopäätökset, jotka on kuvattu tarkemmin luvussa 11. Johtopäätöksiä tehdessä analyysin aikana syntyneet tulokset siirrettiin laajempaan kontekstiin, jotta tulosten hyödyntäminen mahdollistui (ks. Metsämuuronen 2000, 54).

## 9.8 Tulosten raportointi

Tutkimuksen tulokset raportoitiin avoimesti ja julkistettiin työelämälle tutkimuksen päättyessä. Tulosten julkistaminen onkin tärkeä tutkimuksen osa. Julkistaminen on myös keino saada tulokset muiden hyödynnettäväksi. (Mäkinen 2006, 121.) Tämän tutkimuksen tuloksia raportoidessa huolehdittiin, että ne vastasivat laadittuihin tutkimuskysymyksiin mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksia raportoitaessa pyritään tieteellisen tekstin sekä aineiston kuvausten vuorotteluun. Tulokset raportoidaankin seuraavaksi tutkimusongelmittain. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 158.) Tulosten raportointi on aineiston organisoitua, jossa tulokset alustavasti jäsennetään (Hirsjärvi & Hurme 2010, 192–193). Haluttiin kuitenkin huomioida, että alustava organisointi voi muuttua tutkimuksen edetessä. Toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, ei laadullisessa tutkimuksessa voi tuloksista vetää yhtä selkeitä johtopäätöksiä. (Hirsjärvi ym. 2008, 234.)

Laadullisen tutkimuksen tulosten raportoinnissa tulee huomiota kiinnittää siihen, että tuloksiin liittyvät vastaajien kokemukset. Lisäksi raportoinnissa tulee kiinnittää huomiota siihen, että havainnot kytketään käsitteisiin monipuolisesti. (Metsämuuronen 2003, 205.) Vaikka tuloksia analysoitiin monesta eri näkökulmasta, kiinnitettiin tuloksia raportoitaessa huomio siihen, ettei vastausten alkuperäinen muoto liikaa muuttunut.

Jotta raportointi täyttää laadullisen raportoinnin vaatimukset, huomioitiin jo haastatteluja tehtäessä, että vastaajia ei liikaa ”pakotettu” tietyille raiteille asetetuista teemoista huolimatta. Lukijan tulee saada raportoiduista tuloksista luotettava kuva. Toisaalta laadullinen raportointi sisältää samat elementit kuin hyvä määrällinenkin raportointi. (Metsämuuronen 2003, 206.) Teemahaastattelu antaa kuitenkin mahdollisuuden hakea syvempiä merkityksiä tutkittaville asioille kuin täysin strukturoitu haastattelu.

Tutkimusten kuvaamisen helpottamiseksi, koottiin kaikki kerätty aineisto sisälönanalyysin aikana teemojen mukaisiksi taulukoiksi (liite 6). Taulukoiden ja ryhmittelyn avulla varmistuttiin luotettavien tulosten raportoinnista. Kerätyn aineiston laajuudesta johtuen, saatiin aineisto myös näin helpommin käsiteltävään muotoon.

## 10 TUTKIMUSTULOKSET TUTKIMUSONGELMITTAIN

### 10.1 Kotihoidon hoitohenkilökunnan pysyvyys

Kotihoidon hoitohenkilökunnan pysyvyys aiheutti eniten keskustelua haastatteluvien kanssa. Suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että vaihtuvuus hoitohenkilökunnassa on tiheämpää kuin ennen. Neljäsosa toi vaihtuvuudesta keskusteltaessa esille selkeästi negatiivisia tunteita. Todettiin, että uusien ihmisten kohtaaminen ei tuntunut mukavalta ja että vaihtuvuudesta ei yksinkertaisesti vain pidetty:

*En osaa sanoa mitään eroa, mut usein vaihtuu ja tulee uus. Siitä mie en vaa tykkää.*

*Nyt tulee uus ihminen ketä en oo aikasemmin tavannu. Se ei tunnu oikeen kivaltta, vaikka luotettavia ne kaikki on.*

Kolmasosa haastateltavista oli sen sijaan sitä mieltä, että hoitajat eivät vaihdu sen tiheämpään kuin aikaisempinakaan vuosina. Vaikka muutamalla haastateltavalla hoitohenkilökunnan vaihtuvuus aiheutti negatiivisia ajatuksia, todettiin kuitenkin jokaisessa haastattelussa, ettei vaihtuvuus vaikuttanut varsinaisen hoidon laatuun negatiivisesti:

*Nyt on tullu paljo uusii hoitajii, mut kaik' on ollu oikeen asiallisii.*

*Ei siinä hoidossa oo mitään eroa. Se vaan, että uusia kasvoja ilmestyy.*

Vaihtuvuudesta todettiin myös, että vaikka vaihtuvuutta hoitajissa on jonkin verran ollut, suorittaa silti sama tietty tutumpien hoitajien joukko suurimman osan käynneistä. Kotihoidossa toimii edelleen alueelliset tiimit tietyillä alueilla, mikä myös näyttäytyi haasteltaville. Tietystä vaihtuvuudesta huolimatta, ei käyntejä suorittavien hoitajien määrä ei ollut kovin korkea:

*Useimmiten käy se sama ydinporukka. Tietyt hoitajat käy niinkun säännöllisemmin.*

*Nää on vähä tuutumpiivaa, jotka käy useemmin.*

Kahta haastattelua lukuun ottamatta tuli kaikissa haastatteluissa ilmi, että kotihoidossa työskentelevät hoitajat koettiin ammattitaitoisina ja luotettavina. Asioiden hoidossa ei ollut nähtävissä eroja, mutta ainoastaan tunnepuolella noin puolet haastateltavista koki, että kodin ulkopuoliset asiat on mukava hoitaa yhden ja saman hoitajan kanssa. Haastateltavat eivät tunnistanee, kuka hoitajista oli Kotkan resurssipoolin hoitaja, ja kuka oman alueen hoitaja.

Hoitajien pätevyys ja ammattitaito nousivat useissa keskusteluissa esille. Kaikille hoitajille oli haastateltavien mukaan myös helppo puhua. Kotihoidon tuottamista käynneistä tuli asiakkaille turvallinen ja luotettava olo huolimatta siitä, suorittiko käynnin vastuuhoitaja vai muu kotihoidon hoitaja. Muutama haastateltava toi myös esille, että koki piristävänä sen, että välillä tuli hieman vieraampikin hoitaja, jonka kanssa oli virkistävää vaihtaa ajatuksia:

*Kyl ne on kaikki ihan ammatti-ihmisii.*

*Ei voi kun kehuu. Kaikki on oikeen pätevii likkoi.*

Vastuuhoitajan käyntejä pidettiin kaikissa haastatteluissa kuitenkin merkityksellisinä. Vastuuhoitajamalli oli myös tuttu kaikille haastateltaville. Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta tunsivat kaikki oman vastuuhoitajansa. Yli puolet

haastateltavista toivoi myös, että vastuuhoidaja suorittaisi suurimman osan hänen kotikäynneistään. Ajatusten määrä kuitenkin jakautui kahtia sen suhteen, että suorittiko vastuuhoidaja tällä hetkellä suurimman osan asiakkaansa käynneistä vai ei, vaikka vastuuhoidajamallin painotus on tärkeää:

*Ei se sen useammin käy.*

*Kyl hän melkein useimmiten käy. Ja on se minust parempi mitä useammin.*

Huolimatta siitä, kuinka usein vastuuhoidaja kävi vastuuasiakkaansa luona, kokivat kaikki, että yhteistyö vastuuhoidajan kanssa toimi. Vastuuhoidajan käyn-teihin liittyi useammalla haastateltava tunnepuolella positiivisia tuntemuksia. Tuntemuksia, joita vastuuhoidajan tapaaminen sai aikaan, kuvattiin muun muassa *mukavaksi tunteeksi ja hyväksi mieleksi*.

Suhdetta omaan vastuuhoidajaan pidettiin myös hoidon kannalta merkityksellisenä. Vastuuhoidajan tärkeimmiksi tehtäviksi kuvattiin kodin ulkopuolisista asioista huolehtiminen sekä kokonaisuuden hallitseminen. Vastuuhoidajan kerrottiin tuntevan asiakkaan hoito ja taustat parhaiten. Vastuuhoidajan oletettiin myös huolehtivan muun muassa lääkärikontrollit ja erilaiset aikataululliset asiat. Haastateltavat kokivat, että asiat on miellyttävää selvittää yhden hoitajan kanssa. Muita kuin vastuuhoidajia ei myöskään haluttu kuormittaa muun muassa aikataulullisilla asioilla:

*No se niinkun tietää asiat ja hoitaa, eikä tarvi sitte toisten. Ku ens kuussa mulla on omalääkäri, nii hoitaa sitte nämä minun asiat ennen sitä lääkäriä. Ei tarvi sitte kaikille sanoa.*

Ne haastateltavat, joiden luona vastuuhoidaja ei käynyt niin usein, kokivat silti, että kaikki asiat tulivat toimivan tiedonkulun ansiosta hoidettua yhtä sujuvasti. Yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kokivat kaikki, että kotihoidon hoitajat ovat selvillä asiakkaan asioista. Jos tietoa ei ollut, siitä otettiin haastateltavien mukaan selvää. Tämä loi luotettavuuden ja turvallisuuden tunnetta vaihtuvuudesta huolimatta. Tiedonkulkua kuvattiin myös lähes jokaisessa haastattelussa toimivaksi, muun muassa sen vuoksi, että kotihoidon hoitajat laittoivat paljon asioita ylös käyntien aikana:

*Ne kyl pitää tarkan huolen siitä, että kaikki asiat tulee hoidettua.*

*Ne aika paljo laittaa kaikkee ylös. Sittehän ne tietää.*

Eräs haastateltavista toi esille hänen hoitoonsa liittyvän haastavamman lääkkeen annostelun, joka tapahtui vain harvoin käyntien yhteydessä. Hän kuvasi, ettei tuohon lääkkeen annosteluun oltu varattu riittävästi aikaa käynnin yhteyteen. Lisäksi osa hoitajista ei ollut ikinä perehtynyt kyseisen lääkkeen annosteluun. Tämä aiheutti haastateltavalle toistuvasti ylimääräistä jännityksen tunnetta. Toinen haastateltavista sen sijaan korosti sitä, että kaikki vieraammatkin hoitajat ovat tietoisia kaikista käyntien sisällöistä:

*Kyl ne tietää kaiken mitä tehdä. Ne varmaan on kertonu siel kotihoios.*

Vaihtuvuutta hoitajissa suurimman osan mukaan oli, mutta vaihtuvuuden ei koettu juurikaan alentavan laatua tai turvallisuutta. Useampi haastateltavista koki, että kaikille kotihoidon hoitajille oli helppo puhua. Moni toi myös esille, ettei ole mitään negatiivista sanottavaa kotihoidon hoitohenkilökunnasta, vaan pääosin on kehumisen aihetta.

## 10.2 Palvelujen saatavuus ja tarveperustainen kohdentaminen

Kaikki haastateltavat kokivat saavansa tarpeidensa mukaista hoitoa. Haastateltavat toivat esille, että käyntimääristä ja käyntien sisällöistä oli voitu sopia kotihoidon hoitohenkilökunnan kanssa. Muutamassa haastattelussa nousi positiivisena esille se, että käyntejä oli vähennetty asiakkaan toimintakyvyn kohentuessa. Asiakas kokivat näin saavansa tarpeisiinsa nähden riittävää hoitoa. Kotihoidon tuottamat käynnit vastasivat kyseiseen elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn nähden parhaiten.

Kaikki haastateltavat luottivat siihen, että apua saa tarvittaessa lisää, mikäli toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia. Apuun oli myös vastattu haastateltavien mukaan nopealla reagoinnilla, kun omalla kohdalla oli tapahtunut esimerkiksi kaatumisia. Turvaranneke nousi esille keskusteluissa muun muassa turvallisuuden tunteen tuojana:

*Sielt on aina nopeest joku tullu. Ja kyl mie siihen luotan, ku minul on tää rannekekii.*

Kahdessa haastattelussa sen sijaan nousi esille, että pienemmät avunpyynnöt kotihoidon hoitajille oli välillä hankalaa esittää. Kotihoidon hoitajien työtä pidettiin sen verran kiireisenä, että esimerkiksi keittiötarvikkeen alas ottamista korkealta hyllyltä ei juurikaan viitsitty esittää:

*En mie aina viitti pyytää.*

*Mie en uskalla ees esittää heille mitää semmosta.*

Toisaalta useampi haastateltavista koki, että kotihoidon hoitajat ovat tuoneet esille sen, että avuntarpeesta tulee keskustella herkästi ja kaikkea sopii kysyä. Avunpyytäminen koettiin suurimmalta osin helpoksi.

Suurin osa haastatelluista myös koki, että kotihoidon käynnit suoritettiin tarvetta vastaavissa ajankohdissa. Haastatelluista tuli ilmi, että käyntiajat ovat pääosin melko tarkkoja ja päivästä toiseen toistuvia. Erityisesti niiden haastateltavien luona, joilla kotihoidon käynnejä oli useampi vuorokauden aikana, suoritettiin käynnit melko tarkkojen kellonaikojen sisällä. Ne haastateltavat, joilla oli jatkunut kotihoidon säännöllinen asiakkuus kaikkein pisimpään, olivat myös tyytyväisimpiä käyntien ajankohtiin.

Kotihoidon tuottamien käyntien ajankohtiin ei ollut kuitenkaan jokainen haastateltava täysin tyytyväinen. Kolmella haastateltavalla nousi negatiivisia tunteita esiin käyntien ajankohdista keskusteltaessa. Suurin osa koki, että ei tiennyt, milloin kotihoito on käynneille suunnitellut tulevansa. Yksi haastateltava koki myös saavansa kotihoidon käynnin epäsuotuisaan ajankohtaan. Haastateltavista vain puolet osasi tarkasti kertoa, mihin kellonaikoihin käynnit yleensä suoritetaan. Näillä haastateltavilla oli käyntien ajankohdat sidottu haastateltavan ruokailu-aikoihin:

*Kyl ne tulee aina siinä vähä ennen kaheksaa. Päivälläki vähä ennen kahtatoista. Ku ne tietää, että kun pistää niin minun pitää syyä.*

Tyytymättömyyttä koettiin muutamassa haastattelussa juurikin siinä, että käyntiajat vaihtelivat niin paljon. Eräs haastateltavista kertoi myös, että omahoitaja tulee käynnille aina eri aikaan. Muiden kuin omahoitajan suorittamat käynnit koettiin näin ollen olevan ”väärään aikaan”:

*Se tulee aina heti siinä puoli kaheksan. Mut eihän ne muut tiijä.*

Toisaalta vaikka kotihoidon käyntien ajankohdat eivät olleet asiakkaiden tiedossa, koki yli puolet haastateltavista, ettei ajankohdalla ollut juurikaan väliä. Esimerkiksi aamupäivä koettiin sellaiseksi ajaksi, jolloin oli aikaa odotella. Kun omasta kodista ei kuitenkaan päässyt ilman ulkopuolista apua poistumaan, ei odottaminen ja käyntien ajankohtien vaihtelu haitannut:

*Tää on mulle tälläst väljää aikaa, ni ei oo väliä.*

Lähes kaikki kokivat, että olisi kuitenkin mukava lisä tietää edes suuntaa antavat kellonajat kotihoidon suunnitelluille käynneille. Käynnin tarkkaa aloitusaikaa tai edes mahdollisimman aikaista aloitusaikaa ei koettu tärkeäksi, mutta se, että aikataulu olisi haastateltavien tiedossa, helpottaisi odottamista:

*Nil on ajat ylhääl, et millon ne tulee, mut enhän mie tiä niistä mitää. ... Ois se vaan hyvä tietää, kun täs kuitenkin varttuu.*

*Ois se hyvä mulle tiedoks, ku mie olen semmonen heikkohermo, et koko aika olen ihan ku varuillani.*

*Jos tietäis, et se ois myöhäsempiki aika, mut sen tietäis ite, nii ois parempi!*

Kolmasosa haastateltavista myös toivoi, että käyntien aikahaarukka ei olisi yli kolmea tuntia. Ne haastateltavat, joilla käytiin myös ilta-aikaan, kertoivat, että iltakäyntien ajankohta vaihtelee usein kolmekin tuntia. Asiakkailla oli ymmärrys siitä, että välillä voi kotihoidon hoitajan työpäivässä tapahtua jotain sellaista, jolloin aikataulun joutuu suunnittelemaan uudelleen, mutta yli kolmen tunnin vaihtelun kerrottiin kuitenkin olevan liian suurta.

### 10.3 Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys

Keskusteltaessa hoito- ja palvelusuunnitelmasta, ei kolmasosa haastateltavista ollut lainkaan tietoinen missä hoito- ja palvelusuunnitelma kotonaan sijaitisi. Muutama ei myöskään edes tiennyt hoito- ja palvelusuunnitelman olemassa olosta. Hoito- ja palvelusuunnitelma oli pääosin toimitettu haastateltavien kotiin, mutta siitä ei oltu sen jälkeen selkeästi keskusteltu. Kenelläkään haastateltavista ei hoito- ja palvelusuunnitelma ollut myöskään selkeästi kotona näkyvillä. Muutama haastateltava tiesi sen sijaitsevan esimerkiksi kaapissa tai muussa suljetussa paikassa. Asiakkaista jokainen koki, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmaa kuitenkaan hyödynnetä tai lueta muutenkaan:

*Ei sitä oo kukaa kysynny eikä katonnu.*

*Kyl se kai jossain tuol kasas on, mut ei kukaa siit oo kysyn mitää.*

Haastateltavista silti useampi ilmaisi, että kotihoidon hoitohenkilökunta on pääosin tietoinen hoitoon liittyvistä asioista ilman päivittäistä hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntämistä. Muutama myös mainitsi, että asiakas itse tietää oman hoitonsa sisällön, eikä hoitajien tarvitse näin ollen lukea ohjeita. Toisaalta myös muutaman haastateltavan kohdalla, oli esimerkiksi lääkkeitä jäänyt useamman kerran laittamatta seuraavaksi aamuksi valmiiksi, kun poikkeuksellisesti yhtenä päivänä viikossa, ei asiakkaan luo tehtykään kotihoidolta aamukäyntiä. Tämän kuvasi eräs haastateltava ”sekavaksi”. Haastateltava toi esille, että kotihoidon hoitajilla tulisi kyllä olla tieto tällaisista asioista.

Ainoastaan kaksi haastateltavaa oli ollut konkreettisesti mukana hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäisessä ja arvioinnissa. Kokonaisvaltaiselle arvioinnille oli varattu erillinen aika ja kirjaaminen toteutui asiakkaan kotona yhteistyössä asiakkaan kanssa. Muille haastateltaville hoito- ja palvelusuunnitelma tuotiin valmiiksi kirjattuna kotiin:

*Ne tekee aina jossain ne suunnitelmat. Ei myö tietä tääl mitään. Eikä yhes tehä mitään.*

*Se on vaan tuotu valmiina.*

Osa haastateltavista koki, että oman hoidon suunnitteluun olisi mielekästä osallistua. Muutama toi myös esille, että omainen olisi halukas tulla mukaan arviointiin edes satunnaisesti. Toisaalta muutama ei pitänyt hoito- ja palvelusuunnitelmaa lainkaan tärkeänä, koska koki, ettei sitä kuitenkaan hyödynnetä. Tällöin ei myöskään näiden haastateltavien mielestä hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen yhdessä hoitajan kanssa tuntunut merkitykselliseltä. Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoitus ei ollut myöskään tiedossa suurimmalle osalle haastateltavia:

*Se on sama et tehääks sitä yhes vai yksinää, ku ei se siitä muutu. Eihän sitä kukaan lue eikä kysy.*

Vaikka hoito- ja palvelusuunnitelman kirjallista arviointia ei haastateltavien kanssa säännöllisesti toteutettukaan, kokivat asiakkaat silti, että hoitajilla oli aikaa keskittyä heihin käynti kerrallaan yksilönä ja asiakkaana. Lyhyetkin käynnit koettiin pääosin yksilöllisiksi, vaikka haastateltavat tiedostivat, että



seuraavat asiakkaat odottivat hoitajaa jo heidän luo. Haastateltavat kokivat olevansa keskiössä kotihoidon käyntien ajan:

*Kyl heil on sit se hetki aina aikaa keskittyy ihan minuu.*

*Se on noin 10minuuttii se käynti, mut kyl ne siinäki ihan rauhas on ja keskittyvät.*

Lyhyemmissäkin käynneissä haastateltavat kokivat, että heidät kohdattiin yksilöinä eikä vaan hoidollisina toimenpiteinä. Kotihoidon hoitajilla oli suunnitellun ajan verran aikaa asiakkaalle ja toisinaan myös aikaa pienelle keskustelulle. Eräs haastateltavista jopa kuvasi, että käynneillä tuntuu ”kuin muita ei olisi-kaan.”

#### 10.4 Osallisuus omaan hoitoon

Jokainen haastateltavista koki, että mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa ovat parantuneet. Kaikki haastateltavat otettiin mukaan oman hoitonsa päivittäiseen arviointiin. Osa ajatteli kuitenkin, että kotihoidon hoitohenkilökunta kirjaa kaiken käynnin aikana tapahtuneen ylös yksin. Kaikille haastateltaville ei ollut selkeää, että heidän arvionsa voinnista laitettiin heidän tietoihinsa ylös. Hoidon ja voinnin päivittäinen arviointi ei ollut kaikille haastateltaville riittävän näkyvää.

Kaikki haastateltavat kertoivat kuitenkin, että oma arvio sen hetkisestä voinnista kysyttiin päivittäin rutiininomaisesti. Tämä koettiin erityisen mielekkäänä. Kysyminen sai aikaan sen, että haastateltaville tuli tunne, että heidän voinnistaan ollaan aidosti kiinnostuneita:

*Ne kyl kysyy. Joka kerta. Ja sit siit muodostuu ihan rutiini.*

*Vointii ne kysyy joka kerta ja sinne ne sit naputtaa minun tiedot ja voinnit.*

Osalla kotihoidon hoitajista oli haastateltavien mukaan tapana kertoa, mitä tietoja käynnistä älypuhelimella kirjataan. Tämä toimintatapa kuvattiin erityisen mielekkääksi. Muutama asiakas toikin ilmi, että olisi mielenkiintoista tietää mitä kaikkea asiakastietoihin kirjataan:

*Ne kyl kuuluvast kertoo kaikki, et tietää mitä ne kirjaa sinne. Se on kyl kiva.*

*Joskus saatan kysyy ihan uteliaisuuest, et mitä sie panit sinne.*

*Vois se olla kiva tietää, et mitä ne miust sinne kirjottaa.*

Muutama haastateltavista myös kertoi, että muukin kuin vointi kirjataan käynnin aikana älypuhelimella ylös. Haastateltavien käsitykset ja keskustelujen aikana nousseet ajatukset hyödynnettiin, jolloin asiakkaiden oma ääni tuli kuuluiin. Kotihoidon hoitajan tekemä kirjaus syntyi luonnollisesti keskustelun lomassa:

*Myö ihan keskustellaa. Ja sit sinne tulee asialliset tiedot mukaan.*

*Et tuntuu kyl et hän käyttää hyväks myös ne mun käsitykset.*

Myös syvällisempään oman hoidon arviointiin oli haastateltavien joukossa halukkuutta. Kuten aikaisemmassa luvussa todettiin, ei hoito- ja palvelusuunnitelman konkreettiseen päivittämiseen ja arviointiin juurikaan osallistuttu. Vaikka päivittäistä arviointia asiakkaan kansa tehtiin, ei hoito- ja palvelusuunnitelman arviointi ja päivittäminen näyttäytynyt riittävän konkreettisesti haastateltaville. Osalla oli selkeästi halua osallistua, mutta osa taas ei kokenut osallisuutta tärkeäksi. Haastateltavissa oli eroja. Useita vuosia kotihoidon piirissä olleet haastateltavat eivät kokeneet hoito- ja palvelusuunnitelman läpikäymistä tärkeäksi, mutta viime vuosina kotihoidon piiriin tulleet sen sijaan olivat halukkaita olemaan aktiivisemmassa roolissa. Osa koki osallistumisen hyvinkin tärkeäksi:

*Ei se mikskää muutu, jos mie laitan siihen peukalon väliin.*

*En oo ollu mukana koskaan, mut vois in kyl olla. Jos ois vaikka jotai kysyttävääki.*

*Se olis kyl tärkeää, ku miehän tiän enemmän ite ku ne toiset.*

*Olis se kyl mukavaa olla mukana aina kunnon mukaa.*

Toisaalta todettiin, että päivittäinen hoidon arviointikin lisäsi tunnetta siitä, että oli mahdollisuuksia vaikuttaa. Teknologian hyödyt näkyivät asiakkaalle muun muassa niin, että älypuhelimien käyttö nähtiin liittyvän positiivisesti asiakkaaseen. Yhteisessä keskustelussa esiin tulleiden ajatusten ylös kirjaaminen koettiin myös erittäin positiiviseksi:

*Jos se ei sinne mitää näpyttelis, nii ei se olis miust kiinnostunnu. Mitä enempi näpyttää, ni sitä enempi se on.*

## 10.5 Teemahaastattelujen aikaisen havainnoinnin tulokset

Tässä tutkimuksessa haluttiin varsinaisen teemahaastattelun lisäksi havainnoida seuraavia asioita:

- Miten tutkittavat reagoivat eri keskusteluteemoihin? Syntyykö keskusteluteemaan liittyen positiivisia vai negatiivisia tuntemuksia?
- Mistä keskusteluteemasta keskustelu lähti polveilemaan muihin aiheisiin?

Haastattelujen keskustelu herkästi venyi koskemaan arkisiakin asioita, koska ikääntyneitä kuunneltiin avoimesti ja heille oli varattu kiireetöntä aikaa. Etenkin osallisuudesta keskusteltaessa haastateltavista jokainen toi esille asiakkaille näkyvimmän muutosvaiheen, kun kotihoidon työntekijät siirtyivät käyttämään älypuhelimia käynneillään. Älypuhelimien käyttö, kun mahdollisti myös sen muutoksen, että asiakkaiden ääni saatiin sujuvammin hyödynnettyä käyntejä kirjattaessa.

Vaikka varsinaista muutokseen sopeutumista ei tutkittu, tuli haastatteluaineistoista selkeästi esille, ettei muutosvaihe ollut tuntunut vieraalta. Haastateltavista jokainen koki, että älypuhelimien sekä asiakkaiden ovenpieleihin liimattujen tunnistetarrojen käyttöönotto oli osa kotihoidon hoitajien työtä ja muutosta:

*No ei se miltään tuntunu, ku se on heiän työtä.*

*Olin jo funtsannu sitä aiemmin, että tää on tulevaisuus. Ja tajuan, et se on heiän teknillinen apuvälinen. Heiän työ sujuu nyt paremmin.*

Moni haastateltavista toi myös esille, että älypuhelimien kuten myös ovenpieleihin liimattujen tunnistetarrojen käyttöön liittyi positiivisia elementtejä. Älypuhelimien käyttö oli muun muassa lisännyt tiedonkulkua, koska tiedot kulkevat nykyisin kotihoidon työntekijöiden mukana. Missään haastattelussa ei uuteen teknologiaan liittyvät aiheet aikaansaanut negatiivisia tuntemuksia. Toisaalta suurin osa asiakkaista ei tiennyt ovenpieleeseen liimatun tunnistetarran tarkoitusta:

*Se kuuluu heiän ammattii. ... ja ne on kaikki hyvii semmoset uudistukset et kaikki tulee ylös ja sit toiset näkeevät ne.*

*Hyvä asiahan se on, että tullee sitte tarkkaa kaikki.*

Puhelimista keskusteltaessa nousi useammassa haastattelussa esiin melko vilkas puhelinliikenne asiakaskäyntien aikana. Muutama haastateltavista jopa

sanoi, että välillä suurin osa lyhyestä käyntiajasta kuluu siihen, että kotihoidon hoitaja on puhelimesta jonkun muun kanssa. Puhelinliikenteen ja hoitajan työn luonne ymmärrettiin, mutta useita puheluita käyntien aikana harmiteltiin.

Henkilöstön vapaampi liikkuminen koko kunnan alueella ei aiheuttanut haastattelutilanteissa kovin hedelmällistä keskustelua. Kotihoidon hoitajien vapaampi liikkuminen ei ollut suoranaisesti näkynyt asiakkaille siinä positiivisessa valossa, joka siinä oli taustalla. Vapaampi liikkuminen näyttäytyi haastateltaville lähinnä yksittäisissä käynneissä, jotka suoritti välillä asiakkaalle vieraampi hoitaja.

Lähes jokainen haastateltavista toi haastattelun lopuksi spontaanisti esille, että oli mukavaa keskustella jonkun kanssa rauhassa niin, että jollain oli aikaa kuunnella. Kotihoidon tuottamat käynnit kuvattiin ajaltaan rajallisiksi, joten haastattelun aikaisesta pidemmästä keskustelusta koitui myös iloa ikääntyneille haastateltaville:

*Mie olen kiitollinen tästä, kun sain kerrankin puhua ja minua kuunneltiin.*

## 10.6 Yhteenveto tutkimustuloksista

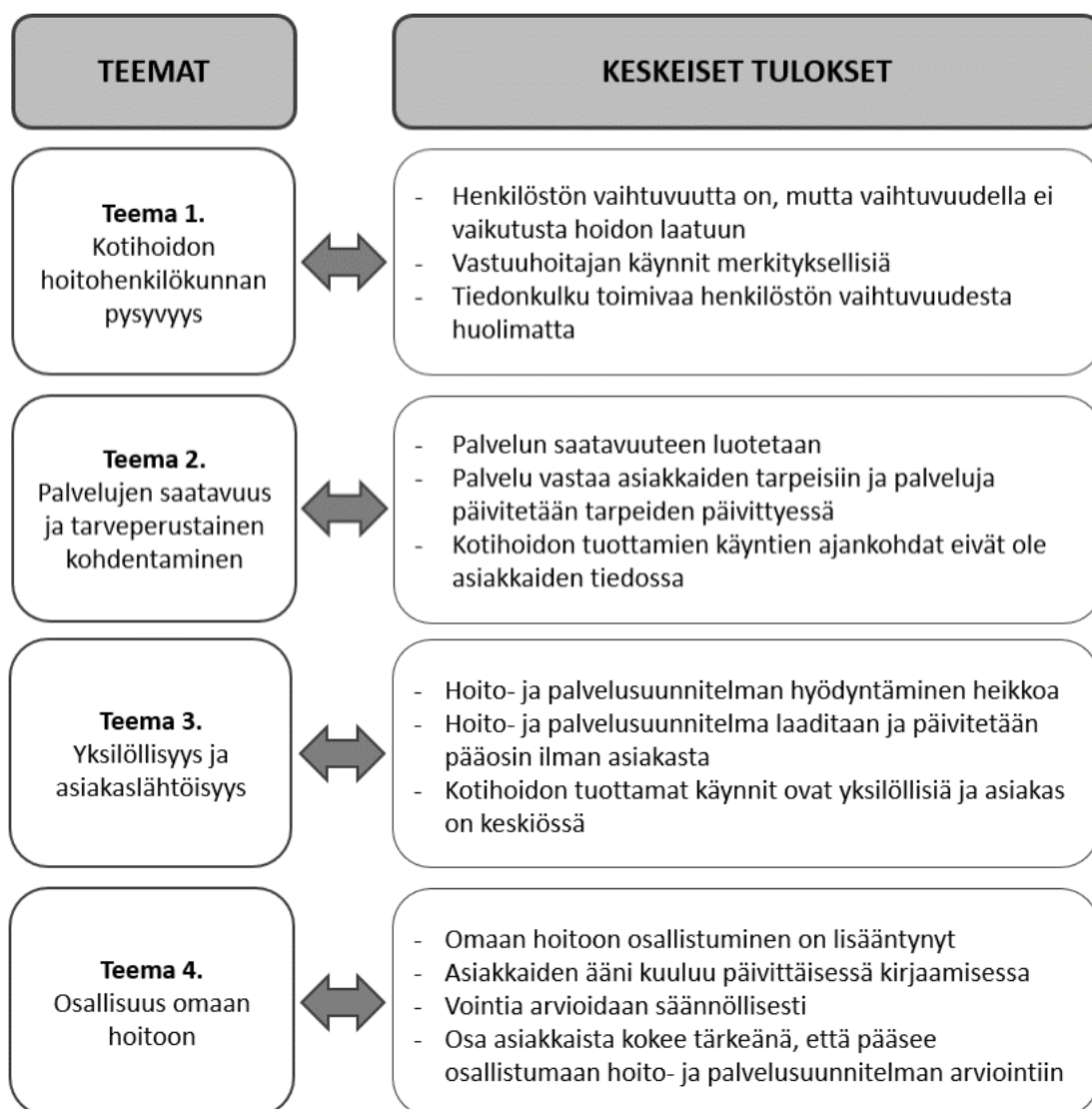
Kotkan kotihoidossa toteutetun toiminnanmuutoksen aikaansaamat prosessit koettiin melko positiivisina. Muutokseen sopeutuminen oli sujunut hyvin. Toteutetut toiminnanmuutokset ymmärrettiin välttämättömäksi osaksi kotihoidon hoitajien työtä. Keskeisimmät teemoihin liittyvät tulokset on vielä koottu kuvaan 11.

**Henkilöstön pysyvyys** oli muuttunut, koska kotihoidon henkilöstö liikkui entistä vapaammin koko Kotkan alueella. Vaihtuvuudella ei todettu olevan vaikutusta hoidon laatuun, koska tiedonkulku koettiin toimivana. Erityisen merkitykselliseksi koettiin kanssakäyminen vastuuhoidajan kanssa. Kotihoidon asiakkailla myös oli luottavainen ja turvallinen olo liittyen kotihoidon tuottamiin käyn-teihin.

**Palveluiden saatavuuteen** suhtauduttiin myös luottavaisin mielin. Tiedostettiin, että toimintakyvyn muuttuessa avuntarpeeseen vastattiin muuttuvilla kotihoidon palveluilla. Palvelut vastasivat **asiakkaiden tarpeisiin**. Asiakkaiden käyntien suunnitellut ajankohdat eivät olleet asiakkaiden tiedossa.

Myöskään hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö ei ollut systemaattisesti asiakkaiden tiedossa. Suunniteltu hoito kuitenkin toteutettiin **asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti** niin, että asiakas oli käyntien keskiössä. Hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen ei näkynyt asiakkaille selkeänä, eikä arviointia tehty asiakkaan kanssa systemaattisesti yhdessä.

Päivittäiseen yhdessä tekemiseen oltiin tyytyväisiä. Hoitoa arviointiin päivittäin yhdessä kotihoidon hoitajan kanssa. Omien **osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien** koettiin kohentuneen. Asiakkaan ääni kuului paremmin hoitajien tekemissä kirjauksissa.



Kuva 11. Yhteenveto tutkimustuloksista

Keskeisimmät yllä olevat tutkimuksen tulokset näyttävät melko positiivisena kokonaisuutena. Huolimatta siitä, että toiminnanmuutos Kotkan kotihoidon organisaatiossa on ollut todella merkittävä, on toiminnanmuutoksen prosessin

vaikutuksilla saatu aikaan positiivisia elementtejä. Etenkin asiakkaille näyttäytyneet toiminnanmuutoksen vaikutukset on koettu pääosin positiivisina.

## 11 POHDINTA

Pohdinta on tärkeä osa tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Pohdintaosassa tarkastellaan myös tämän tutkimuksen aikana saatuja tuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon. Jotta vertailu aikaisempiin tutkimuksiin olisi mahdollista, perehdyttiin aikaisempiin tutkimuksiin (liite 7) laajasti teoreettista viitekehystä rakentaessa. Tämän tutkimuksen pohdintaosassa käsitellään lisäksi tämän työn tulosten merkitystä työelämälle, josta tilaus työlle on lähtöisin. (Ks Tuomi & Sarajärvi 2011, 159.) Lisäksi pohdintaosa sisältää huomiota muun muassa haastattelijan kyvykkyydestä sekä haastattelijan esikäsityksestä tutkittavaan ilmiöön.

### 11.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksella haettiin vastauksia siihen, miten asiakkaat kokevat toteutetun toiminnanmuutoksen. Lisäksi haluttiin selvittää, miten toiminnanohjauksen aikaansaamat prosessit vaikuttavat hoidon laatuun asiakkaiden arvioimana. Tutkimustulosten yhteenvedoksi muodostui positiivinen kokonaiskuva toteutetusta toiminnanmuutoksesta. Toiminnanmuutoksen aikaansaamat prosessit on kuvattu tutkimuksen teemoina. Prosesseilla on saatu aikaan positiivisia elementtejä asiakkaiden kokemana. Asiakkaat ovat sopeutuneet muutokseen hyvin ja ymmärtävät, että muutokset ja uusien teknologisten apuvälineiden käyttöönotto kuuluvat kiinteäksi osaksi kotihoidon hoitajien työtä.

Suurimpana muutoksena asiakkaille näyttäytyi hoitohenkilökunnan vaihtuvuus. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuudella ei ollut kuitenkaan niin suoria vaikutuksia hoidon laatuun kuin olisi voinut kuvitella. Vaihtuvuudesta keskusteltaessa heräsi kuitenkin esiin negatiivisia tuntemuksia. Paljärven (2012, 101) tutkimuksen mukaan suuri vaihtuvuus heikentää hoidon laatua. Vaihtuvuudesta huolimatta tiedonkulku koettiin toimivaksi, joka kenties lisäsi sitä näkökulmaa, että hoidon koettu pysyvyys oli mahdollista turvata. Mobiilisovellusta hyödyn-

täen, toimivalla tiedonkululla saatiin vaikutettua epäsuorasti hoidon pysyvyyteen, josta myös vanhuspalvelulaissa säädetään (Vanhuspalvelulaki 7. §). Asianmukaisen dokumentoinnin onkin todettu lisäävän hoidon turvallista jatkuvuutta ja tiedonsiirtoa (Ikonen 2015, 165). Pysyvyyttä ja jatkuvuutta pidettiin arvokkaana näkökulmana hoidossa (ks. Sykes & Groom 2011, 30).

Pysyvyydellä on todettu olevan vaikutuksia turvallisuuden tunteen lisääntymiseen (Sykes & Groom 2011, 30). Hoito koettiin kuitenkin turvalliseksi, vaikka osa asiakkaista kokikin vaihtuvuuden lisääntyneen. Alueellisten, pienempien hoitajatiimien toimiminen tietyn asiakkaan hoidossa näyttäytyi positiivisena. Tämä turvasi sen, ettei koko kotihoidon henkilökunta toimi koko Kotkan alueella. Luonnollisesti tällöin myös vaihtuvuus ei ollut niin suurta.

Hoitajien ammattitaito ja pätevyys nousi esille useissa haastatteluissa. Ammattitaidolla ja kotihoidon laadulla on todettu olevan yhteys (Tepponen 2003, 96). Ammattitaidon merkitys on erityisen suuri toimiessa vastuuhoidajana. Toisaalta liian ammatillinen ote voi häiritä tasapainoista hoitajan ja asiakkaan välistä suhdetta (Turjamaa 2014, 36). Vastuuhoidajan ja asiakkaan välinen suhde on merkityksellinen ja suhdetta arvostettiin, minkä vuoksi vuorovaikutuksen on tärkeää olla toimivaa (ks. Hyvärinen 2011, 65). Hoitajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen merkityksellisyys on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa. (Valta 2008, 85).

Erityisesti kokonaiskuvan hahmottaminen nousi vastuuhoidajan keskeisimmäksi tehtäväksi. Paljärvenkin (2012, 102) tutkimuksessa kokonaisvaltaisuuden todettiin lisäävän palvelun asiakaslähtöisyyttä. Kokonaishoidon koordinoinnista huolehtiminen on myös kirjattu vastuuhoidajan tehtäväksi Kotkan kotihoidon vastuuhoidajamalliin (Kotkan kaupunki 2013, 5).

Asioiden hoitaminen vastuuhoidajan kanssa oli luontevaa. Palvelut vastasivat myös asiakkaiden tarpeisiin (ks. Paljärvi 2012, 102, STM 2013a, 65). Myös Vaaraman ja Ylösen (2006, 31) mukaan kotihoidon palvelut vastasivat avuntarpeeseen riittävästi. Tarpeisiin vastaamisen on todettu liittyvän myös asiakkaan hyvinvointiin (Ylä-Outinen 2012, 141). Vaikka hoidon tasaisempaan saatavuuteen on panostettu organisaatiotasolla kohdentamalla resurssia tarvelähtöisesti, ei tasaisempi saatavuus näkynyt konkreettisesti asiakkaille. Hoidon saatavuuteen kuitenkin luotettiin, mikä on todettu aiemminkin merkitykselliseksi asiakkaille (Koivuranta-Vaara ym. 2011, 9–11).

Saatavuudesta keskusteltaessa nousi usein esille kotihoidon käyntien ajankohdat. Vaikka käyntien aikaväli olisi hieman myöhäisempikin, toivoivat asiakkaat kuitenkin saavansa sen tietoonsa. Vaikka noin puolet tutkittavista tiesikin kotihoidon käyntiajat, yli puolella ei käyntiajat olleet tiedossa. Käyntiaikojen tiedäminen olisi vaikuttanut asiakkaiden mukaan odottamisen helppouteen.

Omaan hoitoon liittyvässä tiedottamisessa on todettu olevan parannettavaa myös Vaaraman ja Ylösen (2006, 37) mukaan. Käyntiaikojen vaihtelu ja ”hoitajakohtaisuus” myös puhutti. Osa hoitajista tuli käynneille selkeästi eri aikaan kuin mitä oli yhdessä suunniteltu. Kokemus siitä, että omaan hoitoon liittyviin asioihin on mahdollista vaikuttaa, lisää myös itsemääräämisoikeutta. Oma koti on kuitenkin todettu olevan iäkkäille paikka, jossa on mahdollisuus päättää omista asioistaan (Valta 2008, 78). Omien valintojen tekeminen on ikääntyneille tärkeää, huolimatta siitä, että toisen avun vastaanottaminen on välttämätöntä (Jolanki 2009, 88).

Hoito- ja palvelusuunnitelman yhteinen suunnittelu ja arviointi ei näkynyt asiakkaille juurikaan konkreettisenä. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan varmasti hyödynnetään päivittäisiä hoidon arviointeja, mutta asiakkaat eivät ymmärrä sen olevan hoito- ja palvelusuunnitelman arviointia. Lain mukaan hoidon suunnittelu tulisi kuitenkin toteuttaa yhteistyössä asiakkaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4. a §). Ikääntyneen osallistuminen omaan hoitoonsa liittyviin päätöksiin myös vaikuttaa hoidon laatuun positiivisesti (Kailio 2014, 64). Suunnittelua ja arviointia tehdään päivittäin, mutta jotta se näyttäytyisi asiakkaille, tulisi se toteuttaa näkyvämmiin asiakkaan luona.

Hoito- ja palvelusuunnitelmia ei myöskään löytynyt asiakkaiden kotona, vaikka tämä oli sovittuna käytäntönä Kotkan kotihoidossa. Suunnitelman hyödyntämättä jättäminen loi osalle asiakkaista kuvan, ettei hoito- ja palvelusuunnitelman päivitykseen ollut edes tarpeellista osallistua. Ikääntyneiden hoitoon liittyvän suosituksen mukaan jokaisen asiakkaan hoitoon osallistuvan tulisi kuitenkin noudattaa hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista hoitoa (STM 2012b, 30). Hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen edistää myös suunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden saavuttamista (van Houdt & De Lepeleire 2010). Tämän vuoksi tulisi hoito- ja palvelusuunnitelmat olla hyödynnettävissä asiakkaiden kodeissa, vaikkakin hoitajien koettiin olevan tietoisia asiakkaiden hoidosta ilman hoito- ja palvelusuunnitelmiakin.



Yksilöllisyys näyttäytyi kotihoidon käynneissä ja asiakas koki myös olevansa keskiössä. Yksilöllisyyden kokeminen on tärkeää, koska kotihoidon tuottamat käynnit ovat usein melko lyhyitä. Lyhyemmälläkin käynnillä on tärkeää, että asiakkaalle tulee tunne siitä, että hän tulee kuulluksi, ja että hänen ajatuksiaan arvostetaan. Tämä tunne oli lisääntynyt, koska oman voinnin arvioita kysyttiin asiakkailta säännöllisesti. Arvioiden kirjaaminen yhdessä ei kuitenkaan näyttäytynyt yhtä selkeänä asiakkaille kuin olisi ollut mahdollista. Hoitajien kuvattiin kirjaavan välillä yksin esimerkiksi oven luona tai pöydässä istuen. Kirjaukseen hyödynnettiin asiakkaan ajatukset, mutta jälleen *yhteinen* kirjaaminen ei näyttäytynyt riittävän asiakaslähtöisenä. Güntherinkin (2015, 71) mukaan on tärkeää, ettei kirjaamisesta muodostu ainoastaan työntekijälähtöistä.

Mobiilisovelluksen käyttö on lisännyt osallistumismahdollisuuksia niin konkreettisesti, että sen positiivisten puolien esiin tuominen asiakkaille voisi parantaa vieläkin enemmän hoidon koettua laatua. Vaikutusmahdollisuuksien nimitäin koettiin parantuneen, toisin kuin Tuomisen (2006, 84) tutkimuksessa. Asiakkaat kokivat osallisuuden mahdollisuudet paremmiksi kuin ennen, mutta osallisuuden eri muodot eivät näyttäytyneet asiakkaille niin konkreettisina kuin mikä olisi ollut mahdollista. Osallisuudella voisi kohentaa hoidon laatua kuten myös asiakkaiden elämänlaatua. Ikääntyneiden elämänlaatuun on todettu vaikuttavan muun muassa oman elämän hallinnan tunne, johon osallisuuskin liittyy (Gabriel & Bowling 2004, 689).

Yhteenvetona voidaan todeta, ettei massiivikaan muutos kotihoidossa vaikuta hoidon laatuun alentavasti (ks. Paljärvi ym. 2011). Kotkan kotihoidon toiminnanmuutos on näyttäytynyt kokonaisuudessaan melko positiivisena asiakkaille ja palvelun laatuun ollaan tyytyväisiä. Näin on todettu myös Tepposen (2009, 192) tutkimuksessa. Jatkossa olisi mielenkiintoista saada työntekijälähtöinen kokemus toteutetusta toiminnanmuutoksesta, koska Sanerman (2009, 185) mukaan toteutettu muutos hoitajien työnkuvassa on koettu melko vaikeana.

## 11.2 Tutkimuksen luotettavuus

Käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti ovat käytettyjä käsitteitä arvioitaessa sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia tutkimuksia. Laadullisessa tutkimuksessa kyseisten käsitteiden käyttö on hieman moniselitteisempää kuin kvantitatiivisissa

tutkimuksissa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185–186.) Tässä luvussa käsitellään sekä itse haastattelututkimuksen luotettavuutta, että pelkän sisällönanalyysin luotettavuutta. Sisällönanalyysin luotettavuuteen liittyviä tekijöitä tarkastellaan erikseen nimenomaan sisällönanalyysin merkityksellisyyden vuoksi.

Seuraavassa tarkastellaan **haastattelututkimuksen luotettavuutta**:

Validiteetilla arvioidaan muun muassa tutkimustuloksen ennustettavuutta. Validiutta voidaan osittain arvioida esimerkiksi teemahaastattelun kysymysten pohjalta. Teemahaastattelun tuloksista voidaan tehdä jonkinlaisia päätelmiä ennustettavuudesta. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 186–187.) Tuloksiin liittyviin johtopäätöksiin päätyminen kuvattiin viitaten riittävän laajaan teoriaosaan, jotta varmistettiin se, että lukija voi helposti selvittää, miten esitettyihin johtopäätöksiin on päädytty (ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 189).

Validiteetilla voidaan toisaalta myös tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa tutkitaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata (Hirsjärvi & Hurme 2010, 186–187). Tämä varmistettiin selittämällä valittuja käsitteitä tämän tutkimuksen teoriaosassa riittävän laajasti. Tarkka käsitteiden analysointi ja auki kirjoitus lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Samalla varmistuttiin siitä, että tutkimuksessa keskityttiin tutkimaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin. Lukijan ymmärrys tutkimusta kohtaan on myös sitä syvällisempää, mitä tarkemmin tarvittavat käsitteet on selitetty. Toisaalta teorian tietoon tutustuttaessa huomattiin, että tutkimuksen teemoihin liittyvät keskeisimmät käsitteet limittyvät osittain toisiinsa. Esimerkiksi yksilöllisyyteen liittyy myös palvelun tarvelähtöisyys, asiakaslähtöisyys, osallisuus kuten myös hoitohenkilökunnan pysyvyys.

Validiteetin käsitteen käytön yhteydessä arvioidaan sitä, että tutkimuksessa on käytetty niitä käsitteitä, jotka liittyvät tutkittavaan ilmiöön (Hirsjärvi & Hurme 2010, 187). Validiteetilla arvioitiin teoriaosan kattavuutta ja yksityiskohtaisuutta. Validiteettia voi myös arvioida teemojen muodostumiseen rakennetun kuvan perusteella. Kuvasta selviää, minkä teorian tiedon pohjalta kukin teemahaastattelun keskusteluteema on noussut. Samalla on todennettu se, että teoriaosa, tutkimuskysymykset ja teemat vastaavat toisiaan.

Yksi tapa osoittaa tutkimuksen validius oli huolehtia kerätyn aineiston luotettavuudesta. Aineiston validiudesta huolehdittiin siten, että vastaajien joukko edusti valittua ryhmää eli säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Tutkimukseen ei

valittu asiakkaita, joilla ei olisi ollut riittävää vertailupohjaa aikaisempiin Kotkan kotihoidon toimintamalleihin liittyen tai, jotka eivät olisi olleet säännöllisen palvelun piirissä. Tällä varmistettiin myös se validiteettiin liittyvä piirre, että tutkittiin juuri sitä, mitä oli lähdetty alun perin tutkimaan. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 187, 189.)

Laadullisten tutkimusten luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota yleisesti koko tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen ja koko prosessiin (Tuomi 2007, 149). Luotettavan kokonaisuuden luomiseksi suunniteltiin jokainen vaihe huolellisesti. Teemojen muodostuminen, sisällönanalyysin kuvaaminen ja aineiston käsittelyn kuvaaminen lisäsivät tutkimuksen luotettavuustekijöitä.

Laadullisissa tutkimuksissa on tapana kerätä laajaa teoreettista viitekehystä, jonka avulla ilmiöiden tarkastelu mahdollisimman monesta näkökulmasta on mahdollista (Alasuutari 2011, 84). Tämän tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen avulla rakentui myös tutkimuksen teemahaastattelurunko. Ennen haastatteluihin ryhtymistä huolehdittiin, myös että teoretieto oli sisäistynyt tutkijalle riittävän kattavaksi, jotta haastattelutilanteet rakentuivat myös sujuviksi ja luotettaviksi.

Erityisesti haastattelutilanteiden suunnitteluun paneuduttiin riittävän teoriaosan, oikeiden teemojen ja esihaastatteluiden avulla. Ennen varsinaisia haastatteluja tehtiin esihaastattelut, jolloin varsinaisissa haastatteluissa kysyttiin varmasti tutkimuksen tavoitteita palvelevia kysymyksiä. Esihaastatteluissa oli myös mahdollista vielä harjaantua haastattelijana. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 72–73). Reliabiliteetilla tarkoitetaan yleisesti sitä, että kahdella eri tutkimuskerralla saadaan yhtäläinen tulos (Hirsjärvi & Hurme 2010, 189). Tästä huolehdittiin niin, että haastattelijana toimi yksi ja sama henkilö. Lisäksi kaikki haastattelut toteutettiin lyhyen ajanjakson sisällä. Samalla tiedostettiin, ettei haastattelujen kulkuja liikaa ohjailtu, ottaen huomioon tutkijan vankan kokemuksen toiminnanohjaukseen liittyvistä tekijöistä.

Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta on reliabiliteettia koskien tärkeää, että aineisto oli tallennettu teknisiä apuvälineitä käyttäen. Tallennusvälineiden toimivuus tarkistettiin ennen jokaista haastattelukertaa ja huolehdittiin, että vastaajien ääni kuului selkeästi. Haastattelutilanteisiin kiinnitettiin myös muutoin erityistä huolellisuutta. Haastattelumenetelmän käytön luotettavuutta voi

heikentää vastaajien taipumus antaa niin kutsuttuja suotavia vastauksia (Hirsjärvi ym. 2008, 201). Tämä huomioitiin niin, että vastaajia kuunneltiin aktiivisesti ja vältettiin kaikenlaista vastausten ohjailua. Oma esikäsitys aiheesta myös tiedostettiin ja jätettiin haastattelutilanteissa riittävän taka-alalle.

Luotettavuutta arvioitiin kaiken kaikkiaan tutkimuksessa avoimesti ja monipuolisesti. Luotettavuutta heikentävät seikat, kuten tutkijan oma osallistuminen Kotkan kotihoidon toimintamallien kehittämiseen ja kotihoidon toiminnanohjaajan roolissa työskentelyyn, huomioitiin ja raportoitiin avoimesti tutkimuksessa. Lisäksi tutkimuksessa huomioitiin tutkijan vähäinen kokemus haastattelujen tekemisessä.

Toisaalta tutkijan oma toiminnanohjaajan roolissa työskentely luettiin vahvuudeksi. Laadullinen lähestymistapa mahdollisti sen, että aineistonhakua oli mahdollista syventää haastattelujen aikana, mihin auttoi se, että oma käsitys tutkittavasta aiheesta oli niin laaja. Tulosten tarkastelussa sen sijaan oli tärkeää pidättäytyä tutkijan roolissa, jotta omien johtopäätösten teko ei ylittäisi objektiivista tulosten tarkastelua. Teoreettisen viitekehyksen rakentamisessa sekä tuloksiin liittyvien kehittämissuositusten esiin nostamisessa taas toiminnanohjaajan työtehtävissä työskentely oli ehdoton vahvuus. Teorian ja tulosten linkittäminen Kotkan kotihoidon malleihin oli sujuvampaa ja näin ollen myös organisaatiota paremmin palvelevaa.

Seuraavassa tarkastellaan **sisällönanalyysin luotettavuutta**:

Reliaabeliutta voidaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa arvioida muun muassa tutkijan tekemän aineiston analyysin perusteella (Hirsjärvi & Hurme 2010, 189). Sisällönanalyysin oikein suorittamisesta huolehdittiinkin etenemällä aiemmin esitettyjen vaiheiden mukaisesti. Lisäksi varmistettiin, että tehty analyysi oli luotettavaa.

Lisäksi reliaabeliutta voidaan arvioida arvioimalla esimerkiksi yhden sisällönanalyysin osan, eli litteroinnin tekemistä. Litterointi suoritettiinkin sanatar-kasti, jättämättä mitään tietoja vielä tässä kohtaa analysoimatta ja litteroimatta. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2010, 189.) Aineistot litteroitiin tallenteiden avulla mahdollisimman pian haastattelujen teon jälkeen, jotta aineisto oli vielä muistissa. Kaikki litteroinnit tehtiin myös riittävän lyhyen ajan sisällä, jotta analysointityö oli aineiston alussa ja lopussa verrattavissa. (ks. Hirsjärvi & Hurme

2010, 185.) Näin vältyttiin tulosten ja vastausten tulkintojen vääristymiseltä. Yksi henkilö suoritti kaikki litteroinnit, koska muun muassa Hirsjärvi & Hurme (2010, 185) kertoo, että useampi litteroijien määrä lisää mahdollisten tulkinnallisten virheiden määrää.

Sisällönanalyysin toteutti yks tutkija, minkä vuoksi reliaaabeliudesta huolehtiminen oli erityisen tärkeää. Objektiviisuuteen pyrkimisestä huolimatta, sisällönanalyysiin vaikuttavat usein tutkijan omat tulkinnat aiheesta. Tutkimuksessa otettiin analysoitaessa huomioon, että tutkimuksella saatavan tiedon käsitteelyyn vaikuttaa tutkijan oma tulkinta aiheesta sekä myös oma vahva tietämys tutkittavasta aiheesta.

Erityishuomiota kiinnitettiin myös tulosten analysointiin ja siihen, ettei vastauksia vääristelty tai liikaa yksinkertaistettu analysoinnin yhteydessä. Tulosten raportointia luodessa selitettiin myös selkeästi mistä ja miten tulokset on hankittu, mikä lisäsi luotettavuutta. (Ks. Metsämuuronen 2003, 206.) Johtopäätösten ja tulosten ryhmittely edellisessä luvussa tutkimusongelmittain lisäsi luotettavuuden näkökulmaa, koska lukijalla oli mahdollista selkeästi verrata teoriaa ja uutta tietoa toisiinsa.

### 11.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekoa ohjaavat tietyt eettiset periaatteet. Muun muassa tiedon hankintaan sekä kerätyn aineiston julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisellä tasolla hyväksytyjä. Aineistonkeruussa tulee siksi noudattaa huolellisuutta ja tulosten tulkitsemisessa ehdotonta rehellisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.)

On myös tärkeää olla tietoinen tieteellisesti ja eettisesti hyväksytyistä käytännöistä, jotta tämä tutkimus täyttää eettisten periaatteiden kriteerit. Hyvä tutkija on sitoutunut eettisiin periaatteisiin. Etiikka tutkimuksen teossa tulee olla osa jokaista tutkimuksen kohtaa, ei vain tiettyä vaihetta (Hirsjärvi & Hurme 2010, 20; Tuomi & Sarajärvi 2011, 127.) Hyviä tieteellisiä käytäntöjä voidaan loukata esimerkiksi huolimattomalla tulosten raportoinnilla tai kirjaamisella (Kuula 2006, 36). Tämän vuoksi huolehdittiinkin aineistojen luotettavasta tallentamisesta ja litteroinnista, jotta tulosten luotettava raportointi oli mahdollista (ks. Ruusuvuori 2010, 424; Nikander 2010, 432).

Tutkimuksessa tehdään ensimmäinen eettinen ratkaisu jo aihetta valitessa (Hirsjärvi ym. 2008, 24). Tämän tutkimuksen työelämälähtöisyys puolsi aiheen valintaa ja eettisyyttäkin. Toteutetun toiminnanmuutoksen jälkeen tutkimuksen aiheelle oli tarvetta, sen sijaan, että aiheen valinta olisi perustunut omiin kiinnostuksen kohtiin. Toisaalta, jotta tutkija noudattaisi hyviä tieteellisiä käytäntöjä, tulee tutkijan olla myös aidosti kiinnostunut tutkimukseen liittyvän uuden tiedon hankinnasta (Mäkinen 2005, 188). Aiheen läheisyys oman toiminnanohjaajan työnkuvasta johtuen tekikin koko tutkimusprosessista erityisen mielenkiintoisen.

Teoreettisen viitekehyksen luomiseen liittyy myös eettisiä kysymyksiä. Eettisiä periaatteita tulee noudattaa rehellisesti ja huolehtia, ettei syyllisty plagioinnille. Lähdemerkinnät merkittiin myös huolellisesti kirjoitusprosessin aikana, jotta virheiltä vältyttiin. Lisäksi menetelmälliset lähtökohdat selvitettiin lukijalle tutkimuksessa, jotta lukijan oli helpompi arvioida tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. (ks. Hirsjärvi ym. 2008, 26.)

Etenkin haastattelututkimusta toteutettaessa tulee noudattaa ihmisarvoa kunnioittavaa käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2008, 25). Tästä huolehdittiin informoimalla vastaajia etukäteen puhelimitse tai kirjeitse, painottamalla osallistumisen vapaaehtoisuutta ja huolehtimalla vastaajien anonyymiydestä. Anonymiteetin säilyttämiseksi muutettiin myös vastaajien vastaukset tunnistamattomiksi analyysivaiheessa. Tutkittavien yksityisyyden suojaaminen on itsessään jo tutkimuseettinen normi, josta tulee erityisesti huolehtia (Kuula 2006, 75).

Samalla tavalla kuin tulee huolehtia vastaajien yksityisyydestä, tulee huolehtia myös aineiston yksityisyydestä sitä säilytettäessä. Aineistoa on harvoin tarpeellista säilyttää tutkimuksen toteuttamisen jälkeen. (Mäkinen 2006, 120.) Tätä tutkimusta ei ole tarkoitus toistaa tai jatkaa tutkimuksen päättymisen jälkeen, jonka vuoksi tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Tutkimusaineiston huolellisesta käsittelystä myös informoitiin osallistujia haastattelutilanteissa (ks. Kuula 2006, 100).

Avoimempaan tiedonkeruumenetelmään liittyy myös se, että mahdollisesti eteen tulevien eettisten ongelmien ennakointi on haastavampaa. Laadullisessa tutkimuksessa on myös tärkeää tietää, mitä on tekemässä. Koko tutkimuksen prosessin laatu ja luotettavuus vaikuttavat myös tutkimuksen eettisyyteen. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 125, 127.) Laadullisessa tutkimuksessa, kuten

myös tässä työssä, huolehdittiin erityisestä huolellisuudesta sekä tarkkuudesta luotettavuuden ja eettisyyden säilyttämiseksi.

## 12 KEHITTÄMISEHDOTUKSET KOTKAN KOTIHOIDON ORGANISAATIOLE

Tulosten perusteella on nostettu esille useita kehittämissuhteita Kotkan kotihoiton organisaatiolle. Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen tulisi näyttötyä konkreettisempuna asiakkailla. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulisi löytyä jokaisen asiakkaan luota, jotta sen hyödyntäminen mahdollistuisi ja näyttötyisi asiakkaalle.

Vastuuhoitajan ja asiakkaan vuorovaikutusta voitaisiin lisätä päivittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmat asiakkaan kotona, yhdessä asiakkaan kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman näkyväksi tekeminen loisi myös asiakkaalle tunteen, että hänen mielipiteensä huomioidaan myös palvelua suunniteltaessa. Vastuuhoitajan tulisi istua alas asiakkaan kanssa ja arvioida hoito- ja palvelusuunnitelmaa yhdessä, jotta asiakkaallekin selkeytyisi hoito- ja palvelusuunnitelman merkitys.

Vastuuhoitajuuden suunnitteluun tulisi myös kiinnittää huomiota, jotta vastuuasiakkaiden säännöllinen tapaaminen mahdollistuisi. Ajoittain myös runsaamman ajan antaminen vastuuasiakkaalle olisi merkityksellistä. Työtilanteita tulisi paremmin hyödyntää, silloin kun se mahdollista olisi. Asiakkaille oli tärkeää, että heitä kuunnellaan, minkä vuoksi kiireettömään vuorovaikutukseen käynnillä tulisi panostaa.

Asiakaskäyntien aikaiseen puhelinliikenteeseen olisi myös syytä paneutua ja miettiä, millä keinoin puheluihin vastaamiseen voisi vaikuttaa, jotta asiakkaan luona vietetty aika ei häiriintyisi. Toiminnanohjausjärjestelmän mobiilisovellusta ja tietokonesovellusta tulisi hyödyntää niin, että välttäisi työntekijälle soittamista silloin, kun hän on asiakaskäynnillä.

Vastuuhoitajuuden suunnittelussa olisi tärkeää varmistaa, että kukaan asiakkaista ei kokisi, ettei vastuuhoitaja juurikaan käy hänen luonaan. Jos vastuuhoitajan käynnit eivät erinäisistä syistä ole mahdollisia toteuttaa, tulee miettiä vastuuhoitajan vaihtoa tai käydä läpi uudelleen työn suunnittelua niin, että oman asiakkaan luona käyminen mahdollistuu. Tämä edellyttää yksittäisen

vastuuhoitajan, kuin myös koko alueellisen kotihoitotiimin yhteistä, työn suunnittelua. Vastuuhoitajan suorittamat käynnit olivat selkeästi asiakkaille erityisen tärkeä asia.

Suunniteltujen käyntiajankohtien tietoon saattaminen asiakkaille lisäisi myös osan asiakkaiden tyytyväisyyttä. Väljänkin aikahaarukan tiedottaminen asiakkaalle helpottaisi kotihoidon käyntien odottelua. Kotihoidon käynti on kuitenkin osalle asiakkaista päivän ainoa kontakti ja tämän vuoksi myös paljon odotettu tapahtuma. Suuri osa asiakkaista myös odottaa käyntiä tiettyyn ajankohtaan, jonka vuoksi olisi tärkeää, että kaikki hoitajat noudattaisivat suunniteltuja käyntien ajankohtia.

Seuraavaksi esitetään tulosten pohjalta koottuna, mitä asioita voisi vielä kehittää liittyen toiminnanohjauksen aikaansaamiin vaikutuksiin:

- Hoito- ja palvelusuunnitelmat tulisi löytyä asiakkaiden kotoa.
  - Suunnitelmaa tulisi hyödyntää näkyvämmiin, jolloin asiakkaalle muodostuisi käsitys, että hänen hoitonsa on merkityksellistä.
  - Osallisuus- ja vaikuttamismahdollisuuksia voisi lisätä, päivittämällä hoito- ja palvelusuunnitelmat yhdessä oman asiakkaan kanssa
- Vastuuhoitajakäyntejä tulisi toteuttaa aktiivisemmin.
  - Omalle asiakkaalle tulisi antaa aikaa, kun siihen mahdollisuus tarjoutuu (ulkoilu, keskustelu tai yhdessä tekeminen).
  - Vastuuhoitajuus ja oman työ tulisi suunnitella niin, että oman asiakkaan luona käyminen mahdollistuu (käyntien sijoittuminen).
- Käyntien aikaiseen puhelinliikenteeseen tulisi kiinnittää huomiota.
- Suunnitellut käyntiajankohdat tulisi saattaa asiakkaiden tietoon.
  - Kaikkien hoitajien tulisi noudattaa suunniteltuja käyntiajankohtia.

Selkeimmät ja laajimmat tulosten pohjalta nousseet kehittämissuositukset on esitetty yllä. Omasta kotihoidon toiminnanohjaajan roolista johtuen, on mahdollista todeta, että osa kehittämissuositusten aiheista on jo kuitenkin osittain



tiedossa Kotkan kotihoidon organisaatiolla. Kehittämiskohteiden terävöittäminen on kuitenkin tarpeen. Tämänkin vuoksi yksityiskohtaisempia kehittämiskohteita on haluttu lisäksi nostaa esille:

- Hoitajien tulisi tehdä itsensä helpommin lähestyttäväksi, jotta asiakas ei epäröi pyytää apua.
- Myös muiden kuin vastuuhoitajan tulisi huolehtia asiakkaan asioiden kokonaisvaltaisesta hoidosta.
- Harvinaisempiin lääkityksiin liittyvät ohjeistukset tulisi viedä asiakkaan kotiin, jotta kaikilla hoitajilla olisi mahdollisuus hyödyntää niitä.
- Mobiilisovelluksen käyttöön liittyvät ominaisuudet tulisi tehdä näkyväksi asiakkaalle.
  - Käyntien kirjaamisen voisi toteuttaa konkreettisesti asiakkaan kanssa yhdessä. Kirjatun tiedon kertominen asiakkaalle olisi hyödyllistä.
  - Edellisten kirjaustietojen ja muistiinpanojen hyödyntämisen voisi kertoa asiakkaalle.

Muutamassa haastattelussa ilmeni, ettei asiakas uskaltanut pyytää kotihoidon hoitajalta apua, esimerkiksi esineen alas nostamisessa korkealta hyllyltä. Asiakkaille tulisi saada tunne siitä, että hoitajalta on helppo pyytää apua pieniin askareisiin. Mikäli hoitajaa ei uskalla lähestyä tämän kaltaisissa asioissa, voi se johtaa siihen, että asiakas käy itse kurottelemaan esimerkiksi ylähyllyille. Tämä voi aiheuttaa myös vaaratilanteita.

Vastuuhoitajan tärkeimmäksi tehtäväksi kuvattiin asiakkaan kokonaishoidon koordinointi. Kodin ulkopuolisilla asioilla ei myöskään haluttu kuormittaa muita kuin vastuuhoitajaa. Tämä voi muodostua ongelmaksi tilanteissa, joissa vastuuhoitaja ei käy asiakkaansa luona vähään aikaan. Asiakkaille tulisikin saattaa tietoon, että kuka tahansa asiakkaan luona käyvä hoitaja voi huolehtia kodin ulkopuolisten asioiden hoidosta. Ennakoinnin mahdollistamisen vuoksi tulisi asiakkailla olla käsitys siitä, että asiat voi tuoda muidenkin kuin vastuuhoitajan tietoisuuteen.

Asiakkaan turvallisuuden tunteeseen vaikutti eräässä haastattelussa ilmennyt satunnaisemmin annettava lääkkeenannostelu. Kaikilla hoitajilla ei ollut var-

maa tietopohjaa kyseisestä annostelusta, jonka vuoksi hoitajien täytyi toistuvasti etsiä lääkkeenanto-ohjeita asiakkaan luota. Lääkityksiä koskevissa asioissa tulisi varmistaa, että asiakkaiden kotona ovat riittävän tarkat ohjeet hoitajien hyödynnettäväksi. Asiakkaiden turvallisuuden tunnetta lisäisi se, että asiakas voisi joka tilanteessa luottaa ajantasaisen ohjeistuksen olemassaoloon.

Mobiilisovelluksen käyttöön sisältyy useita positiivisia ominaisuuksia. Haastatteluissa muun muassa tiedonkulku todettiin toimivaksi. Onnistuneeseen tiedonkulkuun liittyy olennaisesti mobiilisovelluksen hyödyntäminen. Sovelluksessa tiedot ovat aina ajantasaisia ja hoitajien käytettävissä asiakkaan luona. Näiden hyötyjen konkreettinen tietoon saattaminen asiakkaalle, lisäisi myös hoidon luotettavuuden näkökulmaa. Asiakkailla ei aina ole käsitystä mitä hoitaja mobiilisovelluksella tekee. Sovellusta tulisikin rohkeasti näyttää asiakkaalle, jolloin teknologian hyöty näyttäytyisi myös asiakkaalle konkreettisemmin.

## LÄHTEET

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, M., Greco, C. & Devillé, W. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research* 11:207. Saatavissa: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-207#Bib1> [viitattu 1.10.2016].

Gabriel, Z. & Bowling, A. 2004. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society* 24, 675–691. Saatavissa: <http://discovery.ucl.ac.uk/1648/1/qualityoflife.pdf> [viitattu 19.10.2016].

Günther, K. 2015. Asiakasdokumentaatio arviointina mielenterveystyön arjessa. Tutkimus ammatillisesta kirjaamisesta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9950-0> [viitattu 19.10.2016].

Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla - esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 35/2008. Helsinki: Edita. Saatavissa: <http://docplayer.fi/2890301-Tyon-organisointi-ja-tyohyvinvointi-sosiaali-ja-terveysalalla-esimerkkina-vanhusten-kotihoito.html> [viitattu 19.10.2016].

Hambleton, P., Keeling, S. & McKenzie, M. 2008. Quality of Life is ... : The Views of Older Recipients of Low-Level Home Support. *Social Policy Journal of New Zealand*. Issue 33, 146–156. Saatavissa: <https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj33/33-Pages-146-162.pdf> [viitattu 1.4.2016].

Healey, B. & Zimmerman Jr., R. 2010. *The New World of Health Promotion. New Program Development, Implementation, and Evaluation*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystyötyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. THL – Raportti 15/2014. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hellström, Y., Persson, G. & Hallberg, I. R. 2004. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing* 48, 584–593. Saatavissa: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:838043/FULLTEXT01.pdf> [viitattu 19.10.2016].

HILKKA® Kotihoito. Saatavissa: <http://www.fastroi.fi/tuotteet/hilkka-kotihoito/> [viitattu 4.4.2016].

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Houdt, S. & De Lepeleire, J. 2010. Does the use of care plans improve the quality of home care? *Quality in Primary Care*. Volume 18 (3). 161–172. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659400> [viitattu 12.12.2016].

Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110374/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110374.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf) [viitattu 17.9.2016].

Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. 2013. Ympäristöministeriö. Saatavissa: [http://www.ymparisto.fi/FI/Asuminen/Ohjelmat\\_ja\\_strategiat/Ikaantyneiden\\_asumisen\\_kehittamisohjelma](http://www.ymparisto.fi/FI/Asuminen/Ohjelmat_ja_strategiat/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma) [viitattu 14.1.2016].

Iäkkäiden toimintakyky. 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky> [viitattu 28.1.2016].

Jolanki, O. 2009. Fate or Choice? Talking about old age and health. Väitöskirja. University of Tampere.

Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettismetodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 4/2008, 190–201.

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2014. Terveys- ja hyvinvointierot suurissa kaupungeissa 2013 –ATH tutkimuksen tuloksia. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116073/URN\\_ISBN\\_978-952-302-207-2.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116073/URN_ISBN_978-952-302-207-2.pdf?sequence=1) [viitattu 28.3.2016].

Kailio, A.-L. 2014. Kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140535/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140535.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140535/urn_nbn_fi_uef-20140535.pdf) [viitattu 23.3.2016].

Kansaneläkelaki 11.5.2007/568.

Koivuranta-Vaara, P., Enberg, E., Immonen-Räihä, P., Lang, L., Lehtonen, L., Puolakka, E., Roine, R., Rytönen, A. & Toiviainen, H. 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa: <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wpcontent/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf> [viitattu 7.3.2016].

Kotkan kaupunki. Kotihoidon palvelualue. Saatavissa: <http://www.kotka.fi/asukkaalle/vanhuspalvelut/kotihoito> [viitattu 4.4.2016].

Kotkan kaupunki. 2013. Kotihoidon vastuuhoidaja -toimintamalli. Kotkan kaupunki. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17366\\_Vastuuhoidajuus\\_2013.pdf](http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17366_Vastuuhoidajuus_2013.pdf) [viitattu 17.4.2016].

Kuntaliitto. 2016. Yhdyskuntarakenne ja infra kilpailukykytekijänä tulevaisuuden kunnassa. Kuntaliiton linjaukset. Kuntaliiton hallitus. Saatavissa: [http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2016/yhdyskuntienlinjaukset/1Yhdyskuntien%20kehitt%C3%A4misen%20linjaukset%2028%204%202016%20\(004\).pdf](http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2016/yhdyskuntienlinjaukset/1Yhdyskuntien%20kehitt%C3%A4misen%20linjaukset%2028%204%202016%20(004).pdf) [viitattu 18.9.2016].

Kuntien Tiera Oy. 2015. Tiera Mobiili kotihoito. Toiminnanohjauspalvelu kotihoidon ammattilaisten päivittäiseen käyttöön. Saatavissa: <http://www.tiera.fi/palvelut/sosiaali-ja-terveyspalvelut/tiera-mobiili-kotihoito> [viitattu 4.4.2016].

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 4–9.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007*, toim. Hopia, H. & Koponen, L., 89–96. Jyväskylä: Gummerus.

Laaksonen, M. & Silventoinen, K. 2011. Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [www.eshp.fi/files/5610/Asiakkaan\\_osallisuus\\_mielenterveys-\\_ja\\_paidetyossa.\\_Fenomenografinen\\_lahestymistapa.pdf](http://www.eshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys-_ja_paidetyossa._Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf) [viitattu 12.12.2016].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leino-Kilpi, H. & Stolt, M. 2016. Terveysteknologia ja hoitotyön etiikka. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2016. Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa*, toim. Pirhonen, K., 161–170. Porvoo: Bookwell.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp Ky.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nikander, P. 2010. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa *Haastattelun analyysi*, toim. Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen M., 432–445. Tampere: Vastapaino.

Nykänen, S. 2007. "Kot' on paras paikka" - Kotona asumisen merkitys ikääntyvälle. Lapin yliopisto. Lapinyliopistopaino. Saatavissa: <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=b60f1f16-b935-4f6c-a50c-0a843f0958c6> [viitattu 2.12.2015].

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito, 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf) [viitattu 22.2.2016].

Paljärvi, S., Rissanen, S., Sinkkonen, S. & Paljärvi, L. 2011. What happens to quality in integrated homecare? A 15-year follow-up study. *International journal of integrated care*, vol 11.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. painos. Juva: WSOY.

Pietilä, A., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma - opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STAKES-oppaita 52. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen kuntaliitto. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1> [viitattu 19.10.2016].

Raappana, A. & Melkas, H. 2009. Teknologian hallittu käyttö vanhuspalveluissa - Opas teknologiapäätösten ja teknologian käytön tueksi. Lappeenranta teknillinen yliopisto. Saatavissa: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/59191/isbn%209789522148650.pdf?sequence=5> [viitattu 1.11.2016].

Reikko, K., Salonen, K. & Uusitalo, I. 2010. Puun ja kuoren välissä. Lähijohtajuus sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuksia 31. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/Isbn9789522161284.pdf> [viitattu 4.1.2016].

Rintala, T. 2005. Euroopan unionin sosiaalipoliittiset linjaukset ja suomalainen vanhuspolitiikka. *Yhteiskuntapolitiikka* 70. 396–410. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101279/054rintala.pdf?sequence=1> [viitattu 20.4.2016].

Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa *Haastattelun analyysi, toim.* Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen M., 424–431. Tampere: Vastapaino.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa *Haastattelun analyysi, toim.* Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen M., 424–431. Tampere: Vastapaino.

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66539/978-951-44-7855-0.pdf?sequence=1> [viitattu 20.2.2016].

Saranto, K. & Ikonen, E. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*, toim. Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A., 187–195. Porvoo: WSOY.

STM. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Julkaisuja 2011:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1> [viitattu 1.4.2016].

STM. 2012a. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112305/URN%3aNBN%3afi-fe201504223388.pdf?sequence=1> [viitattu 28.10.2016].

STM. 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112147/URN%3aNBN%3afi-fe201504224670.pdf?sequence=1> [viitattu 1.4.2016].

STM. 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1) [viitattu 4.4.2016].

STM. 2013b. MUUTOSTA LIIKKEELLÄ! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Julkaisuja 2013:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110504/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3412-2\\_korj.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110504/URN_ISBN_978-952-00-3412-2_korj.pdf?sequence=3) [viitattu 19.1.2016].

Sykes, W. & Groom, C. 2011. Older people's experiences of home care in England. Research report 79. Equality and Human Rights Commission. Saatavissa: <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research-report-79-older-peoples-experiences-of-home-care-in-england.pdf> [viitattu 1.4.2016].

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Integration and Quality of Home care. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf) [viitattu 20.2.2016].

Tepponen, P. 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22620/yli75vuo.pdf?sequence=2> [viitattu 21.2.2016].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113104/t2015esi.pdf?sequence=1> [viitattu 16.1.2016].

THL. 2016. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana sote-uudistusta. THL. 10/16. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131238/THL\\_TT\\_SOTE\\_04102016\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131238/THL_TT_SOTE_04102016_verkko.pdf?sequence=1) [viitattu 6.12.2016].

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. 2015. 65 vuotta täyttäneet, % väestöstä, 65 vuotta täyttäneet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2015. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s04qBwA=&region=szYstjbWM7Q20jOyNtEzjDcxNLK2BNJGhiaGpoZGIAgWN4ZQRobGQAFzH2sjcwA=&year=sy4rBgA=&gender=t&abs=f&color=f> [viitattu 7.3.2016].

Tilastokeskus. 2007. Väestöennuste 2007-2040. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn\\_2007\\_2007-05-31\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html) [viitattu 27.1.2016].

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue - Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen, S. 2006. "Ei täällä paljon kuunnella ihmistä". Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93738/gradu01274.pdf?sequence=1> [viitattu 16.9.2016].

Turjamaa, R. 2014. Older People's Individual Resources and Reality in Home Care. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1616-7/urn\\_isbn\\_978-952-61-1616-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1616-7/urn_isbn_978-952-61-1616-7.pdf) [viitattu 17.9.2016].

Turvallinen elämä ikääntyneille - Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. 2011. Sisäasianministeriö. Julkaisuja 19/2011. Saatavissa: [http://www.intermin.fi/download/24903\\_192011.pdf](http://www.intermin.fi/download/24903_192011.pdf) [viitattu 14.1.2016].

Vaarama, M. & Ylönen, L. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Osaraportti I. Espoon kaupunki ja Stakes. Espoon kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Saatavissa:



file:///C:/Oma/Downloads/Kotihoidon%20laatu%20ja%20tuloksellisuus%20Es-poossa%20-Asiakkaiden%20n%C3%A4k%C3%B6kulma%20(3).pdf [viitattu 19.4.2016].

Vanhuspalvelulaki = Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalousta 28.12.2012/980.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidon ja iäkkäiden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66409/978-951-44-7521-4.pdf?sequence=1> [viitattu 19.4.2016].

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

World Health Organization. 2015. World report on ageing and health. World Health Organization. Saatavissa: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1) [viitattu 20.4.2016].

Ylikännö, M. 2008. Teoksessa Näkökulmia eläkeläisten hyvinvointiin – toimeentulosta kulutukseen ja ajankäyttöön, toim. Tuominen E., 65–95. Helsinki: Eläketurvakeskuksen raportteja 2008:4.

Ylä-Outinen, T. 2012. Ikäihmisten arki – Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0974-9/urn\\_isbn\\_978-952-61-0974-9.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0974-9/urn_isbn_978-952-61-0974-9.pdf) [viitattu 22.10.2016].

## Liite 1. Teemahaastattelun keskusteluteemat

<b>TUTKIMUSKYSYMYS</b>	<b>TUTKIMUSKYSYMYKSEEN LIITTYVÄT KESKUSTELUTEEMAT</b>
<p><b>1. Miten käyttöön otetun resurssisaatepoolin mahdollistama kotihoidon hoitohenkilökunnan pysyvyys on vaikuttanut kotihoidon tuottamaan hoitoon?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitohenkilökunnan pysyvyys (ei ulkopuolisia sijaisia)</li> <li>- Vastuuhoitajamallin tehostaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitajan ja asiakkaan välinen luottamussuhde</li> </ul> </li> <li>- Vastuuhoitajan tapaaminen</li> </ul>
<p><b>2. Miten palvelujen tarveperustainen kohdentaminen ja tasaisen saatavuus on näyttäytynyt asiakkaille?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Joustava reagointi muuttuviin tarpeisiin               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uusien työnjakomallien mahdollistama joustavuus</li> </ul> </li> <li>- Hoidon oikea-aikaisuus</li> <li>- Hoidon suunnittelu yksilöllisesti</li> </ul>
<p><b>3. Miten asiakas-lähtöisyys ja yksilöllisyys päivittäisessä hoidossa on vaikuttanut asiakkaan saamaan hoitoon?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastuuhoitajan ja asiakkaan välinen hoitotyön arviointi</li> <li>- Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus</li> <li>- Hoito- ja palvelusuunnitelman tehokas hyödyntäminen</li> </ul>
<p><b>4. Miten osallistuminen omaan hoitoon on vaikuttanut hoidon laatuun?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teknologian hyödyntäminen päivittäisessä arvioinnissa</li> <li>- Yhdessä kirjaaminen               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mahdollisuus vaikuttaa</li> <li>- Osallistumisen merkitys ikääntyneelle</li> </ul> </li> </ul>

## Liite 2. Tutkimuslupa

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelut Vanhustenhuollon vastuualue	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §		Sivu
Vanhustenhuollon johtaja	10.08.2016	81	1

Dnro D/2777/13.00.00/2016

**Tutkimuslupa, Roosa Kivelä**

Valmistelija: johdon sihteeri Heidi Kivinen

Kyminlaakson ammattikorkeakoulun opiskelija Roosa Kivelä on hakenut tutkimuslupaa opinnäytetyölleen: Kotihoidon toiminnanohjaus- Muutosprosessin vaikutus asiakkaiden arvioimana.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen ja kaupungin yhteyshenkilönä kotihoidon johtaja Pia Ruuskanen.

**Tutkimusmenetelmän kuvaus**

Tutkimus toteutetaan teemahaastattelututkimuksena Kotkan kotihoidon säännöllisille asiakkaille. Tavoitteena haastatella n. 10-12 alueellisen kotihoidon asiakasta. Asiakkaisiin ollaan henkilökohtaisesti yhteydessä sopivan haastattelujankohdan sopimiseksi. Haastattelussa käytetään apuna teemahaastattelurunkoa. Kerätty aineisto analysoidaan teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. |

Hyvinvointipalvelujen johtoryhmä on hyväksynyt tutkimusluvan 10.8.2016 § 72.

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti

Vanhustenhuollon johtaja Rosqvist Liisa

Ote: Roosa Kivelä  
Pia Ruuskanen

Tämä viranhaltijan päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä 1.9.2016 vanhustenhuollon hallinto, kaupungintalo 4, kemos.

## Liite 3. Saatekirje

Hyvä kotihoidon asiakas,

Olen Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ylemmän terveyden edistämisen koulutusohjelman opiskelija. Teen tutkimusta, jonka tarkoituksena on kartoittaa Kotkan kotihoidon asiakkaiden kokemuksia kotihoidossa toteutetusta toiminnanmuutoksesta. Toiminnanmuutokseen liittyen on Kotkan kotihoidossa keväällä 2015 otettu sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä käyttöön, jonka avulla muun muassa vastuuhoitajamallia voidaan tehostetummin toteuttaa. Lisäksi toiminnanohjausjärjestelmän käyttö on näkynyt teille, muun muassa älypuhelimien käyttönä, kotihoidon työntekijän kanssa yhteisenä kirjaamisena sekä hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntämisenä päivittäisessä työssä.

Tutkimuksen aineistot koostuvat kotihoidon asiakkaiden haastatteluista. Teidän vastauksenne ovat tutkimuksen kannalta tärkeitä. Saatua uutta tietoa on mahdollista hyödyntää muun muassa kotihoidon palvelujen kehittämisessä, laadun parantamisessa ja asiakaslähisyyden kehittämisessä. Haastatteluun vastaaminen on silti teille täysin vapaaehtoista.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastaajia ole mahdollista tunnistaa tutkimuksen tuloksista. Haastatteluista saatavat aineistot hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Mikäli haluatte lisätietoja tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä alla olevaan puhelinnumeroon tai sähköpostiin.

Roosa Kivelä

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

0407501195

roosa.kivela@kotka.fi

## Liite 4. Tietosuojaseloste



TIETOSUOJASELOSTE  
Henkilötietolaki (523/1999) 10 § ja 24 §

Pvm 22.7.2016

1. Rekisterinpitäjä	Nimi Roosa Kivelä
	Osoite Peltokaskentie 2, 48310 Kotka
	Muut yhteystiedot 0407501195, roosa.kivela@kotka.fi
2. Yhteyshenkilö rekisteriä koskevista asioista	Nimi Roosa Kivelä
	Osoite Peltokaskentie 2, 48310 Kotka
	Muut yhteystiedot 0407501195, roosa.kivela@kotka.fi
3. Rekisterin nimi	Yhteystietoluettelo, KOTIHOIDON TOIMINNANOHJAUS - MUUTOSPROSESSIN VAIKUTUS ASIAKKAIDEN ARVIOIMANA
4. Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus	Henkilötiedot kerätään haastateltavien yhteydenottoja ja haastattelujen sopimisia varten.  Tutkimus päättyi huhtikuussa 2017, jonka jälkeen kerätyt tiedot hävitetään asianmukaisella tavalla. Manuaalisesti kerätyt tiedot, jotka ovat paperimuodossa, laitetaan lukittuun paperinkeräys-laatikkoon, josta ne hävitetään silputtavaksi. Tietokoneella olevat excel- ja/tai word-muotoiset tiedostot tuhoetaan.
5. Rekisterin tietosisältö	Henkilöistä tallennetaan yhteydenottoja varten etunimi ja sukunimi.  Yksilöintiä varten tallennetaan henkilöiden ikä, sukupuoli ja kotihoidon säännöllisen palvelun piirissä oloaika.
6. Säännönmukaiset tietolähteet	Potilastietojärjestelmä
7. Tietojen säännönmukaiset luovutukset	Ei luovuteta
8. Tietojen siirto EU:n tai ETA:n ulkopuolelle	Ei siirretä
9. Rekisterin suojauksen periaatteet	A Manuaalinen aineisto  Manuaalinen aineisto on vain tutkijan käytössä ja säilytetään erillään kaikista muista aineistoista. Aineisto säilytetään huolellisesti lukitussa laatikossa, jonne ainoastaan tutkijalla on pääsy.
	B Aikala käsiteltävät tiedot  Luotu Excel-taulukko ja word-tiedostot ovat tutkijan henkilökohtaisella levyllä, jonne ainoastaan tutkijalla on mahdollisuus päästä.

10. Tarkastusoikeus	<p>Rekisteröidyllä on oikeus tarkastaa henkilörekisteriin talletetut tietonsa (Henkilötietolaki 26 §, tarkastusoikeuden rajoitukset 27 §).</p> <p>Tarkastuspyyntö tehdään kirjallisena, lomake löytyy osoitteesta <a href="http://www.kotka.fi/tietoa_kotkasta/tietosuoja">http://www.kotka.fi/tietoa_kotkasta/tietosuoja</a> (rekisteritietojen tarkastuspyyntölomake). Lomakkeen voi tilata myös Kotkan kaupungin kirjaamosta puh. 05 2341.</p> <p>Tarkastusoikeuden voi toteuttaa kerran vuodessa maksutta.</p> <p>Lisätietoja tarkastusoikeudesta saa Tietosuojavaltuutetun toimiston <a href="http://www.kotka.fi/tietosuoja">www - sivuilta</a>.</p>
11. Oikeus vaatia tiedon korjaamista	<p>Rekisteröidyllä on oikeus vaatia häntä koskevien henkilörekisterissä olevan virheellisten tietojen oikaisemista, poistamista tai täydentämistä (Henkilötietolaki 29 §).</p> <p>Vaatus tulee esittää kirjallisesti siten, että siitä käy selville mitä tietoa vaatimus koskee. Vaadittaessa tiedon oikaisemista tai täydentämistä tulee esittää sanatarkasti korvaava tai täydennettävä teksti.</p> <p>Korjaamisvaatimusta varten on lomake, joka löytyy osoitteesta <a href="http://www.kotka.fi/tietoa_kotkasta/tietosuoja">http://www.kotka.fi/tietoa_kotkasta/tietosuoja</a> (tiedon korjaamisvaatimus). Lomakkeen voi tilata myös Kotkan kaupungin kirjaamosta puh. 05 2341.</p> <p>Lisätietoja tiedon korjaamisesta saa Tietosuojavaltuutetun toimiston <a href="http://www.kotka.fi/tietosuoja">www - sivuilta</a>.</p>
12. Muut henkilötietojen käsittelyyn liittyvät oikeudet	Ei

Liite 5. Taustatekijälomake

1. Sukupuoli

- a. nainen
- b. mies

2. Ikä? \_\_\_\_\_

3. Kuinka monta vuotta olette olleet Kotkan kotihoidon palvelujen piirissä? \_\_\_\_\_

## Liite 6. Malli aineiston pelkistämisestä ja teemoittain järjestämisestä

<b>1. TEEMAAN LIITTYVÄ KESKUSTELUTEEMA: Vastuuhoitajamallin vahvistaminen</b>				
<b>Suora ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>	<b>Tutkimuksen teema</b>
<p><i>"Se on niin sellanen, että ottaa asiakkaan muutenki, ku vaan toimenpiteenä"</i></p> <p><i>"...ainakin kaikki mitä hän minulle aina antaa."</i></p> <p><i>"No se omahoitaja tietää ja tuntee ihmisen paremmin."</i></p> <p><i>"Se omahoitaja on tärkeä ... se tietää minun asiat."</i></p>	<p>Asiakkaan kokonaisvaltainen huomiointi vastuuhoitajan toimesta.</p> <p>Vastuuhoitajan merkitys.</p> <p>Vastuuhoitajan omaaman tiedon merkitys.</p> <p>Asiakkaan taustojen tunteminen.</p> <p>(Ikonen 2015, Tepponen 2009)</p>	<p>Hoidon kokonaisvaltaisuus ja taustojen tuntemisen merkitys</p>	<p>Hoitajan ja asiakkaan välinen luottamussuhde ja vuorovaikutus</p>	<p>Resurssipoolin mahdollistama hoitohenkilökunnan pysyvyys</p>
<p><i>"Ei se oo nyt käynyt pitkää aikaa. Olis se minust vaa parempa jos se kävis."</i></p> <p><i>"Kyl mie tykkään et se omahoitaja kävis."</i></p>	<p>Hoidon jatkuvuuden merkitys asiakkaalle.</p> <p>Omahoitajan tekemien käyntien merkitys asiakkaalle.</p> <p>(Sykes &amp; Groom 2011, Vaarama &amp; Ylönen 2006)</p>	<p>Hoidon jatkuvuus</p>		
<p><i>"No se niinkun tietää asiat ja hoitaa, eikä tarvi sitte toisten. Ku ens kuussa mulla on omalääkäri, nii hoitaa sitte nämä minun asiat ennen sitä lääkäriä. Ei tarvi sitte kaikille sanoa."</i></p> <p><i>"Hän hoitaa kaikki. Hän tuo lääkkeet. Kun mulle haettiin hoitotuki, hän hoiti ne. Nyt kun tuli lääkekatto täytee, hän hoiti ne. Se on tärkeätä, kun itte ei osaa. Kylhän se on tärkeä. Se ois lääke- ja muist asioist perillä."</i></p>	<p>Asiakkaan asioiden hoitaminen asiakaslähtöisesti yhden hoitajan (vastuuhoitajan) toimesta. Tiedonsiirron helppous.</p> <p>Asiakkaan kodin ulkopuolisten asioiden hoitaminen. Asiakkaan auttaminen siinä, mihin ei itse kykene.</p> <p>Vastuuhoitajan hoitamien kodin ulkopuoliset asiat</p>	<p>Asiakkaan asioiden hoitaminen kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti.</p>		



<p><i>"Mie en oo näit laittan kohallee vaa minun omahoitaja."</i></p>	<p>Asiakkaan asioiden hoitaminen kuntoon  (Haapakorpi &amp; Haapola 2008, Tepponen 2003, Vanhuspalvelulaki, Vaarama &amp; Ylönen 2006)</p>			
<p><i>"Se tekee jotenki aina vähä enempi. Mie aina nautin kun se tulee."</i></p> <p><i>"Sit kun se omahoitaja tulee ni se on vaa mukava tunne."</i></p> <p><i>"Mut kyllä on aina hyvä mieli ku hän tulee."</i></p> <p><i>"Hän on oppinu huomaamaan minust asioita. Meil on niin hyvä suhde."</i></p>	<p>Vastuuhoitajan tekemien käyntien merkitys</p> <p>Vastuuhoitajan aikaansaama hyvänolontunne asiakkaalle</p> <p>Vastuuhoitajan aikaansaama hyvänolontunne asiakkaalle</p> <p>Vastuuhoitajan ja asiakkaan välinen suhde ja äänetön vuorovaikutus</p> <p>(Hyvärinen 2011, Paljärvi 2012, STM 2012b, Tepponen 2003, Valta 2008)</p>	<p>Vastuuhoitajan tapaamisen aikaansaama hyvänolon tunne</p>		

## Liite 7. Aikaisempien tutkimusten taulukko

Tekijä, vuosi, paikka, tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Otos, aineistonkeruumenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Günther, Kirsi 2015.</p> <p>Asiakasdokumentaatio arviointina mielenterveystyön arjessa. Tutkimus ammatillisesta kirjaamisesta.</p> <p>Tampereen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>Tavoitteena oli saada tietoa mielenterveystyön asiakirjoista ja niiden käytöstä sekä kirjaamiskulttuurista ja arviointikulttuurista asiakirjakirjaamisessa. Lisäksi tavoitteena oli tutkia asiakaskirjojen roolia asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa.</p>	<p>Aineisto koostui 18 asiakassuunnitelmapalaverien nauhoituksista. Lisäksi aineistona oli kolmenlaisia asiakirjoja; 36 täytettyä asiakassuunnitelmalomaketta, tyhjiä asiakassuunnitelmalomakkeita sekä 10 loppulausuntoa.</p>	<p>Mielenterveystyön dokumentoinnissa on tietynlaiset vakiintuneet kielenkäytön ja merkityksellisyyden tavat. Ammatillinen kirjaaminen on tiiviisti sidoksissa asiakirjojen käyttöön ja sisältöön. Palveluntarjoajien tuottamat lomakkeet eivät välttämättä vastaa arjen asiakastyön tarpeeseen. Arviointitietoa kirjataan työntekijälähtöisesti ja moniäänisesti.</p>
<p>Hyvärinen, Hannu 2011.</p> <p>Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä.</p> <p>Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asiantuntijoiden näkemykset asiakaslähtöisyydestä. Lisäksi haluttiin selvittää, miten asiakaslähtöisyys näyttäytyy suhteessa toiminnan organisointiin, palveluun ja asiakkuuteen palvelussa.</p>	<p>Aineisto kerättiin teema-haastatteluilla. Haastattelu toteutettiin 11 asiantuntijalle.</p>	<p>Asiakaslähtöisyyteen sisältyy eri haasteita ja se toteutuu eri tavoilla. Asiakaslähtöistä toimintaa häiritsee organisaation tarpeista toimiminen sekä vakiintuneet toimintatavat. Asiakkaiden omat mahdollisuudet ja halukkuus vaikuttavat myös asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. Ongelmalliseksi nousi myös asiakaslähtöisyys-käsitteen laajuus.</p>
<p>Jolanki, Outi 2009.</p> <p>Fate or Choice? Talking about old age and health.</p> <p>University of Tampere. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää miten ikääntyneet näkevät sosiaalisen asemansa yhteiskunnassa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää miten ikääntyneet puhuvat itse vanhuudesta ja terveydestä sekä omasta vanhenemisestaan.</p>	<p>Aineisto kerättiin tampere-laisten 90 vuotta täyttäneiden elämäkerrallisista haastatteluista. Lisäksi aineistoa kerättiin neljästä ryhmähaastattelusta, joissa jokaisessa oli 6 osallistujaa.</p>	<p>Ikääntyessä heikentävä toimintakyky ja tietyt rajoitteet koetaan pakkona, johon tulee sopeutua. Toisaalta kuitenkin koetaan, että osallisuus on mahdollista ja omaan kohtalonsa on mahdollista vaikuttaa.</p>
<p>Kailio, Anna-Leena 2014.</p> <p>Kotona asuvien ikäihmistien osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa.</p> <p>Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden kotona asuvien osallisuutta hyvinvointipalveluiden suunnittelussa.</p>	<p>Aineisto kerättiin teema-haastatteluilla kahdeksalle Etelä-Kymenlaakso-laiselle ikääntyneelle. Haastateltavat olivat iältään 71–93 -vuotiaita.</p>	<p>Osallisuus voi toteutua eri tasoilla; päätöksenteossa, informoinnilla sekä mielipiteiden huomioimisella. Ikääntyneiden osallisuutta palveluiden suunnittelussa tulisi vahvistaa. Osallisuuden lisääminen voisi parantaa ikääntyneiden palvelujen laadun parantamista.</p>

<p>Paljärvi, Soili 2012.</p> <p>Muuttuva kotihoito, 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta.</p> <p>Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida kotihoidon käsitettä ja sisältöä, kuvata kotihoidon ja toimintaympäristön muutoksia, kuvata kotihoidon sisällön ja organisoinnin muutoksia 15 vuoden aikana sekä arvioida muutoksia kotihoidon laadussa 15 vuoden aikana.</p>	<p>Aineisto koostui tutkimuskunnan asiakirjoista ja tilastoista sekä valtioneuhajausasiakirjoista. Lisäksi aineisto koottiin kotihoidon asiakkaiden haastatteluista (n=66–84), omaisten haastatteluista (n=73–78) ja työntekijöille suunnatuista kyselyistä (n=68–136) viitenä ajankohtana vuosina 1994–2009.</p>	<p>Asiakirjojen analyysin perusteella samat asiat toistuvat esillä jokaisella vuosikymmenellä; muutokset kestävät vuosia. Suurta muutosta kotihoidon laadussa asiakkaiden arvioimana ei ole nähtävissä integroinnin ajalta. Laatu haittaavat toimintaympäristömuutokset ovat kuitenkin integroinnin myötä lievittyneet. Pääosin kotihoidon laatu on pysynyt koko pitkän seurantajakson ajan hyvällä tasolla.</p>
<p>Sanerma, Päivi 2009.</p> <p>Kotihoidotyön kehittämisen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä.</p> <p>Tampereen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata tiimityötä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä. Tavoitteena oli uuden tiedon luominen kotihoidotyön kehittämisestä sekä rakenteiden luominen kotihoidotyön kehittämiseksi.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena vuosina 2000–2003. Aineistoa kerättiin ja analysoitiin samanaikaisesti, koska aineisto toimi suuntana kehittämistyölle. Aineisto koostui ohjausryhmän muistioista, arviointialo-geista, kehittämisprojektin väli- ja loppuarvioinneista ja henkilöstön teema-haastatteluista.</p>	<p>Tuloksena syntyi uusi kehittämismalli. Tulosten perusteella oppimismyönteisyys ja kehittämiseen sitoutuminen edisti kehittämistyötä. Tiimityö edellytti uusia malleja, muun muassa omahoitajamallia. Tiimityö voi vapauttaa uusia resursseja.</p>
<p>Tepponen, Merja 2009.</p> <p>Kotihoidon integrointi ja laatu.</p> <p>Kuopion yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää kotihoidon integroinnin laajuutta ja toteuttamistapoja sekä niiden vaikutuksia kotihoidon sisältöön ja laatuun. Vaikutuksia halettiin arvioitavan asiakkaiden, heidän omaisten, kotihoidon työntekijöiden sekä johdon näkökulmasta.</p>	<p>Aineisto koostui dokumenttiaineistoista, itäsuomalaisen kunnan kotihoidon johtajien haastatteluaineistoista (n=56) sekä kotihoidon asiakkaiden haastatteluaineistoista (n=130), omaisten (N=126) ja työntekijöiden kyselyjen aineistoista.</p>	<p>Asiakkaiden erilaisten palvelutarpeiden huomiointi edellyttää hyvää palvelujärjestelmää. Teknologisia sovelluksia on lisättävä kotihoitoon. Kotona asuvien iäkkäiden toimintakykyyn tulee panostaa ja hyödyntää mahdollisuuksia lisätä ikävuosia.</p>
<p>Tepponen, Pirkko 2003.</p> <p>Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Tutkimus Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungeissa.</p> <p>Helsingin yliopisto. Väitöskirja</p>	<p>Tavoitteena oli kuvata vastaajien elinympäristöä ja suhteita, analysoida selviytymistä sekä analysoida palvelun käyttöä sekä avun saamisen kokeamista.</p>	<p>Tutkittavat koostuivat 75-vuotta täyttäneistä kotipalvelun ja/tai kotisairaanhoidon asiakkaista pääkaupunkiseudulla. Aineisto kerättiin postikyselynä ja syventävällä kotihaastattelulla. Kyselyyn vastaajia oli 452, josta 30 osallistui vielä haastatteluun.</p>	<p>Palvelujen tarvekohtainen kohdentaminen on haaste palveluja uudelleen organisoitaessa. Kotihoito vaatii moniammatillista verkostoitumista.</p>

<p>Tuominen, Sanna 2006.</p> <p>"Ei täällä paljon kuunnella ihmistä". Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana.</p> <p>Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu geriatrisella osastolla ja mitä haasteita sen toteutumiseen liittyy. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää mitkä tekijät vaikuttavat vanhusten kokemaan asiakaslähtöisyyteen.</p>	<p>Aineisto kerättiin teema-haastatteluilla. Haastattelulla 10 geriatrisen osaston vanhusta.</p>	<p>Asiakaslähtöisyys ei geriatrisella osastolla toteudu. Vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet ovat puutteelliset. Vuorovaikutuksen tasa-arvoisuus ja yleinen asiakaslähtöisyys ovat vain taivoite.</p>
<p>Turjamaa, Riitta 2014.</p> <p>Older People's Individual Resources and Reality in Home Care.</p> <p>Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena oli ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden voimavarojen kuvaaminen ja arviointi. Lisäksi tarkoituksena oli tunnistettujen voimavarojen tukeminen kotihoidon henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmasta.</p>	<p>Aineisto koostui neljästä aineiston osasta; tieteellisistä artikkeleista (n=17), henkilökunnan ryhmähaastatteluista (n=32), hoito- ja palvelusuunnitelmista (n=437) ja kotikäyntien videoinneista sekä haastatteluista.</p>	<p>Tulosten mukaan kotihoidon hoitotyössä toteutuu toimenpidekeskeisyys ja fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. Kotihoidossa tulisi huomioida asiakkaan voimavarat sekä yksilöllisyys.</p>
<p>Valta, Anja 2008.</p> <p>lääkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli ikäkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja ikäkäiden näkökulmasta.</p> <p>Tampereen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena oli rakentaa teoreettinen malli kotona asuvien yli 75-vuotiaiden päivittäiseen selviytymiseen liittyen.</p>	<p>Aineisto koostui strukturoidusta kotisairaanhoidajilta (N=204) kerätystä aineistosta sekä ikääntyneiden (N=20) haastatteluaineistosta.</p>	<p>Tulosten mukaan hyvään päivittäiseen selviytymiseen liittyy kognitiiviset toiminnot sekä eri oireiden ja vaivojen puuttuminen. Lisäksi todettiin, että hyvä ja paha olo, hyvä ympäristö sekä avun tarve vaikuttavat olennaisesti päivittäiseen selviytymiseen. Erityisesti kognitiiviset toiminnot tulisi huomioida paremmin ikääntyneiden kotihoidossa.</p>
<p>Ylä-Outinen, Tuulikki 2012.</p> <p>Ikäihmisten arki – Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä.</p> <p>Itä-Suomen Yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää ikäihmisten omasta näkökulmastaan heidän elämänsä kotona tai palveluasumisessa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää muuttoa palveluasumiseen heidän omasta näkökulmastaan.</p>	<p>Aineisto kerättiin haastatteleamalla 19 kotona asuvaa ikäihmistä sekä 8 jo palveluasumiseen muuttanutta ikäihmistä. Aineiston keruu toteutettiin syksyn 2008 ja syksyn 2010 välisenä aikana.</p>	<p>Tutkimuksessa ilmeni erilaisten toimijoiden suhtautuminen omaan ikääntyneeseen arkeen. Tyypeistä muodostui neljä ryhmää, joilla oli erilaisia valmiuksia ja mahdollisuuksia vaikuttaa oman elämäntilanteen parantamiseen. Tutkimuksella saatiin selville konkreettisia asioita, joilla on mahdollisuus vaikuttaa hyvinvointia lisääviin ja hyvinvointieroja kaventaviin tekijöihin.</p>