



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KUNTOUTTAVA ARVIOINTIJAKSO VARKAUDEN KOTIHOIDOSSA

Asiakkaiden kokemuksia kuntouttavasta arviointijaksosta

TEKIJÄT: Tanja Juvonen
Sanna Karhunen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sosionomin tutkinto-ohjelma			
Työn tekijät Tanja Juvonen ja Sanna Karhunen			
Työn nimi Kuntouttava arviointijakso Varkauden kotihoidossa – Asiakkaiden kokemuksia kuntouttavasta arviointijaksosta			
Päiväys	09.12.2018	Sivumäärä/Liitteet	47/2
Ohjaajat Minna Kaija-Kortelainen ja Auli Pohjolainen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Varkauden sosiaali- ja terveyskeskus, kotiin annettavat palvelut ja sairaudenhoito			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin Varkauden kotihoidossa toteutettavan arviointijakson asiakkaiden kokemuksia arviointijaksosta kotihoidon näkökulmasta. Toimeksiantajana oli Varkauden sosiaali- ja terveyskeskus, kotiin annettavat palvelut ja sairaudenhoito. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa toimeksiantajalle kuntouttavan arviointijakson onnistumisesta asiakkaiden kokemusten perusteella.</p> <p>Valmisteilla olevan sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen siirtyy kunnista maakunnille. Uudistuksen tavoitteena on nivoa palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi, missä yhdenvertaisuus, asiakaslähtöisyys, laatu, valinnanvapaus sekä kustannustehokkuus korostuvat. Hallituksen kärkihankkeena on menossa Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankkeella tavoitellaan parempaa vanhuutta ja laadukkaampaa omaishoitoa. Muita ikäihmisten palveluja uudistavia hankkeita ovat Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoima Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen KASTE -kehittämishanke ja Kotona kokonainen elämä -kehittämishanke sekä Kukoistava kotihoito -hanke. Kotona asumisen mahdollistamiseksi ikäihmiset tarvitsevat monipuoliset ja toimivat palvelut. Ympäri vuorokautisella kotihoidolla voidaan parantaa ikäihmisten kotona pärjäämistä. Varkauden kaupungin kotihoito vastaa ikääntyneiden kasvavaan määrään uuden vuoden 2018 helmikuun alussa alkaneella kotihoidon kuntouttavalla arviointijaksolla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena, jossa hyödynnettiin lisäksi kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineiston kerääminen toteutettiin kyselylomakkeiden avulla. Tutkimuksessa tuotettiin tietoa kuntouttavan arviointijakson onnistumisesta. Vastausprosentiksi muodostui 66,7 prosenttia. Tuloksissa todettiin asiakkaiden olleen tyytyväisiä kotihoidon arviointijaksoon kokonaisuutena ja arviointijakson koettiin parantaneen vastaajien kokonaisvaltaista toimintakykyä. Vastaajat kokivat yleisesti kotona asumisen turvalliseksi arviointijakson aikana. Varkauden kotihoito saa käyttöönsä tutkimustulokset, joita kotihoito voi jatkossa hyödyntää kehittäessään palvelujaan tulevaisuudessa.</p>			
Avainsanat kotihoito, kotiin annettavat palvelut, kuntouttava arviointijakso, ikäihmiset, kyselylomake			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Social Services			
Authors Tanja Juvonen and Sanna Karhunen			
Title of Thesis Rehabilitation period in Varkaus home care – clients' subjective experiences of their participation in rehabilitation period at home			
Date	09.12.2018	Pages/Appendices	47/2
Supervisors Minna Kaija-Kortelainen and Auli Pohjolainen			
Client Organisation /Partner Social services and health care division, Varkaus, home-based services and medical care			
<p>Abstract</p> <p>The aim of this study was to find out clients' subjective experiences of the rehabilitation period in home care in the town of Varkaus. The client organization of this study was Varkaus social- and healthcare, home care services and hospital care services. The aim of the study was to estimate if the customers benefit from the home rehabilitation period.</p> <p>At the moment the municipalities are responsible for organizing health and social services. This responsibility will be transferred to new counties in connection with the health and social services reform. The objective is that everyone will have equal opportunities to get the adequate health and social services required by law. The county will safeguard that services are equally available to all people. The future clients will have a wider range of health and social services from which to choose and the services provided will be of good quality, client-oriented and cost-effective. One of the Finnish Government's key projects is to support old people's living at home and enhance informal care for people of all ages. The aim is better old age and more quality in informal care. Old people need versatile and functional services which help old people live longer at their homes. The 24-hour home care can help old people get the care they need also at night. Because of the strong increase in the number of older people in Varkaus, home care started this rehabilitation period in February 2018.</p> <p>The quantitative and qualitative research methods were applied in this study, where a questionnaire was the main instrument for collecting data. The total response rate of the survey was 66.7 %. The results showed that rehabilitation period at home was good for the client rehabilitation process, the clients were satisfied, and the functional capacity was better. Clients also felt safe during this rehabilitation. Findings from this study can be used by Varkaus home care for planning services in the future.</p>			
<p>Keywords</p> <p>home care, home-based services, rehabilitation period, elderly, questionnaire</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	SOSIAALI- JA TERVEYSALAN MUUTOKSET, AJANKOHTAISET HANKKEET JA TUTKIMUKSET	7
2.1	Sosiaali- ja terveysalan muutokset, ajankohtaiset hankkeet ja tutkimukset Suomessa	7
2.2	Kansainvälisiä tutkimuksia kotihoidosta ja ikäihmisten osallisuudesta hoitonsa suunnitteluun	10
3	KOTIHOIDON ASIAKASLÄHTÖINEN PALVELUPOLKU	13
3.1	Palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi	14
3.2	Varkauden kotihoito	15
3.3	Kuntouttava arviointijakso	15
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
4.1	Tarkoitus ja tavoite	17
4.2	Tutkimuksen lähestymistapa ja kohdejoukon kuvaus	17
4.3	Tutkimusmenetelmän kuvaus ja analyysi	18
4.4	Luotettavuus ja eettisyys	20
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	25
5.1	Vastaajien taustatiedot	25
5.2	Vastaajien tyytyväisyys arviointijaksoon	27
5.3	Asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn muutokset arviointijakson aikana	30
5.4	Asiakkaiden kokemukset turvallisuudesta arviointijakson aikana	32
5.5	Johtopäätökset	34
6	POHDINTA	36
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	38
	LIITE 1: KYSELYLOMAKE	42
	LIITE 2: SAATEKIRJE	47

1 JOHDANTO

Suomessa laajimpia toteutettuja sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksia on työn alla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon -uudistus eli sote-uudistus. Uudistusta toteuttavat valtio sekä kunnat. (Valtioneuvosto s.a.c.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen siirtyy uudistuksen myötä kunnista maakunnille, jolloin kuntien vastuulle jää kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (Valtioneuvosto s.a.c; Valtioneuvosto s.a.a). Tavoitteena sote-uudistuksella on nivoa palvelut aiempaa paremmin yhteen sovitetuksi kokonaisuudeksi, missä yhdenvertaisuus, asiakaslähtöisyys, laatu, valinnanvapaus sekä kustannustehokkuus korostuvat (Valtioneuvosto s.a.d). Tavoitteena on lisäksi hyvinvointi- ja terveys erojen väheneminen. Ikääntyvän väestön oikeutta tulee kunnioittaa valitessa oma asumismuotonsa ja asumista omassa kodissa täytyy tukea mahdollisimman pitkään. Sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauden lisääntyessä tulee ikäihmisille järjestää tarvittava määrä tukea ja neuvoa päätöksenteon tueksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b.)

Suomessa on havaittavissa ikärakenteen muutos, väestön ikääntyminen. Lasten sekä työikäisten määrä vähenee ja ikäihmisten määrä kasvaa. Sama kehitys on nähtävissä muissakin teollistuneissa länsimaissa. Ikääntyminen on ilmiö, joka koskettaa koko yhteiskuntaa. (Valtioneuvoston kanslia 2004, 7.) Odotettavissa oleva elinikä pidentyy hyvän terveydenhoidon myötä. (Terveyskirjasto 2018.) Yli 65-vuotiaita koko väestöstä oli vuoden 2017 lopussa 1 179 318 henkilöä (Findikaattori 2018). Tilastokeskus on tehnyt ennusteen, jonka mukaan vuonna 2020 yli 65-vuotiaiden määrä olisi 22,6 prosenttia koko väestöstä ja vuoteen 2040 mennessä määrä nousisi 26,3 prosenttiin (Tilastokeskus 2018). Varkaudessa on nähtävillä samanlainen ikärakenteen muutos, kuin koko Suomessa. Vuonna 2017 Varkauden väkiluku oli 21 155, joista yli 64-vuotiaita oli 28,5 prosenttia. (Tilastokeskus s.a.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrää ikääntyneen väestön tarvitsemien palveluiden kehittämisestä ja siitä, että suunnitelmassa tulee painottaa kuntoutumista ja kotona asumista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, § 5). Hallituksen kärkihankkeena on menossa Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Kärkihankkeen tavoitteena on parempi vanhuus ja laadukas omaishoito kaiken ikäisille. Tavoitteisiin pyritään kehittämällä iäkkäiden ihmisten kotiin annettavien palveluiden sisältöä ja määrää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a, 6–7.)

Opinnäytetyömme aiheena on Varkauden kotihoidon uusi arviointijakso, joka aloitti toimintansa vuoden 2018 alkupuolella. Työn toimeksiantajana on Varkauden sosiaali- ja terveyskeskus, kotiin annettavat palvelut ja sairaudenhoito. Yhdyshenkilönä toimii Varkauden kotihoidon esimies.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Varkauden kotihoidossa toteutettavan arviointijakson asiakkaiden kokemuksia arviointijaksosta. Kokemuksia tarkastellaan kotihoidon näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa kuntouttavan arviointijakson onnistumisesta asiakkaiden kokemusten perusteella ja tarkastella arviointijakson onnistumista Varkauden kotihoidon näkökulmasta.

Tutkimuksella haetaan vastauksia asiakkaiden tyytyväisyydestä ja turvallisuuden tunteen kokemuksesta sekä toimintakyvyn muutoksia arviointijakson aikana.

Opinnäytetyö toteutetaan kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena, jossa käytetään lisäksi kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 131). Tutkimuksesta saatavaa aineistoa analysoidaan hyödyntämällä kvantitatiivisia analyysimenetelmiä. Aineiston kerääminen toteutetaan kyselylomakkeita käyttäen. Annamme Varkauden kotihoidon käyttöön opinnäytetyöstämme saamamme tutkimustulokset ja niistä on varmasti hyötyä heidän kehittäessään työtään tulevaisuudessa.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN MUUTOKSET, AJANKOHTAISET HANKKEET JA TUTKIMUKSET

Tekeillä oleva sote-uudistus tulee uudistamaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a). Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri eli Eksote on yhdistänyt Etelä-Karjalan yhdeksän kuntaa yhtenäiseksi julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajaksi. Eksote toimii sote-uudistuksen työryhmissä. (EKSOTE s.a.) Sote-uudistukseen on alettu valmistautumaan myös erilaisten hankkeiden avulla, kuten Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O) -kärkihankkeella (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b). Valtakunnallisten kehittämisohjelmien avulla pyritään täydentämään kansallista työ- ja elinkeinopoliittikkaa, koulutuspolitiikkaa ja sosiaalipoliittikkaa. Kehittämisohjelmat ovat Manner-Suomen ESR-ohjelman tavoitteiden mukaisia. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.) KASTE -kehittämisohjelma on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen pääohjelmista (Nikander, Tuominen-Thuesen ja KPMG Oy Ab 2016, 2). Kotona kokonainen elämä -kehittämisohjelma oli osaltaan toteuttamassa KASTE -ohjelman tavoitteita (Ekholm s.a). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista on tukemassa ikäihmisten palveluiden kehittämistä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980).

Väestön ikääntyminen on nähtävillä Suomessa ja väestö on ikääntymässä myös maailman laajuisesti eri tavoin ja eri tahdissa. Erityisesti ikärakenteen muutos on nähtävillä Euroopassa. (Valtioneuvoston kanslia 2004, 6.) Keräsimme tähän osioon muutamia kansainvälisiä tutkimuksia ja yhdenkirjallisuuskatsauksen ulkomailta. Kansainväliset tutkimukset koskevat kotihoitoa ja ikäihmisten osallisuutta.

2.1 Sosiaali- ja terveysalan muutokset, ajankohtaiset hankkeet ja tutkimukset Suomessa

Sote-uudistus on tulossa voimaan näillä näkymin 1.1.2021 (Valtioneuvosto s.a.b). Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalvelut tulee järjestämään 18 maakuntaa. Taloudellinen kantokyky tulee olemaan parempi, kun maakunnat ovat suurempia kuntiin verrattuna. (Valtioneuvosto s.a.d.)

Sote-uudistuksen tavoitteena on järjestää palvelut oikea-aikaisiksi, vaikuttaviksi, tehokkaiksi sekä turvata lähipalveluiden saatavuus. Lähipalveluiden saatavuuden turvaamiseen keskeisenä keinona on asiakkaiden valinnanvapaus. Sote-uudistuksella on tarkoitus saada aikaan kolmen miljardin euron säästöjä. Tiedonkulkua eri toimijoiden välillä tullaan sujuvoittamaan ja asiakkaille tarkoitettuja digitaalisia palveluja tullaan lisäämään. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus tullaan yksinkertaistamaan. (Valtioneuvosto s.a.d.)

Kotona asumisen mahdollistamiseksi ikäihmiset tarvitsevat monipuoliset ja toimivat palvelut. Palveluiden riittävää saatavuutta parantavat asiantunteva palveluohjaus ja monipuoliset palvelutarpeen arviointikäynnit sekä palveluiden piiriin pääsyn yhtenäiset kriteerit. Sähköiset ja liikkuvat palvelut varsinkin haja-asutusalueilla, henkilöstön joustava liikkuminen muuttuvissa tilanteissa, hyvä henkilöstöjohtaminen sekä tietojärjestelmien yhtenäisyys ovat parantamassa palveluiden saatavuutta. Eri-

tyisesti erityisryhmien, kuten mielenterveysongelmista kärsivien ikäihmisten ja muistisairautta sairastavien henkilöiden, kohdalla tulee huomioida yhtäläinen palveluiden riittävyys, saatavuus ja saavutettavuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b.)

Eksote eli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri on saanut vähennettyä laitospaikkoja kehittämällä vahvasti kotiin annettavia palveluja sekä kotikuntoutusta. Kotikuntoutusta tehdään moniammatillisissa tiimeissä. Eksotessa katsotaan, että henkilökuntaa vähentämällä ei päästä säästötavoitteisiin, vaan avain on henkilökunnan kouluttamisessa ja osaamisen järkevässä kohdentamisessa. Eksotessa on uusien kotihoidon asiakkuuksien määrää pystytty laskemaan 56 prosenttia, tämä on kuuden kuukauden jaksoa tarkasteltuna kolmen miljoonan euron säästö. Asiakkaan kuntoutustarpeen arviointi pyritään aloittamaan mahdollisimman ajoissa. Aikaisemmin kotikuntoutuksella on voitu suunnitella sairaalasta kotiutumista turvallisesti. Kotikuntoutuksella kuntoutuja on voinut harjoitella tärkeitä päivittäisiä toimintakykyä ylläpitäviä asioita tutussa kotiympäristössä ja häntä on motivoitu olemaan aktiivisena toimijana omassa arjessaan. Kotikuntoutus on tehnyt tiiviisti yhteistyötä omaisten ja esimerkiksi kotihoidon kanssa, jos kuntoutujalla on jo ollut asiakkuus kotihoitoon. (Eksote 2017.)

Eksote on kehittänyt Toimintakykyisenä kotona -ikääntyneen palveluprosessi -mallin. Sen tavoitteena on omatoimisuuden ja osallisuuden vahvistaminen sekä kuntoutuksen ja toimintakyvyn edistäminen. Palveluohjauksen palvelutarpeen arvioinnin kautta asiakkaat tulevat kotihoidon arviointijaksoille, joka kestää noin neljä viikkoa. Asiakas saa vastuuhuoltajan. Hoito on kuntoutumista ja toimintakykyä tukevaa ja siinä pyritään varhaiseen puuttumiseen. Jakson aikana asiakkaan tilannetta arvioidaan säännöllisesti. Eksotessa kotihoidon asiakkuus edellyttää aina kuntouttavaa arviointijaksoa. Jakson aikana arvioidaan arjessa suoriutumista kotona, tuetaan toimintakykyä ja kuntoutumista. Toiminta on aina tavoitteellista ja sitä toteutetaan kuntoutumissuunnitelman pohjalta, johon kaikki sitoutuvat. Asiakkaan hyväksi tehdään moniammatillista yhteistyötä. Tavoitteena on kotihoidon asiakkuuksien väheneminen ja keston lyhentyminen. (Viitikko 2017.)

Sote-uudistuksen lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriössä on työn alla viisi hallituksen kärkihanketta. Kärkihankkeiden tavoitteena on yhdistää palveluja asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi, parantaa lapsille ja perheille, omais- ja perhehoitajille, iäkkäille ja osatyökykyisille suunnattuja palveluja. Tavoitteena on levittää koko Suomeen hyvät käytännöt ja toimintamallit, joilla voidaan vähentää eriarvoisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.a.)

Kotihoidon kehittämistä koskee I&O -kärkihanke eli Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hanke uudistaa kotihoitoa, perhehoitoa ja omaishoitoa. Uudistukset on tarkoitus ottaa käyttöön maakunta- ja sote-uudistuksessa. Kärkihankkeen tavoitteena on kehittää entistä yhdenvertaisemmat ja paremmin koordinoitujen sekä kustannustehokkaammat palvelut ikäihmisille sekä heidän omaisilleen. Keinoina on kehittää kotiin annettavien palvelujen määrää ja sisältöä sekä lisätä palveluja ja kuntoutusta, millä turvataisiin mahdollisimman toimintakykyiset ja terveet ikääntyneet kansalaiset. Lisäksi kärkihanke turvaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien, ikäihmisten ja vammaisten lasten laadukkaan hoidon kotona omaisten avulla sekä kiinnittää huomiota omaishoi-

tajien jaksamista tukeviin palveluihin vahvistamalla niitä. Muutokset tehdään maakunnissa. Maakuntiin on nimetty iäkkäiden palvelukokonaisuuden rakentamista ohjaamaan muutosagentit. Palveluohjauksen, hoitoketjujen sekä palveluiden oikein kohdentamisen kehittäminen vähentävät palvelumenojen kasvua. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b.)

I&O -kärkihankkeessa rahoitetaan isoja maakunnallisia hankkeita, joissa useat eri toimijat toimivat yhdessä. Yksi tällainen hanke on Kukoistava kotihoito Keski-Suomen ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus -hanke. Kaikki Keski-Suomen kunnalliset kotihoidon organisaatiot ovat hankkeessa mukana ja lisäksi siinä on mukana useita yksityisiä palveluntuottajia. Hankkeelle on myönnetty vuosille 2016–2018 valtionosuutta 2,5 miljoonaa euroa ja sen kokonaisbudjetti on 3,5 miljoonaa euroa. Pää tavoitteena hankkeella on varmistaa kaikkiin Keski-Suomen maakunnan kuntiin asiakaslähtöinen, vaikuttava ja kustannustehokas ympärivuorokautinen kotihoito. Ympärivuorokautisella toimivalla kotihoidolla voidaan vähentää ympärivuorokautisten asumispalveluiden tarvetta. (Keski-Suomi 2021 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoima Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen KASTE -kehittämishanke oli sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen pääohjelma (Nikander, Tuominen-Thuesen ja KPMG Oy Ab 2016, 14). Se perustui sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta laadittuun lakiin (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992, § 5). KASTE -ohjelmaa toteutettiin kahtena ohjelmakautena, ensimmäinen oli vuosien 2008–2011 välisellä ajalla ja toinen vuosien 2012–2015 välisellä ajanjaksolla. Toisella kaudella tavoitteina olivat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen asiakaslähtöisyys. Painopisteenä oli ongelmien ehkäiseminen ongelmien hoidon sijaan. Toisella ohjelmakaudella oli kuusi osaohjelmaa, joista yksi kohdistui erityisesti ikäihmisiin ja heidän palveluiden uudistamiseen. KASTE -ohjelmaan liittyi useita muita ohjelmia ja hankkeita. KASTE -ohjelman toimenpiteet ja siihen liittyvät hankkeet olivat viemässä palveluita osaltaan tulevaan sote-uudistuksen suuntaan. (Nikander, Tuominen-Thuesen ja KPMG Oy Ab 2016, 6, 25.)

KASTE -ohjelmassa erityisesti ikäihmisiin kohdistuvia hankkeita olivat Vanhuspalvelulain toimeenpano -hanke, Oma tupa, oma lupa -Kotona asuvan ikääntyvän itsemääräämisoikeuden tukeminen palveluilla 2013–2014, aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa (Vanhus-KASTE) 2010–2012, Vanhusten asumisen uudet ratkaisut ja asumisen varhainen tuki -hanke ja Kotona kokonainen elämä -hanke 2013–2015. (Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2018.)

Kotona kokonainen elämä -kehittämishanketta hallinnoi Hyvinkään kaupunki. Sen oli tarkoitus vastata KASTE -ohjelman ikäihmisten palveluiden uudistamisen tavoitteisiin. Tavoitteena oli rakentaa hyvinvoinnin malli, jossa pystyttäisiin avaamaan ymmärrystä kotihoidosta tulevaisuudessa sekä sen prosesseista ja sisällöstä. (Mertala, Pitkälä ja Terävä 2015, 3.) Pää tavoitteena kehittämishankkeessa oli ikääntyneen hyvän arjen mahdollistaminen kotona, huomioiden hänen yksilölliset lähtökohtansa. Hyvinvoinnin ja osallisuuden näkökulmaa korostaen hankkeessa tarkasteltiin ikäihmisen kotiin tuottavien palveluiden kokonaisuutta ennakoivasti. Teemoina hankkeessa oli palvelutarpeen arviointi

ja hyvinvoinnin edistäminen, kehittää kotihoidon sisältöä ja työprosesseja, muistisairaiden palveluita sekä saattohoitoa. (Hyvinkään kaupunki ja sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 3, 7–9.)

Kotona kokonainen elämä -hankkeen lopputuloksista voitiin päätellä, että palvelutarpeen arvioinnissa oli onnistuttu, tämä näkyi lisääntyneessä kevyemmässä hoidossa. Toimintamallit olivat parantuneet, kotihoidon asiakastyö oli kohdentunut aikaisempaa paremmin tavoitteiden suuntaan. Henkilöstön osaaminen oli parempaa ja työ keskittyi aikaisempaa enemmän ikäihmisten parissa tehtävään työhön. Asiakaspalautteesta saatiin selville, että ikäihmiset olivat saaneet vaikuttaa voimavarojen mukaisesti omaan arkeensa. Ikäihmisten elämisen kotona pidempään mahdollistaa hankkeen myötä toimivampi palveluketju. (Mertala, Pitkälä ja Terävä 2015, 10.)

Asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista Varkaudessa -opinnäytetyö vuodelta 2012 oli kahden sairaanhoitaja (AMK) opiskelijan tekemä tutkimuksellinen työ. Tutkimuksessa tarkoitus oli selvittää, millaisina asiakkaat kokivat kotihoidon palvelut Varkaudessa. Tavoitteena oli saada asiakkailta tietoa kehittämiskohteista kotihoidon palveluissa. Työ toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineistoa kerättiin asiakastyytyväisyyskyselylomakkeita käyttäen, joita jaettiin 246 kappaletta Varkauden kotihoidon asiakkaille. Asiakkaista 184 vastasi kyselyyn, jolloin vastausprosentiksi muodostui 74,8. Tuloksista voitiin päätellä, että vastaajat olivat yleisesti tyytyväisiä kotihoidon palveluihin. Henkilökunta oli ystävällistä ja ammattitaitoista. Puutteita löytyi erityisesti riittävästä lääkäripalveluista, kotihoidon henkilökunnan riittävästä ajankäytöstä kotikäynneillä ja osallistumisesta itseään koskevassa hoidon suunnittelussa. (Kuvaja ja Nyyssönen 2012, 2, 5–6, 17–18, 20, 31, 33.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista säätää ikääntyneiden hyvinvoinnin, toimintakyvyn, itsenäisen suoriutumisen sekä terveyden tukemista. Laki antaa ikäihmisille mahdollisuuden osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon kunnissa sekä vahvistaa osallisuutta vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden toteuttamistapaan ja sisältöön. Laki parantaa laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta ikäihmisille. Lain mukaan kunnan tulee laatia suunnitelma ikäihmisten terveyden ja hyvinvoinnin, itsenäisen suoriutumisen sekä toimintakyvyn tukemisen edistämiseksi tehtävistä toimenpiteistä. Myös ikäihmisten tarvitsemista palveluista ja niiden kehittämisestä tulee laatia suunnitelma. Kuntoutumista ja kotona asuminen tulee suunnitelmassa painottaa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, § 1, § 5.)

2.2 Kansainvälisiä tutkimuksia kotihoidosta ja ikäihmisten osallisuudesta hoitonsa suunnitteluun

Charlotte Bagchus, Christine Dedding ja Joske F.G. Bundes ovat tutkineet vanhusten osallisuutta kotihoidossa I'm happy that I can still walk-Participation of the elderly in home care as a specific tgroup with specific needs and wishes -tutkimuksessa. Tutkimuksessa tutkittiin, voivatko vanhukset osallistua heidän omaan terveydenhoitoonsa niin paljon, kuin he haluaisivat. Tutkimus tehtiin vuonna 2014 Alankomaissa ja siihen osallistui kuusi miestä ja kaksitoista naista, iältään yli 75-vuotiaita. He kaikki olivat olleet kotihoidon asiakkaina vähintään vuoden ajan ja saaneet kodinhoidollista

apua ainakin kerran viikossa sekä hoivaa ja terveydenhoitoa ainakin kaksi kertaa viikossa. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla vanhuksia heidän kodeissaan. Haastattelut käsittelivät viittä eri teemaa, jotka olivat terveydentila, yhteiskunnallinen rooli, asenne osallisuuteen ja henkilökuntaan sekä kokemusta elämästä. (Bagchus, Dedding ja Bunders 2014.)

Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että vanhusten kokemat erilaiset rajoitteet, kuten kipu, liikkumisen vaikeus, huono näkö tai kuulo sekä muistamattomuus olivat estämässä heidän osallisuuttaan kotihoidossa sekä erityisesti kollektiivisessa osallistumisessa. Liikkumisen vaikeudet hankaloittivat kotoa lähtemistä, kuulo- ja näköongelmat kommunikoimista sekä kognitiiviset rajoitukset vaikeuttivat uuden oppimista, kuten tietokoneen käyttämistä. Vanhukset kokivat, että sairaudet vähensivät heidän osallistumistaan. Vanheneminen ei vaikuttanut vain heidän terveydentilaansa, vaan myös sosiaalisiin rooleihinsa. Vanhukset kokivat nykyisen tilanteensa olevan täysin vastakohta heidän aikaisemmalle roolilleen yhteiskunnassa ja työelämässään. Iäkkäimpinä he olivat hoidosta riippuvaisempia kuin aikaisemmin. Vastaajat eivät enää kokeneet haluavansa osallistua yhteiskunnalliseen keskusteluun. (Bagchus, Dedding ja Bunders 2014.)

Vanhukset kokivat, että nuoret kotihoidon työntekijät näkivät maailman eri tavalla ja tästä syystä he kokivat välillä vaikeaksi keskustelun heidän kanssaan. Omasta osallisuudestaan useat vastaajat kommentoivat, etteivät he ole valittaneet hoidostaan, vaan olivat tyytyneet saamaansa hoitoon. He rinnastivat osallisuuden käsitteen epätyytyväisen hoidon negatiiviseen palautteeseen ja mielsivät osallisuuden negatiiviseksi asiaksi. Vastaajat kertoivat sen johtuvan heidän menneisyydestään ja kasvatuksestaan, etteivät he tuoneet ilmi omia mielipiteitään ja tarpeitaan oman hoidon suhteen. Varsinkin korkeammin koulutetulle henkilökunnalle omien mielipiteiden esiin tuominen koettiin vaikeaksi ja epäystävälliseksi. Vanhusten arvot näkyivät myös heidän suhtautumisessaan henkilökuntaan, useimmat vanhukset luottivat hoitajiin, varsinkin korkeammin koulutettuihin. Vastaajat ajattelivat, ettei heidän tarvitse sanoa mielipiteitään, koska henkilökunta oli heistä ammattitaitoista. (Bagchus, Dedding ja Bunders 2014.)

Haastatteluissa tuli selvästi esille, että haastateltavien elämäkokemus vaikutti heidän suhtautumiseensa terveydenhoitoon ja saamaansa kotihoitoon. Useat vastaajat olivat kokeneet toisen maailmansodan kokonaan tai osittain ja sen vuoksi he olivat tyytyväisempiä vähempään. Yksi haastateltava kommentoi, että riittää, kun selviytyy. Tällaista ajattelua vastaan kotihoidon palvelut olivat välttämättömiä vanhusten kotona pärjäämisen kannalta, mutta palvelujen tarkalla laadulla ei ollut niin suurta merkitystä selviytymisen kannalta. Tutkimuksen mukaan tarvittiin enemmän hoitajien ja vanhusten välistä keskustelua vanhusten toiveista ja tarpeista hoidon suhteen. Vanhuksilla osallisuus ei tullut luonnostaan. Haasteena oli löytää uusi, luova tapa kuunnella vanhusten toiveita, tarpeita ja kokemuksia sekä ottaa nämä huomioon julkisissa sekä yksityisissä palveluissa. Jatkossa tulisi ennakoida enemmän vanhusten erityisiä tarpeita ja rajoitteita heidän kotona asumisessaan. (Bagchus, Dedding ja Bunders 2014.)

Maailman laajuisesti on tapahtumassa globaali väestörakenteen muutos. Ikääntyvän väestön määrä kasvaa kaksi kertaa nopeammin, kuin koko väestö kasvaa. (United Nations 2009.) Kirjallisuuskatsauksessa *Innovation and technology for the elderly: Systematic literature review* (Mostaghel 2014), oli koottu tutkimuksia teknologiasta, jota voitaisiin hyödyntää ikäihmisten elämänlaadun parantamisessa ja palveluiden tuomien kustannusten vähentämisessä. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli löytää ikäihmisille ja teknologialle suunnattuja tutkimuksia Ruotsista. (Mostaghel 2016.)

Tekniikka voi parantaa ikäihmisten elämänlaatua ja luoda mahdollisuuden mahdollisimman itsenäiseen elämään omassa kodissaan. Tekniikan avulla voidaan parantaa ikäihmisten terveydentilaa ja avata mahdollisuuksia osallistua paremmin esimerkiksi perheenjäsenten tai ystävien elämään. (Mostaghel 2016.) Jos ikäihmisillä on ongelmia teknologian käytössä, voivat he kohdata sosiaalista eristyneisyyttä. Aktiivinen osallistuminen yhteiskuntaan riippuu hyvin toimivista viestintävälineistä. (Eek ja Wressle 2011, 123–129.)

Ikäihmiset käyttävät teknologian työkaluja, jos tekniikka on kohtuuhintaista, tiedot ja palvelut ovat saatavilla ja ne ovat helppokäyttöisiä (Iwasaki 2013, 73–78). Ikäihmisillä on myönteinen käsitys tekoälyjärjestelmien käyttökelpoisuudesta ja hyväksyttävyydestä. Robotit muistuttavat ikäihmisiä muun muassa lääkkeiden ottamisesta ja esineiden löytämisestä. (Cesta, Cortellessa, Rasconi, Pecora, Scopellity ja Tiberio 2011, 60–82.) Ikäihmisten teknologian käytöllä on vaikutusta heidän perheeseensä, esimerkiksi viestintätekniikan avulla perheet voivat osallistua ikäihmisten elämään entistä paremmin (Mostaghel 2016).

Giraffe -hankkeessa terveydenhuollon tarjoajat olivat voineet käytännössä tehdä ikäihmisten luo vierailun robotin avulla. Tätä kokeilleet sairaanhoitajat kokivat positiivista suhtautumista teknologiaan, vaikka ikäihmisten reagointi kokeiluun oli hyvin vaihtelevaa. (Kristoffersson, Coradeschi, Loutfi ja Severinson-Eklundh 2011.) Ruotsissa mitattiin terveydenhuollon tarjoajien suhtautumista teknologiaan 17 läänissä. Tuloksissa paljastui, että suurimmalla osalla osallistujista oli positiivinen asenne teknologiaan. Tutkimuksessa mitattiin myös heidän näkemyksiään teknologian mahdollisuuksista ja luotettavuudesta tulevaisuuden terveydenhuollon välineenä. Tuloksissa selvisi, että sairaanhoitajilla oli positiivisempi asenne teknologiaan, kuin lääkäreillä. (Gund 2012, 138.) Erilaiset teknologian välineet kuten Giraff (mobiili-teleoperaattori robotti), Health body® ja automaattinen hätätilanteiden havaitseminen olivat voineet lisätä itsenäisyyttä, turvallisuutta ja vähentää kustannuksia verrattuna perinteisiin menetelmiin. (Kristoffersson 2011; Wang, Zhang, Li, Lee ja Sherratt 2014.)

3 KOTIHOIDON ASIAKASLÄHTÖINEN PALVELUPOLKU

90-luvun alkuun asti kotisairaanhoidon ja kotipalvelu kehittyivät erillään ja kuuluivat omiin hallintokuntiinsa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a, 3). Kunta voi yhdistää terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon ja sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun kotihoidoksi (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b). Nykyään kotihoidon käsite onkin yleisesti käytössä. Tänä päivänä kotihoito voidaan määritellä sosiaali- ja terveydenhuollon muodostamana palvelukokonaisuutena, joka sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon, erilaiset tukipalvelut ja omaishoidon tuen. Tukipalveluilla on mahdollisuus täydentää kotipalvelun antamaa yksilöllistä hoivaa ja huolenpitoa asiakkaalla. Tukipalvelut ovat usein ensimmäisiä asiakkaan tarvitsemia palveluja kotona asumisen tueksi. Tukipalveluita ovat muun muassa siivouspalvelu, ateriapalvelu, vaatehuolto sekä kuljetus- ja saattajapalvelu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a, 3.)

Kotihoito kohdentuu nimensä mukaisesti asiakkaan kotona tehtävään hoitoon tai tukeen. Kotihoidossa työskentelevien ammattinimikkeitä ovat kodinhoitaja, kotiavustaja sekä lähihoitaja. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b.) Tavoitteena kotihoidolla on asiakkaiden turvallisuuden tunteen vahvistaminen, edistää asiakkaiden mahdollisimman itsenäistä selviytymistä kotona sekä vahvistaa heidän toimintakykyään (Varkauden kaupunki s.a.b). Kotihoidolla tuetaan ja autetaan asiakasta silloin, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi kotiin apua arkipäivän toiminnoista selviytymiseen ja päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa, esimerkiksi hygieniassa (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b). Kotihoito ja kotisairaanhoidon tarjoaa hoivaa ja huolenpitoa moniammatillisesti (Varkauden kaupunki s.a.b). Useimmissa kunnissa palveluita on mahdollista saada ympärivuorokauden (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b).

Kotihoidon asiakkaina voivat olla ikäihmiset, sairaat tai vammaiset henkilöt (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b). Iäkäs henkilö määritetään laissa henkilöksi, jolla yksi tai useampi toimintakyvyn osa-alue on heikentynyt korkeasta iästä johtuvien sairauksien, vammojen tai iästä johtuvan rappeutumisen vuoksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, § 3). Asiakkaina voivat olla myös henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi laskenut. Lisäksi lapsiperheiden on mahdollista saada kotihoidon palveluja tarvittaessa. Asiakas voi saada tukipalveluja kunnan kotipalvelusta, kotihoidosta, vanhus- tai vammaispalveluista. Kunta voi vaihtoehtoisesti antaa asiakkaalle palvelusetelin, jolla hän voi valita palvelun kunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta. Asiakas voi ostaa palvelun myös vapaasti yksityiseltä palveluntuottajalta, jolloin asiakas on oikeutettu kotitalousvähennykseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b.)

Sosiaalihuoltolaki sekä terveydenhuoltolaki määrittelevät eniten kotihoidon palvelukokonaisuutta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a, 4). Edellisten lisäksi kotihoidon työssä on otettava huomioon muitakin säädöksiä ja lakeja kuten laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980; Kansanterveyslaki 28.1.1972/66; Laki potilaan asemasta ja

oikeuksista 17.8.1992/785). Kotihoidon ja lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kunta voi itse päättää tuottaako kotihoidon palvelut itse vai ostaako palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.b.)

3.1 Palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi

Palveluohjauksella tarkoitetaan asiakaslähtöistä sosiaali- ja terveysalan asiakastyötä (Suomen palveluohjausyhdistys ry 2018). Palveluohjaus on sosiaalityön työmenetelmä, mutta lisäksi myös laajemmin palveluiden yhteensovittamista. Tavoitteena palveluohjauksessa on pyrkiä löytämään asiakkaan voimavarat sekä ohjaamaan asiakas niitä tukevien palveluiden äärelle. Palveluohjaukseen kuuluvat muun muassa palveluiden sekä konkreettisten tukitoimien yhdistäminen ja tilanteen kokonaisvaltaisen peruskartoitus. Tukitoimina voivat olla esimerkiksi terveystarkastukset tai kuntoutus- ja työkyvyn selvittäminen. Palveluohjauksella on tärkeä merkitys erilaisissa muutos- ja siirtymätilanteissa, kuten tukieissa ikäihmisen kotona asumista. Erityisesti palveluohjauksesta on hyötyä, jos asiakkaalla on pitkäaikainen ja monimuotoinen palvelutarve. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b.) Palveluohjausta tarvitaan vähentämään päällekkäistä työtä ja resurssien hukkaamista asiakkaan kustannuksella. Palveluohjauksen sisältö painottuu eri tavoin riippuen asiakkaasta ja asiakasryhmistä. Palveluohjaus voidaan jakaa kolmeen eri työtapaan, joita ovat palveluneuvonta, palveluohjauksellinen työote tai palveluohjauksellinen asiakastyö ja palveluohjaus. (Suomen palveluohjausyhdistys ry 2018.)

Vanhat termit, kuten kotihoidon arviointikäynti, voimavarakartoituskäynti ja ensikäynti ovat nykyään korvattu palvelutarpeen arviointi käsitteellä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a, 4). Palvelutarpeen arviointi on lakisääteinen. Sosiaalihuoltolaissa sanotaan, että sosiaalihuollon tarpeessa olevalla henkilöllä on oikeus saada palvelutarpeen arviointi, jollei arvioinnin tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta. Lain mukaan palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheutonta viivästystä. Arviointi tehdään yhteistyössä asiakkaan kanssa ja mahdollisesti myös läheisten, omaisten tai muiden toimijoiden kanssa. Arvioinnissa on otettava huomioon asiakkaan toiveet, mielipiteet ja yksilölliset tarpeet. Ikääntyneen väestön arvioinnissa on noudatettava lisäksi vanhuspalvelulakia. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 36 §.) Kotihoidossa palvelutarpeen arviointia ei voi tehdä ainoastaan sosiaalihuoltolain määrittämien kriteereiden mukaan, vaan lisäksi on huomioitava terveydenhuollon näkökulma (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a, 5).

Varkaudessa kotihoidon alla palvelutarpeen arviointia tekee Palveluohjausyksikkö Pasuuna. Pasuuna tekee palvelutarpeen arviointikäynnin uusille asiakkaille ennen kotihoidon säännöllisten palvelujen aloittamista. (Varkauden kaupunki s.a.e.) Palvelutarpeen arviointikäynnillä palveluohjaajat antavat asiakkaille matalan kynnyksen neuvontaa ja ohjausta tarjolla olevista palveluista, kuten kotihoidosta, yksityisten tarjoamista palveluista, tukipalveluista, käytössä olevista palveluseleleistä ja etuuksista. Arviointia toimintakyvystä ja arjessa selviytymisestä tehdään voimavara- ja lähtöisesti. Tavoitteena on asiakkaan aktiivisuuden ja itsenäisen toimimisen lisääminen tarjoamalla hänelle oikeat palvelut oikea aikaisesti. Pasuunan palvelut ovat kaikille maksuttomia. (Varkauden kaupunki s.a.d.)

Palveluntarve arvioidaan ei kiireellisissä tilanteissa seitsemän vuorokauden sisällä. Kiireellisissä tilanteissa tilanne arvioidaan mahdollisimman pian Pasuunan palveluohjaajien tai kotihoidon tiimin hoitajien toimesta. Kiireellinen tilanne voi syntyä asiakkaan ollessa kotona ja hoitamattomana uhata hänen henkeään tai terveyttään. Jo kotihoidon asiakkaina oleville asiakkaille, joilla on hopasu eli hoito- ja palvelusuunnitelma voimassa, muutokset tehdään hoitavan tiimin toimesta (Varkauden kaupunki s.a.d.) Palvelutarpeen arvioinnissa tavoitteena on asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen kokonaisuutena ja asiakkaan ohjaaminen hänen tarvitsemien palveluiden piiriin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a, 4–5).

3.2 Varkauden kotihoito

Varkauden kaupungin kotihoito tarjoaa kotihoidon ja kotisairaanhoidon hoito- ja hoivapalveluita kuntalaisten kotona asumisen tukemiseksi ympäri vuorokauden. Kotihoidon asiakas tarvitsee säännöllisiä ja päivittäisiä palveluja arjen toiminnoissa. Varkauden kotihoito tarjoaa erillissopimuksella kotihoitoa myös lapsiperheille. (Varkauden kaupunki s.a.b.)

Kotihoidon uusien asiakkaiden kohdalla palvelujen tarve kartoitetaan pääsääntöisesti kuntouttavan arviointijakson aikana. Kotihoidossa tavoitteena on asiakkaiden kotona pärjääminen turvallisesti mahdollisimman pitkään. Pyritään vahvistamaan ja tukemaan asiakkaiden toimintakykyä. Kaikille uusille kotihoidon asiakkaille kirjataan palvelutarpeen arvioinnin pohjalta henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelmassa tulee näkyä, mitä asiakas pystyy itse tekemään, hänen voimavaroja, omaisten antama apu ja missä asiakas tarvitsee apua. Hoitajat päivittävät tarvittaessa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia. Asiakkaiden kotona pärjäämistä voidaan tukea monenlaisilla tukipalveluilla. Varkauden kotihoidossa käytettäviä tukipalveluja ovat turvapuhelin, lääkeautomaatti, turvapaikannin, VideoVisit-etäyhteys sekä erilaiset apuvälineet. Kotihoidossa työskentelee moniammatillinen tiimi ja se tarjoaa asiakkailleen myös heidän tarvitsemat terveyden- ja sairaanhoidon palvelut kotiin. (Varkauden kaupunki s.a.b.) Varkauden kotihoidossa toimii lisäksi Kotisairaala ympäri-vuorokautisesti, se tarjoaa sairaalatasoista hoitoa asiakkaille kotiin (Varkauden kaupunki s.a.c).

3.3 Kuntouttava arviointijakso

Helmikuussa 2018 Varkauden kotihoidossa otettiin käyttöön uusille kotihoidon asiakkaille kuntouttavat arviointijaksot. Kuntouttava arviointijakso kestää yksilöllisesti 2–10 viikkoa ja sen aikana asiakkaiden kotihoidon sekä tarvittavien tukipalveluiden määrä arvioidaan. Arviointijakson tavoitteena on taata asiakkaille yhdenvertaiset, tasapuoliset, asiakkaan tarpeenmukaiset sekä riittävät palvelut kotiin. Lisäksi tavoitteena on vahvistaa asiakkaan toimintakykyä sekä turvallisuuden kokemusta ja tukea omatoimista kotona asumista. Arviointi tapahtuu asiakkaiden kotona ja jokaisella kotikäynnillä pyritään tukemaan asiakkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä sekä omatoimisuuttaan. Jokaiselle asiakkaalle tehdään omat yksilölliset tavoitteet jakson ajaksi ja kuntoutusmahdollisuuksia arvioidaan jatkuvasti. Lisäksi arvioidaan apuvälineiden tarve ja tehdään suunnitelma liikkumisen ja toimintaky-

vyn edistämiseksi. Kuntouttavaan arviointitiimiin kuuluvat sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja kuntouttavia lähihoitajia, palveluohjaajia sekä tarvittaessa kotihoidon lääkäri. (Varkauden kaupunki s.a.a.)

Kotiin saatavia tukipalveluja arvioitajakson aikana voivat olla muun muassa turvapuhelin, ovihälytin, Evondos-lääkeautomaatti, VideoVisit-etäyhteys tai Yepson paikannin (Varkauden kaupunki s.a.g). Yepson paikantimesta voi olla hyötyä muistisairaalle, jolla on riski eksyä. Paikantimen avulla eksyneen sijainnista saadaan nopeasti tieto ja suuria etsintöjä ei tarvitse aloittaa. Paikannin tuo turvallisuuden tunnetta niin asiakkaalle, kuin omaisillekin. (Yepson 2017.) Turvapuhelimella asiakas voi yhdellä napin painalluksella ottaa yhteyden keskukseseen, jos kotona on sattunut jotain, esimerkiksi asiakas on kaatunut eikä pääse itse ylös. Puhelun perusteella tilanne arvioidaan ja tarvittaessa lähetetään apua paikalle. Turvapuhelinpalvelu toimii kaikkina vuorokauden aikoina. Turvapuhelimeen on mahdollista yhdistää lisälaitteita. Lisälaitteita ovat muun muassa ovihälytin ja palovaroitin. (Stella s.a.a.) Kotona asumista on lisäksi mahdollista tukea Varkauden kaupungin järjestämän päivätoiminnan avulla. Se on tarkoitettu ikäihmisille, joilla ei ole mahdollisuutta osallistua muihin avoimiin tapahtumiin toimintakykynsä tai terveytensä vuoksi. Päivätoiminnan tavoitteena on ikäihmisten kotona asumisen ja arkielämässä pärjäämisen tukeminen sekä tukea heidän sosiaalista kanssakäymistään. (Varkauden kaupunki s.a.f.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Toinen meistä opinnäytetyöntekijöistä oli Palveluohjausyksikkö Pasuunassa harjoittelussa syksyllä 2017 ja sai silloin kuulla suunnitelmia uudesta Varkauden kotihoidon kuntouttavasta arviointijaksosta. Molemmat pidimme arviointijaksoa mielenkiintoisena ja ehdotimme kotihoidon esimiehelle opinnäytetyön tekemistä. Kotihoidossa kiinnostuttiin asiasta ja saimme luvan aloittaa suunnitella opinnäytetyötämme.

Selvitimme aluksi tutkittavan aiheen ongelman, sen perusteella tutkimuskysymykset ja valitsimme tarkoin käytettävät tutkimusmenetelmät. Teimme tutkimussuunnitelman ja haimme tutkimusluvan Varkauden kaupungilta. Saatuamme tutkimusluvan ryhdyimme laatimaan kyselylomaketta kohderyhmälle ja toteuttamaan kyselyä. Kyselyn päätyttyä aloitimme analysoimaan tuloksia ja kirjoittamaan ne auki opinnäytetyöhömmme.

4.1 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää Varkauden kotihoidon kuntouttavan arviointijakson asiakkaiden kokemuksia arviointijaksosta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, kuinka arviointijaksot onnistuivat kokonaisuudessaan. Tutkimus toteutettiin Varkauden kotihoidon näkökulmasta.

Tavoitteena tieteellisellä tutkimuksella on uuden tiedon tuottaminen (Vilkka 2005, 23). Tutkimuksilla on aina tarkoitus tai tehtävä. Tutkimus voi kartoittaa, selvittää, kuvailla tai ennustaa asioita. Yhdellä tutkimuksella voi olla useita tarkoituksia ja tarkoitus voi muuttua tutkimusta tehdessä. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 133–134.)

Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Kuinka tyytyväisiä asiakkaat olivat olleet kuntouttavaan arviointijaksoon?
2. Mitkä asiat vaikuttivat asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn muutokseen arviointijakson aikana?
3. Mitkä asiat asiakkaat kokivat vaikuttavan turvallisuuteensa arviointijakson aikana?

4.2 Tutkimuksen lähestymistapa ja kohdejoukon kuvaus

Määrällistä tutkimusta luonnehtivat tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, tutkimuksen objektiivisuus sekä vastaajien suuri lukumäärä. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin, kuinka paljon, kuinka moni ja kuinka usein. Määrällisen tutkimuksen tarkoitus on joko selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita ja ominaisuuksia tai luontoa koskevia ilmiöitä. (Vilkka 2007, 13–4, 19.)

Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan merkityksiä. Merkitykset ovat ihmisten välisiä sekä sosiaalisia ja ne ilmenevät muun muassa toimintana, ajatuksina tai päämäärien asettamisena. Tavoitteena

on ihmisten omat kokemukset todellisuudesta. Laadullisella tutkimuksella voidaan tavoittaa merkityksellisiä tapahtumaketjuja. Laadullisessa tutkimuksessa kysytään aina, että mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan. (Vilka 2005, 97.) Toteutimme tutkimuksellisen opinnäytetyömme kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Lisäksi käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimus toteutettiin kyselylomaketta käyttäen. Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän valitsimme, koska kerättävä aineisto oli suuri ja tuloksia oli tarkoitus esittää numeraalisesti. Tuloksilla oli tarkoitus vastata kysymyksiin, kuinka moni ja kuinka usein. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttämällä osana tutkimusta, saamme asiakkaan vapaan sanan kuuluville.

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Varkauden kotihoidon kuntouttavan arviointijakson asiakkaat. 65 asiakasta sai kyselylomakkeen. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat olleet asiakkaina Varkauden arviointitiimissä 6.4–31.7.2018 ajalla.

4.3 Tutkimusmenetelmän kuvaus ja analyysi

Kyselylomake on tavanomaisin aineiston keräämistapa määrällisessä tutkimusmenetelmässä. Kyselylomake on tehokas tapa kerätä tutkimusaineistoa, kun osallistujia on paljon ja he asuvat laajalla alueella. Kyselylomakkeesta voidaan käyttää myös nimitystä postikysely, joukkokysely tai informoitu kysely. Kyselystä voidaan käyttää lisäksi nimitystä survey-tutkimus, joka viittaa vakioituun. Vakioitumisella tarkoitetaan sitä, että kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään saman sisältöinen lomake, jossa kysymykset ovat täsmälleen samalla tavalla. (Vilka 2005, 73.)

Kyselylomakkeessa voi olla erilaisia kysymyksiä. Suljetut kysymykset eli strukturoidut kysymykset antavat vastaajille valmiit vastausvaihtoehdot. Vaihtoehdot voivat olla esimerkiksi joko rastitettavissa tai ympyröitävissä. Suljettuja kysymyksiä kannattaa suosia silloin, kun vastausvaihtoehdot ovat rajoittuja ja ne ovat etukäteen tiedossa. Suljettujen kysymysten etuja ovat vastaamisen nopeus sekä tulosten tilastollisen käsittelyn helppous. Niiden haittoja ovat, että vaihtoehdoista ei aina löydy sopivaa, vastata voidaan harkitsemattomasti ja vastausvaihtoehdot tai vastausvaihtoehtojen järjestys voivat johdatella vastaajaa. Kysymystä, jossa on kaksi vastausvaihtoehtoa, kutsutaan dikotomisiksi ja missä on monta vastausvaihtoehtoa, kutsutaan monivalintakysymykseksi. (Heikkilä 2014, 49.)

Avoimet kysymykset ovat tyypillisiä kvalitatiivisissa tutkimuksissa, kuten vapaamuotoisissa syvähaastatteluissa. Avoimissa kysymyksissä on yleistä, että niiden vastausten käsitteleminen on työlästä. Avoimet kysymykset ovat helppoja laatia, mutta niihin on helppoa jättää vastaamatta. Yleensä avoimet kysymykset kannattaa jättää viimeisiksi ja vastauksille tulee jättää runsaasti tilaa. (Heikkilä 2014, 47–48.)

Sekamuotoisissa kysymyksissä on elementtejä sekä suljetuista kysymyksistä, että avoimista kysymyksistä. Niissä osa vastausvaihtoehdoista on valmiiksi annettu ja lisäksi niissä on avoin osa. Esimerkiksi monivalintakysymyksen lopussa voi olla ”Jokin muu, mikä?” vaihtoehto. (Heikkilä 2014, 47–48.)

Likertin ja Osgoodin asteikot ovat yleisimmin käytettyjä asenneasteikkoja. Likertin asteikkoa käytetään mielipidekyselyissä ja siinä on järjestysasteikolla yleensä 4–5 tasoinen asteikko, jossa toisessa päässä on esimerkiksi täysin samaa mieltä ja toisessa päässä täysin eri mieltä. Vastaajan tulee valita parhaiten omaa mielipidettään kuvaava väittämä asteikolta. Osgoodin asteikolla esitetään väitteitä, joissa vastakkain ovat adjektiivit, esimerkiksi jokin on ystävällistä ja jokin on epäystävällistä. Näiden väittämien välissä on tyypillisesti 5–7 portainen asteikko, josta vastaaja valitsee mielipidettään kuvaavan numeron. Osgoodin asteikkoa käytetään tyypillisesti tuote- ja yrityskuvatutkimuksissa. (Heikkilä 2014, 50–52.)

Tutkimusaineiston keräämisessä käytimme kaikille saman sisältöistä kyselylomaketta (Liite 1.), jonka teimme Webropol -ohjelmaa hyödyntäen. Asiakkailla oli mahdollista täyttää kyselylomake (Liite 1.) paperisena versiona tai saatekirjeessä (Liite 2.) olevan nettilinkin kautta Webropolissa. Kyselylomakkeessamme oli lähes kaikki kysymykset suljettuja kysymyksiä, joissa käytettiin Likertin asteikkoa. Valmiita vaihtoehtoja kysymysten vastaamiseen oli kahdesta vaihtoehdosta seitsemään vaihtoehtoon riippuen kysymyksestä. Yksi kysymyksistä oli sekamuotoinen kysymys, siinä oli annettu valmiita vaihtoehtoja ja lisäksi sai kirjoittaa listasta puuttuvan vaihtoehdon. Kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin ja siihen vastaajilla oli mahdollisuus vastata omin sanoin.

Kysymykset 1–6 keräsivät tietoa vastaajien taustasta. Kysymyksillä 7–13 haettiin vastauksia vastaajien tyytyväisyyteen arviointijaksosta ja kysymyksillä 14–16 asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn muutoksista arviointijakson aikana. Viimeiset kysymykset eli 17–20 käsittelivät vastaajien kokemaa turvallisuuden tunnetta arviointijakson aikana. Viimeiseen kysymykseen vastaaja sai jättää terveisiä arviointijakson henkilökunnalle. (Liite 1.)

Ennen kyselylomakkeiden jakamista haimme tutkimusluvan Varkauden kaupungilta. Luvan liitteenä käytimme tutkimussuunnitelmaa. Luvan saatuaamme veimme kyselylomakkeet omissa kirjekuorissaan Varkauden kotihoidon arviointitiimin hoitajille. Kirjekuoriin laitoimme mukaan saatekirjeet (Liite 2.), joissa kerroimme lyhyesti tekemästämme tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Työntekijät toimittivat asiakkaille koteihin lomakkeen kuoressa arviointijakson lopussa. Asiakkaille annettiin mahdollisuus lukea ja täyttää kysely rauhassa kotona. Asiakkailla oli mahdollisuus pyytää tarvittaessa apua lomakkeen täyttämiseen esimerkiksi läheisiltään tai arviointitiimin työntekijältä. Varauduimme siihen, että olisimme voineet käydä avustamassa kyselyyn vastaamisessa itse, mutta siihen ei tullut tarvetta. Kun asiakkaat olivat vastanneet kyselyyn, he laittoivat kyselyn takaisin kirjekuoreen ja palauttivat työntekijälle viimeistään työntekijän viimeisellä käynnillä. Työntekijät toivat vastaukset yksikössä olevaan palautuslaatikkoon. Yksikössä oli apuna asiakaslista, jossa voitiin pitää kirjanpitoa kyselylomakkeiden saaneista asiakkaista. Kyselylomakkeet tuli palauttaa viimeistään 2018 elokuun 16. päivään mennessä, jolloin kävimme hakemassa vastaukset käsiteltäviksi. Syötimme vastaukset Webropol -ohjelmaan, josta saimme tietoa tilastoina tuloksista. Kyselyn tuloksista saatavaa aineistoa analysoimme kvantitatiivisia analyysimenetelmiä käyttäen, jotka kirjoitimme auki tässä opinnäytetyöraportissa. Kyselylomakkeet hävitimme asianmukaisesti, kun aineisto oli tallennettu Webropol -ohjelmaan. Tutkimuksemme tulokset tulevat Varkauden kotihoidon käyttöön, joita he voivat hyödyntää kehittäessään edelleen kotihoidon toimintaa.

Kvantitatiivisia analyysimenetelmiä ovat ristiintaulukointi, tunnusluvut sekä korrelaatiokertoimet. Tunnuslukuina esitetään yhden muuttujan tuloksia ja kahden muuttujan välisen yhteyden tutkimista kutsutaan ristiintaulukoinniksi. Muuttujien vaikutusta toisiinsa ilmaistaan korrelaatiokertoimen avulla. Analysoinnin tuloksia kuvatessa voidaan käyttää kuvioita, taulukoita, tunnuslukuja sekä myös tekstiä. Taulukoilla voidaan näyttää paljon yksityiskohtaista tietoa. Kuviot puolestaan näyttävät nopeasti luettavaa ja yleiskuvallista tietoa lukijalle. (Vilkkä 2007, 118, 135.) Kvalitatiivinen analyysimenetelmä on esimerkiksi sisällön analyysi, jolla esitetään kirjoitetun ja sanallisen kielen sisältöä (Metsämuuronen 2000, 54 ja Seitamaa-Hakkarainen s.a).

Kvantitatiivisia analyysimenetelmiä, joita hyödynsimme tuloksia kirjoittaessa, olivat tunnusluvut sekä ristiintaulukointi. Tunnusluvuilla ilmaisimme kokonaisjoukon. Ristiintaulukoinnilla esitimme tulokset asiakkaiden tyytyväisyydestä arviointijaksoon kokonaisuutena, tyytyväisyydestä henkilökunnan ammattitaitoon sekä asiakkaiden toiveiden huomioon ottamisesta. Vertasimme naisten ja miesten vastauksia toisiinsa. Tuloksia esitimme prosenttiluvuilla, pylväskuvioilla sekä piirakkakuviolla. Pylväskuvioilla esitimme tulokset ristiintaulukoinnista. Muita tuloksia esitimme piirakka kuvioilla, joissa vastaukset esitettiin prosentteina. Sisällön analyysiä hyödynsimme viimeisen kyselylomakkeen avoimen kysymyksen kohdalla. Avoimen kysymyksen vastauksia vertasimme muiden kysymysten tuloksiin.

4.4 Luotettavuus ja eettisyys

Tarkastelemme seuraavaksi tutkimuksemme reliabiliteettia eli luotettavuutta, eettisyyttä sekä validiteettia eli pätevyyttä. Reliabiliteetti tarkoittaa tarkkuutta tuloksissa ja tulokset eivät voi olla sattumanvaraisia. Luotettavalla tutkimuksella on toistettavuutta samankaltaisten tutkimusten tuloksien kanssa. Tutkijan tulee olla tarkka ja kriittinen tutkiessa, esimerkiksi tietojen keräämisessä ja tuloksia syöttäessä sekä tulkittaessa voi tulla virheitä. Tutkimuksen kohderyhmän tulee edustaa koko perusjoukkoa. (Heikkilä 2008, 30–31.)

Etiikalla tarkoitetaan kysymyksiä hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon eettiset kysymykset. Tiedon hankinnasta ja julkistamisesta on yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 23.) Tutkimusetiikka on hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Etiikka kulkee mukana kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimusetiikka tarkoittaa yleisesti sovittuja sääntöjä, joita toteutetaan suhteessa tutkimukseen, toimeksiantajiin, yleisöön ja mahdollisiin rahoittajiin. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkijat tutkivat eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä käyttäen. (Vilkkä 2005, 29–30.)

Keskeiset eettiset periaatteet ja ammattietiikan lähtökohdat, joihin sosiaalialan työ nojautuu ovat ihmisoikeudet, ihmisarvo ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Ammattietiikalla pyritään edistämään ihmisen hyvän elämän toteutumista. (Hallikainen, Ikonen, Järveläinen, Louhela, Piironen, Monto-Puustinen ja Uramo 2017.) Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksi antajiin ja yleisöön. (Vilkkä 2007, 30.)

Validiteetilla tarkoitetaan systemaattisen virheen puuttumista. Mittaustulokset ovat valideja, kun mitattavat käsitteet ja muuttujat on määritelty tarkasti. Validius varmistetaan etukäteen huolellisen suunnittelun avulla ja tarkasti valitulla tiedonkeruulla. Validiteettisen tutkimuksen toteutumista edesauttavat, kun perusjoukko on määritelty tarkkaan, otoksen saaminen on edustava, vastausprosentti on korkea ja kyselylomakkeen kysymykset vastaavat tutkimusongelmaan. (Heikkilä 2008, 29–30.)

Ikäihmisen muistisairaudella oli mahdollisesti tutkimuksen luottavuuteen vaikutusta, mutta tarkoituksenamme oli nimenomaan tuottaa tietoa asiakkaan omista kokemuksista eikä esimerkiksi omaisten kokemuksista. Vastaajan muistisairaus tai hoitokielteisyyks oli voinut vaikuttaa asiakkaiden kokemuksiin, joten se oli hyvä ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Luotettavuuteen oli voinut vaikuttaa vastaajien pieni määrä ja vastaajien mahdollinen avustaminen lomakkeen täyttämässä.

Mietimme kyselyä tehdessä olisiko kuvallisista vastausvaihtoehdoista hyötyä vastaamisessa. Olisiko niiden avulla helpompi kuvata kokemuksia arviointijaksosta vai ovatko ne liian lapsenomaisia? Toisaalta ne saattoivat olla helpottamassa muistisairautta sairastavien henkilöiden mielipiteen ilmaisemisessa, sillä muistisairautta sairastavilla henkilöillä säilyy usein parhaiten tunneilmaisutaidot. Kuvia käyttämällä vastauksista voitiin saada luotettavampia.

Jos vastaajalla oli vastaamisessa mukana avustaja, niin silloin toinen henkilö on saanut tietää vastaukset. Onko näin vastaamalla saatu vastauksista todenmukaisia erityisesti, jos arviointi-työ on ollut mukana asiakkaan tukena vastaamassa kyselyyn? Onko toisen henkilön läsnäololla ollut vaikutusta vastauksissa? Näemme, että näillä kysymyksillä voi olla merkitystä luotettavuutta arvioitaessa. Vastaukset eivät ole täysin luotettavia. Olemme pyrkineet käyttämään luotettavia ja mahdollisimman ajankohtaisia lähteitä työssämme, tämä osoittautui haasteellisemmaksi käytettäessä internetistä saatuja tietoja.

Peilasimme opinnäytetyön tekemisessä syntyneitä kysymyksiä sosiaalialan eettisiin periaatteisiin sekä tutkimusetiikkaan kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Sosiaalialan eettiset periaatteet kulkivat jatkuvasti mukana työskentelymme pohjana. Tutkimuksessa mukana olevien tuli saada tietoa tutkimuksemme käynnistymisestä ja sen olemassaolosta. Osallistujien tuli tietää mitä, miksi ja mihin tarkoitukseen tietoa kerätään. Osallistuminen tutkimukseen ei ollut pakollista, mutta se oli suositeltavaa. Epäeettistä olisi ollut, jos tutkittava ei olisi tiennyt olevansa tutkimuksen kohteena. Jokaisella tuli olla oikeus valinnanvapauteen ja itsemääräämisoikeuteen. (Hallikainen, Ikonen, Järveläinen, Louhela, Piironen, Monto-Puustinen ja Uramo 2017, 7; Vilka 2007, 38.) Pystyimme tiedottamaan ennakkoon tutkimuksesta työntekijöitä, mutta kotona olevien asiakkaiden ennakkoon tiedottaminen asiasta oli haasteellisempaa. Tiedottaminen tapahtui arviointijakson työntekijöiden sanallisella tiedottamisella asiakkaille ja lisäksi he saivat tietoa tutkimuksesta saatekirjeestä (Liite 1).

Tutkimusta tehdessä selvitimme, miten henkilön suostumus hankitaan, millaista tietoa annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 25). Mietimme, olisiko tarpeen laittaa kyselylomakkeeseen kohta, jossa olisi rastitettu suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Päädyimme kuitenkin siihen lopputulokseen, että lomakkeen täyttäminen oli

suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Useimmiten tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään tutkimukseen perehtymisen jälkeen suostumus, millä estetään ihmisen manipulointi tutkimushankkeissa. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tulee olla kykeneviä ymmärtämään informaatio tutkimuksesta. Suostumuksella tarkoitetaan, että henkilö pystyy tekemään rationaalisia ja kypsiä arviointoja. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 25.) Antamamme tiedot kerrottiin saatekirjeessä yksinkertaisesti ja ymmärrettävästi. Lähtökohtanamme oli, että kohderyhmämme täyttävät nämä edellytykset, sillä he olivat kotona pärjääviä henkilöitä.

Tutkijan on tutkimusetiikan mukaan oltava vaitiolovelvollinen tutkimukseen vastaajista. Anonyymina vastattava kysely on tutkimuksessa suuri etu. (Vilka 2007, 74–75.) Tieto on anonyymia, kun yksittäinen havainto ei ole kohtuullisin keinoin tunnistettavissa annettujen tietojen perusteella tai tietojen muihin tietoihin yhdistelemällä. Tieto ei voi olla koskaan täysin anonyymiä, mutta hyvin toteutetuin menetelmin voi päästä tulokseen, jossa kohtuullisin keinoin ei voi yksittäisiä henkilöitä tunnistaa. Anonymisoinnilla tarkoitetaan niitä monia tapoja ja välineitä, joilla anonyymi tieto saavutetaan. (Tietoarkisto 2018.) Tutkimuksemme kyselylomake ei ollut täysin anonyymi. Epäsuoriksi tunnisteiksi luetaan tiedot, jotka yksin eivät riitä tunnistamiseen, mutta yhdistettynä voivat mahdollistaa henkilön tunnistamisen (Tietoarkisto 2018). Epäsuoria tunnisteita meidän kyselylomakkeessamme oli taustatiedoissa. Lisäksi kyselylomakkeen viimeinen avoin kysymys loi mahdollisuuden tunnistettaviin tietoihin. Kyselyyn vastaaja pystyi määrittämään itse kuinka tunnistettavia tietoja antaa.

Tutkimusaineistojen käsittelyn tuli olla suunnitelmallista ja huolellista eikä yksityisyydensuoja saanut vaarantua. Yksityisyydensuoja olisi saattanut vaarantua esimerkiksi huolimattoman aineiston säilyttämisen tai suojaamattoman sähköisen siirron kautta. Tunnisteellisen aineiston käsittely voi muodostaa tutkittaville riskin, jos heitä koskevat luottamukselliset tiedot päätyvät ulkopuolisille. (Tietoarkisto 2018.)

Sähköistä kyselyä tehdessä, tulee varmistua siitä, että kaikilla on käytössään samat tietotekniset resurssit (Vilka 2007, 74–75). Asiakaskunnassa useammilla ei ollut valmiuksia tehdä kyselyä sähköisenä, joten lähtökohtanamme oli, että kaikille annettiin paperilla täytettävä kyselylomake. Etukäteen ajattelimme, että osalla kyselyyn osallistuvilla henkilöillä saattoi olla käytössään tietokone ja internetin käyttö saattoi olla helppoa. Tästä syystä annoimme vaihtoehdon kyselyyn vastaamisesta Webropol -ohjelmassa. Ajattelimme ennakkoon, että osalle vastaajista saattoi olla haastavaa vastata itsenäisesti paperiselle kyselylomakkeelle. Henkilöllä saattoi olla esimerkiksi toimintakyvyn vajeita näkökyvyssä tai hahmottamiskyvyssä. Tällöin vastaajaa saattoi avustaa omainen, ystävä, arviointitiimin työntekijä tai me itse. Kysely ei ollut täysin esteetön.

Kyselylomakkeen vastausajan päättymisen jälkeen kyselylomakkeet siirtyivät meille kummallekin tutkimuksen tekijälle haltuun. Muilla henkilöillä ei ollut oikeutta säilyttää tai pitää halussaan tutkimuksesta saatua materiaalia. Säilytimme kyselylomakkeita omissa kodeissamme lukitussa kaapissa. Siirsimme kyselylomakkeiden tiedot tietokoneelle Webropol -ohjelmaan mahdollisimman pian. Webropol -ohjelmaan menimme Savonia ammattikorkeakoulun järjestelmän kautta, omia tunnuksiamme ja

salasanojamme käyttäen. Kun kyselylomakkeiden tiedot oli siirretty Webropol -ohjelmaan, hävitimme paperiset kyselylomakkeet Varkauden kotihoidon yksikön tietosuojatun paperijätteen mukana. Tietoturvalla tai tietoturvallisuudella tarkoitetaan järjestelmien, tietoliikenteen ja tietojen suojausta. Sähköisen tutkimusaineiston kopioiminen ja levittäminen sekä tahaton tuhoaminen ja muuttaminen on helppoa. (Tietoarkisto 2016.) Tiedot kyselylomakkeiden tuloksista tallentuivat Webropol -järjestelmään. Webropol -ohjelmasta toimme tietoja omille henkilökohtaisille tietokoneille Excel -taulukon muodossa. Tietokoneitamme eivät käyttäneet muut käyttäjät, ne oli lukittu salasanoilla ja niihin oli asennettu tietoturvaohjelmat. Kun opinnäytetyömme oli saatu päätökseen, hävitimme aineiston tietokoneiltamme.

Kyselylomakkeen rakenne kokonaisuutena onnistui hyvin ja saimme siitä mahdollisimman esteettömän vastata. Kysymykset olivat loogisessa järjestyksessä ja kysymysten rakentaminen teemoittain oli hyvä valinta. Laitoimme lomakkeen alkuun taustatietokysymykset, koska omakohtaisiin kysymyksiin vastaaminen on yleensä helpointa. Helpot kysymykset alussa saattavat motivoida vastaamiseen. Värilliset kuvat kysymysten tukena olivat selkeyttämässä kysymyksiin vastaamista ja loivat ilmettä ulkoasuun. Pohdimme, vaikuttaisivatko valitsemamme kuvat joistakin vastaajista liian lapsellisilta. Suljetut monivalintakysymykset olivat helpottamassa vastaamista, joka oli hyvä ratkaisu. Vastausvaihtoja kysymyksiin oli useita, joka antoi mahdollisuuden kuvata vastausta mahdollisimman hyvin. Kyselymme yksi avoinkysymys antoi mahdollisuuden kirjoittaa omin sanoin kokemuksia arvioitijaksoista. Kysely oli sopivan mittainen. Pidempi olisi voinut karsia vastaajia ja lyhyemmällä emme olisi saaneet tarvittavaa tietoa. Ainut kysymys, jonka olisi voinut jättää pois oli postinumeron kysyminen, sillä se ei tuonut lisäarvoa tutkimukseen. Lomakkeissa kävi ilmi, että kaikki eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin, esimerkiksi yksi sivu saattoi olla välissä kokonaan tyhjä. Tällainen oli saattanut olla tahatonta vastaajalta. Kysymyksiin vastaamatta jättämiseen oli saattanut vaikuttaa vastaajan toimintakyvyn lasku. Vastaaja oli voinut epähuomiossa jättää vastaamatta tai ei ollut tarkoituksella vastannut johonkin kysymykseen.

Laadimme kyselyn kysymykset asiakkaan valinnanvapautta arvostaen ja asiakasta kunnioittaen. Sukupuolta kysyessä mietimme, pitäisikö laittaa vaihtoehtoksi mies, nainen ja kolmasvaihtoehto. Kaikki eivät ole tai koe olevansa täysin miehiä tai naisia, joten kysymyksen kysyminen herätti meissä pohtimista. En halua vastata vaihtoehto antoi mahdollisuuden olla vastaamatta kysymykseen. Toisaalta tämä ratkaisu esti kertomasta todellista sukupuolta sen ollessa joku muu.

Tuloksia käsitellessämme, huomasimme jälkikäteen parannusehdotuksen kyselylomakkeeseen. Tukipalveluja kysyttäessä, vaihtoehtoina olisi pitänyt olla lisäksi lääkkeiden annosjakelu ja ei mitään. Kotihoidon asiakkailla apteekin annosjakelulääkkeet ovat melko yleisiä ja se olisi siksi pitänyt olla vaihtoehtoisissa mukana. Ei mitään vaihtoehto, olisi kertonut, ettei vastaajalla ollut mitään tukipalvelua käytössä.

Tutkimuksen pätevyyttä tarkastellessamme pohdimme, mitä tutkimusmenetelmiä käytämme opinnäytetyössämme. Oli itsestään selvää, että tutkimuksemme oli kvantitatiivinen, mutta haastetta meille toi kyselylomakkeen viimeinen avoin kysymys. Jouduimme pohtimaan hyvin tarkasti, toiko

avoimen kysymyksen vastausten analysointi, tutkimukseemme myös kvalitatiivisen tutkimuksen näkökulmaa.

Pohdimme, voidaanko kaikkia arviointijakson asiakkaita ottaa muistisairauden vuoksi kyselyyn mukaan. Toisaalta, jos olisimme lähteneet rajaamaan muistisairaita pois kyselystä, olisi pohdittavana ollut, mihin olisimme vetäneet rajan ja millaisilla kriteereillä asiakkaat olisivat kyselyyn valittu. Niinpä päätimme ottaa kyselyyn mukaan kaikki valittuna ajankohtana arviointitiimin asiakkaina olleet asiakkaat ja voimme todeta näin jälkikäteen sen olleen oikea ratkaisu.

Vastausprosentin ollessa 66.7, katoa oli jonkin verran. Pohdimme, mistä tämä olisi voinut johtua ja siihen oli osakseen voinut vaikuttaa harvinaisen kuuma kesä. Kuuma kesä oli voinut osaltaan aiheuttaa jaksamattomuutta, yleistilan laskua sekä jopa menehtymisiä. Kysely oli vapaaehtoinen, joten saattoi olla, ettei vastaaminen ollut kiinnostanut kaikkia. Kyselyn antotavalla oli voinut myös olla vaikutusta, kuinka kyselylomakkeen antamisessa oli informoitu ja millaisessa tilanteessa se oli annettu asiakkaalle. Tämä oli voinut vaikuttaa osaltaan motivaatioon ja kiinnostuksen heräämiseen. Lomake oli voinut myös hävitä tai unohtua täyttää. Kaikille arviointitiimin asiakkaille ei annettu kyselylomaketta ja tähän oli syynä muun muassa muutaman päivän asiakkuus, jolloin kokemuksia ei ollut kertynyt juuri kertyä.

Toisten tekstiä ei tule plagioida eli esitellä omana toisen käsikirjoitusta, artikkelia tai tekstiä (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 26). Tutkimuksia, artikkeleita ja muita lähteitä käyttäessämme opinnäytetyössämme, olemme huomioineet, että lähteet ja lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti Savonia ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti.

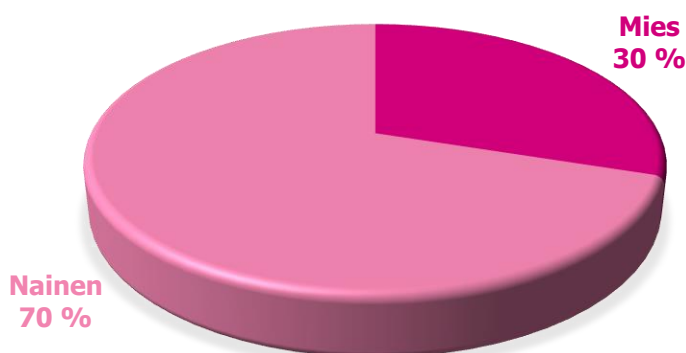
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Arviointitiimin asiakkaana oli 6.4–31.7 ajalla yhteensä 66 asiakasta 2–10 viikon pituisilla arviointijaksoilla. Arviointitiimin työntekijät veivät 60 asiakkaalle kyselylomakkeen ja heistä 40 vastasi siihen. Vastausprosentiksi muodostui 66.7. Tarkoituksena oli, että kaikki arviointitiimin asiakkaina olleet asiakkaat olisivat saaneet kyselylomakkeen, mutta kuusi heistä ei sitä saanut.

Vastausprosentti oli samansuuntainen, kuin mitä vuonna 2012 Varkauden kotihoitoon tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimuksessa kyselylomakkeiden vastausprosentti oli vaihdellut eri kotihoidon tiimien asiakkaiden välillä. Tutkimuksessa oli ollut viisi tiimiä ja vastausprosentit tiimeissä olivat olleet 91, 75 ja 65 prosenttia sekä kahdessa tiimissä oli ollut sama vastausprosentti 69. (Kuvaja ja Nyyssönen 2012, 21.)

5.1 Vastaajien taustatiedot

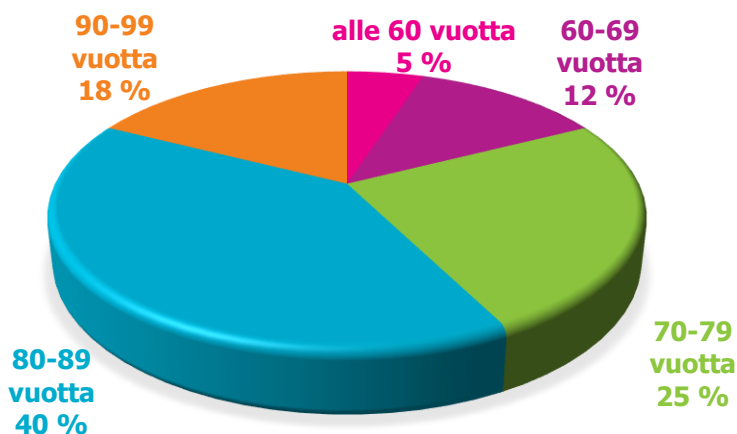
Vastaajien taustatietoja selvitimme kysymällä heidän ikäryhmänsä, sukupuolensa, asumismuotonsa, asuvatko he yksin vai yhteisasumisessa ja kuinka monta kertaa vuorokaudessa työntekijä kävi heidän luonaan arviointijakson aikana. Kyselyyn vastanneista 70 prosenttia (n=28) oli naisia ja 30 prosenttia (n=12) oli miehiä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän tilaston mukaan marraskuussa 2017 säännöllisen kotihoidon asiakkaista naisia oli 65 prosenttia ja kokonaisasiakasmäärä oli silloin 73 806 (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018c, 1). Tähän koko Suomen tilastoon verrattuna meidän kyselyymme vastanneiden sukupuolijakauma oli saman suuntainen eli selvästi suurin osa oli naisia (KUVIO 1).



KUVIO 1. Sukupuolijakauma (n=40)

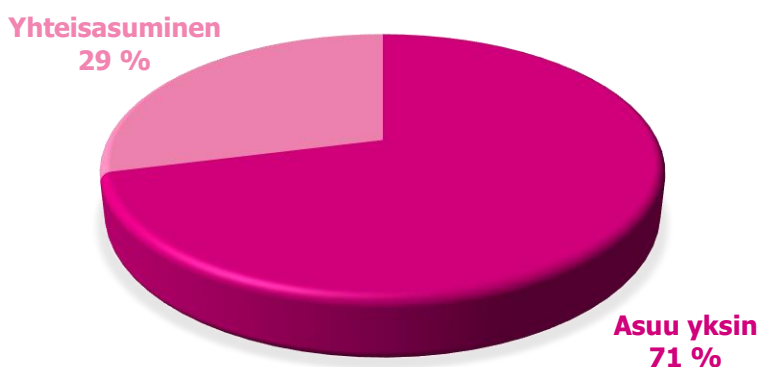
Vastaajista 40 prosenttia (n=16) oli 80–89-vuotiaita, 70–79-vuotiaita oli 25 prosenttia (n=10) ja 90–99-vuotiaita oli 18 prosenttia (n=7). 60–69-vuotiaita oli 12 prosenttia (n=5) ja vähiten vastaajista oli alle 60-vuotiaita, heitä oli viisi prosenttia (n=2). Kyselyyn ei osallistunut yhtään yli 100-vuotiasta henkilöä. (KUVIO 2.)

Marraskuussa 2017 Varkauden kotihoidossa oli ollut yhteensä 369 asiakasta. Heistä alle 64-vuotiaita oli ollut 61 asiakasta ja 65–74-vuotiaita oli ollut 56 asiakasta. 75–79-vuotiaita oli ollut 44 asiakasta ja 80–84-vuotiaita 73 asiakasta. Yli 85-vuotiaita asiakkaita oli ollut 135. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018c, 8.) Tilastosta nähdään, että kotihoidon asiakkaat ovat iäkkäitä, valtaosa on yli 80-vuotiaita. Meidän tutkimuksessamme saimme samansuuntaisen tuloksen, sillä kyselyyn vastanneista arvioitiin asiakkaita suurin osa oli yli 80-vuotiaita. (KUVIO 2.)



KUVIO 2. Ikäryhmä (n=40)

Vastaajista 45 prosenttia (n=18) asui hissillisessä kerrostaloasunnossa ja hissittömässä kerrostalossa asui 20 prosenttia (n=8). Rivitalossa tai paritalossa asui 12 prosenttia (n=5) ja omakotitalossa 20 prosenttia (n=8) vastaajista. Kolme prosenttia (n=1) ilmoitti asunnokseen jonkin muun, kuin edellä mainitut vaihtoehdot. Vastaajista suurin osa eli 71 prosenttia (n=27) asui yksin ja 29 prosenttia (n=11) asui yhteisasumisessa yhden tai useamman henkilön kanssa (KUVIO 3).



KUVIO 3. Yksin asuminen/yhteisasuminen (n=38)

Yleisin työntekijän käyntimäärä kyselyyn vastanneiden asiakkaiden luona oli kaksi kertaa vuorokaudessa, puolet vastaajista (n=20) kuului tähän ryhmään. 25 prosenttia (n=10) tarvitsi henkilökunnan

käynnin kerran vuorokaudessa ja 20 prosenttia (n=8) kolme kertaa vuorokaudessa. Vuorokaudessa neljä kertaa tai useammin työntekijä kävi vastaajista viiden prosentin (n=2) luona. (KUVIO 4.)

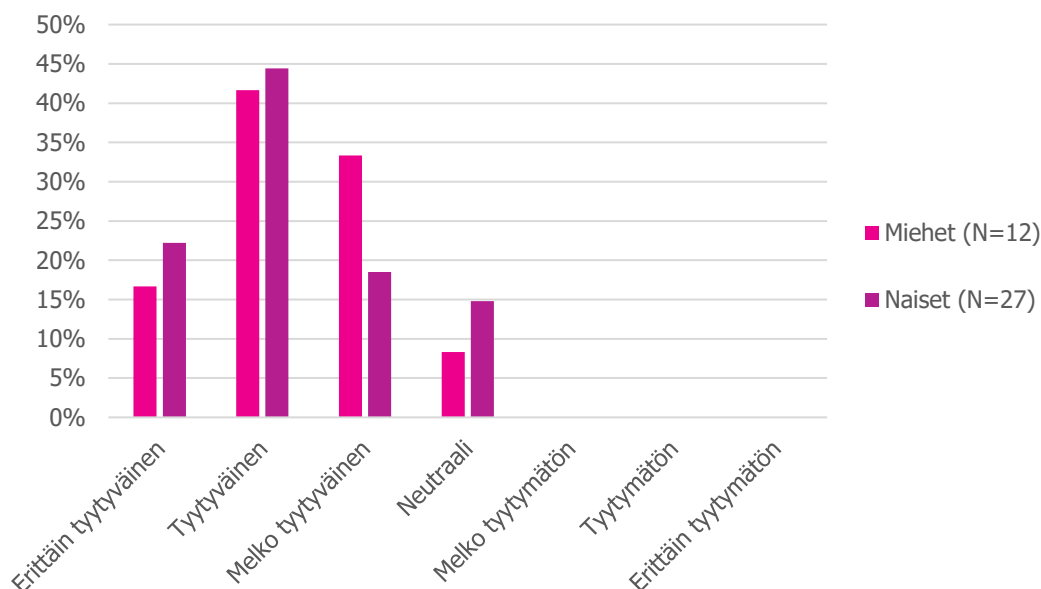


KUVIO 4. Työntekijän käyntikerrat asiakkaan luona vuorokaudessa (n=40)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemässä julkaisussa todettiin kahden ja useamman käynnin saavien asiakkaiden osuuden kasvavan. Marraskuussa 2017 33,2 prosenttia (n=73 806) säännöllisen kotihoidon asiakkaista saivat vähintään 60 käyntiä kuukaudessa. Vuodesta 2016 tällaisten asiakkaiden osuus oli kasvanut kaksi prosenttia ja vuodesta 2010 kahdeksan prosenttiyksikköä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018c, 1.) Meidän kyselyymme osallistuneiden asiakkaiden vastauksissa näkyi samansuuntainen käyntimäärä, sillä vastaajista suurimman osan luona hoitajat kävivät kaksi kertaa tai useammin vuorokaudessa (KUVIO 4).

5.2 Vastaajien tyytyväisyys arvioitijaksoon

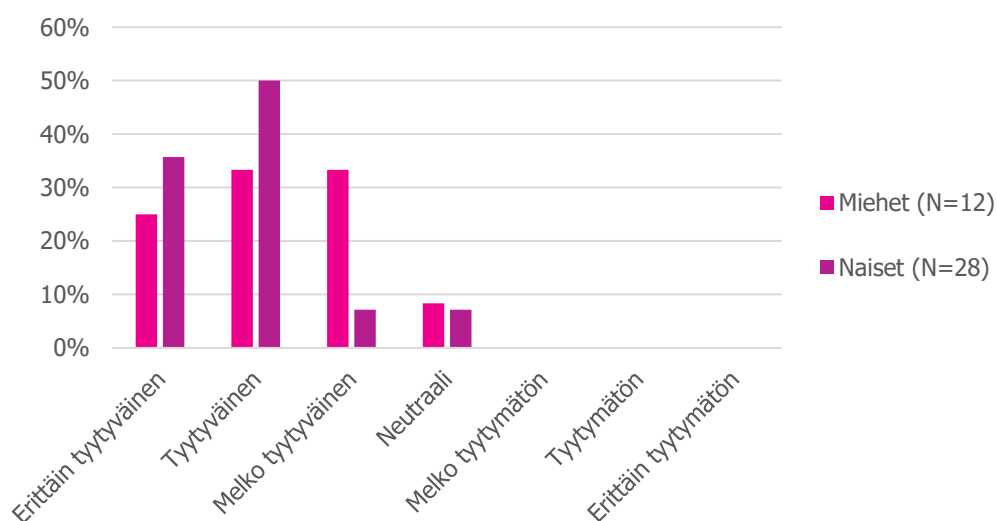
Tyytyväisyyttä selvitimme kysymällä työntekijöiden ajankäyttöä, ammattitaitoa, asiakkaan ja työntekijän kohtaamista, asiakkaan osallisuutta hoidon suunnitteluun, itsemääräämisoikeuden toteutumista sekä tiedon kulkua. Erittäin tyytyväisiä arvioitijaksoon oli miehistä kokenut olevansa 17 prosenttia (n=2) ja naisista 22 prosenttia (n=6). Tyytyväisiä miehistä oli kokenut olevansa 42 prosenttia (n=5) ja naisista 44 prosenttia (n=12). Miehistä melko tyytyväisiä ilmoitti olevansa 33 prosenttia (n=4) ja naisista 19 prosenttia (n=5). Neutraalin vaihtoehdon ilmoitti miehistä 8 prosenttia (n=1) ja naisista 15 prosenttia (n=4). Kukaan vastaajista ei ilmoittanut olevansa melko tyytymätöntä, tyytymätöntä ja erittäin tyytymätöntä. (KUVIO 5.)



KUVIO 5. Asiakkaiden tyytyväisyys arviointijaksoon kokonaisuutena (n=39)

Henkilökunnan ajankäyttöön erittäin tyytyväisiä vastaajista oli kokenut olevansa 22 prosenttia (n=9), tyytyväisiä 50 prosenttia (n=20) ja melko tyytyväisiä 18 prosenttia (n=7). Viisi prosenttia (n=2) valitsi sekä neutraalin, että melko tyytymättömän vaihtoehdon.

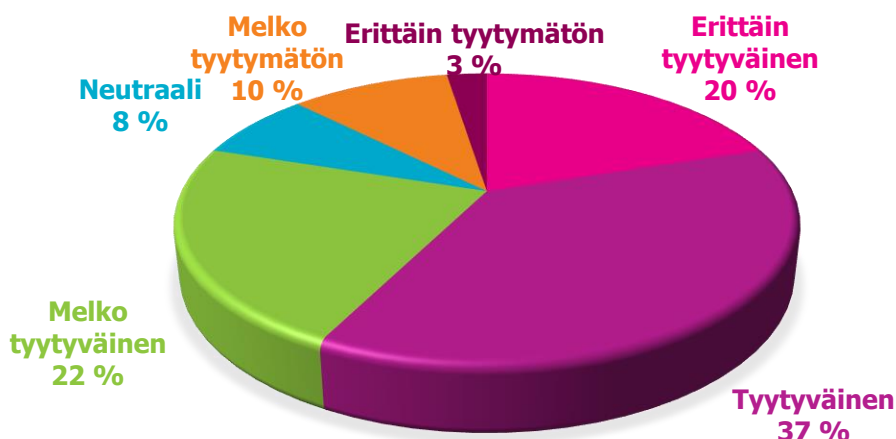
Erittäin tyytyväisiä henkilökunnan ammattitaitoon ilmoitti olevansa miehistä 25 prosenttia (n=3) ja naisista 36 prosenttia (n=10). Tyytyväisiä ilmoitti olevansa miehistä 33,5 prosenttia (n=4) ja naisista 50 prosenttia (n=14). Melko tyytyväisiä kokivat olevansa miehistä 33,5 prosenttia (n=4) ja naisista 7 prosenttia (n=2). Neutraalin vaihtoehdon ilmoitti valinneensa miehistä 8 prosenttia (n=1) ja naisista 7 prosenttia (n=2) vastaajista. (KUVIO 6.)



KUVIO 6. Tyytyväisyys henkilökunnan ammattitaitoon (n=40)

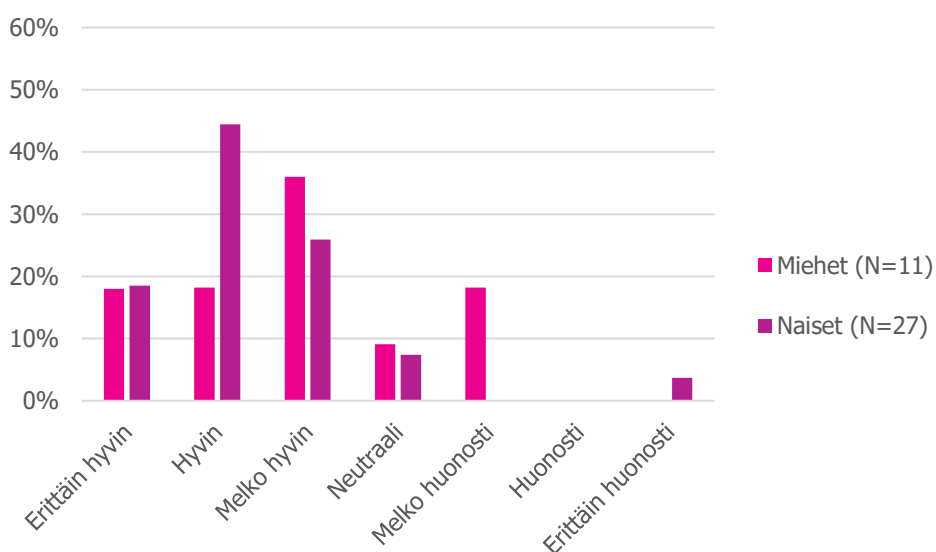
Tiedonkulkuun oli vastaajista kokenut olevansa erittäin tyytyväisiä 20 prosenttia (n=8) ja tyytyväisiä 37 prosenttia (n=15). 22 prosenttia (n=9) oli kokenut olevansa melko tyytyväisiä ja 8 prosenttia

(n=3) ilmoitti neutraalin vaihtoehdon. Vastaajista 10 prosenttia (n=4) oli kokenut olevansa tiedon-
kulkuun melko tyytymätön ja kolme prosenttia (n=1) erittäin tyytymätön. (KUVIO 7.)



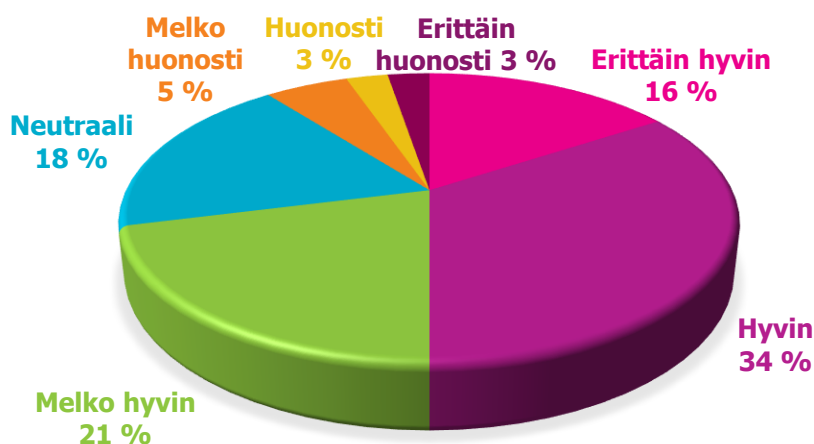
KUVIO 7. Tyytyväisyys tiedonkulkuun (n=40)

Miehistä 18 prosenttia (n=2) ja naisista 18,5 prosenttia (n=5) oli kokenut, että heidän toiveensa oli otettu erittäin hyvin huomioon arviointijakson aikana. Hyvin toiveensa huomioon otetuksi oli kokenut miehistä 18 prosenttia ja naisista 44,5 prosenttia (n=12). Melko hyvin toiveensa huomioon otetuksi oli kokenut miehistä 36 prosenttia (n=4) ja naisista 26 prosenttia (n=7) vastaajista. Neutraalin vaihtoehdon ilmoitti miehistä 9 prosenttia (n=1) ja naisista 7 prosenttia (n=2). Miehistä 18 prosenttia (n=2) oli kokenut toiveensa huomioon otetuksi melko huonosti, naisista kukaan ei ollut valinnut tätä vaihtoehtoa. Huonosti vaihtoehtoa ei ollut valinnut kukaan miehistä eikä naisista. Erittäin huonosti toiveensa huomioon otetuksi oli kokenut naisista 4 prosenttia (n=1). Miehistä kukaan ei valinnut tätä vaihtoehtoa. (KUVIO 8.)



KUVIO 8. Toiveiden huomioon ottaminen hoidon suunnittelussa (n=38)

Vastaajista 16 prosenttia (n=6) oli kokenut, että he saivat osallistua erittäin hyvin hoitoaan koskeviin asioihinsa. Hyvin oli kokenut saaneensa osallistua 34 prosenttia (n=13) vastaajista ja melko hyvin 21 prosenttia (n=8). 18 prosenttia (n=7) ilmoitti valinneensa neutraalin vaihtoehdon ja melko huonosti vaihtoehdon 5 prosenttia (n=2) vastaajista. Kolme prosenttia (n=1) oli kokenut saaneensa osallistua huonosti hoitoaan koskeviin asioihin. Erittäin huonosti vaihtoehdon valitsi kolme prosenttia (n=1) vastaajista. (KUVIO 9.)

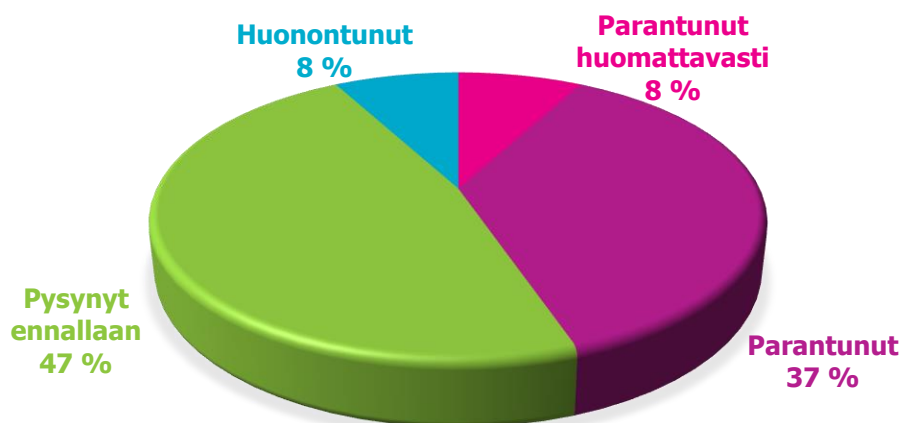


KUVIO 9. Asiakkaan osallisuus hoitoaan koskevissa asioissa (n=38)

Puolet vastaajista (n=19) totesi henkilökunnan kohdanneen heidät erittäin ystävällisesti ja 45 prosenttia (n=17) totesi tulleen kohdatuksi ystävällisesti. Melko ystävällisesti oli kokenut tulleen kohdatuksi viisi prosenttia (n=2) vastaajista.

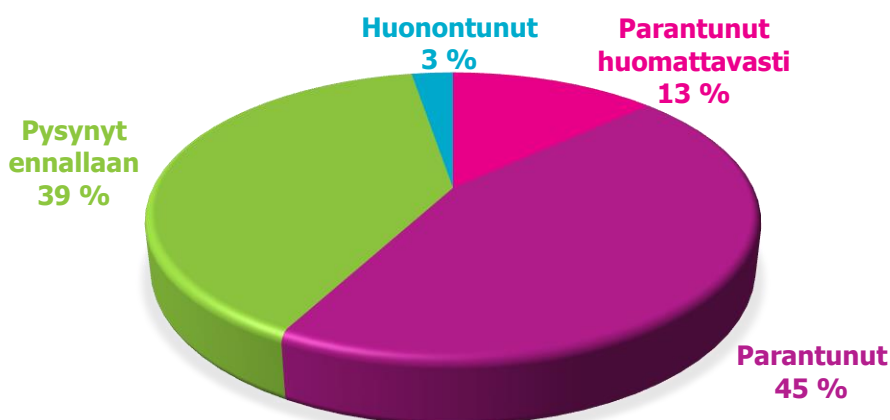
5.3 Asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn muutokset arviointijakson aikana

Seuraavana kokonaisuutena kysyimme, mitkä asiat vaikuttivat asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn muutokseen arviointijakson aikana? Tähän liittyivät psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Vastaajista kahdeksan prosenttia (n=3) oli kokenut liikuntakykynsä parantuneen huomattavasti arviointijakson aikana. 37 prosenttia (n=14) oli kokenut liikuntakykynsä parantuneen ja 47 prosenttia (n=18) ilmoitti liikuntakykynsä pysyneen samana. Kahdeksan prosenttia (n=3) oli kokenut liikuntakyvyn huonontuneen. (KUVIO 10.)



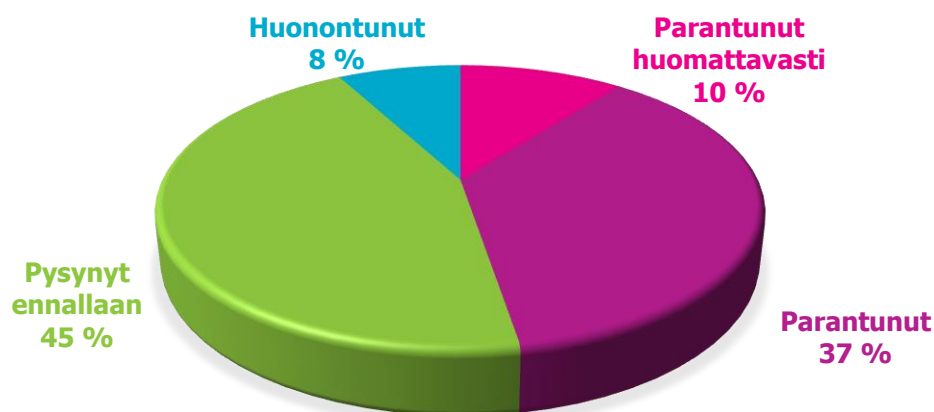
KUVIO 10. Asiakkaan liikuntakyvyn muutokset (n=38)

Arviointijakson aikana vastaajista 13 prosenttia (n=5) oli kokenut mielialansa parantuneen huomattavasti. 45 prosenttia vastaajista (n=17) oli kokenut mielialansa parantuneen ja 39 prosenttia (n=15) oli kokenut sen pysyneen ennallaan. Kolmen prosenttia (n=1) ilmoitti mielialansa huonontuneen jakson aikana. (KUVIO 11.)



KUVIO 11. Asiakkaan mielialan muutokset (n=38)

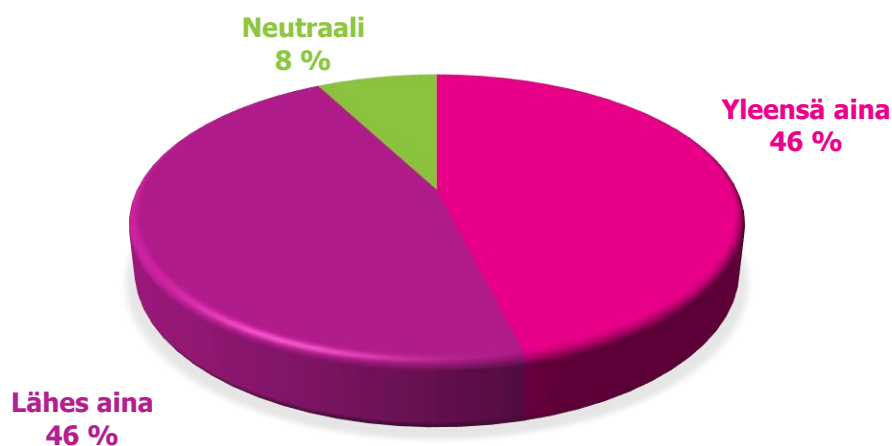
Arviointijakson aikana sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen kanssakäymisen oli kokenut parantuneen huomattavasti 10 prosenttia (n=4) vastaajista ja parantuneen 37 prosenttia (n=14). 45 prosenttia (n=17) oli kokenut sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen kanssakäymisen pysyneen ennallaan ja kahdeksan prosenttia (n=3) oli kokenut niiden huonontuneen. (KUVIO 12.)



KUVIO 12. Sosiaalisten ja sosiaalisen kanssakäymisen muuttuminen arviointijakson aikana (n=38)

5.4 Asiakkaiden kokemukset turvallisuudesta arviointijakson aikana

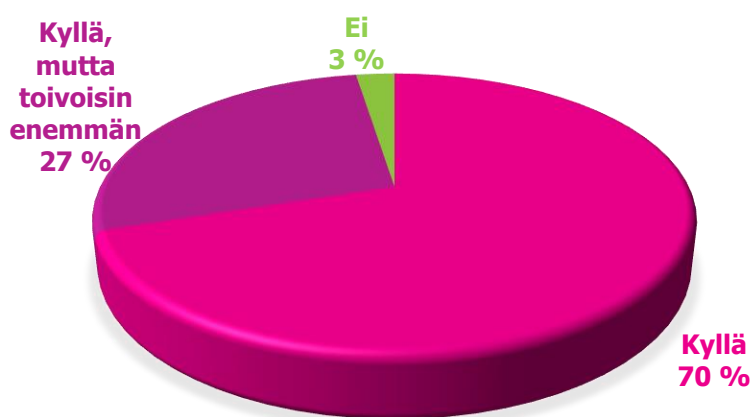
Viimeisenä kokonaisuutena kysyttiin asiakkaiden kokemuksia liittyen turvallisuuteen. Tähän liittyivät tukipalvelut, työntekijöiden saatavuus ja läheiset ihmiset. Arviointijakson aikana vastaajista tunsu olonsa turvalliseksi yleensä aina 46 prosenttia (n=18), myös 46 prosenttia (n=18) tunsu olonsa lähes aina turvalliseksi. Neutraalin vaihtoehdon valitsi kahdeksan prosenttia (n=3) vastaajista. (KUVIO 13.)



KUVIO 13. Asiakkaan turvallisuuden kokeminen (n=39)

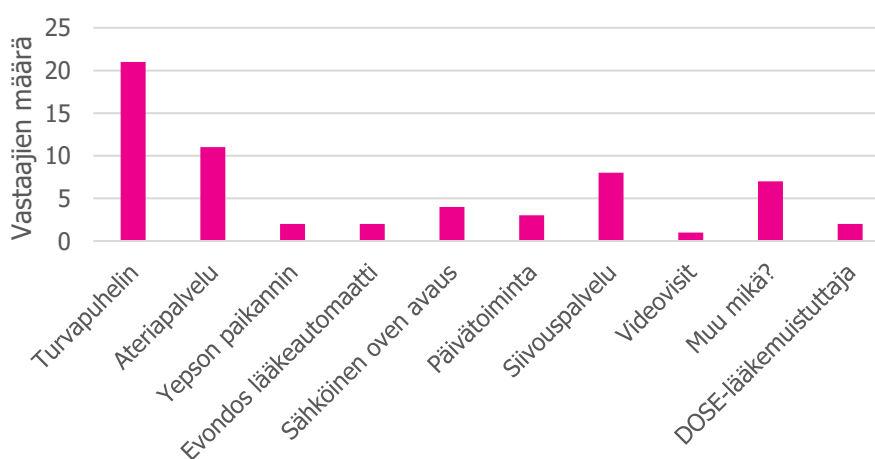
Kyselyyn vastanneista 37 prosenttia (n=14) vastasi työntekijöiden olleen erittäin hyvin saatavilla arviointijakson aikana. 37 prosenttia (n=14) ilmoitti työntekijöiden olleen hyvin saatavilla ja 21 prosenttia (n=8) valitsi melko hyvin saatavilla vaihtoehdon. Neutraalin vaihtoehdon ilmoitti viisi prosenttia (n=2).

Kyselyyn vastanneista 70 prosenttia (n=28) vastasi kysymykseen, onko teillä läheisiä ja /tai ystäviä kyllä vaihtoehdon. 27 prosenttia (n=11) vastasi kyllä, mutta toivoi heitä olevan enemmän. Kolme prosenttia (n=1) totesi, ettei hänellä ole ystäviä eikä läheisiä. (KUVIO 14.)



KUVIO 14. Läheiset ja ystävät (n=40)

Kysymykseen, mitä tukipalveluja saitte arviointijakson aikana vastasi 35 vastaajaa ja yhteensä vastauksia tuli 61 (KUVIO 15). Sama vastaaja pystyi valitsemaan useamman vaihtoehdon. Kysymykseen vastanneista turvapuhelimen oli hankkinut 60 prosenttia (n=21) ja ateriapalvelua sai 31 prosenttia (n=11). Yepson-paikannin ja Evondos lääkeautomaatti oli käytössä 5,7 prosentilla (n=2), sähköinen ovenavaus oli 11 prosentilla (n=4) ja päivätoiminnassa kävi 5,7 prosenttia. Siivouspalvelun oli hankkinut 23 prosenttia (n=8) ja VideoVisit oli käytössä 3 prosentilla (n=1). Dose-lääkemuistuttajaa käytti 5,7 prosenttia (n=2). Muu, mikä vaihtoehdon oli valinnut 20 prosenttia (n=7). Kuusi heistä oli kirjoittanut tekstikenttään sanallisen vastauksen ja kaikki vastaukset koskivat lääkkeitä. Vastauksia oli lääkkeiden jako, lääkkeet valvotusti lääkeboxista, lääkedosetti, lääkkeiden annosjakelu apteekista, lääkkeet annospusseista ja dosetin vaihto, missä aamu- ja iltalääkkeet erikseen.



KUVIO 15. Tukipalvelut arviointijakson aikana (n=35)

Viimeinen kyselylomakkeen kysymys oli avoinkysymys. Kysymme, mitä terveisiä vastaaja lähettää kotihoidon henkilökunnalle. 45 prosenttia kyselyyn osallistuneista (n=18) vastasi tähän kysymykseen. Yli puolet kysymykseen vastanneista lähetti sanalliset kiitokset hoitajille, hoitajia kuvattiin ystävällisiksi, avuliaksi ja yhteistyöhenkiseksi. Kolmessa vastauksessa kritisoitiin tiedotusta ja kaksi vastaajaa oli kokenut hoitajien käytöksen omalla kohdallaan epäasialliseksi. Nämä vastaajat olivat kokeneet, että hoitaja ei ollut tehnyt asioita asiakkaan mielipiteitä kunnioittaen ja asiakkaan tunteita huomioiden. Yhteen lomakkeeseen edunvalvoja oli pohtinut vastausten luotettavuutta.

5.5 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta asiakkaiden olleen tyytyväisiä kotihoidon arvioitijaksoon kokonaisuutena. Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä henkilökunnan ajankäyttöön. Henkilökunnan ammattitaitoon oltiin pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä. Henkilökunnan ammattitaidosta saimme saman suuntaisia tuloksia, kuin vuoden 2012 Varkauden kotihoidon tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimuksessa vastaajia oli ollut kokonaisuudessa 183. 74 prosenttia oli kokenut henkilökunnan olevan ammattitaitoista ja 23 prosenttia oli vastannut olevansa lähes samaa mieltä. (Kuvaja ja Nyysönen 2012, 27.)

Johtopäätöksenä voidaan todeta tiedonkulussa olevan arviointitiimillä parannettavaa. Henkilökunnan tiedonkulkuun oltiin keskimäärin tyytyväisiä. Asiakkaat olivat kokeneet pieniä epäselvyyksiä. Tietoa hoidosta sekä lääkärin vastaanotosta olisi kaivattu enemmän. Tuloksien mukaan erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä oli hieman yli puolet ja 22 prosenttia oli melko tyytyväisiä. Tiedonkulkuun tyytymättömiä meidän tutkimuksessamme oli hieman enemmän kuin vuoden 2012 tutkimuksessa. Silloin asiakkaat olivat kokeneet, että he olivat saaneet omaan hoitoonsa liittyvistä asioista tietoa aika hyvin. Vastaajia oli kaikkiaan ollut 180, joista 59 prosenttia oli ollut saatuun tiedon määrään tyytyväisiä ja 28 prosenttia lähes tyytyväisiä. 8 prosenttia oli kokenut tiedottamisen riittämättömäksi. Tutkimuksessa oli selvitetty asiakkaiden ja omaisten näkökulmaa tiedonkulusta, josta selvisi asiakkaiden olleen selvästi tyytyväisempiä omaisiin verrattuna. (Kuvaja ja Nyysönen 2012, 22.) Vastausvaihtoehdot poikkesivat kyselylomakkeissa hieman toisistaan, joten vastaukset eivät ole täysin verrattavissa keskenään.

Kysymykseen toiveiden huomioon ottamisesta miesten ja naisten vastausten välillä oli pieniä eroja. Naiset ilmoittivat, että toiveet oli otettu keskimäärin hyvin huomioon ja miesten vastaukset painotuivat enemmän vaihtoehtoon melko hyvä. Osallisuutta koskevassa kysymyksessä vastaajien vastaukset hajaantuivat kaikkien vaihtoehtojen kesken, kuitenkin vain neljä vastaajaa oli kokenut saaneensa osallistua melko huonosti tai huonosti. Meidän tutkimuksessamme päästiin osallisuuden suhteen parempaan tulokseen, kuin Varkauden kotihoidon tutkimuksessa. Yli 70 prosenttia oli kokenut saaneensa osallistua itseään koskeviin asioihin erittäin hyvin, hyvin tai melko hyvin. Johtopäätöksenä voidaan todeta vastaajien saaneensa toiveitaan huomioon otetuksi sekä osallistua hoitoaan koskeviin asioihin hyvin. Lisäksi voidaan todeta arviointitiimin henkilökunnan kohdanneen asiakkaat ystävällisesti. Hoitajia kiiteltiin ja tuotiin esille arvostus hoitajien työtä kohtaan. Henkilökunta oli ollut asiallista, iloista, yhteistyöhenkistä sekä aktiivista. Varkauden kotihoidossa tehdyssä vuoden 2012 tutkimuksessa hieman yli puolet oli kokenut saaneensa osallistua hoitonsa suunnitteluun. 13 prosenttia oli vastannut, että oli ollut vaikea sanoa, oliko saanut osallistua suunnitteluun. Parannettavaa olisi kaivattu asiakkaiden osallisuudessa hoitonsa suunnitteluun. (Kuvaja ja Nyysönen 2012, 21.)

Vuonna 2014 Alankomaissa vanhuksille tehdyssä tutkimuksessa oli kotihoidon asiakkaiden osallisuudesta saatu erilainen tulos, kuin meidän tutkimuksemme tuloksissa. Alankomaiden tutkimuksessa asiakkaat olivat kokeneet vaikeaksi keskustella nuorempien hoitajien kanssa ja siellä osallisuus koettiin negatiiviseksi asiaksi. Vanhukset itse ajattelivat osallisuuden olevan hoidosta valittamista. Myöskään omien mielipiteiden julkittuomista ei koettu tarpeelliseksi. (Bagchus, Dedding ja Bunders 2014.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon Kansallisen kehittämisohjelman, KASTE 2012–2015, tavoitteena oli parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä sekä kaventaa hyvinvointi- ja terveys eroja, esimerkiksi vahvistaa riskiryhmien osallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b, 6.) Sen loppuraportissa todetaan, että KASTE -ohjelmalla on kyetty parantamaan asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Henkilökunnan asenne on muuttunut asiakaslähtöisemmäksi ja asiakkaiden osallisuutta on vahvistettu palveluprosesseissa entistä enemmän. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b, 22.) Kotona kokonainen elämä -hankkeessa on tavoiteltu onnistuneesti kotona asuville vanhuksille mielekäästä ja hyvää arkea (Hyvinkään kaupunki ja Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 19). Opinnäytetyössämme saimme samansuuntaisia tuloksia, kuin KASTE -ohjelmassa ja Kotona kokonainen elämä -hankkeessa osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden suhteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b; Hyvinkään kaupunki ja Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Arvioitijaksolla voidaan todeta olleen positiivinen vaikutus vastaajien kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. Lähes puolet oli kokenut liikuntakykynsä parantuneen ja yli puolet oli kokenut mielialansa parantuneen arvioitijakson aikana. Arvioitijaksolla oli merkitystä myös vastaajien sosiaalisiin suhteisiin, melkein puolet oli kokenut sosiaalisten suhteiden parantuneen.

Kyselyyn vastanneet olivat kokeneet työntekijöiden olleen hyvin saatavilla arviointijakson aikana ja lähes kaikilla kyselyyn osallistuneilla oli ystäviä ja/tai läheisiä. Tukipalveluja vastaajista oli suurimmalla osalla ja useammalla oli enemmän, kuin yksi tukipalvelu. Yleisimmin käytössä olevia tukipalveluja olivat turvapuhelin, ateriapalvelu ja siivouspalvelu. Tukipalveluilla voidaan tukea kotona asumista ja tehdä siitä turvallisempaa (Varkauden kaupunki s.a.g). Ruotsissa tehdyssä hankkeessa on todettu erilaisten teknologia välineiden lisäävän ikäihmisten turvallisuutta ja itsenäisyyttä kotona asumisessa (Kristoffersson 2011 ja Wang, Zhang, Li, Lee ja Sherratt 2014). Johtopäätöksenä voidaan ajatella tukipalveluilla olevan merkitystä kotona asumisessa ja niillä voidaan tukea kotona asumista.

Meidän tutkimuksemme tuloksissa turvallisesti olonsa oli kokenut yleensä aina hieman alle puolet vastaajista ja lähes aina myös hieman alle puolet. Avoimen kysymyksen vastaus tuki tätä johtopäätöstä, vastauksessa tuotiin esille erityisesti turvallisuuden tunne kotona. Tulokset ovat saman suuntaisia, kuin kotihoidon tutkimuksessa. Vuoden 2012 tutkimuksessa 178 vastaajasta 71 prosenttia kokivat asumisen turvallisesti kotihoidon palveluja käyttäessä ja 21 prosenttia melkein turvallisesti (Kuvaja ja Nyyssönen 2012, 27).

Kotihoidon arvioitijakso on uusi asia ja siitä oli vaikea löytää samankaltaisia tutkimuksia, mitä olisi voinut verrata meidän tutkimuksemme tuloksiin. Ikäihmisille tarvitaan monenlaisia kotona asumista tukevia palveluja. Kuntouttava arvioitijakso kotihoidossa on sellainen. Sillä on voitu vahvistaa asiakkaiden turvallista asumista kotona. Arvioitijaksoja tulisi tulevaisuudessa lisätä ja kehittää sekä myös tutkia niiden onnistumista.

6 POHDINTA

Ikäihmisten määrä on kasvussa maailmanlaajuisesti, eikä Suomi tai Varkaus tee siinä poikkeusta. Uusia innovatiivisia tapoja tulee kehittää, jotta ikäihmiset saisivat tarvitsemansa palvelut. Suomessa on menossa useita hankkeita, joissa kehitetään ikäihmisille tarjottavia palveluja. Kehittämällä kotiin tarjottavia palveluja, voidaan ikäihmisten kotona asumista mahdollistaa ja tukea mahdollisimman pitkään. Suuntaus palvelujen painottamisessa on nimenomaan kotiin tarjottavat palvelut. Monet ikäihmiset tahtovat asua kotona mahdollisimman pitkään, sillä koti on tuttu ja turvallinen paikka.

Sosiaali- ja terveysalalla käynnissä olevan sote-uudistuksen myötä palveluohjauksen merkitys tulee korostumaan. Asiakkaiden valinnanvapaus ja osallisuus tulevat kasvamaan. Palveluohjauksella tulee tarjota asiakkaille yksilöllisempiä ja räätälöidympiä palvelukokonaisuuksia. Erilaiset arvioitijaksot voivat tulevaisuudessa olla väline asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa.

Tutkimuksemme tuloksissa tuli esiin, että arviointijakson asiakkaiden kokonaisvaltainen toimintakyky oli parantunut arviointijakson aikana. Tämä tulos kertoo siitä, että arviointijaksolla on ollut merkitystä. Arviointijaksoja olisi hyvä olla jatkossakin ja mahdollisesti laajentaa esimerkiksi tehostettuun palveluasumiseen sekä laajemmin Suomessa toimiviin kotihoidon palveluihin. Arviointijaksojen avulla voidaan vähentää kotihoidon asiakkuuksia tilanteissa, jolloin asiakkaalle riittäisi kevyempi ja lyhytkestoisempi palvelu. Asiakkaan tilanne saattaa helpottua jo arviointijakson ansioista sen verran, ettei kotihoidon palvelua tarvitse. Kokonaisvaltaisen asiakkaan tilanteen arvioinnin perusteella, voidaan selvittää asiakkaan yksilöllisempi palvelun tarve. Tehostettuun palveluasumiseen arviointijakson laajentaminen voisi myös vähentää liian raskaita palveluita. Jos arviointijaksot laajenisi ympäri Suomea, vähentäisivät ne pidemmällä aikavälillä kustannuksia sekä lyhentäisivät kotihoidon jonoja.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tietoa toimeksiantajalle asiakkaiden kokemuksista arviointijakson aikana. Toimeksiantaja ja arvioititiimin työntekijät saivat asiakkailta palautetta arviointijakson onnistumisesta sekä työntekijöiden työskentelystä. Opinnäytetyön kautta kotihoito sai arviointijaksolle näkyvyyttä. Varkauden kaupunki saa kyselylomakkeen ja tulokset kotihoidon käyttöön.

Uutisointi ikäihmisten palveluista ja ikäihmisten kohtelusta on usein negatiivista. Uutiskynnys ylittyi silloin, kun asiat eivät ole toimineet hyvin. Opinnäytetyömme myötä asiakkaat saivat mahdollisuuden tulla kuulluksi kertomalla kokemuksiaan arviointijaksosta. Kyselyyn osallistuneet asiakkaat olivat saaneet osallistua hoidon suunnitteluun ja heidän toiveitaan oli otettu hyvin huomioon. Kun asiakkaiden toiveita otetaan huomioon ja niitä toteutetaan, vahvistetaan sillä itsemääräämisoikeuden toteutumista. Sosionomeina pidämme erityisen tärkeänä asiakkaiden osallisuutta. Asiakaspalautteen perusteella palvelun laatua voidaan kehittää ja tällöin asiakkaat hyötyvät antamastaan palautteesta.

Varkauden kotihoidon uusi kuntouttava arviointijakso oli ajankohtainen ja kiinnostava. Koska kuntouttava arviointijakso oli uutta toimintaa, siitä oli haastavaa löytää aikaisempia kokemuksia ja tutkimuksia. Tämä antoi meille hienon mahdollisuuden tuottaa uutta tietoa uudesta toiminnasta. Opin-

näytetyötä tehdessämme pääsimme syventämään osaamistamme kotihoidon toiminnasta. Tarkastelimme, mikä on kotihoidon paradigma tänä päivänä ja mitkä ovat sen tärkeimpiä haasteita nyt ja tulevaisuudessa paikallisella sekä yhteiskunnallisella tasolla. Työ opetti meille kvantitatiivisen tutkimuksen toteuttamista ja vastausten analysointia.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja antoisa kokemus. Olimme erittäin tyytyväisiä siihen, että teimme tämän prosessin parityönä. Saimme tukea toisiltamme ja pystyimme peilaamaan eri näkökulmia toistemme kanssa. Saimme paljon positiivisia kokemuksia hyvästä yhteistyöstä ja parityöskentelystä. Työskentelyn kautta vahvistuivat vuorovaikutustaidot, palautteen antaminen ja sen vastaanottaminen sekä tiedonhakutaidot.

Esitämme erityiskiitokset kotihoidon arvioitiimin työntekijöille. He jaksoivat oman työnsä ohella kuljettaa kyselylomakkeet asiakkaille ja palauttaa täytetyt lomakkeet palautuslaatikkoon. Työntekijät jaksoivat motivoida asiakkaita vastaamaan kyselyyn. Kiitos siitä!

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- BAGCHUS, Charlotte, DEDDING, Christine ja BUNDERS, Joske F.G 2014. 'I'm happy that I can still walk' – Participation of the elderly in home care as a specific group with specific needs and wishes. Athena Institute, VU University, Amsterdam, the Netherlands. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-09-09] Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b98f93ac-a88c-4a0e-aed0-ec26bbc46538%40pdc-v-sessmgr05>
- CESTA, Amadeo, CORTELLESA, Gabriella, RASCONI, Riccardo, PECARO, Federico, SCOPELLITI, Massimiliano ja TOBERIO, Lorenza 2011. Monitoring elderly people with the robocare domestic environment: Interaction synthesis and user evaluation.
- EEK, Martina ja WRESSLE, Ewa 2011. Everyday technology and 86-year-old individuals in Sweden. Disability and Rehabilitation. Assistive Technology.
- EKHOLM, Tuula s.a. Kotona kokonainen elämä. Ikäihmisten palveluiden kehittämisohjelma Etelä-Suomessa 2013-2015. Länsi- ja Keski-Uudenmaan osakokonaisuus. Loppuraportti. [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-10-27] Saatavissa: https://www.innokyla.fi/documents/306104/0/Oma+koti+-osakokonaisuuden+loppuraportti_LKU.pdf/95df03f8-1afc-4168-9ef1-08a4fde4728b
- EKSOTE 2017. Painostus kotikuntoutukseen tuottaa tulosta Eksotessa. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2017/Sivut/Painostus-kotikuntoutukseen-tuottaa-tulosta-Eksotessa.aspx>
- EKSOTE s.a. Sosiaali- ja terveystalvet Eksotessa. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-27] Saatavissa: <http://www.eksote.fi/eksote/Sivut/default.aspx>
- FINDIKAATTORI 2018. Väestön ikärakenteen kehitys. [Verkkojulkaisu] Tilastokeskus. [Viitattu 2017-12-16] Saatavissa: <http://findikaattori.fi/fi/81>
- GUND, Anna, LINDECRANTZ, Kaj, SCHAUFELBERGER, Maria, PATEL, Harshida ja SJÖQVIST, Bengt Arne 2012. Attitudes among healthcare professional towards ICT and home follow-up chronic heart failure care. [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-09-10] Saatavissa: <https://bmcmidinformedic-mak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-12-138>
- HALLIKAINEN, Tarja, IKONEN, Elina, JÄRVELÄINEN, Merja, KURKI, Aulikki, LOUHELA, Milja, PIIRONEN, Riikka, MONTO-PUUSTINEN, Kirsimarja ja URAMO, Maija 2017. Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet [Verkkokirja] Puna Musta Oy. [Viitattu 2018-08-29] Saatavissa: <http://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/>
- HEIKKILÄ, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- HEIKKILÄ, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 21. painos. Hämeenlinna: Tammi.
- HYVINKÄÄN KAUPUNKI, SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2015. Etelä-Suomen ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma Kotona kokonainen elämä 2013-2015. Innokylä.fi. Loppuraportti. [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-09-05] Saatavissa: https://www.innokyla.fi/documents/306104/0/Loppuraportti_valmis.pdf/bc564b63-b5a2-4502-b985-4e7f3d66dbc5
- IWASAKI, Naoko 2013. Usability of ICT applications for elderly people in disaster reduction. Journal of E-Governance. Japan.
- KANSANTERVEYSLAKI 28.1.1972/66. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

KESKI-SUOMI 2021 2018. Kukoistava kotihoito. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihanke. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-29] Saatavissa: <http://www.ks2020.fi/uudistuksen-karkihankkeet/kotihoito/>

KESKI-SUOMEN SOSIAALIALAN OSAAMISKESKUS 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE). [Verkko julkaisu] [Viitattu 2018-09-05] Saatavissa: <http://koske-verkko.fi/sosiaali-ja-terveydenhuollon-kansallinen-kehittamisohjelma-kaste/>

KUVAJA, Anna Maija ja NYSSÖNEN, Tuula 2012. Asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista Varkaudessa. Pieksämäki: Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2018-11-10] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52357/Kuvaja_Anna_Maija_Nyyssonen_Tuula.pdf?sequence=1

KRISTOFFERSSON, Annica, CORADESCHI, Silvia, LOUTFI, Amy ja SEVERINSON-EKLUNDH, Kerstin 2011. An exploratory study of health professionals' attitudes about robotic telepresence technology. Journal of technology in Human Services.

LAKI IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESTA JA SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA 28.12.2012/980. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-01-06]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

MERTALA, Sirpa, PITKÄNEN, Sari ja TERÄVÄ, Kimmo 2015. Kotona kokonainen elämä -hankkeen ulkoinen arviointi. Kuntoutussäätiö. Innokylä.fi. [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-09-10] Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/documents/306104/0/Liite+4+hankkeen+loppuarviointi+seurantatietojen+n%C3%A4k%C3%B6kulmasta.pdf/bc42eb31-cebc-4225-827a-8798cf2eb179>

METSÄMUURONEN, Jari 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Viro: Jaabes OÜ

MOSTAGHEL, Rana 2016. Innovation and technology for the elderly: Systematic literature review. [Verkkodokumentti] School of business and economics. Sweden. [Viitattu 2018-09-10] Saatavissa: <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.savonia.fi/science/article/pii/S0148296316302120?via%3Dihub>

NIKANDER, Jussi, TUOMINEN-THUESEN, Minna ja KPMG Oy Ab 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE 2012-2015). [Verkkodokumentti] Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-09-05] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74895/Rap%20ja%20mui_2016_16_PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SEITAMAA-HAKKARAINEN, Piritta s.a. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-12-06] Saatavissa: <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>

SOSIAALIHUOLTOLAKI 1301/2014. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2016a. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa. Kärkihanke. [Verkkoaineisto] Helsinki. [Viitattu 2018-10-27] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ 2016b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE 2012–2015) [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-26] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74895/Rap%20ja%20mui_2016_16_PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ s.a.a. Hankkeet ja säädösvalmistelu [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2017-12-16] Saatavissa: <http://stm.fi/hankkeet>

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ s.a.b. Kotihoito ja kotipalvelut [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

STELLA s.a.a. Turvapuhelin. [Viitattu 2018-10-28] Saatavissa: <https://stella.fi/turvallitteet/turvapuhelin>

SUOMEN PALVELUOHJAUSYHDISTYS RY 2018. Mihin palveluohjausta tarvitaan? [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: <https://www.palveluohjaus.fi/mita-palveluohjaus-on/mihin-palveluohjausta-tarvitaan/>

TERVEYDENHUOLTOLAKI 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018.11.25] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2017a. Ikäihmisten kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset. Iki-hanke. Toimintaopas [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/920442/3225039/iki_toimintaopas.pdf/d63cc653-fcbf-4dac-88e1-d1316beb7d03

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2017b. Palveluohjaus. [Viitattu 2018-01-06] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/sosiaalipolitiikka/sosiaalityo/palveluohjaus>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2018a. Ajankohtaista. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-27] Saatavissa: <https://thl.fi/sv/web/sote-uudistus/ajankohtaista>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2018b. Sote ja vanhuspalvelut [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-29] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/toimivat-vanhuspalvelut/sote-ja-vanhuspalvelut>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2018c. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-21] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136406/Tr19_18_korjattu250518_svenska.pdf?sequence=5&isAllowed=y

TERVEYSKIRJASTO 2018. Elinikä ja elinajanodote. [Verkkojulkaisu] Kustannus Oy Doudecim. [Viitattu 2018-10-13] Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01025

TIETOARKISTO 2018. Tunnisteellisuus ja anonymisointi [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-02-20] Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tunnisteellisuus-ja-anonymisointi.html>

TILASTOKESKUS 2018. Väestö [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-29] Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

TILASTOKESKUS s.a. Kuntien avainluvut [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-22] Saatavissa: <https://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2017&active1=915>

TYÖ- JA ELINKEINOMINISTERIÖ 2011. Valtakunnalliset kehittämisohjelmat. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-27] Saatavissa: http://www.rakennerahastot.fi/vanhat_sivut/rakennerahastot/fi/02_eu_rr_ohjelmat/02_esr/02_valtakunnalliset_ohjelmat/index.html

UNITED NATIONS 2009. World population ageing. [Verkkodokumentti] New York. [Viitattu 2018-09-10] Saatavissa: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf

VALTIONEUVOSTO s.a.a. Maakunnat ja kunnat edistävät hyvinvointia ja terveyttä. Maakunta- ja sote-uudistus. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-13] Saatavissa: <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/hyvinvoinnin-edistaminen>

VALTIONEUVOSTO s.a.b. Maakunta- ja sote-uudistuksen yleisesittely. Maakunta- ja sote-uudistus. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-13] Saatavissa: <https://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>

VALTIONEUVOSTO s.a.c. Mikä on sote-uudistus? Maakunta- ja sote-uudistus. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-13] Saatavissa: <https://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>

VALTIONEUVOSTO s.a.d. Sote-uudistuksen tavoitteet. Maakunta- ja sote-uudistus. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-10-27] Saatavissa: <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

VALTIONEUVOSTON KANSLIA 2004. Väestön ikärakenteen muutos ja siihen varautuminen. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 1. Helsinki. [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-10-13] Saatavissa: https://vnk.fi/documents/10616/622938/J2904_V%C3%A4est%C3%B6n+ik%C3%A4raken-teen+muutos+ja+siihen+varautuminen.pdf/b7d570ed-82a4-4dc1-9ce5-d6d1e06238cf?version=1.0

VARKAUDEN KAUPUNKI s.a.a. Kotihoidon kuntouttava arviointijakso [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-29] Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/hyvinvointi-ja-terveys/kotihoito/kotihoidon-kuntouttava-arviointijakso>

VARKAUDEN KAUPUNKI s.a.b. Kotihoito [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-23] Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/hyvinvointi-ja-terveys/kotihoito>

VARKAUDEN KAUPUNKI s.a.c. Kotisairaala [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-29] Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/hyvinvointi-ja-terveys/kotihoito/kotisairaala>

VARKAUDEN KAUPUNKI s.a.d. Palveluohjausyksikkö Pasuuna [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-08-27] Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/hyvinvointi-ja-terveys/kotihoito/palvelutarpeen-kartoitus/palveluohjausyksikk%C3%B6-pasuuna>

VARKAUDEN KAUPUNKI s.a.e. Palvelutarpeen kartoitus [Verkko julkaisu] [Viitattu 2018-08-23] Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/hyvinvointi-ja-terveys/kotihoito/palvelutarpeen-kartoitus>

VARKAUDEN KAUPUNKI s.a.f. Päivätoiminta. [Viitattu 2018-10-28] Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/hyvinvointi-ja-terveys/sosiaalipalvelut/kun-kotona-ei-p%C3%A4iv%C3%A4toiminta>

VARKAUDEN KAUPUNKI s.a.g. Tukipalveluja kotiin. [Viitattu 2018-10-28] Saatavissa: <http://www.varkaus.fi/hyvinvointi-ja-terveys/kotihoito/tukipalveluita-kotiin>

VIITIKKO, Tarja 2017. Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi. Toimintakykyisenä kotona- kokeilusta käytäntöön Eksoten seminaari 20.04.2017. Eksote. [Verkkodokumentti] [Viitattu 2018-10-27] Saatavissa: http://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/seminaarit/Documents/20.4.2017%20Ik%C3%A4ntyneiden_palvelutarpeen_arviointi_Eksotessa_Connect_sem_Viitikko.pdf

VILKKA, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

WANG, Jin, ZHANG, Zhongqi, LI, Bin, LEE, Sungyoung ja SHERRATT, R. Simon 2014. An enhanced fall detection system for elderly person monitoring using consumer home networks. [Verkkojulkaisu] [Viitattu 2018-09-10] Saatavissa: <https://ieeexplore.ieee.org/document/6780921/>

YEPSON 2017. Saako vanhuksia GPS-paikantaa? [Viitattu 2018-10-28] Saatavissa: <https://yepzon.com/fi/saako-vanhuksia-gps-paikantaa/>

LIITE 1: KYSELYLOMAKE

Kysely arviointijakson asiakkaille

1. Sukupuoli

- ☐ Mies ☐ Nainen ☐ En halua vastata

2. Ikäryhmä

- ☐ alle 60 vuotta
☐ 60-69 vuotta
☐ 70-79 vuotta
☐ 80-89 vuotta
☐ 90-99 vuotta
☐ 100- vuotta

3. Asumismuotonne

- ☐ Kerrostalo, jossa hissi
☐ Kerrostalo, jossa ei ole hissiä
☐ Rivitalo tai paritalo
☐ Omakotitalo
☐ Jokin muu

4. Yksin asuminen/yhteisasuminen

- ☐ Yksin asuminen ☐ Yhteisasuminen








5. Asuinalue

Postinumero _____








6. Kuinka usein työntekijä kävi luonanne?

- ☐ Kerran vuorokaudessa
☐ Kaksi kertaa vuorokaudessa
☐ Kolme kertaa vuorokaudessa
☐ Neljä kertaa tai useammin vuorokaudessa








7. Kuinka tyytyväinen olette kuntouttavaan arviointijaksoon kokonaisuutena?

						
Erittäin tyytyväinen	Tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Neutraali	Melko tyytymätön	Tyytymätön	Erittäin tyytymätön








8. Kuinka tyytyväinen olette henkilökunnan ajankäyttöön?

						
Erittäin tyytyväinen	Tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Neutraali	Melko tyytymätön	Tyytymätön	Erittäin tyytymätön








9. Kuinka tyytyväinen olette henkilökunnan ammattitaitoon?

						
Erittäin tyytyväinen	Tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Neutraali	Melko tyytymätön	Tyytymätön	Erittäin tyytymätön








10. Kuinka tyytyväinen olette tiedonkulkuun?

						
Erittäin tyytyväinen	Tyytyväinen	Melko tyytyväinen	Neutraali	Melko tyytymätön	Tyytymätön	Erittäin tyytymätön








11. Kuinka hyvin toiveenne on otettu huomioon hoitoanne suunniteltaessa?

						
Erittäin hyvin	Hyvin	Melko hyvin	Neutraali	Melko huonosti	Huonosti	Erittäin huonosti

12. Kuinka hyvin olette saaneet osallistua hoitoanne koskeviin asioihin?

						
Erittäin hyvin	Hyvin	Melko hyvin	Neutraali	Melko huonosti	Huonosti	Erittäin huonosti






13. Kuinka ystävällisesti henkilökunta kohtasi teidät?

						
Erittäin hyvin	Hyvin	Melko hyvin	Neutraali	Melko huonosti	Huonosti	Erittäin huonosti


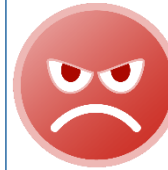
14. Kuinka liikuntakykynne on muuttunut arviointijakson aikana?

				
Parantunut huomattavasti	Parantunut	Pysynyt ennallaan	Huonontunut	Huonontunut huomattavasti






15. Kuinka mielialanne on muuttunut arviointijakson aikana?

				
Parantunut huomattavasti	Parantunut	Pysynyt ennallaan	Huonontunut	Huonontunut huomattavasti








16. Kuinka sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen kanssakäyminen on muuttunut arviointijakson aikana?

				
Parantunut huomattavasti	Parantunut	Pysynyt ennallaan	Huonontunut	Huonontunut huomattavasti

17. Koitteko olonne turvalliseksi arviointijakson aikana?

				
Yleensä aina	Lähes aina	Neutraali	Harvoin	En koskaan

18. Kuinka hyvin työntekijät olivat saatavilla?

						
Erittäin hyvin	Hyvin	Melko hyvin	Neutraali	Melko huonosti	Huonosti	Erittäin huonosti

19. Onko teillä läheisiä ja/tai ystäviä?

		
Kyllä	Kyllä, mutta toivoisin olevan enemmän	Ei

20. Mitä tukipalveluita saitte arviointijakson aikana?

- ☐ Turvapuhelin
- ☐ Ateriapalvelu
- ☐ Yepson-paikannin
- ☐ Evondos lääkeautomaatti
- ☐ Sähköinen ovenavaus
- ☐ Päivätoiminta
- ☐ Siivouspalvelu
- ☐ Videovisit
- ☐ Muu, mikä? _____

21. Mitä terveisiä haluat lähettää kotihoidon henkilökunnalle?

KIITOS VASTAUKSESTA!

LIITE 2: SAATEKIRJE

SAATEKIRJE

22.02.2018

ARVOISA KYSELYN VASTAANOTTAJA

Olemme sosionomi (AMK) tutkinnon opiskelijoita Savonia ammattikorkeakoulusta Kuopiosta. Teemme opinnäytetyönä tutkimuksen, jossa selvitetä arviointitiimin asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä arviointijaksosta Varkauden kotihoidossa. Tutkimuksen tuloksia käytetään kotihoidon kuntouttavan arviointijakson palvelua kehitettäessä.

Opinnäytetyöhön kokoamme aineiston kyselylomakkeen avulla, johon kutsumme teidät osallistumaan. Osallistumiseen on vapaaehtoista, mutta erittäin tärkeää tutkimuksemme onnistumisen kannalta ja vie aikaa vain 10-15 minuuttia. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista arviointitiimin henkilökunnalle. Teillä on mahdollisuus saada apua kyselylomakkeen täyttämiseen arviointitiimin henkilökunnalta tai ottamalla meihin yhteyttä. Henkilökunnalla ja meillä opiskelijoilla on vaitiolovelvollisuus antamistanne vastauksista.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen tutkimuslupa Varkauden kaupungilta. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti hyviä tietosuoja käytäntöjä noudattaen. Pyydämme palauttamaan täytetyn kyselylomakkeen arviointitiimin työntekijälle arviointijakson lopussa, viimeistään 30.6.2018.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii lehtori Minna Kaija-Kortelainen Savonia ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyömme arvioitu julkaisuajankohta on joulukuu 2018 ja se julkaistaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

1. Mikäli haluatte osallistua kyselyyn, aloittakaa vastaamalla kyselylomakkeen kysymyksiin.
2. Laittakaa täytetty kyselylomake kirjekuoreen ja sulkekaa kuori.
3. Antakaa kirjekuori arviointitiimin henkilökunnalle viimeistään 30.6.2018.

Vaihtoehtoisesti voitte vastata kyselyyn myös Internetissä osoitteessa:

Ystävällisin terveisin,
Sanna Karhunen

ja

Tanja Juvonen

puh.

puh.