



Katja Juntunen

Mari Sirviö

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sosionomi (AMK)

Opinnäytetyö, 2019

**ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTU-
MINEN TOIMINTAKYVYN TUKEMI-
SESSA OMAHOITAJIEN NÄKÖKUL-
MASTA SUOMUSSALMEN KOTIHOI-
DOSSA**

TIIVISTELMÄ

Katja Juntunen

Mari Sirviö

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen toimintakyvyn tukemisessa omahoitajien näkökulmasta Suomussalmen kotihoidossa

61 s., 1 liite

Kevät 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sosionomi (AMK)

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä Suomussalmen kotihoidossa työskentelevät omahoitajat ymmärtävät asiakaslähtöisyydellä, miten asiakaslähtöisyys heidän mielestään toteutuu asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemisessa ja miten omahoitajuus vastaajien mielestä toteutuu. Tilajana opinnäytetyössä oli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) vanhuspalvelut.

Opinnäytetyö toteutettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto koottiin kotihoidon omahoitajille suunnatun Webropol-verkkokyselyn avulla. Tutkimuksessa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Tutkimukselle asetettuja vertailukohtia eri ammattiryhmien perusteella ei voida luotettavasti esittää, koska suurin osa vastaajista oli lähihoitajia.

Tutkimustulosten mukaan Suomussalmen kunnan kotihoidon omahoitajien mielestä asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan tarpeiden ja toiveiden huomioimista, voimavarojen tunnistamista ja kuuntelemista. Asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten fyysisen toimintakyvyn tukemisessa ja huoneiden hengellisen toimintakyvyn tukemisessa. Suurin syy huoneiden asiakaslähtöisyyden toteutuvuuteen on kiire, kun taas asiakkaan tunteminen tukee hyvän asiakaslähtöisyyden toteutumista parhaiten. Tutkimustuloksissa ilmeni, että omahoitajuus toteutuu sairaanhoitajien mielestä paremmin kuin lähihoitajien.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi Suomussalmen kotihoidon kehittämistyössä.

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, kotihoito, omahoitaja, toimintakyky

ABSTRACT

Katja Juntunen

Mari Sirviö

How primary nurses see customer orientation actualized in Suomussalmi home care

61 pages, 1 appendix

Spring 2019

Diaconia University of Applied Sciences

Degree Programme in Social Services

Bachelor of Social Services

The aim of this thesis was to find out how primary nurses understand the concept of customer orientation, how they feel customer orientation actualizes in supporting their customers in various functions, and how they feel primary nursing is actualized in practice. This thesis was made in association with eldercare services of the Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority.

This research was conducted by using quantitative and qualitative methods. A Webropol online questionnaire was created to collect answers from primary nurses. The survey included both structured and open questions. Comparisons between various profession groups failed because most of the participants were practical nurses.

This survey reveals that to the primary nurses at Suomussalmi home care, customer orientation means considering the needs and hopes of the customer, recognizing the customers' own resources and listening to the customer. Customer orientation actualizes the most in supporting physical functions and the least in supporting mental functions. The main reason for customer orientation not to actualize is lack of time and the main reason for it to succeed is knowing the customer. Results show that customer orientation actualizes more according to medical nurses than practical nurses.

This thesis results can be used in developing work in Suomussalmi's home care.

Keywords: customer orientation, functioning, home care, primary nurse

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 KOTIHOITO.....	5
2.1 Kotihoito Kainuun sotessa	5
2.2 Omahoitajuus	7
2.3 Eettisyys hoitotyössä.....	9
2.4 Tutkimustietoa kotihoidon toteutumisesta.....	10
3 VANHUKSEN KOKONAISVALTAINEN TOIMINTAKYKY	11
3.1 Toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa.....	11
3.2 Fyysinen toimintakyky	13
3.3 Psykkinen toimintakyky	13
3.4 Sosiaalinen toimintakyky.....	15
3.5 Hengellinen toimintakyky.....	16
3.6 RAI-järjestelmä toimintakyvyn arvioinnissa	17
4 GERONTOLOGINEN SOSIAALITYÖ	18
4.1 Asiakaslähtöisyys gerontologisessa sosiaalityössä.....	18
4.2 Asiakaslähtöisesti laadittu hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma	19
4.3 Laadukas vanhustyö.....	21
4.4 Laatusuositus	22
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
5.1 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus	24
5.2 Aineiston kerääminen	25
5.3 Verkkokysely	27
5.4 Aineiston analysointi	28
5.5 Tutkimuksen eettisyys	28
6 TULOKSET	30
6.1 Taustatiedot.....	30
6.2 Asiakaslähtöisyys käsitteenä.....	31
6.3 Asiakaslähtöisyys toimintakyvyn tukemisessä.....	31
6.4 Yhteenveto asiakaslähtöisyyden toteutumisesta toimintakyvyn tukemisessä ..	34
6.5 Omahoitajuuden toteutuminen hoitotyössä	35
6.6 Eettisten arvojen toteutuminen	36
6.7 Laadukkaan työn toteutuminen kokonaisuutena.....	37
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	37
7.1 Asiakaslähtöisyys käsitteenä ja toimintakyvyn tukemisen toteutumisessa	38
7.2 Omahoitajuuden toteutuminen hoitotyössä	42
7.3 Eettisyyden ja laadukkaan työn toteutuminen	43
8 POHDINTA	45
8.1 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista	45
8.2 Oma ammatillinen oppiminen	47
8.3 Jatkotutkimusaiheita	49
LÄHTEET.....	51
LIITE 1.....	57

1 JOHDANTO

Vastuu kotihoidon asiakkaana olevan vanhuksen kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä ja hyvinvoinnista kuuluu ensisijaisesti hoitohenkilökunnalle. Kotihoidon tavoitteena on auttaa kotonaan asuvaa vanhusta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissaan, jotta hänelle mahdollistuisi inhimillinen arki ja hyvä elämälaatu. Vanhus pystyy asumaan kotonaan, jos hänen fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen toimintakykynsä paranee tai pysyy ennallaan. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 13.) Kotihoidon tekemä työ on näin ollen olennaista vanhuksen pärjäämisen ja hyvinvoinnin kannalta.

Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet, mutta henkilöstön määrä on kuitenkin vähentynyt. Lisäksi yhä suurempi asiakasryhmä kotihoidossa ovat niitä asiakkaita, jotka tarvitsevat paljon hoitokäyntejä, tukea ja palveluita. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Kuinka työntekijät ehtivät ja jaksavat tukea asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti vanhuksia kiireen keskellä? Pystyvätkö hoitajat toteuttamaan eettistä ja laadukasta vanhustyötä? Asiakaslähtöisyyteen perustuvaan palveluun vaikuttavat monet tekijät. Asiakkaan kokemukseen saamastaan laadukkaasta hoidosta vaikuttavat hoitajan ammattitaito, asenne ja käyttäytyminen sekä henkilökohtaiset ominaisuudet (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 348).

Opinnäytetyömme tavoitteena on Suomussalmen kotihoidon hoitohenkilökunnalle tekemämme tutkimuksen avulla selvittää, miten asiakaslähtöisyyden käsite ymmärretään omahoitajien keskuudessa, miten omahoitajuus toteutuu, pystyvätkö omahoitajat mielestään tukemaan asiakastaan riittävän asiakaslähtöisesti päivittäisessä työssään, mitkä tekijät ovat mahdollisesti tukemisen esteenä ja mitkä puolestaan vahvistavat asiakaslähtöisyyttä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää asiakaslähtöisyyden kehittämistyössä asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemisessa Suomussalmen kotihoidossa. Opinnäytetyön tilaajana on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) vanhuspalvelut.

Opinnäytetyössä käytetään käsitteitä asiakas, vanhus tai ikääntynyt riippuen asiayhteydestä ja näkökulmasta.

2 KOTIHOITO

Kotihoidolla on Suomessa pitkät perinteet. Ensimmäiset diakonissat kouluttautuivat Suomessa jo 1860-luvulla. Kunnallisena toimintana kotisairaanhoido alkoi 1890-luvulla kiertävien kotisairaanhoidajattarien ja tuberkuloosihoidajien aloittaessa työt. 1900-luvun alussa kansalaisjärjestöt ja kunnat aloittivat kiertävän terveysisartoinnan. Vuonna 1970 poistui laista omaisten hoitovelvoite, jolloin kotipalvelu ja sen tukitoimet laajenivat. Kotisairaanhoido sisältyi vuonna 1972 voimaan tulleeseen Kansanterveyslakiin ja avohoido käsitteenä alkoi yleistyä ammattikielessä. (Ikonen 2015, 47–52.)

Nykyään kotihoitoa ohjaavia lakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) sekä sosiaalihuoltolaki (L 1301/2014). Vuonna 2012 säädettiin laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 980/2012) eli vanhuspalvelulaki. Erikseen on säädetty laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (L 817/2015).

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotihoidon ja kotipalvelujen lainsäädännön valmisteluista, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaalipalvelut. Kotihoito ja kotipalvelut.)

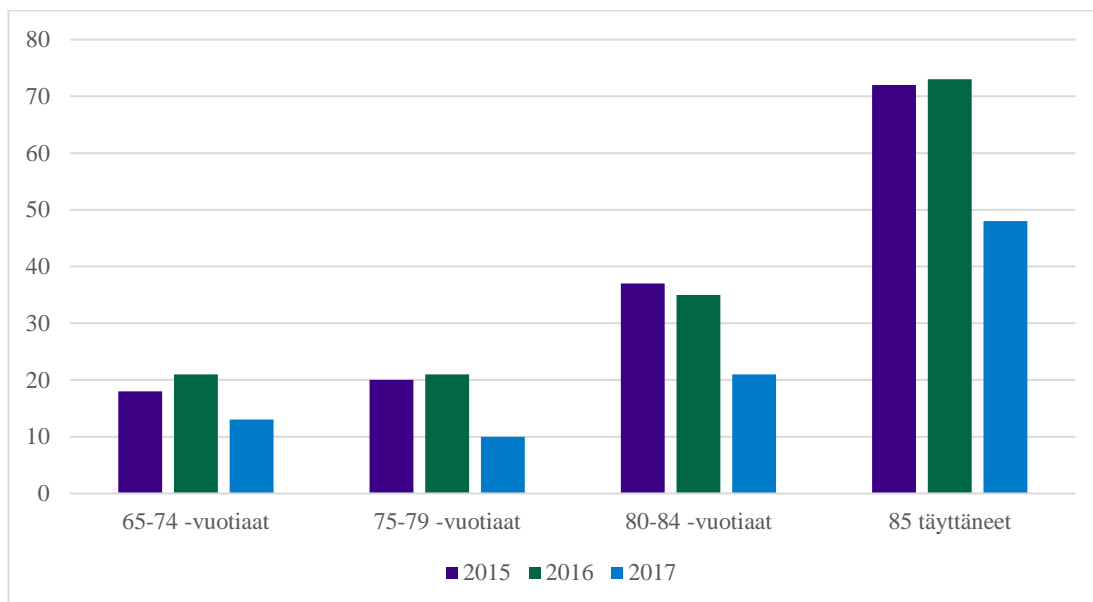
2.1 Kotihoito Kainuun sotessa

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä kotihoito sisältää kaikki ne palvelut, jotka mahdollistavat ikäihmisen inhimillisen, laadukkaan ja turvallisen asumisen kotona. Kotihoidon palvelukokonaisuuteen kuuluvat kotihoidon lisäksi hyvinvointia tukevat kotikäynnit, muistineuvola, ikäihmisten perhehoito, omaishoito, sosiaalihuoltolain mukaiset tukipalvelut ja palvelusetelillä järjestettävät ostopalvelut. Kotihoidon palvelut ovat ensisijaisia muihin palveluihin nähden. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2016.)

Vanhusten kotihoito on moniammatillista työtä, jossa yhdistyvät eri alojen toimijat yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Sosiaalityön kannalta moniammatillisuus tarkoittaa eri jäsenten saumatonta yhteistyötä, vastuualueiden tuntemista ja toisten toimijoiden arvostamista. (Mäkinen 2015, 14–15.) Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tunnistetaan ja otetaan hoidettavaksi asiakkaan tarpeita myös työntekijän oman osaamisalueen ulkopuolelta. Suomussalmen kotihoidossa moniammatilliseen tiimiin kuuluvat lähihoitajien ja sairaanhoitajien lisäksi asiakasohjaaja, sosiaalihojaaja, fysioterapeutti, lääkäri, muistihoitaja, kuntoutushoitaja, kotiutuskoordinaattori sekä päivätoiminnan ohjaaja. Tarvittaessa hyödynnetään myös mielenterveys- ja päihdetyön osaamista perhepalveluista.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi määritellään ne, joille on laskentakauden aikana toteutunut kotihoidon käyntejä joko voimassa olevan hoito- ja palvelusuunnitelman perusteella tai joiden luokse on tehty asiakaskäyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa. Vähintään kaksi kotihoidon käyntiä vuorokaudessa saavien asiakkaiden määrä kasvaa vuosi vuodelta. Käyntimääriä tarkastellessa on otettava huomioon, että asiakas voi kotihoidon lisäksi saada muitakin palveluja, kuten lyhytaikaisia tehostetun palveluasumisen jaksoja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Vuoden 2017 marraskuussa säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli Suomessa 73 806, asiakasmäärä nousi edellisestä vuodesta 0,4 prosenttia. Asiakkaista 56 671 (77 %) oli 75-vuotta täyttäneitä. Vuonna 2017 säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli Kainuussa 1335 joista Suomussalmella 97. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Asiakkaiden hoidon, tuen ja palvelujen tarve kasvaa huomattavasti 85 vuotta täyttäneillä (kuvio 1.)



KUVIO 1. Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärät ikäryhmittäin Suomussalmella vuosina 2015–2017

2.2 Omahoitajuus

Omahoitajuus tai yksilövastuinen hoitotyö käsitteenä sai alkunsa 1960-luvulla Yhdysvalloissa, jossa sairaanhoitajat ja asiakkaat olivat tyytymättömiä hoidon laatuun. Ennen omahoitajuutta hoitotyö toteutettiin laitoksissa tehtäväkeskeisesti, josta siirryttiin ryhmätyönä toteutettavaan hoitotyöhön. Työ laitoksissa oli kuitenkin pirstaleista ja tehtäväkeskeistä, henkilökunnan vaihtuvuus oli suurta ja asiakkaat tekivät paljon valituksia hoidon laadusta. (Hegyvary 1991, 24.) Tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä omahoitaja-malliin siirtyminen edellytti koko hoitotyön kulttuurin ja toimintatapojen muuttamista. Omahoitajuuteen siirtyminen sisälsi filosofisen ajatuksen asiakkaan yksilöllisyydestä ja vapaudesta tehdä valintoja sekä osallistua oman hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Työn tehokkuus ei ollut enää tehtyjen suoritusten lukumäärä vaan asiakkaan kokema muutos. Hoitotyössä alkoi tehtävien uudelleenorganisointi, jonka myötä omahoitajille tuli tehtäväksi vastata asiakkaan hoidon toteutumisesta koko prosessin ajan. (Laaksonen 1994, 55–56.)

Omahoitajuus perustuu asiakkaan ja työntekijän väliseen dialogiin, jossa kumpikin osapuoli ovat tasavertaisia ja vaikuttavat toisiinsa vuorovaikutuksessa. Omahoitaja antaa oman osaamisensa ja tietonsa asiakkaan käyttöön ja asiakas täydentää

yhteistyösuhdetta omalla elämänselähistoriallaan ja nykyhetkellä. Yhteisinä tavoitteina on sekä lisätä asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä parantavia tekijöitä arjessa, että tunnistaa ja vähentää mahdollisia riskitekijöitä. (Virtanen 2002, 27.)

Omahoitajuuden ydinajatuksia ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Omahoitaja on vastuussa asiakkaan ja hänen läheisten hoidosta koko hoitoprosessi ajan. Autonomia hoitotyössä tarkoittaa mahdollisuutta tehdä asiakkaan hoitoa koskevia päätöksiä vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Koordinointi tarkoittaa tiedonvälitystä työyhteisön ja asiakkaan kesken. Kattavuudella varmistetaan, että hoidon laatu pysyy samana eri työvuorojen aikana työntekijöiden vaihtuessa. (Hegyvary 1991, 17–18.)

Kotihoidossa omahoitaja vastaa ammattilaisena vanhuksen kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta. Hoitoon liittyvät päätökset tehdään asiakkaan itsemääräämisoikeus huomioiden. Omahoitajuus takaa yhteistyösuhteen tavoitteellisuuden, turvallisuuden ja jatkuvuuden. (Ikonen 2013, 35–36.) Asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten hoitajan ja asiakkaan yhteistyössä, jolloin asiakas saa kaiken tarvitsemansa tiedon ja voi vaikuttaa omaan hoitonsa suunnitteluun. Hoitajalta vaaditaan vastuuta ja sitoutumista koko asiakkaan hoitoprosessin ajan sekä myös itsenäistä päätöksentekokykyä ottaen huomioon asiakkaan tarpeet ja toiveet. Hänellä on myös suuri vastuu toimia tiedonvälittäjänä, jotta koko työyhteisö ja toiset hoitajat pystyvät toteuttamaan asiakaslähtöistä hoitotyötä. (Pukuri 2002, 57, 63.)

Omahoitajan tehtävänä on olla asiakkaan mukana tekemässä hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaa, joka on koko hoitotyön perusta. Hän vastaa palveluiden suunnittelusta ja toteutuksesta sekä toimii moniammatillisen tiimin tiedonvälittäjänä. Hoitaja huolehtii, että asiakkaan kotona on tarvittavat turvapalvelut perushoidon lisäksi. Hoidon seurannan ja arvioinnin sekä tietojen päivittämisen kokonaisvastuu ovat omahoitajalla. Hän on myös tärkein yhteydenpitäjä omaisiin tilanteiden muuttuessa. (Ikonen 2015, 36.)

2.3 Eettisyys hoitotyössä

Etiikalla tarkoitetaan oppia oikeasta ja väärästä sekä käsityksiä siitä, kuinka ihmisen tulisi toimia eri tilanteissa ja millaista toimintaa hänen pitäisi välttää (Raasakka, Väänänen-Sainio & Koistinen 2002). Etiikan keskeisin käsite arvo sisältää, mitä pidämme arvokkaana, tavoittelemisen arvoisena tai toivottavana asiantilana (Heinimäki 2012, 23–24). Arvot ovat joko ihmisen ajatusmaailmassa tai niistä voidaan tehdä päätelmiä toiminnan perusteella (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 63). Arvot ja normit luovat eettisen perustan toiminnalle. Arvot vaikuttavat tunteisiin, valintoihin, toimintaan ja käyttäytymiseen. Normit taas määrittävät odotukset ja säännöt, kuinka eri tilanteissa tulee toimia. (Molander 2014, 28.)

Hoitajan arvot pohjautuvat hänen käsitykseensä siitä, mikä on oikein ja hyvää. Tämä käsitys ohjaa hoitajan toimintaa, vaikka hän ei aina tiedostaisikaan toimintansa taustalla olevia arvoja. Arvoista rakentuu moraali, joka tarkoittaa hyvän ja pahan erottamista sekä hyviä tapoja. Moraali käsittää arvot, tavat ja periaatteet, joita rikotaan tai noudatetaan. Hoitajan työ perustuu aina ihmisarvon ja elämän kunnioittamiseen. (Kauppi ym. 2010, 9–10.)

Hoitaja ei voi työskennellä vain henkilökohtaisten arvojensa perusteella vaan sosiaali- ja terveydenhuollon arvoihin perustuvat lait ja säädökset sekä ammattikunnan eettiset ohjeet ohjaavat hänen ammatillista ajatteluaan ja toimintaansa. Ammattietiikkaa opiskellaan sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintokoulutuksissa teoriassa sekä käytännössä ja näiden taitojen ammattieettisten taitojen tulee jatkua myös työssä. Ammattieettisen osaamisen kehittyminen on prosessi, jonka ammattieettisten kysymysten käsittely on osa vanhustyön arkea niin työyhteisössä kuin yhteistyötä tekevässä moniammatillisessa verkostossakin. (Heikkinen & Manssila 2017, 17.) Kainuun sotien vanhustyön arvot ovat asiakaslähtöisyys, avoimuus, luottamus, oikeudenmukaisuus ja vastuullisuus (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2016).

Hoito- ja hoivatyössä eettisyys on vahvasti esillä, sillä se on jatkuvaa päätöksentekoa ja vastuun ottamista päätösten seurauksista muille ihmisille sekä hoitajalle itselleen. Kotihoidossa tehtävä työ on tiimityötä, joka koskettaa monia eri osapuolia. Vuorovai-
kutustilanteissa eettiset ja epäeettiset näkemykset oikeasta ja parhaasta mahdollisesta toimintatavasta eri tilanteissa vaihtelevat, joka aiheuttaa helposti työyhteisössä

ristiriitoja. Työntekijälle käy raskaaksi tehdä työtä, jossa hän kokee joutuvansa tekemään jatkuvasti eettistä pohdintaa, jota oman arvomaailman vastakkaisuus ja ympäristön asettamat vaatimukset aiheuttavat. (Molander 2014, 9–10.)

Hoitajan eettinen kuormitus ei aiheudu ainoastaan asiakastyössä esiintyvistä ongelmista. Kuormittumista voi aiheuttaa myös epävarmuus organisaation johtamisen tavoitteista, johdonmukaisuudesta, arvopohjaisuudesta sekä eettisyydestä. Lämsän (2009, 2010) mukaan eettisen johtamisen tulee pitää työyhteisöä koossa edistämällä sen hyvinvointia ja pyrkimällä ratkaisemaan ihmisten väliset ristiriidat rakentavasti ja oikeudenmukaisesti. Työntekijöiden täytyy olla selvillä eettisistä peruseriaa- ja arvoista. Tärkeimmät avaimet työyhteisön luottamuksen keskinäiseen kehittymiseen ovat avoimuus, oikeudenmukaisuus, lupauksen pitäminen, sanojen ja tekojen yhdenmukaisuus, henkilöstön osallistumismahdollisuudet sekä osaaminen. (Molander 2014, 42.)

2.4 Tutkimustietoa kotihoidon toteutumisesta

Eloranta (2009) kirjoittaa julkaisussaan tekemästään poikkileikkaustutkimuksesta, jonka tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavaroista arjesta selviytymisessä sekä tutkia miten asiakkaiden hoito sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutuu. Kyselyyn vastasi 120 kotihoidon asiakasta ja 370 heitä hoitavaa kotihoidon ammattihenkilöä.

Tutkimustulokset osoittivat, että ammattihenkilöiden toiminta oli osittain ristiriidassa ikäihmisten omien odotusten kanssa eikä se kaikilta osin tukenut asiakkaan omia voimavaroja. Ammattihenkilöt tekivät hoitoon liittyviä päätöksiä ja toimintoja asiakkaiden puolesta vaikka tulosten mukaan asiakkaille itselleen oli tärkeää elämänhallinnan tunne ja toimintatahdon säilyminen. Asiakkaiden ja ammattihenkilöiden näkemykset toteutuneesta hoidosta erosivat tilastollisesti toisistaan merkittävästi; asiakkaat arvioivat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen sekä itsenäiseen toimintaan tukemisen toteutuneen ammattihenkilöitä huonommin. Yhteistyön kehittämishaasteita kotihoidossa todetaan tulosten perusteella olevan asiakkaan oman elämän asiantuntijuuden vahvistaminen, toimintakulttuurin muuttaminen asiakaslähtöiseksi tavoitteelliseksi

toiminnaksi, ammattihenkilöiden roolien ja vastuun selkiyttäminen sekä tiedon kulun menetelmien kehittäminen. (Eloranta 2009.)

Opinnäytetyössämme selvitämme asiakaslähtöisyyden toteutumista ainoastaan työntekijän näkökulmasta, joten emme voi verrata sen toteutumista asiakkaiden näkökulmaan. Saamiemme vastausten perusteella on kuitenkin mielenkiintoista nähdä, esiintyykö saamissamme tutkimustuloksissa kotihoidon kehittämishaasteita, jotka ovat samassa linjassa Elorannan tutkimuksessa ilmenneiden kehittämishaasteiden kanssa.

3 VANHUKSEN KOKONAISVALTAISEN TOIMINTAKYKY

Vanhuksen toimintakyky voidaan määritellä monella eri tavalla. Tässä opinnäytetyössä käsittelemme vanhuksen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn fyysistä, psyykkistä, sosiaalista sekä hengellistä osa-alueita. Toimintakyvyn osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja toisiinsa sidoksissa. Muutos yhdellä osa-alueella vaikuttaa myös muihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Heikentynyt terveydentila voi vaikuttaa suoraan sekä välillisesti koettuun toimintakykyyn rajoittamalla esimerkiksi toimimista sosiaalisissa suhteissa. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 18,20.)

3.1 Toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa

Ikääntyminen tapahtuu siinä kontekstissa ja ympäristössä missä vanhus elää. Sosiaalisella ja fyysisellä ympäristöllä on hänen elämänlaatuunsa merkittävä vaikutus joko voimavaraistavana tai rajoittavana tekijänä. (Phillips, Ajrouch & Hillcoat-Nallétamby 2010, 83.) Toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön tavoitteena on auttaa vanhusta selviytymään omassa asuin- ja elinympäristössään niin, että hän voi elää mahdollisimman itsenäistä ja täysipainoista elämää. Terveiden ja toimintakyvyn edistämällä lisätään vanhuksen terveitä ja aktiivisia elinvuosia sekä lyhennetään mahdollista avuttomuuden aikaa. (Kan & Pohjola 2012, 46.)

Toimintakykyä voidaan tarkastella myös toimijuuden näkökulmasta, johon vanhuk-
sella vaikuttavat merkittävästi kontekstin lisäksi eletty elämä ja elämäntilanne. On
otettava huomioon toimijuuden eri ulottuvuudet eli osaaminen, kykeneminen, halua-
minen, täytyminen, voiminen sekä tunteminen. (Kan & Pohjola 2012, 33.) Vanhuksen
toimintakyky määräytyy hänen kokemustensa ja elinympäristönsä ehtojen perusteella,
näin ollen toimintakyvyn vertailu on vaikeaa. Toimintakykyyn vaikuttavat monet
asiat, kuten ikä, sukupuoli, ammatti, kasvatus ja kulttuuri. (Sufuca. Yksilöllisen toi-
mintakyvyn arviointi.)

Toimintakyvyn arvioinnissa on myös huomioitava päivittäinen tilannesidonnaisuus,
kuten lääkitys, mieliala, ravitsemustila ja monet muut toimintakykyä heikentävät tai
voimaannuttavat tekijät. Kotihoidon työntekijät havainnoivat ja arvioivat vanhuksen
toimintakykyä asiakaskäyntiensä yhteydessä, jolloin voidaan tunnistaa toimintakyvyn
tukemiseen liittyviä tarpeita. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 65.)

Työntekijän on ammattilaisena tärkeää havaita ikääntyneen ihmisen voimavarat, kuten
selviytymistaidot, vahvuudet ja toimintamahdollisuudet. Elinympäristö voi tarjota mo-
nenlaisia ikääntyneen toiminnan edellytyksiä, esimerkiksi palveluja. Sosiaaliset voi-
mavarat ovat tiedon saantia, apua käytännön askareissa sekä omaisten ja ammattilais-
ten tukea ja kannustusta. Ikääntyneen omat ominaisuudet, kuten sinnikkyys, huumo-
rintaju, sosiaaliset taidot ja hengellisyys voivat edistää sopeutumista ja selviytymistä.
Voimavarojen tunnistaminen ja näkyväksi tekeminen edistävät kuntoutumista. Kun-
toutuminen on tavoitteellista ja suunnitelmaan perustuvaa toimintaa, joka vaatii ikään-
tyneeltä sisäistä motivaatiota. Sisäisen motivaation syntymiseksi on tärkeää tukea
ikäntyneen itsemääräämisoikeutta sekä pätevyyden ja pystyvyyden tunnetta. (Urtamo
2017, 29.)

Vanhusten kotihoidossa asiakkaan toimintakyvyn nykytilaa kartoitetaan useilla eri
mittareilla. Työyhteisöt kehittävät toimintakyvyn arviointimallin, joka parhaiten so-
veltuu kyseisessä hoito- ja hoivaympäristössä olevalle vanhukselle. On kuitenkin
muistettava, etteivät parhaimmalkaan mittarit yksin riitä antamaan kuvaa vanhuksen
toimintakyvystä vaan arvioinnin tulee olla kokonaisvaltaista. Arvioinnissa on aina
otettava huomioon myös hänen oma käsityksensä ja kokemuksensa toimintakyvys-
tään. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 66.)

3.2 Fyysinen toimintakyky

Fyysisen toimintakyvyn arvioimisella hoitaja saa tietoa, kuinka vanhus selviää päivittäisistä toiminnoista. Arvioinnin kohteena ovat myös ylösnousu, tasapaino, kävely, yläraajojen toiminta, ryhti, ihon kunto, hengitys, hygienia, ravitsemus ja levon määrä. Arvioinnin avulla hoitaja voi kuvailla vanhuksen toimintakykyä sekä tunnistaa fyysiseen toimintakykyyn liittyviä ongelmia ja voimavaroja. Näiden tunnistaminen on tärkeää, jotta hoitaja osaa tavoitteellisesti tukea fyysistä toimintakykyä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 70.) Fyysisen toimintakyvyn tukemisen tavoitteena ovat kuntoutujan fysiologisten perustoimintojen ja päivittäisten toimien ylläpitäminen ja parantaminen sekä ohjaaminen terveys- ja kuntoliikuntaan, työhön sekä urheiluun ja erityistaitojen kehittämiseen (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 119).

Iäkkäillä fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat useat eri tekijät, kuten erilaiset sairaudet, tasapainoon liittyvät ongelmat, lihasvoiman heikkeneminen ja nivelten liikkuvuuden väheneminen. Myös mahdollinen kipu, unettomuus, huimaus sekä liikkumisvaikeudet heikentävät fyysistä toimintakykyä. Päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen vaikuttavat vanhenemisen aiheuttamien muutosten lisäksi elämäntapa sekä aistitoiminnoissa ilmenevät vajavuudet, kuten näkökyvyn menettäminen. (Kan & Pohjola 2012, 32.) Hyvää fyysistä toimintakykyä tukevat myös asunnon esteettömyys ja riittävät apuvälineet kotona selviytymiseen (Heinola & Luoma 2007, 38).

Hoitaja voi käyttää fyysisen toimintakyvyn arvioimiseen vapaamuotoisia, strukturoituja haastatteluja ja havainnointia. Hän voi myös hyödyntää erilaisia paikallisesti, kansallisesti tai kansainvälisesti kehitettyjä arviointimittareita. Käytettävien mittareiden on oltava reliaabeleita eli luotettavia sekä valideja eli päteviä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 70.)

3.3 Psyykkinen toimintakyky

Tarkasteltaessa vanhuutta osana ihmisen psyykkistä kehitystä elämäntietä voidaan jakaa vaiheisiin, joita luonnehtivat niille ominaiset kehitystehtävät. Tunnetun psykoanalyttikko Erik H. Eriksonin psykososiaalisen kehitysteorian mukaan elämäntietä sisältyy kahdeksan vaihetta, joista jokaiseen kuuluu oma kehityshaasteensa tai -

tehtävänsä. Eriksonin mukaan kahdeksas ja viimeinen vaihe on vanhuus, jonka kehitystehtävä on minän eheytyminen. Se tarkoittaa oman elämän hyväksymistä sellaisenaan, kaikkine kokemuksineen. Kun vanhus pystyy hyväksymään eletyn elämänsä, hän pystyy valmistautumaan lähestyvään kuolemaan levollisin mielin. (Kan & Pohjola 2012, 13–14.)

Psyykinen toimintakyky sisältää kognitiiviset toiminnot. Kognitiivisiin taitoihin kuuluvat havaitseminen, oppiminen, muistaminen, kielelliset toiminnot, ajattelu, ongelmanratkaisutaito sekä päätöksenteko. (Kan & Pohjola 2012, 13.) Seksuaalisuuden katsotaan olevan osa psyykkistä hyvinvointia. Kognitiivisilla toiminnoilla eli tietoisien tason pohdinnoilla on merkitystä sukupuolikumppanin valintaan ja sukupuolitoimintoihin. Seksuaalisuuteen ja sen ilmenemiseen vaikuttavat myös biologiset tekijät, hormoni toiminta ja muut fyysiset tekijät. (Kivelä 2012, 61.)

Psyykkisestä toimintakyvystä puhuttaessa voidaan puhua myös psykososiaalisesta toimintakyvystä. Psykososiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä selviytyä arjen tilanteista ja huolenpitotehtävistä omassa elin- ja toimintaympäristössä. Psykososiaalinen toimintakyky ilmenee myös kanssakäymisessä muiden kanssa; kuinka ihminen osaa olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa tai kuinka taitavasti hän osaa solmia uusia sosiaalisia suhteita. Psykososiaalisuus liittyy vahvasti ihmisen identiteettiin, joka yhdistää minuuden eri puolet ja elämän erilliset toiminnot yhdeksi kokonaisuudeksi ja kokemukseksi itsestä. (Kettunen ym. 2009, 47.) Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky eivät ole ainoastaan yksilön ominaisuuksia, vaan niissä on kyse vuorovaikutussuhteesta ihmisen ja hänen toimintaympäristönsä välillä (Kan & Pohjola 2012, 13).

Psykososiaalinen toimintakyky on kokemuksellista. Tärkeää on selvittää, miten vanhus kokee itse selviytyvänsä arjessa ja millä tavoin hän toivoo itseään autettavan. Arviointi edellyttää tutustumista vanhukseen, sillä siinä on otettava huomioon vanhuksen ikävaihe, elämänhistoria, elämäntapa sekä kulttuuritausta. Psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa käytetään erilaisia mittareita, joista suurin osa on erityisasiantuntijoiden käyttämiä. Näitä ovat psykologiset testit (kypsyys- ja kehitysikätestit), kognitiiviset testit (älykkyys- ja kykytestit), projektiiviset eli persoonallisuustestit ja neuropsykologiset tutkimukset, joilla tutkitaan aivojen sähkötoimintaa. Lisäksi muistia, masennusta ja ahdistusta mitataan suuntaa-antavilla kysymyssarjoilla ja testeillä. Erityisasiantuntijoiden asiantuntemus on tärkeää moniammatilliselle tiimille, joka tukee vanhuksen

toimintakykyä. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, 91.) Kotihoidon piirissä olevalle asiakkaalle muistitestin tekee sairaanhoitaja.

Hoitaja arvioi vanhuksen psyykkisestä toimintakyvystä seuraavia asioita: persoonallisuus, motivaatio, mieliala, minäkäsitys, itsearvostus, aloitekyky, päätöksenteko, havaitseminen, muisti ja oppiminen. Menetelminä arvioinnissa hän käyttää haastattelua, havainnointia, arjesta selviytymisen kartoittamista sekä psyykkisen toimintakyvyn mittareita, kuten muisti-, MMSE- ja mielialatestejä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 91.)

3.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky määritellään kyvyksi toimia ja olla toisten kanssa vuorovaikutussuhteissa. Sosiaalista toimintakykyä tarkastellaan yhdessä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kanssa, sillä siihen vaikuttavat kyky suoriutua päivittäisistä toiminnoista, kyky huolehtia omista asioista, oman elämän hallinta, kognitiiviset kyvyt ja voimavarat sekä mielenterveys. (Kan & Pohjola 2012, 19). Sosiaalisen aktiivisuuden on todettu parantavan fyysistä toimintakykyä, ehkäisevän kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä sekä lisäävän tyytyväisyyttä elämään ja koettuun hyvinvointiin. Räsänen (2018) tekemän väitöstutkimuksen mukaan iäkkään ihmisen hyvään elämänlaatuun vaikuttavat sosiaaliset suhteet sekä niihin sisältyvä kohtaaminen ja vuorovaikutus. Tärkeää ei ole annetun ajan pituus, vaan sen sisältö. Pienikin aika voi olla merkityksellinen voimaannuttamisessa, sillä oma kokemus ihmissuhteista ja niiden laadusta on määrää tärkeämpää. (Räsänen 2018, 33–34.)

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa henkilön kykyä luonnolliseen vuorovaikutukseen, siis kuuntelemiseen ja keskustelemiseen. Se on kykyä läheisyyteen ja vastuuseen läheisistä sekä kykyä huolehtia itsestään. Henkilö tiedostaa oikeutensa, osallistuu yhteisön elämään, on kykeneväinen hoitamaan asiansa sekä toimimaan yhteiskunnassa. Sosiaaliset taidot ja sosiaalisuus eivät tarkoita samaa asiaa, sillä henkilö voi olla seuralinen mutta taitamaton sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa on siis tärkeää arvioida, kykeneekö hän vuorovaikutukseen, olemaan vastuussa läheisistä, läheisyyteen, itsestä huolehtimiseen, asioidensa hoitamiseen ja yhteiskunnassa toimimiseen. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 29–30.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää vapaamuotoisia tai strukturoituja haastatteluja, havainnointia, erilaisia sosiaalisen toimintakyvyn arviointimittareita sekä neuropsykologisia tutkimuksia. Toimintakykyä arvioitaessa tulisi ottaa huomioon sosiaalinen verkosto, eristyneisyys, yksinäisyys, sosiaaliset taidot, sosiaalinen yhteisyys sekä sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 95.)

3.5 Hengellinen toimintakyky

Hengellinen hyvinvointi on osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia, joka on hyvä erottaa ihmisen psyykkisestä hyvinvoinnista. Kyse voi olla hengellisestä tai elämäntapaa koskevasta vakaumuksesta, mutta myös ihmisen kokemasta luontosuhteesta. Sielua pidetään osana omaa hengellisyyttä ja monilla vanhoilla ihmisillä onkin sielustaan vahva tietoisuus sekä käsitys sen olevan osa yksilöllistä minuutta. Vanhuuden myötä kasvaa tarve hengelliseen ja filosofiseen pohdiskeluun, joka koskettaa omaa elämää, yhteyttä Jumalaan, itseen, yhteiskuntaan ja ympäristöön. Vanhuksen hengellisyyden hyväksyminen ja vahvistaminen edellyttävät hänen arvo- ja sielunmaailmaansa ymmärtämistä. Hengellinen toimintakyky sisältää yksilön hengellisten voimavarojen lisäksi myös niiden merkityksen hänen toimintakykyisyydelleen ja elämänlaadulle. (Räsänen 2018, 34–35.)

Hengellisen toimintakyvyn arviointi antaa tietoa vanhuksen uskonnollisuudesta, elämänskatsomuksesta, arvoista, aatteista sekä elämänfilosofiasta. Lisäksi saadaan tietoa vanhuksen suhtautumisesta elämään ja kuolemaan. Hengelliseen toimintakykyyn liittyvien voimavarojen ja ongelmien tunnistaminen on välttämätöntä, jotta hoitaja voi tukea vanhuksen hengellistä toimintakykyä tavoitteellisesti. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 103.)

Hengellisten asioiden selvittäminen vaatii hienotunteisuutta, aikaa, syvällistä keskustelua ja ennen kaikkea luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta (Sufuca. Toimintakyvyn arviointi. Hengellisen toimintakyvyn arviointi). Hengellisen toimintakyvyn arvioimisessa käytetään vapaamuotoisia ja strukturoituja haastatteluja sekä havainnointia. Tietoa vanhuksen uskonnollisuudesta, elämän arvoista ja elämänskatsomuksesta saadaan esimerkiksi hänen elämäntarinansa kautta. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 103.)

3.6 RAI-järjestelmä toimintakyvyn arvioinnissa

Suomussalmen kotihoidossa toimintakyvyn mittaamiseen käytetään RAI-arviointia. Sen avulla arvioidaan asiakkaan kokonaistilannetta fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. Arviointi tehdään puolen vuoden välein, tai asiakkaan tilanteen muuttuessa olennaisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

RAI-järjestelmä on kansainvälinen vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. Järjestelmän (Resident Assessment Instrument) vastuuorganisaationa toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyvyn arviointi RAI-järjestelmän avulla edellyttää hoitajien kouluttautumista sen käyttöön. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 76–77.)

RAI-järjestelmä on kehitetty Yhdysvalloissa 1980-luvulla ja se on käytössä kaikissa Pohjoismaissa sekä laajalti ympäri maailmaa. Suomessa käytössä ovat omat versionsa laitos- ja kotihoidossa. Mittaria hyödynnetään hoitotyön suunnitelmien teossa. Sen avulla pyritään löytämään iäkkään toimintakyvyn vahvuudet ja heikkoudet. (Kan & Pohjola 2012, 37.)

RAI-järjestelmän perustana toimii kokonaisvaltainen arviointilomake Minimum Data Set (MDS), jonka avulla kerätään tietoja arvioitavasta. Arvioitavat osa-alueet ovat henkilö- ja taustatiedot, kognitiivinen kyky, kommunikaatio ja kuulo, näkö, mieliala ja käytös, psykososiaalinen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky, pidätyskyky, diagnoosit, terveydentila, ravitsemustila, hampaiston tila, ihon kunto, aktiivisuus ja harrastaminen, lääkitys, erityishoidot, yleistila sekä tiedot arvioinnista. (Kan & Pohjola 2012, 38.)

Kotihoidon asiakkaiden RAI-arviointi sisältää edellisten kysymysten lisäksi kysymyksiä omaisten ja läheisten muodostamasta tukiverkostosta sekä päivittäisistä toimista suoriutumista: aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä huolehtiminen, ostoksilla käynti, kulkuvälineiden käyttö sekä puhelimen käyttö. Sen avulla arvioidaan myös asuinympäristöä, asumisjärjestelyjä sekä palvelujen käyttöä. (Kan & Pohjola 2012, 38.) Suomussalmen kotihoidossa RAI-arvioinnin tekee asiakkaan omahoitaja.

4 GERONTOLOGINEN SOSIAALITYÖ

Gerontologia on tieteenala, joka tutkii vanhenemista sosiaalisesta, psykologisesta ja biologisesta näkökulmasta. Gerontologien tutkimustyön kohteena on, millä tavoin ihmisen ja muut lajit muuttuvat ikääntyessään, mikä määrää niiden elämän pituutta, millaisia seurauksia vanhenemisella on yksilöiden ja yhteisöjen kannalta, mitkä tekijät säätelevät vanhenemiseen liittyviä muutoksia ja miten näihin tekijöihin voitaisiin vaikuttaa. (Heikkinen 2013, 16.)

4.1 Asiakaslähtöisyys gerontologisessa sosiaalityössä

Koskisen (1993, 2003) mukaan gerontologinen sosiaalityö on iäkkäisiin asiakkaisiin suuntautuvaa sosiaalityötä. Siitä käytetään myös käsitteitä vanhussosiaalityö, vanhus-
tenhuollon sosiaalityö tai sosiaalityö vanhusten tai ikäihmisten kanssa. Sosiaalityötä vanhusten parissa kehitettiin 1950-luvulta alkaen Yhdysvalloissa, Euroopassa keskustelu vanhustyöstä käynnistyi 1970-luvulla. Pohjoismaissa vanhussosiaalityöhön alettiin kiinnittää huomiota 1980-luvulla, siihen asti uskottiin vahvasti pohjoismaisen hyvinvointimallin ratkaisevan vanhusten ongelmat eläkkeiden ja palveluiden avulla. Suomessa gerontologinen sosiaalityö on vakiintunut osaksi sosiaalipalvelujärjestelmää ja vanhuspalveluja 2000-luvulla. (Seppänen 2006, 11, 24.)

Gerontologinen sosiaalityö on luonteeltaan muutostyötä, jota ohjaa yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien arviointi ja ratkaisuprosessit. Sen tavoitteena on vahvistaa ikäihmisten hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta sekä yksilön omaa toimintakykyä. Gerontologinen sosiaalityö edellyttää työntekijältä vanhenemisprosessien, vanhuuden elämänvaiheiden, vanhustyön työmenetelmien ja toimintaympäristöjen, sekä palvelu- ja etuusjärjestelmän tuntemusta. (Seppänen, 2006.) Vanhusasiakkuuden erityisyys syntyy siitä, että sosiaalityötä tehdään vanhustyön toimintaympäristöissä; vanhuksen koti on yksi gerontologisen sosiaalityön työympäristö. (Tenkanen 2007, 182.)

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan toimintamallia, jossa ensisijaisia toimintaa ohjavia tekijöitä ovat asiakkaan tarpeet ja asiakkaalle koitua hyötyä. Asiakaslähtöisyyttä

tarvitaan strategisissa valinnoissa, suunnittelussa, toiminnassa sekä arvioinnissa. Asiakkaalta saatu palaute ja informaatio ovat tärkeitä, jotta toimintaa voidaan kehittää hänelle sopivaksi. Asiakaslähtöisyys auttaa keskittymään olennaisiin asioihin palvelujen järjestämisessä. (Rantanen 2013, 14–15.)

Asiakaslähtöisyys gerontologisessa työssä tarkoittaa asiakkaan osallisuuden mahdollistamista ja asiakkaan tunnustamista olla oman elämänsä asiantuntija. Palvelut suunnitellaan asiakkaan tarpeiden mukaan, sovellettuna siihen ympäristöön, jossa kulloinkin ollaan. Asiakaslähtöisyyteen liittyy keskeisesti myös voimavaralähtöisyys, jossa ongelmien sijaan keskitytään mahdollisuuksiin ja itsensä toteuttamiseen. (Teerikangas 2017, 16.)

Räsänen (2011) mukaan asiakaslähtöisyys saa juurensa johtamisesta, sillä tutkimustulokset viittaavat johtamisen olevan yhteydessä hoidon laatuun ja asiakkaan laatu kokemuksiin. Organisaatiossa johto vastaa asiakaslähtöisyyden määrittelystä, koska asenteet, arvot ja käyttäytyminen alkavat johtamisesta ja näyttäytyvät kaikkialla organisaatiossa samanlaisina. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että johtajan puheiden ja tekojen tulisi olla yhteneväisiä, mikäli hän odottaa vastaavanlaista toimintaa muiltakin. Johtajan rooliin kuuluu asiakaslähtöisen palvelukulttuurin kehittämisessä ja edistämässä uskoa asiakaslähtöisyyden arvoihin sekä kunnioittaa niitä. (Räsänen & Valvanne 2017, 21–22.)

4.2 Asiakaslähtöisesti laadittu hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma

Asiakaslähtöisesti ja dialogisesti laadittu asiakassuunnitelma on kokonaisvaltaisen hoidon ja toimintakyvyn tukemisen perusta. Kotihoidon asiakkuuden alkaessa vanhuk- selle laaditaan hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma. Vanhuslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessi perustuu kokonaisvaltaiseen suunnitelman toteutukseen, jossa työntekijät toimivat moniammatillisesti ja verkostoituneesti. (Sufuca. Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu. Vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelma.)

Toimintakykyä tukeva suunnitelma tehdään yhdessä vanhuksen kanssa, tarvittaessa mukana voi olla myös vanhuksen omaisia tai muita läheisiä ihmisiä. Vanhus motivoituu paremmin omaan hoitoonsa ja sitoutuu noudattamaan suunnitelmaa, kun hän on

itse ollut sitä tekemässä. Hoitajan tehtävänä on ohjata vanhusta näkemään erilaisia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja, joilla toimintakykyä voidaan parantaa tai ylläpitää. (Sufuca. Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu. Vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelma.) Asiakkaan omia voimavaroja tukevan kuntoutuksen lähtökohtana on vastaaaminen asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen. Vanhuksen aktivointi palveluprosessiin ja omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen on osa asiakaslähtöisyyttä, johon liittyy kiinteästi asiakkaan voimaannuttaminen. Avoin vuorovaikutus hoitajan ja vanhuksen välillä edesauttaa luottamuksellisen vuorovaikutuksen syntymistä, joka on osa voimaannuttamista. (Jouha & Kröger 2014, 12.)

Oksasen (2014) mukaan asiakassuhde syntyy alkukeskustelussa. Motivoiva keskustelu määrittellään asiakaskeskeiseksi menetelmäksi, jonka tavoitteena on lisätä vanhuksen sisäistä motivaatiota. Motivoiva keskustelu perustuu ajatukseen, että edellytykset muutokseen ovat ihmisessä itsessään. Työntekijän tulee kunnioittaa vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja mahdollistaa tasa-arvoinen keskustelu, jossa pyritään etenemään voimavaralähtöisesti ja ratkaisukeskeisesti. Tärkeää on kuunnella vanhuksen toiveita ja tarpeita sekä tukea itsenäistä toimijuutta. Keskeistä dialogiselle keskustelulle on kii-reetön ja luottamuksellinen ilmapiiri, jossa vanhus kokee tulevansa kuunnelluksi ja kohdatuksi. Ammatillaisen läsnäolo, aktiivinen kuuntelu ja johdonmukaisuus ovat perusta onnistuneelle kohtaamiselle jonka tavoitteena on saada aikaan yhteinen suunnitelma tulevasta. (Urtamo 2017, 28.)

Vanhuksen toimintakykyä tukevan hoitosuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa omahoitaja. Suunnitelman lähtökohtana on selvittää perusteellisesti vanhuksen elämäntarina ja arvioida hänen toimintakykyään kokonaisvaltaisesti. Elämäntarinan ja toimintakyvyn arvioinnin avulla voidaan yhdessä vanhuksen kanssa tunnistaa hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakykynsä voimavaroja ja haasteita. Tunnistettuihin voimavaroihin ja haasteisiin asetetaan suunnitelmaa laatiessa realistiset ja konkreettiset toimintakyvyn tavoitteet, joiden toteutumista voidaan mitata ja arvioida. (Sufuca. Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu. Vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelma.)

4.3 Laadukas vanhustyö

Kotihoidossa laatua voidaan arvioida monesta eri näkökulmasta. Palvelujen käyttäjien ja tuottajien lisäksi arvioinnin kohteena voivat olla johtoelimet tai poliittisia päätöksiä tekevät tahot. (Ikonen 2015, 58.) Laatua voidaan myös käsitellä eri tasoilla alkaen asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksesta päivittäisessä hoitotyössä. Tällä tasolla arvioidaan kuinka asiakkaan tarpeet ja odotukset kohtaavat työntekijän tietojen, taitojen, jaksamisen ja toimintatapojen kanssa. Seuraavalla tasolla arvioidaan koko työyhteisön tai organisaation palveluiden sopivuutta asiakkaan tarpeisiin. Yhteisön tasolla puolestaan voidaan arvioida alueellisesti, kuinka hyvin sosiaali- ja terveystalvet ovat saatavilla ja oikein kohdennettuina. Ylin taso on yhteiskunnan taso, jossa sosiaali- ja terveystalvet tavoitteita ja poliittisia päätöksiä arvioidaan koko väestön tarpeisiin ja odotuksiin nähden. (Voutilainen 2007, 13.)

Kotihoidossa laadun mittaamisessa on otettava huomioon muutamia erityispiirteitä. Kotihoito on julkista palvelua, jonka laatua määritetään lakien, asetusten, toimintaohjelmien ja suositusten mukaisesti. Näiden asiakirjojen mukaan laadukas kotihoito perustuu asiakaslähtöiseen palvelutarpeen arviointiin. Se on tavoitteellista ja kuntoutumista edistävää toimintaa yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja palveluntuottajien kanssa. (Ikonen 2015, 58.)

Kotihoidossa omaisten rooli vaikuttajana usein korostuu, vaikka asiakas itse on keskiössä. Suurimmalla osaa kotihoidon asiakkaista on kognitiivisen toimintakyvyn vajuus, jolloin laatua arvioi asiakkaan puolesta omainen. Lisäksi kotihoidon asiakasryhmä on heterogeeninen. Kun asiakkaiden fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset toimintakykyjen tasot ovat hyvin erilaisia, myös palvelujen ja hoidon tarve vaihtelevat suuresti. Lisäksi toimintaympäristöt ovat erilaisia, sillä jokaisen koti on omanlaisensa. Kotihoidossa korostuu myös asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, jonka mittaaminen on haasteellista. (Voutilainen 2007, 14.)

Ovretveit (1998) on laatinut kotihoitoon laadun arvioinnin mallin, jossa laatua tarkastellaan asiakkaan, ammatillisen toiminnan ja johtamisen laadun näkökulmasta. Mallissa on jaoteltu rakenteelliset edellytykset, prosessi ja tulokset laadun arvioimisessa. Asiakkaan näkökulmasta rakenteellisia edellytyksiä ovat asiakkaan omat voimavarat sisältäen koti- asuin- ja elinympäristön, terveyden ja toimintakyvyn, sekä psyykkiset,

henkiset, sosiokulttuuriset ja taloudelliset voimavarat. Hoitoprosessissa korostuvat hoidon ja palvelujen yksilöllisyys, toimiva vuorovaikutus työntekijöiden ja läheisten kanssa sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Tuloksia voidaan mitata asiakkaiden arvioilla palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta, eli koetulla muutoksella toimintakyvyssä tai terveydessä. Myös asiakkaan osallisuus palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa kuuluu laadun tulosten arviointiin. (Voutilainen 2007, 16.)

Ammatillisen toiminnan rakenteellisia edellytyksiä ovat henkilöstön määrä, henkilöstön osaaminen sekä käytettävissä olevat työvälineet. Prosessi on tietoon ja hyviin käytäntöihin perustuvaa toimintaa käyttämällä tarkoituksenmukaisia työvälineitä. Palvelut kohdennetaan oikein perustuen asiakkaan palvelutarpeiden kattavaan arviointiin, tavoitteiden määrittelyyn, menetelmien valintaan, palvelujen toteuttamiseen sekä tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Prosessi sisältää myös asianmukaisen dokumentoinnin ja tavoitteellisen yhteistyön asiakkaan sekä hänen läheistensä kanssa. Tuloksissa arvioidaan toimintakyvyn ja terveydentilan myönteisiä muutoksia. (Voutilainen 2007, 16.)

Johtamisen laadun rakenteellisia edellytyksiä ovat johtajien määrä ja johtamisosaaminen, tarkoituksenmukaiset työvälineet, tiedonkulku, riskienhallinta sekä toimiva yhteistyö eri sidosryhmien kanssa. Toimintaa suunnitellaan ottamalla huomioon lainsäädäntö ja säännökset. Prosessiin sisältyy toiminnan organisointi ja voimavarojen kohdentaminen, jotta asetetut tavoitteet saavutetaan. Tuloksia arvioidaan henkilöstön hyvinvoinnilla, yhteistyön toimivuudella sekä tavoitteiden saavuttamisen asteella. (Voutilainen 2007, 16.)

4.4 Laatusuositus

Vuonna 2017 Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat laatusuosituksen iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi vuosille 2017–2019. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata iäkkäiden tarvitsemat palvelut ja hyvä ikääntyminen. Suositus sisältää viisi teemaa, joissa kussakin on määritelty omat laatusuositukset sekä yksilö- että väestötasolla. Teemat käsittelevät toimintakykyistä ikääntymistä, asiakas- ja palveluohjausta, henkilöstöä, palvelujen rakennetta ja

teknologiaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystalvet. Iäkkäiden palvelut. Laatu ja kehittäminen; Virnes 2017, 38.)

Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä -teema sisältää kunnille ja maakunnille suosituksia vahvistaa iäkkäiden omaehtoista toimintaa lisäämällä yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Terveyttä ja toimintakykyä parantavia palveluita lisätään ja riskiryhmissä oleville kohdennetaan ennaltaehkäiseviä palveluita. Asiakas- ja palveluohjaus -teemassa korostetaan matalan kynnyksen palveluita ja asiointin helppoutta sähköisen asiointin ja keskitetyn palveluohjauksen avulla. Laadulla on tekijänsä -teema sisältää henkilöstöresurssiin ja johtamiseen liittyviä säännöksiä asiakaslähtöisyyden ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Ikäystävällinen palvelujen rakenne -teema keskittyy asumispalveluihin ja elinympäristöön ottaen huomioon väestön ikärakenteen- ja ennusteen sekä kielelliset ja kulttuuriset eroavaisuudet. Teknologiasta kaikki irti -teemassa otetaan esille erilaisia teknologisia ratkaisuja potilasturvallisuutta ja asiakkaiden hyvinvointia lisäämässä. Myös työn tehokkuuden lisäämiseen kehitetään johtamisen tueksi erilaisia sovelluksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kyselyn avulla selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu Suomussalmen kotihoidossa työskentelevien lähi- ja sairaanhoitajien mielestä. Tutkimuskysymyksemme ovat seuraavat:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat omahoitajien asiakaslähtöisyyden toteutumiseen tai toteutumattomuuteen asiakkaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakyvyn tukemisessa?
2. Kuinka hyvin omahoitajat pystyvät mielestään toteuttamaan laadukasta sekä eettisten arvojen mukaista hoitotyötä ja mitä asiakaslähtöisyys heille merkitsee?
3. Kuinka omahoitajuus hoitajien mielestä toteutuu?

5.1 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus

Käytimme tutkimuksessa sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista menetelmää. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa ovat keskeisiä käsitteiden määrittely, johdopäätökset aiemmista tutkimuksista ja aiemmat teoriat. Aineiston keruun suunnitelmassa on tärkeää, että aineisto soveltuu määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. Keskeistä on myös muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 140.) Kvantitatiivista menetelmää tukevat tutkimuksessamme strukturoidut kysymykset, vastausten numeraalinen käsittely ja analysointi. Kvalitatiivista menetelmää puolestaan tukevat avoimet kysymykset, joiden avulla saimme vastaajilta erilaisia näkökulmia. Kysymykset laadimme teoriaosuuden työstämisvaiheessa esiin nousseiden asioiden pohjalta.

Kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jossa tiedon keruun välineenä suositetaan ihmistä. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysiä, jonka lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja. Aineiston hankinnassa käytetään laadullisia metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille. Aineistoa käsitellään yksityiskohtaisesti ja tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 164.) Tutkimuksessamme kohdejoukko oli tarkkaan rajattu, sillä lähetimme kyselyn ainoastaan kotihoidossa työskenteleville lähi- ja sairaanhoitajille. Usean kysymyksen kohdalla oli mahdollisuus vastata myös avoimeen kysymykseen, jolloin saimme nostettua esille asioita, joita emme olleet osanneet ennakoita strukturoiduissa kysymyksissä. Toivoimme avointen kysymysten tuovan vastauksiin erilaisia näkökulmia ja mielipiteitä, jotka ovat tärkeitä työn kehittämisen kannalta.

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus täydentävät toisiaan, käytännössä näitä kahta lähestymistapaa on vaikea erottaa toisistaan tarkkarajaisesti. Vaikka kvantitatiivinen käsittelee numeroita ja kvalitatiivinen merkityksiä niin tarkoituksena ei ole asettaa näitä suuntauksia toistensa vastakohtiksi, vaan numerot ja merkitykset ovat vastavuoroisesti riippuvaisia toisistaan. Numerot perustuvat merkityksiä sisältävään käsitteellistämiseen ja merkitystä sisältäviä käsitteellisiä ilmiöitä voidaan ilmaista numeroin. (Hirsjärvi ym. 2013, 136–137.) Avoimilla kysymyksillä tarkensimme syitä, miksi

strukturoituun kysymykseen vastattiin erittäin hyvin, hyvin, huonosti tai erittäin huonosti.

5.2 Aineiston kerääminen

Ennen tutkimuskysymysten laatimista keräsimme teoria-, tutkimus- ja tilastotietoa aiheestamme. Käytimme paikallisia kirjastopalveluja sekä haimme tietoa Finna-tietokannan kautta. Theseus-tietokannasta haimme opinnäytetöitä, joita aiheesta on aiemmin tehty. Haimme tietoa muun muassa termeillä kotihoito, omahoitaja, asiakaslähtöisyys, toimintakyky, gerontologinen sosiaalityö sekä hoito- ja palvelusuunnitelma.

Tarvitsimme tutkimustamme varten Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä luvan tutkimuksen tekoon. Lupahakemuksen liitteenä toimitimme opinnäytetyösuunnitelman, josta selvisi opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä käyttämämme aineistonkeruumenetelmä ja analysointitapa. Suunnitelmassa oli myös tutkimuskysymykset ja tutkimukseen liittyvää eettistä pohdintaa. Lähetimme lupahakemuksen postitse opinnäytetyön koordinaattorille ja luvan myönsi vastuualuepäällikkö. Toteutimme kyselyn ainoastaan työntekijöille, joten eettisen toimikunnan tarkastelua emme tarvinneet. Kyselystä ei aiheutunut kuluja Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle sillä saimme maksuttomat tunnukset Webropol-ohjelmaan Diakonia-ammattikorkeakoulusta.

Analysoitava aineisto kerättiin kyselyllä, joka tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Survey-tutkimuksessa aineisto kerätään standardoidusti kyselyn, haastattelun tai havainnoinnin avulla. Standardoituus tarkoittaa sitä, että samaa asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2013, 194.) Poikittaistutkimuksessa vastaukset kerätään yhdessä ajankohdassa useilta vastaajilta ja se sopii silloin, kun halutaan selvittää asioiden tai ilmiöiden esiintyvyyttä (Vastamäki 2015, 121). Tutkimuksessamme oli kyseessä poikittaistutkimus, sillä toteutimme kertaaluonteisen kyselyn, jolla halusimme selvittää omahoitajien näkemystä asiakaslähtöisyyden toteutumisessa.

Ennen varsinaista kyselyä pyysimme yhtä työntekijää vastaamaan koekyselyyn, jossa testasimme kyselyn toimivuuden sekä siihen kuluvan ajan. Lähetimme kyselylinkin

myös itsellemme, jotta näimme kysymykset vastaajan roolissa. Näin pystyimme korjaamaan epäkohdat, jotka voisivat vaikuttaa negatiivisesti vastausten laatuun ja määrään. Koekysely toteutettiin marraskuussa 2018. Positiivinen palaute koevastaajalta varmisti kyselylomakkeen toimivuuden, jonka toivoimme lisäävän vastausten määrää ja laatua.

Varsinainen kysely toteutettiin joulukuussa 2018. Emme tehneet kirjallista tiedotetta työntekijöille etukäteen sillä esimiesten ja työntekijöiden tiimipalaverissa asia oli ollut ensimmäisen kerran esillä jo keväällä 2018. Esimiehet tiedottivat hoitohenkilökunnalle sähköpostitse ja suullisesti kyselyyn vastaamisen ajankohdasta. Lähetimme kyselylinkin työsähköpostiin kaikille Suomussalmen kotihoidon sairaan- ja lähihoitajille. Vastaajat pystyivät vastaamaan kyselyyn heille sopivana ajankohtana, vastausaika oli kaksi viikkoa. Kyselyä ei toteutettu yleisenä loma-aikana, jonka osaltaan toivoimme vaikuttavan saamiemme vastausten määrään. Webropol mahdollisti myös muistutusviestin lähettämisen niihin sähköposteihin, joista ei ollut vastausta tullut viisi päivää ennen kyselyyn vastaamiseen päättymisajankohtaa.

Kyselyssämme oli 12 monivalintakysymystä sekä 6 avointa kysymystä. Avoimissa kysymyksissä vastaaja sai mahdollisuuden vastata omin sanoin, kun taas monivalintatyyppiset kysymykset antoivat mahdollisuuden vastata ainoastaan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin. Kysymykset käsittelivät työntekijöiden näkökulmasta asiakaslähtöisyyden toteutumista asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemisessa, omahoitajuuden toteutumisessa sekä eettisen ja laadukkaan hoitotyön toteutumisessa. Kysymysten valmiit vastausvaihtoehdot valitsimme teoria-, tutkimus- ja tilastotiedoista esille nousseiden aiheiden mukaan. Kaikkiin kysymyksiin vastaaminen oli pakollista ja kaikkiin kysymyksiin pystyi valitsemaan usean vastausvaihtoehdon.

Likert-asteikko on kyselylomakkeissa usein käytettävä vastausasteikko (Peda.net. Ohjeet. Työvälineet. Lomake. Likert). Siinä vastaajalle esitetään tutkittavasta asiasta väittämiä, joihin hän ottaa kantaa valitsemalla asteikolta 1–5 vaihtoehdon, joka kuvaa parhaiten hänen käsitystään asiasta (Heikkilä 2014). Strukturoituihin kysymyksiin vastaamisessa käytimme Likertin asteikkoa. Vaihtoehtomme olivat erittäin hyvin, hyvin, ei hyvin eikä huonosti, huonosti ja erittäin huonosti.

5.3 Verkkokysely

Tietotekniikan kehittymisen myötä sähköisten kyselyiden määrä on kasvanut tutkimuskäytössä. Verkkokyselyn vahvuus on taloudellisuus, sillä aineistonkeruusta ei aiheudu juurikaan kuluja, vaikka maantieteelliset etäisyydet olisivat pitkiä ja aineiston hankkiminen tehtäisi laajalta alueelta. Vahvuutena on myös nopeus niin kyselyä toimitettaessa kuin vastauslomaketta palautettaessa. Lisäksi tutkijan omat työvaiheet vähenevät, kun valmiiksi sähköisessä muodossa olevaa aineistoa ei tarvitse erikseen syöttää tai litteroida. Tällöin myös aineiston syöttö- tai litterointivaiheessa tehdyt lyöntivirheet jäävät pois, jolloin aineisto on luotettavampaa. (Valli & Perkkilä 2015, 109.) Kyselylomakkeen pituus on mietittävä tarkkaan, sillä liian pitkä lomake voi saada vastaajan keskeyttämään kyselyyn vastaamisen. Vastaamisinnokkuuteen vaikuttavat myös kyselyn aihealueen merkitys vastaajalle. Kysymyksissä käytetty kieli on tärkeä kyselyn onnistumisen kannalta. (Valli 2015, 87.)

Toteutimme kyselyn Webropol-kyselytyökalulla, joka tarjoaa 20 erilaista muokattavaa lomakemallia, mutta myös mahdollisuuden oman mallin luomiseen. Vastauksista Webropol-ohjelma tuotti yhteenvetoraportin, jota oli helppo käyttää vastausten analysointiin. Raportin esittämisessä voi käyttää monipuolisia vertailutoimintoja sekä erilaisia esitystapoja oikeiden johtopäätösten tekemiseksi. (Webropol. Tuotteemme. Webropol online-kyselytutkimustyökalu.) Webropol mahdollisti nopean ja luotettavan kyselytutkimuksen toteuttamisen. Toteutimme verkkokyselyn, koska tutkimuksen toteuttaminen työntekijöitä haastatteleamalla olisi ollut haastavaa kotihoidon kiireisessä toimintaympäristössä.

Lähetimme linkin kyselylomakkeelle suoraan Webropol-ohjelmasta työsähköpostiin kaikille kotihoidon työntekijöille. Tutkimuksen toteuttaminen haastatteleamalla olisi ollut haastavaa kotihoidon kiireisessä työympäristössä, joten päädyimme Webropol-kyselyyn. Tutkimuksen otannassa olivat mukana kaikki kotihoidon omahoitajina työskentelevät työntekijät, joten kyseessä oli ns. kokonaistutkimus (Kananen 2010, 96).

5.4 Aineiston analysointi

Tässä survey-tutkimuksessa oli määrällistä ja laadullista aineistoa. Laadullinen aineisto muodostui kyselyn avoimista kysymyksistä. Määrällisen aineiston analysointi koostui kyselyn monivalintakysymyksistä. Taustatiedoissa kysyimme vastaajan ammatillista koulutusta sekä työvuosia kotihoidon työntekijänä. Analysointivaiheessa teimme ristiintaulukointia näiden taustatietojen pohjalta, mutta vastaajien vähäisen määrän vuoksi emme voineet tuoda julki tuloksia sekä ammattitutkinnon että työvuosien perusteella vastaajien tunnistettavuuden ehkäisemiseksi. Jos esimerkiksi kuudesta vastanneesta sairaanhoitajasta yksi oli ollut töissä kotihoidossa alle viisi vuotta, niin hän olisi ollut tunnistettavissa.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään riippuva muuttuja eli se asia, josta ollaan kiinnostuneita ja jota halutaan selittää tai ymmärtää (Hirsjärvi ym. 2013, 86). Kvantitatiivisen aineiston analysointi koostui aineiston monivalintakysymyksistä. Tutkimukssamme selvityksen kohteena oli ensisijaisesti asiakaslähtöisyyden toteutuminen ja toteutumiseen vaikuttavat tekijät. Pystyimme analysoimaan vastauksia vertaamalla eri vastausvaihtoehtojen lukumääriä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytimme aineistolähtöisen sisällön analyysiä, jossa avoimia kysymyksiä voi käsitellä tilastollisin keinoin. Se edellyttää kuitenkin samansisältöisten vastausten luokittelemista samoihin luokkiin. Sisällöllisesti lähellä olevat luokat yhdistetään, jolloin puhutaan aineiston tiivistämisestä. (Valli 2018, 273.) Avointen kysymysten osalta oli tärkeää, että tulkitsimme vastaukset oikein. Laadullinen aineisto muodostui omahoitajien itsensä tuottamista, omaan kokemukseen perustuvista ajatuksista. Vastaajat vastasivat avoimiin kysymyksiin lyhyillä lauseilla.

5.5 Tutkimuksen eettisyys

Noudatimme tutkimukssamme Diakin avoimen tieteen ja tutkimuksen periaatteita, jotka perustuvat opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan säätämiin hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeisiin. Toimimme rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti tutkimuksen kaikissa eri vaiheissa. Hankimme tutkimusluvut ohjeiden mukaisesti ja julkaisimme tutkimustulokset avoimesti. Käytimme

lähdeviitteitä asianmukaisesti ja alkuperäistä kirjoittajaa kunnioittaen. Sovimme myös työnjaosta ja vastuista työelämäyhteistyökumppanin kanssa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuksemme täyttää avoimen tieteen kriteerit, koska julkaisemme tulokset avoimesti kaikkien nähtäville. Lisäksi tuloksista jää hyödyllistä tietoa työelämäkumppanillemme kehittämistyötä varten. (Mustajoki 2018.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ohjeessa sosiaali- ja terveydenhuollon opinnäytetyön tekemiseen eettisyydellä tarkoitetaan tietosuoja, vapaaehtoisuutta, turvallisuutta ja tutkimuksen mahdollista harmin aiheuttamista (Kainuun sote 2017). Tietosuoja toteutui, koska kyselyyn vastattiin anonymisti. Lisäksi kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Webropol-ohjelman avulla saimme vastaukset sähköisesti, joten tulosten saaminen ja tulkitseminen on turvallista. Yksittäiselle vastaajalle tai vastaajille ei tutkimuksesta koitunut harmia. Otimme Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän sekä tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettiset säännöt huomioon koko tutkimusprosessimme ajan.

Webropol-ohjelma tuotti meille valmiin raportin kyselyn vastauksista sähköisessä muodossa. Vastaukset käsiteltiin anonymisti emmekä voineet itse vaikuttaa vastaajien mielipiteisiin. Strukturoitujen vastausten lisäksi melkein jokaiseen kysymykseen oli mahdollista kirjoittaa myös avoin vastaus, näin vältimme johdattelemasta vastaajia valitsemaan tiettyjä vastauksia. Kysyimme taustatietoina ainoastaan ammatin ja työkokemuksen määrän sillä ennen kyselyä oletimme, ettei vastauksia voi näiden taustatietojen pohjalta yhdistää tiettyyn henkilöön. Analysointivaiheessa kuitenkin huomasimme, ettemme voi tuoda esille tuloksia ristiintaulukoinnin kautta sillä vastaaja olisi voinut olla tunnistettavissa. Tulosten analysoinnissa käsitelimme kaikki vastaukset samalla lailla ja raportoimme saamamme tulokset rehellisesti. Tutkimusaineistoa käsitelivät ainoastaan opinnäytetyöntekijät. Aineiston hävitimme resetoimalla kyselyn vastaukset Webropol-ohjelmasta.

6 TULOKSET

Käytimme opinnäytetyössämme Webropol-kyselyä, jossa selvitimme kotihoidossa työskentelevien omahoitajien käsitystä asiakaslähtöisyydestä, asiakaslähtöisyyden toteutumista asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemisessa sekä omahoitajuuden, eettisyyden ja laadukkuuden toteutumista hoitotyössä. Kysely lähetettiin 52 työntekijälle, joista 23 vastasi kyselyyn, 19 työntekijää ei ollut avannut kyselylinkkiä ollenkaan ja 10 oli avannut kyselyn lähettämättä vastausta. Tutkimustuloksissa kerromme ensin vastaajien taustatiedot. Vastauksia käsitellessämme otimme huomioon taustatiedoista vain vastaajien koulutuksen. Työkokemuksen määrällä ei ollut vastauksissa merkittävää vaikutusta.

Ensimmäisenä käsittelemme avoimen kysymyksen, mitä omahoitajat ymmärtävät asiakaslähtöisyydellä. Seuraavaksi erittelemme kysymykset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta asiakkaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakyvyn tukemisessa sekä omahoitajuuden toteutumisesta. Lopuksi käsittelemme strukturoidut kysymykset työn eettisten arvojen toteutumisesta sekä työn laadukkuuden toteutumisesta. Tulokset ovat luonteeltaan määrällisiä ja laadullisia.

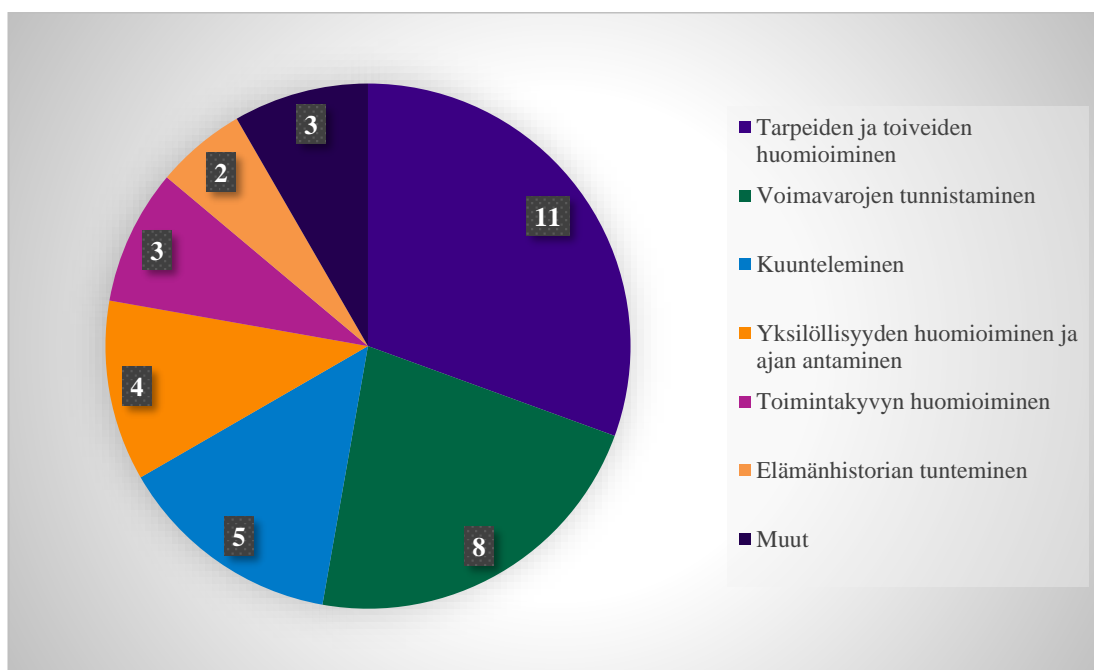
6.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 23 (n=23) työntekijää. Vastausprosentti oli 44. Vastanneista lähihoitajia oli 15, sairaanhoitajia 6 ja muulta koulutukseltaan 3. Muu koulutus käsittää perustai kodinhoitajan. Perus- ja kodinhoitajien vastaukset on yhdistetty tuloksissa lähihoitajien vastauksiin. Koulutustaustaan vastanneita oli 24 eli yksi vastaaja oli valinnut kaksi vastausvaihtoehtoa.

Vastaajista viisi oli työskennellyt kotihoidossa alle 5 vuotta, 5-10 vuotta työskennelleitä oli yhdeksän ja yli 10 vuotta työskennelleitä yhdeksän. Vastaajista suurin osa on siis ollut töissä kotihoidossa vähintään viisi vuotta.

6.2 Asiakslähtöisyys käsitteenä

Kysyimme avoimella kysymyksellä, mitä mielestäsi asiakslähtöisyys tarkoittaa työssäsi. Kysymys oli pakollinen, saimme siihen 23 vastausta. Poimimme vastauksista enemmän kuin kaksi kertaa toistuneet käsitteet ja lajittelimme vastaukset niiden mukaan. Yleisimmin (n=11) vastauksissa mainittiin asiakkaan tarpeiden ja toiveiden huomioiminen (kuvio 2). Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen tai tukeminen mainittiin kahdeksassa vastauksessa. Viidessä vastauksessa mainittiin asiakslähtöisyyden tarkoittavan asiakkaan kuuntelemista. Asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen ja riittävä ajan antaminen mainittiin neljässä vastauksessa. Asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen mainittiin kolmessa vastauksessa ja asiakkaan elämänselämän tunteminen kahdessa vastauksessa. Yksittäisissä vastauksissa asiakslähtöisyyden mainittiin tarkoittavan palvelujen lisäämistä tai vähentämistä asiakkaan voinnin mukaan, käyntien oikea-aikaisuutta, yhteistyötä tai sitä, ettei tehdä asioita asiakkaan puolesta.



KUVIO 2. Asiakslähtöisyys hoitajien näkökulmasta

6.3 Asiakslähtöisyys toimintakyvyn tukemisessa

Vastaajista yli puolet (n=14) oli sitä mieltä, että **fyysisen toimintakyvyn** tukeminen toteutuu erittäin hyvin tai hyvin. Kolmen vastaajan mielestä ei hyvin eikä huonosti, kuusi vastaajaa vastasi fyysisen toimintakyvyn tukemisen toteutuvan huonosti.

Sairaanhoitajien mielestä asiakaslähtöisyys toteutuu fyysisen toimintakyvyn kannalta hyvin, kun taas lähihoitajien vastauksissa oli enemmän hajontaa erittäin hyvin ja huonosti -vaihtoehtojen välillä.

Tarkennettaessa syitä avoimella kysymyksellä hyvin tai erittäin hyvin toteutuvalla asiakaslähtöisen fyysisen toimintakyvyn tukemiselle vastauksissa (n=13) nousi päälimmäisenä esille asiakkaan tunteminen, jolloin hoitaja tiedostaa asiakkaansa toimintakyvyn ja osaa näin ollen tukea asiakasta oikealla tavalla sekä antaa asiakkaan tehdä itse sen, mitä hän osaa ja pystyy tekemään. Asiakkaalle täytyy antaa riittävästi aikaa, jotta hän saa toimia itse hoitajan ohjauksessa. Asiakkaan voimavarojen tunnistamista pidettiin tärkeänä. Vastausten mukaan fyysisen toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavat myös hoitajan oma osaaminen, motivaatio ja asiakkaaseen keskittyminen, mutta myös asiakkaan oma asenne ja motivaatio. Lisäksi oikeanlaiset apuvälineet ja moniammatillinen yhteistyö vaikuttavat fyysisen toimintakyvyn tukemiseen.

Tarkennettaessa syytä puolistrukturoidulla kysymyksellä huonosti tai erittäin huonosti toteutuvalla asiakaslähtöisen fyysisen toimintakyvyn tukemiselle, suurin osa (n=7) vastasi syyksi kiireen. Avoimeen kysymykseen vastattiin ajan vähyyksi riittämättömien resurssien vuoksi.

Joskus asiakkaan luona käyntiaika on niin rajallinen, että ei ehdi antaa asiakkaalle aikaa, että hän tekisi asioita itse, vaan joutuu avustamaan enemmän, että ehtii seuraavaan työtehtävään

Lisäksi todettiin asiakkaiden odottavan palvelua, koska maksavat hoitajan käynnistä. Lääkärit kuormittavat kotihoidon työntekijöitä lupaamalla asiakkaalle kotihoidon hoitavan toimenpiteitä, joista asiakas selviytyisi tuen avulla itsekin. Näin ollen asiakkaan motivoiminen on haasteellista.

Eniten oltiin (n=11) sitä mieltä, että **psykkisen toimintakyvyn** tukeminen ei toteudu hyvin eikä huonosti. Seitsemän vastaajan mielestä asiakaslähtöisyys toteutui hyvin psykkisen toimintakyvyn tukemisessa, kuusi vastaaja puolestaan vastasi sen toteutuvan huonosti. Sairaanhoitajien mielestä asiakaslähtöisyys psykkisen toimintakyvyn tukemisessa toteutui hyvin, kun taas lähihoitajien vastauksissa oli enemmän huonosti -vaihtoehtoja.

Tarkennettaessa avoimella kysymyksellä syitä hyvin toteutuvalle asiakaslähtöisen psyykkisen toimintakyvyn tukemiselle vahvimpina nousivat esille työntekijän oma osaaminen sekä asiakkaan tunteminen, jolloin hoitaja tietää asiakkaansa toiveet ja elämänhistorian.

Asiakkaat ovat tuttuja ja heihin on jatkuva hoitosuhde. Tietää asiakkaan toiveita ja elämänhistoriaa.

Haasteellisena pidettiin psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämistä muistisairaana asiakkaan kohdalla. Lisäksi asiakkaan elämäntilanteen muutos tuo hoitajalle erilaisia haasteita; esimerkiksi sureva asiakas tarvitsee enemmän hoitajan aikaa tai rinnalleen henkilön, joka tukee asian käsittelyssä. Suurimmaksi syyksi huonosti toteutuvalle asiakaslähtöisen psyykkisen toimintakyvyn tukemiselle todettiin olevan kiireen (n=4). Vastauksissa mainittiin syyksi myös työkavereiden tuen puute. Lisäksi esille tuotiin riittämättömän yhteistyön mielensterveyspuolen kanssa.

Hoitajista suurin osa (n=12) vastasi, että asiakaslähtöisyys **sosiaalisen toimintakyvyn** tukemisessa ei toteudu hyvin eikä huonosti. Vastaajista kuusi pystyy mielestään tukemaan asiakkaansa sosiaalista toimintakykyä hyvin, neljän vastaajan mielestä huonosti. Sairaanhoitajien mielestä asiakaslähtöisyys sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa toteutui hyvin, kun taas lähihoitajien vastauksissa oli enemmän hajontaa erittäin hyvin ja huonosti -vaihtoehtojen välillä.

Hyvin toteutuvalle asiakaslähtöisyydelle sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa avoimeen kysymykseen vastasi seitsemän hoitajaa. Näistä vastauksista useimmissa nousi esille asiakkaan ja hänen toimintatapojensa tunteminen. Muita tekijöitä olivat hoitajan ammattitaito, tapa työskennellä asiakkaan kanssa sekä asenne; asiakasta ohjataan ja motivoidaan osallistumaan toimintoihin.

Voin tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä omalla käynnilläni. Ohjaan asiakkaita toimintoihin.

Tarkennettaessa syytä huonosti toteutuvalle asiakaslähtöisyydelle sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa suurimmaksi syyksi nousi kiire. Myös työkavereiden tuen puute mainittiin.

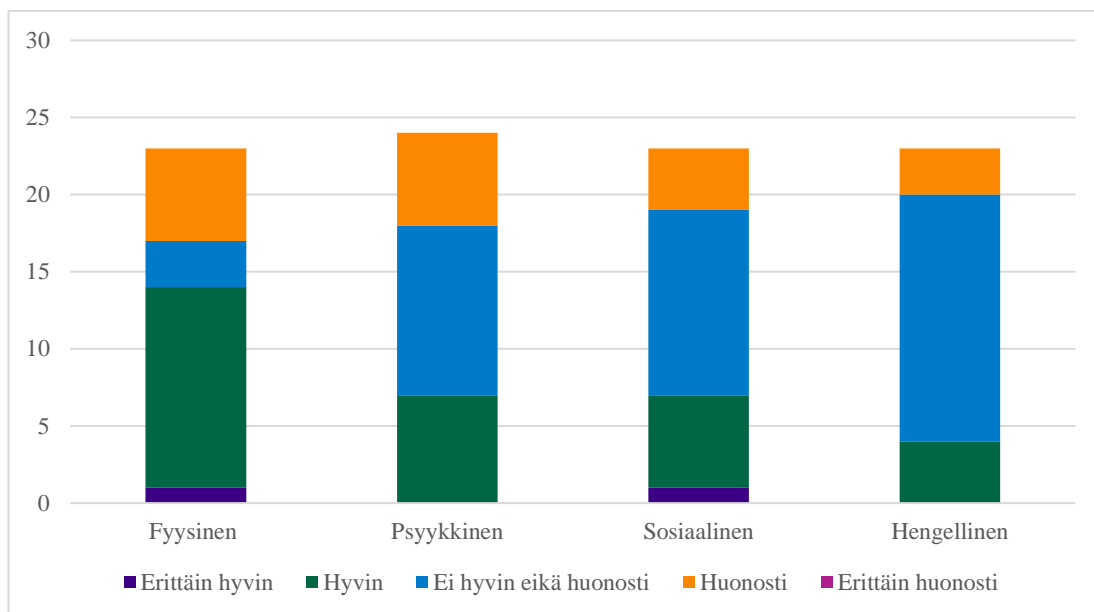
Vastaajista suurimman osan (n=16) mielestä asiakaslähtöisyyden toteutuminen **hengellisen toimintakyvyn** tukemisessa ei toteudu hyvin eikä huonosti. Neljän vastaajan mielestä toteutuu hyvin, kolmen vastaajan mielestä huonosti. Sekä sairaanhoitajien että lähihoitajien vastaukset painottuivat ei hyvin eikä huonosti -vaihtoehtoon. Hyvin toteutuvaan hengellisen toimintakyvyn tukemiseen vaikuttaa asiakkaan tunteminen.

Avaan asiakkaille television tai radion jumalanpalveluksen tai iltahartauden ajaksi, mikäli halukkuutta on. Luen yhdessä iltarukouksen asiakkaan kanssa, jonka tiedän näin toimivan.

Suurin syy huonosti arvioidun asiakaslähtöisyyden toteutuvuudelle hengellisen toimintakyvyn tukemisessa oli kiire. Lisäksi syyksi mainittiin oma osaaminen tai koulutuksen puute.

6.4 Yhteenveto asiakaslähtöisyyden toteutumisesta toimintakyvyn tukemisessa

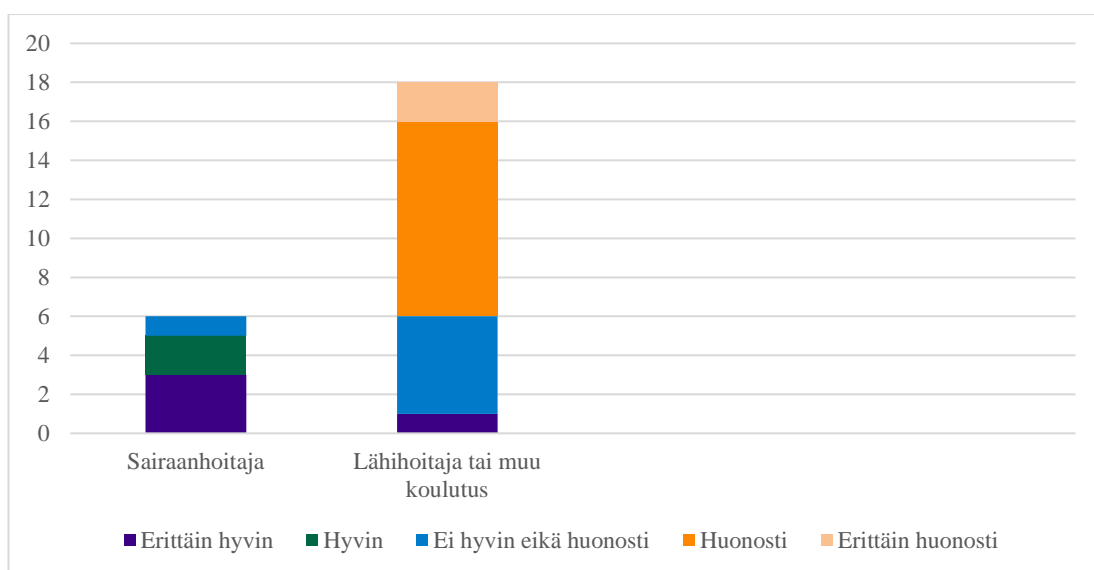
Yhteenvedon perusteella asiakaslähtöisyys toteutuu eri toimintakyvyn osa-alueiden tukemisessa pääasiassa hyvin tai ei hyvin eikä huonosti. Parhaiten se toteutuu fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Huonoiten asiakaslähtöisyys toteutuu psyykkisen, mutta myös fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että asiakaslähtöisyys toteutuu fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa erittäin hyvin. Eniten ei hyvin eikä huonosti -vastauksia tuli hengellisen toimintakyvyn tukemisessä (n=16). Vastauksissa ei esiintynyt lainkaan erittäin huonosti -vaihtoehtoa (Kuvio 3.) Psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa oli vastauksia 24 eli yksi vastaaja oli valinnut kaksi vastausvaihtoehtoa.



KUVIO 3. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen toimintakyvyn eri osa-alueilla (n=24)

6.5 Omahoitajuuden toteutuminen hoitotyössä

Omahoitajuuden toteutumisesta kysyttäessä vastaukset jakaantuivat epätasaisesti erittäin hyvin ja erittäin huonosti välillä (kuvio 4). Erona sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä oli se, että sairaanhoitajat vastasivat omahoitajuuden toteutuvan erittäin hyvin, kun taas suurin osa lähihoitajista (n=10) vastasivat omahoitajuuden toteutuvan huonosti. Ainoastaan yksi lähihoitajista vastasi omahoitajuuden toteutuvan erittäin hyvin.



KUVIO 4. Omahoitajuuden toteutuminen hoitotyössä (n=23)

Avoimeen kysymykseen hyvin tai erittäin hyvin toteutuvasta omahoitajuudesta vastasi kuusi hoitajaa. Suurimpana tekijänä hyvin tai erittäin hyvin toteutuvaan omahoitajuuteen nähtiin tiimeittäin jaetut alueet, jolloin asiakkaat tulevat tutuksi.

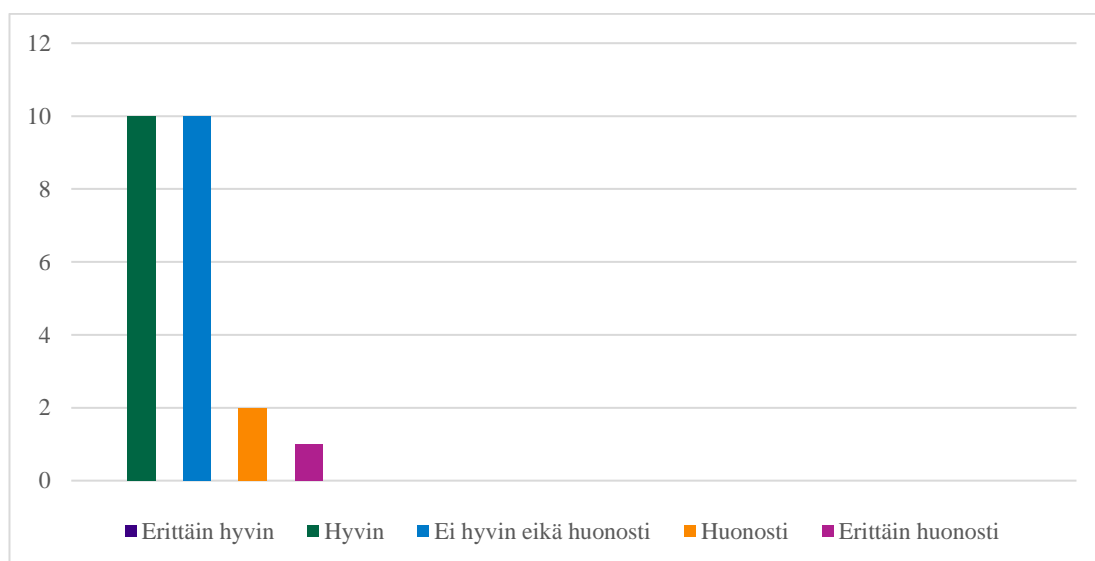
Minulla on tietty asiakaspiiri, joiden hoidosta vastaan. Tunnen heidät hyvin ja tiedän millaisia arvoja ja mielenkiinnon kohteita heillä on

Luottamus hoitajaa kohtaan kasvaa, kun työntekijä ei vaihdu. Hoitaja tietää, millaisia arvoja ja mielenkiinnon kohteita asiakkaalla on. Tiimissä toimimisen etuna on myös hyvä tiedonkulku ja että asioista on helppo sopia pienen tiimin kanssa.

Päällimmäiseksi syyksi (n=12) huonosti toteutuvaan omahoitajuuteen nousi se, ettei ole mahdollisuutta tavata omaa asiakastaan tarpeeksi usein. Lisäksi vastattiin syyksi kiire, esimiesten tuen puute sekä työtehtävien jakaminen lähihoitajan ja sairaanhoitajan kesken.

6.6 Eettisten arvojen toteutuminen

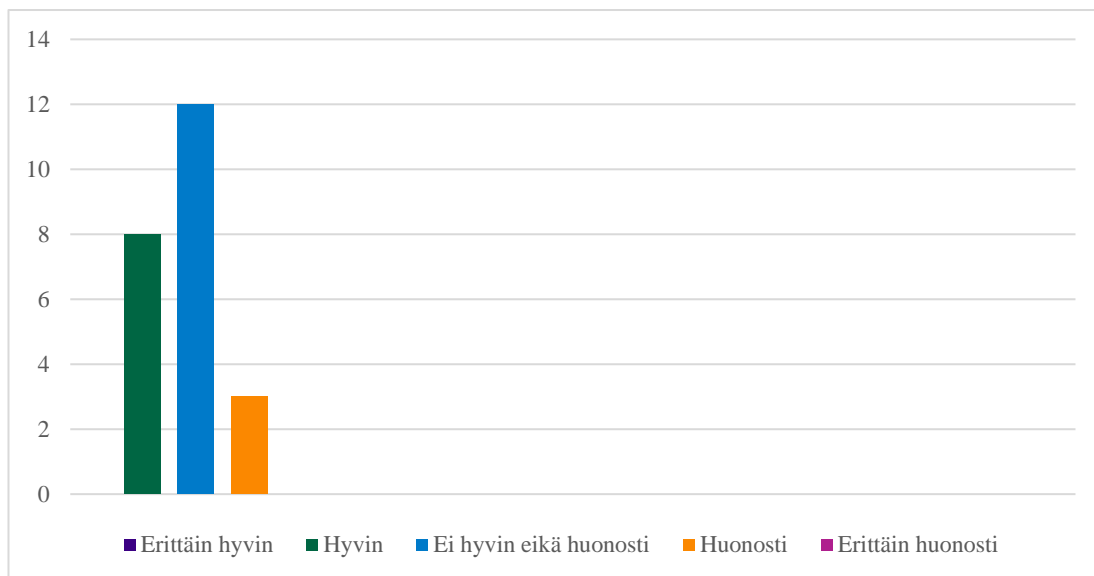
Eettisten arvojen toteutumista kysyttiin strukturoidulla kysymyksellä ja tulokset ovat kuviossa 5. Vastauksista suurin osa painottui hyvin ja ei hyvin eikä huonosti vaihtoehtoihin (Kuvio 5.) Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastauksissa ei ollut merkittävää eroa.



KUVIO 5. Eettisten arvojen toteutuminen (n=23)

6.7 Laadukkaan työn toteutuminen kokonaisuutena

Laadukkaan työn toteutumista kokonaisuutena kysyttiin strukturoidulla kysymyksellä ja tulokset ovat kuviossa 6. Vastaukset painottuivat hyvin ja ei hyvin eikä huonosti -vaihtoehtoihin (Kuvio 6.) Kaikki sairaanhoitajat vastasivat hyvin tai ei hyvin eikä huonosti, kun taas lähihoitajien vastaukset hajaantuivat hyvin ja huonosti -vaihtoehtojen välille.



KUVIO 6. Laadukkaan työn toteutuminen kokonaisuutena (n=23)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kotihoidon kehittämistyön kannalta tutkimustuloksista voi päätellä, että kiire oli joka osa-alueella suurin tekijä asiakaslähtöisyyden toteutumattomuudelle. Hyvin toteutuvan asiakaslähtöisyyden taustalla oli puolestaan asiakkaan tunteminen, jolloin yksilölliset tarpeet ja voimavarat on helposti tunnistettavissa. Parhaiten asiakaslähtöisyys toteutui fyysisen toimintakyvyn, toiseksi parhaiten psyykkisen, kolmanneksi sosiaalisen ja neljänneksi hengellisen toimintakyvyn tukemisessa. Tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajat pystyvät toteuttamaan asiakaslähtöisyyttä kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla lähihoitajia paremmin. Tulosten perusteella vastaajat eivät tarvitse

lisäkoulutusta tai työkavereiden tai esimiesten tukea, tuloksissa ei myöskään juuri ilmennyt esimiestyötä arvostelevia vastauksia.

Esimiehet voivat parantaa asiakaslähtöisyyden toteutumista huolehtimalla riittävästä henkilöressurssista ja järjestämällä omahoitajille aikaa tavata asiakkaitaan. Vastausten perusteella työntekijät ilmeisesti mieltävät näihin asioihin liittyvien päätösten kuuluvan organisaation johdolle, joten lähiesimiesten ei katsota olevan vastuussa henkilöstön resurssipulasta.

7.1 Asiakaslähtöisyys käsitteenä ja toimintakyvyn tukemisen toteutumisessa

Gerontologinen sosiaalityön tavoitteena on vahvistaa ikäihmisten hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta sekä yksilön omaa toimintakykyä. Gerontologinen sosiaalityö edellyttää työntekijältä muun muassa vanhenemisprosessien ja vanhuuden elämänvaiheiden tuntemista. (Seppänen, 2006.) Sekä Teerikankaan (2017, 16) että Rantasen (2013, 14–15) mukaan asiakaslähtöisyys gerontologisessa työssä tarkoittaa asiakkaan tarpeiden tunnistamista, voimavaralähtöisyyttä sekä osallisuuden mahdollistamista. Sosiaalialan työssä asiakaslähtöisyys toteutuu, kun asiakas kokee aitoa osallisuutta (Talentia 2017). Tutkimustuloksen perusteella hoitajat tiedostavat asiakaslähtöisyyden lähtevän asiakkaan yksilöllisistä tarpeista ja voimavaralähtöisyydestä sillä ne olivat useimmin mainitut asiat. Osallisuutta vastauksissa ei oltu mainittu. Hoitoalalla asiakkaan osallisuus ei siis noussut esille asiakaslähtöisyyden toteutumisessa, kun taas sosiaalialalla se määritellään yhdeksi peruslähtökohdaksi.

Vanhuksen toimintakyvyn heikentyessä hän yleensä päätyy kotihoidon asiakkaaksi. Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet, mutta henkilöstön määrä on vähentynyt (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2017). Yhä suurempi osa asiakkaista tarvitsee ikäännytyessään paljon hoitokäyntejä, THL:n tilastojen mukaan hoidon tarve nousee selvästi 85 ikävuoden jälkeen (kuvio 1). Hoidon tarpeen lisääntyminen näkyy kiireenä asiakastyössä, joka puolestaan vähentää asiakaslähtöisyyden toteutumista toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemisessa. Tutkimustuloksemme mukaan suurin syy huonosti toteutuvalla asiakaslähtöisyydelle oli kiire, joten se korreloi Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisemaa tilastotietoa.

Hoitajan on ammattilaisena tärkeää havaita ikääntyneen omat voimavarat, kuten vahvuudet, toimintamahdollisuudet ja selviytymistaidot. Ikääntyneen omia voimavaroja voivat olla sosiaaliset taidot, sinnikkyys ja huumorintaju. Voimavarojen tunnistaminen edistää asiakkaan kuntoutumista. Kuntoutuminen on tavoitteellista toimintaa, joka vaatii asiakkaalta sisäistä motivaatiota. Sisäisen motivaation syntymiseksi on tärkeää tukea ikääntyneen pätevyyden ja pystyvyyden tunnetta. (Urtamo 2017, 29.) Tutkimustuloksissa asiakaslähtöisyyden toteutumisen esteenä mainittiin asiakkaan oma motivaatio ja asenne. Asiakas odottaa palvelua, koska maksaa hoitajan käynnistä. Hoitajien mielestä se heikentää motivaatiota itse tekemiseen ja hoitajan on tällöin haastavaa motivoida asiakastaan omatoimisuuteen. Omatoimisuuden tukemisen esteenä voi olla myös hoitajan käyntiin varatun ajan vähyyys.

Vanhusten kotihoito on moniammatillista työtä, jossa yhdistyvät eri alojen toimijat yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Sosiaalityön kannalta moniammatillisuus tarkoittaa eri jäsenten saumatonta yhteistyötä, vastuualueiden tuntemista ja toisten toimijoiden arvostamista. (Mäkinen 2015, 14–15.) Tarkennettaessa syitä huonosti toteutuvaan asiakaslähtöisyyden tukemiseen tutkimuksessamme kävi ilmi, että lääkärit omalla toiminnallaan aiheuttavat kotihoidon hoitajille kuormitusta sillä he lupaavat kotihoidon hoitavan toimenpiteitä, joista asiakas pystyisi suoriutumaan omatoimisesti. Vastauksen perusteella moniammatillisessa yhteistyössä on siis kehittämishaasteita. Tämä selvennys myötäilee myös Elorannan (2009) tutkimustulosta, jonka mukaan yhteistyön kehittämishaasteita kotihoidossa todetaan olevan asiakkaan oman elämän asiointitajuuden vahvistaminen, toimintakulttuurin muuttaminen asiakaslähtöiseksi tavoitteelliseksi toiminnaksi sekä ammattihenkilöiden roolien ja vastuun selkiyttäminen.

Tulosten perusteella asiakaslähtöisyys toteutuu parhaiten fyysisen toimintakyvyn tukemisessa (kuvio 3). Yksi tähän vaikuttava tekijä voi olla se, että toimintakyvyn eri osa-alueista fyysiseen toimintakykyyn kiinnitetään huomiota eniten, sillä fyysisen toimintakyvyn alentuessa yleensä myös kokonaisvaltainen toimintakyky alenee. Avoimissa vastauksissa nousi eniten esille asiakkaan tunteminen, jolloin hoitaja tietää mihin asiakas itse pystyy eikä tee asioita hänen puolestaan. Oma ammatillinen osaaminen korostui sillä toimintakyvyn ja asiakkaan voimavarojen tiedostaminen kotona asumisessa on olennaista.

Heinolan ja Luoman (2007, 38) mukaan hyvää fyysistä toimintakykyä tukevat riittävät apuvälineet ja asunnon esteettömyys. Ainoastaan yhdessä avoimessa vastauksessa mainittiin oikeanlaiset apuvälineet. Asiakaslähtöisyyttä toimintakyvyn tukemisessa ei siis yhdistetä niinkään konkreettisiin, vaan käsitteellisiin asioihin, kuten edellä mainittuihin asiakkaan tuntemiseen ja omaan ammattitaitoon.

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa sai eniten ei hyvin eikä huonosti -vastauksia, mutta kuitenkin enemmän hyvin kuin huonosti -vastauksia. Avoimissa vastauksissa nousi esille asiakkaan elämänhistorian tunteminen hyvin toteutuvuuden yhdeksi tekijäksi. Psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa asiakkaan tunteminen vaikuttaa olevankin ensi arvoisen tärkeää.

Psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa asiakaslähtöisyyttä huonontaa yhteistyön puute mielenterveyspalveluiden kanssa ja asiakkaalle annettava aika. Asiakkaalla voi olla jokin raskas asia käsiteltävänä, joka vaatisi aikaa kuunnella. Hoitajan aika on rajallinen, sillä jokaiselle asiakkaalle on määritelty käyntiin menevä aika. Aika voi ylittyä tarvittaessa, mutta enemmänkin hoitotyötä tehdessä, ei hoitajan toimiessa lohduttajana. Mielenterveyspalveluista avun saanti on hoitajien kokemuksen mukaan hyvin hidasta. Akuuteissa tilanteissa voidaan hälyttää paikalle ensihoitajat, jotka vievät asiakkaan osastolle, jos toteavat ettei häntä voi jättää yksin. Ennaltaehkäisevä toiminta, kuten kuuntelu, jää tässä tapauksessa hoitajien vastuulle. Kaikilla asiakkailla ei ole ympärillään mitään muuta sosiaalista verkostoa.

Psyykkinen toimintakyky sisältää kognitiiviset toiminnot, kuten oppimisen, muistamisen, ongelmanratkaisutaidon ja päätöksenteon (Kan & Pohjola 2012, 13). Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista on muistin alenemaa. Muistia tukevia toimintoja ei vastauksissa mainittu, vaikka sen aleneminen vaikuttaa muihin kognitiivisiin toimintoihin, kuten päätöksentekokykyyn heikentävästi. Psyykkinen toimintakyky mielletäänkin yleensä henkiseksi hyvinvoinniksi, jonka tukeminen tarkoittaa mielenterveyden ylläpitämistä.

Työkavereiden tuen puute mainittiin ainoastaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa. Työkavereiden tukea ei niin ikään mainittu hyvin toteutuvan asiakaslähtöisyyden taustatekijänä. Vastaajat ovat ilmeisesti joko pääosin tyytyväisiä

työyhteisöön tai sitten he eivät halunneet tuoda julki tyytymättömyyttään työkaverien toimintaan, koska olivat epävarmoja siitä voiko vastauksia yhdistää vastaajiin.

Sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa asiakaslähtöisyyden toteutuminen sai myös eniten ei hyvin eikä huonosti -vastauksia. Sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen on oletettavasti haastavaa, koska asiakas pitäisi saada lähtemään kotoaan esimerkiksi päivätoimintaan. Hoitajat eivät pysty toimimaan saattajina ajan rajallisuuden vuoksi vaikka moni asiakas voisi motivoitua lähtemään, jos olisi joku henkisenä tukena sinne viemässä. Kaikilla vanhuksilla ei ole lähellä asuvia omaisia tai muita läheisiä, jotka voisivat olla osaltaan mukana sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen tukena.

Iäkkään ihmisen oma kokemus ihmissuhteista ja niiden laadusta on määrää tärkeämpää, jolloin pienikin hänelle annettu aika on merkityksellinen voimaannuttamisessa (Räsänen 2018, 33–34). Yhdessä vastauksessa mainittiin, että hoitaja voi tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä omalla käynnillään. Lyhytkin kohtaaminen mahdollistaa vanhuksen sosiaalisten suhteiden ja vuorovaikutustaitojen ylläpitämisen. Sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa kotihoidon rooli on usein hyvinkin merkittävä, sillä hoitajat saattavat käydä saman asiakkaan useita kertoja päivässä. Kotihoito on monessa tapauksessa varsinkin yksin asuvalle vanhukselle ainoa sosiaalinen yhteys kodin ulkopuolelle, kun hän ei enää omatoimisesti pääse liikkumaan omasta asunnostaan.

Hengellisessä hyvinvoinnissa voi olla kyse ihmisen hengellisestä tai elämäntapaa koskevasta vakaumuksesta, mutta myös hänen kokemastaan luontosuhteesta (Räsänen 2018, 34–35). Hengelliseen toimintakykyyn liittyvien voimavarojen ja ongelmien tunnistaminen on olennaista, jotta vanhuksen hengellistä toimintakykyä voidaan tukea tavoitteellisesti (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 103). Asiakaslähtöisyyden huonoon toteutumiseen hengellisen toimintakyvyn tukemisessa vastattiin kiireen lisäksi oma osaaminen, jolloin hoitaja ei siis osaa mielestään vastata asiakkaan tarpeeseen. Tässä kysymyksessä oli eniten ei hyvin eikä huonosti -vastauksia. Syynä tähän saattoi olla se, että hengellinen toimintakyky on vastaajalle itselleen neutraali osa-alue. Toimintakyvyn eri osa-alueista hengellisyys jää kiireisen hoitotyön keskellä todennäköisesti vähimmälle huomiolle, joten hoitaja ei välttämättä osaa kartoittaa asiakkaan hengellisiä tarpeita, ellei asiakas itse osaa syystä tai toisesta ilmaista tarvettaan.

RAI-arvioinnin avulla asiakkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä kartoitetaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Arviointilomakkeen kysymykset painottuvat fyysisen toimintakyvyn ja terveydentilan kartoittamiseen. Sosiaalista toimintakykyä kartoitetaan muutamalla kysymyksellä, joten sen perusteella saatu tieto asiakkaan sosiaalisista taidoista ja suhteista on vähäistä. Psyykkistä toimintakykyä kartoitetaan lähinnä kysymällä, millaisena asiakas kokee mielialansa mutta esimerkiksi mahdollisista mielenterveysongelmista ei erikseen kysytä. Kognitiivisella osa-alueella kysymykset painottuvat muistin toimintaan, joka usein kotihoidon asiakkaalla on alentunut. Hengellisestä toimintakyvystä ei kysytä mitään. RAI-arviointilomake kaipaa sosiaalialan opiskelijan näkökulmasta uudistamista sillä kysymysten painottuminen fyysiseen toimintakykyyn kertoo selvästi, että se on alun perin tehty hoitotyön tarpeen arvioimiseen, johon kotihoidon tekemä työ on tietysti aina painottunut.

7.2 Omahoitajuuden toteutuminen hoitotyössä

Omahoitaja vastaa ammattilaisena vanhuksen kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisesta (Ikonen 2013, 35–36). Tutkimustuloksemme mukaan omahoitajuus toteutuu lähihoitajien mielestä huonosti, koska ei ole mahdollisuutta tavata asiakasta tarpeeksi usein. Kaikki kuusi kysymykseen vastannutta sairaanhoitajaa kuitenkin vastasivat omahoitajuuden toteutuvan pääosin hyvin; syynä tähän oli sairaanhoitajien mielestä tiimeittäin jaetut alueet, jolloin on mahdollista tavata samat asiakkaat. Sairaan- ja lähihoitajat työskentelevät alueittain omahoitajaparina eli he tapaavat yleensä samat asiakkaat. Vastauksen taustalla voi olla ammattihenkilöiden roolien ja vastuualueiden epäselvyys, joka ilmeni myös Elorannan (2009) tutkimustuloksessa.

Omahoitaja huomaa nopeasti muutokset asiakkaansa toimintakyvyssä ja pystyy reagoimaan nopeasti toimintakyvyn alenemiseen. Omahoitajan tuntiessa asiakkaansa voimavarat ja toimintakyvyn hänen on myös helpompi tehdä toimintakykyä kartoittava RAI-arvio, jonka perusteella tehdään asiakkaan hoito- palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma. (Ikonen 2015, 36; Kan & Pohjola 2012, 38.) Vanhuksen toimintakykyä tukevan hoitosuunnitelman lähtökohtana on selvittää perusteellisesti vanhuksen elämäntarina ja arvioida hänen toimintakykyään kokonaisvaltaisesti. Elämäntarinan ja toimintakyvyn arvioinnin avulla voidaan yhdessä vanhuksen kanssa tunnistaa hänen fyysisen,

psykkisen, sosiaalisen ja hengellisen toimintakykynsä voimavaroja ja haasteita. (Su-fuca. Vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelma.) Tutkimustulosten perusteella omahoitajat pitivät kaikkien toimintakyvyn osa-alueiden tukemisessa ensisijaisen tärkeänä asiakkaan tuntemista, joka edesauttaa myös luottamuksellisen asiakassuhteen syntymistä. Tutkimustuloksissa tuli esille niin ikään asiakkaan elämänhistorian tunteminen voimavarojen tunnistamisessa.

Taustatiedoissa kysyimme koulutusta, sillä arvelimme sairaan- ja lähihoitajien vastausten eroavan paljonkin toisistaan. Kysymys omahoitajuuden toteutumisesta toi esille selkeimmän eron ammattikuntien välillä; sairaanhoitajat vastasivat omahoitajuuden toteutuvan pääasiassa erittäin hyvin, kun taas lähihoitajat vastasivat sen toteutuvan huonosti. Yksi eron vaikuttava syy voi olla se, että sairaanhoitajilla on vähemmän asiakaskäyntejä, jolloin heillä on myös enemmän aikaa keskittyä asiakkaisiin.

Lähihoitajien vastauksissa päivittäiset asiakaskäyntimäärät ilmenevät kiireenä, joka voi vaikuttaa huonoon omahoitajuuden toteutumiseen. Lähihoitajien perusteluissa esiintyi eniten syynä kiire. Yhdessä avoimessa vastauksessa perusteltiin, ettei hän ehdi tavata omia asiakkaitaan tarpeeksi usein. Vastauksessa ei ilmennyt asiakkaille annetun ajan pituus.

Tuloksen luotettavuudessa täytyy ottaa huomioon, että sairaanhoitajia on kotihoidossa töissä paljon vähemmän kuin lähihoitajia. Analysointivaiheessa ristiintaulukointi ja vastausten erojen esiintuominen koulutuksen mukaan ei suunnitelmavaiheesta poiketen tuntunutkaan enää kaikkien kysymysten osalta järkevältä, koska vastanneita sairaanhoitajia oli ainoastaan kuusi, kun taas lähihoitajia oli 17.

7.3 Eettisyyden ja laadukkaan työn toteutuminen

Eettisyys on hoitotyössä vahvasti esillä. Kotihoidossa tehtävä työ on tiimityötä, jossa on mukana useita eri osapuolia. Vuorovaikutustilanteissa eettiset ja epäeettiset näkemykset oikeasta toimintatavasta eri tilanteissa vaihtelevat, mikä aiheuttaa helposti työyhteisössä ristiriitoja. Työntekijälle käy raskaaksi, jos hän tuntee jatkuvasti joutuvansa tekemään eettistä pohdintaa oman arvomaailman ja ympäristön asettamien vaatimusten välillä. Hoitajan eettistä kuormittumista ei aiheuta vain asiakastyössä esiintyvät

ongelmat, vaan myös epävarmuus organisaation arvopohjaisuudesta ja eettisyydestä. (Molander 2014, 9–10, 42.) Tutkimustuloksen perusteella hoitajien mielestä eettiset arvot toteutuvat pääasiassa hyvin tekemässään asiakastyössä, jolloin Kainuun sotien (2016) määrittelemät vanhustyön arvot asiakaslähtöisyys, avoimuus, luottamus, oikeudenmukaisuus ja vastuullisuus toteutuvat.

Yksi ammatillisen toiminnan rakenteellisista edellytyksistä on henkilöstön määrä (Voutilainen 2007, 16). Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto antoivat vuonna 2017 laatusuosituksen iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi vuosille 2017–2019. Laatusuosituksessa on viisi teemaa, joista Laadulla on tekijänsä -teema sisältää henkilöstöresurssiin ja johtamiseen liittyviä säännöksiä asiakaslähtöisyyden ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Tutkimustuloksissamme suurimmaksi syyksi huonosti toteutuvaan asiakaslähtöisyyteen ilmeni kuitenkin kiire tai resurssipula, joka ei vastaa Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen kuntaliiton antamaa laatusuositusta.

Tuloksia analysoitaessa huomasimme, että myös eettisten arvojen ja työn laadukkuuden toteutumista olisi voinut selvittää puolistrukturoidulla tai avoimella kysymyksellä. Kysymyksiä laatiessa emme pitäneet eettisten arvojen tai työn laadukkaan toteutumisen tai toteutumattomuuden selvittämistä niin tärkeänä kuin selvitystä asiakaslähtöisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemisesta, mutta analysointivaiheessa kuitenkin huomasimme, että olisi ollut kiinnostavaa tietää taustalla vaikuttavat tekijät. Nyt vastausten anti jäi niukaksi, koska molemmissa kysymyksissä oli paljon ei hyvin eikä huonosti -vastauksia.

Laadukkaan työn toteutumisessa oli enemmän hyvin kuin huonosti -vastauksia. Laadukkaan työn toteutumisessa oli kuitenkin huomattava määrä ei hyvin eikä huonosti -vastauksia. Muiden kysymysten vastauksien perusteella oletamme kiireen vaikuttavan heikentävästi koettuun laadukkaan työn toteutumiseen, joka ilmeni ei hyvin eikä huonosti -vastausvaihtoehtojen määrässä.

8 POHDINTA

Kyselyn taustatietoina kysyimme vastaajien koulutusta ja työkokemuksen määrää vuosina. Vastauksia analysoidessamme huomasimme kuitenkin, ettei työkokemuksen määrällä ollut merkitystä vastaukseen. Toiseksi huomasimme, ettemme voi eritellä vastauksia sekä koulutuksen, että työkokemuksen mukaan, sillä vastaajat olisivat voineet olla tunnistettavissa.

Tutkimustuloksissa oli paljon ei hyvin eikä huonosti -vastauksia. Tähän saattoi olla syynä se, että jos valitsi hyvin tai huonosti -vaihtoehdon, niin vastaaja joutui perustelemaan vastauksensa. Kyselyn sai siis tehtyä nopeammin valitsemalla neutraalin vaihtoehdon. Kyselyssä meitä jäi harmittamaan ei hyvin eikä huonosti -vastausten runsaus. Kyselyn perusteella saimme suhteellisen pintapuolisen käsityksen asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Kysymysten rajaaminen esimerkiksi pelkästään toimintakyvyn eri osa-alueisiin olisi voinut tuoda tarkentavien kysymysten avulla yksityiskohtaisempaa tietoa asiakaslähtöisyyden toteutumisesta.

Oli mielenkiintoista huomata, ettei esimiesten toiminta juurikaan noussut esille vastauksissa. Ainoastaan kahdessa vastauksessa syyksi huonosti toteutuvaan omahoitajuuteen vastattiin esimiesten tuen puute. Tulosten mukaan lähiesimiehet eivät ole myöskään vastuussa kiireestä hoitotyössä, vaan hoitajat tiedostavat resurssipulan aiheuttaman kiireen johtuvan ylemmän tahon päätöksistä. Toisaalta, myöskään esimiesten tuki ei ollut vastausten mukaan hyvin toteutuvan asiakaslähtöisyyden taustalla toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemissa. Asian voi tulkita niin, että hoitohenkilöstö on pääasiassa tyytyväinen lähiesimiesten toimintaan. Voi olla myös mahdollista, etteivät vastaajat halunneet arvostella esimiehiään, koska he eivät luottaneet tutkimuksen anonyymiyteen.

8.1 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyön tutkimusympäristö keskittyi omalle asuinpaikkakunnallemme, joten aihe valikoitui helposti. Työelämäohjaaja kotihoidossa oli apulaispalveluesimiehenä työskentelevä sosionomi ja hänen kanssaan tapasimme useamman kerran prosessin

aikana. Olimme yhteydessä myös sähköpostin ja puhelimen välityksellä. Ensimmäisessä tapaamisessa oli mukana muitakin kotihoidon lähiesimiehiä sekä palvelupäällikkö, toisessa tapaamisessa esimiesten lisäksi myös hoitohenkilökuntaa. Yhteistyö opinnäytetyöprosessin aikana sujui mielestämme hyvin.

Alan kirjallisuuteen perehtyessämme yllätyimme aluksi, kuinka vähän oli saatavilla uutta kirjallisuutta. Etsimme pääasiassa aineistoa, joka oli korkeintaan kymmenen vuotta vanhaa. Suurimman osan lähdemateriaalista hankimme kirjaston kautta kaukolainoina. Joitain hyviä lähteitä löysimme aiemmin tehtyjen opinnäytetöiden lähteistä. Työn eettisyyden ja laadun käsittelimme teoriaosuudessa aihetta täydentävinä osioina ja tekemässämme tutkimuksessa kysyimmekin niistä vain strukturoiduilla kysymyksillä. Kirjallisuuskatsauksen loppuvaiheessa huomasimme, että termin omahoitajuus sijaan yksilövastuinen hoitotyö tuotti enemmän lähdemateriaalia.

Sosiaalisen näkökulman esille tuominen oli haastavaa. Kotihoitoon liittyvässä kirjallisuudessa pääpaino oli terveydellisessä hoitotyössä. Yritimme kuitenkin rajata teoriaosuutta niin, että pääpaino on ihmisen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä emmekä käsitelleet terveydellistä hoitotyötä niin tarkasti kuin lähdemateriaalin perusteella olisi voinut käsitellä. Asiakaslähtöisyyden määrittäminen tiiviisti oli haastavaa, koska se on käsitteenä niin laaja. Otimme hengellisyyden yhdeksi toimintakyvyn osa-alueeksi, sillä ainakin tällä hetkellä ikäihmisten kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioimiseen liittyvät myös hengelliset asiat. Hengellisestä toimintakyvystä oli vähiten lähdemateriaalia saatavilla.

Teoriaosuuden avainsanojen ja sisällysluettelorungon hahmottamisen jälkeen ja oimme aiheet ja teimme kirjoitustyön Word Onlinessa. Kävimme keskusteluja aiheen rajaamisesta, jotta työstä tulisi ehjä kokonaisuus ja eri kappaleet täydentäisivät toisiaan. Aluksi ajattelimme, että molemmat täydentävät toisen kirjoituksia omista lähdemateriaaleista löytyvillä tiedoilla. Tämä ei kuitenkaan kaikkien aiheiden kohdalla toteutunut, koska toisen kirjoittamaan ehjään kokonaisuuteen oli joissain aiheissa vaikea enää lisätä omaa kirjoitusta. Huomasimme myös, että omiin kirjoituksiin suhtauduimme paljon kriittisemmin kuin toisen. Pystyimme avoimesti keskustelemaan ja antamaan palautetta toisillemme.

Toivoimme että kyselyyn olisi vastannut yli puolet työntekijöistä, mutta jäimme hie-
man tavoitteemme alapuolelle. Mietimme, pitäisikö kahden viikon kestänyttä vastaus-
aikaa jatkaa mutta totesimme yhdessä työelämäohjaajan kanssa, ettei se oletettavasti
juurikaan tule nostamaan vastausprosenttia. Syksyn 2018 aikana kotihoidon työnteki-
jöillä oli ollut vastattavana neljä muutakin kyselyä, joka todennäköisesti vaikutti vas-
taamishalukkuuteen.

Tutkimustuloksia analysoidessamme opimme, että on erittäin tärkeää osata rajata ky-
symykset oikein, jotta tutkimus vastaa tavoitteita. Strukturoiduissa kysymyksissä on
riski, että vastaajat valitsevat neutraalin vaihtoehdon ja tutkimustulosten tuottama tieto
jää niukaksi. Tekemässämme kyselyssä laadun ja eettisyyden osalta kävi edellä mai-
nitusti. Lisäksi kyselyn tekninen toteuttaminen vaatii tarkkuutta. Vaikka ennen kyse-
lyn lähettämistä kävimme huolellisesti läpi jokaisen kysymyksen niin taustatietokysy-
mykseen oli ollut mahdollista valita kaksi vastausvaihtoehtoa, joka vääristi vastaajien
määrää.

Vastausten käsittely onnistui helposti Webropol-ohjelman avulla. Opinnäytetyön ta-
voitteena oli selvittää syitä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle tai toteutumattomu-
delle ja saimme kyselyn avulla syitä selville. Kyselyn vastaukset myös tuottivat mie-
lenkiintoisia jatkotutkimusaiheita, joten opinnäytetyön kehittämislähtökohta tältä osin
täyttyi. Mielestämme opinnäytetyömme vastasi tavoitteita hyvin ja se tuotti sekä
meille että työyhteisölle uutta tietoa ja kehittämiskohteita.

Tutkimustulokset esittelimme kotihoidon palvelupäällikölle sekä apulaispalveluesi-
miehelle. He olivat tyytyväisiä vastaajamäärään, koska kyselyihin vastaaminen työai-
kana on haastavaa ajan vähyiden vuoksi. Esimiehet olivat tyytyväisiä myös tutkimuk-
sen tuomaan tietoon. Keskustelimme heidän kanssaan tulosten esiin tuomista mielen-
kiintoisista näkökohdista ja saimme samalla asioihin uutta näkökulmaa itsekin.

8.2 Oma ammatillinen oppiminen

Teoriaosuutta työstäessämme tieto kotihoidosta, omahoitajuudesta, hoitotyön perus-
tana toimivasta hoito- ja palvelusuunnitelmasta sekä RAI-arvioinnista lisääntyi. Ym-
märitys toimintakyvyn eri osa-alueiden toisiaan täydentävästä vaikutuksesta kasvoi,

esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn aleneminen vaikuttaa yleensä myös sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia tarkastellessa hengellisten tarpeiden tyydyttäminen jää valitettavasti hyvin vähälle huomioimiselle ja sen tärkeyttä pitäisi nostaa enemmän esille jo tutkintokoulutuksen aikana. Tulevan ammattilaisen olisi hyvä tiedostaa ikääntyneen vanhenemisen myötä kasvanut tarve päästä tavalla tai toisella osallistumaan hengelliseen toimintaan. Monikulttuurisuuden lisääntyessä myös kotihoidossa tulee ottaa huomioon eri uskontoryhmät ja niiden erityispiirteet.

Prosessina kyselyn tekeminen on monivaiheinen. Tutkimussuunnitelman laatiminen vei yllättävän paljon aikaa ja ohjaavan opettajan neuvot olivat tässä vaiheessa tärkeitä. Tutkimuskysymykset piti olla selvillä tutkimussuunnitelmaa kirjoittaessa ja niiden miettiminen vaati oman aikansa, ohjeistusta ohjaavalta opettajalta, työelämäohjaajalta sekä opinnäytetyön menetelmäpajoista. Tutkimuslupahakemuksen työstäminen vaadittavine liitteineen tuntui prosessin työläimmältä vaiheelta. Saimme myönteisen lupapäätöksen kahdessa viikossa hakemuksen lähettämisen jälkeen, vaikka olimme varautuneet pidempään odotusaikaan.

Itse kyselyn toteuttaminen Webropol-ohjelmassa vaati pientä teknistä perehtymistä, mutta testaamalla kyselyn toimivuutta pääsimme selville ohjelman antamista mahdollisuuksista. Kyselyn tuloksia analysoidessa huomasimme mitä kysymyksiä olisimme voineet toteuttaa teknisesti eri tavalla ja niistä onkin hyvä ottaa opiksi, jos teemme kyselyä esimerkiksi asiakkaille tulevassa työssämme. Tiedämme nyt, ettei kyselyn tekeminen ole ihan yksinkertainen asia vaan on paljon asioita mitä tutkimusprosessissa tulee ottaa huomioon.

Vaikka lähtökohtana kotihoidon asiakkuudessa on yleensä jokin fyysinen sairaus, tulee työntekijän ottaa huomioon kaikki asiakkaan toimintakyvyn osa-alueet. Opimme opinnäytetyöprosessin aikana ihmisen kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä paljon. Tulevina sosiaalialan työntekijöinä osaamme huomioida asiakkaan kokonaisuutena ja viemme mukana tätä ajatusmaailmaa myös tuleviin työyhteisöihinkin. Kotihoidossa on mielestämme selkeästi tarvetta sosiaalialan työntekijöille. Moniammatillinen tiimi mahdollistaa asiakkaan voimavarojen ja tuen tarpeiden tunnistamisen monipuolisesti. Vaikka emme työskentelisikään tulevaisuudessa kotihoidossa, opimme tätä

työtä tehdessä mitä on asiakaslähtöisyys ja miten sitä pystyy toteuttamaan asiakastyössä.

Opinnäytetyön tekeminen opetti meille, kuinka tärkeää on onnistunut tiimityö. Ilman avointa keskustelua ja luottamusta toiseen opinnäytetyön tekeminen olisi ollut raskasta. Oli tärkeää kuulla toisen ajatuksia ja mielipiteitä koko prosessin ajan. Sovitussa aikataulussa pysyminen ja säännölliset tapaamiset jaksottivat työn tekemistä niin, että saimme tehdä opinnäytetyön huolellisesti ja ilman kiirettä.

8.3 Jatkotutkimusaiheita

Asiakaslähtöisyys on käsitteenä hyvin laaja. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää tarkemmin, kuinka hoito- ja sosiaalialan työntekijöiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä eroavat. Tutkimustuloksessamme ilmeni, etteivät hoitajat tiedosta asiakkaan osallisuutta osana asiakaslähtöisyyttä, kun taas sosiaalialalla painotetaan asiakkaan osallisuutta ja osallistamista. Johtuuko tämä sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintokoulutusten eroavaisuuksista vai unohtuuko osallistaminen käytännön hoitotyössä, jossa painotetaan enemmän yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen tunnistamista?

Myös asiakaslähtöisyyden toteuttamisen menetelmien tutkiminen olisi mielenkiintoista. Mitkä ovat ne konkreettiset toimintamallit ja ohjausmenetelmät, joilla voi tukea asiakaslähtöisyyttä eri toimintakyvyn osa-alueilla? Kuinka työntekijä voi kotikäynnin aikana huomioida ja toteuttaa kokonaisvaltaista asiakaslähtöisyyttä? Tutkimustuloksista hoitajat saisivat uusia ideoita päivittäiseen työhön ja lisäksi hoitotyön laajemmista rakenteista voi löytyä syitä asiakaslähtöisyyden toteutumattomuudelle.

Eettisten arvojen ja laadukkaan työn toteutuminen voisi olla myös tarkemman selvityksen kohteena. Tässä tutkimuksessa oli nähtävissä kiireen vaikutus työn laadukkuuteen. Kiinnostava havainto oli, ettei lähiesimiehiä pidetty vastuussa kiireestä sillä esimiesten toiminta ei juuri noussut esille tutkimustuloksissa. Eettisten arvojen ja laadukkaan työn toteutumiseen keskittyvä tutkimus voisi tuoda esille organisaation johdon päätösten vaikutukset, jotka usein ilmenevät henkilöstön resurssipulana, toisin sanoen kiireenä hoitotyössä.

Asiakkaalta saatu palaute ja informaatio ovat tärkeitä seikkoja asiakaslähtöisyyden toteutumiselle ja asiakkaan palveluiden järjestämiselle. Jatkotutkimuksessa voisi selvittää Suomussalmen kotihoidon asiakkaiden näkemyksiä kotihoidon palveluiden toimivuudesta ja asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Tutkimuksessa asiakaslähtöisyyttä voisi tutkia syvemmin erittelemällä asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuuksia, kuten osallisuutta, dialogisuutta, tiedonkulkua sekä organisaation arvoja ja asenteita.

Tärkeä asia olisi myös mielenterveyspalvelujen ja vanhuspalvelujen yhteistyön kehittäminen. Hoitajien näkemys on, että mielenterveyspalvelujen saatavuus on todella hidas. Monilla asiakkailla on ollut elämänsä aikana mielenterveysongelmia, joiden vuoksi he ovat olleet säännöllisessä hoitosuhteessa tai osallistuneet mielenterveyskuntoutujien matalan kynnyksen toimintaan. Fyysisen toimintakyvyn alentuessa ikääntynyt ei pysty omatoimisesti kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumaan, jolloin suhteet mielenterveyskuntoutujien sosiaaliseen verkostoon katkeavat. Miten nämä kotihoidon asiakkaat pitäisi huomioida? Ikääntyneet asiakkaat ovat avunsaannin kannalta helposti syrjäytettävä kohderyhmä olipa palveluntarve mikä tahansa.

LÄHTEET

- Eloranta, S. (2009). *Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration*. (Turun yliopiston julkaisuja. Sarja 869). Saatavilla <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/47133/AnnalesD869Eloranta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hegyvary, S.T. (1991). *Yksilövastuinen hoitotyö*. Englanninkielinen alkuteos: The Change to Primary Nursing - a cross cultural view of professional nursing practice. Suomentaja Suistola, A. & Virtanen, T. (1–2 p.). Vaasa: Kirjayhtymä Oy.
- Heikkilä, T. (2014). *Kvantitatiivinen tutkimus*. Saatavilla <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>
- Heikkinen, A. & Manssila, S. (2017). Ammattietiikka tukee sekä asiakasta että ammattilaista. *Vanhustyö*, 5 (3), 17.
- Heikkinen, E. (2013). Gerontologia tieteenalana. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.), *Gerontologia* (s. 16–25). (3. uud. p.). Helsinki: Duodecim.
- Heinimäki, J. (2012). *Taskuetiikka*. Helsinki: Kirjapaja.
- Heinola, R. & L, M-L. (2007). Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa R. Heinola. (toim.), *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. (s. 36–51). Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2013). *Tutki ja kirjoita* (15.–17. p.). Helsinki: Tammi.
- Ikonen, E-R. (2013). *Kehittyvä kotihoito* (3.uud. p.). Helsinki: Edita.
- Ikonen, E-R. (2015). *Kehittyvä kotihoito* (4.uud. p.). Helsinki: Edita.
- Jouha, M. & Kröger, S. (2014). Voimavaralähtöisen kuntouttavan kotihoidon mallintaminen. Teoksessa E. Jouppila-Kupiainen, S. Kammonen, T. Kirvesniemi, T. Kuru, H. Mikkonen, A. Piirainen, E. Rautasalo, M. Reunanen & S. Utriainen (toim.), *Ammatti-ihmiset vanhusten asialla. Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä* (s. 11–22). (Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu. Vapaamuotoisia julkaisuja — free form- publications 42.) Saatavilla <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85972/URNISBN9789515884732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (14.9.2016). Strategiakartta 2017–2019. Saatavilla <https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-01/Kainuun%20soten%20strategia-kartta%202017-2020.pdf>
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (16.3.2017). Opinnäyte- ja tutkimustyöt. Ohjeita soten opinnäyte- tai tutkimustyön tekemiseen. Saatavilla https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-03/Ohjeita_soten_opinnayte_tai_tutkimustyon_tekemiseen.pdf
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (7.12.2016). Kotona asumista tukevien palveluiden sisältö ja myöntämisperusteet 1.1.2017 alkaen. Saatavilla https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-01/Kotona%20asumista%20tukevien%20palveluiden%20sis%C3%A4lt%C3%B6%20ja%20my%C3%B6nt%C3%A4misperusteet%201.1.2017%20alkaen_0.pdf
- Kan, S. & Pohjola, L. (2012). *Erikoistu vanhustyöhön* (3. uud. p.). Helsinki: Sanoma Pro.
- Kananen, J. (2010). *Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.
- Kari, O., Niskanen, T., Lehtonen, H. & Arslakoski, V. (2013). *Kuntoutumisen tukeminen* (1. p.). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. (2010). *Hoitoa ja huolenpitoa ammattitaidolla*. Helsinki: Edita.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. (2009). *Kuntoutumisen mahdollisuudet* (4. uud. p.). Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kivelä, S-L. (2012). *Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen*. Helsinki: Kirjapaja.
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta>

- L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>
- L 817/2015. Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150817?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20asiakkaan%20asemasta>
- L 980/2012. Laki ikääntyneen toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laaksonen, K. (1994). Muutos hoitotyössä. Teoksessa P. Voutilainen & K. Laaksonen (toim.) *Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin.* (s. 55–65). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. (2014). *Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana* (2. uud. p.). Helsinki: Edita.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2009). *Etiikka hoitotyössä* (5. uud. p.). Helsinki: WSOY.
- Mäkinen, L. (2015). *Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä.* (Sosiaalipsykologian pro gradu- tutkielma, Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö). Saatavilla <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98123/GRADU-1446457835.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Molander, G. (2014). *Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä.* Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mustajoki, H. (20.8.2018). Avoin tiede ja tutkimusetiikka. Vastuullinen tiede. Saatavilla <https://www.vastuullinentiede.fi/fi/tutkimusty%C3%B6/avointiede-ja-tutkimusetiikka>
- Peda.net. Ohjeet. Työvälineet. Lomake. Likert. Saatavilla 8.3.2019 <https://peda.net/ohjeet/ty%C3%B6v%C3%A4lineet/lomake/likert>
- Phillips, J., Ajrouch, K. & Hillcoat-Nallétamby, S. (2010). *Key Concepts in Social Gerontology.* London: Sage.

- Pukuri, T. (2002). Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa T. Munukka ja P. Aalto (toim.), *Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen* (s. 56–68). Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Raasakka, P., Väänänen-Sainio, R. & Koistinen, P. (2002) Etiikan tekemistä vanhustyössä. Eettisiä näkökulmia vanhustyön kehittämiseen Oulussa. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Julkaisusarja 4.) Saatavilla http://www.sosiaalikallega.fi/poske/julkaisut/julkaisusarja/Julkaaisu_4.pdf
- Rantanen, T. (2013). *Kunnan asiakaspalvelu*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Räsänen, R. & Valvanne, J. (2017). Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista – tavoitteeksi hyvä asiakkaan elämänlaatu. Teoksessa J. Kulmala (toim.) & V. Hantikainen. *Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen* (s. 21–22). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Räsänen, R. (2018). *Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Käytännönläheistä tietoa vanhusten hoito- ja palvelutyöhön*. Keuruu: Printek.
- Seppänen, M. (2006). *Gerontologinen sosiaalityö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (26.6.2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Saatavilla http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystyö. Iäkkäiden palvelut. Laatu ja kehittäminen. Saatavilla 30.8.2018 <https://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut/laatu-kehittaminen>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystyö. Sosiaalipalvelut. Kotihoito ja kotipalvelut. Saatavilla 30.8.2018 <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelu>
- Sufuca. Toimintakyvyn arviointi. Hengellisen toimintakyvyn arviointi. Saatavilla 3.10.2018 http://www.sufuca.fi/fi/assessment_spiritual_fi.html
- Sufuca. Toimintakyvyn arviointi. Yksilöllisen toimintakyvyn arviointi. Saatavilla 1.9.2018 http://www.sufuca.fi/fi/assessing_individually_fi.html
- Sufuca. Toimintakyvyn tukemisen suunnittelu. Vanhuksen hoito- ja palvelusuunnitelma. Saatavilla 2.9.2018 http://www.sufuca.fi/fi/supporting_plan_fi.html
- Teerikangas, M. (2017). *Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet kotihoidossa: asiakaslähtöisyys Oulun kaupungin kotihoidossa asiakkaiden ja työntekijöiden*

- arvioimana*. (Kuntoutustiede, pro gradu- tutkielma, Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta). Saatavilla <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63119/Teerikangas.Marjaana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tenkanen, R. (2007). Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa M. Seppänen, A. Karisto & T. Kröger (toim.), *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä* (s. 182). Juva: WSOY.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (11.4.2017). Kotihoidon asiakasmäärä kasvanut, mutta henkilöstön määrä vähentynyt. Saatavilla <https://thl.fi/fi/-/koti-hoidon-asiakasmaara-kasvanut-mutta-henkiloston-maara-vahentynyt>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (16.6.2017). Tietoa RAI-järjestelmästä. Saatavilla <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (24.5.2018). Tilastoraportti. Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136406/Tr19_18_korjattu250518_svenska.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Saatavilla http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Urtamo, A. (2017). Motivoiva ohjaus tukee ikääntyneen ihmisen kuntoutumista. *Vanhustyö*, 5 (4), 28–29.
- Valli, R. & Perkkilä, P. (2015). Nettikyselyt ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (4. uud. ja täyd. p.). (s. 109–120). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valli, R. (2015). Paperinen kyselylomake. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (4. uud. ja täyd. p.). (s. 84–108). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valli, R. (2018). Vastausten tulkinta määrällisessä tutkimuksessa. Teoksessa R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. (s. 261–275). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vastamäki, J. (2015). Kyselylomaketutkimus: Tutkimusasetelman ja mittareiden valinta. Teoksessa R. Valli, R. & J. Aaltola (toim.), *Ikkunoita*

tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle (4. uud. ja täyd. p.). (s. 121–132). Jyväskylä: PS-kustannus.

- Virnes, E. (2017). Uusi laatusuositus kannustaa terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen. *Vanhustyö*, 5 (4), 38.
- Virtanen, M. (2002). Yksilövastuisen hoitotyön filosofinen tarkastelu. Teoksessa T. Munnukka & P. Aalto (toim.), *Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen* (s. 9–30). Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Voutilainen, P. (2007). Laadun arvioinnin haasteet. Teoksessa R. Heinola (toim.), *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Webropol. Tuotteemme. Webropol online-kyselytutkimustyökalu – Kerää vastauksia, joilla on merkitystä. Saatavilla 27.9.2018 <http://webropol.fi/tuotteemme/>

LIITE 1

Hei,

Olemme kaksi suomussalmelaista Diakonia-ammattikorkeakoulun sosionomiopiskelijaa. Teemme opinnäytetyön aiheesta Asiakaslähtöisyyden toteutuminen omahoitajien näkökulmasta Suomussalmen kotihoidossa. Seuraavassa kyselyssä on tavoitteena selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat asiakaslähtöisyyden toteutumiseen tai toteutumattomuuteen omahoitajien näkökulmasta. Vastauksia käytetään Suomussalmen kotihoidossa tehtävän työn kehittämiseen. Tämä kysely on lähetetty kaikille Suomussalmen kotihoidon työntekijöille, ja aikaa vastaamiseen menee noin 10-15 min.

Vastaukset käsitellään anonyymisti.

Aikaa vastata kyselyyn on 15.12.2018 saakka

Kiitos vastauksistasi,
terveisin Katja Juntunen ja Mari Sirviö

Yhteystietomme

Katja.Juntunen@student.diak.fi

Mari.Sirviö@student.diak.fi

Pääset kyselyyn alla olevan linkin kautta:

Valitse sopivin vaihtoehto

1. Oletko koulutukseltasi

a) Lähihoitaja

b) Sairaanhoitaja

c) Jokin muu, mikä

2. Kuinka pitkään olet työskennellyt Suomussalmen kotihoidossa

- a) Alle 5 v
- b) 5-10 v
- c) Yli 10v

3. Kuinka hyvin pystyt työssäsi huomioimaan asiakaslähtöisyyden asiakkaan fyysisen toimintakyvyn kannalta

- a) Erittäin hyvin
- b) Hyvin
- c) Ei hyvin eikä huonosti
- d) Huonosti
- e) Erittäin huonosti

4. Jos vastasit huonosti tai hyvin huonosti, minkä koet olevan syynä asiakaslähtöisyyden toteutumattomuudelle fyysisen toimintakyvyn tukemisessa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- a) Oma osaaminen tai koulutuksen puute
- b) Kiire
- c) Työkavereiden tuen puute
- d) Esimiesten tuen puute
- e) Jokin muu, mikä

5. Jos vastasit hyvin tai erittäin hyvin, mikä tai mitkä tekijät vaikuttavat mielestäsi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen fyysisen toimintakyvyn tukemisessa?

6. Kuinka hyvin pystyt työssäsi huomioimaan asiakaslähtöisyyden asiakkaan psyykkisen toimintakyvyn kannalta

- a) Erittäin hyvin
- b) Hyvin
- c) Ei hyvin eikä huonosti
- d) Huonosti
- e) Erittäin huonosti

7. Jos vastasit huonosti tai hyvin huonosti, minkä koet olevan syynä asiakaslähtöisyyden toteutumattomuudelle psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- a) Oma osaaminen tai koulutuksen puute
- b) Kiire
- c) Työkavereiden tuen puute
- d) Esimiesten tuen puute
- e) Jokin muu, mikä

8. Jos vastasit hyvin tai erittäin hyvin, mikä tai mitkä tekijät vaikuttavat mielestäsi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa?

9. Kuinka hyvin pystyt työssäsi huomioimaan asiakaslähtöisyyden asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn kannalta

- a) Erittäin hyvin
- b) Hyvin
- c) Ei hyvin eikä huonosti
- d) Huonosti
- e) Erittäin huonosti

10. Jos vastasit huonosti tai hyvin huonosti, minkä koet olevan syynä asiakaslähtöisyyden toteutumattomuudelle sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- a) Oma osaaminen tai koulutuksen puute
- b) Kiire
- c) Työkavereiden tuen puute
- d) Esimiesten tuen puute
- e) Jokin muu, mikä

11. Jos vastasit hyvin tai erittäin hyvin, mikä tai mitkä tekijät vaikuttavat mielestäsi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa?

12. Kuinka hyvin pystyt työssäsi huomioimaan asiakaslähtöisyyden asiakkaan hengellisen toimintakyvyn kannalta

- a) Erittäin hyvin
- b) Hyvin
- c) Ei hyvin eikä huonosti
- d) Huonosti
- e) Erittäin huonosti

13. Jos vastasit huonosti tai hyvin huonosti, minkä koet olevan syynä asiakaslähtöisyyden toteutumattomuudelle hengellisen toimintakyvyn tukemisessa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

- a) Oma osaaminen tai koulutuksen puute
- b) Kiire
- c) Työkavereiden tuen puute
- d) Esimiesten tuen puute
- e) Jokin muu, mikä

14. Jos vastasit hyvin tai erittäin hyvin, mikä tai mitkä tekijät vaikuttavat mielestäsi asiakaslähtöisyyden toteutumiseen hengellisen toimintakyvyn tukemisessa?

15. Kuinka hyvin omahoitajuus mielestäsi toteutuu työssäsi?

- a) Erittäin hyvin
- b) Hyvin
- c) Ei hyvin eikä huonosti
- d) Huonosti
- e) Erittäin huonosti

16. Jos vastasit huonosti tai hyvin huonosti, mitkä seuraavista ovat syynä vastaukseen

- a) Oma osaaminen tai koulutuksen puute
- b) Kiire
- c) Työkavereiden tuen puute

- d) Esimiesten tuen puute
- e) Ei ole mahdollisuutta tavata omaa asiakasta tarpeeksi usein
- f) Työtehtävien jakaminen lähihoitajan ja sairaanhoitajan kesken
- g) Jokin muu, mikä

17. Jos vastasit hyvin tai erittäin hyvin, mikä tai mitkä tekijät vaikuttavat omahoitoisuuden toteutumiseen?

18. Kuinka hyvin pystyt työssäsi toimimaan ammatillisten eettisten arvojen mukaisesti?

- a) Erittäin hyvin
- b) Hyvin
- c) Ei hyvin eikä huonosti
- d) Huonosti
- e) Erittäin huonosti

19. Kokonaisuutena, kuinka laadukkaasti pystyt tällä hetkellä omasta mielestäsi toteuttamaan työtäsi

- a) Erittäin hyvin
- b) Hyvin
- c) Ei hyvin eikä huonosti
- d) Huonosti
- e) Erittäin huonosti

20. Mitä mielestäsi asiakaslähtöisyys tarkoittaa työssäsi?

Kiitos paljon vastauksista!