

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Marianna Jalonen

ULVILAN KOTIPALVELUN JA KOTISAIRAANHOIDON ASIAK-  
KAIDEN TOIVEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET KOTIHOIDON  
KEHITTÄMISTYÖTÄ VARTEN

Sosiaali- ja terveysala Harjavalta  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyö  
2007

## TIIVISTELMÄ

### ULVILAN KOTIPALVELUN JA KOTISAIRAANHOIDON ASIAKKAIDEN TOIVEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET KOTIHOIDON KEHITTÄMISTYÖTÄ VARTEN

Jalonen Marianna

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Harjavalta

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Marraskuu 2007

Ohjaajat: Kirsti Santamäki THM; Minna Kuusisto TtM

YKL: 37.232

Opinnäytetyö 51 sivua ja liitteet

---

Avainsanat: kotihoito, asiakaslähtöisyys, toimintakyky

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Ulvilan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaiden toiveita ja kehittämisehdotuksia kotihoidon kehittämistyötä varten. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, millaisia asioita asiakkaat haluavat. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoitoa asiakaslähtöisesti.

Tutkimusaineisto kerättiin Ulvilan vanhustyön asiakkaille tehdyn asiakastyytyväisyyskyselyn yhteydessä kesä- ja heinäkuussa 2007. Haastattelu toteutettiin strukturoitua lomaketta täyttäen. Tarvittaessa haastatteluun vastaamisessa asiakasta avusti tai asiakkaan puolesta vastasi omainen. Aineisto koottiin haastattelussa viimeisenä esitetyn avoimen kysymyksen vastauksista. Tutkimuksen otos oli 86 Ulvilan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon keskustan ja haja-asutusalueen asiakasta, joista 66 asiakkaalle avoin kysymys esitettiin. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmän avulla.

Vastaukset sisälsivät asiakkaiden saamaan välittömään palveluun ja palvelujen järjestämiseen liittyviä kehittämisehdotuksia ja toiveita. Tutkimustulosten mukaan eniten toivottiin perussiivouksen saamista ja ruoanlaitossa ja aterioinnissa avustamista. Asiakkaat toivoivat järjestettävän yhteisiä tilaisuuksia ja yhteistä toimintaa kuljetuksineen ja saat-toapuineen. Kotihoidolta toivottiin keskustelua, seurustelua, ulkoilua ja viriketoimintaa. Kotiin toivottiin saatavan myös talonmiestyypistä apua ulkotöihin. Palveluista tiedottamisen parantamisen keinoiksi ehdotettiin tiedotekirjettä, esitettä ja tiedotustilaisuuksien järjestämistä. Asiakkaiden mielestä käyntien järjestelyn, keston ja ajankohdan suunnittelussa on vielä parantamisen varaa.

Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoidon asiakaslähtöisiä palvelumuotoja ja omatoimisuuden ja kotona pärjäämisen tukemisen keinoja. Tutkimustulokset ja Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma ovat sisällöltään samansuuntaiset.

## ABSTRACT

### WISHES AND DEVELOPMENT SUGGESTIONS FROM HOME HELP SERVICE AND HOME HEALTH CARE CLIENTS FOR HOME CARE DEVELOPMENT IN ULVILA

Jalonen Marianna  
Satakunta Polytechnic  
Social Services and Health Care Harjavalta  
Health Care Studies  
Studyprogramme in Health Care Studies  
November 2007  
Tutors: Kirsti Santamäki THM; Minna Kuusisto TtM  
YKL: 37.232  
Pages 51 and appendices

---

Keywords: home care, customer-orientation, functionality

The purpose of this study is to chart home help service and home health care clients' wishes and development suggestions in Ulvila for home care improvement. The results of this study refer to what kind of services clients would like to have. The results can be utilized when developing customer-oriented home care working method.

The data was gathered at the same time with customer satisfaction questioning among home care clients in Ulvila June and July 2007. The interview was realized by using structured questionnaire. When needed, the interview was answered by a relative of client or client was contributed by a relative. The data was collected by using open questions' answers. Questions were posed at the latest of the interview. The sample of this study is 86 home help service and home health care clients in centre and sparsely populated area in Ulvila, from which 66 clients were posed the open question. The data of this study is analysed with content analysis.

Clients' development suggestions and wishes related to immediate service clients received and service organizing. The results reveal that cleaning, cooking and assistance in eating are the most desired services. The clients hoped that common affairs and activities with carriage and leading would be arranged by home care. In addition, deliberations, socializing, outdoor and hobby activities are hoped. Caretaker's services are hoped to receive at home. Notices, brochures and informative meetings were suggested as expedients for better service information. The majority of the clients felt that planning of home visits organization, duration and moment could be improved yet.

The results can be utilized when developing customer-oriented home care forms of service and good ways of nurturing in client's independent initiative and shape up at home. The result of this study is remarkably congruent with development agenda for work with the aged in Ulvila.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO .....	7
2 KOTIHOITO.....	8
2.1 Koti.....	8
2.2 Kotipalvelu.....	9
2.3 Kotisairaanhoido .....	10
2.4 Kotihoito .....	10
2.5 Kotihoidon asiakas .....	12
2.6 Kotihoitoasiakkaan toimintakyky .....	13
3 ASIAKASLÄHTÖISYYS .....	15
3.1 Asiakslähtöisyys ja asiakas käsitteinä .....	15
3.2 Asiakkuus.....	17
3.3 Asiakslähtöinen toiminta.....	17
3.4 Palveluiden kehittäminen kohti asiakslähtöisyyttä.....	19
3.5 Esteet ja ristiriidat asiakslähtöisen toiminnan toteutumisessa.....	21
4 ULVILAN KAUPUNKI KOTIHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ.....	22
4.1 Tilastotietoa Ulvilasta .....	22
4.2 Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja vanhusten palvelut.....	22
4.3 Laatu työn eteneminen Ulvilan kaupungissa .....	24
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	25
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	26
6.1 Otanta .....	26
6.2 Otannan perusteena olleet kotipalvelun asiakkaat .....	27
6.3 Otannan perusteena olleet kotisairaanhoidon asiakkaat.....	28
6.4 Aineistonkeruu .....	29
6.5 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja pätevyys.....	30
6.6 Kotipalvelun asiakkaiden taustatiedot.....	31
6.7 Kotisairaanhoidon asiakkaiden taustatiedot.....	32
6.8 Aineiston analyysi sisällönanalyysimenetelmällä.....	32

7 TUTKIMUSTULOKSET .....	34
7.1 Asiakkaan välittömään palveluun liittyvät kehittämissuositukset.....	35
7.1.1 Kodinhoito .....	35
7.1.2 Asiakkaan fyysisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen .....	36
7.1.3 Asiakkaan henkinen ja sosiaalinen tukeminen.....	37
7.1.4 Kokonaisvaltainen kotona pärjäämisen tukeminen.....	38
7.2 Asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen liittyvät kehittämissuositukset.....	39
7.2.1 Töiden organisointi .....	39
7.2.2 Kotihoidon maksut, palveluista tiedottaminen ja henkilöstön ammattitaito..	41
7.3 Yhteenveto kehittämissuosituksista.....	43
8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	44
8.1 Asiakkaan välittömään palveluun liittyvät kehittämissuositukset.....	44
8.2 Asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen liittyvät kehittämissuositukset.....	48
8.3 Jatkotutkimushaasteena hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen .....	50
9 POHDINTA .....	51
9.1 Tutkimuksen käytännön toteutuminen.....	51
9.2 Esiin nousseita kysymyksiä .....	52
LÄHTEET .....	54
LIITTEET	

*”Vaikeasti sairaita hoidettaessa saa kotihoidossakin parhaimmat tulokset hoitaja, joka toimii tyynesti ja rauhallisesti. Hoitajan tulee tosin osoittaa myötätuntoa ja ymmärtämystä sairaan valitellessa tuskiansa, mutta hän ei saa liiaksi yhtyä hänen valituksiinsa. Hoitajan tulee pikemminkin koettaa lohduttaa potilasta tyynesti ja sopivin sanoin. Jos tauti saa uhkaavan luonteen, niin ei ole sairaalle näytettävä huolestumista, sillä se voi vaikuttaa epäedullisesti hänen tilaansa. Täytyy muistaa, että monikin seikka, joka terveestä näyttää vähäpätöiseltä, saattaa sairaasta tuntua paljon suuremmalta ja niin ollen vaikuttaa melkoista valtavammin hänen mielentilaansa. Hoitajan tulee sentähden tehdä potilaalle mieliksi aivan pikkuasioissakin ja noudattaa hänen vähäisimpiäkin toivomuksiansa, mikäli se hoidon kannalta on luvallista. Siten tekee hän potilaalle siedettäväksi ja helpommaksi olon, mikä sairauden kestäessä pitkän aikaa voi käydä usein tukalaksi.”*

*Ruotsalainen, A. 1926. Kodin sairashoito. Porvoo: WSOY.*

# 1 JOHDANTO

Ajatus tämän tutkimuksen tekemisestä syntyi, kun minulle tarjoutui mahdollisuus osallistua Ulvilan kaupungin vanhustyössä toteutettavaan asiakastyytyväisyystutkimukseen. Koska asiakasnäkökulma nähdään tärkeänä sekä Ulvilan vanhustyön kehittämistyössä että käynnissä olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa, kiinnostuin siitä, millaisia kehittämisehdotuksia asiakkailla itsellään on ja millaiseksi asiakkaat toivovat tulevaisuuden kotihoidon muodostuvan. Tutkimusta aloittaessani pohdin, haluaisivatko asiakkaat takaisin ruoanlaitto- ja siivouspalvelut, jotka nyt ovat erikseen ostettavia tukipalveluita.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia toiveita ja kehittämisehdotuksia Ulvilan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkailla on tulevaisuuden kotihoidon kehittämistyötä varten. Tutkimus on ajankohtainen, koska Ulvilassa sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen myötä myös perinteiset sosiaalitoimen kotipalvelu ja terveystoimen kotisairaanhoido yhdistetään kotihoidoksi. Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, millaisia asioita asiakkaat haluavat. Tulosten avulla kotihoitoa voidaan tulevaisuudessa kehittää asiakaslähtöisesti.

Tutkimusaineisto kerättiin Ulvilan vanhustyön asiakastyytyväisyyskyselyn yhteydessä. Haastateltavat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon keskustan ja haja-asutusalueen asiakkaat valittiin systemaattisella satunnaisotannalla siten, että otantajoukko käsitti 50 prosenttia kustakin perusjoukosta erikseen. Kysely tehtiin strukturoituna eli ohjattuna haastatteluna kaavaketta täyttäen. Tätä tutkimusta varten erilliselle lomakkeelle viimeiseksi lisättiin avoin kysymys: ”Jos saisitte päättää, mitä haluaisitte muuttaa, uudistaa tai parantaa tulevaisuuden kotihoidossa Ulvilassa verrattuna nykyiseen?” Avoimen kysymyksen vastaukset pelkistettiin ja analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Tämä tutkimusraportti koostuu teoriaosasta, jossa kuvataan kotipalvelua, kotisairaanhoidoa, kotihoitoa ja asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi teoriaosassa esitellään Ulvila toimintaympäristönä em. näkökulmista. Seuraavaksi raportissa selvitetään tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaminen. Lopuksi kerrotaan tutkimuksen tulokset johtopäätöksineen.

## 2 KOTIHOITO

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen tavoitteena on, että iäkkäät ihmiset pystyisivät asumaan itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään mahdollisimman pitkään. 1990-luvulla tapahtuneen vanhustyön palvelumuutoksen myötä vanhusten laitoshoidon osuutta on vähennetty ja avohoitoa sekä palveluasumista vastaavasti alettu lisätä ja kehittää. (Ikonen & Julkunen 2007, 12 - 14.) Kotihoidon rooli kodin ja laitoksen välimaastossa tulee entisestään korostumaan väestön ikääntyessä (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro 2006, 163).

### 2.1 Koti

Koti merkitsee itsenäistä elämää, omatoimisuutta, tuttuutta ja turvallisuutta, itsemääräämistä ja sosiaalisten suhteiden säilymistä. Koti, omistus-, vuokra- tai palveluasunto, on kotihoitoasiakkaan yksityinen koti, joka samalla toimii hoitoympäristönä ja työntekijän työympäristönä. Lisäksi ihmisen jokapäiväiseen elämään liittyvät kiinteästi asuinalue, lähipalvelut ja liikenneyhteydet. Kotona asumisen onnistuminen riippuu asiakkaan terveydentilasta ja toimintakyvystä, kotihoidosta saatavasta avusta sekä läheisten mahdollisuuksista osallistua asiakkaasta huolehtimiseen. (Larmi, Tokola & Väلكkiö 2005, 15; Ikonen & Julkunen 2007, 10 - 13.) Itsenäistä selviytymistä voidaan tukea mm. varmistamalla ympäristön esteettömyys, luomalla toimintakyvyn heikkenemistä ehkäiseviä työmuotoja, ottamalla laajasti käyttöön kuntouttava työote, antamalla tehokasta ja oikea-aikaista kuntoutusta toimintakyvyn heiketessä ja järjestämällä riittävät koti- ja muut palvelut (Holma 2003, 10). Finne-Soverin ym. (2006, 130 - 132) tutkimuksessa ilmeni, että noin 30 prosentilla kotihoidon asiakkaista oli jokin kotiympäristöön liittyvä ongelma tai puute, joka vaaransi turvallisuutta tai vaikeutti omatoimisuutta.



## 2.2 Kotipalvelu

”Kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain mukaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan kotipalveluna järjestetään kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön tai perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten aterian- vaatehuolto-, kylvetys-, siivous- ja saattajapalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.” (Larmi ym. 2005, 42.)

Kotipalvelutyö on 1990-luvulta lähtien kehittynyt hoitotyön suuntaan ja kotitaloustyön osuus on vähentynyt. Esimerkiksi ruokaa valmistetaan vain poikkeustapauksissa, yleensä ruoka tuodaan asiakkaan kotiin ateriapalveluna. Samoin siivouksen asiakas hankkii tarvittaessa yksityiseltä sektorilta. Kotipalvelutyön tavoitteena on auttaa ja tukea asiakkaita selviytymään mahdollisimman itsenäisesti päivittäisistä toimista, edistää fyysistä ja psyykkistä terveyttä ja ylläpitää sosiaalisen turvallisuuden tunnetta. Työn lähtökohtia ovat asiakaslähtöisyys, asiakkaan kunnioitus ja ehdoton luottamus. (Ikonen & Julkunen 2007, 45 - 47.)

Kotipalvelut ovat tarveharkintaisia sosiaalipalveluja, joita kunnat tuottavat lakisääteisesti asukkailleen. Kotipalvelua anotaan kunnalta, ja sitä on mahdollisuus saada, jos asiakas täyttää laissa mainitut ehdot ja kunnalla on resursseja myöntää anottu palvelu. Kotipalvelun asiakas maksaa saamistaan palveluista asiakasmaksulakien ja tulojensa mukaisen hinnan. Kotipalvelun henkilökuntaan kuuluu kunnan sosiaalitoimen alaisena toimivat sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillisen tutkinnon omaavat kodinhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, sosionomit, sosiaaliohjaajat ja fysioterapeutit. Kotipalveluja tuottavat kuntien lisäksi yksityiset yrittäjät ja erilaiset järjestöt. (Larmi ym. 2005, 42; Ikonen & Julkunen 2007, 44 - 47.)

### 2.3 Kotisairaanhoito

”Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan kansanterveystieteen mukaista avosairaanhoitona järjestettävää potilaan sairaanhoitoa, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito, sekä kotihoidon asiakkaan terveysneuvontaa, joka käsittää kansanterveydellisen valistustyön ja terveystarkastusten järjestämisen” (Larmi ym. 2005, 42).

Kotisairaanhoito toimii kunnissa yleensä väestö- tai aluepohjaisen toimintamallin mukaisesti. Kotisairaanhoito on suunnitelmallista moniammatillista terveydenhuollon ammattilaisten asiakkaan kotona antamaa sairaanhoitoa. Asiakkaaksi ottamisesta, lääketieteellisestä hoidosta ja asiakkuuden päättämisestä vastaa kotihoidon vastaava lääkäri. Muita kotisairaanhoidon työntekijöitä ovat terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat ja fysioterapeutit. Kotisairaanhoito on tarkoitettu ihmisille, jotka eivät voi sairauden, vamman tai toimintakykynsä heikkenemisen takia käyttää muita avoterveydenhuollon sairaanhoitopalveluita. (Larmi ym. 2005, 42; Ikonen & Julkunen 2007, 47–49.)

### 2.4 Kotihoito

Perinteisesti sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet erillään organisoidut palvelut. Kotisairaanhoito on kuulunut terveyspalveluihin ja kotipalvelu sosiaalipalveluihin. Sosiaalihuolto- ja kansanterveystieteen vuoden 2004 lisäyksen mukaan kunnissa voidaan kokeilla vanhusten ja eräiden muiden asiakasryhmien palvelujen organisoimista siten, että sosiaalihuollon kotipalvelu ja terveydenhuollon kotisairaanhoito yhdistetään uudeksi tehtäväalueeksi, kotihoidoksi. Joissakin kunnissa yhdistyminen on toteutettu, mutta monilla paikkakunnilla organisaatiot toimivat vielä erillisinä, tosin tehden tiivistä yhteistyötä asiakkaan palvelujen suunnittelussa, toteuttamisessa ja työnjakokysymyksissä. (Helminen & Karisto 2005, 14; Larmi ym. 2005, 11; Ikonen & Julkunen 2007, 14, 48.)

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jonka tavoitteena on hoito- ja huolenpitotyön keinoin mahdollistaa hyvä ja turvallinen kotona asuminen ja

arjen päivittäisistä toiminnoista selviytyminen mahdollisimman pitkään asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvilla terveyden- ja sairaanhoidon, kotipalvelun, sosiaalityön, kuntoutuspalvelujen ja omaisten avulla. Kotihoidon perustehtäviä ovat kodinhoito ja asiakkaan henkilökohtainen perushoito, hoito-, hoiva- ja huolenpitotyö, ehkäisevä ja ennakoiva työ, asiointi, sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvä toiminta, ohjaus, tukeminen, neuvominen ja yleinen palveluneuvonta. Asiakkaat ovat eri-ikäisiä avun tarvitsijoita, joilla on tilapäisiä, jatkuvia tai pahenevia toimintakyvyn rajoituksia tai sairauksia. Lähtökohtana on tasavertaisen avun tarjoaminen asiakkaille. (Larmi ym. 2005, 19, 34; Ikonen & Julkunen 2007, 12 -16, 31.) Kotihoito perustuu huolelliseen ja oikea-aikaiseen kokonaistilanteen sekä hoidon ja palvelun tarpeen arviointiin, jossa lähtökohtana ovat asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn tunnistaminen sekä hänen oma käsityksensä selviytymisestään (Ikonen & Julkunen 2007, 90). Kotihoito tukee viiveetöntä sairaalasta kotiutumista ja se turvaa sairaalajakson jälkeisen jatkohoidon (Ikonen & Julkunen 2007, 16).

Yhdistyneen kotihoidon mallissa työskentely tapahtuu moniammatillisissa tiimeissä. Työskentelyssä yhdistyvät perinteiset kotisairaanhoidon suorittama hoitotyö ja kotipalvelun ammatillinen hoiva- ja huolenpitotyön asiantuntijuus. Asiakkaan tarpeen mukaisissa tehtäväkokonaisuuksissa huomioidaan toimintakyvyn edistäminen ja sairauksien hoito- ja kuntoutusohjeet. (Larmi ym. 2005, 34, 42; Ikonen & Julkunen 2007, 31, 48.) Työ tehdään samoissa tiloissa, yhteisin työvälinein ja yhdessä sovituin toimintaperiaattein. Asiakkaita ei eritellä kotipalvelun tai kotisairaanhoidon asiakkaita, vaan he ovat kotihoidon asiakkaita. Eri ammattialojen edustajilla on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella omat osaamisalueensa asiakkaiden hoidossa ja palvelussa. Ammatillaiset näkevät asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesti, mutta asiakkaan huomiointi ja osaaminen painottuu työntekijöiden eri ammattikoulutusten sisällön, kokemuksen ja ammattitaidon mukaisesti: eri ammattialojen edustajat tuovat osaamisensa asiakkaiden ja toistensa avuksi. Yhdentyneessä kotihoidossa toimitaan myös toisten ammattiryhmien tehtävissä työjärjestyksen tarkoituksenmukaisuus huomioiden. Asiakkaan tarve määrittää kotikäynnillä tarvittavan osaamisen ja sen, kuka hänen luonaan käy. Kaikkien toimialojen työhön sisältyy asiakkaiden henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa, psykososiaalista tukea, ehkäisevää ja ennakoivaa työtä, kuntoutusta ja yleistä palveluneuvontaa. (Larmi ym. 2005, 11 - 13, 19; Ikonen & Julkunen 2007, 20.) Haastetta työhön tuovat muutokset asiakkaan terveydentilassa, sairauden hoito ja kuntoutus (Larmi ym. 2005, 34). Kotihoi-

totyö on usein vuorotyötä: aamu-, ilta- ja yövuoroja on kaikkina viikonpäivinä. Monissa kunnissa on ns. yöpartioita, vakinaisia yöhoitajia, jotka huolehtivat koko kunnan asiakkaiden yöhoidosta. (Larmi ym. 2005, 12.) Kotihoitotyö jakautuu välittömään asiakastyöhön, jossa asiakas on läsnä, ja välilliseen, toimistolla tehtävään työhön (Larmi ym. 2005, 19). Keskeisintä on asiakkaan kanssa tehtävä työ, jonka onnistuminen edellyttää hyvin suoritettua asiakastyön valmistelun, suunnittelun ja organisoinnin (Larmi ym. 2005, 23).

Kotihoidon kehitystyön haasteina nähdään mm. se, että tulevaisuudessa hoidetaan nykyistä enemmän akuutteja sairauksia sairastavia ja erityisryhmiin, esim. vammaisiin ja päihdeongelmaisiin kuuluvia asiakkaita, joiden hoitaminen edellyttää perusosaamista syvällisempää ammattitaitoa (Larmi ym. 2005, 15). Kehittämistyössä pyritään lisäksi rakentamaan toimintatapoja, jotka tukevat moniammatillista työskentelyä (Ikonen & Julkunen 2007, 21). Kiireellisesti tarpeellisia ovat myös kehittämishankkeet, joilla kotiympäristöjen tiloja parannetaan tarpeenmukaisiksi, esteettömiksi ja turvallisiksi, tunnistetaan dementia sekä eliminoidaan tai vähennetään elämänlaatua heikentäviä tekijöitä. Jokaisessa kunnassa ensisijaisia keskustelunaiheita tulisi olla kotihoidon rooli palvelurakennevalikossa sekä kotona asumisen kehittäminen. (Finne-Soveri ym. 2006, 162 - 163.)

## 2.5 Kotihoidon asiakas

Kotihoito palvelee kaikkia ikäryhmiä, mutta suurin osa kotihoidon asiakkaista on 75-vuotta täyttäneitä vanhusasiakkaita. Muita asiakasryhmiä ovat vammautuneet, pitkäaikaissairaat, päihdeongelmaiset, psykiatriset asiakkaat ja mielenterveyskuntoutujat. Asiakkaat asuvat kotona tai palvelutaloissa. Asiakkaat ovat yleensä huonokuntoisia, iäkkäitä ja sairaita. He sairastavat mm. sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia ja vammoja, diabetesta, hengitysteiden sairauksia, syöpää, dementoivia sairauksia, alkoholi- ja mielenterveysongelmia. Heillä voi olla useampia terveysongelmia tai pitkäaikaissairauksia, kipuja, masennusta, fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, erilaisia sosiaalisia ongelmia sekä kognition (aivojen laaja-alainen kyky suoriutua monimutkaisista älyllisistä toiminnoista) vajavuutta. (Finne-Soveri ym. 2006, 63, 85; Ikonen &

Julkunen 2007, 16, 131 - 132.) Arjessa selviytyminen riippuu muun muassa kodin varustelutasosta, elinympäristöstä ja lähiomaisten sekä muiden auttajien verkostoista. Maaseudulla ongelmia voivat tuottaa huonot kulkuyhteydet ja palvelujen etäisyys. (Ikonen & Julkunen 2007, 10.)

Finne-Soverin ym. (2006, 6, 63 - 67) tutkimien kotihoidon asiakkaiden älyllinen toimintakyky oli alentunut huomattavasti 59 prosentilla asiakkaista. Dementoiva sairaus oli kuitenkin diagnosoitu vain 16 prosentilla. Todennäköistä onkin, ettei dementiasairauksia diagnosoida riittävästi. Ilman diagnoosia asiakas ei saa asianmukaista lääkitystä, jonka avulla laitoshoidon joutumista voidaan viivyttää. (Finne-Soveri 2006, 67.) Samassa tutkimuksessa epäiltiin, että asiakkaiden masennustakin oli alihoidettu joko riittämättömällä lääkityksellä tai lääkitystä ei ollut ollenkaan huolimatta merkittävästä oireilusta. Asiakkaalta tuleekin havainnoinnin lisäksi kysyä suoraan, tunteeko asiakas itsensä masentuneeksi. Samoin tulee havainnoida ja suoraan kysyä kivusta, jota esiintyi yli puolella tutkituista kotihoidon asiakkaista. Pitkäaikainen kipu liittyy usein masennukseen. (Finne-Soveri 2006, 77 - 79.) Tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkailla on parantamisen varaa myös lääkityksen asianmukaisuuden seurannassa (Finne-Soveri ym. 2006, 7).

Uudenlaiselle kotihoidon työlle on ominaista vanhusasiakkaan tukeminen monin eri keinoin. Moniasiakkuus tarkoittaa sitä, että kotihoidon vanhusasiakas on monesti usean eri organisaation tai palvelujärjestelmän asiakas samanaikaisesti: asiakas saattaa asua esim. puolet kuukaudesta lyhytaikaishoitopaikassa ja puolet omassa kodissaan. Kotihoitotyötä tekevän hoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä on rohkaista asiakkaitaan käyttämään tarjolla olevia palveluja. (Ikonen & Julkunen 2007, 132.)

## 2.6 Kotihoitoasiakkaan toimintakyky

Terveys muodostuu fyysisten tarpeiden tyydyttämisestä, toimivista sosiaalisista suhteista, hyvästä olost ja toimintakyvystä. Toimintakyky on suhteellinen ominaisuus, joka ilmenee ihmisen ja hänen toimintaympäristönsä välillä. Toiminnanvajetta ratkaisevampaa on niin sanottu *coping-kyky*, se, miten asiakas pärjää sairautsiensa kanssa ja mikä

on todellinen toimintakyky, kyky selviytyä arjen vaatimuksista. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, kognitiiviseen (älylliseen), psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Kokonaistoimintakyky koostuu em. eri osatekijöiden summasta. Toimintakyky ei ole pelkästään yksilöllä olevaa kyvykkyyttä, vaan se on myös ”osaamista” ja ”haluamista”, johon lisäksi vaikuttaa ”täytyminen” eli ympäristön edellyttämät. (Helminen & Karisto 2005, 15; Ikonen & Julkunen 2007, 94 - 95.)

Kotihoitoasiakkaan hyvinvointiin vaikuttavat hänen voimavaransa ja jäljellä oleva toimintakykensä. Ulkonaisesti samanlaisessa elämäntilanteessa olevat ihmiset voivat kokea hyvinkin eri tavalla oman selviytymisensä. Merkityksellistä on se, millaiseksi ihminen oman toimintakykensä kokee. Ikääntyneiden terveyden edistämiseksi on tärkeää, että puututaan mahdollisimman varhain toimintakyvyn heikkenemiseen ja ehkäistään toimintakyvyn vajauksia (Ikonen & Julkunen 2007, 90 - 95). Terveys 2015 kansanterveyden yhteistyöohjelma esittää tavoitteeksi, että yli 75 -vuotiaiden keskimääräinen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samalla tavalla kuin viimeiset 20 vuotta (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001, 15).

Toimintakykyä arvioidaan erilaisilla toimintakykymittareilla. Mittarilla tarkoitetaan usein lomaketta, jonka avulla henkilön toimintakykyä selvitetään haastatteleamalla tai havainnoimalla ja tuloksia kirjaamalla. (Ikonen & Julkunen 2007, 96.) Koko maata kattavien yhtenäisten toimintakykymittareiden avulla päästään tulevaisuudessa tilanteeseen, jossa hoidon saamisen kriteerit ovat tasavertaisia riippumatta asuinkunnasta (Finne-Soveri ym. 2006, 5). Vanhusten kotihoidossa käytetyimpiä mittareita on RAVA, joka mittaa päivittäisen avun, erityisesti hoivan tarvetta ja asiakkaan toimintakykyä. Kotihoidon asiakkaan voimavarojen ja palvelun tarpeen kartoitukseen voidaan käyttää Kotihoidon RAI- järjestelmää. RAI on hoidon ja palveluiden laadun parantamisjärjestelmä, joka sopii myös kotihoitoasiakkaille. (Ikonen & Julkunen 2007, 97 - 98.)

Finne-Soverin ym. (2006, 6, 68 - 70) tutkimuksen mukaan lähes jokaisella kotihoidon asiakkaalla (97 %) oli vaikeus suoriutua välinetoiminnoista (IADL, Instrumental Activities in Daily Living), joilla tarkoitetaan asiakkaan omatoimisuutta tai sen vajetta erilaisien asioiden ja talouden hoitamiseen liittyvissä toiminnoissa ja jotka ovat perinteisesti kuuluneet kotipalvelun toimialaan. Tutkimuksen mukaan mm. kotitaloustyöt, kuten astioiden ja vaatteiden peseminen, vuoteen sijaaminen ja huoneiston siistiminen, aterioi-

den valmistaminen, lääkitys ja kodin ulkopuolella liikkuminen ja asioiminen olivat vaikeuksia tuottavia toimintoja. Päivittäisissä toiminnoissa (ADL, Activities in Daily Living) suurin avuntarve oli kylpemisessä ja ulkona liikkumisessa. Huomionarvoista kuitenkin on, että suurin osa asiakkaista oli omatoimisia päivittäisissä toiminnoissa. (Finne-Soveri ym. 2006, 6, 71 - 74, 160.)

Finne-Soverin ym. tutkimuksen yksi tärkeimmistä löydöksistä oli se, ettei kuntatasolla ole panostettu edes kuntoutumispotentiaalia omaavien kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn. Huolellisesti kohdennetuilla toimenpiteillä päästäisiin parempiin tuloksiin. (Finne-Soveri ym. 2006, 98, 117, 161.) Esimerkiksi liikkumisen kannalta esteetön ja turvallinen ympäristö on selkeä kehityskohde (Finne-Soveri ym. 2006, 132, 162). Asiakkaat, joilla on dementiaa, fyysiseen toimintakykyyn tai horjuvaan terveydentilaan liittyviä ongelmia, hyötyisivät nopeista täsmällisistä diagnooseista ja ripeästi aloitetuista oikein valituista hoidoista sekä kuntoutustoimenpiteistä. Asiakkaille tulisi kehittää asianmukaiset ja tehokkaat kuntoutussuunnitelmat ja sisällyttää ne hoito- ja palvelusuunnitelmiin. (Finne-Soveri ym. 2006, 119.)

### 3 ASIAKASLÄHTÖISYYS

#### 3.1 Asiakaslähtöisyys ja asiakas käsitteinä

Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisuuden toteutumisessa johtavia periaatteita on asiakaslähtöisyys, ja asiakaslähtöisen toiminnan peruskäsitteitä ovat oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 7, 14 -17, 149). Ihmisläheisyys taas ilmenee asiakkaan arvostuksena, yksityisyyden ja yhteisöllisyyden vaalimisena, asiakkaan hoitoon osallistumisena ja tiedon saannin varmistamisena, tunne-elämän huomioimisena ja fyysisen terveyden ylläpitämisenä ja edistämisenä (Kokkola ym. 2002, 20). Asiakaslähtöisyyden periaate tosin on ristiriidassa yhteiskunnassa vallitseva tehokkuutta ja tuottavuutta korostavan arvoilmaston kanssa. Ristiriitaisuutta lisäävät

myös erilaiset priorisoinnit ja työn lähtökohtien ja päämäärien erilaiset määrittelytavat. (Kokkola ym. 2002, 14.)

Asiakaslähtöisyys käsitteenä on vielä tuore ja kehittymässä oleva, eikä siitä kaiken kattavia kuvauksia ja yksimielisyyttä sellaisenaan ole, vaikka se on laadunhallinnan, palvelutoiminnan ja hallinnon uudistumisen kehittämisen keskeisiä periaatteita. Asiakaslähtöisen toiminnan toteutuminen on vielä puutteellista, vaikka asiakaslähtöisyys esiintyy lähtökohtaisena periaatteena lainsäädännössä ja suosituksissa. Asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteitä ovat asiakaskeskeisyys, potilaskeskeisyys, ihmiskeskeisyys, potilaslähtöisyys ja osallisuus. (Kokkola ym. 2002, 14 -17; Sorsa 2002, 1, 20 - 23, 30 - 31.)

Asiakaslähtöisyys kuvaa sosiaali- ja terveystaloudessa perinteisesti toiminta- ja ajattelutapaa, jossa asiakas on palvelujen keskipisteessä, sekä sen käytännön toteuttamista. Toiminnan perustana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset ja lähtökohtina palvelu, laatu ja yksittäisen asiakkaan elämäntilanne sekä vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijän välillä. Asiakaslähtöisyyteen liittyy jatkuva laadun kehittäminen ja arviointi asiakkaan näkökulmasta. (Sorsa 2002, 1, 27, 32 -35.)

Keskustelua on herättänyt kirjallisuudessa sekä käytännön työssä kysymys siitä, millä nimellä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piirissä olevaa ihmistä tulisi kutsua: kuluttaja, potilas vai asiakas (Kokkola ym. 2002, 16; Sorsa 2002, 29). Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas-sanana määritelmiä löytyy runsaasti. Asiakas on henkilö, henkilöryhmä, perhe tai organisaatio, joka hakee apua ja vastaanottaa palveluja sosiaali- ja terveystaloudista (Kokkola ym. 2002, 6, 32). Asiakas on ensisijaisesti palveluja käyttävä ja palveluista maksava asiakas. Asiakas-nimitys kuvaa kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksilöitä, jotka ovat asiakkaana, mukaan lukien myös potilaat (Kokkola ym. 2002, 16 - 17).

Asiakkaan oikeudellinen asema palvelujen käyttäjänä perustuu vuonna 1992 voimaantulleeseen lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista sekä lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista vuodelta 2000 (Ikonen & Julkunen 2007, 130). Myös kansanterveyslaissa ja mielenterveyslaissa edellytetään asiakaslähtöisyyttä palveluissa. Sekä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista että sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta, ihmisen



kohtelua niin, ettei se loukkaa ihmisarvoa, ja että ihmisen vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Potilasta ja asiakasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Kokkola ym. 2002, 17 -18.) Asiakkaan oikeuksien toteutuminen merkitsee mm. avun saamista oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa (Sorsa 2002, 29).

### 3.2 Asiakkuus

Lainsäädännössä ja suosituksissa korostetaan asiakkaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Asiakkaan yhä aktiivisempi rooli oman elämänsä asiantuntijana, palvelujen määrittäjänä ja oman terveytensä edistäjänä on kohonnut keskeiseksi tavoitteeksi asiakastyössä. Ammattilaisen rooli onkin muuttumassa tulevaisuudessa tiedonantajan suuntaan. (Kiiikkala 2000, 119; Kokkola ym. 2002, 18 - 20; Sorsa 2002, 29, 32 -33.) Yhteistyösuhteessa asiakkaan kanssa korostuvat asiakkaan ja työntekijän kumppanuus, yhteistyö ja vuorovaikutus, joita luonnehtivat dialoginen ja yhteistoiminnallinen työskentelytapa. Asiakkaan osallisuus ilmenee yhteisenä päätöksentekona ja mahdollisuutena ilmaista tarpeensa ja toiveensa, sekä vaikuttaa eri valintoihin ja sitä kautta saamansa palvelun lopputulokseen. Asiakkaat toivovat palvelujen jatkuvuutta, pitkäaikaista asiakassuhdetta, yksinkertaisia hoitamisen ja auttamisen keinoja, asiantuntevaa henkilökuntaa ja huomaavaista kohtelua. Lisäksi he haluavat olla mukana asioitaan koskevassa päätöksenteossa. Vaikutusmahdollisuudet ja valinnanvapaus hoidossa sekä neuvonta edistävät asiakkaan kuntoutumista ja voimaantumista. Huomion arvoista on se, että asiakkaan toiveet voidaan huomioida vain tiettyihin palvelujärjestelmän osoittamiin rajoihin asti, sekä se, että kaikki ihmiset eivät ole valmiita kantamaan vastuuta terveydestään ja päätöksenteosta. (Kokkola ym. 2002, 12, 20; Sorsa 2002, 1, 30 - 34.)

### 3.3 Asiakaslähtöinen toiminta

Asiakaslähtöinen toiminta perustuu toisesta ihmisestä välittämiseen, ihmisarvoon ja yhdenvertaisuuteen. Kaiken toiminnan tulee lähteä asiakkaan tarpeista ja asiakkaan tulee olla palvelujen keskipisteessä. Asiakaslähtöisen työskentelyn tuloksena asiakas saa

tarvitsemaansa apua ja tukea. Asiakslähtöinen työskentely ei tarkoita sitä, että tehdään asiakkaan puolesta, vaan sitä, että tuetaan asiakkaan omia voimavaroja ja itsenäistä päätöksentekoa. Asiakslähtöisen toiminnan toteutumista voidaan varmistaa asiakaspalautteella, voimaantumista tukevilla keinoilla sekä yhteistoiminnallisilla toimintatavoilla. (Kokkola ym. 2002, 12, 20; Sorsa 2002, 1, 33.)

Jatkuvaa eettistä pohdintaa synnyttää ajatus siitä, että asiakslähtöisyyden sijasta työskentelyn tietoinen tai tiedostamaton arvo- ja asennepohjainen näkökulma onkin työntekijä- tai organisaatiolähtöinen. Siirtymiseksi aitoon asiakslähtöiseen toimintatapaan tarvitaan arvojen tarkistamista, asiakasta koskevien olettamusten selkiyttämistä, käytännön toiminnan uudistamista ja työntekijän ammatillista kehittymistä. (Kokkola ym. 2002, 1, 19.) Asiakslähtöistä toimimista vaikeuttavat lisäksi mm. työpaineet, kiire, työntekijän ahdistuneisuus tai ennakoasenteet (Kokkola ym. 2002, 24; Sorsa 2002, 33).

Työntekijällä on samanaikaisesti kaksi eri roolia: toisaalta hän on ammattilainen ja asiantuntija, toisaalta tavallinen ihminen ja läheinen asiakkaan rinnalla kulkija. Asiakslähtöinen työskentely perustuu yleisiin ihmisten kohtaamisen ja vuorovaikutuksen taitoihin sekä kykyyn työskennellä omana persoonanaan asiakkaan kanssa; tavoitteena on synnyttää normaali ihmisten välinen luottamussuhde. Työntekijän ammatillinen kehitys vaatii asiakslähtöisen työtavan omaksumista. Asiakastyössä työntekijältä vaaditaan luovuutta ja jatkuvaa halukkuutta kohentaa ammattitaitoaan. Asiakslähtöisen työtavan sisäistämiseksi työntekijän tulee käydä läpi omia asenteitaan ja arvojaan ja kehittyä ihmisenä, jolloin hän pystyy toimimaan aitona omana persoonanaan. Näin työntekijä pystyy tukemaan asiakasta itsenäisyyteen ja riippumattomuuteen. Esteinä ammatilliselle kehittymiselle nähdään muun muassa työtapojen rutinoituminen. (Kokkola ym. 2002, 22 - 26; Sorsa 2002, 1, 33 - 34.)

Asiakslähtöisesti työskentelevältä työntekijältä edellytetään aitoutta, avoimuutta, rohkeutta, yhdenvertaisuutta, aktiivisuutta ja ammattitaitoa. Työntekijällä tulee olla herkkyyttä tunnistaa asiakkaan elämäntilanne ja olla valmis muuttamaan toimintaansa aina tilanteen mukaisesti. Työntekijä kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta: työntekijä toimii aidosti, toiminta on tulevaisuuteen suuntaavaa ja toiveikasta. Asiakassuhteen dialogisuus toteutuu, kun työntekijä kohtaa asiakkaan tutkivalla asenteella, pelottomasti ja levollisesti, asiakkaalle tilaa antaen (Kokkola ym. 2002, 19 - 25).

Työntekijä on samalla tasolla asiakkaan kanssa ja asiakasta varten, kuuntelee, keskustelee, auttaa ja uskoo muutoksen mahdollisuuteen. Asiakaslähtöinen työntekijä auttaa asiakasta tekemään onnistuneita valintoja ja saavuttamaan tavoitteitaan. Työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksen tasavertaisuuden toteutumiseksi työntekijän tulee aidosti kunnioittaa ja hyväksyä toisen ihmisen erilaisuus ja erilainen ideologia. Aiemmin epäammattimaisena pidetty työntekijän tunteiden esiin nouseminen on muuttunut: ”maallikkoauttamisen” voimavarat on todettu tarpeellisiksi, ja niitä on alettu liittää ammatilliseen suhtautumiseen. (Kokkola ym. 2002, 26.)

Anu Sarven (2002, 38 - 39) tutkimuksessa ”Hoitotyöntekijöiden voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa” ilmeni, että suurin osa (82 - 95 %) hoitotyöntekijöistä koki hallitsevansa parhaiten hoitotyön prosessiin kuuluvat osa-alueet, joita ovat asiakaslähtöisen hoitotyön suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Vahvimpina taitoinaan hoitotyöntekijät pitivät myös kohtaamistaitojaan ja yhteistyötaitojaan asiakkaidensa ja heidän omaistensa kanssa. Puutteellisimmiksi taidoikseen hoitotyöntekijät arvioivat taitonsa, jotka liittyivät asiakkaiden psyykkisiin ja kognitiivisiin sekä hengellisiin odotuksiin vastaamiseen. Hoitotyöntekijöiden arviot ammatillisista valmiuksistaan erosivat toisistaan riippuen siitä, miten aktiivisesti he olivat osallistuneet työnantajan tarjoamaan tai omaehtoiseen täydennyskoulutukseen. Mitä enemmän oli koulutusta, sitä paremmaksi valmiustaso arvioitiin. (Sarvi 2002, 38 - 39.)

### 3.4 Palveluiden kehittäminen kohti asiakaslähtöisyyttä

Palvelu on kahden osapuolen välinen, dynaaminen, aikasidonnainen ja monisisältöinen tapahtuma. Palvelun näkökulmasta korostuu asiakas palvelun vastaanottajana, jolle tarjotaan monipuolisia palveluja tämän tarpeiden perusteella. Sosiaali- ja terveydenhuolto-palveluita käyttävä asiakas eroaa muiden palvelujen kuluttajasta siinä, ettei hän voi ennakoida palvelun tarvetta. Asiakas on lisäksi riippuvainen palvelun tuottajan avusta. Avohoidon ja peruspalvelujen kehittämistyössä keskeisiä teemoja ovat asiakaslähtöisyys, asiakkaan osallisuus, asiakkaan ja ammattilaisen välinen suhde sekä eri tahojen välinen yhteistyö. Aiemmin palvelun tuottaja määritteli asiakkaan tarpeet, mutta nyky-

ään asiakkaalla on yhä enemmän sananvaltaa sosiaali- ja terveystalvelujen sisällön suhteen. (Sorsa 2002, 21 - 30.)

Pohdittavana tällä hetkellä on sosiaali- ja terveystalvelujen sisältö sekä talvelujen mahdolliset muutokset tulevaisuudessa. Talveluissa tulee käyttää kaikkia keinoja, jotka edistävät monipuolisuutta, joustavuutta, saumattomuutta, oikea-aikaisesti autetuksi tulemistä ja luotettavuutta asiakkaan näkökulmasta katsottuna. (Kokkola ym. 2002, 22; Sorsa 2002, 28 - 35.) Talvelut pyritään järjestämään sopimalla työyhteisön jäsenten kesken asiakaslähtöisistä toimintatavoista, joista työntekijä itsenäisesti valitsee asiakkaan tarpeisiin parhaiten vastaavat talvelut (Kokkola ym. 2002, 12; Sorsa 2002, 21 - 24, 34). Organisaation talveluajatus ilmaisee, mitä asiakasryhmän tarpeita kohdataan ja millä resursseilla, sekä sen, miten tavoitteet toteutetaan. Toiminnan kehittämisessä korostuvat talveluajattelu, asiakasnäkökulma, asiakaslähtöisyys ja asiakastyytyväisyys. Kehittämistarpeina mainitaan asiakkaiden ottaminen mukaan laatutyöhön, keskusteluun ja päätöksentekoon. Sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämisessä asiakkaan kokemuksia voidaan selvittää ja hyödyntää esim. asiakastyytyväisyyskyselyin. (Kokkola ym. 2002, 27; Sorsa 2002, 28 - 35.)

Yhteiskunnallisen kehityksen murroksen myötä sosiaali- ja terveystalveluissa korostuvat asiakaslähtöisyys, kansalaisten itsemäärääminen ja avohoitopainotteisuus. Asiakaslähtöisyyden parantaminen on yksi laadunhallinnan keskeisiä kehittämistavoitteita. Asiakaslähtöisesti toimittaessa talvelun laatua tulee katsoa asiakkaiden silmin. (Sorsa 2002, 28 - 34.) Nykyään asiakkaat ovat entistä tietoisempia talveluun ja omiin oikeuksiinsa liittyvissä asioissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa talveluja tarjoavat eri talveluntuottajat, ja siitä johtuen asiakkaat tapaavat yhä useampia eri alojen asiantuntijoita, ja tätä kautta myös heidän tietämyksensä kasvaa. Nykyisin työntekijän rooli on olla yhä enemmän tiedonantaja, asiakkaan rooli on muuttunut aktiivisemmaksi, ja asiakkaan itsehoitoisuus korostuu entisestään. (Kokkola ym. 2002, 14.)

Asiakaslähtöisen työn kehittämisessä tulevaisuudessa keskitytään uusien toimintamallien kehittämiseen, jossa ydinajatuksena on välittäminen ja huolenpito (Kokkola ym. 2002, 7). Asiakkaan hoidon toteuttaminen moniammatillisesti yhteistyössä hyödyntäen eri ammattialojen osaamista korostuu entisestään, ja päätöksenteko perustuu monitieteiseen ongelmanratkaisuun asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Yhteinen sopiminen

toimintaperiaatteista edesauttaa sosiaali- ja terveystalvelujen asiakaslhtöistä laadukasta toteutumista. (Kokkola ym. 2002, 28; Sorsa 2002, 34.)

Asiakkaat toivovat yleensä jatkuvia ja pysyviä hoito- ja palvelusuhteita. Asiakaslhtöisten saumattomien palvelujen kehittäminen onkin yksi tulevaisuuden tavoitteista. Saumattomien palveluketjujen myötä kansalaisten mahdollisuudet valita palveluja ja osallistua aktiivisina palvelujen järjestämiseen lisääntyvät. Asiakaskeskeisen palveluketjun tavoitteena on, että asiakas on palvelujen keskipiste ja saa tarvitsemansa avun ilman viiveitä, eikä hänen ole välttämätöntä tietää, mihin organisaatioon tai hallintoon häntä palvelevat työntekijät kuuluvat. Palvelun antajalla tulisi olla asiakasta koskevat tarpeelliset tiedot heti käytössään, mikä mahdollistuu uuden tietoteknologian käyttöönoton avulla. Saumattomien palveluketjujen toteutumisen esteinä nähdään vielä organisaatiokeskeinen palvelukulttuuri, yhteistyön ongelmat, kokonaisvastuun puuttuminen, tiedonsaannin puutteet, työtavat ja vallitsevat asenteet. (Kokkola ym. 2002, 30.)

### 3.5 Esteet ja ristiriidat asiakaslhtöisen toiminnan toteutumisessa

Asiakaslhtöisessä toiminnan toteutuksessa esiintyy myös ristiriitoja ja jopa esteitä (Kokkola ym. 2002, 7). Esteenä voi olla asiakas itse silloin, kun hän ei käytä palveluja tarpeesta huolimatta, koska ei arvosta tai tunne palveluita, tai asiakas vaatii palveluja, jotka eivät tue asiakkaiden yhdenvertaista näkökulmaa. Asiakaslhtöinen toiminta vaikeutuu, jos asiakas ei näe tai tuo esiin elämäntilanteensa vaikeuksia, tai asiakas ja viranomaiset näkevät tilanteen toisistaan poikkeavasti. Ristiriitoja syntyy myös silloin, kun asiakkaan ja työntekijän välinen yhteistyö ei suju. Asiakaslhtöistä työtä saattavat rajoittaa myös kunnissa toteutetut raamibudjetointi sekä sosiaalityön säästöohjelmat ja supistukset. (Kokkola ym. 2002, 12, 20; Sorsa 2002, 33 - 35.) Myös eri tahojen näkemykset ja käsitykset asiakastyön sisällöstä vaihtelevat, eikä yhteistä kieltä löydy. Muita ristiriitoja ja jopa esteitä asiakaslhtöiselle toiminnalle voivat olla mm. asiakkaiden ja työntekijöiden vanhat asenteet, organisaatiolhtöinen palvelukulttuuri, palvelujen organisointi ei-asiakaslhtöisesti, organisaatioiden, työntekijöiden ja asiakkaiden väliseen yhteistyöhön liittyvät ongelmat, toimintatapoihin liittyvät esteet, kokonaisvastuun puute, tiedonkulun vaikeudet ja johtamisen heikkoudet. (Kokkola ym. 2002, 7, 14.)

## 4 ULVILAN KAUPUNKI KOTIHOIDON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

### 4.1 Tilastotietoa Ulvilasta

Vuoden 2005 alussa Ulvilan kaupunki ja Kullaan kunta yhdistyivät. Aiemmin kummallakin kunnalla oli oma sosiaalitoimen organisaationsa. Perusterveydenhuolto oli organisoitu Ulvilan ja Kullaan yhteiseen kansanterveystyön kuntayhtymään. Nykyisin Ulvilan terveystoimi vastaa mm. perusterveydenhuollosta ja vanhustenhuollosta.

Ulvilan kaupungissa on noin 14 000 asukasta. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Ulvilan asukasluku ei kovin paljon laske vuoteen 2030 mennessä, mutta iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa. Seuraavan kymmenen vuoden aikana vanhusten määrä kasvaa runsaasti, 85 vuotta täyttäneiden osuus jopa yli 50 prosenttia, joten vanhuspalvelujenkin tarve lisääntyy lähivuosina. Samaan aikaan työikäisten määrä vähenee. (Teräväinen ym. 2006, 1 - 7, 24; Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 3.) Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelmassa (2007, 8) korostetaan avohoidon ja erityisesti kotihoidon lisäämistä ja kehittämistä. Keskeisiä lähtökohtia kehittämislle ovat mm. kotona asumisen tukeminen ja ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen (Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 2).

### 4.2 Sosiaali- ja terveystoimen yhdistäminen ja vanhusten palvelut

Syyskuussa 2005 Ulvilan kaupunginhallitus teki päätöksen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistämistyön aloittamisesta. Tavoitteena yhdistämistyölle oli sosiaali- ja terveystoimen toiminnallinen ja hallinnollinen yhdistäminen, jonka avulla palvelut pystyttäisiin järjestämään nykyistä paremmin ja kustannukset olisivat paremmin hallittavissa. (Teräväinen ym. 2006, 1 - 2.) Palveluprosessit ja organisaatio uudistetaan siten, että uusi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus on valmis ja toiminnassa vuoden 2009 alusta lähtien. Uudistamisella tavoitellaan moniammatillisen ja ammatillisen osaamisen oikea-aikaista kohdentumista, osaamisen ja työmenetelmien uudistamista, asiakaspro-

sessilähtöistä työskentelemistä perinteisen työpaikka-ajattelun sijaan, tukipalveluiden mekanismien uudistamista ja yhdenvertaisen palveluiden turvaamista. (Tilahankkeiden tarveselvitysmalli 2007, 9.) Vanhuspalvelut siirrettiin sosiaalitoimen alaisuudesta 1.1.2007 alkaen terveyslautakunnan alaisuuteen. Ulvilassa on parhaillaan käynnissä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämistyö kotihoitotoiminnaksi.

Tällä hetkellä Ulvilassa vanhusten kotona selviytymisen tueksi tarjotaan kotipalvelua, kotisairaanhoidoa, asumispalveluja, lyhytaikaisia laitoshoidojaksoja, omaishoidon tukea, tukipalveluita ja palvelusetelitoimintaa. Viime vuosina kotipalvelu on painottunut huonokuntoisimpien asiakkaiden hoitoon ja huolenpitoon ja yhä enemmän myös lääkehoitoon. Kotipalvelu sisältää päivätyöskentelyn arkipäivisin, yöpartion ja viikonlopputyön. Viikonlopputyö ja yöpartiotoiminta on kohdistettu huonokuntoisimmille asiakkaille, joista suuri osa olisi laitoksessa ilman näitä palveluja. Kotipalvelu on jaettu viiteen alueeseen, joista kaksi toimii haja-asutusalueilla. Kotipalvelussa on 34 työntekijää. Ulvilan kotisairaanhoido toimii alueellisen väestövastuun mukaisesti, jokaisella työntekijällä on maantieteellisesti rajattu alue. Kotisairaanhoidossa työskentelee kuusi perushoitajaa. Terveystenhoitajat osallistuvat kotisairaanhoidon tarvittaessa ja ovat mukana asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Lisäksi terveydenhoitajat tekevät kaikille 75 ja 80 vuotta täyttävälle terveystarkastuksen. Kotisairaanhoidolla on oma vastuulääkäri. (Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 3 -6.)

Asumispalveluina Ulvilassa vanhuksille tarjotaan vuokra-asuntoja, palveluasumista ja tehostettua palveluasumista. Palveluasuminen on ulkoa annettavin palveluin tuettavaa itsenäistä asumista, tehostetussa palveluasumisessa palvelut saadaan ympärivuorokautisesti talon sisältä. Asumispalveluiden tavoitteena on omatoimisuuden lisääminen ja hoidon tarpeen väheneminen. Lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan kotona pärjäämistä sekä omaisen jaksamista. Kotona vanhusta hoitava omainen voi saada omaishoidon tukea, joka muodostuu hoitopalkkiosta, tarvittavista palveluista hoidettavalle ja omaishoitajan tukemisesta. Tukipalveluita ovat mm. pyykkihuolto ja ateriapalvelu, ja palveluseleitä voidaan myöntää esim. siivouksen ostamiseen. (Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 4 -6.)

### 4.3 Laatutyön eteneminen Ulvilan kaupungissa

Ulvila on mukana Karhukuntien vanhustenhuollon ISO 9001 standardin mukaisessa laadunkehittämishankkeessa yhdeksän lähikunnan kanssa (Levola 2007). Laatujärjestelmän avulla saadaan tieto oman kunnan tuotannon tasosta, sekä turvataan kaikkien palvelujen samanlainen laatutaso omassa kunnassa, seudun kaikissa kunnissa ja kunnan sekä yksityisten kunnalle tuottamien palvelujen kesken. Pyrkimyksenä on tuottaa kuntalaisille laadukkaita palveluja riippumatta asuinpaikasta, sekä jatkuvasti kehittää palvelujen laatua mm. vahvistamalla henkilöstön osaamista. Laadunhallinnan tulee olla osa jokapäiväistä toimintaa. (Levola 2007.)

Laadun hallinnan ISO 9001 mukaisia periaatteita ovat mm. asiakaskeskeisyys, johtajuus, henkilöstön osallistuminen, prosessimainen toimintamalli, järjestelmällinen johtamistapa ja jatkuva parantaminen. Laadunhallinnassa käytetään erilaisia menettelytapoja ja välineitä, kuten hoito- ja palvelusuunnitelmia, asiakaspalautejärjestelmiä, sisäisiä ja ulkoisia arviointeja, laitteiden kunnossapito-ohjelmia jne. Omaa toimintaa arvioidaan auditointien, itsearviointien ja ITE-kyselyjen avulla. Toimintajärjestelmä kuvataan, jotta kaikki tietävät, miten toimitaan, mikä on ”talon tapa”. Hyvän laadunhallintajärjestelmän avulla työyhteisössä toiminnalla on yhteinen määritely perusta ja yhteiset menettelytavat, tarvittavat dokumentit ja dokumentointikäytännöt. Prosessit ja palvelut ovat arvioitavissa ja niitä voidaan arvioinnin perusteella parantaa. Lisäksi tunnetaan asiakkaiden odotukset ja tarpeet. Mittareina voidaan käyttää mm. työtyytyväisyyskyselyjä, prosessimittareita (esim. jonotusajat, painehaavaseuranta), talouden seurannan mittareita ja asiakastyytyväisyyskyselyjä. (Levola 2007.)



## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia toiveita ja kehittämisehdotuksia Ulvilan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaille on tulevaisuuden kotihoidon kehittämistyötä varten. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoitoa asiakaslähteisesti. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin Ulvilan kaupungissa kesällä 2007 vanhustyön ja kotisairaanhoidon asiakkaille tehdyn asiakastyytyväisyyskyselyn yhteydessä avoimen kysymyksen vastauksista. Strukturoidun asiakastyytyväisyyskyselyn toteuttamisessa osuuteni oli haastatella tutkimukseen 50 prosentin satunnaisotannalla valitut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaat. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaiden haastattelut sekä kyselyn valmistelut, tilastoinnin ja raportoinnin teki tehtävään palkattu harjoittelija.

Tutkimuskysymystä lähdettiin muotoilemaan miettimällä, miten parhaiten saataisiin selville, millaisia kehittämisen haasteita kotihoito kohtaa tulevaisuudessa asiakkaiden toiveiden ja kehittämisenäkökulmien perusteella. Ensimmäinen ajatukseni oli poimia ja kirjata kehittämisehdotukset haastattelujen ohella käydyistä keskusteluista. Todettiin, että näin toimien vastaukset olisivat muodostuneet liiaksi haastattelijan tulkinnoista. Parempi tapa oli liittää haastattelun loppuun mahdollisimman yksiselitteinen ja helposti ymmärrettävä erillinen avoin kysymys. Kysymyksen muokkaamisessa sain apua ja ehdotuksia ohjaajilta, opiskelutovereilta ja yhdeltä kotipalvelun työntekijältä. Avoimeksi kysymykseksi muotoutui: ” Jos saisitte päättää, mitä haluaisitte muuttaa, uudistaa tai parantaa tulevaisuuden kotihoidossa Ulvilassa verrattuna nykyiseen?”

## 6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Otanta

Otantamenetelmä on metodi, jolla perusjoukosta poimitaan havaintoyksiköt (ihmiset) tutkimukseen. Perusjoukko sisältää kaikki havaintoyksiköt, joista tutkimuksessa halutaan tietoa. Perusjoukosta voidaan valita tutkimukseen joko kaikki perusjoukon havaintoyksiköt tai tehdä edustava otos. Perusjoukon koko vaikuttaa siihen, päätetäänkö tutkimuksessa tehdä kokonaistutkimus vai käytetäänkö jotakin otantamenetelmää. Lähtökohtana otantamenetelmän valinnassa on, että kaikilla perusjoukon havaintoyksiköillä on mahdollisuus valikoitua otokseen. (Aaltola & Valli 2001, 104; Vilka 2005, 77 -79, 182 -183.)

Tässä tutkimuksessa otantamenetelmänä käytettiin systemaattista otantaa, jossa havaintoyksiköt valittiin tasavälein. Ensimmäinen otokseen valittava havaintoyksikkö eli lähtöpiste arvottiin kymmenen ensimmäisen havaintoyksikön joukosta, luku seitsemän. Muut havaintoyksiköt määräytyivät laskemalla poimintaväli. Poimintaväli on havaintoyksikköjen määrä jaettuna otoskoolla, toisin sanoen perusjoukon koko jaettiin otoskoolla. Tulos pyöristettiin kokonaisluvuksi, jonka mukaan valittiin ensimmäinen havaintoyksikkö arvotun havaintoyksikön jälkeen. Systemaattinen otanta soveltuu hyvin käytettäväksi numeroidun aakkosjärjestyksessä oleva asiakasluettelon yhteydessä. (Aaltola & Valli 2001, 104; Vilka 2005, 77 -79, 182 -183.)

Otoksen kokoon vaikuttavat tutkimusaihe ja tulosten tarkkuustarve. Toteutunut otos tarkoittaa kyselylomakkeisiin tai haastatteluihin vastanneiden määrää. Toteutuneesta otoksesta tulisi saada sama tutkimustulos kuin tutkittaessa kokonaistutkimuksella koko perusjoukko. (Vilka 2005, 80.) Otoksen kokoa ja edustavuutta arvioitaessa on otettava huomioon mahdollinen vastauskato (Viinamäki & Saari 2007, 56). Otoksen kooksi päätettiin 50 prosenttia, jolloin poimintaväli on kaksi, eli joka toinen asiakas valittiin haastateltavaksi.

## 6.2 Otannan perusteena olleet kotipalvelun asiakkaat

Asiakastyytyväisyystutkimuksen otoksen tekemisen perusteena oli säännöllistä kotipalvelua Ulvilan kaupungissa sillä hetkellä (6.6.2007) saavat asiakkaat. Pelkästään tukipalveluita, esim. ateria- tai pyykkipalvelua saavat asiakkaat eivät kuuluneet joukkoon. Asiakasmääräksi saatiin 93 asiakasta. Asiakkaat jaettiin kahteen perusjoukkoon asuinpaikan mukaan keskustassa ja haja-asutusalueilla (Kullaa, Harjunpää ja Kaasmarkku) asuviin. Keskustassa asuvia asiakkaita oli 72, ja haja-asutusalueilla asuvia 21. Kummas-takin perusjoukosta tehtiin luettelo aakkosjärjestyksessä sukunimen mukaan otoksen tekoa varten. Haja-asutusalueen listasta tuli valituksi 11 asiakasta, joka on 13 % kaikista haastatelluista. Keskustassa asuvien asiakkaiden listasta valittiin 36 asiakasta, joka on 41 % kaikkien haastateltujen määrästä. (Taulukko 1.)

Haastatteluun valikoituneiden asiakkaiden osoitteet sekä kyky vastata itse / omaisen osallistuminen haastatteluun käytiin läpi ja kirjattiin ylös. Asiakkaiden kykenemistä vastata itse haastatteluun arvioivat kotipalvelujen sosiaalipalvelunohjaajat. Sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla toimintakyky tms. vaikeutti haastatteluun vastaamista, päätettiin ottaa yhteyttä omaisiin, jotka voisivat yhdessä asiakkaan kanssa tai yksin asiakkaan puolesta vastata kyselyyn. Postitse vastaaville omaisille postitettiin saatekirje, kyselykaavakkeet ja palautuskuori. Sosiaalipalvelunohjaajien antamien tietojen mukaan keskustan asiakkaiden osalta otettiin yhteyttä 12 omaiseen, sekä haja-asutusalueella asuvien asiakkaiden osalta viiteen omaiseen. Postitse vastasi kaksi omaista.

Osoitetietojen perusteella suunniteltiin haastattelujärjestys asuinpaikan mukaan. Haastattelut jaettiin 11 päivälle niin, että haastattelijalle tuli keskimäärin viisi haastattelua päivässä. Yleensä haastattelua varten varattiin aikaa puolitoista tuntia, ja pidempiin ajomatkoihin tarvittava aika. Yhden afasiaa sairastavan asiakkaan haastatteluun varattiin aikaa kaksi tuntia, ja haastattelussa oli mukana tulkki. Harjoittelija postitti etukäteistiedotteet (Liite 1) haastatteluaikoiseen kotona haastateltaville. Jos omainen oli tulossa mukaan haastatteluun, hänen kanssaan harjoittelija sopi puhelimitse ajan.

### 6.3 Otannan perusteena olleet kotisairaanhoidon asiakkaat

Asiakastyytyväisyystutkimuksen tiimoilta oli herännyt kysymys kotisairaanhoidon mukaan ottamisesta tutkimukseen sillä perusteella, että syksyllä 2007 on suunnitteilla kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi. Kotisairaanhoidon asiakkaat päätettiin haastatella myös. Asiasta sovittiin terveystoimen johtavan hoitajan Tuula Huumosen kanssa. Kotisairaanhoidon osastonhoitaja toimitti työryhmälle (haastattelijat ja sosiaalisihiteeri) nimelistat säännöllistä kotisairaanhoitoa saavista asiakkaista. Listoista poistettiin ne asiakkaat, jotka olivat jo säännöllistä kotipalvelua saavien haastateltavien asiakkaiden listalla. Jäljelle jäävistä 77 asiakkaasta teimme 50 % otannan lähtöpisteenä luku seitsemän ja poimintavälinä kaksi samoin kuin oli tehty kotipalvelun asiakkaista. Tutkija teki sosiaalisihiteerin pyynnöstä tutkimuslupapyyntö (Liite 2) Ulvilan terveyslautakunnan kokoukseen, jossa asiakastyytyväisyyskyselyn toteutus esitellään 12.6.2007. Pyyntö hyväksyttiin (Liite 3). Haastatteluja tuli kotisairaanhoidon osalta kahdeksalle päivälle, viisi haastattelua päivässä.

Asiakkaat jaettiin kahteen perusjoukkoon asuinpaikan mukaan keskustassa ja haja-asutusalueilla (Kullaa, Kaasmarkku, Harjunpää) asuviin. Keskustassa asuvia asiakkaita oli 46, ja haja-asutusalueilla asuvia 31. Kummastakin perusjoukosta tehtiin luettelo aakkosjärjestyksessä sukunimen mukaan otoksen tekoa varten. Haja-asutusalueen listasta tuli valituksi 16 asiakasta, joka on 19 % haastatteluista. Keskustassa asuvien asiakkaiden listasta valittiin 23 asiakasta, joka on 27 % kaikista haastatelluista. (Taulukko 1.) Kotisairaanhoitoasiakkailta avointa kysymystä kysyttäessä kerrottiin, että vastaaminen laajennetaan koskemaan myös kotipalvelua, koska tarkoituksena on kerätä kehittämissuhteita ajatellen tulevaisuuden kotihoitoa, joka tarjoaa yhdistettynä perinteisiä sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluja.

Taulukko 1.

Asiakastyytyväisyyskyselyyn haastateltaviksi valittujen Ulvilan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon keskustan ja haja-asutusalueen asiakkaiden määrä.

Otosryhmät	Perusjoukko (hlöä)	50 % otos (hlöä)	% koko otoksesta
Kotipalvelu keskusta	72	36	41
Kotipalvelu haja-asutus	21	11	13
Kotisairaanhoido keskusta	46	23	27
Kotisairaanhoido haja-asutus	31	16	19
<b>Yhteensä:</b>	<b>170</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

#### 6.4 Aineistonkeruu

Asiakastyytyväisyyskyselyn haastattelukaavake sisälsi esitiedot (palvelumuoto, sukupuoli, ikä, asuinpaikkatieto ja toimiko vastaajana asiakas vai omainen), 25 haastattelukysymystä rastitusvaihtoehtoin ja asiakkaan arvioinnin tyytyväisyydestään saamaansa palveluun kouluarvosanoin. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakastyytyväisyyskyselyn yhteydessä esittämällä viimeisenä tutkijan laatima avoin kysymys: ” Jos saisitte päättää, mitä haluaisitte muuttaa, uudistaa tai parantaa tulevaisuuden kotihoidossa Ulvilassa verrattuna nykyiseen?” Avoin kysymys oli erillisenä lomakkeena (Liite 4). Niissä tapauksissa, jossa omainen vastasi kokonaan asiakkaan puolesta tai yhdessä asiakkaan kanssa, vastaajaksi merkittiin omainen.

Kysyessään avointa kysymystä tutkija vältti johdattelemasta vastaajaa millään tavalla. Tarvittaessa kysymys toistettiin. Vastaus/ vastaukset kirjattiin mukaillen haastateltavan käyttämää sanamuotoa, esim.

*Lähtisivät mukaan lääkäriin tarvittaessa.  
Käydä puhumassa ihmisten tykönä.*

## 6.5 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja pätevyys

Tutkimukset tehdään useimmiten tuottamaan tietoa ja palvelemaan työelämän tarpeita, ei pelkästään tutkijan mielenkiinnosta teoriatietoa kohtaan. Tutkimuksella pyritään tuottamaan uusia näkökulmia, muuttamaan käsityksiä ja vaikuttamaan. (Vilka 2005, 39; Viinamäki & Saari 2007, 24, 28.) Lisäksi se voi edistää eri toimi- ja ammattialojen sekä sidosryhmien toiminta- ja ajattelutapoja ja yhteistoimintaa. Se voi tuottaa myös uusia ideoita ja näkökulmia, auttaa määrittelemään asioita uudella tavalla ja luomaan uusia kysymyksiä. (Vilka 2005, 30, 34; Viinamäki & Saari 2007, 27.)

Tutkimuksen tekeminen edellyttää tutkimusetiikkaa eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamista koko tutkimuksen ajan ideointivaiheesta tulosten esittämiseen asti. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kaikkiin niihin ihmisiin, jotka tavalla tai toisella liittyvät tutkimukseen, oman ammatti- ja lähialojen edustajiin ja lopulta tutkimusraportin lukijoihin. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, sekä perustaa tiedonhankintansa oman alansa tieteelliseen kirjallisuuteen, muihin asianmukaisiin tietolähteisiin, riittäviin havaintoihin ja oman tutkimuksensa analysointiin. (Vilka 2005, 29 - 31; Hirsjärvi & Hurme 2006, 20; Viinamäki & Saari 2007, 14 - 17.) Tämän tutkimuksen tekemisessä on pyritty noudattamaan tutkimuksenteon eettisiä arvoja.

Aiheen valinta, oman tutkimuksen näkökulman määrittäminen ja aineiston hankinta ovat eettisesti keskeisiä kokonaisuuksia. Tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä, sekä toimittava vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan. Erityisesti lähteiden, lähdeviitteiden ja suorien lainausten käyttämisessä ja merkitsemisessä tulee olla erittäin huolellinen. Tutkimus tulee tehdä ns. teoreettisen toistettavuuden periaatteen mukaan, mikä tarkoittaa, että lukijan on ymmärrettävä tutkimuksen sisältö. (Vilka 2005, 29 - 31; Hirsjärvi & Hurme 2006, 20; Viinamäki & Saari 2007, 12 - 20, 29.)

Tutkimuksessa itsestään selvää on luottamuksellisuus. Tutkimuksessa mukana olevia ihmisiä koskevien tietojen tulee pysyä salassa siten, etteivät ulkopuoliset pysty tunnistamaan tietojen antajaa. Tutkimuksessa mukana olevien ihmisten tulisi saada riittävästi tietoa osallisuudestaan tutkimuksessa, ja lupa tutkimusaineistojen keräämiseen tulisi

hankkia myös tietojen todellisilta tuottajilta. Tutkimuksen saatekirjeessä tai haastattelupyynnössä tulisi olla riittävästi tietoa tutkittavalle siitä, mihin hän tietojaan antaa. Sen perusteella hän voi myös kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. (Vilka 2005, 34 - 36; Hirsjärvi & Hurme 2006, 20; Viinamäki & Saari 2007, 18 - 20, 29.)

## 6.6 Kotipalvelun asiakkaiden taustatiedot

Kotipalvelun keskustan alueella otannan mukaan haastateltavia asiakkaita oli 36. Hyväksytyjä haastatteluvastauksia tuli yhteensä 25 ja vastaamattomia 9 ja hylättyjä 2. Haastatteluun vastasi itse 17 asiakasta, joista yksi tulkin avulla, omainen vastasi kuudessa haastattelussa joko kokonaan tai yhdessä asiakkaan kanssa ja kaksi omaista vastasi postitse. Hyväksytyjen haastatteluiden asiakkaista oli 17 naista ja kahdeksan miestä. Hyväksytyjen haastatteluiden asiakkaat olivat 49 - 98 -vuotiaita. Haastattelija ei tavoittanut kahta haastateltavaa, he eivät olleet kotona tai eivät vastanneet ovikellon soittoon. Neljä asiakasta oli sairaalassa tai lyhytaikaishoitojaksolla. Yksi haastattelu keskeytyi, koska asiakas uupui kesken haastattelun eikä jaksanut keskittyä kysymyksiin, joten haastatteluvastaus hylättiin. Kaksi asiakasta kieltäytyi haastattelusta. Yhtä haastattelua ei voitu pitää luotettavana. Otokseen valituista asiakkaista kaksi kuoli ennen sovittua haastattelu-aikaa. Heidän tilalleen ei valittu uusia haastateltavia. Avoin kysymys esitettiin 25 asiakkaalle haastattelun lopuksi. Kaksi näistä oli postitse vastanneita. Avoimeen kysymykseen vastattiin yhdellä tai useammalla kehittämisselityksellä 17 haastattelussa. Kahdeksalla haastateltavalla ei ollut ehdotuksia. (Liite 5.)

Kotipalvelun haja-asutusalueella otannan mukaan haastateltavia asiakkaita oli 11. Hyväksytyjä haastatteluja tuli yhdeksän, vastaamattomia jäi yksi ja yksi haastattelu hylättiin. Asiakkaista neljä oli naista ja viisi miestä. Haastateltavat olivat iältään 59 - 94 -vuotiaita. Viiteen haastatteluista oli ajateltu vastaajaksi omainen. Yhteen haastatteluun ei saapunut sovittua omaista, mutta asiakas kykeni vastaamaan haastatteluun itse. Kolmessa haastattelussa asiakkaan lisäksi oli omainen paikalla sovitusti. Kuudessa haastattelussa asiakas vastasi itse. Yksi haastattelu jäi tekemättä, koska haastateltava oli joutunut sairaalaan. Yksi haastattelu hylättiin, koska haastattelutulosta ei voitu pitää luotettavana. Kaikilla, joille avoin kysymys esitettiin, oli yksi tai useampia kehittämisselityksiä. (Liite 5.)

## 6.7 Kotisairaanhoidon asiakkaiden taustatiedot

Kotisairaanhoidon keskustan alueella otannan mukaan haastateltavia asiakkaita oli 23. Haastatteluvastauksia tuli 19, vastaamattomia jäi neljä. Haastatteluun vastasi itse 15 asiakasta, joista yksi vastasi puhelimitse, omainen vastasi neljässä haastattelussa joko kokonaan tai yhdessä asiakkaan kanssa ja yhdelle omaiselle postitettiin kyselykaavake. Postitse lähetettyyn kaavakkeeseen ei vastattu. Haastatelluista asiakkaista 14 oli naisia ja viisi miestä. Haastateltavat asiakkaat olivat 57 - 91 -vuotiaita. Haastattelija ei tavoittanut yhtä haastateltavaa, asiakas ei ollut kotona tai ei vastannut ovikellon soittoon. Yksi asiakas kieltäytyi haastattelusta etukäteiskirjeen saatuaan. Otokseen valituista asiakkaista yksi kuoli ennen sovittua haastatteluaikaa. Hänen tilalleen ei valittu uutta haastateltavaa. Avoimeen kysymykseen vastattiin yhdellä tai useammalla kehittämis ehdotuksella 13 haastattelussa. Kuudella haastateltavalla ei ollut ehdotuksia. (Liite 5.)

Kotisairaanhoidon haja-asutusalueella otannan mukaan haastateltavia asiakkaita oli 16. Haastatteluvastauksia tuli 13 ja vastaamattomia jäi kolme. Haastatteluun vastasi itse kymmenen asiakasta, omainen vastasi kolmessa haastattelussa joko kokonaan tai yhdessä asiakkaan kanssa. Haastatelluista asiakkaista kuusi oli naista ja seitsemän miestä. Haastateltavat asiakkaat olivat 51 - 94 -vuotiaita. Yksi haastattelu jäi tekemättä, koska haastateltava oli joutunut sairaalaan. Yksi haastateltava ilmoitti etukäteiskirjeen saatuaan, ettei halua osallistua haastatteluun. Yksi otannassa mukana ollut asiakas ei ollut enää kotisairaanhoidon asiakas. Seitsemällä asiakkaalla haastatelluista oli avoimeen kysymykseen yksi tai useampi kehittämis ehdotus. Kuudella haastateltavalla ei ollut ehdotuksia avoimeen kysymykseen. (Liite 5.) Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteenlasketut haastatteluihin vastaamiseen liittyvät prosenttiluvut ja kehittämis ehdotusten määrät prosentteina esitetään liitteessä kahdeksan kuvioissa kolme ja neljä.

## 6.8 Aineiston analyysi sisällönanalyysimenetelmällä

Sisällönanalyysimenetelmän avulla tutkittavasta aineistosta erottuvat samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineisto tiivistetään ja analysoidaan systemaattisesti ja tutkimustulos kuvaillaan lyhyesti ja yleistävästi. Ennen analyysiprosessia valitaan analyysiyksikkö, joka



tutkimustehtävästä ja aineiston laadusta riippuen on aineiston yksikkö: ajatuskokonaisuus, lause, lauseen osa, sana tai sanayhdistelmä. Prosessi etenee aineistoon tutustumisella. Sen jälkeen aineisto pelkistetään tutkimustehtävän mukaisiksi aineiston yksiköiksi. Pelkistettyjen ilmaisujen tulee olla mahdollisimman lähellä alkuperäisiä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaisut yhdistetään alaluokiksi, joille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi. Aineisto abstrahoidaan yhdistelemällä samansisältöiset alaluokat yläluokiksi. Lopuksi aineisto tulkitaan. Käytännössä prosessin eri vaiheet menevät lomittain, esim. tulkintavaiheessa luokittelussa voi tapahtua vielä muutoksia. Aineiston luotettavuuden arviointiin vaikuttavat aineiston laatu, analyysi, tulosten esittäminen ja tutkijan taidot. Arvioitaessa laadullista tutkimusta tarkastellaan tuloksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Arvioinnissa voidaan käyttää esim. face-validateettia, jossa tulokset esitellään henkilöille, jotka ennestään tuntevat tukittavan ilmiön. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23 -36.) Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällysanalyysiä, jossa konkreettisesta aineistosta siirrytään sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23 -25.)

Avoimeen kysymykseen yksittäisiä vastauksia 46 vastaajalta tuli yhdestä kahdeksaan kappaletta. Jokainen yksittäinen vastauslause erotettiin omaksi vastaukseksi: jos yhdellä vastaajalla oli esim. kuusi kehittämisehdotusta, hänen kaavakkeestaan tuli kuusi erillistä vastausta. Jokaisen yksittäisen vastauksen yhteyteen kirjattiin vastaajaa koskevat tunnistetiedot: kotipalvelu/kotisairaanhoido, keskusta/haja-asutusalue, lomakkeen numero, vastaajan sukupuoli ja ikä, sekä oliko vastaaja asiakas vai omainen. Vastaukset numeroitiin. Vastauksia saatiin yhteensä 138 kappaletta. Vastauksia käytiin läpi yksitellen, ryhmiteltiin saman aihepiirin vastauksiksi ja samalla alustavasti mietittiin ja nimettiin alaluokkia. Yksittäinen vastaus päätettiin tarvittaessa käyttää useammassa alaluokassa, jos se sisälsi useampia merkityksiä. Tällöin vastaus monistettiin ja sijoitettiin useampaan alaluokkaan.

Ensimmäisen aineiston lajittelun jälkeen tuli 44 alaluokkaa. Joukossa on kuitenkin yhden ja kahden lauseen alaluokkia, ja tämä johti pieniä vastausmääriä sisältävien alaluokkien vastausten yhdistämisen muihin alaluokkiin ja alaluokkien uudelleennimeämiseen. Aineiston toisen käsittelyn jälkeen oli 30 alaluokkaa. Aineisto käytiin läpi kolmannen kerran. Edelleen yhdistettiin vähäisen vastausmäärän saaneita alaluokkia ja

muutettiin alaluokkien nimiä kuvaavimmiksi. Alaluokkia saatiin 25. Alaluokat ryhmiteltiin saman aihepiirin mukaisesti yläluokiksi.

Alettaessa ryhmittelemään luotuja ja nimettyjä alaluokkia yläluokiksi, koettiin tarpeelliseksi kuitenkin pelkistää vastaukset, koska pelkistäminen helpotti vastausten merkitysten tulkintaa ja alaluokkiin sijoittamista. Tähän saakka aineistoa oli konkreettisesti ryhmitelty paperiliuskojen avulla (yksi vastaus tunnistetietoineen / liuska). Seuraavaksi tehtiin Excel -taulukkolaskentaohjelmaan pelkistettyjen vastausten luettelo (Liite 6). Yksittäinen vastaus (158 vastausta) pelkistettiin yhdeksi tai useammaksi vastaukseksi, sen mukaan sisälsivätkö ne useampia eri merkityksiä. Pelkistettyjä vastauksia tuli 163 kappaletta. Pelkistettyyn vastaukseen merkittiin alkuperäinen vastauksen numero, sekä onko vastaus kotipalvelu- vai kotisairaanhoidon asiakkaalta lähtöisin.

Exceliin tehdystä sisällönanalyysiversiosta yhdisteltiin ja nimettiin alaluokat (Liite 6). Joitakin vastauksia sijoiteltiin uudelleen, koska pyrittiin yhdistelemään vähän vastauksia sisältäviä alaluokkia. Kun alaluokat (26) oli tyydyttävästi saatu koottua, ne yhdisteltiin yläluokiksi (6). Yläluokat koottiin kahdeksi pääluokaksi (Liite 7).

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Ulvilan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakastyytyväisyyskyselyn yhteydessä esitettyyn avoimeen kysymykseen ”Jos saisitte päättää, mitä haluaisitte muuttaa, uudistaa tai parantaa tulevaisuuden kotihoidossa Ulvilassa verrattuna nykyiseen?” saatiin 158 yksittäistä vastausta. Vastaukset pelkistettiin ja pelkistettyjä vastauksia tuli yhteensä 163, jotka ryhmiteltiin 26 alaluokkaan. Pääluokkia tuli kaksi. Ensimmäinen pääluokka on asiakkaan välittömään palveluun liittyvät kehittämissuositukset, joka jakautuu neljään yläluokkaan: kodinhoito, asiakkaan fyysisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen, kokonaisvaltainen kotona pärjäämisen tukeminen sekä asiakkaan henkinen ja sosiaalinen tukeminen. Toinen pääluokka on asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen liit-

tyvät kehittämissuositukset. Se jakautuu kahteen yläluokkaan: töiden organisointi ja yhteiskunnalliset kehittämissuositukset.

Vastaukset sisälsivät asiakkaan välittömään palveluun sekä palvelujen järjestämiseen vaikuttavia asioita. Tässä tutkimuksessa palveluun välittömästi vaikuttavat asiat tarkoittavat kehittämissuosituksia, jotka liittyvät asiakkaan lähipalveluun hänen omassa ympäristössään. Palvelujen järjestämiseen liittyvät asiat tarkoittavat kehittämissuosituksia, joiden toteuttamiseen tarvitaan ”ylempien tahojen” organisointitaitoa ja päätösvaltaa. Asiakkaan välittömään palveluun liittyvät kehittämiskoivheet (112 vastausta) koskivat kodinhoitotehtäviä (30), asiakkaan fyysisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemista (32), asiakkaan henkistä ja sosiaalista tukemista (28) sekä kokonaisvaltaista kotona pärjäämisen tukemista (22). Asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen vaikuttavia asioita (51 vastausta) olivat töiden organisointiin (36), kotihoitomaksuihin (6), palveluista tiedottamiseen (4) ja henkilöstön ammattitaitoon (5) liittyvät kehittämissuositukset. Tekstissä suorien lainausten perässä oleva numero viittaa vastaajan koodinumeroon.

## 7.1 Asiakkaan välittömään palveluun liittyvät kehittämissuositukset

Asiakkaan välitön palvelu tapahtuu asiakkaan kotona tai lähiympäristössä kotihoidon työntekijän työskennellessä asiakkaan puolesta, yhdessä asiakkaan kanssa tai työntekijän ohjatessa ja tukeessa asiakasta. Palvelua on myös keskustelu ja seurana oleminen. Lisäksi asiakas saattaa tarvita tukea kodin ulkopuolella mm. ulkoilussa ja asioilla käymisessä.

### 7.1.1 Kodinhoito

Asiakkaat toivoivat saavansa kotihoidolta tulevaisuudessakin kodinhoitoon liittyviä palveluja (30 vastausta). Eniten toivottiin siivousta (13), kevyimmistä siivoustoimista suursiivoukseen. Koko vastausaineistosta perussiivoukseen (13) liittyvät kehittämissuositukset oli suurin yksittäisiä mainintoja saanut alaluokka ruoan valmistamiseen ja ate-

riointiin (13) liittyneiden kehittämisehdotusten ohella. Perussiivousta tulevaisuuden kotihoidolta odotti kahdeksan nykyisen kotisairaanhoidon ja viisi kotipalvelun asiakasta. Lisäksi toivottiin siivottavan kaappeja (1), jääkaappia ja pakastinta (1), sekä pestävän ikkunoita ja verhoja (2). Kotihoidolta tulevaisuudessa odotettiin myös pyykkihuoltoa (3), kotitöiden hoitamista eli ”huushollintekoa” (3) ja asioilla, esim. kaupassa käymistä (2). Apteekkiasioiden hoidon toivottiin sujuvan tarvittaessa myös päivystyksenä (1).

*Muutakin työtä sais tehdä, esimerkiksi perunoiden kuoriminen, huushollia tekisi, helppaisi. (230)*

*Saisi hoitajat luvan tehdä kaikkea asiakkaan tarpeen mukaan, ettei olisi ”sääntöjä”. (434)*

Ulko- ja pihatöiden hoitamiseen toivottiin tulevaisuudessa kotihoitoon talonmiestä (4), joka leikkaisi nurmikon, hoitaisi ulkokukkia, loisi lumet, tekisi pieniä kohennustöitä ulkosalla ja osaisi toimia pannuhuoneessa.

*Kotipalveluun miespuolinen työntekijä, talkkarityyppistä toimintaa, joka osaisi toimia pannuhuoneissa ja leikata nurmikkoa. (209)*

### 7.1.2 Asiakkaan fyysisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen

Asiakkaat odottavat kotihoidon työntekijöiden tulevaisuudessa osallistuvan fyysisen hyvinvointinsa ja toimintakykynsä ylläpitämiseen, tukemiseen ja lisäämiseen (32). Apua ja tukea odotetaan ruoan valmistamiseen ja ateriointiin (13), henkilökohtaiseen puhtauteen ja siisteyteen (5), ulkoiluun (7), kunnon ylläpitoon (3) ja asioilla käymiseen (4). Yksi nykyisen kotipalvelun asiakas toivoi kotihoidon tulevaisuudessa keittävän aamupuuroa. Kotihoidon toivottiin laittavan ruokaa (3), valmistavan dieettiruokia (1) ja avustavan ruoanlaitossa kuorimalla raa’at perunat (2).

*Kaikenlaisten dieettiruokien esim. juokseva, laitto kotona. (244)*

*Saisivat avustaa ruoanlaitossa kuorimalla perunoita, muuten pärjäisi itse. (244)*

Apua toivottiin myös ruoan lämmittämisessä (1) ja esille laittamisessa (1) ja aterioinnissa (1). Yksi kotisairaanhoidon asiakas toivoi ruokailutilanteeseen seuraa ja valvontaa.

*Avustettaisiin ruoan esille laittamisessa, pidettäisiin seuraa ruokaa syödessä ja katsotaan, että tulee riittävästi syödyksi. (403)*

Yksi asiakas oli tyytymätön ateriapalvelun ruoan laatuun.

*Ruoka saisi olla parempaa, liikaa mausteita, hienot nimet ruoilla, eivät vastaa sitä mitä sieltä tulee, ”sattumia” liian vähän, ei saisi olla kiusauksia. (208)*

Henkilökohtaiseen puhtauteen ja siisteyteen liittyen tuli yhteensä viisi kehittämissuhteesta.

*Vanhuksen yleisilmeeseen, siisteyteen, vaatteisiin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. (204)*

Apua saunottamisessa ja pesemisessä toivoi kolme nykyisen kotisairaanhoidon asiakasta. Yksi asiakas toivoi saavansa kotiin kampaamopalveluja ja jalkahierontaa.

Sekä nykyisen kotipalvelun (4) että kotisairaanhoidon (3) asiakkaat toivoivat tulevaisuudessa saavansa apua ulkoilussa (7).

*Veisivät ulos kävelyttämään, jos joku veisi kerran pari viikossa. (208)*

Kotona toivottiin saatavan myös kuntoutusta, liikuntaa ja jumppaa (3). Fyysisen toimintakyvyn tukemista tarvitaan asioilla (1), ostoksilla (1) ja lääkärissä (1) käymisessä, joihin toivotaan henkilökuntaa mukaan avustamaan.

*Saattaja kotipalvelusta esim. vaateostoksille. (244)*

Yksi asiakas toivoi tulevaisuudessa kotihoitoon saatavan oman palveluauton, jolla asiakkaita kuljetettaisiin esim. lyhytaikaishoitojaksoille ja asioille.

### 7.1.3 Asiakkaan henkinen ja sosiaalinen tukeminen

Asiakkaiden henkiseen ja sosiaaliseen tukemiseen liittyviä kehittämissuhteita ja toiveita oli 28 vastauksessa. Vastaukset sisälsivät sekä asiakkaan ja hoitajan välistä kahdenkeskistä toimintaa (18) että ryhmätoiminnan järjestämistä (10). Kahdenkeskistä keskustelua ja seurustelua asiakkaan kanssa odotettiin kahdeksassa vastauksessa.

*Puhuttaisiin iloisia asioita, parantaisi, kun saisi nauraa. (421)*

*Kyselisivät enemmän henkilökohtaisia asioita. (421)*

*Palvelussa tulisi tehostaa vanhuksen yksinäisyyteen liittyvää puolta. Vanhuksen kanssa rauhassa olemista, seurustelua ja henkistä puolta pitäisi liittää palveluun. (204)*

Kaksi nykyisen kotipalvelun asiakasta toivoi hoitajaa seurakseen ulkoiluun, lenkille, kauppaan, vaate- ja kukkaostoksille sekä hautausmaalla käyntiin. Askarteluohjaajaa kotiin toivoi nykyisen kotisairaanhoidon miesasiakas ja viriketoimintaa kotiin halusi kotipalvelun naisasiakas.

*Viriketoimintaa kotona, käsitöitä, palapelejä. (236)*

Yhteisiä tilaisuuksia ja yhteistä toimintaa toivottiin kymmenessä vastauksessa. Tilaisuuksien ohjelmaksi ehdotettiin laulamista, voimistelua, rupattelua, muistelua ja ”jotain myyntiä”. Eräs nykyisen kotisairaanhoidon asiakas toivoi järjestettävän palvelupäiviä, ja kolme nykyisen kotipalvelun asiakasta halusi heitä vietävän ostos-, virkistys- tai muulle retkelle.

*Säännöllinen kokoontuminen, jossa voisi muistella ja laulaa ja voimistella, rupatella arkitodellisuudesta, ihmisille jotka ovat yksinäisiä. (217)*

*Palvelupäiviä kuljetuksineen ainakin neljä kertaa vuodessa, laulattamista, jotain myyntiä. (436)*

Tilaisuuksiin ja retkille osallistumisen edellytyksenä kolmessa ehdotuksessa oli avustavan saattajan saaminen kotihoidosta mukaan.

*Kerättäisiin halukkaita yhteiselle ostosretkelle tai retkelle, tai laulujuttuihin, retkipäivä 3 - 4 kertaa vuodessa, saattajat mukana ja apuna. (232)*

#### 7.1.4 Kokonaisvaltainen kotona pärjäämisen tukeminen

Kokonaisvaltaiseen kotona pärjäämisen tukemiseen viitattiin kymmenessä vastauksessa. Yleisesti kotona mahdollisimman pitkään asumisen turvaamista (1) sekä kokonaisvaltaista arjesta selviämisen tukemista (1) tulevaisuudessa toivottiin kahdessa vastauksessa. Kokonaisvaltaisen tukemisen keinoiksi tulevaisuutta ajatellen asiakkaat mainitsivat perustarpeiden tyydyttämisen (1), kodinomaisesti ja omatoimisuutta tukevasti toimimisen (1) ja neuvojen saamisen käytännön asioihin (1). Asiakkaat katsoivat apua olevan myös avoterveydenhuollon palvelujen ja erillisten avustajien saamisesta kotiin (6). Kotiin toivottuja palveluja ovat laboratoriotekniikan ottaminen (1), fysioterapiapalvelut (1)

sekä kotisairaaloiminta (1). Erillisen tai henkilökohtaisen avustajan ehdotettiin esim. ulkoiluttavan (1) tai tukevan asiakasta kriisitilanteessa (1).

*Erillisten avustajien käyttö kriisitilanteessa pidempään läsnäoloon olisi hyvä. (248)*

Eräs omainen koki ulkopuolisen asiantuntija-avun läsnäolon kokouksessa ja erilaisten tukitoimijoin tapaamisen mm. sotaveteraanasioissa antoisana tulevaisuuttakin ajatellen.

*Huomasin... olleen hyötyä ulkopuolisen veteraanasioita hoitavan henkilön läsnäolosta kokouksessa. (248)*

Kokonaisvaltaista kotona pärjäämistä tukemaan perättiin vastuukysymystä muistihäiriöpotilaan seurannasta (1), sekä turvallisuuden lisäämisestä tiukemmalla luvattomien kulkijoiden valvonnalla (1).

*Kenelle kuuluu muistihäiriöpotilaan seuranta sairauden toteamisen jälkeen? (248)*

## 7.2 Asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen liittyvät kehittämissuhteet

Asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen liittyvien asioiden parantamiseen tulevaisuudessa ei voida vaikuttaa pelkästään työntekijätasolla, vaan kehittämissuhteiden käsittelyyn ja toteuttamiseen tarvitaan ”ylempien tahojen” töiden organisointia, tiedottamista, henkilöstön ammattitaidon arviointia, kehittämistä ja kouluttamista, palvelujen hintapolitiikan asiantuntijuutta, oikea-aikaisen ja joustavan palvelun järjestämistä, omahoitajajärjestelmän kehittämistä ja päätöksentekovaltaa.

### 7.2.1 Töiden organisointi

Töiden organisointiin liittyvissä vastauksissa asiakkaat toivoivat tulevaisuuden kotihoitossa parannusta tai muutoksia käyntien keston ja ajankohtaan (10 vastausta). Kahden kotisairaanhoidon ja kolmen kotipalveluasiakkaan mielestä käynnit ovat kestoltaan liian lyhyitä, ja he toivoivat tulevaisuudessa lisättävän aikaa käyntiä kohden.

*Enempi aikaa olla yhdessä paikassa, aikaa saisi lisätä. (230)*

Yksi asiakas toivoi käytävän hänen luonaan useammin. Iltakäyntiä toivoi yksi asiakas ja yhden asiakkaan omainen toivoi iltakäyntejä myöhäisemmäksi. Kaksi asiakasta piti viikonloppua ongelmallisena, viikonlopuksi haluttiin tulevaisuuden kotihoidolta samaa palvelun mahdollisuutta ja käynnin kestoa kuin arkena.

*Kerkeis (hoitajat) kauemmin olemaan, varsinkin pyhänä, kun silloin voi olla viistoistakin paikkaa yhdellä ihmisellä. (208)*

Tulevaisuuden kotihoidon joustavampaan sujumiseen asiakkaat ehdottivat henkilökuntamäärän lisäämistä (2), johtajuutta ja raportteja (1).

*Pitäisi saada kotipalveluun kaksi työntekijää lisää, että ehtisivät paremmin. (207)*

Asiakkaat olivat pohtineet myös varsinaiseen töiden järjestelyyn liittyviä kysymyksiä, ja eräs ehdotus oli, että samalla suunnalla asuvien asiakkaiden luona käytäisiin peräjälkeen. Toivottiin myös, etteivät hoitajat tulisi yhdessä, jos yksinkin asiakkaan luona pärjää. Mieluummin haluttiin yhden hoitajan käyvän useammin.

*Ei tulisi useampia työntekijöitä yhtä aikaa käynnille, jos yksinkin pärjää. Mieluummin kävisi yksi hoitaja useammin. (227)*

Yksi asiakas erityisesti mainitsi tyytyväisyytensä kotipalvelun nykyiseen toimintaan:

*Kotipalvelu aika hyvin järjestetty nyt. (203)*

Henkilökunnan kiire nykyisessä kotipalvelussa (4 vastausta) ja kotisairaanhoidossa (1 vastaus) askarrutti viittä vastaajaa. Asiaan parannuskeinoiksi ehdotettiin ajan lisäämistä käyntiä kohden ja lisähenkilökunnan palkkaamista.

*Olisi aikaa, ettei olisi aina kiire. (228)*

Kaksi kotipalvelun ja viisi kotisairaanhoidon asiakkaan vastaajaa esitti toivomuksen omahoitajuudesta. Asiakkaat toivoivat tulevaisuudessa saavansa oman hoitajan tai omat hoitajat, jolloin opittaisiin paremmin tuntemaan puolin ja toisin. Toivottiin myös mahdollisuutta valita itse omahoitaja.

*Omahoitaja, joka kävisi ja tietäisi kaiken asiakkaastaan. (434)*

*Omahoitajasysteemi, joka hoitaisi, että tulisi käynnit käytyä. (217)*

*Kävisivät samat ihmiset, jotka asiakas sitten oppii tuntemaan. (407)*



Kuusi vastausta koski kotihoidon palvelujen saamista ja saatujen palvelujen joustavaa muuntamista tarpeen mukaan. Kaksi asiakasta toivoi tulevaisuudessa palvelujen olevan helpommin ja joustavammin saatavissa. Neljä asiakasta toivoi palvelujen joustavaa muuntamista asiakkaan tarpeen muuttuessa.

*Palvelun saamisen tarvittaessa täytyy olla joustavampaa, ettei tarvitse odottaa palvelujen alkamista. (209)*

*Saatu palvelu pitäisi pystyä muuttamaan joustavasti tarvetta vastaavaksi tarpeen muuttuessa. (209)*

*Kotiin saisi riittävästi palvelua tarpeen muuttuessa. (244)*

### 7.2.2 Kotihoidon maksut, palveluista tiedottaminen ja henkilöstön ammattitaito

Viisi nykyisen kotisairaanhoidon ja yksi kotipalvelun asiakas ottivat kantaa kotihoidon maksuihin. Tulevaisuudessa he toivoivat maksuja alennettavan yleisesti (1), sekä esim. veteraanien (1) ja invalidien (1) kohdalla. Iäkkäiden asiakkaiden kontrollikäynntejä toivottiin maksuttomiksi (1). Toivottiin myös, että suurituloisen asiakkaan maksuja kohtuullistettaisiin (1). Yksi asiakas ei maksujen nousun pelossa ottanut lisää palvelua, vaikka olisi halunnutkin.

*Kotisairaanhoidon kontrollikäynnit, esimerkiksi verenpaine, maksuttomaksi iäkkäälle asiakkaalle. (427)*

*Hinnat kohtuullisemmiksi myös suurituloisilla. (407)*

Parempaa palveluista tiedottamista tulevaisuudessa toivoi neljä nykyisen kotipalvelun asiakasta. Keinoina mainittiin tiedotekirje (1), jossa asiakkaille tiedotettaisiin uusista palveluista ja palvelumuodoista, esite (1), josta selviää, mistä saa apua ja neuvontaa sekä tiedotustilaisuuden järjestäminen (1) kotipalvelun mahdollisuuksista asiakkaille ja omaisille.

*Esite, selkeä, jossa nimiä ja puhelinnumeroita, joista selviää, mistä saa apua ja neuvontaa. (217)*

*Tilaisuus, jossa kerrotaan kotipalvelumahdollisuuksista asiakkaille ja omaisille. (217)*

*Tietoa, mitä palveluita ylipäätään on mahdollista saada. (204)*

Viisi nykyisen kotipalvelun asiakkaan vastausta liittyi jollakin tavalla henkilökunnan ammattitaitoon. Yksi asiakas toivoi kotipalvelutyötä tehtävän nykyiseen verrattuna huolella ja paremmin. Kahdessa vastauksessa toivottiin tulevaisuudessa ammattitaitoista henkilökuntaa, ja koulutusta henkilökunnalle toivoi yksi asiakas.

*Henkilökunnan pitäis olla ammattitaitoista. (208)*

*Ammattitaidottomia ei kotipalveluun hoitajiksi. (204)*

Hoitajien tupakoimattomuutta ennen käynnille tuloa toivoi yksi asiakas.

*Tupakoivat hoitajat pahasta astmaatikoille, ei saisi käynnille tuloa ennen tupakoida.(217)*

### 7.3 Yhteenveto kehittämis ehdotuksista

Haastatteluista koottu aineisto tutkittiin sisällönanalyysimenetelmän avulla, jossa vastaukset ensin pelkistettiin. Samaa aihepiiriä olevat pelkistetyt vastaukset ryhmiteltiin alaluokkiin, jotka nimettiin vastausten sisältöä yhteisesti kuvaavalla nimellä. Taulukko 2:een koottiin kymmenen eniten yksittäisiä pelkistettyjä vastauksia sisältänyttä alaluokkaa siten, että jaetulle ensimmäiselle sijalle laitettiin kaksi eniten vastauksia sisältänyttä alaluokkaa, jaetulle kolmannelle sijalle neljä toiseksi eniten ehdotuksia sisältänyttä alaluokkaa ja niin edelleen.

Taulukko 2. Kymmenen tärkeintä kehittämis ehdotusta.

<b>Sija</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Ehdotuksia kpl</b>
<b>1.</b>	Perussiivouksen tekeminen	13
	Ruoan valmistuksessa ja aterioinnissa avustaminen	13
<b>3.</b>	Kokonaisvaltainen kotona pärjäämisen tukeminen	10
	Yhteisten tilaisuuksien ja yhteisen toiminnan järjestäminen	10
	Virkistys- ja viriketoiminnan järjestäminen asiakkaan kotona	10
	Käyntien kestoon ja ajankohtaan liittyvä kehittäminen	10
<b>7.</b>	Keskusteleminen ja seurusteleminen	8
	Töiden organisointiin liittyvä kehittäminen	8
<b>9.</b>	Ulkoilemisessa avustaminen	7
	Omahoitajatoiminnan kehittäminen	7

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä asioita ja palveluja asiakkaat itse toivovat tulevaisuuden kotihoidolta. Alkuperäinen ajatus oli koota kehittämissuhteet haastattelujen ohella käydyistä keskusteluista. Tutkimuskysymys päätettiin kuitenkin laittaa erilliseksi avoimeksi kysymykseksi strukturoidun haastattelun loppuun. Näin vähennettiin haastattelijan tulkinnan vaikutusta vastauksiin. Avoimeksi kysymykseksi muotoutui: ” Jos saisitte päättää, mitä haluaisitte muuttaa, uudistaa tai parantaa tulevaisuuden kotihoidossa Ulvilassa verrattuna nykyiseen? Vastaukset pelkistettiin, jonka jälkeen ne olivat jaettavissa selkeästi asiakkaan välittömään palveluun ja asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen liittyviin kehittämissuhteisiin.

Haastatteluista hyväksytyjä oli 77 prosenttia. Kolme prosenttia haastatteluista hylättiin epäluotettavina. 20 prosenttiin haastatteluista ei saatu vastausta. (Liite 8, kuvio 2.) Asiakastytyväisyyskyselyyn vastanneista sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon asiakkaista naisia oli 62 ja miehiä 38 prosenttia (Liite 8, kuvio 1). Yli 75 -vuotiaita asiakkaista kotipalvelussa oli 70 % ja kotisairaanhoidossa 72 %. Kotipalvelun asiakkaista alle 65 -vuotiaita oli 20 %, ja kotisairaanhoidon asiakkaista 6 %. Kotisairaanhoidon asiakkaat olivat saamiinsa palveluihin erittäin tyytyväisiä: kotisairaanhoidon ylsi useissa keskiarvoissa parhaimpaan mahdolliseen tulokseen. (Asiakastytyväisyyskysely 2007, 6, 10.) Strukturoitua haastattelua tehtäessä asiakkaiden kanssa käydyistä keskusteluista tuli tunne, että asiakkaat suhtautuivat tuttavallisemmin kotipalveluun ja kritiikki oli vapaampaa, kun taas kotisairaanhoidon suhtauduttiin arvostavasti ja kotipalvelua kunnioittavammin.

### 8.1 Asiakkaan välittömään palveluun liittyvät kehittämissuhteet

Pelkistetyistä vastauksista noin kaksi kolmasosaa (112/163) liittyi asiakkaan välittömään palveluun, joka tapahtuu asiakkaan kotona tai lähiympäristössä. Asiakkaan välittömään palveluun liittyvissä kehittämissuhteissa eniten yksittäisiä vastauksia tuli asiakkaan *fyysisen toimintakyvyn tukemisessa*. Ihmisen fyysinen toimintakyky koostuu

objektiivisen kyvykkyyden lisäksi myös subjektiivista ”osaamisesta, haluamisesta ja täytymisestä” (Helminen & Karisto 2005, 15), jolloin asiakkaan toimintakykyä pystytään parantamaan motivoimalla, kannustamalla ja ohjaamalla asiakasta, ja näin lisäämään omatoimisuutta ja onnistumisen tunnetta. Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelmassa (2007, 11) yksi ensisijaisista tavoitteista on ikääntyvien toimintakyvyn ylläpitäminen, joka saavutetaan mm. kuntoutumista edistävän työotteen kehittämisellä. Kehittämissuunnitelman (2007, 8) mukaan suurten ikäluokkien myötä on alkanut ilmaantua uusia toimintakyvyn menettämiseen johtavia uhkatekijöitä, kuten päihdyttävien aineiden käytön aiheuttamaa aikaista ja suurta avuttomuutta.

Fyysistä toimintakykyä toivottiin eniten tuettavan *ruoan valmistamiseen ja ateriointiin* liittyvissä asioissa. Tätä tutkimustulosta tukee Finne-Soverin ym. (2006, 6, 68 - 70) tutkimustulos, jonka mukaan lähes jokaisella kotihoidon asiakkaalla (97 %) oli vaikeus suoriutua kotitaloustöistä ja aterioiden valmistamisesta. Muutamissa vastauksissa esitettiin, että jos raat perunat kuorittaisiin, asiakkaalta onnistuisi muu ruoan valmistaminen omatoimisesti. Edellä mainittu esimerkki osoittaa, miten pienin avuin pystyttäisiin tukemaan asiakkaan omatoimisuutta, ja asiakas voisi halutessaan valmistaa ja syödä kotiruokaa. Jo edellisen Ulvilan tehdyn kotihoitoasiakkaiden asiakastyytyväisyystutkimuksen (Jokinen & Koskela 2001) mukaan tyytymättömyyttä oli herättänyt ruoanlaiton ja siivouspalvelun lopettaminen.

Toiseksi eniten vastauksia sisälsi kodinhoitoon liittyvät kehittämissuunnitelmat, joista eniten toivottiin *siivoukseen* liittyviä palveluja. Kotipalvelu on kehittynyt 1990-luvulta lähtien hoitotyön suuntaan, ja perinteiset kodinhoitotyöt, kuten ruoanlaitto ja siivous ovat jääneet lähes kokonaan pois. Asiakkaat on ohjattu ostamaan ruoka ateriapalvelusta ja siivous yksityisiltä palveluntuottajilta. (Ikonen & Julkunen 2007, 45; Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelma 2007, 4.) Yksityinen siivouspalvelu käy sopimuksen mukaan esim. kerran kuukaudessa, jonka lisäksi asiakkaat toivoivat välillä kevyempää siivousta ja pölyjen pyyhkimistä. Myös kaappeja ja ikkunoita toivottiin siivottavan. Osallistumalla kodin siistinä pitämiseen kotihoito tukisi asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia, jos asiakas ei enää itse pysty pitämään ympäristöään siistinä. Lähes kaikki siivoukseen liittyvät pelkistetyt vastaukset olivat naisilta (11/13), ja puolet vastauksista oli alle 75 -vuotiailta (6/13). Osa asiakkaista oli jo sopeutunut ostopalveluajatuksen, eivätkä he asettaneet ruoanlaittoa tai siivousta kehittämissuunnitelmaksi, vaan totesivat, että

ruoka tulee ateriapalvelusta ja siivous yksityiseltä palveluntuottajalta. Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelmassa (2007, 13) on tiedostettu asiakkaiden avuntarve mm. siivouksessa, ruoanlaitossa ja asioinnissa.

Asiakkaan *henkistä ja sosiaalista tukemista* toivottiin kolmanneksi eniten. *Yhteisten tilaisuuksien ja toiminnan sekä yksilötoiminnan järjestäminen* hoitajan tai ohjaajan kanssa saivat eniten ja keskenään yhtä paljon kannatusta. Vastauksista eriteltiin omaksi ryhmäkseen asiakkaan kanssa keskustelu ja seurustelu. Pelkistetyistä yhteiseen tai yksilötoimintaan liittyvistä vastauksista lähes kaikki olivat naisilta (18/20). Yhteisten tilaisuuksien järjestämiseen liittyy olennaisesti kuljetuksen ja saattoavun saaminen. Töiden organisoimisen ja työntekijöiden näkökulmasta tilaisuuksien järjestäminen suunnitelluineen ja järjestelyineen vaatii aikaa ja innokkuutta tapahtumien järjestämiseen. Myös rahoitusta tarvitaan, jos käytetään ulkopuolisia esiintyjiä ja tarjoilua. Tapahtumat ja toiminta tuovat asiakkaan elämään sisältöä, sosiaalisia kontakteja, liikkeelle lähtemistä ja jotain, mitä odottaa. Myös pukeutuminen ja kaunistautuminen tilaisuuteen virkistävät, ja tapahtuman muistelemisen jälkeensä on tärkeää. Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelmassa (2007, 12, 13) ehdotetaan, että esim. vapaa-aika ja kulttuuritoimen, kansalaisopiston, seurakunnan tai muu ns. kolmannen sektorin tarjoamaa toimintaa hyödynnettäisiin tulevaisuudessa tukemaan kotona pärjäämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva suositus on, että iäkkäät ihmiset pystyisivät asumaan itsenäisesti omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Avohoitoa ja palveluasumista kehitetään samalla kun laitoshoidon osuutta pyritään vähentämään. (Ikonen & Julkunen 2007, 12, 14; Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelma 2007, 2.) Myös asiakkaat odottavat tulevaisuuden kotihoidolta *kotona pärjäämisen ja arjesta selviämisen tukemista* mahdollisimman pitkään. Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelman (2007, 11) mukaan tavoitteena on järjestää avohuollon palvelut niin, että hoitoaika laitoksessa jää mahdollisimman lyhyeksi. Kehittämissuunnitelman (2007, 9, 11-12) mukaan Ulvilassa tulee kehittää toimintamalli, jonka avulla tunnistetaan kriittiset vaiheet vanhuksen arjessa ja osataan kohdistaa resurssit oikea-aikaisesti niihin. Teräväisen ym. (2006, 18 - 20, 29) selvitystyössä tavoitteena on tulevaisuudessa ennaltaehkäisevien ja kotiin annettavien palveluiden lisääminen. Kehittämissuunnitelmissa asiakkaat eivät suoraan viitanneet toimintakyvyn alenemisen *ennalta ehkäisemiseen* ja varhaisen puuttumisen malliin. Ensimmäiset ongelmat kotona selviytymisessä kuitenkin liittyvät

arkipäivän askareisiin, kuten ruoanlaittoon, siivoukseen ja asiointiin (Finne-Soveri ym. 2006, 6, 68 - 70; Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 9). Ennalta ehkäisevässä toiminnassa tärkeää on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen sairauksien hoidon ohella (Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 9). Kehittämisohjelman ehdotuksissa kuvataan kotiin annettavien palvelujen tehostamista työkuultuurin muuttamisella ” vuoteesta itsehoitoon” (Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 13). Teräväisen ym. (2006, 18 - 20, 29) selvitystyössä tulevaisuudessa nähtiin tärkeänä palvelutarpeiden ennaltaehkäisy ja palvelujen oikea-aikaisuus.

Kotona pärjäämistä tukevat asiakkaiden mielestä *avoterveydenhuollon palvelujen ja avustajien kotiin saaminen* ja se, että kotihoito pystyisi *toimimaan kotona asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaan*. Tämän tutkimuksen yhteydessä tehdyn määrällisen asiakastyytyväisyystutkimuksen (Asiakastyytyväisyyskysely 2007, taulukko 5) tuloksissa ilmeni, että kotipalvelun asiakkaista vajaa puolet (47.1 %) koki, että heidän palvelua koskevat toivomuksensa oli otettu huomioon aina. Toivomukset oli otettu huomioon usein 23,5 %:lla, kun taas toivomuksia ei koskaan ollut otettu huomioon 2,9 %:lla. Kotipalvelun asiakkaista 68 % koki, että heidän saamansa palvelut vastaavat aina heidän tarvettaan. Toiminnan toivottiin olevan kodinomaista ja omatoimisuutta tukevaa. Kotipalvelun ja ostopalvelujen lisäksi asiakkaan kotona pärjäämistä voidaan tukea palveluseleillä, joita myönnetään mm. siivoukseen, asiointiin ja pihatöihin (Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 4, 13). Teräväisen ym. (2006) tekemässä selvitystyössä tärkeänä tavoitteena nähdään asiakkaan osallisuus ja mahdollisuus mielipiteensä ilmaisemiseen, mitä kautta palvelut voidaan järjestää asiakkaiden tarpeiden mukaisiksi.

Kehittämis ehdotuksissa asiakkaat eivät maininneet kertaakaan suorasti *omaishoitajuuteen* viittaavia asioita. Kuitenkin keskeinen kotona pärjäämisen tukemiskeino Ulvilan vanhustenhuollossa on omaishoitajuuden tukeminen. Omaishoidon tuki koostuu hoitopalkkiosta, tarvittavista palveluista hoidettavalle sekä omaishoitajan tukemisesta. (Ulvilan vanhustenhuollon kehittämisohjelma 2007, 4, 11, 14.)

Kotona pärjäämisessä tärkeää on *turvallisuuden tunne*. Kotipalvelun asiakkaista olonsa aina turvalliseksi tunsivat 74 % ja kotisairaanhoidossa 75 %. Kotipalvelun asiakkaat kokivat kotipalvelun käyntien lisäävän turvallisuudentunnetta, kun taas kotisairaanhoidon asiakkaista neljäsosan mielestä kotisairaanhoidon käynnit eivät koskaan lisää heidän

turvallisuuden tunnettaan. Haastattelussa käytyjen keskustelujen perusteella turvallisuuden tunne syntyy käyntien tiheydestä. Harvoin, esim. kerran kuukaudessa tapahtuvat kotisairaanhoidon käynnit eivät lisää turvallisuuden tunnetta. Kotipalvelun käynnit lisäävät myös omaisten turvallisuuden tunnetta. (Asiakastyytyväisyyskysely 2007, 6, 10, taulukko 5 ja 11.) Muutamaa asiakasta pelotti lähiympäristössä liikkuvat luvattomat kulkijat. Heidän turvallisuuttaan lisäisi esim. tekniikan avulla toteutettava lähiympäristön valvonta. Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelman (2007, 11) toimintaa ohjaavissa arvoissa on huomioitu sekä asiakkaiden että henkilöstön turvallisuus.

## 8.2 Asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen liittyvät kehittämissuunnitelmat

Asiakkaan kokemaan tyytyväisyyteen vaikuttaa merkittävästi se, miten paljon asiakas kokee pystyvänsä vaikuttamaan itse saamaansa palveluun ja onko hän ollut mukana omia asioitaan koskevassa päätöksenteossa. Asiakastyytyväisyyskyselyssä (2007, 6) *vaikuttamisen mahdollisuutta* mitattiin ymmärrettävän ja riittävän tiedon saamisella palveluista ja palveluvaihtoehdoista, asiakkaan kuuntelemisella suunnittelussa, mielipiteiden huomioonottamisella ja mahdollisuudella vaikuttaa työntekijöiden käyntiaikoihin. Kotipalvelun osalta nämä arviointikohteet saivat määrällisessä tutkimuksessa huonoimmat keskiarvot. Kotipalvelun keskustan asiakkaat kokivat vaikuttamismahdollisuutensa paremmiksi kuin haja-asutusalueiden asiakkaat.

Pelkistetyistä vastauksista noin kolmasosa (51/163) liittyi asiakkaan saamien palvelujen järjestämiseen vaikuttaviin asioihin. Useat ehdotukset koskivat *käyntien kestoa ja ajan-kohtaa*. Näistä vastauksista kahdeksan kymmenestä oli kotipalvelun asiakkaiden. Kotihoidon toivottiin tulevaisuudessa käyvän useammin ja viipyvän pidempään käynnillä. Toivottiin myös myöhäisempiä iltakäyntejä sekä viikonloppuisin samaa palvelun saamisen mahdollisuutta kuin arkipäivisin. Asiakastyytyväisyyskyselyssä heikoimman keskiarvon sai vaikuttaminen työntekijöiden käyntiaikoihin (Asiakastyytyväisyyskysely 2007, 6 - 8, taulukko 4). Joka viides (20,6 %) kotipalvelun asiakkaista koki pystyvänsä aina vaikuttamaan työntekijöiden käyntiaikoihin, kun taas joka kolmas (32,4 %) mielestään ei pystynyt vaikuttamaan koskaan käyntiaikoihin (Asiakastyytyväisyyskysely 2007, taulukko 5). Kotipalvelun haja-asutusalueella käyntiaikoihin pystyttiin vaikutta-



maan (keskiarvo 1,1) huonommin kuin keskustassa (ka 2). Kotisairaanhoidon haastatte-  
luissa tuli esille, että asiakkaat eivät enimmäkseen olleet halunneet vaikuttaa kotisai-  
raanhoidon käyntiaikoihin, vaan he olivat valmiita järjestämään päiväohjelmansa koti-  
sairaanhoidon käyntien mukaan. Kotisairaanhoido myös usein ilmoitti tai varmisti tulon-  
sa soittamalla asiakkaalle. Kotisairaanhoidossa työntekijöiden käyntiaikoihin vaikutta-  
misen keskiarvo oli 3,5.

Lähes kaikki töiden organisointiin liittyvät kehittämis ehdotukset olivat kotipalvelun  
asiakkailta (7/8). Toivottiin *lisää henkilökuntaa* sekä *töiden järkevää järjestelyä* esim.  
hoitamalla samalla suunnalla olevat käynnit yhdellä kertaa. Kotihoidon henkilökunta-  
määrän lisäämisen tarpeeseen ja työnorganisointiin on kiinnitetty huomiota myös Ulvi-  
lan vanhustyön kehittämisohjelmassa (2007, 7, 11). Kotihoidossa todetaan olevan liian  
vähän henkilökuntaa: vanhustyön suurimpia haasteita nyt ja lähitulevaisuudessa ovat  
mm. liian pienet henkilöstöresurssit (Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007, 9).  
Toisaalta on huomioitava myös ohjauksen kehittäminen, joka vähentää välillisen asia-  
kastyön osuutta ja lisää resursseja välittömään asiakastyöhön (Ulvilan vanhustyön kehit-  
tämisohjelma 2007, 7, 14). Myös Teräväisen ym. (2006, 18 - 20, 29, 40) selvitystyössä  
tuli esille palveluohjauksen kehittämisen tärkeys.

Asiakastyytyväisyystutkimuksen (2007, 8) mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä *henkilö-  
kunnan toimintaan, käyttäytymiseen, ystävällisyyteen ja asiakkaan kunnioittamiseen*  
sekä kotisairaanhoidossa että kotipalvelussa. Kotipalvelun työntekijöiden ammattitai-  
dosta arvosanan kiitettävä tai hyvä antoi 82 % ja kotisairaanhoidossa 94 %. Tulevaisuu-  
den kotihoitoon toivottiin ammattitaitoista henkilökuntaa. Ulvilan vanhustyön kehittä-  
misohjelman (2007, 2, 9, -14) mukaan henkilökunnan koulutustasoa ja osaamista tulee  
kehittää suunnitelmallisesti, jotta tulevaisuudessa pystytään vastaamaan hoidon vaati-  
vuuteen.

Laajempaa kunnallista tai yhteiskunnallista toimi- ja päätösvaltaa koskevat kehittämis-  
ehdotukset liittyivät *kotihoidon maksuihin, palveluista tiedottamiseen ja henkilökunnan  
ammattitaitoon ja koulutukseen*. Maksut haluttiin tulevaisuudessa alemmiksi tai palvelut  
ilmaiseksi invalideihin, sotaveteraaniuden ja iän perusteella. Myös tulojen vaikutusta  
maksuihin suurituloisilla toivottiin kohtuullistettavan. Palveluista toivottiin tiedotetta-  
van esitteellä, tiedotteella ja tiedotustilaisuuksissa. Ulvilan vanhustyön kehittämisoh-

jelmassa (2007, 14) on ehdotettu tulevaisuudessa järjestettäväksi vuosittainen tiedotustilaisuus vanhustenhuollon palveluista ja ajankohtaisista asioista.

### 8.3 Jatkotutkimushaasteena hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen

Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelman (2007, 4) mukaan säännöllistä, kerran viikossa tai useammin apua tarvitseville asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan lähiverkostossa toimivien omaisten ja muiden palveluntuottajien kesken. Tulevaisuuden kotihoidon kehittämisehdotuksissa ei kertaakaan suoranaisesti viitattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakastytyväisyyskyselyn (2007, 13) mukaan osa asiakkaista ei tiennyt, mitä hoito- ja palvelusuunnitelma tarkoittaa, ja vähintään puolet asiakkaista ei ollut mielestään ollut osallisena hoito- ja palvelusuunnitelman teossa. Kotisairaanhoidossa tämä koski jopa yli 80 % asiakkaista. Kysymykseen hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisesta vastaus ”En osaa sanoa” kotipalvelun asiakkailla oli 41 %:lla ja kotisairaanhoidon asiakkailla 75 %:lla.

Kaikki asiakkaan välittömään palveluun liittyvät asiat tulisivat ilmetä asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa, joka on kirjallinen kokonaiskuvaus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan palveluista. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee ilmetä esitiedot asiakkaasta, hoidon ja palvelujen tarpeen määrittely, tavoitteet ja auttamiskeinojen valinta. Kaikkiin edellä mainittuihin vaiheisiin tulee liittyä arviointi. Hoito- ja palvelusuunnitelma sekä sen laatiminen määrittellään sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä, ja sen juridinen merkitys korostuu erityisesti poikkeustilanteissa, esim. jos jälkikäteen joudutaan selvittämään asiakkaalle sattunutta onnettomuutta. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan, omaisen ja asiakasta hoitavien työntekijöiden kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa asiakasta koskeva tieto siirretään kaikille asiakasta hoitaville työntekijöille, ja näin turvataan hoidon jatkuvuus. Tämä edellyttää, että hoito- ja palvelusuunnitelma on riittävän konkreettinen ja tarpeeksi usein päivitetty. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tulee käyttää ja lukea jatkuvasti jokapäiväisessä työssä sekä sitoutua noudattamaan niihin kirjattuja hoito-ohjeita ja yhteisesti sovittuja asioita. (Heimonen & Voutilainen 2004, 94 -95.) Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee liittyä tai se voi sisältää asiakkaan kuntoutussuunnitelman. Parhaimmillaan hoito- ja palvelusuunnitelma palvelee tiedon välittäjänä asiakasta hoitavien työntekijöiden kes-

ken. Asiakastyytyväisyystutkimuksessa (2007, taulukot 5, 11) asiakkaiden mielestä heidän asioitaan koskeva tiedonkulku hoitajien kesken toteutui kiitettävästi tai hyvin 59 %:lla kotipalvelussa ja 63 %:lla kotisairaanhoidossa.

Hoito- ja palvelusuunnitelman arviointi on sekä pitkän (väliarvioinnit) että lyhyen (päivittäinen kirjaaminen) aikavälin arviointia. Arvioinnissa kiinnitetään huomio tavoitteiden saavuttamiseen ja tavoitteiden saavuttamiseksi käytettyjen keinojen tuloksellisuuteen. Arviointi kirjataan asiakkaan näkökulmasta. (Heimonen & Voutilainen 2004, 97.)

Samalla kun Ulvilassa aloitetaan yhdistetyn kotihoidon toiminta, olisi tarpeellista miettiä, pitääkö myös nykyinen hoito- ja palvelusuunnitelma uudistaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa uudistettaessa tulisi kiinnittää huomio mm. tiedon keräämistä seuraavaan tietojen analysointiin, tavoitteiden ja keinojen täsmälliseen asettamiseen ja ilmaisemiseen, tavoitteiden saavuttamisen arviointiin asiakaslähtöisesti, ongelmakeskeisyydestä asiakkaan voimavarakeskeisyyteen siirtymiseen, moniammatillisen tiimin osaamisen hyödyntämiseen ja asiakkaan ja omaisen näkökulman huomioon ottamiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa ja arvioitaessa tavoitteiden toteutumista. (Heimonen & Voutilainen 2004, 99.) Esitän tämän tutkimuksen jatkotutkimushaasteeksi hoito- ja palvelusuunnitelman sekä siihen liittyvien käytäntöjen kehittämistä.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimuksen käytännön toteutuminen

Uvilan vanhustyössä käytetyn ISO 9001 standardin mukaisessa laadun kehittämistyössä sekä käynnissä olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa nähdään tärkeänä asiakasnäkökulma (Asiakastyytyväisyyskysely 2007, 2). Nykyistä asiakaslähtöisen näkökulman tärkeyttä kotihoitotyössä tukee myös tämän tutkimusraportin kirjallisuuskatso. Monet asiakkaiden mainitsevat toiveet ja kehittämissuhteet ilmenevät suunnit-

telmina ja ehdotuksina jo nykyisessä Ulvilan vanhustyön kehittämissuunnitelmassa 2007 - 2017. Samansuuntaisia asioita sisältää myös Teräväisen ym. (2006) laatima Ulvilan sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisen selvitystyön tuloksena syntynyt väestölähtöinen toimintamalli.

Asiakkaat vastasivat innokkaasti ja monipuolisesti haastattelun lopussa esitettyyn avoimeen kysymykseen. Kotipalvelun asiakkaiden vastaaminen tuntui sujuvan helposti ja heillä oli monipuolisia ehdotuksia kotihoidon kehittämiseksi. Kotisairaanhoidon asiakkailla oli kehittämissuunnitelmia vähemmän. Tämän tutkimusraportin avulla nykyisten sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun asiakkaiden itsensä esittämät toiveet ja kehittämissuunnitelmat koskien tulevaisuuden kotihoitoa saatiin esille, ja niitä voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja kehitettäessä kotihoitotoimintaa. Edellä mainittu tukee nykyisin tärkeänä pidettyä asiakasnäkökulman huomioon ottamista. Samalla tämän tutkimuksen kanssa toteutetun asiakastytyväisyyskyselyn tulokset antoivat tietoa siitä, mitä mieltä asiakkaat olivat jo saamastaan palvelusta. Tämä tutkimuksen myötä asiakkaille annettiin mahdollisuus olla osallisena myös omia asioitaan koskevassa tulevaisuuden suunnittelussa.

## 9.2 Esiin nousseita kysymyksiä

Haastattelujen jälkeen ja tutkimustuloksia kootessa askarruttamaan jäi erityisesti asiakkaiden tiedon saanti: asiakkaat kaipaavat esitteitä ja tiedotustilaisuuksia palveluista. Tiedon puute ilmeni mm. silloin, kun jotkut asiakkaat esittivät kehittämissuunnitelmia palveluita, joita osa asiakkaista sai. Esimerkiksi jotkut asiakkaista ehdottivat ulkoilun järjestämistä, vaikka jotkut kertoivat jopa kieltäytyneensä tarjotusta ulkoilusta. Samoin siivouksen suhteen eri asiakkaat kertoivat erilaisista käytännöistä. Asiakkaat eivät tulosten perusteella vielä saa riittävästi tietoa palveluista ja palvelujen vaihtoehdoista.

Haastattelukäynneillä tuli esiin ihmisen yksinäisyys sekä keskustelun ja ohjauksen tarve. Ajan antaminen on tärkeää, jopa haastattelijankin käynnistä oltiin kiitollisia. Asiakkaat halusivat haastattelun lisäksi keskustella mm. lääkkeitään, saamistaan asiakirjoista, sukulaisistaan ja arkipäivän tekemisistään. Toisaalta jäi tunne, että kotipalvelukäyn-

neillä tapahtuvaa keskustelua ja ajan antamista ei ymmärretty oikein: asiakkaat odottivat kotipalvelulta enemmän konkreettista ”tekemistä” maksamastaan ajasta.

Tulevaisuuden visio laitospaikkojen vähentämisestä ja kotihoidon tehostamisesta tukee asiakkaiden halua asua kotonaan palvelujen turvin mahdollisimman pitkään. On kuitenkin olemassa asiakkaita, jotka esimerkiksi yksinäisyyden tai turvattomuuden vuoksi haluavat asumaan palvelutaloon. Asiakkaalla tulisi olla ilman liian pitkää viivytystä mahdollisuus palveluasumiseenkin hänen tultuaan siihen tulokseen, että haluaa viimeiset vuotensa näin viettää.

## LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus.
- Asiakastyytyväisyyskysely. Ulvilan kaupungin vanhustyö 23.08.2007. Raportti.
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Vaajakoski: Gummerus.
- Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi.
- Helminen, P. & Karisto, A. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammi, 9 - 18.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen - suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.
- Jokinen, S. & Koskela, T. 2001. Asiakkaiden näkemyksiä Ulvilan kotihoidon palvelujen laadusta - ”Vois ne joskus mummujakin tuulettaa”. Satakunnan ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Terveysalan koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto.
- Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi, 112 - 121.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2002. Mitä Sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen kuntaliitto, Stakes.
- Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Vammala: Tammi.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21 - 43.
- Levola, P. 2007. Vanhustenhuollon laadunhallintajärjestelmän rakentaminen ja henkilöstön osaamisen vahvistaminen. Porin seutu Karhukunnat. [online]. Viitattu: 27.6.2007]. Saatavissa: [www.kehittamiskeskus.com/attachments/pirkko\\_levola15.3.2007.ppt](http://www.kehittamiskeskus.com/attachments/pirkko_levola15.3.2007.ppt)

Ruotsalainen, A. 1926. Kodin sairashoito. Porvoo: WSOY.

Sarvi, A. 2002. Hoitotyöntekijän voimavarat kotisairaanhoidossa ja yhdistetyssä kotihoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Stakes. Aiheita 9/2004.

Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Teräväinen, R., Junnila, M. & Pekurinen, M. 2006. Ulvilan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen hallinnollinen ja toiminnallinen yhdistäminen. Väestölähtöinen toimintamalli. Stakes. Alue- ja kuntapalvelut. Kehittämisselvityksiä 23/2006. [online]. [Viitattu: 17.6.2007]. Saatavissa: [http://www.ulvila.fi/asiakirjat/pub/%7B1886984C-74F7-431E-889E-0A796EFFD914%7D\\_YhdistettyLOPPURAPORTTI%20-%20ULVILA.pdf](http://www.ulvila.fi/asiakirjat/pub/%7B1886984C-74F7-431E-889E-0A796EFFD914%7D_YhdistettyLOPPURAPORTTI%20-%20ULVILA.pdf)

Tilahankkeiden tarveselvitysmallin mukainen vanhusten asumisyksikön tarveselvitys. 2007. Ulvilan kaupunki. Terveystoimi. [online]. [Viitattu 25.6.2007]. Saatavissa: [http://www.ulvila.fi/asiakirjat/pub/%7B9D125783-01AB-4517-83E2-49067E42A7B8%7D\\_Tarveselvitys.pdf](http://www.ulvila.fi/asiakirjat/pub/%7B9D125783-01AB-4517-83E2-49067E42A7B8%7D_Tarveselvitys.pdf)

Ulvilan vanhustyön kehittämisohjelma 2007 - 2017. 2007.

Viinamäki, L. & Saari, E. 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

7.6.2007

## ARVOISAT KOTIPALVELUN JA KOTISAIRAANHOIDON ASIAKKAAT JA OMAISET

Ulvilan kaupungissa kartoitetaan vanhainkotien, kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja palveluasumisen asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin ja hoitoon. Palvelujen kehittämisessä asiakkaiden ja / tai omaisten palaute ja mielipiteet ovat erityisen tärkeitä.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon säännöllisen palvelun asiakkaille asiakastyytyväisyyskysely tullaan toteuttamaan 14.6-13.7.2007 välisenä ajanjaksona.

Teille, \_\_\_\_\_, haastattelu on ajateltu suoritettavaksi \_\_\_\_\_ noin klo \_\_\_\_\_. Haastattelija tulee kotinne tekemään kyselyä.

Haastattelijana toimii sairaanhoitajaopiskelija Mariannan Jalonen. Lisänä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kyselyssä, vanhainkotien kyselyyn verrattuna, on Mariannan opinnäytetyöhön tuleva osio (avoin kysymys).

Kaikki vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottomasti luottamuksellina.

Kiitos yhteistyöstä!

Mahdollisiin lisäkysymyksiin vastaa vt. sosiaalisihteri Annukka Kinnunen, puh: 02 677 4788 / 0400 134 788, email. [annukka.kinnunen@ulvila.fi](mailto:annukka.kinnunen@ulvila.fi) tai haastatteluihin / haastatteluaiakatauluihin liittyvissä asioissa harjoittelija Kirsi Paavilainen, puh. 677 4657.

Annukka Kinnunen  
vt. sosiaalisihteri  
Ulvilan kaupunki

Tuula Huuemonen  
johtava hoitaja  
Ulvilan kaupunki



TUTKIMUSSELVITYS JA  
TUTKIMUSLUPAPYYNTÖ

9.6.2007

Olen sairaanhoidon opiskelija Marianna Jalonen. Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun Harjavallan toimipisteessä aikuis-monimuotokoulutuksessa. Nyt tehtävänä olevan opinnäytetyöni aiheeksi olen valinnut kotihoitotyön kehittämisen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Pyydän Ulvilan terveyslautakunnalta tutkimuslupaa opinnäytetyöni tutkimusosan toteuttamiseksi.

Opinnäytetyöni tarkoitus on saada selville kotipalvelu- ja kotisairaanhoidon asiakkaiden toiveita ja kehittämisehdotuksia kotihoidon kehittämistyötä varten. Osallistun Ulvilan kaupungissa kesällä 2007 tehtävään vanhainkotien, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakastytytyväisyyskyselyn toteuttamiseen haastatteleamalla kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaita valmista Ulvilan tarpeisiin sovellettua strukturoitua kaavaketta täyttäen.

Opinnäytetyöni tutkimusosaa varten esitän haastattelun yhteydessä laatimani avoimen kysymyksen: ”Jos saisitte päättää, mitä haluaisitte muuttaa, uudistaa tai parantaa tulevaisuuden kotihoidossa Ulvilassa verrattuna nykyiseen?” Vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottomasti luottamuksellisesti.

Asiakkaiden vastaukset analysoimalla saadaan tutkimustulos, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa kehitettäessä kotihoitoa asiakaslähtöisesti.

Sairaanhoidon opiskelija  
Marianna Jalonen

TUTKIMUSPYYNTÖ MARIANNA JALONEN

390/22/900/2007

TERVLK § 64

Sairaanhoidajaopiskelija Jalonen pyytää tutkimuslupaa opinnäytetyölleen, joka tulee käsittelemään Ulvilan kaupungin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin ja / tai hoitoon. Jalosen selvitys tutkimuksesta ja lupapyyntö jaetaan lautakunnan jäsenille kokouksessa.

Jalonen osallistuu Ulvilan kaupungissa kesä-heinäkuussa 2007 suoritettavaan asiakastyytyväisyyskyselyyn haastatellen otoksessa valituiksi tulleet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaat. Jalonen liittää valmiiseen kunnassa tehtyyn kyselylomakkeeseensa yhden oman avoimen kysymyksensä, jota erityisesti opinnäytetyössään analysoi.

Marianna Jalosen ohjaajina toimivat Satakunnan ammattikorkeakoulusta Kirsti Santamäki ja Minna Kuusisto. Kyselyä Jalonen toteuttaa yhdessä vt. sosiaalisihtheeri Annukka Kinnusen ja asiakastyytyväisyyskyselyä työstävän harjoittelija Kirsi Paavilaisen kanssa.

Sos.- ja terv.johtaja:

Myönnetään lupa Marianna Jalosen opinnäytetyön toteuttamiselle. Todetaan että tutkimuksen aineistoa ja asiakastietoja tulee käsitellä ja analysoida, raportoida ja tietoja tuhota asianmukaisella tavalla.

Päätös:

Hyväksyttiin.

---

Otteen oikeaksi todistaa:

Ulvilassa 13.6.2007

pöytäkirjanpitäjä

AVOIN KYSYMYS

Lomakenro \_\_\_\_\_

Sukupuoli \_\_\_\_\_nainen \_\_\_\_\_mies

Ikä \_\_\_\_\_

Vastaaja \_\_\_\_\_asiakas \_\_\_\_\_omainen

Asuinpaikka \_\_\_\_\_keskusta \_\_\_\_\_haja-asutusalue

Jos saisitte päättää, mitä haluaisitte muuttaa, uudistaa tai parantaa tulevaisuuden kotihoidossa Ulvilassa verrattuna nykyiseen?

Liite 5. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon haastattelut ja avoimeen kysymykseen vastaaminen.

	<b>Kopa kesk</b>	<b>Kopa haja</b>	<b>Kosa kesk</b>	<b>Kosa haja</b>	<b>Yhteensä</b>	<b>%</b>
<b>Koko otos</b>	36	11	23	16	<b>86</b>	100
Hyväksytyt haastattelut	25	9	19	13	<b>66</b>	77
Hylätyt haastattelut	2	1	0	0	<b>3</b>	3
Vastaamattomat haastattelut	9	1	4	3	<b>17</b>	20

Naisiasiakas	17	4	14	6	<b>41</b>	62
Miesiasiakas	8	5	5	7	<b>25</b>	38

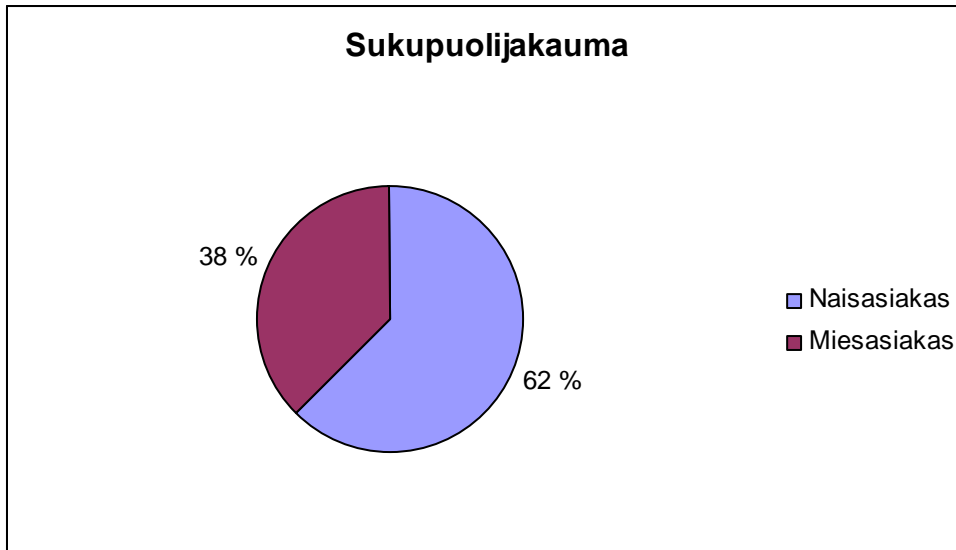
Asiakas vastasi itse	17	6	15	10	<b>48</b>	73
Omainen osallistui haastatteluun	6	3	4	3	<b>16</b>	24
Omainen vastasi postitse	2	0	0	0	<b>2</b>	3

#### **Avoin kysymys**

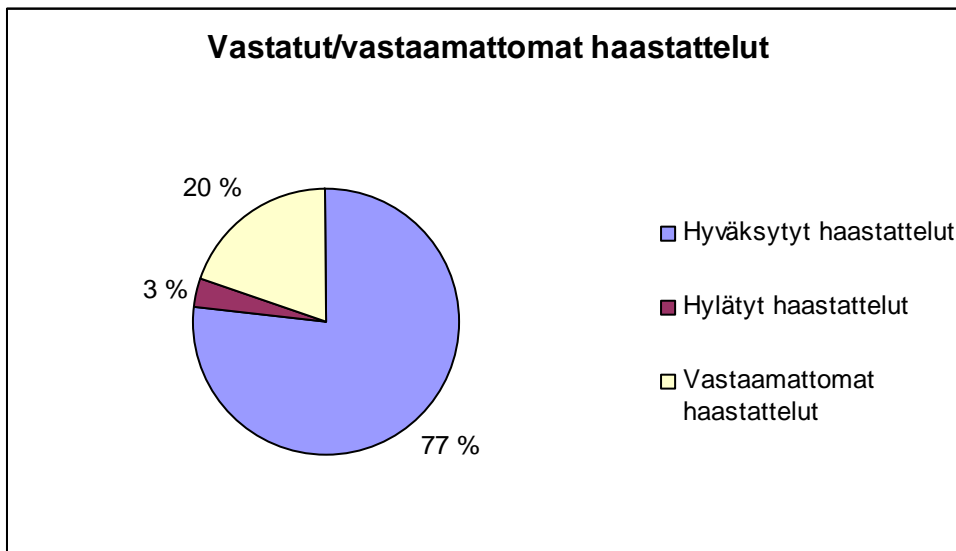
Haastattelut, joissa avoin kysymys esitettiin	25	9	19	13	<b>66</b>	100
Asiakkaalla kehittämissuhteita	11	6	9	5	<b>31</b>	47
Asiakkaalla ja omaisella kehittämissuhteita	6	3	4	2	<b>15</b>	23
Ei kehittämissuhteita	8	0	6	6	<b>20</b>	30

Pelkistetty vastaus ja vastauksen sisältö	Alaluokka ja vastausten määrä	Yläluokka ja vastausten määrä
108 Tulisi keskustelemaan ksh 42 Keskustelua enemmän kp 137 Keskustelua ksh 107 Puhuttaisiin iloisia asioita ksh 31 Käydä puhumassa ihmisten tykönä kp	Asiakkaan kanssa keskustelu ja seurustelu 8	Asiakkaan henkinen ja sosiaalinen tukeminen 28
115 Aikaa erikseen seurusteluun ksh 7 Seurustelua kp 106 Kyselisivät henkilökohtaisia asioita ksh		
133 Palvelupäiviä kuljetuksineen ksh 139 Yhteisiä tilaisuuksia ksh 138 Yhteisiin tilaisuuksiin, saattaja ksh 35 Säännöllinen kokoontuminen: muistelu, laulua, voimistelua, rupattelua kp 8 Yhteistä toimintaa kp	Kotihoidon järjestämiä yhteisiä tilaisuuksia ja yhteistä toimintaa 10	
54 Yhteinen ostosretki saattajineen kp 54 Yhteinen retki saattajineen kp 28 Virkistysretkiä kp 133 Laulattamista ksh 54 Laulujuttu kp		
53 Ulkoilua kp 25 Lenkille kp 53 Kauppareissuja kp 25 Kauppaan kp 53 Vaateostoksille kp 53 Kukkakauppaan kp 25 Kukkaostoksille kp 25 Hautausmaalle kp	Virkistystoimintaa kaksin hoitajan tai ohjaajan kanssa 10	
118 Askartelua kotiin, ohjaaja ksh 58 Viriketoimintaa kotona kp		

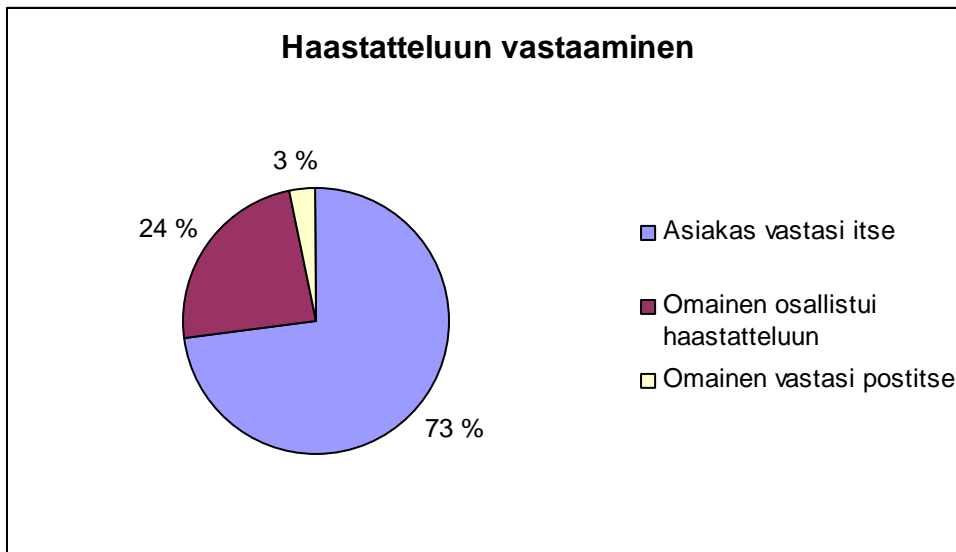
Alaluokka ja vastausten määrä	Yläluokka ja vastausten määrä	Pääluokka ja vastausten määrä
Perussiivous 13	Kodinhoito 30	Asiakkaan välittömään palveluun liittyvät kehittämissuositukset 112
Kaappien ja ikkunoiden siivous 4		
Pyykkihuolto 3		
Kodinhoito 3		
Asiakkaan asioilla käyminen 3		
Ulkotyöt 4		
Ruoan valmistaminen ja ateriointi 13		
Henkilökohtainen puhtaus ja siisteys 5		
Ulkoilu 7		
Kunnon ylläpito 3		
Avustaja asioilla käymiseen 4		
Avoterveydenhuollon palveluja kotiin 3	Kokonaisvaltainen kotona pärjäämisen tukeminen 22	
Avustajia kotiin 3		
Kokonaisvaltainen kotona pärjäämisen tukeminen 10		
Asiakkaan toiveiden ja subjektiivisesti koettujen tarpeiden mukaan toimiminen 6		
Asiakkaan kanssa keskustelu ja seurustelu 8	Asiakkaan henkinen ja sosiaalinen tukeminen 28	
Kotihoidon järjestämiä yhteisiä tilaisuuksia ja yhteistä toimintaa 10		
Yksilötoimintaa hoitajan tai ohjaajan kanssa 10		



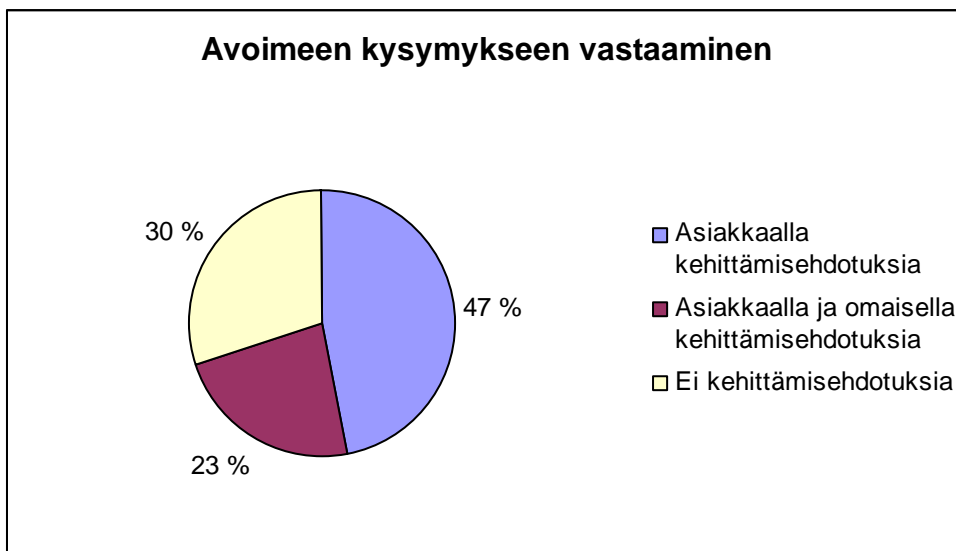
Kuvio 1. Haastatteluihin osallistuneiden asiakkaiden jakautuminen sukupuolen mukaan.



Kuvio 2. Haastattelujen jakautuminen hyväksytyihin ja hylättyihin, sekä haastattelut, joihin ei saatu vastausta.



Kuvio 3. Haastatteluihin vastasi joko asiakas yksinään tai yhdessä omaisen kanssa. Postitse vastasi kaksi omaista.



Kuvio 4. Vastausten jakautuminen asiakkaan sekä asiakkaan ja omaisen yhdessä tekemiin kehittämisehdotuksiin. Osalla haastatelluista ei ollut kehittämisehdotuksia.