

Anna Sepponen

VANHUSPALVELUIDEN LAATU JA  
RIITTÄVYYS HENKILÖSTÖN  
NÄKÖKULMASTA  
Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi


Liiketalouden koulutusohjelma

Marraskuu 2014




MAMK  
University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <h1 style="margin: 0;">MAMK</h1> <p style="margin: 0;">University of Applied Sciences</p> </div>	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  12.11.2014	
<b>Tekijä(t)</b>  Anna Sepponen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Liiketalouden koulutusohjelma	
<b>Nimeke</b>  Vanhustenpalveluiden laatu ja riittävyys henkilöstön näkökulmasta, Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi		
<b>Tiivistelmä</b>  Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Mikkelin seudun vanhushpalveluiden työntekijöiden mielipiteitä ja näkemyksiä vanhushpalveluiden tämänhetkisestä laadusta. Tutkimusongelmana on selvittää millaiseksi henkilökunta palvelun laadun ja riittävyyden kokee ja miten sitä voidaan tulevaisuudessa kehittää ja ylläpitää. Vanhushpalvelulaki edellyttää keräämään säännöllisesti palautetta asiakkaiden ja heidän omaisten lisäksi kunnan henkilöstöltä, ja sillä pyritään varmistamaan vanhushpalvelun laadun oikeanlainen taso ja riittävyys sekä korjaamaan mahdollisia epäkohtia. Sosiaali- ja terveysalalla tapahtuu jatkuvasti muutoksia, joilla on vaikutuksia palvelun laatuun ja toteuttamiseen. Tämä tutkimus tuo esille ajankohtaista tietoa Mikkelin seudun vanhushpalveluiden työntekijöiden näkemyksistä vanhushpalveluiden laadusta ja riittävyydestä.  Tutkimus tehtiin sähköisesti Webropol-kyselynä, jossa valtaosaan kysymyksistä oli valmiit vastausvaihtoehdot. Tutkimuksessa oli tämän lisäksi muutama avoin, eli kvalitatiivinen kysymys, joihin vastaajat saivat kertoa vapaasti omia mielipiteitään. Kysely lähetettiin kaikille Mikkelin, Pertunmaan, Mäntyharjun ja Kangasniemen palvelutuotantoyksiköiden vanhushpalveluiden työntekijöille ja lopullinen vastausten määrä oli 260. Vastausprosentti oli noin 46 %.  Tutkimuksen tulokset osoittavat, että työntekijöiden mukaan vanhushpalvelun tämänhetkisessä tilassa on parantamisen varaa. Työntekijät tietävät palvelulle asetetut laadulliset tavoitteet keskimäärin, mutta valtaosan mukaan asiakkaiden saamien palveluiden ja tuen määrä suhteessa heidän palvelun tarpeeseensa ei ole täysin riittävä. Tulosten mukaan suurimpia vaikeuksia aiheuttaa kiire ja työntekijöiden vähyys suhteessa asiakasmäärään, jonka seurauksena palvelun laatu kärsii. Lähes kaikki vastaajista ovat tyytyväisiä omaan tehtävänkuvansa ja kokevat roolinsa työyhteisössä tärkeäksi. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että työntekijöitä tarvitaan lisää, jotta palvelun laatu pysyisi paremmin halutulla tasolla. Lisäksi asiakkaan kanssa vietetyn ajan määrää tulisi pystyä lisäämään tulevaisuudessa.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>  sosiaali- ja terveydenhuolto, organisaatio, palvelu, palvelun laatu, laadun mittaaminen, henkilökunta, vanhustenpalvelu		
<b>Sivumäärä</b> 60+ liitteet 16 sivua	<b>Kieli</b> suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Tuuli Järvinen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi, vanhushpalveluiden yksikkö	

## DESCRIPTION

		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  12 November 2014
<b>Author(s)</b>  Anna Sepponen	<b>Degree programme and option</b>  Business Management	
<b>Name of the bachelor's thesis</b>  The quality and sufficiency of the elderly care from employees' perspective in the area of Mikkeli		
<b>Abstract</b>  The purpose of this bachelor's thesis is to find out opinions and experiences of the employees who work in elderly care and measure the current quality of the services they produce. The main issue was to figure out if the quality of the services was good enough and if there were enough services for the elderly according to the employees. Part of the study is included questions to the staff on how the services could be improved in the future. The study was made for the social and healthcare services of Mikkeli. Social and healthcare is an industry where there are a lot of changes and all these changes affect the service somehow. This study reveals current situation from the employees' point of view about the quality of the elderly care in the area of Mikkeli.  The thesis begins with the introduction and the theoretical part which deals with the organisation of social and healthcare in Finland. The following topic is service and quality in general, and that chapter also deals with the quality and service in the healthcare industry.  The research method for this thesis was quantitative but there were also a few qualitative questions. The questionnaire was sent to all the employees in the area of Mikkeli who work in the elderly care and the total amount of answers was 260.  The results show that the quality of the elderly care can be improved. The employees are quite aware of the qualitative targets that have been set for the elderly care. According to the results the main problem is the lack of employees that causes haste which easily damages the quality of the services. The majority is pleased with their role in the work community and they value the work they do.		
<b>Subject headings, (keywords)</b>  social and healthcare, organisation, service, quality of service, personnel, elderly care		
<b>Pages</b>  60 + 16app.	<b>Language</b>  Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b>  Tuuli Järvinen	<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  The social and healthcare services of Mikkeli	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN ORGANISAATIO SUOMESSA ...	2
2.1	Sosiaali- ja terveydenhuolto toimintaympäristönä .....	2
2.1.1	Sosiaali- ja terveysministeriö .....	3
2.1.2	Valvira.....	4
2.1.3	Kunnat.....	5
2.2	Sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittaminen .....	6
2.2.1	Valtion avustukset.....	7
2.2.2	Verovarot.....	8
2.3	Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen organisaatorakenne .....	9
3	PALVELU.....	11
3.1	Palveluiden määritelmä .....	12
3.2	Palveluala henkilöstönäkökulmasta.....	13
3.3	Palvelun laatu.....	16
3.3.1	Palvelun laadun osatekijät ja ulottuvuudet .....	16
3.3.2	Palvelun laatu terveydenhuollossa.....	17
3.3.3	Terveydenhuollon kliininen laatu .....	19
3.4	Palvelun laadun mittaaminen.....	20
4	MIKKELIN SEUDUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMI .....	23
4.1	Mikkelin seudun sosiaali- ja terveyspalvelut.....	23
4.2	Vanhuspalvelut .....	25
4.2.1	Laitoshoido .....	26
4.2.2	Tehostettu palveluasuminen ja palveluasuminen.....	27
4.2.3	Kotihoito .....	29
4.3	Omavalvonta vanhustenpalvelussa.....	30
4.4	Toiminnan kytkeminen teoriaan .....	32
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	33
5.1	Case-tutkimus .....	33
5.2	Tutkimusmenetelmät .....	34
5.2.1	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus.....	34
5.2.2	Tutkimusaineisto ja sen analysointi .....	36

6	HENKILÖSTÖN NÄKEMYKSET .....	37
6.1	Henkilökunnan mielipiteitä työajasta ja -tehtävistä sekä omasta roolistaan työyhteisössä .....	38
6.2	Henkilökunnan mielipiteitä vanhuspalveluiden laadun nykyisestä tilasta ..	40
7	PALVELUJEN LAADUN JA RIITTÄVYYDEN VARMISTAMINEN TULEVAISUUDESSA .....	43
7.1	Työntekijöiden vähyys haittaa palvelun laatua.....	43
7.2	Rooli työyhteisössä ja ammattitaidonkehittämismahdollisuudet koetaan hyväksi .....	44
7.3	Tietämys yksikön omavalvontasuunnitelman sisällöstä ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittäminen puutteellista.....	45
7.4	Eroavaisuuksia henkilökunnan näkemyksissä palvelun ja tuen riittävydestä .....	47
7.5	Tutkimuksen luotettavuus.....	48
8	LOPUKSI.....	49
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	
	1 Kyselyn saatekirje	
	2 Kyselylomake	
	3 SPSS-tulosteet	
	4 Työajan riittävyys eri työyksiköissä	
	5 Henkilöstön riittävyys eri työyksiköissä	

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuolto on laaja ja vaativa ala, jolla työskentelee useita eri ammattaje edustavia ihmisiä. Yli puolet koko kuntasektorin henkilöstöstä työskentelee sosiaali- ja terveysalalla. Sote-ala muuttuu tulevaisuudessa muiden alojen tapaan yhä enemmän sähköiseen muotoon, mikä muuttaa omalta osaltaan palvelujärjestelmää mutta ihmisten kohtaaminen ei tule tältä alalta häviämään. Kuitenkin henkilökunnan työt ja tavat ammattihenkilön ja asiakkaan kohtaamisessa tulevat muuttumaan vuosien kuluessa.

Tällä opinnäytetyöllä halutaan mitata Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalvelu- luyksikön henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia palvelun laadusta ja sen riittävyys- destä. Niin sanottu vanhuspalvelulaki edellyttää kuntia keräämään tietoa palvelun laa- dusta asiakkailta, heidän läheisiltään ja omaisiltaan sekä kunnan henkilöstöltä. Saatujen tulosten pohjalta pystytään mittaamaan vanhuspalvelulaadun tasoa ja valvotaan laatu- tason säilymistä tulevaisuudessa. Tutkimus tehdään sähköisellä kyselyllä, joka lähete- tään Mikkelin, Pertunmaan, Kangasniemen ja Mäntyharjun palvelutuotantoyksiköiden henkilökunnalle. Tutkimuksen tavoite on sellaisen mittarin luominen, jolla toimeksian- tajan pystyy mittaamaan palvelun laatua nyt ja tulevaisuudessa. Aihe on ajankohtainen, sillä nykyään puhutaan paljon vanhusten hyvinvoinnista niin kotioloissa, mutta myös palvelutaloissa ja siitä, saavatko he riittävästi hoivaa ja huolenpitoa.

Opinnäytetyön viitekehys muodostuu kahdesta pääluvusta, joista ensimmäisessä käsi- tellään yleisesti sosiaali- ja terveysalan organisaatiota Suomessa ja toisessa luvussa kä- sittelen palvelua. Nämä luvut on jaettu vielä tarkemmin aiheita käsitteleviin alalukuihin. Neljännessä luvussa esittelen opinnäytetyön toimeksiantajan ja viides ja kuudes luku käsittelevät käyttämäni tutkimusmenetelmää, tutkimuksen tekemistä ja tutkimuksesta saatujen tulosten esittelyä sekä analysointia. Viimeisessä kahdessa luvussa kerron myös johtopäätökset saatujen tulosten pohjalta. Opinnäytetyön viimeinen osa on päätäntö, joka sisältää yhteenvedon ja pohdinnan lisäksi arvion omasta työskentelystäni opinnäy- tetyön eri vaiheissa.

## **2 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN ORGANISAATIO SUOMESSA**

Tässä luvussa käsittelen Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatiota yleisellä tasolla. Ensimmäisenä kerron miten terveydenhuolto Suomessa järjestetään ja mitkä ovat sosiaali- ja terveysministeriön, valvovan viranomaisen, kuntaliittojen ja kuntien sekä kuntayhtymien tehtävä. Kerron myös, millainen kyseinen ala on toimintaympäristönä työntekijöille. Mitkä seikat aiheuttavat haasteita ja minkälaisia eroja sosiaali- ja terveysalalla on muihin aloihin verrattuna. Viimeisessä alaluvussa käsittelen Mikkelin seudun sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatorakennetta ja sitä mistä sen organisaatio Mikkelin seudun alueella muodostuu.

### **2.1 Sosiaali- ja terveydenhuolto toimintaympäristönä**

Väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen on terveyspalvelujen tehtävä. Niiden tulee taata perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden järjestäminen hoitotakuun määräaikojen mukaisesti ja lain vaatimalla asiantuntemuksella. Tulosalueen keskeinen tavoite on perusterveydenhuollon avopalveluiden tuottaminen väestölle kustannustehokkaasti ja joustavasti. Yksi peruspilari seudun väestön hyvinvoinnille on oikein kohdentuvat ja kohtuulliset terveyspalvelut. Terveyspalveluiden tulosalueen muodostavat lääkäripalveluiden, vastaanottopalveluiden ja suunterveydenhuollon lisäksi terveysneuvonta, mielenterveysvastaanotto, fysioterapia sekä perusterveydenhuollon akuuttiosastot. Tulosalueeseen vaikuttavat myös erityistyöntekijät ja tukipalvelut, joihin kuuluu väline- ja laitehuolto sekä tekstinkäsittely. Terveydenhoito- ja terveyspalvelualalla työskentely edellyttää ammattitaitoista, osaavaa, innostavaa ja hyvinvoivaa henkilökuntaa. Henkilöstön jatkuva kehittäminen ja kouluttaminen sekä hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen ovat keskeisessä osassa. Terveyspalvelualan henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua toiminnan ja työn suunnitteluun ja kehittämiseen. Lisäksi jokaiselle työntekijälle annetaan mahdollisuus kehittyä omassa ammatissaan ja heillä on halutesaan oikeus tasavertaiseen kehittymiseen omalla urallaan ja työtehtävissä. (Terveyspalveluiden toimintakäsikirja 2013.)

### 2.1.1 Sosiaali- ja terveysministeriö

Lainsäädännöillä, valtiosuusjärjestelmällä ja vuorovaikutusohjauksella (suositukset ja ohjeet) ohjataan sosiaali- ja terveystalvontajärjestelmää. Apuna käytetään myös jatkuva valvontaa, johon kuuluu erilaiset luvat, ennakko- ja jälkikäteisvalvonta sekä kantelut. Terveystalvontan ohjausvastuu on sosiaali- ja terveystalvontajärjestelmällä (STM) ja sen tehtävänä on valmistella lainsäädäntö ja ohjata sen toteutumista. Tämän lisäksi STM johtaa ja ohjaa sosiaaliturvun sekä sosiaali- ja terveystalvontan palvelujen toimintapolitiikkaa ja kehittämistä. Se valmistelee myös sosiaali- ja terveystalvontajärjestelmien keskeiset uudistukset ja ohjaa niiden toteuttamista. Sosiaali- ja terveystalvontan kansallisella kehittämishajelmalla, Kasteella, ohjataan uudistamis- ja kehittämistoimintaa ja lainsäädäntö määrittelee keskeiset sosiaaliturvontan, kansanterveystalvontan sekä erikoissairaanhoidon palvelut, jotka kuntien on järjestettävä. (Terveystalvontto Suomessa 2013.)

Sosiaali- ja terveystalvontajärjestelmän keskeisenä tavoitteena on luoda kaikille yhtäläiset mahdollisuudet henkisesti ja fyysisesti turvalliseen ja terveelliseen elämään. Tästä syystä väestön hyvinvointi on otettu keskeiseksi osaksi kaikkea päätöksentekoa. Ministeriön tulee edistää asukkaiden omaa toimintakykyä ja terveystalvontajärjestelmällä heille riittävästi terveystalvontajärjestelmien ja sosiaaliturvontajärjestelmien ja ylläpitää sekä kehittää hyvinvointia niin työ- kuin elinympäristössään. Riittävällä hyvinvoinnin edistämishajelmalla väestö saa lisää terveitä työ- ja elinvuosia. Toimeentulo voi olla ajoittain väestön keskuudessa ongelma ja STM:n tehtäviin kuuluu huolehtia, että jokaisella on elämän eri vaiheissa vähintäänkin kohtalainen toimeentulo. He turvaavat väestölle myös yksityis- ja sosiaaliturvontajärjestelmien, joihin kuuluvat muun muassa työttömyys-, eläke- ja sairausvakuutus. Myös naisten ja miesten välisen tasa-arvon kehittäminen ja ylläpitäminen kuuluu ministeriön vastuualueisiin. Sosiaali- ja terveystalvontajärjestelmien sekä perustalvontajärjestelmien tehtävänä on ohjata sosiaali- ja terveystalvontajärjestelmien toimintaa. Tasa-arvoasioista vastuussa on puolestaan kulttuuri- ja urheiluministeri ja heillä on apunaan valtiosihteerit ja kansliapäällikkö, joka toimii ministeriön ylimpänä virkamiehenä. (Sosiaali- ja terveystalvontajärjestelmä ja sen hallinnon ala 2012.)



### 2.1.2 Valvira

Rautalahti (2012) kertoo tekstissään sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran toteuttavan tehtävää, jonka päämääränä on yhdenmukaistaa valvonta valtakunnallisilla valvontaohjelmilla. Näitä valvontaohjelmia laaditaan sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi alkoholihallinnossa ja ympäristöterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa Valvira valvoo ja ohjaa laajakantoisia ja periaatteellisesti tärkeitä asioita tai toimialuetta, joka kattaa usean eri aluehallintoviraston tai asioita, jotka koskevat koko maata. Valviran tulee ohjata ja valvoa myös sellaisia asioita, joita aluehallintovirasto ei pysty käsittelemään tai valvonta-asioita, jotka liittyvät terveydenhuollon ammattihenkilöihin.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta valtakunnallisella tasolla. Valvira valvoo julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden lisäksi myös yksityisiä organisaatioita ja terveydenhuollon henkilöstöä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin kuuluvat terveyskeskukset, yksityiset lääkäriasemat, vanhainkodit ja sairaalat. Se myöntää myös ammatinharjoittamisoikeudet terveydenhuollon ammattihenkilöille ja luvat yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen. Elinten, kudosten ja solujen lääketieteelliseen käyttöön tarvitaan myös lupa Valviralta, samoin kuin luvat raskaudenkeskeytyksiin ja sterilointiin tietyissä tapauksissa. Valvonta jaetaan kolmeen eri kokonaisuuteen: yksittäistapausten jälkivalvontaan, johon kuuluu lähinnä kantelujen ratkaiseminen ja suunnitelmiin perustuvaan valvontaan, joka käsittää valvontaohjelmat ja omavalvonnan valvonnan. Näiden lisäksi valvontaan kuuluu myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden ohjaus ja neuvonta sekä asiakirjojen perusteella viranomaisille ja tuomioistuimille annettavat lausunnot. Kantelu käsitellään niissä tapauksissa, kun asiakkaan hoidossa on tapahtunut hoitovirhe ja sen oletetaan vaikuttaneen potilaan kuolemaan tai vaikea-asteiseen vammautumiseen. Muut kantelut ovat aluehallintoviraston vastuulla. (Terveydenhuollon luvat, valvonta ja niihin liittyvä ohjaus 2014.)

Kun puhutaan valvonnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa, halutaan selvittää onko asiakkaalle annettava palvelu turvallista, laadultaan riittävää ja noudatetaanko sen toteuttamisessa lainsäädäntöä. Valvonnalla halutaan ennaltaehkäistä vääränlaisia toimintakäytäntöjä ja puuttua toimintaan, joka alittaa terveydenhuollon laadun vähimmäisvaatimukset tai on muuten säädösten vastaista. Valtakunnallisten suositusten avulla pyritään

helpottamaan lainsäädännön tulkintaa ja kehittämistä, vaikkei niillä olekaan velvoittavaa sitovuutta oikeudellisesti. Valvira on tehnyt yhteistyössä AVIen kanssa valtakunnallisia valvontaohjelmia, joiden yhtenä tarkoituksena on siirtää huomioita enemmän ennakoivaan valvontaan jälkikäteisvalvonnan sijaan ja saada yhdenmukaistettua sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa. Näihin valvontaohjelmiin tulee kirjata kaikki sellaiset kriteerit, joita halutaan noudatettavan jokaisella alueella toimijoiden valvonnan ja ohjauksen alla, mutta myös lupahallinnossa myönnettäessä toimilupia uusille yksiköille ja toimijoille. (Rautalahti 2012.)

### **2.1.3 Kunnat**

Alkion (2011, 43–46) mukaan Suomessa kuntien tehtävänä ja vastuulla on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuntalaisille. Kun terveydenhuolto järjestetään kunta-kohtaisesti, tulisi jokaisen asukkaan käyttää ensisijaisesti oman asuinkuntansa tarjoamia palveluita. Suomessa kuntia oli vuonna 2011 yhteensä 336, joista 106 kuntaa tuotti sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut itse. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen periaatteisiin kuuluu riittävien sosiaali- ja terveystalveluiden yhdenvertainen toteuttaminen koko maassa. Kunnat saavat päättää terveystalvelujen laajuuden, sisällön ja tavan, jolla palvelut järjestetään, kunhan päätökset ovat lainsäädännön sallimissa rajoissa. Tästä johtuen kuntien tarjoamissa palveluissa voi olla eroja. (Terveydenhuolto Suomessa 2013.) Kunnat saavat tuottaa sosiaali- ja terveystalvelut itsenäisesti, jos resurssit siihen riittävät tai vaihtoehtoisesti he voivat tehdä yhteistyötä muiden kuntien kanssa tekemällä niiden kanssa sopimuksia tai muodostamalla kuntayhtymiä. Kunta voi myös halutessaan ostaa näitä palveluita muilta kunnilta, yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä. Yksi tapa on myös palveluseteli, joka on tietyn arvoinen ja se annetaan kunnan asukkaalle. Palveluseteleitä käytettäessä kunta on sitoutunut maksaa palvelun, jonka kyseinen asukas ostaa yksityiseltä palveluntuottajalta. (Terveystalvelut 2014.)

Isosaari (2004, 57–58) kertoo vuonna 2003 tehdystä tutkimuksesta, jossa vertailtiin keskenään kuntia, jotka tuottivat perusterveydenhuoltoa itsenäisesti ja kuntayhtymään kuuluvia kuntia ja millaisia eroja näiden välillä oli. Tutkimuksesta kävi ilmi, että palvelujen tuotantotavat eivät merkittävästi eronneet oman terveystalvelukeskuksen ja kuntayhtymän välillä. Lääkinnällisessä kuntoutuksessa kuntayhtymät hyödynsivät runsaasti ostopalveluita, kun taas itsenäiset terveystalvelukeskukset käyttivät niitä vain vähän. Yksikön koon

vaikutus siihen, miten palvelu asiakkaille järjestetään, näkyi merkittävimmin laboratoriapalveluissa, mutta myös röntgenpalveluissa. Itsenäiset terveyskeskukset käyttivät useammin ostopalveluita, mistä huomataan se, että palveluja halutaan keskittää suurempiin yksiköihin. Kolmasosa kuntayhtymistä erotti lääkäripäivystyksen kokonaan omaksi toiminnaksi ja samoin teki vai pieni osa itsenäisistä terveyskeskuksista. Päivystyksen järjestäminen sopimuksilla toisten kuntien kanssa tai ostamalla kyseisiä palveluita toisilta kunnilta tai kuntayhtymiltä on yleisempää erityisesti itsenäisillä terveyskeskuksilla. Noin puolet sekä kuntayhtymistä että itsenäisistä terveyskeskuksista osti terveydenhuollonpalveluita joko toisilta kunnilta tai kuntayhtymiltä tai yksittäisiltä palveluntuottajilta.

Alkion (2011) mukaan kunnat muodostavat sairaanhoitopiirit, joiden tehtävän on erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen oman kuntansa alueella. Erikoissairaanhoidon palvelut kuuluvat sairaalassa annettaviin palveluihin ja hoitoihin, mutta osa niistä hoidosta lasketaan erityistason sairaanhoidoksi. Erityistason sairaanhoidosta vastaa Suomessa viisi erityisvastuualuetta ja jokaisella alueella on oma yliopistollinen keskussairaala, jotka sijaitsevat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa. Sairaanhoitopiirin tehtäviin kuuluu suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidoa sellaisella tavalla, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido muodostavat yhdessä toimivan kokonaisuuden. Sairaanhoitopiiri tuottaa sellaiset erikoissairaanhoidon palvelut, joita perusterveydenhuollon ei kuulu tuottaa. Niiden tulee vastata myös kunnallisen terveydenhuollon tuottamien laboratorio- ja röntgenpalveluiden, lääkinnällisen kuntoutuksen ja muiden erityispalveluiden ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Ne vastaavat myös tutkimus- ja kehittämistyöstä sekä koulutustoiminnasta ja kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisesta yhdessä terveyskeskusten kanssa. Yksityiset palveluntuottajat myyvät palvelujaan kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaalle ja ne ovat yrityksiä, järjestöjä tai säätiöitä. Yksityiset terveyspalvelut täydentävät julkisia terveyspalveluja. Yleisimpiin yksityisiin terveyspalveluihin kuuluvat lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotot, työterveyshuolto ja fysioterapiapalvelut. (Terveydenhuolto Suomessa 2013.)

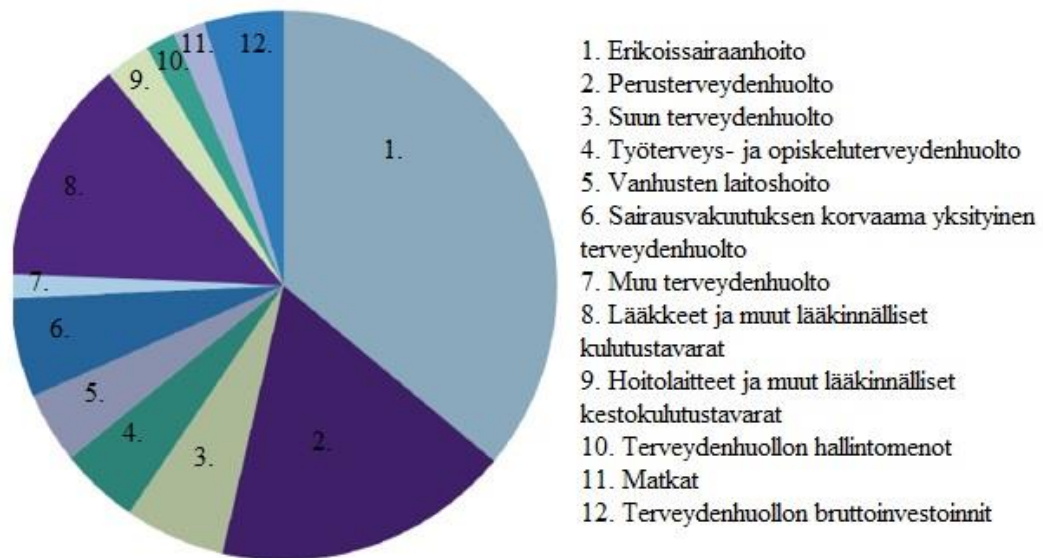
## **2.2 Sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittaminen**

Ekroosin (2004, 55–57) mukaan rahoituksen monikanavaisuus on yksi terveydenhuollon erityispiirteistä Suomessa. Suomi on hyvinvointivaltio ja sen mukaan sosiaali- ja

terveydenhuollonpalveluiden tulisi olla kaikkien saatavilla ilmaiseksi, tasa-arvoisesti ja rajoituksetta. Tosiasia kuitenkin on, että Suomi ei ole lähelläkään tätä tavoitetta ja etäännyimme tästä tavoitteesta koko ajan. Valtion ja kuntien osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista pienenee jatkuvasti. Tämän lisäksi valtionosuuksissa ja kuntien rahoittaman osuuden määrässä on tapahtunut merkittävää muutosta. Rahoja ei enää kohdenneta samalla tavalla tietyille ja tarkasti rajatuille alueille ja myös verotulojen ohjautuminen suoraan kunnille tai valtiolle on viime vuosien kuluessa muuttunut. Yhteenvedon voidaan sanoa, että valtio on vähentänyt finanssipoliittista sääntelyä kuntien terveydenhuoltopalvelujen rahoituksessa vuosi vuodelta enemmän. Vaikeuksia aiheuttaa terveyspalveluiden käytön suunnitteleminen ja rahan budjetoiminen erityisesti pitkällä aikavälillä. Lisää epävarmuutta aiheuttavat epävarmuus myös onnistuneen hoidon kustannuksista, puhumattakaan mahdollisen epäonnistuneen hoidon tuomista ylimääräisistä kustannuksista. (Sintonen & Pekurinen 2006, 66–67.)

### **2.2.1 Valtion avustukset**

Alkio (2011) kertoo kuntien ja valtion vastaavan Suomessa terveyspalveluiden rahoituksesta. Terveyspalvelut rahoitetaan Suomessa melkein kokonaan kunnallisverorahoilla, mutta valtio tukee valtionosuuksilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä. Valtio maksaa valtionosuutta vuosittain ja sen osuus on noussut terveydenhuollon menojen osalta 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen ajan. Kunnan valtionosuuden määrään vaikuttavat muun muassa kunnan asukasluku, asukkaiden ikäjakauma ja asukkaiden sairastavuus. Näistä luvuista lasketaan sopiva valtionosuuden määrä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollolle. Vuonna 2009 kuntien sosiaali- ja terveys-toimen menot olivat noin 18,6 miljardia euroa, mikä oli 56 % kuntien kokonaismenoista yhteensä. Kuten kuvasta 1. voidaan huomata, eniten menoja aiheutui erikoissairaanhoidosta (5,1 miljardia). Vanhuksille ja vammaisille tarjottavat palveluista muodostui menoja 4 miljardia. Perusterveydenhuollosta koitui menoja 3,8 miljardia ja lasten päivähoidolle ja muulle hoidolle annetuista tuista 2,6 miljardia. Asiakasmaksuilla pystytään kattamaan alle kymmenen prosenttia kuntien lakisääteisistä menoista, kun taas käyttökustannuksiin tarkoitetut valtionosuudet kattavat noin kolmasosan. Jäljelle jääneen osuuden rahoittavat kunnat. (Palvelujen menot ja rahoitus 2014.)



**KUVA 1. Terveydenhuoltomenojen rakenne vuonna 2012 (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2012, 2014)**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) mukaan terveydenhuoltomenojen julkisen rahoituksen osuus oli 75,2 prosenttia (13,1 mrd. €) vuonna 2012 ja yksityisen rahoituksen osuus oli puolestaan 24,8 prosenttia. Terveydenhuoltomenoja tarkastellessa vuonna 2012 suurin rahoitusosuus, eli 35,6 % oli vieläkin kunnilla. Rahoitusosuus on kasvanut 0,5 prosenttiyksikköä edellisestä vuodesta. Valtion rahoittama osuus terveydenhuollon menoeristä vuonna 2012 oli 25,1 %. Pienehkö osa rahoitusosuudesta muodostui lääkinnällisten tuotteiden hankinta- ja matkakuluista sekä erilaisten hoitolaitteiden kustannuksista. Vuonna 2012 työnantajien muodostama rahoitusosuus pysyi samana edellisten vuosien kanssa (3 %). Kolme prosenttia terveydenhuoltomenojen rahoitusosuudesta muodostui puolestaan avustuskassojen, yksityisen vakuutuksen ja kotitalouksia palvelevien voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen yhteenlasketusta osuudesta. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2012.)

### 2.2.2 Verovarot

Suomen itsenäisyyden juhlarahaston (Sitra) verkkojulkaisun mukaan terveydenhuollon rahoitus on käytännössä monikanavaista, vaikka se perustuukin suurimmaksi osaksi verovaroihin. Julkisella sektorilla maksajina valtion ja kuntien lisäksi toimii Kela ja yksityiseltä sektorilta kotitalouksien lisäksi työnantajat ja avustuskassat, yhteisöt ja yksityinen vakuutus. Vuonna 2012 kansaneläkelaitoksen rahoitusosuus pysyi samana kuin

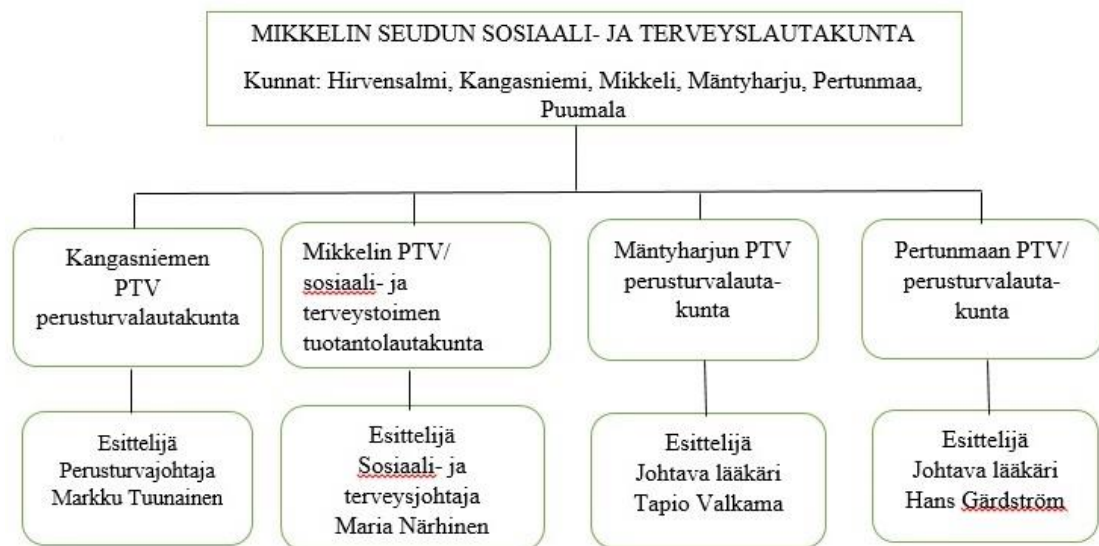
edellisenäkin vuonna, eli oli yhteensä 14,5 prosenttia. Osuus, jonka kotitaloudet rahoittivat terveydenhuollosta, on noin 3,3 miljardia euroa, mikä vastaa hieman alle 20 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista. Kotitalouksien rahoittamasta osuudesta yli puolet koostui asiakasmaksuista ja toiseksi suurin osuus lääkkeiden ja muiden lääkemenojen osuudesta. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2012.) Edellä mainittu monikanavainen rahoitusjärjestelmä aikaansaa tehottomuutta. (Uusi sosiaali- ja terveystalouden rahoitus- ja ohjausjärjestelmä 2014).

Jokainen rahoittaja haluaa optimoida toimintaa ainoastaan omasta näkökulmasta eikä kokonaisvastuuta palvelun laadusta, siitä saaduista tuloksista ja rahoituksesta ole kenelläkään. Sitra pyrkii omalla toiminnallaan lisäämään asiakkaiden etuja ja he tuottavat omilla hankkeillaan tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen uudistamisen mahdollisuuksista. Toiminta tehdään asiakaslähtöisesti ja siinä otetaan huomioon myös tulevaisuuden tarpeet. Sitran toiminnan tärkein päämäärä on varmistaa asiakkaiden tasavertainen kohtelu sosiaali- ja terveystalouksissa sekä lisätä heidän omia vaikutusmahdollisuuksiaan ja valinnanvapautta terveystalouksissa. Lisäksi kansalaisia halutaan rohkaista ottamaan enemmän vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista. Asiakaslähtöisen toiminnan tukeminen ja lisääminen on osa hankkeiden tavoitetta ja he myös pyrkivät toteuttamaan ”asiakas liikuttaa rahaa”-toimintamallin. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän uudistaminen ei onnistu yksin, vaan se vaatii laajaa yhteistyötä eri tahojen kanssa. Uudistus on jo käynnissä ja hallituksen tekemän linjauksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on tulevaisuudessa viiden eri alueen vastuulla. Tämän lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän tutkimaan erilaisia vaihtoehtoja, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitusjärjestelmä saataisiin purettua. (Sitra 2014.)

### **2.3 Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen organisaatorakenne**

Puhuttaessa organisaatorakenteesta julkinen terveydenhuolto toimii samalla tavalla asiantuntijaorganisaation kanssa. Siinä ammattihenkilöiden toiminta on itsenäistä ja he toimivat niiden käytäntöjen mukaan, jotka kokevat kyseisessä tilanteessa parhaimmiksi. Tämän tapaisissa organisaatioissa ammattihenkilöiden oppimisen ja kehittymisen taustalla on kokeneemmilta kollegoilta oppiminen. Mitä suurempi ammatillinen pätevyys terveydenhuollon johtajalla on, sitä suurempi on johtajan auktoriteetti. Ammatillinen

auktoriteetti julkisessa terveydenhuolto-organisaatiossa auttaa erityisesti silloin kun halutaan muuttaa klinisiä käytäntöjä. Julkisen terveydenhuollon organisaatorakenteeseen liittyy tietty erityispiirre, joka liittyy organisaation omistajuuteen: Järjestelmän ohjaus tapahtuu demokraattisella päätöksenteolla, eikä organisaation omistajuudesta ole täysin varmaa tietoa. Kun muutokset tehdään ainoastaan yhden organisaation sisällä, voidaan kääntyä tutun työparin tai johtajan puoleen, mutta kun muutokset käsittävät useamman organisaation, johtajuus jakaantuu usean henkilön kesken. Näissä tapauksissa on vaikea käsittää kenen vastuulla lopullinen päätös muutoksesta on. (Mäntyranta ym. 2004, 351–352.)



**KUVA 2. Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen organisaation rakenne (Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen organisaatio 2013)**

Kuvassa 2 on esitetty Mikkelin seudun sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation rakenne. Mikkelin seudun sote-alueen asiakkaisiin kuuluu kuuden eri kunnan asukkaat ja siellä toimii neljä eri palvelutuotantoyksikköä, Kangasniemen, Mikkelin, Mäntyharjun ja Pertunmaan palvelutuotantoyksikkö, joista jokaisella on oma johtaja. Kuvassa 3 on esitelty Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota ja palveluyksikköä tarkemmin ja siinä näkyvät palvelut, joita se asiakkailleen tuottaa. Mikkelin palveluntuotantoyksikkö tarjoaa erilaisia sosiaalipalveluita sekä terveys- ja vanhuspalveluita. Nämä palvelut jakaantuvat vielä edelleen alaspäin tarkempiin luokkiin.

## SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN ORGANISAATIO 2014



**KUVA 3. Mikkelin palvelutuotantoyksikön organisaatio 2014 (Sosiaali- ja terveystoimen organisaatio 2014)**

Terveydenhuollon organisaatiossa viestinnällinen osaaminen on erittäin merkittävässä roolissa, sillä tehdyt päätökset oikeutetaan yhteisen ajattelun sijaan asiantuntemuksella. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista suurimpia ja merkittävimpiä haasteita päätöksenteolle aiheuttavat sairaalat, sillä niissä työt usein järjestetään ja johdetaan hierarkiamallin pohjalta. Mitä korkeampi virkaikä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on, sitä korkeammalla hän työskentelee organisaatiossa. Sairaaloissa työt pohjautuvat erikoisosaamiseen ja ne on sidottu tiettyihin sääntöihin. Sairaalan toiminnallisen johdon ja strategisen huipun välillä olevien tasojen odotetaan huolehtivan siitä, että tavoitteet jotka ammattilaisille on asetettu, saavutetaan. (Vuori 2005, 40, 190–191, 194.)

### 3 PALVELU

Tässä luvussa kerron yleisesti, mitä palveluilla tarkoitetaan ja mitä kaikkea palveluiden tuottamiseen kuuluu. Kerron myös palvelun laadusta, siitä miten organisaatio voi itse vaikuttaa tarjoamansa palvelun laatuun ja kuinka asiakkaat kokevat laadun. Seuraavassa alaluvussa käsitelen palvelualaa henkilöstön näkökulmasta ja viimeiseksi käsitelen tarkemmin palvelun laadun mittaamista.



### 3.1 Palveluiden määritelmä

Grönroos ja Järvinen (2001, 78–80) kertovat, että melkein minkä tahansa tuotteen voi muokata myös palveluksi, jos myyjän tavoitteena on muuntaa se asiakkaan yksityiskoh- taisten vaatimusten mukaiseksi. Laite on fyysinen tavara, mutta tapa, jolla asiakkaalle toimitetaan kyseinen laite, on palvelua. Yhä yleisempää on, että teollisuusyritykset siir- tävät painopistettään kohti palveluyrittäjyyttä tai ainakin väittävät muuttuvansa palve- luyrityksiksi. Asiakkaille tarjottaviin palveluihin kuuluvat myös monet hallinnolliset palvelut, kuten laskutus ja valitusten käsittely. Ne kuuluvat asiakkaalle ”näkymättö- miin” palveluihin passiivisen käsittelytapansa vuoksi. Kyseisten ”näkymättömien” pal- veluiden hoitaminen mielletään useimmiten ongelmiksi eikä suinkaan palveluiksi.

Palvelua voidaan katsoa joko asiakkaan eli kuluttajan tai myyjän eli tuottajan näkökul- masta. Tuottajan näkökulmasta katsottuna palvelu on erilaisten tapahtumien ja proses- sien summa. Pääasiassa palvelu on immateriaalinen toimenpiteiden sarja, jolla tuotetaan asiakkaalle jonkinlaista hyötyä, mutta palveluun voi kuulua osana myös konkreettinen fyysinen tuotos. Asiakkaan osallistuminen palvelun tuottamiseen riippuu täysin siitä, minkälaisesta palvelusta on kyse. Joskus asiakas osallistuu palvelun tuottamiseen lähes yhtä paljon kuin palvelun tuottaja, joskus puolestaan huomattavasti vähemmän. Asiak- kaan osallistuminen tuo mukanaan osuuden, jota palvelun tuottaja ei pysty itse hallitse- maan. Palvelun tuottaja pystyy määrittämään ainoastaan omia toimiaan ja pyrkii saa- maan asiakkaan toimimaan haluamallaan tavalla, jotta palvelukokemuksesta tulee miel- lyttävä. Asiakkaan näkökulmasta hänen ostamansa ja käyttämänsä palvelu voi olla täy- sin arkipäiväinen ja rutiininomainen toimenpide, jota hän tuskin edes suuremmin huo- maa tai se voi olla hänelle ainutkertainen ja ikimuistoinen tapahtuma. Palvelua kulutta- essaan asiakas keskittyy ainoastaan omaan tavoitteeseensa sen sijaan, että miettisi pal- velun tuottajan suorittamia toimenpiteitä. Asiakas on osa palvelun tuotantoprosessia alusta alkaen ja asiakas on osa tätä prosessia, joka aikaansaa palvelun. (Kinnunen 2003, 7–8.)

Aineettomuus on suurin ero verrattaessa palvelua tavaraan. Palvelua ei voida nähdä, maistaa, koskettaa tai kokeilla ennen kuin se ostetaan, koska se on toiminto. Tästä joh- tuen asiakas ei voi varmuudella tietää mitä on ostamassa, vaan hänen täytyy päätellä palvelun ominaisuudet erilaisista aineellisista vihjeistä ja muusta saatavilla olevasta to- distusaineistosta. Palvelu on toimintaa ja jokainen palvelukokemus on yksilöllinen ja

ainutkertainen tapahtuma, joten asiakas tai asiakaspalvelija ei voi varmuudella tietää millaiseksi kokemukseksi palvelutapahtuma muodostuu. Palvelut ovat vaihtelevia, johdun siitä, että palvelun tuottamiseen osallistuu useita eri henkilöitä. Palvelutapahtumaan voi osallistua myös liikkeen muut asiakkaat, joten palvelun onnistuminen ei ole yksin kiinni asiakkaasta ja asiakaspalvelijasta. Palvelua ei voi säilyttää, varastoida tai myydä eteenpäin tai palauttaa jos siihen ei olla tyytyväisiä. Palvelu on käytettävä silloin kun se on tarjolla, eikä niitä voi säästää myöhempää käyttöä varten. Jos palvelun tarjoaminen asiakkaalle epäonnistuu tai asiakas ei ole muuten tyytyväinen saamaansa palveluun, ei saatua palvelua voida palauttaa. Palveluntuottajalla on oltava käytössään toisenlaiset vahingon korvauskeinot, joka hyvittää asiakkaan kokeman mielipahan. (Lämsä & Uusitalo 2002, 16–19.)

Isoviidan ja Lahtisen (2001, 45) mukaan asiakaspalvelu kuuluu markkinoinnin tärkeimpiin kilpailukeinoihin. Palveluyhteiskuntaan siirtyminen on saanut aikaan huomattavasti enemmän palveluyrittäjyyttä ja sitä syntyy koko ajan lisää. 2000-luvulla palvelusektorin työntekijöiden määrä on yli 65 % maan työvoimasta. Tavaroiden kopioiminen toisilta yrityksiltä on helppoa, mutta hyvän palvelukonseptin kopioiminen puolestaan ei. Lisäksi toimiva palveluyritys tarvitsee ihmissuhdetaitojen hyvää osaamista ja näitä taitoja joko on tai ei, niitä ei pysty kopioimaan toisilta. Tästä syystä hyvä palvelu on erinomainen tapa erottaa itsensä kilpailijoista. Hyvin koulutetulla, palveluhenkisellä ja innostuneella henkilökunnalla saa rakennettua etumatkaa kilpailijoihin nähden, jota on vaikea kuroa kiinni.

Rissasen (2006, 17) mukaan hyvä palvelu on suuresti tavoiteltava arvo nyky-yhteiskunnassa. Nykyään palveluksi pyritään kutsumaan myös kansalaiseen kohdistuvaa vallankäyttöä. Palvelu on aina tehty asiakasta varten, parhaimmassa tapauksessa palvelu on asiakkaalle kuin mittojen mukaan tehty mittatilauspuku. Kaikki kuluttajatutkimukset sekä erilaiset yritysten, laitosten, paikkakuntien ja järjestöjen omat kehittämishankkeet viittaavat hyvän palvelun tavoitteeseen.

### **3.2 Palveluala henkilöstönäkökulmasta**

Henkilökunnan ammattitaitoisuus ja osaaminen sekä sitoutuminen omaan työhönsä on yksi palvelun laadun merkittävimmistä tekijöistä. Asiakassuhdestrategian mukaan asiakassuhde on luotava henkilökohtaiseksi ja luottamukselliseksi siteeksi, joka perustuu

uskollisuuteen ja yhteistyöhön. Tämä korostaa entisestään henkilökunnan merkitystä suhteen kehittäjänä ja vaalijana. Heiltä odotetaan kykyä pystyä toimimaan aktiivisesti ja tehokkaasti vaihtelevissa tilanteissa sekä monipuolisten vuorovaikutustaitojen omaamista johtuen verkostomaisesta toimintatavasta. Hyvän palvelun ja asiakkaiden tyytyväisyyden edellytyksenä on yrityksen työntekijöiden työskentely yhdessä tiiminä ja ”puhaltaminen yhteen hiileen”. Tänä päivänä palveluyrityksissä innovatiivisuus koetaan tärkeämpänä kilpailuetuna kuin perinteiset tuote- ja markkinaratkaisut. Onnistuneen palvelujen markkinoinnin edellytyksenä on ihmisten kyky ja halu sujuvaan yhteistyöhön palveluyritysten asiakkaiden, muiden yhteistyökumppaneiden ja omien työkavereiden kanssa. Yhteistyön sujuvan toiminnan edellytyksenä on esimiehen kykyä toimia alaistensa johtajana, sillä palveluyrityksen toiminta muodostuu viime kädessä ihmisistä ja asioista, jotka he ovat tehneet tai jättäneet tekemättä. (Lämsä & Uusitalo 2002, 138–139.)

Sisäisellä markkinoinnilla tarkoitetaan sellaista johtamistapaa, jossa esimiestyöskentelyllä pyritään motivoimaan jokainen työntekijä tekemään hänen vastuulleen uskotut työtehtävät niin hyvin kuin mahdollista. Kun ihminen kokee tekevänsä työtä, jota arvostetaan, on hän myös motivoitunut tekemään työtänsä ja saavuttamaan tuloksia. Sisäisellä markkinoinnilla halutaan myös parantaa työyhteisön välistä toimintaa ja vuorovaikutusta sekä lisätä miellyttävää ilmapiiriä ja kannustavia työtehtäviä. Ihmisen palveluhenkisyys vahvistuu ja lisääntyy, kun hänen ammatitaitoonsa ja osaamiseensa luetaan ja hänen tekemää työtä arvostetaan. Työntekijöiden motivaation lisäämisessä on tyytyväisillä asiakkailla suuri merkitys. Tämä puolestaan parantaa palvelun tasoa edelleen. (Isoviita & Lahtinen 2001, 62.)

Asiakkaan huomaaminen ja huomioiminen on asiakaspalvelutyössä tärkeää. Se antaa asiakkaalle ihmisarvoa ja nähdyksi tuleminen kuuluu muutenkin ihmisen perustarpeisiin. Jos asiakkaan läsnäoloa ei huomioida riittävästi, saattaa hän kokea henkilökunnan välinpitämättömänä ja palvelualltiuden puutteellisenä. Tästä syystä asiakkaan huomiotta jättämistä ei edes kiireellisinä aikoina hyväksytä, vaan henkilökunnan tulisi pystyä huomioimaan asiakkaat mahdollisimman ammattitaitoisesti ja hyvin. Asiakkaan näkökulman huomioon ottaminen on palveluammattissa työskentelevien kohdalla erityisen tärkeää. Heidän on muistettava, ettei asiakas näe yritystä ja sen toimintaa täysin samalla tavalla kuin yrityksen oma henkilökunta, joka katsoo asioita yrityksen sisältä eikä ulkopuolelta. (Pitkänen 2006, 11–22.)

Eräsalon (2011, 79–84) mukaan tapaan, jolla asiakaspalvelija omaa toimintaansa ja sen onnistumista arvioi, vaikuttaa työntekijän käsitys itsestään työntekijänä sekä hänen ammatillinen itsetuntonsa. Kun asiakaspalvelija arvostaa tekemäänsä työtä ja kokee alansa omakseen, ei hän myötäile toimintaansa asiakkaiden pitämisen mukaan. Kun asiakaspalvelija on varma sekä itsestään, että omasta ammattitaidostaan, ei edes asiakkaan negatiiviset kommentit horjuta häntä tai hänen käsitystään omasta osaamisestaan. Jos asiakaspalvelija kokee alemmuuden tunnetta suhteessa palveltavaan asiakkaaseen, heijastuu se väistämättä myös hänen toimintaansa. Aina hän ei kuitenkaan itse tiedosta alemmuudentunnettaan ja tästä syystä hänen suhtautumisensa asiakasta kohtaan näkyy ylemmyudentunteena. Vahvaa ammatti-identiteettiä ja oman palvelutyön arvostamista kuvaa ymmärrys siitä, että ihmiset ovat keskenään tasavertaisia riippumatta siitä mikä heidän ammattinsa ja asemansa on. Vahva ammatti-identiteetti näkyy oikeanlaisena ja ammattitaitoisena suhtautumisena heidän tekemään työhönsä.

Hyvä yhteistyö tuottajatiimin sisällä ja asiakkaiden kanssa on edellytyksenä hyvän palvelun tuottamiselle, asiakkuuksista huolehtimiselle ja asiakkaiden tarpeiden tyydyttämiseksi. Palveluiden jatkuva, mutta hallittu kehittäminen on osa hyvää yhteistyötä. Eri-laiset muutokset edellyttävät työyhteisön kaikilta jäseniltä uusien asioiden oppimista, mutta myös tarpeettomien toimintatapojen poisoppimista. Tästä johtuen henkilökunnan on tärkeää kehittää ja arvioida yhä enemmän omaa työtään (Metsämuuronen 2014). Oppiva organisaatio on ainut tehokas tapa, jonka avulla pystytään vastaamaan näihin erilaisiin palvelun kehittämisen haasteisiin. Työyhteisölle tulee omaksua sellaiset toimintatavat ja arvot, joiden avulla se pystyy itse reagoimaan asiakkailta lähtevään muutoshaasteeseen ja oppimaan sekä asiakkaiden että työyhteisön omasta toiminnasta. (Rissanen 2006, 96.)

Palveluntarjoajan henkilökunta kokee palvelun riittävän hyväksi ja laadultaan oikeanlaiseksi, kun tarjottavia palveluja on riittävästi saatavilla ja niiden saatavuus ja saavutettavuus on suhteellisen helppoa asiakkaille. Jotta palvelu ja sen laatu on hyvää, tulee palvelujen olla turvallisia ja vaarattomia sekä tehokkaita. Myös henkilökunnan tulee olla ammattitaitoisia ja heidän välillään tulee olla hyvä vuorovaikutus. Näiden lisäksi henkilökunnan näkökulmasta asiakkaiden hyvä ja asiallinen kohtelu ja asiakkaiden tyytyväisyys saatuun palveluun koetaan tärkeäksi. Toimivalla ja hyvällä työyhteisöllä sekä sen uskottavuudella on suuri merkitys siihen, miten hyvälaatuisiksi palvelu koetaan.

Kun asiakkaat ovat tyytyväisiä palveluun, tulevat he todennäköisesti käyttämään saman yrityksen palveluja jatkossakin, mikä takaa asiakassuhteen jatkumisen tulevaisuudessakin. (Holma 2003, 14.)

### **3.3 Palvelun laatu**

Kinnusen (2003, 16–20) mukaan palvelun laadun määrittelemine on monimutkaista. Yleisimmin palvelun laadun määritelmä muodostuu asiakkaan odotusten ja kokemusten vertaamiseen toisiinsa. Palvelun päätyttyä asiakas saa käsityksen palvelun toteutumisesta eli siitä, vastasiko lopputulos hänen odotuksiaan ja toteutuiko palvelu sovitulla tavalla. Tämä on palvelun teknistä laatua. Toiminnallinen laatu on puolestaan sitä, kun asiakas kokee saamansa palvelun miellyttäväksi. Sillä tarkoitetaan palvelun kuluttajan ja tuottajan ja muun henkilökunnan välistä kanssakäymistä, kuluttajan toimintaa palvelun tuottajan koneiden ja laitteiden kanssa sekä ympäristöä ja sen toimivuutta. Toiminnalliseen laatuun kuuluu osana myös muiden palvelun kuluttajien vaikutus palvelukokemukseen. Asiakkaalla on olemassa palvelusta jokin ennakkokäsitys, jota hän peilaa saamiinsa kokemuksiin. Asiakkaan ennakkokäsityksiin ja odotuksiin vaikuttavat palvelun tuottajan harjoittama markkinointiviestintä, jonka tarkoituksena on tietenkin antaa yrityksestä ja sen palveluista mahdollisimman oikeanmukainen mielikuva asiakkaille. Odotuksiin vaikuttavat myös aiemmat omat sekä muiden asiakkaiden kokemukset. Se, kuinka ero asiakkaan omien odotusten ja kokemusten välillä on, kertoo onko palvelu ollut asiakkaan mielestä hyvää vai huonoa.

#### **3.3.1 Palvelun laadun osatekijät ja ulottuvuudet**

Palvelun laatu jakautuu kahteen osaan: toiminnalliseen ja tekniseen laatuun. Teknisellä laadulla tarkoitetaan fyysisen tuotteen laatua ja toiminnallisella laadulla kuvataan sitä, kuinka asiakas maksamansa palvelun saa ja kokee. Vaikka palvelun tuote olisi fyysiseltä laadultaan hyvä, voi asiakas olla tyytymätön saamaansa palvelun laatuun jos itse palvelutapahtuma ja palvelun tarjoajan kanssa käyty vuorovaikutus ei vastaa asiakkaan odotuksia. Jos asiakas puolestaan kokee saamansa asiakaspalvelun erittäin hyväksi, voi hän kuitenkin olla saamaansa palveluun tyytyväinen, vaikkei tuote täysin vastaisikaan hänen odotuksiaan. Palvelutapahtuman sujuvuus ja joutuisuus ovat myös osa toiminnallista palvelua. (Eräsalo 2011, 17–22.)

Rissasen (2006, 215–216) mukaan palvelun laadun ulottuvuudet voidaan jakaa kymmeneen eri osa-alueeseen. Palvelun ydinalueella tarkastellaan palvelun tarjoajan omaavaa ammattitaitoa sekä pätevyyttä palvelun tuottamiseen. Luotettavuus on tärkeä osa palvelun tarjoamista ja sillä mitataan sitä, että palvelut tuotetaan asiakkaille virheettömällä tavalla ja jämäkästi. Jotta asiakas saadaan vakuuttuneeksi siitä, että palvelun tarjoaja toimii asiakkaan etujen mukaisesti, tulee palvelun tarjoajan kuten myös koko yrityksen, olla uskottava asiakkaan silmissä. Hyvä palvelu on helposti saatavilla, eikä sen saamiseen ja tavoittamiseen tarvita asiakkaalta suurta vaivaa. Palvelun ja palveluympäristön turvallisuudella varmistetaan, että asiakas kokee olonsa hyväksi ja turvalliseksi. Jotta turvallisuus täyttyy, tulee edellisten arvojen toteutua palvelutapahtuman yhteydessä.

Sillä, miten asiakasta kohdellaan palvelutapahtuman yhteydessä ja sen jälkeen, on suuri merkitys siinä, kuinka hän saamansa palvelun kokee. Palvelun tuottajan tulee aina kohdella asiakastaan kunnioituksella ja arvostaen asiakasta. Lisäksi hänen täytyy viestiä asiakkaalleen ymmärrettävällä tavalla, jotta väärinkäsityksiä ei pääse syntymään. Kaikissa tilanteissa asiakas ei välttämättä itse edes tiedosta minkälaista palvelua hän tarvitsee, joten palveluntarjoajan tulee osata tunnistaa asiakkaan tarpeet, vaikkei hän niitä itse osaisi kertoakaan. Oman käytöksensä lisäksi palveluntarjoajan on kiinnitettävä huomiota palveluympäristöön ja pyrkiä luomaan siitä asiakkaalle miellyttävä ja viihtyisä. Seuraava luku käsittelee palvelun laatua terveydenhuollon alalla ja se perustuu kunta-liiton vuonna 2011 julkaisemaan Terveydenhuollon laatuoppaaseen. (Terveydenhuollon laatuopas 2011.)

### **3.3.2 Palvelun laatu terveydenhuollossa**

Palvelun laatu terveydenhuollon alalla alkaa siitä, että potilas pystyy saamaan vaivattomasti tietoa terveyteen liittyvistä ongelmistaan puhelimen ja internetin välityksellä. Kun potilas saapuu toimintayksikköön, ohjataan hänet tiedottamalla niiden terveyspalveluiden piiriin, joita hänen terveydentilansa sillä hetkellä vaatii. Potilaalla on oikeus itse valita paikka, jossa hänelle hoitoa annetaan sekä hänelle hoitoa antava ammattihenkilö, kunhan toimitaan lain sallimissa rajoissa ja ammattihenkilö on laillistettu. Palvelun laadun edellytyksenä on, että potilaalla on pääsy hänen tarvitsemiinsa hoitoihin ja tutkimuksiin vaivattomasti ja ilman pitkää odotusaikaa. Tutkimuksissa ja hoidoissa potilaalla on oikeus ystävälliseen kohteluun ja yksilölliseen sekä ammattitaitoiseen hoitoon.

Potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa hänen sairaudestaan, jotta hän pystyy osallistumaan laatimaan omaa hoitosuunnitelmaa sekä sitoutua noudattamaan sitä. Hänelle annettavat tiedot ja neuvot ovat riittäviä, jotta potilas pystyy noudattamaan hänelle annettuja hoito-ohjeita, lääkitsemään itseään, käyttämään apuvälineitä ja osallistumaan kuntoutukseen. Mahdollisten ongelmien ilmetessä potilas tietää, kehen hänen tulee olla yhteydessä. Terveystieteiden palvelun tavoitteena on, että asiakas on tyytyväinen palveluun, joka hänelle on tarjottu ja että, hän kokee palvelun tuoneen helpotuksen hänen terveysongelmaansa. Terveystieteiden asiakkaan tulee aina pystyä antamaan palautetta saamastaan palvelusta ja hänelle tulee kertoa, miten palautetta voi antaa halutessaan myös nimettömänä. Hänelle tulee kertoa myös se, miten potilas voi olla yhteydessä potilasasiainmiesiin ja tarvittaessa kuinka tehdään potilasvahinkoilmoitus Potilasvakuutuskeskukselle. Hoitavalle organisaatiolle tehty muistutus on ehdottoman tärkeä omavalvonnan ja toiminnan kehittämisen kannalta.

Potilaskeskeisyys on osana kaikkia palveluketjun vaiheita. Hoitosuhteessa tulee noudattaa niin perus- kuin ihmisoikeuksia sekä kunnioittaa potilaan henkilökohtaista koskemattomuutta, turvallisuutta ja yksityisyyttä sekä hänen oikeutta elämään. Potilaiden tulee olla yhdenvertaisia keskenään ja heidän vakaumustaan, yksityisyyttään ja ihmisarvoaan tulee kunnioittaa. Jokaista potilasta tulee kohdella yksilönä ja häntä hoidettaessa tulee huomioida potilaan äidinkieli, uskonto, kulttuuri, perheolosuhteet sekä muut yksilölliset tarpeet. Potilaille tulee varata aikaa riittävän paljon, jotta henkilökunta pystyy kertomaan heidän terveydentilastaan, erilaisista hoitomuodoista, hoidon tärkeydestä ja vaikutuksista sekä muista sellaisista asioista jotka vaikuttavat hoitopäätöksiin. Ennen kuin potilaalle annetaan hoitoa, tulee siitä ensin sopia potilaan itsensä sekä tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Jos potilaalla on kyseessä pitkäaikainen sairaus, tehdään hänelle hoitosuunnitelma, joka potilaalla on mahdollisuus tarkistaa, kuten myös hänen potilasasiakirjansa. Potilaalle annetaan ohjeita, joiden avulla hän pystyy itse osallistumaan omaan hoitoonsa.

Jotta organisaatio pystyy toimimaan potilaskeskeisesti, täytyy johdon sitoutua toimimaan potilaskeskeisesti. Tällä tarkoitetaan sitä, että organisaation strategiset tavoitteet suuntautuvat potilaiden tarpeiden mukaan. Toimintaa suunniteltaessa tulee johdon varmistaa, että henkilökuntaa on riittävästi ja heillä on pätevyys asiakaspalveluiden anta-

miseen ja vaadittavan hoidon toteuttamiseen. Säännöllinen mittaaminen on tärkeää seurattaessa potilaskeskeisyyden toteutumista ja tarvittaessa toimintaan tehdään muutoksia.

Terveydenhuollossa oikea-aikaisuus on oleellisessa osassa mitattaessa palvelun laatua. Sillä tarkoitetaan sitä, että potilas saa sairauteensa hoitoa oikeaan aikaan. Kun asiakas ottaa yhteyttä terveydenhuollon toimintayksikköön, arvioidaan hänen hoitotarpeensa kiireellisyys. Tämä voidaan tehdä myös laadittaessa potilaan jatkolähetettä tai hänen vastaanottokäynnin aikana. Potilaan kokonaistilanne ja hänen lääketieteellinen tarpeensa vaikuttavat potilaan hoitoon pääsyyn. Myös mahdollinen sairauden tuottama toimintakyvyn heikkeneminen ja avun tarve tulee ottaa huomioon hoidon ajoituksessa. Potilasta tulee informoida kuinka kiireellinen hänen hoidontarpeensa on, milloin hoito toteutetaan ja annetaan potilaalle perustelut, joiden pohjalta niihin on päädytty. Johto on vastuussa siitä, että potilaat pystytään hoitamaan oikeaan aikaan, mikä edellyttää oikeanlaista resursointia. Kyky osata arvioida potilaiden hoidontarpeen kiireellisyyttä, tulee ottaa huomioon henkilökunnan koulutuksessa. Henkilöstölle tulee antaa koulutuksessa asianmukainen ohjeistus siihen, kuinka kiireellisyyden arviointi hoidetaan erilaisissa tilanteissa. Johdon vastuulla on että, tietojärjestelmistä löytyy seurantatiedot jotka koskevat hoidon odotusaikoja. Johdon tehtäviin kuuluu myös varmistaa, että yhteyden saannin ja hoitoon pääsyn aikarajoja noudatetaan lain edellyttämällä tavalla.

### **3.3.3 Terveydenhuollon kliininen laatu**

Terveydenhuollon laatuoppaan (2011) mukaan kliininen laatu terveydenhuollossa muodostuu koulutetusta ja ammattitaitoisesta henkilökunnasta, jolla on pätevyys ohjata ja auttaa potilasta hänen terveysongelmassaan. Terveydenhuollon alalla työskentelee useita eri ammattiryhmien ja näiden asiantuntijoiden ja ryhmien välisen yhteistyön tulee olla saumatonta ja heidän on osattava työskennellä ryhmänä. Henkilökunnan tulee osata antaa potilaalle riittävästi opastusta ja tietoa hänen sairauteensa liittyen, jotta potilaan kyky itsensä hoitamiseen ja valintojen tekemiseen paranee ja hänen avuntarpeensa vähenee. Terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen kautta saatu ammattitaito kasvaa ja kehittyy jatkuvasti kokemuksen myötä. Heistä jokaisen velvollisuuteen kuuluu huolehtia omien taitojen ja tietojen johdonmukaisesta ja jatkuvasta kehityksestä täydennyskoulutuksiin osallistumalla. Jotta henkilökunnan ammattitaito on vaaditulla tasolla, tu-



lee heidän osata käyttää työnkuvaan kuuluvia välineitä. Henkilökunnan kehittämistarpeiden tunnistaminen kuuluu niin henkilöstö- ja ryhmätasolle kuin organisaatiotasollekin ja uusien työntekijöiden tulee saada riittävä perehdytys työtehtäviin. Johdon tehtäviin kuuluu huolehtia siitä, että potilaita on hoitamassa riittävä määrä henkilökuntaa, joilla on vaadittu koulutus. Tämän lisäksi johdon on pystyttävä arvioimaan eri tehtävissä toimivien henkilöstön jäsenten osaamistarpeet. Johdon tehtävänä on kannustaa ja motivoida henkilökuntaansa kehittämään osaamistaan ja asiantuntemustaan.

Kliininen laatu koostuu osaavan ja koulutetun henkilökunnan lisäksi potilasturvallisuudesta, joka on laadun perusta terveydenhuollossa. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaalle annetaan oikeanlaista ja hänen tarvitsemaansa hoitoa, josta aiheutuva haitta on mahdollisimman vähäinen. Terveydenhuollon alalla tapahtuu jatkuvasti muutoksia, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen, muun muassa uudet lääkkeet ja teknologia, jotka ovat toki parempia, mutta niiden oikeanlainen käyttäminen voi olla vaativampaa. Erikoistuminen aiheuttaa sen, että hoitovastuu hajaantuu, mikä hankaloittaa turvallisen, potilaskeskeisen hoidon toteuttamista. Potilasturvallisuuteen vaikuttaa lisäksi niukkuus henkilöstöresursseissa ja työntekijöiden nopea vaihtuminen. Terveydenhuoltolaki edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksikkö laatii suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Toimeenpano ja suunnitelma ovat toimintayksikön johdon vastuulla ja potilasturvallisuuden edistämisen täytyy olla osana organisaation talous- ja toimintasuunnitelmaa. Jotta potilasturvallisuus voi olla osa toimintasuunnitelman suunnittelua, tulee organisaation pystyä arvioimaan potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä kaiken muun päätöksenteon ohessa. Potilasturvallisuussuunnitelman perimmäinen tarkoitus on minimoida hoitovirheiden ja hoidosta aiheutuvien haittojen määrää organisaation jokaisella tasolla. (Potilasturvallisuusopas 2011.)

### **3.4 Palvelun laadun mittaaminen**

Joillekin yrityksille ja organisaatioille sopii laaduntarkastajiksi niin sanotut mystery shopperit. Mystery shopperit käyvät läpi johdon heille määrittelemät yritykset ja erilaiset tapahtumat ja niistä saadut pisteet ilmaisevat sen hetkisen palvelun laatutason. Asiakaspalvelijat usein tietävät, mitä asioita mitataan ja milloin mittaukset tehdään, joten he osaavat kiinnittää omassa toiminnassaan huomiota näihin tekijöihin. Mystery shopperit mittaavat aineellisen eli konkreettisen tuotteen lisäksi aineetonta tuotetta, kuten henkilökunnan ystävällisyyttä ja palveluallttiutta asiakkaita kohtaan. (Eräsalo 2011, 17.)

Questbackin (2014) verkkojulkaisun ”Millaista asiakaskokemusta asiakaspalvelunne luo?” mukaan erinomainen asiakaskokemus on avain kestäväan kilpailuun, riippumatta yrityksen koosta tai toimialasta. Asiakkaiden antaman palautteen hallinta ja heidän kokemustensa mittaaminen muodostuvat jatkuvasti tärkeämmiksi prosesseiksi. Asiakaspalvelun laatua ei pystytä kehittämään, jollei yrityksellä ole tarkkaa tietoa siitä, millä tasolla laatu on missäkin vaiheessa. Asiakaspalvelun laadun mittaaminen aktiivisesti ja reaaliaikaisesti on merkittävää, jotta saadaan hankittua välitöntä palautetta asiakkailta. Palautteen kerääminen on viisainta tehdä, kun palvelukokemus on asiakkaan tuoreessa muistissa, jotta palaute on mahdollisimman realistinen. Asiakaspalaute auttaa yrityksiä löytämään uusia kehittämiskohteita ja mahdollistaa myös oppimaan tuntemaan yrityksen asiakkaat entistä paremmin. Asiakkaiden ymmärtäminen ja tunteminen auttaa yrityksiä palvelemaan heitä kokonaisvaltaisemmin ja tarjoamaan heille täsmällisempiä palveluja ja tuotteita, jotka vastaavat asiakkaiden senhetkisiä tarpeita. Asiakaspalvelun laadun mittaaminen on tärkeää monestakin syystä. Sen avulla pystytään parantamaan asiakastyytyväisyyttä ja vahvistaa entisestään asiakkaiden sitoutumista yritykseen. Yksi keskeisimmistä syistä on tarjotun palvelun kehittäminen saadun asiakaspalautteen pohjalta. Kun asiakaspalvelunlaatua kerätään säännöllisesti, saattaa myös negatiivisten asiakaspalautteiden määrä vähentyä. Asiakaspalvelunlaadun mittaamisella pystytään lisäksi motivoimaan henkilökuntaa ja parantamaan henkilöstön johtamisen prosesseja.

Tirkkonen (2014) kirjoittaa, että laadun mittaaminen ja arviointi onnistuu vasta, kun on tunnistettu sekä sisäisten että ulkoisten asiakkaiden näkökulmista keskeiset ja tärkeät seikat, joista on määritelty tavoitearvot. Yrityksillä ja organisaatioilla on käytössä useita erilaisia menetelmiä, joiden avulla pystytään mittaamaan asiakkaiden kokemuksia ja palvelun laatua. Näiden menetelmien avulla voidaan palveluiden tuottamistapaa ja kulluttamiskokemuksia. Laadun mittaamiseen tarkoitettuja menetelmiä ovat muun muassa SERVQUAL, Net Promoter Score (NPS), Kano Model, ISO 9000, EFQM, Six Sigma ja CAF sekä erilaiset asiakastyytyväisyyskyselyt. Palvelun laatutasoa pystytään myös seuraamaan reklamaatioiden avulla muutosajankohtina ja muina ajankohtina. SERVQUAL-menetelmässä keskitytään palveluntarjoajan ammattimaisuuteen, käyttäytymiseen sekä lähestyttävyyteen ja joustavuuteen. Muita tutkittavia seikkoja ovat luotettavuus, maine ja uskottavuus sekä palvelumaisema. Se on yleisimmin palvelunlaatua mitattaessa käytetty malli.

Nykyään asiakasuskollisuus ja asiakaskokemus ovat tärkeämmässä roolissa kuin koskaan aiemmin. Net Promoter Score (NPS) on yksinkertaisin palvelun mittaamiseen käytetty työkalu, sillä selvitetään todennäköisyyttä, jonka mukaan asiakkaat suosittelevat kyseistä palvelua muille ihmisille. Suosittelevuudella mitataan, kuinka sitoutuneita asiakkaat yritykseen ovat ja samalla mitataan asiakasmäärän ja yrityksen kasvua. NPS-menetelmää käyttävät kokevat asiakkaiden halun suositella yritystä ja palvelua muille, suuremmaksi hyödyksi, kuin vain sen että he ovat henkilökohtaisesti tyytyväisiä saamaansa palveluun, eivätkä jaa tätä tietoa muiden kanssa. Tässä menetelmässä asiakailta kysytään: Kuinka todennäköisesti suosittelet kysyttäessä tätä yritystä/ tuotetta/ palvelua, asteikolla 0–10? Asiakkaat jaetaan ”arvostelijoihin”, ”neutraaleihin” ja ”suositteleviin” heidän antamien vastausten perusteella. NPS on helppo käyttää ja tulkita, sillä ainoastaan yksi kysymys riittää, mikä puolestaan lisää vastaajien määrää, eikä tulosten analysointi on suhteellisen helppoa. (Suosittelevuuden johtaminen ja Net Promoter Score 2012.)

Sauerwein ym. (1996) mukaan Kano-mallissa asiakkaan tarpeet jaetaan kolmeen kategoriaan, jotka perustuvat asiakkaiden erilaisiin tuotevaatimuksiin ja kuvaavat asiakkaiden tyytyväisyyttä. Perustarpeiden tuotevaatimusten tulee olla aina erinomaisella tasolla ja jos nämä vaatimukset eivät täyty, on asiakas äärimmäisen pettynyt. Usein asiakas ottaa nämä tuotevaatimukset myös itsestäänselvyytenä, joten asiakkaan tyytyväisyys ei lisäännä näiden vaatimusten täytyessä. Jos kuitenkin nämä vaatimukset puuttuvat, ei asiakas ole enää tuotteesta kiinnostunut. Yksiulotteiset tuotevaatimukset ovat vaatimuksia, jotka on ilmoitettu selkeästi ja ne on ennalta määrätty. Tällä tarkoitetaan laatua, jota asiakas odottaa saavansa. Asiakkaan tyytyväisyys on suoraan verrannollinen vaatimusten täyttymisen tason kanssa. Kano-mallin kolmannessa kategoriassa vaatimuksilla on suurin merkitys asiakkaan tyytyväisyyteen. Ne ovat odottamattomia vaatimuksia, joita ei ole ilmaistu selkeästi asiakkaille. Näiden vaatimusten täytyessä asiakkaan tyytyväisyys on kaikista suurin, eikä se ole enää suoraan verrannollinen.

Oleellista palvelun mittaamisessa ja kehittämisessä on sellaisten kohtien löytäminen, joista aiheutuu negatiivisia kuiluja asiakkaiden odotusten ja annettujen lupauksen ja todellisuuden välille. Erot asiakkaiden odotusten ja johdon käsityksien välillä, siitä mitä asiakas haluaa, synnyttää laatukuilun. Laatukuilu syntyy myös jos asiakkaalle tuotettu palvelu ja palvelun laadun kuvaus eivät vastaa toisiaan tai yrityksen palvelulupaus eroaa

asiakkaalle tuotetusta palvelusta. Asiakasarvo muodostuu ihmisten osaamisesta, tekemisestä ja vuorovaikutuksesta toisten ihmisten kanssa. Palveluliiketoiminnassa kaksi tai useampi ihmistä kohtaa toisensa ja tästä syystä kehitysmielessä puutteet nähdään usein vastakkaisella osapuolella eikä itsellään. Tarkasteltaessa laadun kehittämisen näkökulmaa, asiakas tulisi aina ottaa mukaan palvelukonseptin ja palveluprosessin ideointiin, suunnitteluun, kehittämiseen ja testaamiseen. Tämä takaa sellaisen toiminnallisen ja teknisen laadun, joka tuottaa asiakkaille sellaista arvoa, jota he odottavatkin. Tämän lisäksi henkilökunnan kouluttamiseen ja henkilöstöjohtamisen kehittämiseen täytyy löytää oikeat keinot, sillä erinomainen vuorovaikutus yrityksen ja asiakkaan välillä saattaa kompensoida useita pinnallisia palvelun puutteita ja negatiivisia kokemuksia. Laatukäsikirja on oiva tapa pitää yllä samanlaista toimintatapaa henkilöstön keskuudessa, mikä auttaa lisäämään tasalaatuisuutta. (Tirkkonen 2014.)

#### **4 MIKKELIN SEUDUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMI**

Esittelen tässä luvussa Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen palveluyksikön ja kerron, millaisia erilaisia palveluita se asiakkailleen tarjoaa. Sivuan myös hieman vuonna 2012 perustettua Mikkelin yhteistoiminta-aluetta: Mitä se tarkoittaa ja miksi se on olemassa. Tarkemmin syvennyn kuitenkin Mikkelin seudun alueen vanhuspalveluihin ja sen eri palvelumuotoihin, joihin kuuluvat ennaltaehkäisevä toiminta, erilaiset kotiin annettavat palvelut eli kotihoito, palveluasuminen ja laitoshoido.

##### **4.1 Mikkelin seudun sosiaali- ja terveyspalvelut**

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimeen kuuluu neljän palveluntuotantoyksikköä, jotka ovat Mikkelin, Kangasniemen, Mäntyharju ja Pertunmaan palveluntuotantoyksiköt. Terveyspalveluissa työskentelee moniammatillinen henkilökunta ja he edistävät ja ylläpitävät toiminnallaan kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä. Terveyspalveluiden toimintaan kuuluu toimialan aktiivinen teknisen kehityksen seuraaminen ja uuden teknologian uusien menetelmien hallittu käyttöönotto. Nyt ja tulevaisuudessa keskitytään erityisesti kehittämään sähköisiä palveluita, joiden käyttöönotolla pyritään helpottamaan ja nopeuttamaan asiakkaiden ja henkilöstön työtä. (Terveyspalveluiden toimintakäsikirja 2013.)

Yhteistoiminta-alue aloitti toimintansa Mikkelin sosiaali- ja terveystoimessa 1.1.2012. Siihen kuuluvat Mikkelin lisäksi Hirvensalmi, Anttola, Haukivuori, Puumala, Pertunmaa, Ristiina, Suomenniemi, Kangasniemi ja Mäntyharju. Seudullinen järjestäjälautakunta vastaa palveluiden järjestämisestä ja palveluiden tuotannosta on vastuussa neljä palvelutuotantoyksikköä. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi 2014.) Yhteistoiminta-alueella asiakkaalla on mahdollisuus valita itse terveysasema yhteistoiminta-alueen tai oman kotikuntansa sisällä, josta hän hoitoa saa. Asiakas pystyy halutessaan vaihtamaan terveysasemaa aina kun on kulunut vuosi tai enemmän edellisestä terveysaseman vaihdosta. (Terveyspalvelujen käsikirja 2013.)

Mikkelin seutu-soten tehtävänä on turvata kuntalaisten lakisääteiset palvelut, tarjota kuntalaisille laadukkaampia palveluita ja tuottaa ne tehokkaasti. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi tarjoaa asiakkailleen erilaisia terveydenhoitoon kuuluvia palveluita päivystys- ja ensiapupalveluista terveyden- ja sairaanhoidon vastaanottopalveluihin. Näihin palveluihin lukeutuu myös suun terveydenhuolto, kuntoutus- ja terapiapalvelut sekä lapsi- ja perhepalvelut sekä vanhuspalvelut ja omaishoito. Sosiaali- ja terveystoimi tarjoaa lisäksi neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa, päihde- ja mielenterveyspalveluita ja vammais- ja kehitysvamma palveluita sekä maahanmuuttajapalveluita. Terveyspalveluiden lisäksi tarjotaan neuvontapalveluita, kuten talous- ja velkaneuvontaa. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi 2014.)

Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi tarjoaa koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa opiskelijoille. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollolla tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ylläpitämistä ja edistämistä. Opiskeluhuollossa on myös tärkeää edistää oppimista ja lisätä kokonaisvaltaista terveyttä tukevaa toimintaa oppilaitoksissa. Opiskeluhoito tarjoaa oppilaille perus opiskeluterveydenhuollon palveluiden lisäksi psykologi- ja kuraattoripalveluita. Opiskeluhoollon toteuttamisessa on mukana opetuksen ja sosiaali- ja terveystoimen lisäksi opiskelijat ja heidän huoltajansa sekä tarvittaessa myös muita tahoja. Yhteisöllisen opiskeluhoollon tavoitteena on ylläpitää ja edistää opiskelijoiden terveyttä, hyvinvointia ja oppimista. Tämän lisäksi halutaan lisätä opiskelijoiden sosiaalista vastuullisuutta ja edistää heidän vuorovaikutusta ja osallisuutta toisten ihmisten kanssa. Opiskeluyhteisön näkökulmasta opiskeluhoollolla pyritään vaikuttamaan opiskeluympäristön turvallisuuteen ja terveellisyteen sekä esteettömyyteen. (Pelkonen 2013.)

Mikkelin seudun yhteistoiminta-alue tuottaa ennaltaehkäiseviä palveluita lapsille, nuorille ja lapsiperheille. Näitä palveluita tarjoavat peruspalvelut: päivähoito, terveysneuvonta, koulu ja perusterveydenhuolto. Erilaiset ryhmätoiminnot, ennaltaehkäisevä perhetyö ja tukihenkilötoiminta sekä lastenhoitotoiminta kuuluvat kaikki ennaltaehkäiseviin perhepalveluihin. Mikkelin palvelutuotantoyksikkö tarjoaa lastensuojelupalveluita Mikkelin, Hirvensalmen ja Puumalan asukkaille. Lastensuojeluun kuuluu ehkäisevä lastensuojelu, jolla pyritään turvaamaan lapsen henkistä ja fyysistä kasvua ja kehitystä sekä tukemaan vanhemmuutta. Lasten kehityksen tukiyksikön palvelut on suunnattu alle 12-vuotiaiden lasten perheille ja se tarjoaa kasvatus- ja perheneuvontaa, puhe- ja toimintaterapiaa sekä neuvolapsykologisia palveluita. Nuorten kehityksen tukiyksikkö auttaa puolestaan nuoria päihteidenkäyttöön ja mielenterveysongelmiin liittyvissä asioissa. Keskeinen tavoite on tukea nuoren ja tämän perheen elämänhallintaa ja tarjota apua erilaisiin sosiaalisiin ja mielenterveydellisiin ongelmiin. (Mikkelin seudun perhepalveluiden käsikirja 2013.)

Kunnat käyttävät vaihtelevia tapoja psykososiaalisten palveluiden järjestämisessä kuntalaisille. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi tavoittelee yhdenmukaista tapaa, kuitenkin muiden kuntien ja alueiden erilaisuus huomioon ottaen ja palveluiden tuottamisen hyvät käytännöt halutaan pitää yllä myös tulevaisuudessa. Psykososiaalisten palveluiden tehtävänä on tarjota asukkaille kattavat ja tarkoituksenmukaiset psykososiaaliset palvelut oikeaan aikaan. Psykososiaalisiin palveluihin lasketaan mukaan muun muassa erilaiset sosiaalityöt, päihde- ja mielenterveyspalvelut ja kuntouttava työtoiminta. Palveluita ja etuisuuksia, kuten toimeentulotukea, myönnetään tarveharkinnan mukaan, ja se tehdään moniammatillisen tiimin voimin tai vaihtoehtoisesti hakemuksen liitteinä olevien todistusten ja selvitysten pohjalta. Päihteiden ongelmakäytön ehkäiseminen ja vähentäminen on päihdehuollon keskeinen tavoite. Samalla vähennetään päihteiden aiheuttamia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja ja edistetään päihteiden ongelmakäyttäjän lähipiirin turvallisuutta ja toimintakykyä. Kunnan tehtävänä on varmistaa, että päihdehuolto vastaa kunnan sen hetkistä tarvetta laajuudeltaan ja sisällöltään. (Mikkelin seudun psykososiaalisten palveluiden käsikirja 2014.)

## **4.2 Vanhuspalvelut**

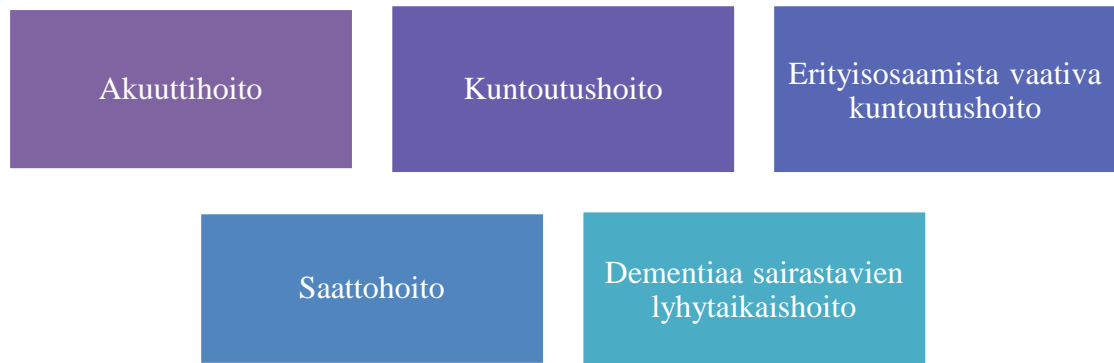
Korkea ikä aikaansaa itsessään paljon erilaisia sairauksia ja vanhusten pitkäaikainen avuntarve kasvaa koko ajan. Resursseja on oltava riittävästi, jotta vanhusten sairaudet

pystytään hoitamaan asiaankuuluvalla tavalla. (Metsämuuronen 2014.) Tosiasia on myös se, että vanhemmalla iällä ihmiset sairastavat muutenkin enemmän kuin nuorempana. (Sintonen & Pekurinen 2006, 66–67). Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen yhtenä osana ovat vanhusten palvelut, joilla tarjotaan erilaisia palveluita ikäihmisille. Palveluasumisen ja laitoshoidon lisäksi tarjotaan kotihoidon palveluita ja ennaltaehkäisevää toimintaa, jolla pyritään edistämään ja ylläpitämään ikäihmisten omaa toimintakykyä, sosiaalisia suhteita ja henkistä vireystilaa. Ikäihmisen omat, senhetkiset voimavarat ovat ennaltaehkäisevässä toiminnassa keskeisessä roolissa ja tavoitteena on lykätä ikäihmisen laitoshoitoon joutumista mahdollisimman pitkälle. Toisin sanoen tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisen kotona asuminen niin kauan kuin se suinkin on mahdollista. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi 2014.) Kaikki vanhuspalveluiden asiakkaat tulevat palveluohjauksen kautta palveluiden piiriin. Siinä asiakkaan toimintakyky kartoitetaan ja arvioidaan palveluntarve. Asiakkaalle aloitetaan palvelut kun hän täyttää seudulliset palvelun piiriin tulon kriteerit. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014.)

Jokaiselle asiakkaalle tulee tehdä henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa kartoitetaan asiakkaan toimintakyky, päämäärä johon hoidolla tähdätään ja kuinka kotihoito edesauttaa asiakkaan toimintakykyä ja selviytymistä kotona. Laadittaessa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, tulee lisäksi kartoittaa asiakkaan omaisten rooli ja lähiomainen voi olla tarvittaessa mukana suunnitelmaa laadittaessa. Kun asiakas saapuu kotihoidon palveluiden piiriin, tehdään hänelle hoito- ja palvelusuunnitelma ensimmäisen kuukauden eli kartoitusvaiheen aikana. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014.)

#### **4.2.1 Laitoshoido**

Ikäihmisten palveluoppaan (2013) mukaan laitoshoidossa osastojen tulee antaa asiakkailleen hoitoa, jossa toteutuu asiakkaan toimintakykyä tukevan sairaanhoidon periaatteet. Kun on kyseessä lyhytaikainen laitoshoidojakso, pyrkimyksenä on vanhuksen kotona asumisen tai muussa kodinomaisessa asumismuodossa asumisen tukeminen. Jos vanhus ei enää pysty selviytymään kotona kotihoidon tai muiden palveluiden avulla, tulee laitoshoidon tarjota hänelle laadukas ja asiaankuuluva hoito. Kuvassa 4 on esitetty Mikkelin seudun alueen myöntämisperusteet lyhytaikaiselle laitoshoidolle.



**KUVA 4. Lyhytaikaisen laitoshoidon myöntämisperusteet (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014.)**

Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirjassa (2014) kerrotaan, että laitoshoidon voidaan jakaa sekä lyhyt- että pitkäaikaiseen laitoshoidon. Laitoshoidon on lyhytaikaista silloin kun sen pituus on alle 90 vuorokautta ja pitkäaikainen silloin kun henkilölle ei pystytä järjestämään hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa ja apua hänen kotonaan. Akuuttihoitoa annetaan henkilölle, jolla on akuutti laitoshoidon vaativa psyykinen, somaattinen tai krooninen sairaus. Laitoshoidon mahdollistaa päivittäisen lääkärin hoidon ja jatkuvan monitoroinnin. Kuntoutushoidossa asiakkaan toimintakykyä ylläpidetään ja tarvittaessa autetaan asiakasta toipumaan leikkauksen, tapaturman tai akuutin sairauden jälkeen. Kuntoutushoidossa, jossa vaaditaan erityisosaamista, korostetaan fysio- ja toimintaterapiaa. Tämä on ajankohtaista esimerkiksi neurologisessa kuntoutuksessa ja hoidettaessa vaikeasti paranevia murtumia. Jos saattohoidon järjestäminen ei ole mahdollista kotioloissa, voidaan saattohoito järjestää myös laitoshoidossa. Laitoshoidon myönnetään myös sellaisille henkilöille, joilla on vaikea tai keskivaikea dementiasairaus, joiden kotona asuminen ei ole enää turvallista. Mikkelissä terveyskeskuksen käytössä on viisi osastoa. Niistä kolme sijaitsee terveyskeskussairaala-alueella: Dementiayksikkö, osasto 1 ja osasto 2 Akuuttiosasto (osasto 25) keskussairaalan tiloissa ja kuntoutusosasto Kyyhkylän kuntoutussairaala-alueella. Lisäksi käytössä on vanhusten palveluiden hoivaosasto, osasto 3. (Ikäihmisten palveluopas 2013.)

#### **4.2.2 Tehostettu palveluasuminen ja palveluasuminen**

Ikäihminen hakeutuu palveluasuntoon siinä vaiheessa, kun itsenäinen kotona asuminen ei ole enää mahdollista edes kotihoidon palveluiden avulla. Yksityiset palvelutalot ja



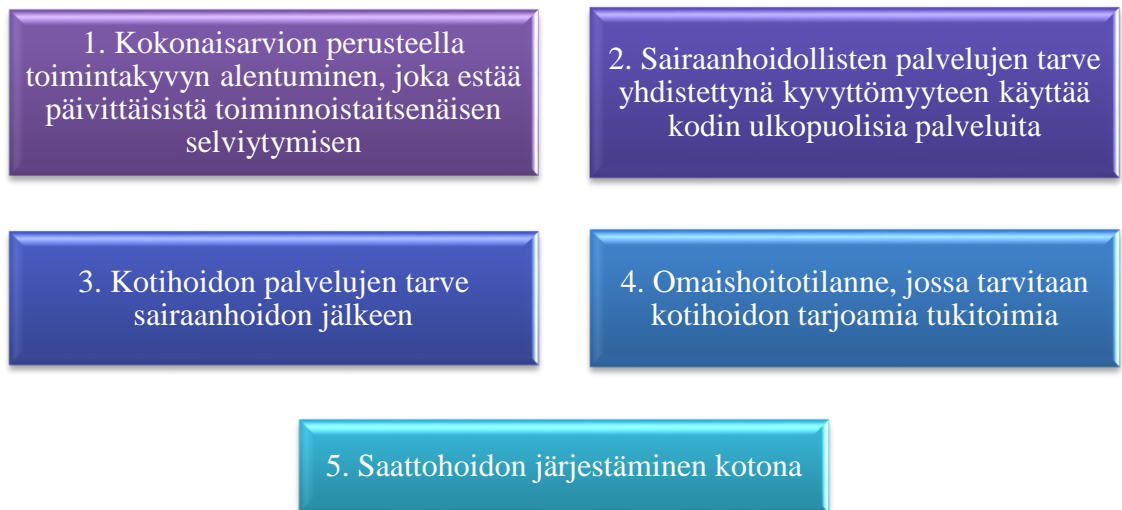
kaupungin palvelutalot tarjoavat vanhuksille palveluasuntoja, joissa on paikalla henkilökuntaa päivä-aikaan, mutta myös iltaisin ja öisin. Palveluasunnoilla halutaan tarjota ikäihmisille turvallinen ja mahdollisimman omatoiminen asuminen ja eläminen. Jokaiselle asukkaalle laaditaan henkilökohtainen palvelusuunnitelma yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Suunnitelmaan kirjataan ylös kaikki apu, jota asiakas tarvitsee päivittäisissä toimissaan. Palveluasunnossa ikäihmisen on mahdollista saada apua erilaisiin kodinhoitoon liittyviin töihin, kuten ruokahuoltoon, siivoamiseen, pyykinpesuun sekä muuhun asiointiin. Häntä autetaan myös ylläpitämällä terveyttä, hoitamalla mahdollisia sairauksia ja tarjotaan mahdollisuus virkistystoimintaan. Palveluasuminen ei ole asukkaalle täysin ilmaista, vaan häneltä peritään vuokran, perusmaksun ja ateriamaksun lisäksi maksu henkilökohtaisista palveluista ja jos asukas tarvitsee turvapuhelinta, siitä peritään erillinen maksu. (Vanhusten palveluasuminen 2010.)

Ikäihmiset, jotka tarvitsevat päivittäin apua ja tukea alentuneen toimintakyvyn takia, ovat oikeutettuja palveluasumiseen. Palveluasunnoissa asuessaan ikäihmiset voivat itse valita mitä palveluita he haluavat tai tarvitsevat ja he maksavat palveluista sen mukaan kuinka paljon he niitä käyttävät. Mikkelin kaupunki tuottaa asumispalveluita, mutta myös tietyt yksityiset yhteisöt, joilla on sopimus Mikkelin kaupungin kanssa, järjestävät palveluasumista. Osa palvelutaloista mahdollistaa asumisen myös lyhemmissä pätkissä ja tarvittaessa yksityisesti. Asukkaat voivat halutessaan asua omakustanteisesti yksityisissä palvelutaloissa. (Ikäihmisten palveluopas 2014.)

Tuki- ja palveluasuminen mahdollistetaan niille, joille tavanomaiseen asuntoon järjestettävä apu ei enää ole riittävää, vaan he tarvitsevat jokapäiväisessä elämässä ja asumisessa enemmän tukea. Kun henkilö tarvitsee päivittäin huomattavan paljon valvontaa, apua ja hoivaa, järjestetään hänelle tehostettua palveluasumista. Tehostetun palveluasumisen yksikössä henkilökuntaa on paikalla vuorokauden ympäri ja asukkailla on käytössä joko oma huone tai asunto ja näiden lisäksi käytössä on yhteisiä tiloja muiden asukkaiden kanssa. Kunnat, yksityiset yrittäjät ja erilaiset järjestöt tuottavat asiakkaille tuki- ja palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista. Asiakkaat voivat hakea oman kuntansa järjestämään palveluasumiseen vanhus-, vammais-, mielenterveys- tai päihdepalvelujen kautta. (Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt 2011.)

### 4.2.3 Kotihoito

Voutilaisen ym. (2002, 100) mukaan ikäihmisille on tärkeää pystyä asumaan omassa kodissa ja suurin osa heistä haluaa asua kotona niin kauan kuin se on toimintakyvyn puolesta mahdollista. Vapauden lisäksi kotona asumiseen liittyy tunne itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta. Kotona asumisen tukeminen on keskeisessä osassa ikäihmisille suunnattua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Holman (2003, 9) mainitsee, että vaikka iäkkäät ihmiset eivät pystyisikään itse selviämään kaikista päivittäisistä toiminnoistaan, haluavat he silti useimmiten asua kotona ja käyttää apuna erilaisia kotiin tarjottavia palveluita. Kotihoitopalveluiden tarkoituksena on tukea omassa kodissa asuamista ympärivuorokautisesti ohjauksen, neuvonnan, hoidon ja kuntoutuksen avulla. Ikäihmisten omatoimisen elämän tukeminen, kannustaminen omien voimavarojen käyttämiseen on kotihoidon keskeinen tavoite. Ikäihmisen tulee täyttää seudullisesti hyväksytyt kriteerit, jotta hän pystyy saamaan kotihoidon palveluita. Ala-Nikkolan (2003, 47) mukaan organisaatioiden ammattilaisten tekemät asiakkaiden tarpeita koskevat arvioinnit ovat keskeisessä roolissa tehtäessä päätöksiä kotihoidosta.



**KUVA 5. Seudullisen kotihoidon palvelujen myöntämisperusteet (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014)**

Mikkelin kaupungin laatimassa ikäihmisten palveluoppaassa (2014) kerrotaan, että kotihoidon tehtävänä on tukea ikäihmisten kotona asumista niin kauan kuin se on mahdollista. Kuvassa 5 on nähtävissä myöntämisperusteet kotihoidon saamiseksi ja kuten kuvasta nähdään, suurin ja merkittävin syy kotihoidon palveluiden saamiseen on korkean ikä, vaikea sairaus tai muu vastaava syy, jonka vuoksi ikäihminen ei selviydy ilman apua päivittäisistä toiminnoistaan. Kotihoidon järjestämää terveydenhoitoa tarjotaan myös niille, joilla ei ole mahdollisuutta käyttää oman terveysaseman tarjoamia palveluita. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on iältään 75–84-vuotiaita ja he muodostavat lähes puolet asiakaskunnasta. Suurin osa kotihoidon asiakkaita tarvitsee hoitoa fyysisten syiden takia ja lähes kaikilla heistä on välinetoimintoihin liittyvä ongelma. Välinetoimintoja ovat esimerkiksi kodinhoitoon liittyvät työt, kuten siivoaminen, pyykin pesu ja ruoan laitto. Kotihoidossa on tärkeää kannustaa ikäihmistä huolehtimaan itsestään ja siihen tähdätään hänen omien voimavarojen tunnistamisen kautta ja antamalla hänelle mahdollisuus itsensä toteuttamiseen. Kotihoidon prosessin aikana tulee aina ottaa huomioon asiakkaan elämäkokemus ja ottaa se osaksi työprosessia. Kaikissa tilanteissa tulee maksimoida asiakkaan toimintakyky sitä tukevan toiminnan avulla. (Heinola 2007, 18–19, 22–23.)

### **4.3 Omavalvonta vanhustenpalvelussa**

Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelmassa (2013) kerrotaan, että omavalvontasuunnitelman laajuuteen ja sisältöön vaikuttaa yrityksen tai organisaation toimiala ja toiminta. Lainsäädäntö ja lupa joka palveluntuottajalle on myönnetty sekä muut vaatimukset ovat omavalvonnan perusta. Asioita, jotka tulee palvelualan omavalvontasuunnitelmassa ottaa huomioon, on kirjattu STM:n laatusuosituksiin sekä valtakunnallisiin valvontaohjelmiin, jotka Valvira ja aluehallintovirastot ovat laatineet. Kuntaliiton mukaan keskittyminen jälkikäteisvalvonnan sijaan omavalvontaan parantaa kykyä tunnistaa ja korjata puutteita. Vanhuspalvelulain mukaan kaikissa toimintayksiköissä täytyy järjestää omavalvonta, jotta pystytään varmistamaan palvelujen asianmukainen laatu ja turvallisuus. Omavalvontasuunnitelman laatiminen on ehdotonta omavalvonnan kannalta. (Virnes 2014.)

Partasen (2014) mukaan vanhustenhoidossa tapahtuva valvonta auttaa ennaltaehkäisemään ei-toivottuja toimintakäytäntöjä. Sillä puututaan toimintaan, joka ei vastaa laadul-

taan vanhuspalveluiden vähimmäisvaatimuksia tai on muuten vastoin annettuja säädöksiä. Vanhuspalveluiden työntekijöiden omavalvonnalla halutaan varmistaa, että asiakkaan saama palvelun on laadultaan riittävää ja palveluprosessit toimivat kuten on odotettu. Omavalvonnan avulla saadaan aikaan sellaiset käytännöt, joiden avulla pystytään nopeasti parantamaan asiakasturvallisuutta ja nostamaan palvelun laadun tasoa nopeasti. Vanhuspalvelulaissa on säännöt siihen, kuinka toimintayksikön tulee vastata ikäihmisen palveluntarpeisiin ja kuinka varmistetaan annetun palvelun laatu. 2015 vuoden alussa voimaan astuu valtakunnallinen ja yhtenäinen sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelma.



**KUVA 6. Asiakokonaisuudet, joiden menettelyt ja toimintatavat esitellään omavalvontasuunnitelmassa**

Kuvassa 6 on esitelty kokonaisuudet, joiden menettelyistä ja toimintatavoista tulee kertoa toimintayksikön omavalvontasuunnitelmassa. Omavalvontasuunnitelmassa on kerrottava kuka palvelun tuottaa sekä muut oleelliset tiedot palveluntuottajasta, kuten toimipaikan osoite ja johtajaa koskevat tiedot. Lisäksi toiminta-ajatus ja toimintaperiaatteet tulee esitellä. Omavalvontasuunnitelmasta tulee käydä ilmi, kuinka henkilökunnan perehdyttäminen tapahtuu ja henkilökunnan määrää suhteessa asiakkaisiin ja palvelun tarpeeseen tulee arvioida ja seurata. Toimintayksikön tilojen tulee olla turvallisia, asianmukaisia ja riittäviä palvelun tarpeeseen nähden. Omavalvontasuunnitelmasta tulee löytyä kuvaus käytössä olevista toimitiloista ja niiden käytön periaatteista. Omavalvontasuunnitelmaan nimetään henkilö, joka vastaa terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden asianmukaisuudesta ja turvallisuudesta. Hän on vastuussa siitä, että laitekohtaisia

määräyksiä noudatetaan toimintayksikössä ja ilmoituksen tekemisestä vaaratilanteissa. (Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma 2013.)

#### 4.4 Toiminnan kytkeminen teoriaan

Kysely, jonka teen Mikkelin seudun vanhuspalveluiden työntekijöille perustuu niin sanottuun vanhuspalvelulakiin 980/2012 (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta). Vanhuspalvelulain 6§ käsittelee palvelujen riittävyyden ja laadun arviointia. ”Palvelujen riittävyyden ja laadun arvioinnin pohjaksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palvelujen käyttäjiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen on vuosittain arvioitava iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen laatua ja riittävyyttä alueellaan. Sosiaaliasiamiehen vuosittain kunnanhallitukselle esittämät havainnot otetaan myös huomioon arvioinnissa. Lisäksi kunnan on koottava tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. Palvelujen riittävyyden ja laadun arviointi on perusteltua kytkeä osaksi hyvinvointikertomuksen valmistelua ja siihen liittyvää raportointia (ks. terveydenhuoltolain 12 §). Vanhusneuvosto on otettava mukaan palvelujen riittävyyden ja laadun arviointiin. Vanhuspalvelulain 6 §:ää sovelletaan 1.1.2014 alkaen.” (Vanhuspalvelulaki 980/2012 2013.)

Vanhuspalvelut ovat yksi osa sosiaali- ja terveystaloudesta tarjottavista monista palveluista. Jotta pystyn ymmärtämään kuinka vanhuksille tarjottava palvelu järjestetään, täytyy ensin tietää mitkä tahot järjestävät ja säätelevät sosiaali- ja terveystaloudesta, mikä niiden järjestämiseen vaikuttaa ja kuinka nämä palvelut rahoitetaan. Jotta pystyn tekemään kyselyn palvelun laadusta ja riittävyydestä, tulee minun ensiksi selvittää mitä itse palvelulla tarkoitetaan, mistä asioista palvelun laatu muodostuu ja kuinka palvelun laatua voidaan mitata. Palvelun laadussa tulee ottaa huomioon asiakkaan ja johdon näkökulman lisäksi myös henkilökunnan näkökulma. Koska tekemäni kysely on suunnattu nimenomaan henkilökunnalle, perehdyn syvemmin palveluun tästä näkökulmasta. Syvennän palveluluvussa tarkemmin palvelun laatuun sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Käsittelen myös lyhyesti mitä palveluita Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi tarjoaa seudun asukkaille, mutta tarkemmin käyn läpi vanhuspalveluita ja asioita, joita siihen kuuluu.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Sain opinnäytetyöni aiheen Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluiden yksiköltä. Pidin aihetta mielenkiintoisena, sillä olin työskennellyt aiemmin siellä toimistotoissa ja oppinut hieman tuntemaan kyseistä organisaatiota. Lisäksi niin sanottu vanhuspalvelulaki edellyttää kuntia keräämään säännöllisin väliajoin palautetta palvelun asiakkailta, asiakkaiden omaisilta ja kunnan henkilöstöltä. Ajattelimme, että henkilökunnalle suunnattu kysely sopisi hyvin opinnäytetyöni aiheeksi. Opinnäytetyön tutkimuksella haluttiin mitata vanhuspalveluiden laatua ja riittävyttä henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksesta saatujen tulosten pohjalta mitataan palvelun laatua ja riittävyttä myös tulevaisuudessa. Käyttämäni tutkimusmenetelmä oli määrällinen tutkimus, jota täydensin muutamalla avoimella eli laadullisella kysymyksellä.

### 5.1 Case-tutkimus

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2014) kertovat, että tapaus- eli case-tutkimus rajautuu tutkimaan tiettyä yksittäistä kokonaisuutta, yksittäistä tapahtumaa tai yksilöä. Siinä käytetään miten- ja miksi-kysymyksiä selittäessä, kuvattaessa ja tutkiessa tapausta. Ihanteellisin tapa tutkimuksen tekemiseen on yksittäisten tapausten luonnollinen ympäristö, jota kuvaillaan yksityiskohtaisesti. Kuvailemisen tavoitteena on välittää tutkittavan asian keskeiset piirteet mahdollisimman tarkasti ja realistisesti. Tapaustutkimuksessa ei haluta yleistettävää tietoa, vaan tarkoituksena on lisätä ymmärrystä ja tietoa tutkittavasta asiasta. Tämä tapa sopii hyvin silloin kun tarkoituksena on huomioida tutkittavaan asiaan liittyvät olosuhteet ja taustat. Tutkimustuloksia olisi hyvä analysoida laajassa mittakaavassa ja miettiä mitä tehty tutkimus voi opettaa samantyyppisille prosesseille ja voiko sen tuloksia soveltaa myös muualla tai muussa tarkoituksessa. Kannattaa myös pohtia voisiko tapaustutkimuksesta saatuja tuloksia hyödyntää muissa isommissa tutkimuksissa, joilla tutkitaan kyseistä aihetta. Yhden tapaustutkimuksen pohjalta ei siis voi yleistää asioita, mutta tutkimalla tuloksia tarkkaan voidaan saada sellaista tietoa, joka ylittää yksittäisen tapauksen. Analysoimalla ja esittämällä aineisto perusteellisesti pystytään vahvistamaan saatujen tulosten realistisuutta ja merkitystä.

Tapaustutkimuksella voi olla erilaisia painopisteitä riippuen tutkimuksen tarkoituksesta: se voi käsitellä kokonaiskuvaa tai jotakin tiettyä osa-aluetta. Painopiste voi koh-

distua vain muutamaan osatekijään tai jokaiseen osatekijään yhtä aikaa. Case- eli tapaustutkimus toimii hyvänä taustatietona. Tapaustutkimukset ovat siis niin sanottuja syvätkutkimuksia, joilla saadaan hyvin organisoitu ja täydellinen kuva tietystä tutkittavasta sosiaalisesta yksiköstä. Case-tutkimuksessa halutaan selvittää suppeaa ja rajattua kohdetta, jonka tutkimiseen käytetään hyvin rajattua aineistoa. Se eroaa survey-tutkimuksesta siinä, että surveyssä tutkittavien muuttujien joukko on hyvin pieni ja käytettävä aineisto puolestaan suuri. Halutessaan case-tutkimuksella voidaan tuottaa taustainformaatiota johonkin tutkittavaan asiaan ja sen avulla voidaan saada esiin joitakin oleellisia tekijöitä, joihin pystytään tarvittaessa kohdentamaan enemmän huomiota. Case-tutkimuksia voidaan käyttää jatkotutkimusten valmisteluun ja niillä saadaan yksityiskohtaista tietoa muista mahdollisista erikoiskysymyksistä. (Anttila 2014.)

## **5.2 Tutkimusmenetelmät**

Räsänen (2009) mukaan tutkimuksen tavoite ja tausta määrittävät sen, käytetäänkö kvalitatiivista vai kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Myös tutkimuksen tekijän oma aiempi kokemus vaikuttaa siihen, kumpi menetelmä valitaan. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä asetetaan usein jyrkästi vastakkain, aivan kuin ne sulki-sivat toisensa pois. Todellisuudessa kuitenkin näillä menetelmillä voidaan täydentää toisiaan ja jyrkän rajan vetäminen näiden tutkimusmenetelmien välille on turhaa. (Tuomivaara 2005.)

### **5.2.1 Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus**

Silloin kun tutkimusongelma käsittelee ihmisten kokemuksia tai käyttäytymistä tai jos tarkoituksena on ymmärtää sellaista asiaa tai ilmiötä, josta ei ole olemassa paljon tietoa, valitaan tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedon kerääminen tapahtuu joko haastattelemalla tai havainnoimalla. Saadun tai olemassa olevan tiedon analysoiminen ja tulkitseminen on keskeisessä osassa kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä. Havainnoimisella puolestaan tarkoitetaan ihmisten käyttäytymisen seuraamista ja kuuntelua heidän luonnollisessa ympäristössä, jonka kautta mahdollistetaan oppiminen ja analyttinen tulkitseminen. Haastattelu on havainnointia vaativampi tapa, sillä se edellyttää todellisen kanssakäymisen vastaajan ja tutkijan välille. Jotta haastattelusta tulee paras mahdollinen, tulee tutkijan tietää haastatelta-

van taustat, arvot ja odotukset, jotta turhilta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Haastattelussa kysymyksiä voidaan tarvittaessa vielä tarkentaa ja avata lisää, joten haastatteluja pidetään usein kaikista totuudenmukaisimpana tiedonkeruumenetelmänä. (Räsänen 2009.)

Kvantitatiivisen eli tilastollisen tutkimuksen avulla pystytään selvittämään kysymyksiä, jotka liittyvät prosenttiosuuksiin ja lukumääriin. Tilastollisella tutkimuksella voidaan lisäksi mitata riippuvuuksia, joita eri asioiden välillä on tai muutoksia, joita tutkittavassa ilmiössä on tapahtunut. Jotta saatuja tuloksi pystyy kunnolla analysoimaan ja mahdollisesti yleistämään, tulee otoskoon olla riittävän edustava ja tarpeeksi suuri. Tässä tutkimusmenetelmässä vastaukset kerätään yleensä lomakkeilla, joissa kysymyksiin on valmiit vastausvaihtoehdot. Tuloksia havainnollistetaan kuvioiden ja taulukoiden avulla ja itse asioiden kuvaamiseen käytetään numeerisia suureita. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ei päästä kovin syvälle tutkittavaan asiaan, eikä näin ollen pystytä kartoittamaan esimerkiksi asioiden perimmäisiä syitä. Tässä tilanteessa tutkija saattaa tulkita saatuja tuloksia virheellisesti, erityisesti silloin jos tutkittava asia ei ole hänelle entuudestaan tuttu. Tiedot, joita kvantitatiivisen tutkimuksen tekemiseen tarvitaan, voidaan hankkia rekistereistä, tietokannoista, muiden keräämistä tilastoista tai ne voidaan kerätä itse. (Heikkilä 2004, 16–18.)

Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä pyritään hankkimaan yleistettävänä käytettävää tietoa. Määrällisen, yleistettävän tiedon tulee olla tilastollis-matemaattista. Tiedon käsittely tapahtuu kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä tilastollisilla yksiköillä, joista halutaan poistaa kaikki subjektiivinen tulkinta. Määrällisessä tutkimuksessa yleisiä käsitteitä ovat otos, näyte ja tilastoyksikkö. Keskiarvo on myös oleellinen käsite, sillä se ilmaisee kuinka mitatun aineiston kohteet keskimäärin asettuvat ja kuinka yksittäisiä poikkeamia pystytään tarkastelemaan vertaamalla niitä koko joukkoon. Yleistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on kerätä aineistoa siten, että mukaan sisältyy tiettyjä muuttujia, joilla pystytään tarkemmin kuvailemaan tutkittavaa asiaa. Tällaisia muuttujia ovat esimerkiksi henkilöiden sukupuoli, ikä ja koulutus/ ammatti. (Anttila 2014.)

Tulosten analysoimisessa käytin apuna SPSS-ohjelmaa, jolla analysoin määrälliset vastaukset ja tein niistä frekvenssitaulukot (liite 3). Kyselyssä oli mukana muutama avoin



eli laadullinen kysymys, jotka käsittelin Wordilla eli litteroin jakaen vastaukset tiettyjen teemojen alle, jonka jälkeen pystyin analysoimaan avoimia vastauksia.

### 5.2.2 Tutkimusaineisto ja sen analysointi

Aloitin opinnäytetyöni muotoilemalla opinnäytetyön aiheesta tutkimusongelman, johon opinnäytetyön tutkimuksella pyritään vastaamaan. Tutkimusongelmakseni muodostui selvittää millainen on henkilöstön mukaan vanhustenpalveluiden laadun ja riittävyyden taso tällä hetkellä. Tutkimuksesta saatujen tulosten pohjalta luodaan henkilöstön näkökulmaa mittaava mittari, jolla pystytään tulevaisuudessa tarkkailemaan vanhuspalvelun laatua ja riittävyyttä. Kun tutkimusongelma oli selvillä, ryhdyin suunnittelemaan opinnäytetyöhöni viitekehystä. Tiesin koko ajan tekeväni sähköisen kyselylomakkeen, enkä edes ajatellut haastatteluja, sillä koin pystyväni tavoittamaan ihmiset paremmin ja nopeammin sähköisesti. Kyselylomakkeeseen laitoin kuitenkin muutaman tarkentavan avoimen kysymyksen. Kyselystä tuli mielestäni ja myös ohjaajieni mielestä kattava ja helposti ymmärrettävä. Laatimieni kysymysten pohjalta pystytään hyvin arvioimaan kuinka hyvälaatuista ja riittävää tarjottu palvelu henkilökunnan mielestä on ja mitä asioita olisi mahdollista ja tarpeellista kehittää.

Kysely tehtiin suunnitelmieni mukaan sähköisessä muodossa Webropol-ohjelmalla ja lähetin sen eteenpäin Mikkelin, Mäntyharjun, Hirvensalmen ja Pertunmaan palvelutuotantoyksikön henkilöstölle. Henkilökuntaa oli kaiken kaikkiaan vajaa 600, joten kyseessä oli isohko tutkimus. Lopullinen vastausprosentti oli noin 46 %. Ennen kyselyn lähettämistä hyväksyin sen molemmilla opinnäytetyöni ohjaajilla ja tein heidän ehdottamat parannukset ja muutokset kyselypohjaan. Lähetin kyselyn henkilöstölle elokuun alussa (5.8.2014) ja annoin vastausaikaa kolme viikkoa sen takia, että kaikki eivät olleet vielä palanneet takaisin töihin kesälomaltaan.

Laadin kysymykset vastaamaan opinnäytetyöni teoriaa niin paljon kuin mahdollista ja muutin joitakin kysymyksiä vastaamaan paremmin ohjaajani toiveita. Kysymyksiä laatiessa pidin mielessä tutkimusongelman ja kehitin sellaisia kysymyksiä, joilla koin pystyväni vastaamaan parhaiten tutkimusongelmaan. Aloitin kyselyn muutamalla yleisellä taustatietokysymyksellä, ja sen jälkeen käsittelin työaikaan ja työnkuvaan liittyviä asioita sekä työntekijöiden määrän suhdetta asiakkaiden määrään. Kyselyn loppuosa, eli noin puolet, käsittelivät vanhuslaissa (6§) mainittuja asioita ja niiden toteutumista

käytännössä. Halusin kysyä henkilökunnalta myös heidän omia kehittämisideoitaan ja mahdollisia moitteita vanhuspalvelun tämänhetkisestä tilasta.

Halusin ensiksi kartoittaa työntekijöiden taustoja muun muassa sitä, missä yksikössä he tällä hetkellä työskentelevät ja kuinka kauan he ovat siellä työskennelleet. Halusin myös tietää kokivatko työntekijät nykyisen työnkuvansa vastaavan heidän koulutustaan. Koin myös työajan riittävyyteen liittyvät kysymykset tärkeiksi ja pyrin selvittämään kokivatko työntekijät, että heillä on tarpeeksi aikaa itse asiakkaalle, joiden pitäisi olla tämän tapaisessa työssä se tärkein jolle aikaa löytyy. Seuraavaksi käsittelin laadullisiin tavoitteisiin ja asiakkaille laadittaviin hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyviä seikkoja ja sitä toteutuuko asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja ylläpitävää toimintaa kyseisessä yksikössä.

Kyselyn tulokset analysoin Spss-tilastointiohjelmalla ja tein vastauksista frekvenssitaulukot (liite 3). Käytin joissakin kohdissa myös ristiintaulukointia, jotta pystyn tutkimaan muuttujien välistä riippuvuutta. Halusin selvittää erosiko eri palvelutuotantoyksiköiden työntekijöiden vastaukset merkittävästi toisistaan. Avoimet vastaukset litteroin Wordilla ja pääsin näin käsiksi vastausten ydinkohtiin.

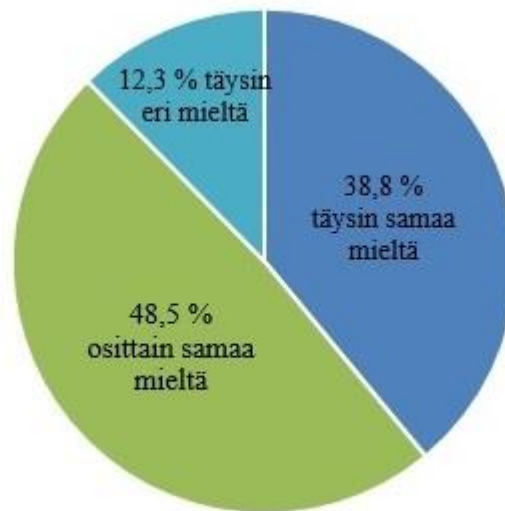
## **6 HENKILÖSTÖN NÄKEMYKSET**

Tässä luvussa esittelen kyselyn vastaukset siten, että käyn ensin läpi henkilökunnan tuntemuksia liittyen heidän nykyiseen tehtävänkuvansa, työtehtävien määrään suhteessa päivittäiseen työaikaan ja työn ohessa saatavaan koulutukseen riittävyyteen. Viimeisessä alaluvussa käyn läpi tarkemmin palvelun laatuun ja sen riittävyyteen liittyviä asioita. Käsittelen vastaukset tekstin muodossa, mutta määrällisissä vastauksissa havainnollistan tekstiä kuvioiden ja taulukoiden avulla. Avoimet vastaukset analysoin tekstimuodossa.

Kyselyyn vastanneista 168 työskentelee Mikkelin palvelutuotantoyksikössä, joista 74 työskentelee kotihoidon puolella, 39 laitos- ja asumispalveluiden puolella ja loput varahenkilöstöyksikössä. Pertunmaan palvelutuotantoyksikön vastaajien määrä oli 18 ja Mäntyharjun 30. Kangasniemen palvelutuotantoyksikön vastaajien määrä oli 41. Kaikki vastaajat eivät olleet eritelleet tarkemmin työskentelevätkö he kotihoidossa vai laitos- ja asumispalveluissa.

## 6.1 Henkilökunnan mielipiteitä työajasta ja -tehtävistä sekä omasta roolistaan työyhteisössä

Vastaajista selvästi yli puolet kokivat, että heidän nykyinen työnkuvansa vastaa täysin heidän koulutustaan ja muut kokivat työnkuvansa vastaavan koulutustaan ainakin osittain. Kuitenkin muutama oli sitä mieltä, että nykyinen työnkuva eroaa täysin heidän koulutuksesta ja alkuperäisestä työnkuvasta. Kuvasta 7 käy ilmi, että valtaosa työntekijöistä kokee päivittäisen työajan riittävän määrättyjen tehtävien hoitoon täysin tai ainakin osittain. Reilut 12 % vastaajista oli sitä mieltä, että työaika on täysin riittämätön suhteessa päivittäisten työtehtävien määrään.

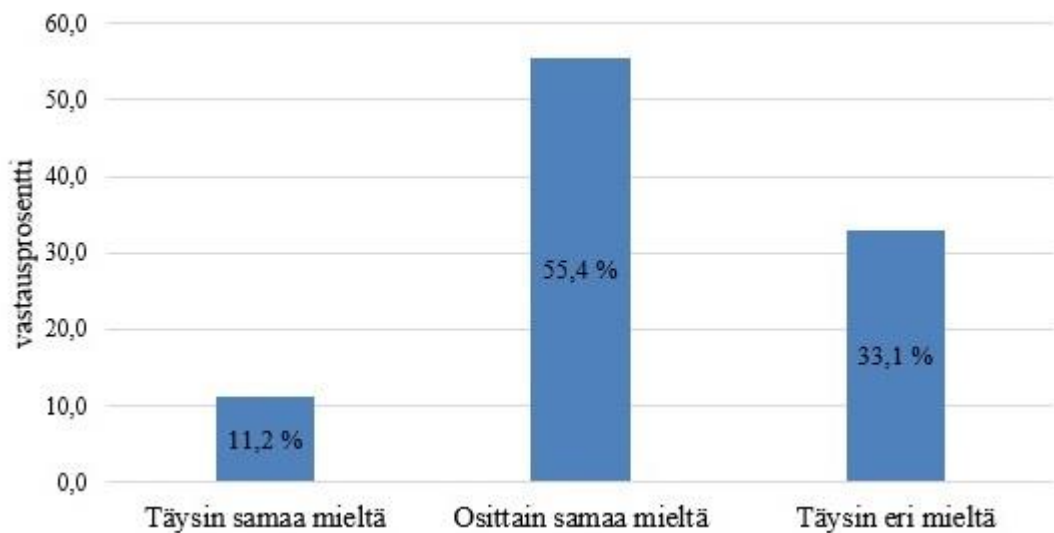


### KUVA 7. Väittämä: Päivittäinen työaika on riittävä suhteessa määrättyihin työtehtäviin

Vastaajilta kysyttiin, mitä työtehtäviä heiltä jää tekemättä joko osittain tai kokonaan, jos he kokevat, että päivittäinen työaika ei ole riittävä heille määrättyjen tehtävien hoitamiseen. Jaoin avoimet vastaukset neljän eri teeman alle. Selvästi yli puolet vastaajista kertoi kirjausten ja muiden paperitöiden jäävän usein tekemättä päivittäisen työajan aikana. Lähes kaikki kokivat, että palvelun laatu kärsii, koska työt joudutaan tekemään niin kovassa kiireessä. Esiin nousi myös ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen, johon ei joidenkin vastaajien mielestä jää riittävästi aikaa. Muutaman vastaajan mielestä opiskelijoiden, uusien työntekijöiden perehdyttämiseen ja tiimipalaverien pitämiseen ei myöskään ole tarpeeksi aikaa. Vastaajista melkein jokainen oli täysin tai osittain sitä

mieltä, että hallinnolliset tehtävät eivät vie liaksi aikaa asiakkaan kohtaamiselta ja hoitotyöltä. Vertailin päivittäisen työajan riittävyyttä eri työyksiköiden välillä (liite 4). Tuloksista voidaan huomata, että työaika riittää määrättyjen tehtävien hoitamiseen parhaiten Kangasniemellä. Heistä noin 59 % vastasi päivittäisen työajan olevan täysin riittävä työtehtävien hoitamiseen. Vastauksista käy myös ilmi, että Mikkelin palvelutuotantoyksikössä on eniten vaikeuksia saada päivittäinen työaika riittämään, sillä noin 16 % vastasi työajan olevan täysin riittämätön.

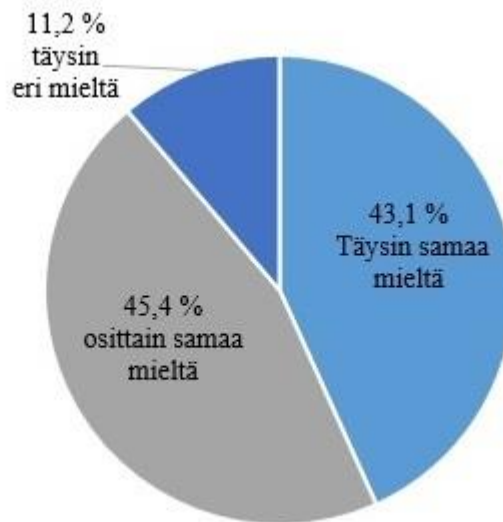
Vastaajilta kysyttiin heidän näkemystään henkilökunnan määrästä suhteessa asiakasmäärään ja palvelun tarpeeseen työvuorojen aikana. Kuten kuvasta 8 nähdään, vastaajista yli 30 % kokee, että työntekijöitä on liian vähän asiakkaisiin verrattuna.



**KUVA 8. Väittämä: Työntekijöiden määrä suhteessa asiakasmäärään on riittävä**

Vastaajista ainoastaan 29 (11,2 %) sanoi työvuorossa olevan riittävästi henkilökuntaa asiakkaita ja palveluntarvetta kohden. Vertailin myös henkilökunnan määrän riittävyyttä eri yksiköiden välillä (liite 5). Kangasniemen yksikön henkilökunnasta 20 % vastasi, että työntekijöitä on työvuoroissa täysin riittävästi asiakasmäärään nähden. Prosentuaalisesti Mikkelissä (39 %) ja Mäntyharjussa (30 %) oltiin eniten tyytymättömiä työntekijöiden määrään.

Vastaajilta kysyttiin heidän ammattitaidon kehittämiseen ja ylläpitämiseen tarkoitettua koulutuksista ja siitä kokevatko työntekijät saavansa tarpeeksi koulutusta (kuva 9) työnantajan järjestämänä sekä itse hankkimalla.

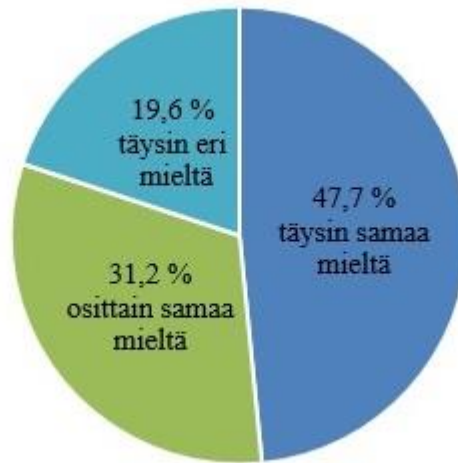


**KUVA 9. Väittämä: Työnantajan järjestämä ja työntekijän itsensä hankkima koulutus on riittävää**

Vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä saamansa koulutuksen määrään, mutta kuitenkin 29 (11,2 %) heistä koki saadun koulutuksen olevan liian vähäistä. Vastaajilta kysyttiin millaiseksi he kokevat oman roolinsa työyhteisön sisällä ja vain hieman vajaa 70 % heistä pitää omaa rooliaan työyhteisössä tarpeellisena ja merkittävänä. Kysyttäessä työyksikön johtamisesta, vastaajista yli puolet oli sitä mieltä, että yksikön johtaminen ei ole täysin asiantuntevaa ja 22 (8,5 %) oli tyytymätön siihen, kuinka hänen työyksikköään johdetaan.

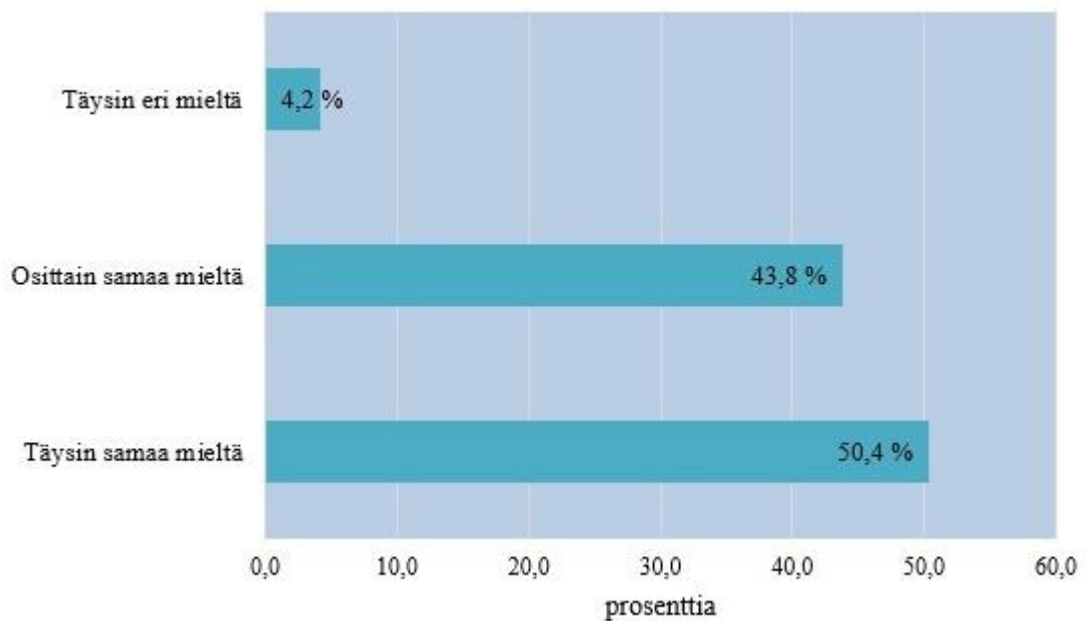
## 6.2 Henkilökunnan mielipiteitä vanhuspalveluiden laadun nykyisestä tilasta

Vastaajilta kysyttiin, tietävätkö he oman yksikkönsä omavalvontasuunnitelman sisällön sekä sen missä se heidän toimintayksikössään sijaitsee. Kuvasta 10 käy ilmi, että yllättävän suuri osa ei ole tietoinen oman toimintayksikkönsä omavalvontasuunnitelman sisällöstä. Vastaajista ainoastaan hieman vajaa puolet tietää täysin oman yksikkönsä omavalvontasuunnitelman sisällön sekä sen, missä se heidän yksikössään sijaitsee.



**KUVA 10. Väittämä: Vastaaja tietää oman yksikkönsä omavalvontasuunnitelman sisällön**

Kyselyyn vastanneista puolet tietävää ja ymmärtävää laadulliset tavoitteet, jotka vanhustenpalvelulle on asetettu. Kuten kuvasta 11 voidaan huomata, suurehko osa vastanneista tietää tarjoamansa palvelun laadulliset tavoitteet vain osittain. Vastaajien joukossa oli myös muutama, jolla ei ollut käsitystä tarjoamansa palvelun laadullisista tavoitteista. Kysyttäessä vastaajilta vanhustenpalvelun laadun tasosta sekä riittävän hoidon ja huolenpidon toteutumisesta, selvästi yli puolet uskoo laadullisen palvelun toteutuvan ainoastaan jossain määrin. Vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä” saivat lähes yhtä monta vastausta.



**KUVA 11. Väittämä: Henkilökunta tietää tarjoamansa vanhustenpalvelun laadulliset tavoitteet**

Vastaajilta kysyttiin asiakkaille tehtävistä hoito- ja palvelusuunnitelmista. Selvästi suurin osa vastasi hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisen olevan puutteellista ja ainoastaan hieman yli 20 % heistä uskoi asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjausten ja päivitysten olevan ajan tasalla. 29 (11 %) vastaajan mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmia ei pystytä pitämään riittävästi ajan tasalla. Vastaajista yli puolet näkee asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin ja heille laaditun henkilökohtaisen palvelusuunnitelman tekemisen toteutuneen odotetulla tavalla. Hieman vajaa 40 % vastanneista kokee tämän onnistuneen osittain, kun taas vajaa 5 % vastasi potilaan toimintakyvyn arvioinnin ja henkilökohtaisen palvelusuunnitelman laatimisen jääneen tekemättä. Lähes kaikki vastasivat, että asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia noudatetaan täysin tai ainakin osittain.

Kysyttäessä asiakkaan tai hänen omaisensa näkemyksen huomioimista palvelun tarpeesta, suurin osa vastasi tämän toteutuvan ainakin osittain. Vastaajista 15 (6 %) kokee, ettei asiakkaan tai hänen omaisensa näkemyksiä tai toiveita palvelun tarpeesta oteta riittävästi huomioon. Henkilökunnalta kysyttiin kokevatko he asiakkaan saaman palvelun ja tuen olevan riittävää asiakkaan tarpeisiin nähden. Suurin osa vastaajista ei koe asiakkaiden saaman palvelun määrän ja tuen olevan täysin riittävää suhteessa heidän avuntarpeisiinsa (kuva 12). Kuitenkin lähes sama määrä vastaajia on sitä mieltä, että asiakkaiden saama palvelu on riittävää, tai saatu palvelu ei kohtaa ollenkaan asiakkaiden tarpeita.



**KUVA 12. Väittämä: Asiakkaiden saama palvelu on riittävää heidän tarpeisiinsa nähden**

Viimeiseksi henkilökunnalta kysyttiin toteutuuko heidän työssään asiakkaan toimintakykyä tukevaa ja ylläpitävää toimintaa. Valtaosa (48 %) vastasi toimintakykyä tukevan toiminnan onnistuvan osittain ja 42 % vastasi sen toteutuvan toimintayksikössä täydellisesti. Vastaajista 24 (9 %) oli sitä mieltä, ettei heidän työyksikössään toteudu toimintaa, jolla ylläpidetään ja tuetaan asiakkaan omaa toimintakykyä.

## **7 PALVELUJEN LAADUN JA RIITTÄVYYDEN VARMISTAMINEN TULEVAISUUDESSA**

Palvelun laadussa yksi merkittävin tekijä on se, kuinka sitoutuneita työntekijät ovat tekemäänsä työhön ja kuinka ammattitaitoisia ja osaavia he ovat (Lämsä & Uusitalo 2002, 138–139). Tässä luvussa analysoin ja käsittelen kyselyn tuloksia ja tarkastelen niitä käsittelemäni teorian valossa. Vastauksia tuli kaiken kaikkiaan 260 kappaletta ja suurin osa vastaajista työskentelee Mikkelin palvelutuotantoyksikössä. Jokaisesta yksiköstä tuli kuitenkin vastauksia sekä kotihoidon että laitoshoidon puolella työskenteleviltä ja mielestäni vastausten määrä on riittävä, jotta pystyn analysoimaan tuloksia. Mielestäni tutkimuksesta saatujen tulosten pohjalta pystyy hahmottamaan vanhuspalvelujen tämänhetkistä tilaa ainakin joiltain osin. Vastauksista kävi ilmi, että selvästi suurin osa (114) on työskennellyt nykyisessä työpaikassaan yli kymmenen vuoden ajan. Vastaajilta kysyttiin heidän nykyisestä tehtävänkuvastaan työyksikössä ja kokevatko he sen vastaavan heidän koulutustaan. Selvästi suurin osa kokee, että heidän tällä hetkellä tekemänsä työtehtävät vastaavat heidän koulutustaan. Kuitenkin 9 vastasi tehtävänkuvan eroavan täysin heidän odottamastaan tehtäväkuvasta tai heidän koulutuksestaan.

### **7.1 Työntekijöiden vähyys haittaa palvelun laatua**

Valtaosa kyselyyn vastaajista oli sitä mieltä, ettei päivittäinen työaika riitä aivan täysin kaikkiin työtehtäviin, jotka heidän pitäisi ehtiä työpäivän aikana tekemään. Työtehtävien paljous tai työajan lyhyys näkyy muun muassa siinä, että kirjausten ja muiden paperitöiden tekeminen siirtyy myöhempään ajankohtaan tai jää jopa tekemättä. Kiireessä myös palvelun laatu kärsii, eikä asiakkaalle pystytä antamaan niin paljon aikaa ja huomiota kuin hän tarvitsisi. Jos asiakas kokee, ettei hän saa tarpeeksi huomiota tai että henkilökunta ei ole tarpeeksi läsnä, voi hän kokea henkilökunnan toiminnan välinpitä-



mättömänä. Tämän takia henkilökunnan tulisi pystyä olemaan riittävästi läsnä ja huomioimaan asiakkaat myös kiireessä mahdollisimman hyvin ja ammattitaitoisesti. (Pitkänen 2006, 11–22.) Vastaajista 10 % sanoi hallinnollisten tehtävien vievän liian paljon aikaa itse asiakkaan kohtaamiselta ja hoitotyöltä, mutta samalla 45 % mukaan kokoukset ja muut hallinnolliset tehtävät eivät ole pois siitä, kuinka hyvin hoitotyöhön jää aikaa.

Henkilökunnalta kysyttiin kokevatko he työntekijöitä olevan riittävästi suhteessa asiakkasiin ja palvelun tarpeeseen kokonaisuudessaan. Jopa 86 (33 %) työntekijää vastasi työntekijöitä olevan aivan liian vähän, mikä selittää sitä miksi työt joudutaan tekemään niin suurella kiireellä. Ainoastaan 11 % vastaajista kokee työntekijöiden määrän olevan täysin riittävä. Loput vastaajista kokivat työntekijöiden määrän riittävyyden vaihtelevan, riippuen siitä onko arki vai viikonloppu tai jos tulee tehtäviä johon ei ole ennalta osattu tai pystytty varautumaan. Palvelujen riittävyys ja saatavuus on henkilökunnan näkemyksen mukaan merkki siitä, että palvelu on laadultaan oikeanlaista ja riittävän hyvää. Oleellista on, että palvelu on asiakkaille helposti saavutettavissa. Palveluiden saatavuuteen vaikuttaa oleellisena osana työntekijöiden määrä. (Holma 2003, 14.) Johdon tehtävänä on varmistaa, että työntekijöitä on riittävä määrä ja että he omaavat ammatin vaatiman pätevyyden niin asiakaspalveluun kuin terveydenhuoltoon ja hoitoon (Terveydenhuollon laatuopas 2011).

## **7.2 Rooli työyhteisössä ja ammattitaidonkehittämismahdollisuudet koetaan hyväksi**

Terveydenhuoltoalalla työskentelevien koulutuksesta saatu ammattitaito syventyy ja kehittyy jatkuvasti työvuosien ja kokemuksen myötä. Jokaisen työntekijän velvollisuuteen kuitenkin kuuluu kehittää omia taitojaan ja tietojaan jatkuvasti ja johdonmukaisesti osallistumalla ammattitaitoa syventäviin täydennyskoulutuksiin. (Terveydenhuollon laatuopas 2011.) Erilaiset muutokset edellyttävät työyhteisön kaikilta jäseniltä uusien asioiden oppimista ja sen takia henkilökunnan on tärkeää kehittää ja arvioida yhä enemmän tekemäänsä työtä (Metsämuuronen 2014). Vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä saamansa koulutuksen määrään, kun heiltä kysyttiin saavatko he riittävästi itse järjestämäänsä sekä työnantajan järjestämää koulutusta. Kuitenkin 11 % vastasi, että koulutuksia ei ole riittävästi tarjolla tai siihen ei löydy tarpeeksi aikaa suurehkon työmäärän

vuoksi. Henkilöstön ammattitaidon jatkuva ja johdonmukainen kehittäminen ja kouluttaminen sekä hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen ovat keskeisessä osassa terveydenhoitoalalla työskentelyssä. (Terveyspalveluiden toimintakäsikirja 2013).

Sillä, millaiseksi työntekijä kokee oman roolinsa työyhteisössä, on suuri merkitys hänen tekemänsä työn laatuun ja lopputulokseen. Kun ihminen kokee tekevänsä työtä, jota hän itse ja muut arvostavat, hän on myös motivoitunut tekemään työtänsä hyvin ja saavuttamaan tuloksia. (Isoviita & Lahtinen 2001, 62). Henkilökunnalta kysyttiin heidän näkemystään omasta roolistaan työyhteisössä ja selvästi suurin osa (69 %) vastasi kokevansa oman roolinsa tärkeäksi ja merkittäväksi. Vastaajien joukosta löytyi kuitenkin 10 henkilöä, jotka eivät olleet tyytyväisiä tämänhetkiseen rooliinsa. Kun työntekijät ovat tyytyväisiä omaan asemaansa ja rooliinsa työyhteisössä, lisää se koko työyhteisön toimivuutta ja hyvinvointia. Tällä on suuri merkitys siihen, kuinka hyväksi palvelun laatu koetaan. (Holma 2003, 14.)

Kyselyn tuloksista käy ilmi, että henkilöstö on pääosin tyytyväinen yksikkönsä johtamistapaan. Kaikissa palvelutuotantoyksiköissä suurin osa vastasi vaihtoehdon ”osittain samaa mieltä”, kun kysyttiin johdetaanko työyksikköä asiantuntevasti. Ainoastaan Mäntyharjun palvelutuotantoyksikössä suurin osa vastaajista sanoi johtamisen tapahtuvan täysin asiantuntevasti. Hyvän palvelun laadun yhtenä edellytyksenä on hyvä yhteistyö työntekijöiden ja johdon välillä. Jotta yhteistyö toimii odotetulla tavalla, täytyy esimiehen osata toimia kaikissa tilanteissa alaistensa johtajana. (Lämsä & Uusitalo 2002, 138–139.)

### **7.3 Tietämys yksikön omavalvontasuunnitelman sisällöstä ja asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittäminen puutteellista**

Omavalvonnan keskeinen tavoite vanhuspalveluiden henkilöstölle on huolehtia siitä, että asiakkaat saavat tarpeeksi hyvälaatuista palvelua ja palveluun kuuluvat prosessit toimivat halutulla tavalla. Henkilökunnan omavalvonnalla pystytään nopeasti parantamaan palvelun laadun tasoa ja asiakasturvallisuutta. (Partanen 2014.) Omavalvonnalla on näin ollen erittäin suuri merkitys palvelun laadun ylläpitämisen ja kehittämisen kannalta. Henkilökunnalta kysyttiin ovatko he tietoisia oman yksikkönsä omavalvontasuunnitelman sisällöstä ja siitä missä omavalvontasuunnitelma heidän työyksikössään

sijaitsee. Yllättävän suuri osa vastaajista (noin 20 %) ei ollut tietoinen yksikkönsä omavalvontasuunnitelman sisällöstä ja 31 % vastasi tietävänsä sisällön ainoastaan osittain. Omavalvontasuunnitelmaan tulee kirjata pääasiat palvelun tuottajasta, toimipaikan ja johtajan yhteystiedot, kuvaus toiminnasta ja laadunhallinnasta, tiedot henkilökunnasta sekä käytössä olevista tiloista ja laitteista. (Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma 2013).

Potilasturvallisuudessa keskeistä on, että potilas saa hänen terveydellisen tilanteensa vaatimaa oikeanlaista hoitoa. (Potilasturvallisuusopas 2011). Vastaajilta kysyttiin heidän tarjoamansa palvelun laadullisista tavoitteista. Lähes yhtä suuri määrä vastasi tietävänsä palvelun laadulliset tavoitteet täysin tai ainakin osittain. Kuitenkin 4 % vastasi, ettei tiedä, millaiset laadulliset tavoitteet heidän tarjoamalleen palvelulle on asetettu.

Asiakkaalle tulee tehdä henkilökohtainen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Siinä selvitetään asiakkaan sen hetkiset voimavarat, mikä on palvelun/hoivan tai kuntoutuksen päämäärä ja kuinka kotihoito tukee asiakkaan toimintakyvyn ylläpitoa ja selviytymistä kotona. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa selvitetään myös asiakkaan omaisten ja yhteistyötahojen rooli. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014.) Henkilökunnalta kysyttiin useampi kysymys liittyen asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Vastausten perusteella voi päätellä, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen ole kaikissa yksiköissä aivan odotetulla tasolla, sillä 97 (37 %) mukaan tämä toteutuu ainoastaan osittain ja reilut 4 % valitsi vaihtoehdon ”täysin eri mieltä”, kysyttäessä laaditaanko asiakkaille henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma ja kartoitetaanko asiakkaan toimintakyky. Tutkimuksessa kysyttiin myös hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisestä ja asiakkaiden näkemysten kirjaamisesta. Selvästi suurin osa (65 %) vastasi tämän toteutuvan joiltain osin mutta 11 % vastasi, ettei hoito- ja palvelusuunnitelmia ei ole päivitetty, eivätkä ne siis ole ajan tasalla. Kiire nousi esiin suurimpana syynä sille, miksi hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät ole ajan tasalla. Tulosten mukaan asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia noudatetaan vaihtelevasti. Valtaosan (56 %) mukaan suunnitelmia noudatetaan joiltain osin, mutta ei siis täydellisesti.

Asiakkaan tai tarvittaessa myös asiakkaan omaisen kanssa on sovittava hoidon aloittamisesta ja heidän mielipiteensä tulisi ottaa huomioon. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011). Kun asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa, tulee selvittää millai-

nen rooli asiakkaan omaisilla on ja lähiomainen voi olla halutessaan mukana kun hoitosuunnitelmaa laaditaan. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014). Vastaajilta kysyttiin, kuinka hyvin he huomioivat asiakkaiden ja heidän omaisten näkemykset asiakkaan palveluntarpeesta kun asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että asiakkaiden ja heidän omaisten mielipiteitä ja näkemyksiä kuunnellaan ja ne huomioidaan pääsääntöisesti hyvin. Kuitenkin vajaa 6 % vastasi, ettei asiakkaiden näkemyksiä oteta huomioon.

#### **7.4 Eroavaisuuksia henkilökunnan näkemyksissä palvelun ja tuen riittävydestä**

Asiakkaat saapuvat vanhuspalveluiden piiriin palveluohjauksen kautta, jossa asiakkaan palveluidentarve arvioidaan ja hänen senhetkinen toimintakyky kartoitetaan. Siinä selvitetään millaista apua asiakas tarvitsee ja kuinka usein sekä mitä hän pystyy tekemään ilman apua. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014.) Tutkimuksessa kysyttiin henkilökunnan näkemystä siitä, saavatko asiakkaat tarpeeksi palvelua ja tukea heidän palveluntarpeeseensa nähden. Selvästi suurin osa vastaajista (68,5 %) sanoi tämän toteutuvan ainoastaan osittain. Huomattavaa oli, että lähes yhtä moni vastasi palveluiden ja tuen määrän olevan täysin riittävä suhteessa asiakkaiden tarpeisiin, kuin että asiakkaat eivät saa tällä hetkellä tarpeeksi palveluita ja tukea heidän palveluntarpeeseensa nähden.

Henkilökunnalta kysyttiin toteutuuko heidän työyksikössään asiakkaan toimintakykyä tukevaa toimintaa ja enemmistö vastasi myöntävästi, mutta noin 9 % vastasi, ettei heidän työyksikössään tapahdu riittävästi sellaista toimintaa, jolla pystytään ylläpitämään ikäihmisen omaa toimintakykyä. Palveluasumisen ja laitoshoidon lisäksi ikäihmisille tarjotaan kotihoidon palveluita ja ennaltaehkäisevää toimintaa, jolla pyritään edistämään ja ylläpitämään ikäihmisten omaa toimintakykyä, sosiaalisia suhteita ja henkistä vireystilaa. Ikäihmisen omat, senhetkiset voimavarat ovat ennaltaehkäisevässä toiminnassa keskeisessä roolissa ja tavoitteena on lykätä ikäihmisen laitushoitoon joutumista mahdollisimman pitkälle. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi 2014.) Kotihoitopalveluiden tarkoituksena on tukea omassa kodissa asumista ympärivuorokautisesti ohjauksen, neuvonnan, hoidon ja kuntoutuksen avulla. Ikäihmisten omatoimisen elämän tukeminen, kannustaminen omien voimavarojen käyttämiseen on kotihoidon keskeinen tavoite. (Holma 2003, 9.)

Henkilökunnalta kysyttiin, kuinka he voisivat omalla toiminnallaan kehittää ja parantaa vanhushpalvelua ja vastausten perusteella nousi esiin kaksi merkittävintä syytä. Ensimmäisenä painotettiin asiakkaan kanssa vietetyn ajan määrää ja laatua. Työntekijät halusivat enemmän aikaa itse hoitotyölle ja he kokevat, että kiireen vuoksi asiakkaalle ei jää niin paljon aikaa kuin olisi toivottavaa, jotta palvelun laatu pysyisi halutulla tasolla. Painotettiin myös asiakkaan omaisten kanssa säännöllisesti tapahtuvan yhteydenpidon tärkeyttä. Suuri osa ei lähestynyt kysymystä siltä kannalta mitä he itse voisivat tehdä paremmin palvelun kehittämiseksi, vaan vastasivat yleisellä tasolla resurssien lisäämisen. Tärkeäksi koettiin myös työntekijöiden hyvinvoinnin ylläpitäminen ja motivointi. Vastauksista nousi esiin myös positiivisia kommentteja vanhushpalveluiden nykytilasta ja laadun tämänhetkisestä tasosta.

## 7.5 Tutkimuksen luotettavuus

Heikkilän (2004, 186–187) mukaan validiteetilla kuvataan sitä kuinka hyvin on mitattu sitä asiaa, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Kysymykset ovat merkittävässä roolissa mitattaessa validiteettia erityisesti haastatteluissa ja kyselytutkimuksissa. Kysymysten täytyy olla muodoltaan sellaisia, että niillä saadaan vastaus tutkimusongelmaan. Sisäisellä validiteetilla mitataan kuinka hyvin mittaukset vastaavat käsitteitä, joita on käytetty tutkimuksen teoriaosassa. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, pystyvätkö muutkin tutkijat tulkitsemaan tutkimuksen tulokset samalla tavalla. Tutkimuksen reliabiliteetti on kyky tuottaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Sisäistä reliabiliteettia pystytään tulkitsemaan toistamalla mittaus samalla tilastoyksiköllä moneen kertaan ja jos tulos pysyy samana, on mittaus reliabeeli. Jos mittaukset pystytään toistamaan muissakin tilanteissa ja tutkimuksissa, puhutaan tutkimuksen ulkoisesta reliabiliteetista. Jos reliabiliteetti on alhainen, on mittarinkin validiteetti alhainen, mutta reliabiliteetti ei kuitenkaan ole riippuvainen validiudesta.

Tutkijan tulee arvioida tekemänsä tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa otoskoko, jonka on oltava riittävän suuri ja edustava sekä se, että kysymykset kattavat koko käsiteltävän tutkimusongelman ja mittaavat näin ollen oikeita asioita. Vastausprosentin tulee lisäksi olla tarpeeksi korkea. (Heikkilä 2004, 188.)

Tutkimukseni otoskoko oli suurehko, kysely lähetettiin vajaa 600 Mikkelin seudun vanhushpalveluiden työntekijälle ja kyselyyn vastasi yhteensä 260 työntekijää. Lopullinen

vastausprosentti oli noin 46 %. Tutkimuksessa käytetyllä kyselylomakkeella pyrittiin vastaamaan käsiteltävään tutkimusongelmaan ja laatimaan viitekehukseen mahdollisimman tarkasti ja hyvin. Kysely testattiin ennen kuin se lähetettiin, millä parannetaan tutkimuksen luotettavuutta. Kysymykset pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman neutraalisti, jotta kysymyksen muotoilu ei vaikuttaisi siihen, kuinka kysymykseen vastataan. Tulosten analysoimisessa käytin apuna SPSS-ohjelmaa, jossa tein kyselyn vastauksista frekvenssitaulukot (liite 3). Kyselyn avoimet vastaukset litteroin Wordilla. Tuloksia kirjoittaessa käytin apuna SPSS-taulukoita sekä niiden pohjalta tekemiäni Excel-kuvia.

Tekemäni tutkimus on suhteellisen luotettava, sillä vastauksia tuli kohtalaisen hyvin, vaikka kaikki joille kysely lähetettiin, eivät siihen vastanneetkaan. Myös kaikki kyselyyn vastanneet eivät vastanneet aivan jokaiseen kysymykseen, mikä saattaa hieman vaikuttaa tulokseen. Vastausprosentti oli noin 46 %. Kyselylomake oli mielestäni pituudeltaan sopiva, mutta joissain kysymyksissä vastausvaihtoehtoja olisi voinut olla hieman enemmän tai ne olisivat voineet olla muodoltaan erilaisia. En kuitenkaan halunnut, että kyselylomakkeesta tulee liian monimutkainen tai vaikeaselkoinen ja kyselyyn jätettäisiin sen takia vastaamatta. Jos tutkimus tehtäisiin uudelleen, olisivat tulokset todennäköisesti lähellä saamiani tuloksia, sillä otantakoko on selkeästi rajattu. Vastaavallaisia tutkimuksia on tehty vuosien aikana useita erilaisia.

Vanhuspalvelulaki edellyttää keräämään palautetta säännöllisin väliajoin asiakkailta, heidän omaisiltaan sekä henkilökunnalta ja toivoin tämän saavan työntekijöitä vastaamaan kyselyyn. Kaikki kyselystä saadut tulokset käsiteltiin rehellisesti ja puolueettomasti sillä tavoin, että yksittäisten henkilöiden vastaukset eivät erotu tuloksissa.

## **8 LOPUKSI**

Aloitin opinnäytetyön suunnitteluprosessin jo viime marraskuussa kun sain valittua itselleni sopivan aiheen. Käytin paljon aikaa siihen, että suunnittelin viitekehystä päässäni, enkä siis aloittanut kirjoittamisprosessia kuin vasta tammikuun lopulla. Siihen saattoi vaikuttaa myös se, että koin opinnäytetyön niin ”pelottavana” ja sen takia kirjoittamisen aloittaminen viivästyi. Teoriaosuuden kirjoittaminen tuntui ajoittain todella raskaalta ja välillä oli todella vaikeaa saada itsensä kirjoittamaan. Toukokuussa olin jo hyvässä vauhdissa ja sain kyselylomakkeen valmiiksi. Käytin kyselylomakkeen suunnitteluun suhteellisen kauan aikaa, sillä pyrin miettimään tarkkaan, että kyselystä tulee

tarpeeksi kattava, mutta samalla halusin, että kyselystä ei tule liian raskas. Lähetin kyselylomakkeen eteenpäin kuitenkin vasta myöhemmin työntekijöiden kesälomien vuoksi. Ajattelin, että näin saisin enemmän vastauksia kun ihmiset ovat palanneet lomiltaan takaisin töihin. Sain omasta mielestäni vastauksia todella hyvin tai ainakin enemmän kuin itse aluksi odotin. Sen vuoksi aloin hyvillä mielin käymään läpi tuloksia. Opinnäytetyön mielekkäin osuus oli tulosten analysoiminen.

Pysyin mielestäni suhteellisen hyvin aikataulussa, koska tiesin koko ajan, että tulen valmistumaan vasta syksyllä 2014. Loppua kohden alkoi kuitenkin tuntua siltä, että aika ei millään riitä ja opinnäytetyö ei etene millään. Välillä stressi kasvoi niin suureksi, että oli pakko pitää vähän pidempää taukoa kirjoittamisesta. Tuntui ettei ajatus kulje millään ja oli vaikea keskittyä opinnäytetyöhön kaiken muun kiireen keskellä. Onnistuin kuitenkin aina jollain konstilla motivoimaan itseni ja jatkamaan kirjoittamista.

Pidin opinnäytetyöni aihetta todella mielenkiintoisena ja oli mukavaa saada aihe samasta paikasta, jossa suoritin kesän aikana syventävän harjoittelun. Koin aiheen lisäksi todella tärkeäksi ja oli mukavaa tehdä tutkimus, jossa otantakoko oli näinkin suuri. Saatujen tulosten pohjalta saa tietoa vanhuspalveluiden laadun ja riittävyyden tämänhetkisestä tilasta ja niistä näkee millaisissa asioissa voidaan vielä parantaa.

## LÄHTEET

Ala-Nikkola, Merja 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Alkio, Mikko 2011. Terveysten kustannuksella: Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava? Helsinki: WSOY.

Anttila, Pirkko 2014. A. Case-tutkimus. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464144782/1194348546586/1194356433452.html>. Päivitetty 8.6.2014. Luettu 6.8.2014.

Anttila, Pirkko 2014. B. Kvantitatiivisen analyysin perusteet. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289328583/1194289824724.html>. Päivitetty 8.6.2014. Luettu 6.8.2014.

Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut). Päivitetty 29.12.2011. Luettu 20.4.2014.

Eräsalo, Ulla 2011. Palvelu ammattina. Vantaa: Hansaprint Direct Oy.

Ekroos, Vesa 2004. Terveystenhuollon palvelutuotanto. Helsinki: Talentum.

Sauerwein, Elmar & Bailom, Franz ym. 1996. Department of Management, University of Innsbruck. PDF-dokumentti. [http://faculty.kfupm.edu.sa/CEM/bushait/CEM\\_515-082/kano/kano-model2.pdf](http://faculty.kfupm.edu.sa/CEM/bushait/CEM_515-082/kano/kano-model2.pdf). Päivitetty 23.2.1996. Luettu 15.7.2014.

Grönroos, Christian & Järvinen, Raija 2001. Palvelut ja asiakassuhteet markkinoinnin polttopisteessä. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heinola, Reija 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Holma, Tupu 2003. Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Ikäihmisten palveluopas. 2013. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Ikaihminen\\_palveluopas\\_2013%281%29.pdf](http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Ikaihminen_palveluopas_2013%281%29.pdf). Päivitetty 5/2013. Luettu 1.4.2014.

Isosaari, Ulla 2004. Perusterveydenhuolto koetuksella. Helsinki: Suomen kuntaliitto.



Isoviita, Antti & Lahtinen, Jukka 2001. Asiakaspalvelun ja markkinoinnin perusteet. Tampere: Avaintulos.

Kinnunen, Ritva 2003. Palvelujen suunnittelu. Helsinki: WSOY.

Lämsä, Anna-Maija & Uusitalo, Outi 2002. Palvelujen markkinointi esimiestyön haasteena. Helsinki: Edita Prima Oy.

Metsämuuronen, Jari 2014. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? WWW-dokumentti. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/SOTEKELR.htm>. Ei päivitystietoja. Luettu 10.7.2014.

Mikkelin seudun perhepalveluiden toimintakäsikirja 2013. Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Perhepalveluiden\\_toimintakirja.pdf](http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Perhepalveluiden_toimintakirja.pdf). Päivitetty 12.12.2013. Luettu 28.7.2014.

Mikkelin seudun psykososiaalisten palveluiden käsikirja 2014. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Psykososiaalisten\\_palveluiden\\_toimintakirja\\_2014\\_LOPULLINEN.pdf](http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Psykososiaalisten_palveluiden_toimintakirja_2014_LOPULLINEN.pdf). Päivitetty 12.12.2013. Luettu 29.7.2014.

Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen organisaatio 2013. Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Seutusoten\\_organisaatio\\_2013.pdf](http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Seutusoten_organisaatio_2013.pdf). Päivitetty 2013. Luettu 19.8.2014

Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja. 2014. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mikkelinseutusote.fi/files/VAPA\\_toimintakirja\\_2014\(1\).pdf](http://www.mikkelinseutusote.fi/files/VAPA_toimintakirja_2014(1).pdf). Päivitetty 12.12.2013. Luettu 1.4.2014.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi 2014. WWW-dokumentti. <http://www.mikkelinseutusote.fi/ensineuvo/etusivu>. Ei päivitystietoja. Luettu 1.4.2014.

Millaista asiakaskokemusta asiakaspalvelunne luo 2014. Questback. WWW-dokumentti. <http://www.questback.com/fi/asiakaspalvelun-laadun-mittaaminen>. Ei päivitystietoja. Luettu 22.6.2014.

Mäntyranta, Taina ym. 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Helsinki: Duodecim.

Palvelujen menot ja rahoitus 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). WWW-dokumentti. [http://www.stm.fi/stm/toiminta\\_ja\\_talous/palvelujen\\_menot](http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot). Päivitetty 20.9.2011. Luettu 22.7.2014.

Partanen, Marja-Liisa 2014. Omavalvonnalla voidaan parantaa vanhustenhuollon tilaa. Valvira. WWW-dokumentti. [http://www.valvira.fi/valvira/valvojan\\_vinkkelista/omavalvonnalla\\_voidaan\\_parantaa\\_vanhustenhuollon\\_tilaa](http://www.valvira.fi/valvira/valvojan_vinkkelista/omavalvonnalla_voidaan_parantaa_vanhustenhuollon_tilaa). Päivitetty 16.6.2014. Luettu 22.9.2014.

Pelkonen Marjaana, 2013. Tuleva oppilas- ja opiskelijahuoltolaki pähkinänkuoressa. STM. PDF-dokumentti.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9741004&name=DLFE-28306.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9741004&name=DLFE-28306.pdf). Päivitetty 12.12.2013. Luettu 28.7.2014.

Pisto, Ahti 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskus myllerryksessä – mitä uutta tulossa? Satakunnan sairaanhoitopiirin ky. PDF-dokumentti.  
[http://ssty.fi/download/Luennot/20130206\\_Sairaalatekniikka\\_APisto\\_monistukseen.pdf](http://ssty.fi/download/Luennot/20130206_Sairaalatekniikka_APisto_monistukseen.pdf). Päivitetty 6.2.2013. Luettu 26.6.2014.

Pitkänen, Raimo 2006. Parasta palvelua – Miten onnistut asiakkaan kohtaamisessa. Juva: WS Bookwell Oy.

Potilasturvallisuusopas 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus myllerryksessä – mitä uutta tulossa? Satakunnan sairaanhoitopiirin ky. PDF-dokumentti.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>. Päivitetty 26.9.2011. Luettu 22.8.2014.

Rautalahti, Katariina 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelmat. PDF-dokumentti. <http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/VALO%20sote%20JOHDANTO.pdf>. Päivitetty 31.1.2012. Luettu 22.8.2014

Rissanen, Tapio 2006. Hyvän palvelun kehittäminen. Vaasa: Pohjantähti Polestar Ltd.

Räsänen, Henrik 2009. Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät. HAMK. PDF-dokumentti.  
[http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/menetelmat/Documents/4\\_Kvalitatiiviset\\_tutkimusmenetelmaet.pdf](http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/menetelmat/Documents/4_Kvalitatiiviset_tutkimusmenetelmaet.pdf). Päivitetty 10.9.2009. Luettu 6.8.2014.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2014. Tapaustutkimus. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. WWW-dokumentti. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5\\_5.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_5.html). Päivitetty 8.6.2014. Luettu 6.8.2014.

Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY Opimateriaalit Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen hallinnon ala 2012. STM. PDF-dokumentti.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2842823&name=DLFE-17409.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2842823&name=DLFE-17409.pdf). Päivitetty 13.1.2012. Luettu 22.9.2014.

Sosiaali- ja terveystoimen organisaatio 2014. Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Organisaatio\\_2014.pdf](http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Organisaatio_2014.pdf). Päivitetty 2014. Luettu 19.8.2014

Sosiaalimenot ja rahoitus 2012, 2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus myllerryksessä – mitä uutta tulossa? Satakunnan sairaanhoitopiirin ky. WWW-dokumentti.

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/sosiaalihuollon-menot-ja-rahoitus>. Päivitetty 24.6.2014. Luettu 22.7.2014.

Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma 2013. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mantylharju.fi/tiedostot/vanhuspalvelu/Oma-valvontasuunnitelma,\\_kotihoito\\_Mantylharju.pdf](http://www.mantylharju.fi/tiedostot/vanhuspalvelu/Oma-valvontasuunnitelma,_kotihoito_Mantylharju.pdf). Päivitetty 27.12.2013. Luettu 20.9.2014

Suosittelun johtaminen ja Net Promoter Score 2012. Asiakkuusmarkkinointiliitto. PDF-dokumentti. <http://www.asml.fi/wp-content/uploads/Suosittelun-johtaminen-ja-Net-Promoter-Score.pdf>. Päivitetty 27.12.2012. Luettu 20.8.2014.

Terveydenhuollon laatuopas 2011. Kuntaliitto. PDF-dokumentti. [http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon\\_laatuopas.pdf](http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf). Päivitetty 23.9.2011. Luettu 20.8.2014.

Terveydenhuollon luvat, valvonta ja niihin liittyvä ohjaus 2014. Valvira. WWW-dokumentti. [http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto). Ei päivitystietoja. Luettu 20.8.2014.

Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2012, 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).PDF-dokumentti. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116014/Tr07\\_14.pdf?sequence=5](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116014/Tr07_14.pdf?sequence=5). Päivitetty 2014. Luettu 22.7.2014.

Terveydenhuolto Suomessa 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511570&name=DLFE-26716.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511570&name=DLFE-26716.pdf). Päivitetty 2013. Luettu 1.7.2014.

Terveyspalvelujen käsikirja 2013. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. <http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Terveyspalvelut%281%29.pdf>. Päivitetty 3.5.2013. Luettu 10.10.2014.

Terveyspalveluiden toimintakäsikirja 2013. Mikkelin sosiaali- ja terveystoimi. PDF-dokumentti. [http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Terveyspalveluiden\\_toimintakäsikirja.pdf](http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Terveyspalveluiden_toimintakäsikirja.pdf). Päivitetty 21.1.2014. Luettu 11.6.2014.

Terveyspalvelut. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut). Päivitetty 2.4.2014. Luettu 10.7.2014.

Tirkkonen Terho 2014. Palvelun laatu, määritelmä, mittaaminen ja kehittäminen. WWW-dokumentti. <http://terhotirkkonen.wordpress.com/2014/04/29/palvelun-laatu-maaritelma-mittaaminen-ja-kehittaminen/>. Päivitetty 29.4.2014. Luettu 22.6.2014.

Tuomivaara, Timo 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. PDF-dokumentti. <http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>. Päivitetty 7.12.2004. Luettu 6.8.2014.

Uusi sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitus- ja ohjausjärjestelmä 2014. Sitra. WWW-dokumentti. <http://www.sitra.fi/yhteiskunta/sote-palveluiden-rahoitus>. Ei päivitystietoja. Luettu 25.7.2014.

Vanhuspalvelulaki 980/2012 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26865.pdf). Päivitetty 28.6.2013. Luettu 20.8.2014

Vanhusten palveluasuminen. 2010. Helsingin seutu. WWW-dokumentti.  
<http://www.helsingin-seutu.fi/hki/HS/Selkosivut/Selkosivut/Apua+arjessa/Asuminen/Vanhusten+palveluasuminen>. Päivitetty . Luettu 20.4.2014.

Virnes, Eevaliisa 2014. Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhushpalvelujen omavalvonta-suunnitelman sisältöä, laatimista ja seuranta koskeva määräys ja siihen liittyvä ohje. Valvira. WWW-dokumentti.  
<http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausunnot/lausunnot/2014/Sivut/2014-05-16-valviran-m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4ys-ja-ohje-omavalvonta-suunnitelmasta.aspx>. Päivitetty 16.5.2014. Luettu 23.9.2014.

Voutilainen, Päivi ym. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Vuori, Jari 2005. Terveys ja johtaminen. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Hei,

Ohessa vanhuspalvelulain mukainen kysely (6§), johon toivotaan henkilökunnan vastaavan. Lain mukaan kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta kunnan henkilöstöltä. Tulokset julkaistaan vuosittain. Tämän ensimmäisen kyselyn käsittelen opinnäytetyönäni ja raportti tulee luettavaksi henkilöstölle syksyn 2014 aikana. Kyselyyn vastausaikaa 2.9.2014 asti.

Välittäisittekö henkilöstölle kyselyn, kiitos!

Terveisin,

Anna Sepponen

Tämän linkin kautta pääsette suoraan kyselyyn.

<https://www.webpolsurveys.com/S/500172BBF1BDB8A4.par>

Hei,

Kiitos kaikille henkilökunnan kyselyyn jo vastanneille! Vastaattehan kyselyyn, jos ette ole vielä siihen vastanneet. Kysely on auki 2.9.2014 asti.

Viestin lopussa on linkki kyselyyn.

Kiitos!

Anna Sepponen

<https://www.webropolsurveys.com/S/500172BBF1BDB8A4.par>

## **Henkilökunnan kysely palvelun laadusta ja riittävydestä**

Palvelujen riittävyyden ja laadun arvioinnin pohjaksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palvelujen käyttäjiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Tällä kyselyllä kartoitamme työntekijöidemme mielipiteitä ja kokemuksia palvelun laadusta ja riittävydestä. Kysely uusitaan vuosittain ns. vanhuspalvelulain (palvelujen riittävyyden ja laadun arviointi 6§) mukaisesti, joten kyselyyn vastaaminen on tärkeää.

### TAUSTATIEDOT

#### **1. Kuinka pitkään olet työskennellyt organisaatiossa?**

- Vähemmän kuin yhden (1) vuoden
- 1 - 5 vuotta
- 6 - 10 vuotta
- Enemmän kuin kymmenen (10) vuotta

#### **2. Työyksikkö jossa työskentelen**

Hierarchical questions are not supported in export to word.

#### **3. Nykyinen tehtävänkuvani vastaa tehtävänkuvaani/ koulutustani**

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**4. Päivittäinen työaikani riittää määrättyjen työtehtävien hoitamiseen**

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**5. Jos vastasit edelliseen kysymykseen "osittain samaa mieltä" tai "täysin eri mieltä", millaisia tehtäviä jää kokonaan/ osittain hoitamatta?**

---

---

---

---

---

**6. Hallinnolliset tehtävät (esim. kokoukset) vievät liiaksi aikaa hoitotyöltä**

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**7. Työvuoroissa on riittävästi työntekijöitä asiakkaita/ palvelun tarvetta kohden**

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä



**8.** Saan riittävästi itse hankkimaani sekä työnantajan järjestämää koulutusta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**9.** Koen roolini työyhteisössä tarpeelliseksi ja merkittäväksi

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**10.** Yksikköäni johdetaan asiantuntevasti

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**11.** Tiedän yksikköni omavalvontasuunnitelman sisällön ja tiedän mistä asiakirja yksikössäni löytyy

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

#### VANHUSLAIN § 6 PALVELUJEN LAADUN ARVIOINTI

**12.** Tiedän tarjoamamme palvelun laadulliset tavoitteet

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**13.** Vanhustenpalvelu on laadukasta ja se turvaa hyvän hoidon ja huolenpidon

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**14.** Miten itse kehittäisit palvelua?

---

---

---

---

---

---

**15.** Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma on ajan tasalla ja asiakkaan näkemykset on kirjattu

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**16.** Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja hänelle tehdään henkilökohtainen palvelu- ja hoitosuunnitelma

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**17.** Asiakkaalle laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa noudatetaan

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**18.** Asiakkaan/ asiakkaan omaisen näkemys palveluntarpeesta otetaan huomioon

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**19.** Asiakas saa tarpeisiinsa nähden riittävästi palvelua ja tukea

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Täysin eri mieltä

**20.** Työssäni toteutuu asiakkaan toimintakykyä tukeva ja ylläpitävää toimintaa

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä

Täysin eri mieltä

**21.** Mitä muuta haluaisit sanoa vanhuspalvelun laadusta ja sen kehittämisestä

---

---

---

---

---

---

## Työvuosien määrä

	Lukumäärä	Prosenttia
Alle vuosi	15	5,8
1-5 vuotta	88	33,8
6-10 vuotta	43	16,5
Yli 10 vuotta	114	43,8
Yhteensä	260	100,0

	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Mikkelin palvelutuotantoyksikkö	168	64,6	65,4
Pertunmaan palvelutuotantoyksikkö	18	6,9	7,0
Mäntyharjun palvelutuotantoyksikkö	30	11,5	11,7
Kangasniemen palvelutuotantoyksikkö	41	15,8	16,0
Vastanneita	257	98,8	100,0
Ei vastausta	3	1,2	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

## Työnkuva vastaa koulutusta

	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	161	61,9	62,2
Osittain samaa mieltä	89	34,2	34,4
Täysin eri mieltä	9	3,5	3,5
Vastanneita	259	99,6	100,0
Ei vastausta	1	,4	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Työaika riittää työtehtävien hoitamiseen			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	101	38,8	39,0
Osittain samaa mieltä	126	48,5	48,6
Täysin eri mieltä	32	12,3	12,4
Vastanneita	259	99,6	100,0
Ei vastausta	1	,4	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Hallinnolliset tehtävät vievät liikaa aikaa hoitotyöltä			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	26	10,0	10,1
Osittain samaa mieltä	115	44,2	44,6
Täysin eri mieltä	117	45,0	45,3
Vastanneita	258	99,2	100,0
Ei vastausta	2	,8	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Työvuoroissa on riittävästi henkilökuntaa asiakkaita kohden			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	29	11,2	11,2
Osittain samaa mieltä	144	55,4	55,6
Täysin eri mieltä	86	33,1	33,2
Vastanneita	259	99,6	100,0
Ei vastausta	1	,4	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Saan riittävästi itse/työnantajan järjestämää koulutusta			
	Lukumäärä	Prosenttia kai- kista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	112	43,1	43,2
Osittain samaa mieltä	118	45,4	45,6
Täysin eri mieltä	29	11,2	11,2
Vastanneita	259	99,6	100,0
Ei vastausta	1	,4	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Koen roolini työyhteisössä tarpeelliseksi			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	180	69,2	69,8
Osittain samaa mieltä	68	26,2	26,4
Täysin eri mieltä	10	3,8	3,9
Vastanneita	258	99,2	100,0
Ei vastausta	2	,8	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Yksikköäni johdetaan asianmukaisesti			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	91	35,0	35,3
Osittain samaa mieltä	145	55,8	56,2
Täysin eri mieltä	22	8,5	8,5
Vastanneita	258	99,2	100,0
Ei vastausta	2	,8	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Tiedän yksikköni omavalvontasuunnitelman sisällön			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	124	47,7	48,4
Osittain samaa mieltä	81	31,2	31,6
Täysin eri mieltä	51	19,6	19,9
Vastanneita	256	98,5	100,0
Ei vastausta	4	1,5	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Tiedän palvelumme laadulliset tavoitteet			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	131	50,4	51,2
Osittain samaa mieltä	114	43,8	44,5
Täysin eri mieltä	11	4,2	4,3
Vastanneita	256	98,5	100,0
Ei vastausta	4	1,5	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Palvelu on laadukasta/ turvaa hyvän hoidon ja huolenpidon			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	63	24,2	24,3
Osittain samaa mieltä	152	58,5	58,7
Täysin eri mieltä	44	16,9	17,0
Vastanneita	259	99,6	100,0
Ei vastausta	1	,4	
Kaikki yhteensä	260	100,0	



Hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat ajan tasalla			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	58	22,3	22,6
Osittain samaa mieltä	170	65,4	66,1
Täysin eri mieltä	29	11,2	11,3
Vastanneita	257	98,8	100,0
Ei vastausta	3	1,2	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Toimintakyky arvioidaan ja tehdään henk.koht. hoito- ja palv.suunnitelma			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	148	56,9	57,6
Osittain samaa mieltä	97	37,3	37,7
Täysin eri mieltä	12	4,6	4,7
Vastanneita	257	98,8	100,0
Ei vastausta	3	1,2	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Hoito- ja palvelusuunnitelmia noudatetaan			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	94	36,2	36,9
Osittain samaa mieltä	145	55,8	56,9
Täysin eri mieltä	16	6,2	6,3
Vastanneita	255	98,1	100,0
Ei vastausta	5	1,9	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Asiakkaan/omaisen näkemykset palveluntarpeesta otetaan huomioon			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	100	38,5	39,2
Osittain samaa mieltä	140	53,8	54,9
Täysin eri mieltä	15	5,8	5,9
Vastanneita	255	98,1	100,0
Ei vastausta	5	1,9	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Asiakas saa riittävästi palvelua/tukea			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	42	16,2	16,3
Osittain samaa mieltä	178	68,5	69,3
Täysin eri mieltä	37	14,2	14,4
Vastanneita	257	98,8	100,0
Ei vastausta	3	1,2	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

Toteutetaan asiakkaan toimitakykyä tukevaa/ylläpitävää toimintaa			
	Lukumäärä	Prosenttia kaikista	Prosenttia vastanneista
Täysin samaa mieltä	109	41,9	42,4
Osittain samaa mieltä	124	47,7	48,2
Täysin eri mieltä	24	9,2	9,3
Vastanneita	257	98,8	100,0
Ei vastausta	3	1,2	
Kaikki yhteensä	260	100,0	

**LIITE 4.**

**Työajan riittävyys eri työyksiköissä**

			Työaika riittää työtehtävien hoitamiseen			Työyksikkö yhteensä
			Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin eri mieltä	
Työyksikkö	Mikkeli	Lukumäärä	58	82	27	167
		% yksikön sisällä	34,7 %	49,1 %	16,2 %	100,0 %
	Pertunmaa	Lukumäärä	6	11	1	18
		% yksikön sisällä	33,3 %	61,1 %	5,6 %	100,0 %
	Mäntyharju	Lukumäärä	12	18	0	30
		% yksikön sisällä	40,0 %	60,0 %	0,0 %	100,0 %
	Kangasniemi	Lukumäärä	24	13	4	41
		% yksikön sisällä	58,5 %	31,7 %	9,8 %	100,0 %
Kaikki yhteensä		Lukumäärä	100	124	32	256
		% työyksikön sisällä	39,1 %	48,4 %	12,5 %	100,0 %

## Henkilöstön riittävyys eri työyksiköissä

			Työvuoroissa on riittävästi henkilöuntaa asiakkaita kohden			Yksikkö yhteensä
			Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin eri mieltä	
Työyksikkö	Mikkeli	Lukumäärä	15	87	66	168
		% yksikön sisällä	8,9 %	51,8 %	39,3 %	100,0 %
	Pertunmaa	Lukumäärä	3	10	5	18
		% yksikön sisällä	16,7 %	55,6 %	27,8 %	100,0 %
	Mäntyharju	Lukumäärä	2	19	9	30
		% yksikön sisällä	6,7 %	63,3 %	30,0 %	100,0 %
Kangasniemi	Lukumäärä	8	26	6	40	
	% yksikön sisällä	20,0 %	65,0 %	15,0 %	100,0 %	
Kaikki yhteensä		Lukumäärä	28	142	86	256
		% yksikön sisällä	10,9 %	55,5 %	33,6 %	100,0 %