



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ketä kiinnostaa? Kotihoidon asiakkaan ääni tieteellisissä julkaisuissa 2005-2015

Kyösti Nevalainen & Artur Sarelainen

2016 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Laurea-ammattikorkeakoulu

Ketä kiinnostaa? Kotihoidon asiakkaan ääni tieteellisissä julkaisuissa 2005-2015

Kyösti Nevalainen & Artur Sarelainen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu 2016

Kyösti Nevalainen & Artur Sarelainen

Ketä kiinnostaa?

Kotihoidon asiakkaan ääni tieteellisissä julkaisuissa 2005-2015

Vuosi 2016 Sivumäärä 34

Opinnäytetyön oli tarkoitus selvittää, millaista tutkimustietoa kotihoidon asiakkaiden asiakaskokemuksista on saatavilla sekä millaisia päätelmiä niistä on tehty. Tavoitteena oli antaa kotihoidon työntekijöille, asiakkaille ja opiskelijoille tietoa siitä, millaisena kotihoidon asiakkaat kokevat saamansa palvelun. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon tarjoamien palveluiden kehittämisessä sekä kohdentamisessa vastaamaan paremmin asiakkaiden ilmaismia tarpeita.

Tutkimusaineisto kotihoidon asiakaskokemuksista oli pirstaleista, joten tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka sopi tutkimusaineiston vertailuun hyvin. Aineisto koottiin vuosina 2005-2015 tehdyistä vähintään pro gradu -tasoisista tutkimuksista. Kotihoidon asiakkaat olivat yleisesti tyytyväisiä saamiensa kotihoidon palveluiden laatuun ja saatavuuteen, mutta he kokivat palvelussa myös selviä puutteita, kuten ongelmat tarpeiden tunnistamisessa, mielipiteiden sivuuttaminen sekä voimavarojen hyödyntämättä ja huomioimatta jättäminen. Kotihoidon palvelu vastaa hyvin asiakkaiden fyysisiin tarpeisiin, mutta henkilökunnan tulee käydä asiakkaiden kanssa toistuvasti keskustelua myös heidän arvoistaan, tunteistaan ja näkemyksistään. Näin saatua informaatiota hyödyntämällä asiakkaille voidaan antaa yksilöllistä ja laadukasta hoitoa ja hoivaa, joka vastaa myös asiakkaiden sosiaalisiin, psyykkisiin ja hengellisiin tarpeisiin.

Asiasanat: Asiakaskokemus, asiakaspalvelu, osallistaminen, kotihoito, sote-uudistus

Kyösti Nevalainen & Artur Sarelainen

Who Cares? - Home Care customer review, scientific studies 2005-2015

Year	2016	Pages	34
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to examine research papers on the clients using district nursing services as well as the conclusions that have been made upon the results. The aim of the study is to inform the nursing staff, students and clients about the services and how they were experienced. The results can be used to develop the services and to satisfy the needs of the clients

This thesis is a descriptive literature review based on customer feedback. The feedback was gathered in the years 2005-2015. Despite the positive feedback the results show that the clients had experienced issues such as the inability to identify their needs, ignoring of opinions and leaving their resources unnoticed and unused. It was found that the physical needs were well met, although the clients had a need to talk more about their feelings, their opinions and things they valued most. In order to provide individual and high-quality care it is important to understand the client and to be able to cover their physical, social, mental and spiritual needs.

Keywords: Client experience, client service, participation, district nursing, Sote reform in Finland

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön metodit	8
	2.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys.....	8
	2.2 Aineisto ja tiedonkeruumenetelmät	8
3	Kotihoidon asiakaskokemukset	10
4	Tulokset.....	21
5	Pohdinta	26
	5.1 Eettisyys	26
	5.2 Luotettavuus	27
	5.3 Keskeisten tulosten tarkastelu.....	28
	5.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	29
	Lähteet.....	31

1 Johdanto

Väestön ikääntymisestä johtuva hoitotarpeen kasvu on yksi Suomen sosiaali- ja terveyshuollon merkittävimmistä haasteista. Väestön ikärakenteen muutoksen ja siitä seuraavan palvelutarpeen kasvun kustannusvaikutukset julkiselle taloudelle ovat merkittävät. Onkin jo pitkään katsottu välttämättömäksi, että avohoidon osuutta annettavasta hoidosta lisätään samaan aikaan kun laitoshoidon osuutta vastaavasti vähennetään. Kotihoidon kehittäminen on myös yksi istuvan hallituksen kärkihankkeista, ja sen edistämiseksi on meneillään toimenpideohjelma, jossa kotihoidon toimintamalleja kehitetään ja mallinnetaan ja jonka lopputuloksena halutaan asiakaslähtöinen sekä kustannusvaikuttava yhteen sovitettujen palvelujen kokonaisuus (Ratkaisujen Suomi, hallitusohjelma 2015, 21). Toimivaksi osoittautuvien uusien kotihoidon toimintamallien on tarkoitus olla käytössä valtakunnallisesti vuoden 2019 alusta alkaen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11, 13-15; Tammi 2015, 317.)

Vanhenevan väestön, kehittyvän lainsäädännön ja rajallisten taloudellisten resurssien ohjaamina myös kunnat ovat jo 1980-luvulta saakka pyrkineet lisäämään avopalvelujen, kuten kotihoidon, osuutta ja vähentäneet samalla pitkäaikaishoidon laitospaikkojen määrää. Jos tavoite on ollut kalliin laitoshoidon vähentäminen, siihen on myös päästy: Vuonna 1986 75 vuotta täyttäneistä pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 15 prosenttia ikäryhmästä, kun vuonna 2013 vastaava lukema oli 3,1 prosenttia (Tammi 2015, 317). Lääketieteen, terveydenhuollon ja teknologian kehittyminen sekä parantuneet elinolosuhteet ovat osatekijöitä mahdollistamassa toteutunutta kehitystä.

Nyt suunnitteluvaiheessa oleva sote-uudistus tulee mullistamaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon. Uudistuksessa perustetaan 18 maakuntaa ja valmistellaan maakuntalaki, joka sisältää muun muassa uuden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain. Kyseisessä laissa annetaan vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä perustettaville maakunnille. Uudistuksen lopullisia vaikutuksia on mahdotonta arvioida etukäteen luotettavasti, varsinkin kun sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltava hanke on vielä keskeneräinen, mutta joitakin ennakoarvioita voidaan esittää. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arviointiryhmä esitti sote-raportissaan (12/2016), että valmisteilla oleva lakiluonnos tarjoaa nykyistä paremmat edellytykset toteuttaa rakenteellisia uudistuksia sosiaali- ja terveyspalveluihin ja uudistus mahdollistaa pitkällä aikavälillä kansalaisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen. Ryhmä myös arvioi, että sote-uudistuksen menestyksellinen toteuttaminen edellyttää palvelujen järjestäjiltä eli maakunnilta osaamista, jota niillä ei välttämättä vielä ole. Sote-uudistus tulee vapauttamaan sosiaali- ja terveysalan kilpailua, jolloin kyky palvella asiakasta ja tuottaa positiivisia asiakaskokemuksia nousee merkittäväksi kilpailutekijäksi. Kuntien ja kuntayhtymien tarjoaman kotihoidon ei totisesti ole tarvinnut pyrkiä huolehtimaan asiakassuhteen pysyvyydestä, ja

pahimmillaan onkin käynyt niin, että asiakkaan ääntä ei ole kuunneltu, koska siihen ei ole koettu olevan tarvetta tai kiinnostusta. Vapautuvan kilpailun myötä asiakkaan asemaan on kuitenkin tulossa muutos. (THL:n raportti 12/2016, 8-11.)

Kotihoidon tarkoitus on tukea ja auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Asiakkaan tarve kotona tarjottavalle hoidolle siis oikeuttaa kotihoidon olemassaolon. Valtionhallinnon julki lausutuissa arvoissa mainitaan, että julkinen toiminta on pohjimmiltaan kansalaisten eduksi toimimista kansalaisten valtuutuksella ja kansalaisten varoilla. Samassa yhteydessä mainitaan valtion henkilöstöpolitiikan linjaksi ja toiminnan arvoiksi muun muassa tuloksellisuus, avoimuus, laatu, luottamus, palveluperiaate ja vastuullisuus. (Valtiovarainministeriö 2016.)

Hoitotyön johtamisessa asiakaskokemuksen merkityksen ymmärtäminen sekä asiakaskokemuksen mittaaminen ja johtaminen tarjoavat mahdollisuuden rakentaa asiakkaille laadukkaita, asiakkaan tarpeisiin sopivia palveluita sekä tarjota kotihoidon työntekijöille koulutusta, joka mahdollistaa positiivisen asiakaskokemuksen tuottamisen. Hoitotyön koulutuksessa puolestaan voidaan asiakaskokemuksista oppimalla antaa alan opiskelijoille valmiudet kohdata haasteita, jotka tulevat vastaan työelämässä asiakaskokemuksen merkityksen korostuessa ja asiakkaiden asettamien vaatimusten kasvaessa. Asiakaskokemuksen merkityksestä sekä palvelualan nopeasta murroksesta kertoo jotain se, että perinteisesti kankeana, byrokraattisena ja sulkeutuneena sekä kansalaisista etäännyneenä tunnettu Kansaneläkelaitos eli Kela (Hellsten 2004, 12) on ottanut vuosien 2017-2020 strategiansa ensimmäiseksi tavoitteeksi erinomaisen asiakaskokemuksen tarjoamisen. Tähän tarvitaan asiakaskokemuksista oppimista eli asiakasymmärrystä sekä kunkin asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioimista ja niihin vastaamista. Se hyvä, mitä kotihoidon asiakas saa kotihoidon toimijoiden ottaessa oppia asiakaskokemuksista, on asiakkaan tarpeisiin vastaava ja laadukas palvelu. (Kelan strategia 2017-2020.)

Kotihoidon työntekijälle asiakkaiden kokemus saamastaan palvelusta ja tuon kokemuksen ymmärtäminen on monella tapaa merkityksellistä. Asiakasymmärrystä ja asiakaskokemusta kehittämällä asiakkaiden tyytyväisyys hoidon laatuun kasvaa ja asiakkaan sitoutuneisuus saamaansa hoitoon ja hoitoa tarjoavaan organisaatioon paranee. Tämä puolestaan helpottaa kotihoidon työntekijän työtä sekä antaa hänelle paremmat mahdollisuudet keskittyä työnsä merkityksellisyttä tuottaviin asioihin, kuten itsensä toteuttamiseen työn kautta sekä asiakkaan kohtaamiseen, hoitoon ja hoivaan. Parhaimmillaan asiakkaan ja kotihoidon työntekijän välinen kohtaaminen johtaa - molempien ollessa läsnä kulloinkin käsillä olevassa hetkessä - hoivayhteyden eli tunteiden läsnäolon mahdollistavan välittävän vuorovaikutuksen muodostumiseen (Martela 2012, 17).

2 Opinnäytetyön metodit

2.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millaista tutkimustietoa kotihoidon palveluiden asiakaskokemuksista on olemassa sekä millaisia päätelmiä asiakaskokemuksista on tehty aiemmissa tutkimuksissa.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa kotihoidon parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan työntekijöille, alan opiskelijoille ja asiakkaiden omaisille informaatiota siitä, miten kotihoidon tarjoamien palvelujen laatua voidaan kehittää ja kohdentaa vastaamaan paremmin asiakkaiden ilmaisemia tarpeita.

Opinnäytetyössä etsitään vastausta tutkimuskysymykseen: Millaisena kotihoidon asiakkaat kokevat saamansa palvelun? Vastausten etsinnässä käytetään neljää apukysymystä: Millaisena asiakas kokee sen, että kotihoidon palvelu tuotetaan hänen omassa kodissaan? Millaisena kotihoidon asiakas kokee saamansa palvelun laadun? Millaisia kokemuksia asiakkaalla on vuorovaikutuksesta kotihoidon työntekijöiden kanssa? Millaisena asiakas kokee saamansa avun riittävyyden?

2.2 Aineisto ja tiedonkeruumenetelmät

Opinnäytetyön aineistoksi valittiin vuosina 2005-2015 tehtyjä, vähintään pro gradu -tasoisia tutkimuksia ja tutkielmia, joiden sisältö tai merkittävä osa sisällöstä koostui kotihoidon asiakailta kerätyistä asiakaskokemuksista. Rajaukseen päädyttiin, koska kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon integraatiokehitys oli jo pitkällä vuonna 2005, mutta toisaalta riittävän tutkimusaineiston saaminen mukaan opinnäytetyöhön vaati tutkimusten kokoamista suhteellisen pitkältä aikaväliltä. Kotihoidon toimintaympäristössä tai lainsäädännössä ei myöskään ole tuona aikana tapahtunut merkittäviä muutoksia, joten tulokset ovat sovellettavissa hyvin tähän päivään.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, sillä aiheesta löydetty tutkimusaineisto on kirjavaa ja pirstaleista kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta, jonka vertailu on haastavaa muilla käytettävissä olevilla tutkimusmenetelmillä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja antaa sen perusteella kuvailevan, laadullisen vastauksen. Tämä sopii asiakaskokemusta käsittelevään opinnäytetyöhön erinomaisesti, sillä asiakkaan kokemus saamastaan palvelusta on aina subjektiivinen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat 1. Tutkimuskysymyksen muodostaminen, joka käsiteltiin tässä opinnäytetyössä otsikolla 3.1 tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. 2. Aineiston valitseminen, jota varten käytiin

läpi vuosilta 2005-2015 löytyviä tutkimuksia kotihoidon asiakaskokemuksista ja tehtiin tarvittavat rajaukset löytyneen materiaalin laadun ja määrän perusteella. 3. Kuvailun rakentaminen sisältöä analysoimalla ja 4.) tuloksen tarkasteleminen suhteessa opinnäytetyön kontekstiin. Luonteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen pyrkivää aineiston kuvausta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2012, 291-292.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on tieteellisiä periaatteita noudattava itsenäinen tutkimusmenetelmä, ja opinnäytetyössä kuvataan kotihoidon asiakaskokemuksia kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoja käyttäen rajatusti, jäsenetysti ja perustellusti. Näin tuotetaan aiempaan tietoon perustuvaa kumulatiivista tietoa kotihoidon asiakaskokemuksista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vahvuus on ehkä ainoana tutkimusmenetelmänä kyetä vastaamaan käsitteellisiin tai historiallisiin ilmiöihin, joissa keskiössä ei ole ilmiön yleisyys tai näytön aste. Tämän vuoksi menetelmää on käytetty paljon, ja siksi se valikoitui myös tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi. (Kangasniemi ym. 2012, 293.)

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan sitä, millaista keskustelua tutkimukset käyvät kotihoidon asiakaskokemuksista ja mikä on käydyn keskustelun luonne. Kirjallisuuskatsauksen vahvuus onkin mahdollisten uusien, aiemmasta poikkeavien näkökulmien löytäminen suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Tutkimuskysymys on siksi pyritty rajaamaan riittävän tarkasti ja täsmällisesti syvällisen tarkastelun mahdollistamiseksi. Pirstaleisten aiheiden, kuten asiakaskokemusten käsittelyyn, opinnäytetyössä käytettävä kuvaileva kirjallisuuskatsaus soveltuu erityisen hyvin. (Kangasniemi ym. 2012, 293.)

Opinnäytetyössä pyrittiin keräämään saatavilla olevista tutkimuksista ja julkaisuista asiakkaiden kokemuksia heidän saamastaan kotihoidon palvelusta. Opinnäytetyössä haluttiin keskittyä asiakkaiden omiin subjektiivisiin kokemuksiin ja tuntemuksiin, joten omaisten ja työntekijöiden sekä muiden hoitoon osallistuvien näkemykset pyrittiin rajaamaan aineistosta pois. Relevantin tiedon löytämiseksi etsittiin tutkimuksia, joiden haastattelut oli ainakin osittain kerätty suomalaisilta kotihoidon asiakkailta. Tutkimusten kieliksi rajattiin suomi ja englanti. Tutkimukset rajattiin koskemaan aikaväliä 2005-2015 ja tutkimuksia, joista oli saatavilla koko tutkimusteksti. Aineisto kerättiin Laurean Nelli -portaalin kautta hyödyntäen EBSCO-, Melinda- ja Medic-tietokantoja. Tietokannat sisältävät viitteitä suomalaisista ja ulkomaalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä sekä raporteista. Hakusanoina tiedonhaussa olivat ”kotihoi*”, ”kotipalv*”, ”asiakaspalv*”, ”asiakastyty*”, ”asiakaskokem*”, ”käyttäjäkokem*”, ”customer experience”, ”home care”, ”elderly care”. Löydetty materiaali arvioitiin ja lajiteltiin edellä mainittujen kriteerien perusteella, ja jäljelle jäänyt tutkimusaineisto otettiin tutkimusmateriaaliksi. Tutkimusten lähdeluetteloiden

perusteella etsittiin lisää aihetta käsitelleitä tutkimuksia ja seulottiin lisää hyödynnettävää tutkimusmateriaalia opinnäytetyöhön.

3 Kotihoidon asiakaskokemukset

Kotihoito jaetaan perinteisesti kahteen erilliseen palveluun: sosiaalihuoltolain määrittämään kotipalveluun (Sosiaalihuoltolaki, 20 §) ja terveydenhuoltolain määrittelemään kotisairaanhoidon (Terveydenhuoltolaki, 25 §). Käytännössä kotihoito ja kotipalvelu ovat suurimmassa osassa kuntia ja kuntayhtymiä integroitu yhdistetyksi kotihoidoksi. Vielä nykyisinkin, 1990-luvulla alkaneesta integraatiokehityksestä huolimatta, kotihoidon käsite on epäyhtenäisesti määritelty ja ikäihmisten saaman kotihoidon sisältö ja laatu voivat vaihdella paljonkin eri kuntien ja kuntayhtymien kesken. (Paljärvi 2012, 19.)

Kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltoasetuksen 607/1983 9 §:ssä kuvattuja asumiseen ja hoitoon sekä huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen liittyvää avustamista sekä muiden vastaavien toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalvelun saannin perusteena on sairaus, vamma tai jokin muu toimintakykyä alentava syy tai erityinen elämäntilanne, joka oikeuttaa sosiaalihuoltolain mukaisen selviytymisavun. (Paljärvi 2012, 19.)

Kotipalveluun kuuluu myös ateria- ja siivouspalvelu, vaatehuolto sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Lapsiperheiden huolenpitotehtävän turvaamiseksi annettu kotipalvelu kuuluu niin ikään osaksi kotipalveluita. (Paljärvi 2012, 19.)

Kotisairaanhoido on kunnan järjestämä, hoito- ja palvelusuunnitelman mukainen kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettu terveyden- ja sairaanhoidon palvelu perustuen terveydenhuoltolain 25 §:ään (Päivärinta & Haverinen 2002, 3). Hoitosuunnitelmaan liittyvät pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät kotisairaanhoidon. Kotisairaalahoido taas on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa, ja se voi olla erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon yhdessä tai erikseen järjestämää hoitoa. Myös kotisairaalahoidossa tarvittavat lääkkeet ja tarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Paljärvi 2012, 19.)

Käsitteen asiakaskokemus ovat alun perin lanseeranneet Morris Holbrook ja Elizabeth Hirschman The Journal of Consumer Researchin artikkelissa "The experiential aspects of consumption: Consumer fantasies, feelings and fun" vuonna 1982. Ennen tätä kuluttajien käyttäytymistä kuvaavissa malleissa oletettiin kuluttajan käyttäytyvän rationaalisesti, kunnes Holbrook ja Hirschman ideoivat tunteiden kuuluvan olennaisena osana kuluttajan päätöksentekoa ohjaavaan ajattelumalliin. (Pullinen, 2013, 12.)

Asiakaskokemus käsitteenä on monitulkintainen: Lemke, Clarke & Wilson (2011, 850) määrittelevät asiakaskokemuksen subjektiiviseksi reaktioksi kokonaisvaltaiseen, suoraan tai epäsuoraan kontaktiin yrityksen kanssa sisältäen ainakin viestinnän, palvelutapahtuman ja kulutuksen kontaktit. Kutakuinkin samoihin tuloksiin Lemken ym. kanssa päätyvät Meyer ja Schwager (2007, 118) lisäten kuitenkin, että asiakastyytyväisyys muodostuu yksittäisten kokemusten summana. Berry, Carbone & Haeckel (2002, 86) taas määrittelevät asiakaskokemuksen sisältävän kaikki asiat, jotka asiakas havaitsee tai aistii tai joiden puuttumisen asiakas huomaa ja näiden funktionaalisten ja emotionaalisten vihjeiden yhdessä muodostavan asiakaskokemusten summan. (Pullinen 2013, 13-15.)

Tässä opinnäytetyössä asiakaskokemus käsitetään laajasti edellä kuvattujen määritelmien mukaisesti.

Joutuminen toisen hoidettavaksi heikentää ihmisen tunnetta oman autonomian toteutumisesta ja kaventaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Vieraiden ihmisten tulo omaan kotiin voi yleensäkin tuntua epämukavalta, ja Myllymäki (2014, 53) toteaa, että asiakkaiden kokemuksen mukaan kotihoidon hoitajat eivät aina osaa ottaa kotia huomioon erityisenä paikkana saada ja antaa hoivaa ja hoitoa. Vaaraman ja Ylösen tutkimuksessa (2006, 17) Espoon kotihoidon asiakkaat ilmaisivat selkeästi, että koti oli heille terveydentilan huomioon ottaen paras paikka asua. Vain 5 prosenttia asiakkaista oli sitä mieltä, että heille parempi paikka asua olisi esimerkiksi palvelutalo. Keipilän mukaan (2008, 39) asiakkaat kokivat pelottavana asiana kotiaan palveluasuntoon tai vanhainkotiin muuttamisen, vaikka se olisi ollut omaisen toivomus. Tarvittavien palveluiden saaminen tuo turvaa kotihoidon asiakkaille (Kallio 2014, 54). Eloranta, Isoaho, Arve & Routasalo (2010, 20) toteavat, että ne asiakkaat, jotka asuvat avio- tai avoliitossa, kokevat elämänsä turvallisemmaksi kuin naimattomat, eronneet tai lesket. Asiakkaat, joilla on tulevaisuudensuunnitelmia, kokevat elämänsä turvallisempana kuin ne, joilla tulevaisuuden suunnitelmia ei ole. Elorannan tutkimuksessa asiakkaista suurin osa oli tyytyväisiä elämäänsä ja heillä oli elämänhalua. Sen sijaan 75 prosenttia asiakkaista arvioi, ettei heillä ole tulevaisuudensuunnitelmia. Muurinen & Raatikainen (2005, 21) toteavat, että asiakkaan pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymistä voidaan myöhentää ylläpitämällä hänen turvallisuuden tunnettaan ja lisäämällä selviytymiskykyä kotona.

Eloranta (2009, 35) löytää kotihoidon asiakkaiden voimavaroiksi muun muassa mahdollisuudet tehdä päätöksiä omasta elämästä ja pysyä aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä niin, että yksilöllisyyden kokemus toteutuu. Kotihoidon asiakkaat myös ilmentävät päättäväisyyttään halulla pysyä kotona ja vaikuttaa oman elämänsä kulkuun. He haluavat joissain tilanteissa myös tehdä päätöksiä kuuntelematta muiden mielipiteitä, ja heidän aktiivisuutensa ilmenee halusta ylittää päivittäin ilmeneviä haasteita. Kotihoidon asiakas haluaa tehdä itse sen minkä rajoi-

tuksiltaan kykenee eikä anna muiden tehdä asioita puolestaan. Vasta omien voimavarojen loppuminen pakottaa heidät suostumaan ulkopuoliseen apuun. Voidaan päätellä, että haasteet ja aktiviteetit muodostavat suuren osan arkipäivän elämän merkityksestä. (Eloranta 2009, 35.) Kotihoidon työntekijöiden säännölliset käynnit lisäävät kotihoidon asiakkaiden luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta (Keipilä 2008, 44, 52; Eloranta 2009, 38.)

Lähipalvelujen käyttäminen on haastavaa suurimmalle osalle kotihoidon asiakkaista. Asiakkaat, jotka kärsivät liikennepalveluiden käytön hankaluuksista, ovat useammin myös tyytymättömiä kotona asumiseen ja valmiimpia siirtymään palveluasumisen piiriin. Vajaalle puolelle liikkuminen ulkona oli Vaaraman ja Ylösen (2006, 17) mukaan vaikeaa tai mahdotonta. Tutkimuksen haastattelut tosin tehtiin talvella, joka saattoi vaikuttaa kyselyn tuloksiin. Vaikka asuinalue on todettu joissakin tutkimuksissa (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, 153) tilastollisesti merkityksettömäksi tekijäksi iäkkäiden elämänlaadun vaihtelun selittäjänä, kotihoidon asiakkaiden subjektiivinen kokemus asuinympäristöstä ja sen tarjoamista mahdollisuuksista on heille itselleen merkittävä. Vaaraman ja Ylösen (2006, 16) suhteellisen laajassa Espoon kotihoidon asiakkaita koskevassa Care Keys -tutkimuksessa asuinympäristönsä koki terveelliseksi yli puolet asukkaista ja alle kymmenesosa oli tyytymättömiä siihen. Eloranta tutkimuksessa (2009, 35) iäkkäät kokivat erittäin tärkeäksi ulkona liikkumisen. Yleisesti ulkona liikkumisen vaikeudet rajoittivat kotihoidon asiakkaiden kokemaa hyvinvointia.

Kotona asiakkaiden päivästä suuri osa kuluu oman arjen pyörittämiseen ja sitoutumiseen tähän myös luo virkistävää sisältöä päivään (Keipilä 2008, 41, 51). He myös kuuntelevat musiikkia, lukevat kirjoja, kokoavat palapelejä ja harrastavat käsitöitä. Ulkona kotihoidon asiakkaat käyvät järjestetyissä aktiviteeteissa, kuten fysioterapeutin ohjaamassa kuntosaliharjoittelussa. Vapaa-ajan toiminta ja harrastukset vahvistavat ikääntyneiden voimavaroja. Vapaa-ajan aktiivisuuden edellytys on joissain tapauksissa riippuvainen järjestetyistä kuljetuspalveluista. (Eloranta 2009, 35).

Joka kolmannella kotihoidon asiakkaalle oli ongelmia asunnossaan, kuten portaissa, wc:ssä ja pesutiloissa. Ongelmaksi saattoi koitua kerrostalossa asuttaessa myös puuttuva hissi. Korkeat kynnykset muodostivat ongelmia joillekin. Suurin osa kotihoidon asiakkaista pystyi kuitenkin liikkumaan kotona vaikeuksitta tai pienin vaikeuksin. Asunnon muutostyöt olivat tarpeen lähes puolelle asiakkaista. (Vaarama & Ylönen 2006, 16, 39.)

70 prosenttia asiakkaista koki olonsa kotona turvallisemmaksi saatuaan kotiinsa web-kameran ja videojärjestelmän, joiden avulla he voivat olla yhteydessä hoitajiinsa (Reubsaet, Salonen, Walmsley, Cervera, Sirotkina, Jensen & Aron 2009, 75). Samassa tutkimuksessa 60 prosenttia asiakkaista koki myös, että kamera- ja videojärjestelmien avulla heidän on mahdollista elää pidempään omassa kodissaan. Tosin videokeskustelu ei ollut hyödyllinen vakavasti sairaiden

kanssa, vaan se sopi parhaiten yksinäisyyden tunteen lievittämiseen, ohjeiden antamiseen ja koulutukseen. Muurinen & Raatikainen (2005, 18) tulivat tutkimuksessaan tulokseen, että noin neljännes asiakkaista tunsu pelkoa tai ahdistusta ilkeivallan tai ryöstön kohteeksi joutumisesta, elämäntilanteen muuttumisesta huonommaksi tai sairauskohtauksen saamisen mahdollisuudesta. Vaaraman & Ylösen tutkimuksessa (2006, 39) yli puolet kotihoidon asiakkaista tunsu olonsa turvalliseksi kotonaan. Samana vuonna tehdyn toisen tutkimuksen mukaan (Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkila, Muurinen & Manninen 2006, 37-38) asiakkaista kaksi kolmasosaa tunsu olonsa kotona hyvin turvalliseksi. Suoranaista turvattomuutta kotonaan ei tuntenut juuri kukaan. Myöskin Kallion (2014, 54) mukaan asiakkailla oli kokemus, että heidän fyysinen turvallisuutensa on kaikin puolin kunnossa.

Teknologisista turvaratkaisuista turvarannekkeen ja puhelimen koettiin lisäävän turvallisuutta (Kallio 2014, 55; Keipilä 2008, 45; Vaarama ym. 2006, 37-38). Reubsaetin ym. (2009, 75) mukaan palohälyttimet, henkilökohtaiset hälyttimet sekä varas- ja murtohälyttimet lisäsivät asiakkaiden turvallisuuden tunnetta. Asiakkaat myös kokivat älylaitteet hyödyllisinä silloin, kun muita ihmisiä ei ollut paikalla. Vaaraman ym. (2006, 37-38) mukaan taas etähoitolaitetta, hälytintä jääkaapissa tai turvalietä koki tarvitsevansa noin kymmenen prosenttia asiakkaista.

Eräs viime vuosien merkittävimpiä linjauksia on laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012) eli niin kutsuttu vanhuspalvelulaki. Lain keskiössä on järjestelmällinen varautuminen terveen ja toimintakykyisen vanhuuden turvaamiseen sekä oikea-aikaisen ja laadukkaiden palveluiden varmistamiseen niin, että ensisijaisesti turvattaisiin vanhusten mahdollisuudet kotona asumiseen ja kotiin saattavaan hoitoon ja hoivaan. Lakiin on sisällytetty myös iäkkäiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien vahvistaminen. (Pelkonen, Antikainen, Jylhä, Karjalainen, Paunio, Taipale, Valtonen & Vauramo 2015, 3.)

Brittiläisessä Reubsaetin ym. tutkimuksessa (2009, 12) hyvä hoito määritellään asiakkaiden toimesta kokonaisvaltaiseksi ihmisen elämään keskittymiseksi. Siinä myös todetaan, että mahdollisuus asua omassa, siistissä ja viihtyisässä kodissa, mahdollisuus oppia uusi taitoja ja uusia asioita sekä mahdollisuus kokea itsensä tärkeäksi ja tarpeelliseksi ovat keskeisiä hyvän hoidon edellytyksiä. Asiakas haluaa valita itse ja hallita elämäänsä, olla arvostettu ja tulla kuulluksi sekä olla yhteydessä muihin ihmisiin. Vaaraman ym. tutkimuksessa (2010, 157-158) koetun elämänlaadun todettiin olevan subjektiivinen kokonaisarvio, jonka erottelukyky on heikko, koska ihmisillä on taipumus antaa hyviä arvioita abstrakteihin kysymyksiin ja kriittiset arviot nousevat esiin vasta yksilöidymppiin kysymyksiin vastattaessa. Muurinen & Raatikainen päätyivät (2005, 21) tutkimuksessaan johtopäätökseen, että asiakkaiden lyhyen aikavälin tavoitteet saavutetaan kotihoidon auttamistoiminnoilla hyvin, mutta pitkän aikavälin tavoite ei toteudu

samalla tavoin, koska asiakkaan ja omaisen voimavaroja ja yhteistoimintaa ei hyödynnetä täysimääräisesti. Eloranta toteaa, että kotihoidon asiakkaiden mielestä heidän voimavarojaan ei huomioitu kokonaisvaltaisesti (2009, 38). Terveyspalvelujen laatu, saatavuus ja määrä sekä palvelujen oikea kohdentuminen ovat tärkeitä hyvän elämänlaadun ylläpitäjiä ja oleellista on myös se, että auttajat tekevät autettavan kanssa sekä keskenään hyvää yhteistyötä (Vaarama ym. 2010, 157-164). Samassa tutkimuksessa todettiin, että kotihoidon saantiin liittyy 2,5-kertainen riski heikkoon sosiaaliseen elämänlaatuun. Tulos elämänlaadun ja kotipalvelun yhteydestä saattaa liittyä toimintakyvyn vajeisiin ja niistä seuraavaan riippuvuuteen ulkoisesta avusta.

Kallion mukaan (2014, 12, 46) haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä palveluihinsa eivätkä asiakkaat kokeneet tarvetta vaikuttaa palvelujen sisältöön. Osa asiakkaista kuitenkin kritisoi sitä, että palveluiden sisältöön ei voitu vaikuttaa, koska asiakkaiden mielipidettä niistä ei koskaan kysytty. Myös Tepposen (2009, 158) tutkimuksessa miltei kaikki asiakkaat olivat yleisesti tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa kotihoitoon. Vanhimmat asiakkaista, eli yli 85-vuotiaat, sekä terveydentilansa hyväksi kokevat ja toisten kanssa asuvat arvioivat saamansa hoidon laadun paremmaksi kuin muut. Myllymäen (2014, 50) mukaan taas kotihoidolta saatu apu ei asiakkaiden kokemana aina vastannut tarpeita, mutta asiakkaat olivat silti pääsääntöisesti tyytyväisiä kotihoidolta saamaansa apuun. Edellisistä tutkimuksista poikkeaa Vaaraman ym. (2010, 157) tutkimuksen tulos, jossa tyytymättömyys saatuun kotipalveluapuun miltei kaksinkertaistui kotihoidon asiakkaiden keskuudessa vuodesta 2004 vuoteen 2009. Kyseisessä tutkimuksessa etenkin iäkkäiden naisten tyytyväisyys saamaansa palveluun oli laskenut. Muurisen ja Raatikaisen (2005, 21) tutkimuksessa asiakkaiden saatu päivittäinen fyysinen apu vastasi hyvin asiakkaiden arvioimaa avun tarvetta. Asiukkaat suhtautuivat kriittisemmin saamaansa hoitoon kuin kotihoidon henkilökunta (Eloranta 2009, 40).

Jotkut asiakkaista eivät halunneet vaikuttaa saamansa palvelun sisältöön, koska jatkuva asiakkaan mielipiteiden sivuuttaminen lisäsi haluttomuutta osallistua palveluiden sisällön suunnitteluun (Kallio 2014, 47). Samassa tutkimuksessa asiakkaat kokivat turhautuneisuutta saamaansa palveluun sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä pidettyjen tapaamisten hyödyttömyyteen (Kallio 2014, 50-51). Muuten hoidon tarvetta säätelevä palvelusuunnitelma osoitautui useissa eri tutkimuksissa asiakkaiden keskuudessa huonosti tunnetuksi. Muun muassa Keipilä (2008, 67) sekä Hautsalo, Rantanen, Kaunonen & Åstedt-Kurki (2015, 9) totesivat, että joillekin kotihoidon asiakkaista palvelusuunnitelma oli vieras käsitteenäkin eivätkä he tienneet siitä mitään. Joillekin taas palvelusuunnitelma oli tehty, mutta he kokivat etteivät päässeet vaikuttamaan siihen, ja toisilla palvelusuunnitelma oli tehty, mutta sitä ei noudatettu. Hautsalo ym. totesivat lisäksi (2015, 10), että asiakkaiden avuntarpeiden muutoksia oli huomioitu vaihtelevasti. Reubsaet ym. (2009, 57) toivat esille, että asiakkaiden tarpeet muuttuvat päivästä toiseen ja riippuvat erinäisistä tekijöistä, kuten menneisyydestä ja kokemuksista,

harrastuksista, päivittäisistä rutiineista, riippuvuudesta avusta sekä standardeista ja odotuksista. Vaarama & Ylönen (2006, 37) löysivät ongelmia informaation kulusta, sillä noin kymmenesosa asiakkaista koki, ettei saanut riittävästi tietoa palveluistaan ja hoidostaan ja vain kaksi viidesosaa koki saavansa aina riittävästi tietoa. 80 prosenttia asiakkaista taas kertoi työntekijöiden tulevan kotikäynnille asiakkaalle sopivana ajankohtana ja pitävän kiinni sovituista aikatauluista (Tepponen 2009, 155). Sovittujen aikataulujen noudattaminen oli hyvää Vaaraman & Ylönen mukaan (2006, 34) kun taas Vaaraman ym. tutkimuksessa (2006, 32) joka kymmenes asiakas oli sitä mieltä, että sovittuja aikatauluja ei noudatettu. Hautsalon ym. tutkimuksessa (2015, 9) asiakkaat kokivat ongelmia erityisesti kotikäyntien ajoittamisessa. Keipilän tutkimuksessa (2008, 40) mainittiin asiakkaan kokevan kotihoidon työntekijöiden aikataulujen pettämisen tyytymättömyyttä aiheuttavana ongelmana.

Tyytyväisimpiä asiakkaat olivat saamaansa kotihoitoon sairaanhoidollisissa tehtävissä eli lääkehoitossa ja hoitotoimenpiteissä (Tepponen 2009, 152). Samansuuntaisia tuloksia sai tutkimuksessa Hautsalo ym. (2015, 10) todetessaan, että asiakkaat kuvasivat kotihoidon painottuvan fyysisistä tarpeista huolehtimiseen. Edelleen Keipilän (2008, 42, 52) tutkimuksessa vanhuksat kokivat kotihoidon työntekijöiden työn painottuvan hoidolliseen palveluun ja lääkehuollon olevan kotihoidon tärkein tehtävä. Hoitopalveluja oli vähennetty tarpeen mukaan asiakkaan kunnon parantuessa, ja kotihoito tuntui hyvältä vaihtoehdolta laitoshoidon verrattuna (Keipilä 2008, 43, 53).

Reubsaetin ym. mukaan (2009, 58) asiakkailla oli paljon tarpeita, joihin he eivät saaneet apua; muun muassa talon siisteyden ja toiminnan ylläpidossa sekä pihan hoidossa, juomisessa, ruuanlaitossa ja pukeutumisessa. Myös sosiaaliseen toimintaan, kuten tapaamiseen läheisten kanssa, sekä kirjeiden ja muun informaation tulkitsemiseen tarvittiin apua. Kuljetus- ja saattoapu kuuluivat niin ikään toivottuihin palveluihin. Asiakkaat siis tarvitsivat yhä enemmän apua, joka ei kuulunut kotihoidon tarjottavien palveluiden piiriin. Asiakkaat myös valittivat lyhyistä, noin 15 minuutin käynneistä, jotka he mielsivät turhiksi ja pinnallisiksi (Reubsaet ym. 2009, 14). Eloranta ym. toivat esille tutkimuksessaan (2010, 20), että asiakkaiden näkökulmasta palveluista toteutui melko hyvin kuljetuspalveluista huolehtiminen. Vaarama & Ylönen totesivat (2006, 34) joidenkin asiakkaiden kokevan, että he eivät itse voi päättää aikatauluistaan vaan he joutuvat nousemaan ylös ja menemään nukkumaan hoitajien määrittelemien aikataulujen mukaan. Keipilän tutkimuksessa (2008, 42) joillakin asiakkailla ongelmaksi koitui tyytymättömyys kotihoidon maksuperusteisiin, jotka olivat asiakkaan mielestä epäoikeudenmukaiset.

Elämäänsä tyytyväiset kotihoidon asiakkaat ovat tyytyväisempiä sosiaaliseen elämäänsä kuin elämäänsä tyytymättömät (Eloranta ym. 2010, 20). Vuorovaikutus kotihoidon työntekijän kanssa on monen kotihoidon asiakkaan tärkeimpiä vuorovaikutussuhteita. Myllymäki toteaa

(2014, 65), että tärkeintä vanhukselle ei ole oman tahtonsa läpi saaminen vaan se, että hänen mielipiteitään kuunnellaan ja että hänelle annetaan mahdollisuus osallistua keskusteluun itseään koskevista asioista. Asiakkaiden arvostus kotihoidon työntekijöitä kohtaan ilmenee muun muassa työntekijän teitittelynä (Keipilä 2008, 48). Kallio (2014, 53) totesi, että asiakkaat olivat hyvin kiitollisia työntekijöiden olemassaolosta ja heihin liittyvistä kontakteista. Moni kotihoidon asiakkaista on liikkumisrajoitusten vuoksi sidottu kotiinsa. Pelkonen ym. (2015, 5) tuovat esille, että ikäihmisten aktiivinen osallistuminen yhteiskunnan toimintaan on yhteiskunnan yhteinen etu. Joillakin kotihoidon asiakkaista ei ole erinäisistä syistä johtuen päivittäistä yhteyttä muihin ihmisiin kuin kotihoidon hoitajiin, jolloin vuorovaikutussuhde kotihoidon työntekijöiden kanssa nousee tärkeään rooliin sosiaalisten suhteiden ylläpitäjänä.

Asiakkaiden henkilökohtaista suhdetta hoitajiinsa on kuvattu useissa eri tutkimuksissa. Hautsalon ym. tutkimuksessa (2015, 10) asiakkaat odottivat hoitajiensa tietävän muun muassa heidän toiveistaan, suoriutumiskyvystään ja suoriutumisen rajoitteista, rutiineista, tavoista, kulttuurista sekä hoitoympäristöjen yksityiskohdista asiakkaiden kodeissa. Puutteet hoitajien osaamisessa, kuten huolimattomuus, tietämättömyys tai liiallinen kysely saivat asiakkaissa aikaan negatiivisia kokemuksia ja tunnetiloja. Reubsaet ym. (2009, 58) raportoivat tuloksista, joiden mukaan hollantilaiset kotihoidon asiakkaat arvostivat kotihoidon työntekijässä kompetenssin lisäksi asennetta, luonnetta, arvoja sekä halua auttaa. He halusivat asiakaspalvelua, jossa työntekijällä ja asiakkaalla on tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde, joka mahdollistaa avoimen keskustelun (myös Keipilä 2008, 48.) Asiakkaat kokivat kotihoidon työntekijöiden toimivan heitä kunnioittavasti, yhteistyössä ja luottamusta rakentaen (Tepponen 2009, 155). Lisäksi toiminta koettiin vastuulliseksi ja oikeudenmukaiseksi. Vaaraman ym. mukaan taas (2006, 33. Myös Vaarama & Ylönen 2006, 35) työntekijöitä pidettiin ystävällisinä, rehellisinä ja luotettavina ja työntekijöiden vuorovaikutustaidot koettiin hyväksi. Kallion tutkimuksessa (2014, 60) asiakkaat nostivat esille yksilölliset tarpeensa; he kokevat olevansa jotain muuta kuin kohteita, joiden luona kotihoidon työntekijät käyvät.

Asiakkaiden mielestä hyvä hoitaja osaa luoda läheisen, mutta ammattimaisen asiakassuhteen (Reubsaet ym. 2009, 58). Onnistunut asiakassuhde vaatii myös tiettyjä yhtäläisyyksiä esimerkiksi kulttuurisidonnaisissa asioissa. Yleensä asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitajaan, mutta saadessaan huonoa palvelua syyttivät palvelun heikosta laadusta järjestelmää. Muunlaisiakin tuloksia on saatu. Muurisen & Raatikaisen tutkimuksessa (2005, 18-19) vain viidesosa asiakkaista koki työntekijän ja asiakkaan välisen yhteistyön toteutuneen hyvin. Myös Myllymäki (2014, 54) totesi, että asiakkaiden mielestä tasavertainen vuorovaikutus työntekijöiden kanssa ei aina toteutunut. Eloranta puolestaan toteaa (2009, 39), että asiakkaat olisivat halunneet enemmän positiivista palautetta hoitajilta ja että positiivisen palautteen saaminen oli vahvasti sidonnainen hoitajan ajankäytön, asenteen ja käyttäytymisen kanssa. Myllymäen tutkimuksessa

(2014, 44) vanhuksat pyrkivät itse tekemään kaiken sen minkä pystyivät ja ymmärtävät tekemisen merkityksen omalle toimintakyvylle. Yli puolet Helsingin kotihoidon asiakkaista koki kotihoidon tärkeimmäksi auttajaksi, ja yli kolmasosalle se oli auttajana toiseksi tärkein Vaaraman ym. tutkimuksessa (2006, 28). Samana vuonna tehdyssä Espoon kotihoidon tutkimuksessa (Vaarama & Ylönen 2006, 30) kotihoito oli tärkein auttaja noin 30 prosentille asiakkaista ja toiseksi tärkein 40 prosentille asiakkaista.

Hoitajien vaihtuvuus on eräs kotihoitoa koskevassa keskustelussa toistuvasti esiin nousevista ongelmista. Kallio korostaa (2014, 56) ikääntyneiden pitävän kiireettömästä palveluilmapiiristä. Noin kolme kymmenestä asiakkaasta koki hoitajien vaihtuvan liian usein Tepposen (2009, 154) tutkimuksessa. Samassa tutkimuksessa noin joka kolmas asiakas olisi itse halunnut päättää, kuka hoitaja käy hänen luonaan. Vaarama ym. päätyvät samoille linjoille (2006, 32) todetessaan, että 40 prosenttia asiakkaista koki hoitajien vaihtuvuuden liian suureksi. Edelleen Vaarama & Ylönen (2006, 34) kertovat, että lähes kolmannes Espoon kotihoidon asiakkaista koki työntekijöiden vaihtuvuuden liian suureksi. Keipilän tutkimuksessa (2008, 40, 48) osa asiakkaista ilmaisi myös tyytymättömyytensä siihen, että kotihoitajat vaihtuvat jatkuvasti (myös Myllymäki 2014, 48; ja Hautsalon ym. 2015, 9). Asiakkaiden kokemuksen mukaan heitä kuormittaa epätietoisuus siitä, kuka heitä kulloinkin hoitaa. Eloranta toteaa (2009, 38), että työntekijöiden vaihtuvuus vähentää asiakkaiden turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta kotihoitoa kohtaan. Reubsaet ym. (2009, 59) nostavat esiin työntekijöiden vaihtuvuuden asiakkailla aiheuttaman pelon ja turhautumisen tunteet. Asiakkaat joutuvat jatkuvasti ohjeistamaan ja kouluttamaan uusia työntekijöitä.

Kiire on myös yleisessä keskustelussa eräs kotihoodolle leimallisista piirteistä. Kotihoidon yhteistyötä asiakkaiden kanssa kehitettäessä tulee huomioida yhteinen rauhallinen ja riittävä aika esimerkiksi keskustelemalla asiakkaille tärkeistä asioista (Kallio 2014, 57). Hautsalon ym. (2015, 9) tutkimuksessa työntekijöiden kiire kotikäynneillä sai asiakkaat kokemaan, että hoitaja ei ehdi pysähtyä, kuunnella ja keskustella. Myös Eloranta (2009, 38) toi esille, että kiire esti asiakkaiden osallisuuden kokemista, sillä työntekijöillä ei ollut kiireen vuoksi useinkaan aikaa kuunnella asiakkaita ja keskustella heidän kanssaan. Työntekijöiden kiire aiheutti asiakkailla turvattomuuden tunnetta sekä luottamuksen puutetta (Reubsaet ym. 2009, 59). Vanhuksat kokivat Myllymäen (2014, 49) mukaan kotihoidon muuttuneen yhä kiireisemmäksi. Toimintakyvyn rajoitukset myös aiheuttavat sopeutumista ja joustamista omista toiveista ja tarpeista, jolloin kotihoidon asiakas ei pysty aina vaikuttamaan omiin asioihinsa: Asiakas saattaa nousta aamulla ylös ja mennä illalla nukkumaan sen mukaan, milloin kotihoidon työntekijä ehtii tekemään aamu- tai iltakäynnin. Kun asiakkaat eivät itse kykene enää toimimaan, he tyytyvät siihen mitä saavat. Keipilä totesi (2008, 48) lisäksi asiakkaiden huolestuneen kiireestä paitsi omasta puolestaan myös kotihoidon työntekijöiden jaksamisen puolesta.

Omahoitajuus tarjoaa parhaimmillaan kotihoidon asiakkaille tärkeän ja pysyväksi koetun tuen. (Keipilä 2008, 37). Toisaalta kaikki kotihoidon asiakkaista, varsinkaan muistisairauksista kärsivät, eivät välttämättä tiedä heidän hoidostaan vastaavaa kotihoidon yhteyshenkilöä (Eloranta 2009, 37; Vaarama & Ylönen 2006, 34). Hautsalo ym. (2015, 10) kertovat asiakkaiden kuvaavan omahoitajan huolehtivan asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta sekä huolehtivan yhteistyöstä muiden hoitoon osallistuvien kesken. Jos omahoitajan työpanos ei ollut käytettävissä, sekin huomattiin. Omahoitajan pysyvyys tuo myös pitkäjänteisyyttä palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen ja takaa asiakkaalle nimetyn kotihoidon työntekijän, johon ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa (Vaarama ym. 2006, 32).

Tepposen tutkimuksessa (2009, 155) yli neljä viidesosaa asiakkaista arvioi yhteydensaannin kotihoidon työntekijöihin helpoksi. Viestivihon merkitystä yhteydenpidossa taas korostettiin Hautsalon ym. (2015, 10) tutkimuksessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta viestiminen oli epäonnistunut, koska asiakkaista suurin osa ei tiennyt sen olemassaolosta tai koki, ettei ollut päässyt osallistumaan sen tekemiseen (Keipilä 2008, 37, 46). Niin ikään asiakkailla olisi ollut tarvetta saada yhteys kotihoidon työntekijöihin tai lääkäriin myös yöllä. Muurisen ja Raatikaisen (2005, 20) tutkimuksessa asiakkaat kokivat yhteistyön onnistuneen heikosti, huomattavasti huonommin kuin yhteistyö onnistui kotihoidon henkilöstön arvion mukaan. Kumpikaan osapuoli ei tiennyt asiakkaan voimavarojen vahvistamisen tarvetta eikä sitä juuri vahvistettu informointia ja vuorovaikutusta lisäämällä.

Asiakkaiden toiveiden huomioiminen tuntuu heistä hyvältä ja vahvistaa yhteistyötä asiakkaan ja kotihoidon välillä (Kallio 2014, 53). Asiakkaalla tulee myös olla mahdollisuus toimia arvojensa mukaan (Myllymäki 2014, 51). Hoitajien asenteilla on suuri merkitys siihen, miten asiakas kokee voivansa toteuttaa itseään yksilönä ja elää arvojensa mukaan. Reubsæet ym. (2009, 59) toteavat hyvän hoidon perustuvan siihen, että asiakas tekee mitä hän kykenee ja mitä haluaa itse tehdä. Asiakkaat myös arvostavat hoitajia, jotka kysyvät heiltä heidän tarpeistaan ja haluistaan sekä antavat heidän tehdä asioita itse. Suunnilleen samoihin tuloksiin tuli tutkimuksessaan Eloranta (2009, 38), joka toteaa lisäksi, että asiakkaiden tavoite on mahdollisimman itsenäinen pärjääminen kotona, mutta tavoitteen saavuttamisessa on yksilökohtaisia eroja. Samassa tutkimuksessa lähes puolet asiakkaista oli sitä mieltä, että kotihoidon henkilökunta ei ollut riittävän kiinnostunut heidän vapaa-ajan toimistaan, kiinnostuksistaan ja harrastuksistaan ja yli puolet koki, että työntekijät eivät kiinnitä riittävästi huomiota heidän vahvuksiinsa eivätkä kannusta heitä tekemään itse päivittäisiä toimintoja. Myllymäki (2014, 47, 51) kertoo toimijuuden tukemisen mahdollistavan vanhuksen oman elämänsä hallinnan tunteen ja vahvistavan asiakkaan osallisuuden kokemusta. Vanhustenhuollon laitospäätöisyyden purkamista voitaneenkin edelleen jatkaa tuottamalla asiakkaille entistä laadukkaampia kotihoitopalveluja (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro, Nurme & Partanen 2014, 3467).

Myllymäen tutkimuksessa (2014, 46, 49) vanhuksat saivat lisää luottamusta omaan pärjäämiseensä saatuaan mahdollisuuden kokeilla omien voimavarojen riittävyttä. Muuten vanhuksat useimmiten joustavat, sopeutuvat ja mukautuvat tilanteissa, joissa tarvitsevat ulkopuolista apua. Kallion mukaan (2014, 48-49, 54) kotihoidon asiakkaiden osallisuuden kokemusta lisäsi se, että arkiaskareista mahdollisimman suuri osa tehtiin itse. Lisäksi palveluihin liittyvä osallistuminen oli asiakkaiden kokemuksen mukaan riippuvainen myös heidän omasta asenteestaan työntekijöiden asennoitumisen ohella. Ikääntyneiden kokemus oli, että ammattilaiset ilmaisivat itseään välillä liian vaikeasti ja se heikensi asiakkaan osallisuutta ja ymmärtämystä. Joissain tilanteissa kotihoidon asiakkaat kokivat (Myllymäki 2014, 54), että vanhempien hoitajien kokemus auttoi heitä huomaamaan asiakkaiden ääneen lausumattomia tarpeita.

Asiakkaat kokivat työntekijät velvollisiksi vetämään palaverieja, koska heillä oli siihen paras asiantuntemus (Kallio 2014, 49). Myllymäki toteaa tutkimuksessaan (2014, 52, 56) vanhusten tyytyvän herkästi siihen palveluun ja apuun, mitä he saavat saamaan. Yhtenä syynä tähän on pelko ristiriitojen syntymisestä kotihoitajien kanssa. Lopulta vanhus itse on kuitenkin se, joka joutuu sopeutumaan olemassa olevaan palveluun. Eräissä tapauksissa (Myllymäki 2014, 45) vanhus koki hoitajan uhkailleen häntä toimintakyvyn totaalilla menetyksellä, jos hän ei aktivoitu liikkeelle. Vanhuksen kokemuksen mukaan hänen näkemystään ei huomioitu eikä mielipidettä kuunneltu. Keipilän (2008, 55) tutkimuksessa työntekijät ottivat uudet asiakkaat hyvin vastaan ja siitä jäi asiakkaille positiivinen muistikuva.

Suurin osa yli 75-vuotiaista suomalaisista asuu yksin, ja osa heistä kärsii yksinäisyydestä (Pelkonen ym. 2015, 6). Elorannan ym. tutkimuksessa (2010, 20) 54 prosenttia asiakkaista kärsi yksinäisyydestä vähintään joskus. Muurisen ja Raatikaisen tutkimuksessa (2005, 18) 17 prosenttia kotihoidon asiakkaista koki itsensä yksinäiseksi. Osalta puuttui elämänhalu, jonka syyksi asiakkaat arvelivat yksinäisyyden lisäksi masentuneisuuden ja huonon kunnan. Moni vanhuksesta myös koki tarvitsevansa keskustelua ja elämäkokemusten kuuntelua, mutta asiakkaiden kokemuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden antama apu jää pieneksi sosiaalisten toimintojen osalta. Asiakkaat olisivat tarvinneet myös lohduttamista ja hengellisistä asioista keskustelua, johon eivät kokeneet saaneensa tukea kotihoidon työntekijöiltä. Myös Elorannan ym. tutkimuksessa (2010, 20) 85 prosenttia asiakkaista oli sitä mieltä, että hengellisistä tarpeista huolehtiminen toteutui huonosti. Toisessa Elorannan tutkimuksessa (2009, 40) asiakkaat kokivat, ettei kotihoidon henkilökunta ollut huolestunut asiakkaiden yksinäisyyden tunteista.

Noin puolet Muurisen & Raatikaisen (2005, 18) tutkimuksen asiakkaista olisivat myös tarvinneet rohkaisua ihmisten tapaamiseen ja kannustusta harrastuksiin osallistumiseen. Kolmasosa tarvitsi apua myös yksinäisyyden tunteen ehkäisemiseen. Hyvin harva asiakkaista koki saa-

neensa kotihoidolta apua sosiaalisissa toiminnoissa. Elorannan (2009, 40) mukaan taas asiakkaat suhtautuivat kriittisesti ammattilaisten suosimiin kerhoihin ja vapaa-ajan sosiaaliseen toimintaan. Lieneekö syynä näennäisesti toisistaan poikkeaviin tutkimustuloksiin sitten asiakaslähtöisyyden unohtaminen? Keipilän (2008, 39) mukaan yksinäisten asiakkaiden sosiaalisen kanssakäymisen tarpeet heräsivät usein turvattomuuden tunteista. Asiakkaat kokivat, etteivät hoitajat olleen huolestuneet heidän yksinäisyyden tunteistaan (Eloranta 2009, 40).

Ikääntyneille kohdistettujen julkisten kotipalvelujen kattavuus on heikentynyt 1990-luvulta lähtien jatkuvasti, ja hoidon sisältö on muuttunut kodinhoidollisesta auttamisesta henkilökohtaiseen hoitoon (Vaarama ym. 2010, 156). Kunnallinen kotihoito antoi vuonna 2010 apua enää vajaalle viidesosalle avuntarvitsijoista ja suurin osa auttamisvastuusta oli omaisilla (Vaarama ym. 2010, 161-162). Kotihoidolta saatu palvelu tuki vanhusten itsenäistä asumista ja selviytymistä (Keipilä 2008, 44).

Palveluiden saatavuus vaihtelee paikkakunnittain, yksiköittäin ja yksittäisen palvelutarpeen arvion tekijän mukaan. Asiakkaan oma käsitys palvelun tarpeestaan saattaa myös erota olennaisesti työntekijän näkemyksestä. Keipilän tutkimuksessa (2008, 37) kaikki haastatellut kokivat saavansa kotihoidon kautta tarvitsemansa palvelut. Kallion (2014, 46) tutkimuksessa haastateltavat taas kokivat, että pystyivät itse valikoimaan erilaisia tukipalveluja, jos niihin ilmeni tarvetta, mutta varsinaisen kotihoidon palveluiden saantiin ei voitu vaikuttaa.

Vaarama ym. (2006, 63-64) tutkivat kotihoidon laatua ja tarvevastaavuutta Care Keys -tutkimuksessa Espoon kotihoidossa ja Vaarama & Ylönen (2006, 31) Helsingin kotihoidossa. Näissä tutkimuksissa päädyttiin tulokseen, jossa asiakkaiden ja työntekijöiden arviot siitä, tarvitseeko asiakas kotihoitoa, olivat lähes yhteneväisiä. Yhtenä tuloksista he mainitsevat, että noin yhdeksän kymmenestä asiakkaasta oli tyytyväisiä saamansa avun määrään. Sen sijaan asiakkaista selvästi suurempi osa koki suurta avuntarvetta raskaissa siivoustöissä kuin minkä työntekijät arvioivat asiakkaiden avuntarpeeksi. Samansuuntaisia eroja arvioissa oli myös kevyiden siivoustöiden osalta. Myös muissa kodin ylläpitoon liittyvissä töissä asiakas arvioi palvelun tarpeen suuremmaksi kuin työntekijä. Saadut tulokset kertovat siitä, että asiakkaiden koettu palvelun tarve on usein huomattavasti suurempi kuin asiakkaalle myönnetty ja toimitettu kotihoito (Keipilä 2008, 40; Tepponen 2009, 154). Parhaiten tutkimuksissa toteutui lääkehoito, pyykinpesu, ruuanlaitto, ruokailussa avustaminen ja muu kodin ylläpitoon liittyvä apu.

Asiakkaiden ulkonäöstä ja puhtaudesta huolehtimisessa todettiin olevan jonkin verran puutteita (Vaarama ym. 2006, 35). Kotihoidon asiakkailla esiintyi lisäävun tarvetta varpaankynsien leikkuussa, ihon, hampaiden ja hiusten hoidossa, liikkumisessa, pukeutumisessa sekä riisuutumisessa ja peseytymisessä sekä syömisessä ja juomisessa. Vaativissa päivittäisissä toiminnoissa saatu apu oli asiakkaiden mukaan pääosin riittävää, mutta näissä myös tyydyttämätön

tarve oli suurin. Lisäksi harrastustoimintaan osallistumisessa olisi tarvittu lisäapua. (Vaarama ym. 2006, 29-30, 35; Vaarama & Ylönen 2006, 32.)

Ulkona liikkumisessa avustaminen, siivoustyöt ja harrastustoimintaan osallistuminen ja asiointiapu ovat toistuvasti esillä asiakkaiden tarpeina, joita ei joko ole tunnustettu tai joihin ei ole vastattu (Muurinen & Raatikainen 2005, 16-17; Tepponen 2009, 154; Vaarama ym. 2006, 65). Muitakin ongelmia esiintyi, kuten puutteita kuntoutuksessa (Keipilä 2008, 40). Kallio (2014, 46) kirjoittaa, että palvelujen sisältöä mietittäessä asiakkaita ei ollut juurikaan osallistettu eikä mielipiteitä kysytty. Havainnot vahvistavat käsitystä, jonka mukaan kotihoito on siirtynyt vuosien mittaan sisällöltään kodinhoidollisista asioista yhtä enemmän sairauksien hoitoon ja henkilökohtaiseen hoitoon (Vaarama ym. 2010, 156).

Asiakkaat kokivat tarvitsevansa liikkumaan kehottamista ja sairauksista informointia. Lääkkeiden oton ja suhteen saatiin riittävästi neuvontaa. Asiakkaista kolmasosa oli sitä mieltä, että heidän liikkumistaan oli tarvetta harjaannuttaa ja noin viidesosa tarvitsi apua ja opetusta erilaisten apuvälineiden käytössä, mutta vain harva sai apua. He myös arvostivat fyysistä turvallisuutta, ja he olivat tyytyväisiä muun muassa kaatumisesta varoittamisesta. Asiakkailla ei juuri ollut koettua tarvetta kuntoutumiseen, joka saattaa Muurisen ja Raatikaisen mukaan johtua siitä, että vanhukset pitivät itseään liian vanhoina ja sairaina kuntoutumaan. He myös saattoivat ymmärtää kuntoutuksen suppeasti vain fysioterapeutin tarjoamana palveluna, joka saattoi väärin tuloksia. (Muurinen & Raatikainen 2005, 16-17, 19-20.)

Hengellisten tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen oli heikkoa ja vastasi asiakkaiden mukaan huonosti heidän ilmaisemaansa tarvetta. Myös sosiaalisissa toiminnoissa apua saatiin vähemmän kuin sille oli tarvetta. Mielenkiintoinen on myös Muurisen & Raatikaisen havainto, jonka mukaan fyysisen avun tarpeista asiakkailla ja työntekijöillä on yhteneväinen käsitys, koska se on helpompaa havaita ja tunnistaa niin asiakkaalle kuin työntekijällekkin. Auttamistoiminta ei tyypillisesti ollut yhteistoiminnallista työntekijän ja asiakkaan välillä. Psykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen ei välttämättä tarkoita sitä, että asiakas kokisi tulleen autetuksi, koska asia ei välttämättä ratkea kerralla vaan saattaa vaatia asiaan palaamista toistuvasti (Muurinen & Raatikainen, 2005, 19-21). Samantyyppisiin tuloksiin päätyivät Eloranta ym. (2010, 20) tutkimuksessaan, jossa 85 prosenttia kotihoidon asiakkaista koki hengellisistä tarpeista huolehtimisen toteutuneen hoidossaan huonosti.

4 Tulokset

Kotihoidon palveluiden saatavuus vaihtelee useista eri tekijöistä johtuen, eikä valtakunnallisesti yhtenäisiä arviointikäytäntöjä ole olemassa. Asiakkaiden kokemus saamista palveluista

eroaa sekä laadun että saatavuuden osalta kotihoidon työntekijöiden näkemyksestä. Kotihoidon laadusta ja saatavuudesta yleisellä tasolla esitettyihin kysymyksiin saadaan vastauksia, joiden mukaan asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Toisaalta yksityiskohtaisiin kysymyksiin saatujen vastausten hajonta on suurempaa, tyytymättömyyttä esiintyy enemmän ja asiakaskokemukset pääsevät paremmin esiin. (Vaarama ym. 2010, 157-158.)

Useissa tutkimuksissa asiakkaiden ja työntekijöiden arviot siitä, tarvitsevatko asiakkaat kotihoitoa, ovat keskenään lähes yhteneväisiä. Kun kysytään avun tarvetta esimerkiksi raskaissa siivoustöissä, on tarve asiakkaiden mielestä kuitenkin selvästi suurempaa kuin mitä se on kotihoidon työntekijöiden mielestä. Myös kevyissä siivoustöissä ja muissa kodin ylläpitoon liittyvissä asioissa erot asiakkaiden ja työntekijöiden näkemysten välillä ovat vastaavanlaiset. Parhaiten asiakkaiden mielestä kotihoidon palveluista toteutuu lääkehoito ja jotkin kodinhoidolliset työt kuten pyykinpesu ja ruokailussa avustaminen. Tutkimustulokset kertovat siitä, että asiakkaiden todellinen palvelun tarve on suurempi kuin asiakkaalle toimitettu palvelu. (Vaarama ym. 2006, 64.)

Koti on paikka, johon liittyy paljon tunteita. Niin on asian laita myös kotihoidon asiakkailla, joista monet kokevat vieraan ihmisen tulon omaan kotiin tungettelevana ja epämukavana. Asiakkaiden kokemuksen mukaan myöskään kotihoidon hoitajat eivät aina osaa ottaa kotia huomioon erityisenä paikkana saada hoitoa ja hoivaa (Myllymäki 2014, 53). Koti on kotihoidon asiakkaille heidän oman kokemuksensa mukaan yleensä paras paikka asua, ja vain pieni vähemmistö asiakkaista haluaisi asumaan esimerkiksi palvelutaloon (Vaarama & Ylönen 2006, 17). Kotihoidon palvelut mahdollistavat kotona asumisen monille asiakkaista (Kallio 2014, 54), ja kotihoidon käynnit lisäävät heidän luottamuksen ja turvallisuuden kokemustaan (Eloranta 2009, 35; Keipilä 2008, 44). Pitkäaikaiseen laitoshoitoon siirtymistä voidaan myöhentää ylläpitämällä asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja lisäämällä selviytymiskykyä kotona (Muurinen & Raatikainen 2005, 21).

Kotihoidon asiakkaat haluavat tehdä päätöksiä omasta elämästään ja pysyä aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä. He haluavat itse tehdä päätöksiä ja selvittää elämässään ilmeneviä haasteita. Vasta omien voimavarojen loppuminen pakottaa heidät turvautumaan ulkopuoliseen apuun. Haasteet ja aktiviteetit muodostavat suuren osan merkityksellisyyttä antavista kokemuksista kotihoidon asiakkaan arkipäivän elämässä (Eloranta 2009, 35).

Haasteet asioinnissa ja liikkumisessa, kuten liikennevälineiden ja lähipalveluiden käytössä, aiheuttavat tyytymättömyyttä kotona asumiseen, ja näiden haasteiden kanssa kamppailevat kotihoidon asiakkaat ovat myös muita valmiimpia siirtymään palveluasumisen piiriin. (Vaarama & Ylönen 2006, 16-17) Asuinalue ei selitä kotihoidon asiakkaiden elämänlaatua, mutta subjek-

tiivinen kokemus asuinympäristöstä ja sen tarjoamista mahdollisuuksista on asiakkaille itselleen merkittävä asia (Vaarama ym. 2010, 153). Mahdollisuus ulkona liikkumiseen on vanhuksille erittäin tärkeä, ja osallistuminen harrastuksiin vahvistaa ikääntyneiden voimavaroja (Eloranta 2009, 35).

Kotihoidon asiakkailta on pääosin kokemus, että kotona he voivat tuntea olonsa turvalliseksi (Kallio 2014, 54). Asiakkaat kokevat uuden teknologian, kuten web-kameroiden, videojärjestelmien ja turvarannekkeiden, olevan hyödyllisiä välineitä turvallisuuden lisääjinä. Myös palohälyttimien, varas- ja murtohälyttimien, henkilökohtaisten hälyttimien sekä lieden ja jääkaapin turvateknologian koettiin lisäävän turvallisuuden tunnetta. Teknologiaa voi asiakkaiden kokemuksen käyttää yhteydenpitovälineenä hoitajiin ja omaisiin, ja se myös osaltaan antaa mahdollisuuden elää omassa kodissa pidempään. (Reubsaet ym. 2009, 75.)

Hyvä hoito on asiakkaiden mielestä kokonaisvaltaista asiakkaan elämään keskittymistä. Mahdollisuus asua omassa, siistissä ja viihtyisässä kodissa, mahdollisuus oppia uusia taitoja sekä mahdollisuus kokea itsensä tärkeäksi ja tarpeelliseksi ovat keskeisiä hyvän hoidon edellytyksiä. Asiakas haluaa valita itse, tulla kuulluksi sekä olla yhteydessä muihin ihmisiin. (Reubsaet ym. 2009, 12.) Kotihoidon asiakkailta kysytään usein tyytyväisyydestä tai elämänlaadusta. Koettu elämänlaatu on subjektiivinen kokonaisarvio, jonka erottelukyky on heikko, koska ihmiset tapaavat antaa positiivisia vastauksia abstrakteihin kysymyksiin (Vaarama ym. 2010, 157-158). Asiakkaiden lyhyen aikavälin tavoitteet saavutetaan kotihoidon auttamistoiminnoilla hyvin, mutta pitkän aikavälin tavoitteet eivät, koska asiakkaan ja omaisen voimavaroja sekä yhteistyötä eri toimijoiden kesken ei hyödynnetä täysimääräisesti (Muurinen & Raatikainen 2005, 21; Eloranta 2009, 38). Terveyspalvelujen riittävä laatu, saatavuus ja määrä sekä palvelujen kohdentaminen oikein ovat tärkeitä elämänlaadun ylläpitäjiä (Vaarama ym. 2010, 161). Iäkkäistä kotihoitoa saavista asiakkaista heikosta sosiaalisesta elämänlaadusta kärsii kaksi ja puoli kertaa suurempi osa kuin muista yli 80-vuotiasta (Vaarama ym. 2010, 161).

Asiakkaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa kotihoidon palveluun eikä monikaan koe, että heillä olisi tarvetta vaikuttaa palveluiden sisältöön. Vanhimmat asiakkaat sekä terveydentilansa hyväksi kokevat toisten kanssa asuvat arvioivat saamansa hoidon paremmaksi kuin muut (Tepponen 2009, 158). Myllymäen mukaan (2014, 50) kotihoidolta saatu apu ei asiakkaiden kokemuksen mukaan aina vastaa tarpeita, mutta saatuaan apuun ollaan silti pääsääntöisesti tyytyväisiä. Tyytymättömyys saatuaan kotipalveluapuun on kuitenkin lähes kasvanut merkittävästi vuodesta 2004 vuoteen 2009, ja eniten tyytymättömyys on kasvanut iäkkäiden naisten kokemana (Vaarama ym. 2010, 157).

Jotkut kotihoidon asiakkaista eivät halua vaikuttaa saamansa palvelun sisältöön, koska jatkuva asiakkaan mielipiteen sivuuttaminen lisää haluttomuutta osallistua palvelun sisällön

suunnitteluun. Asiakkaat myös kokevat turhautuneisuutta saamaansa palveluun sekä kotihoiton kanssa pidettyjen palaverien hyödyttömyyteen (Kallio 2014, 47, 50-51). Palvelutarpeen arviointi ja palvelusuunnitelma tunnetaan asiakkaiden keskuudessa yleensä huonosti. Jopa palvelusuunnitelman käsite on vieras joillekin kotihoiton asiakkaille. Toiset asiakkaista taas kokevat, että he eivät ole itse päässeet vaikuttamaan palvelusuunnitelman sisältöön tai että tehtyä palvelusuunnitelmaa ei ole noudatettu (Keipilä 2008, 67; Hautsalo ym. 2015, 9). Asiakkaiden tarpeet kuitenkin muuttuvat päivästä toiseen riippuen monista eri tekijöistä, kuten asiakkaiden arvoista, historiasta, kokemuksista, harrastuksista, rutiineista, standardeista ja odotuksista (Reubsaet ym. 2009, 57). Vähemmistö kotihoiton asiakkaista kokee saavansa riittävästi tietoa palveluistaan ja hoidostaan (Vaarama & Ylönen 2006, 37).

Aikatauluongelmat sekä kiire ovat asiakkaiden mielestä kotihoiton ongelmakohtia. Kotihoiton käynnejä ei välttämättä ajoiteta asiakkaiden tarpeiden mukaan, vaan kotihoiton käynnit määräytyvät kotihoiton omien aikataulujen mukaisesti (Hautsalo ym. 2015, 9). Toisekseen sovitusta aikatauluista ei aina pidetä kiinni, joka on omiaan herättämään asiakkaissa turhautuneisuutta ja heikentämään heidän oman elämänsä hallinnan tunnetta (Vaarama ym. 2006, 32; Keipilä 2008, 40). Asiakkaat valittavat lyhyistä, 15 minuutin tai sitä lyhyemmistä käynneistä, sillä he kokevat ne usein turhiksi ja pinnallisiksi (Reubsaet ym. 2009, 14). Osa asiakkaista myös kokee, että he eivät voi itse päättää aikatauluistaan vaan joutuvat esimerkiksi nousemaan ylös ja menemään nukkumaan hoitajien määrittelemien aikataulujen mukaisesti (Vaarama & Ylönen 2006, 34). Monet asiakkaat ovat tyytymättömiä hoitajien liikaan vaihtuvuuteen, sillä he haluaisivat itse päättää siitä, kuka heidän luonaan käy (Tepponen 2009, 154). Asiakkaiden mukaan epätietoisuus siitä, kuka heitä kulloinkin hoitaa, kuormittaa ja stressaa heitä (Keipilä 2008, 40, 48). Työntekijöiden vaihtuvuus myös heikentää asiakkaiden turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta kotihoitoa kohtaan (Eloranta 2009, 59). Asiakkaat joutuvat tällöin myös ohjeistamaan ja kouluttamaan uusia hoitajia (Reubsaet ym. 2009, 59). Kotihoiton koetaan muuttuneen yhä kiireisemmäksi, ja asiakkaat kokevat, että hoitaja ei ehdi pysähtyä, kuunnella ja keskustella (Myllymäki 2014, 49; Hautsalo ym. 2015, 9).

Elämäänsä tyytyväiset kotihoiton asiakkaat ovat myös tyytyväisiä sosiaaliseen elämäänsä (Eloranta 2010, 20). Moni kotihoiton asiakas on liikkumisrajoitteiden tai muiden syiden vuoksi sidottu kotiinsa, jolloin vuorovaikutus kotihoiton työntekijän kanssa on usein yksi hänen tärkeimpiä sosiaalisia suhteitaan (Eloranta 2010, 20). Asiakkaat haluavat, että heidän mielipiteitään kuunnellaan ja he saavat mahdollisuuden osallistua päättämään itseään koskevista asioista (Myllymäki 2014, 65). He ovat usein hyvin kiitollisia kotihoiton olemassaolosta ja kontakteista työntekijöihin (Kallio 2014, 53). Kotihoiton asiakkaat odottavat hoitajien tietävän heidän suoriutumiskyvystään sekä sen rajoitteista, toiveista, rutiineista, tavoista, kulttuurista sekä hoitoympäristön yksityiskohdista asiakkaiden kodeissa. Hoitajien osaamisessa ilmenevät puutteet, jotka ilmenevät huolimattomuutena, tietämättömyytenä tai liiallisena kyselynä,

saavat asiakkaissa aikaan negatiivisia tunnetiloja ja reaktioita. (Hautsalo ym. 2015, 10.) Asiakkaat arvostavat kotihoidon työntekijässä ammatillisen pätevyyden ohella asennetta, luonnetta, arvoja sekä halua auttaa. He myös haluavat tasa-arvoisen vuorovaikutussuhteen, joka mahdollistaa avoimen keskustelun. (Reubsaet ym. 2009, 58). Asiakkaat kokevat kotihoidon työntekijöiden kunnioittavan asiakasta sekä toimivan yhteistyössä ja luottamusta rakentaen (Tepponen 2009, 155). Asiakkaat pitävät kotihoidon työntekijöitä ystävällisinä, rehellisinä, luotettavina sekä vuorovaikutustaidoiltaan etevinä (Vaarama & Ylönen 2006, 35). Toisaalta joissakin tutkimuksissa (Myllymäki 2014, 54) tasavertainen vuorovaikutus ei asiakkaan mukaan aina toteudu. Asiakkaat myös kaipaavat hoitajilta enemmän positiivista palautetta (Eloranta 2009, 39). Pysyvä omahoitajuus tuo pitkäjänteisyyttä kotihoidon suunnitteluun ja toteutukseen (Vaarama ym. 2006, 32).

Suurin osa kotihoidon asiakkaista arvioi yhteyden saannin kotihoitoon helpoksi (Tepponen 2009, 155). Asiakkaiden kotona säilytettävä, hoitajien ja asiakkaan läheisten yhteydenpitoon käytettävä viestivihko on asiakkaiden mielestä käytännöllinen yhteydenpitoväline (Hautsalo 2015, 10). Muurisen & Raatikaisen tutkimuksessa (2005, 20) asiakkaat totesivat yhteistyön kotihoidon kanssa toteutuneen heikosti, huomattavasti heikommin kuin yhteistyö toteutui kotihoidon henkilökunnan arvioiden mukaan.

Kotihoidon asiakkaalla tulee olla mahdollisuus toteuttaa itseään ja toimia omien arvojensa mukaan. Hoitajien asenteilla on suuri merkitys siihen, millaisena asiakas omat mahdollisuutensa kokee. (Myllymäki 2014, 51.) Hyvä hoito perustuu siihen, että asiakas tekee kaiken sen, minkä hän kykenee itse tekemään ja minkä hän haluaa itse tehdä. Asiakkaat myös arvostavat toimintamallia, jossa hoitaja tiedustelee heidän tarpeitaan ja antaa asiakkaalle mahdollisimman suuren vapauden tehdä asioita itse. (Reubsaet ym. 2009, 59). Asiakkaiden tavoitteena on yleensä mahdollisimman itsenäinen pärjääminen kotona, mutta tavoitteen saavuttamisessa on yksilökohtaisia eroja. Lähes puolet asiakkaista on sitä mieltä, että kotihoidon henkilökunta ei kiinnitä riittävästi huomiota heidän vahvuuksiinsa eikä kannusta heitä tekemään itse päivittäisiä toimintoja. (Eloranta 2009, 38.). Toimijuuden tukeminen mahdollistaisi oman elämän hallinnan tunteen ja vahvistaisi osallisuuden kokemusta (Myllymäki 2014, 47, 51). Mahdollisuus kokeilla omien voimavarojen riittävyttä lisää myös luottamusta omaan pärjäämiseen (Myllymäki 2014, 46). Palveluihin liittyvä osallistaminen on asiakkaiden mukaan riippuvainen myös heidän omasta asenteestaan. He myös kokevat, että joissakin tilanteissa hoitajat ilmaisevat itseään liian monimutkaisesti, joka taas vähentää asiakkaan osallisuuden kokemusta. (Myllymäki 2014, 54.)

Suurin osa yli 75-vuotiaista suomalaisista asuu yksin, ja osa heistä myös kärsii yksinäisyydestä (Pelkonen ym. 2015, 6). Elorannan (2010, 20) mukaan 54 prosenttia kotihoidon asiakkaista kärsii yksinäisyydestä vähintään joskus. 17 prosenttia kotihoidon asiakkaista kokee yleisesti

itsensä yksinäiseksi, ja syyksi he arvioivat masennuksesta ja huonosta kunnosta johtuvan elämänhalun puuttumisen. Monet myös kaipaavat keskustelua ja elämänkokemusten kuuntelua, johon he eivät koe saavansa apua. Asiakkaat tarvitsevat myös lohduttamista ja keskustelua hengellisistä asioista. (Muurinen & Raatikainen 2005, 18.) Hengellisten tarpeiden huomioon ottaminen ja niihin vastaaminen toteutuu kotihoidon asiakkaiden mielestä heikosti (Eloranta 2009, 40).

5 Pohdinta

5.1 Eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä tulee hahmottaa, että työn tekijällä on eettisiä velvoitteita yhteiskuntaa kohtaan. Opinnäytetyön tulee pyrkiä luotettaviin tuloksiin, ja sen tulee torjua ennakkoivasti tulosten virheellisiä tulkintoja. Opinnäytetyönä ei saa esittää toimintaa, joka tähtää muihin tarkoituksiin, sillä tällainen sotii etiikkaa vastaan ja tuhoaa ajan mittaan yleisön luottamuksen tutkimustoimintaa kohtaan. Työn tekijä ei siis voi hyväksyä esimerkiksi toimeksiantajan pyrkimystä tietynlaisiin tutkimustuloksiin vaan opinnäytetyö on tehtävä tieteen säännöillä. Tämä opinnäytetyö pyrkii noudattamaan tieteen eettisiä sääntöjä tarkastelemalla ja arvioimalla työn eettisyyttä ja luotettavuutta sekä erillisessä osiossa että työn kaikissa vaiheissa raportoitujen havaintojen kautta. Opinnäytetyö myös pyrkii vastaamaan omalta, vaattomalta osaltaan kysymyksiin hoito- ja hoivapalveluiden tulevaisuuden tarpeista, joita varten on etsittävä ja testattava uusia toimintamalleja ja toteutustapoja (Rissanen & Sinkkonen 2004, 7). Tutkimuseettiset ohjeet ovat yleisluontoisia eivätkä tarjoa opinnäytetyön tekijälle yksiselitteisiä ratkaisuja. Ne eivät kuitenkaan poista hänen eettistä vastuutaan, vaan velvoittavat ylläpitämään eettistä pohdintaa läpi tutkimuksen. Eettisesti tutkimuskysymyksen muotoilu ja tutkimuseettikan noudattaminen liittyy opinnäytetyöprosessiin kaikissa sen vaiheissa luotettavuuskysymyksistä tutkimuskysymyksen ja aineiston perusteluun sekä argumentointiin ja johdonmukaisesti kulkevaan prosessiin. (Kangasniemi ym. 2012, 291-292; Uusitalo 1991, 31-33; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, hyvä tieteellinen käytäntö -ohje)

Tieteen normeissa myös opinnäytetyön tulokset ovat kenen tahansa käytettävissä. Kunnia taas annetaan tahoille, joille kunnia kuuluu, esimerkiksi viittaamalla alkuperäiseen lähteeseen, jolloin lukija voi hahmottaa ajatuksen alkuperän. Joissain tapauksissa omaa ideaa on vaikea erottaa lainatusta ideasta, jolloin pyritään varmuuden vuoksi viittaamaan aiemmin julkaistuun lähteeseen. Yhdeksi tieteellisen tekemisen eettiseksi normiksi on muotoutunut ajatus järjestelmällisen epäilyn periaatteesta. Tieteellinen yhteisö on siis vapaa arvioimaan tutkimusta, myös tätä opinnäytetyötä, kriittisesti ja jopa vihamielisesti. Myös kriittiset näkemykset aineistosta pyritään integroimaan osaksi opinnäytetyötä. (Soininen 1995, 130-131; Uusitalo 1991, 31-33.)

5.2 Luotettavuus

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, ja aineisto koostuu kokonaisuudessaan muiden tutkijoiden aiemmin tekemistä tutkimuksista. Aiemmin suoritettujen tutkimusten kertaalleen analysoidun aineiston uudelleen käyttöönottamista kutsutaan sekundaarianalyysiksi. Sekundaarianalyysille on tarvetta ja mahdollisuuksia, sillä aiemmissa tutkimuksissa tehty johtopäätös voi muuttua sekundaarianalyysissä tutkijoiden, ajan ja ympäristön vaihtuessa. Useiden samaa aihepiiriä käsittelevien eri tutkimusten voidaan odottaa tuovan esiin asioita, jotka saattavat antaa aihetta uudenlaisiin johtopäätöksiin. (Uusitalo 1991, 94.)

Opinnäytetyön, kuten tieteellisen tutkimuksen yleensäkin, luotettavuudessa on kyse tiedeyhteisön vakuuttamisesta. Tieteellinen tutkimus ei kuitenkaan ole luotettavuudeltaan kiveen hakattua vaan se perustuu tiedeyhteisön sosiaaliseen sopimukseen, ja siksi luotettavuudella on ajan ja paikan mukaan muuttuva luonne. Laadullinen tutkimus menetelmänä antaa opinnäytetyölle mahdollisuuden kulkea vapaasti edestakaisin aineiston analyysin, tehtyjen tulkintojen ja tutkimustekstin välillä. (Eskola & Suoranta 2014, 209-211.)

Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa keskeistä on tutkimusprosessin luotettavuus. Joissakin tutkimuksissa raportoidut havainnot voivat tuntua todemmilta kuin joissakin toisissa tutkimuksissa raportoidut. Yksi selitys on, että jos tutkimuksessa kerrotut tapahtumat ja havainnot ovat omaan kokemusmaailmaan sopivia se lisää lukijan näkökulmasta tutkimuksen luotettavuutta. Joskus taas lukijasta voi tuntua siltä, että runsaskaan tutkimusmateriaali ei näytä johtavan kummoisiin tutkimustuloksiin. Laadullista tutkimusta tehdessä ja luettaessa täytyy hyväksyä se, että tutkija on aina myös tutkimusväline ja tämäkin opinnäytetyö sikäli subjektiivinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen pääasiallinen luotettavuuden kriteeri onkin siis tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Opinnäytetyö on tehty aiempien tutkimusten pohjalta, joten vääristyneiden tulosten päätymistä aineistoon ei voida sulkea pois. Niiden todennäköisyyttä on kuitenkin pyritty vähentämään ottamalla mukaan useita eri tutkijoiden tekemiä erillisiä tutkimuksia. (Eskola & Suoranta 2014, 211-212.)

Ihminen on kompleksinen olento, joten opinnäytetyössä tutkitaan kompleksista ilmiötä, joka muuttuu ympäristösuhteen, luontosuhteen, kulttuurisuuden, sosiaalisuuden ja muiden erilaisten merkityssuhteiden monitasoisessa todellisuudessa (Varto 1992, 63). Asiakaskokemuksia selvittäessä eräs potentiaalisista tulkintavääristymistä liittyy siihen, että abstrakteja yleiskysymyksiä kysyttäessä ihmisillä on tapana antaa parempia arvioita kuin kysyttäessä konkreettisia ja yksityiskohtaisia kysymyksiä. Opinnäytetyössä esiintyvistä käsitteistä asiakaskokemus on aina asiakkaan subjektiivinen kokemus, jolloin opinnäytetyön antamat yleisluontoiset vastaukset eivät vastaa yksittäisen asiakkaan kokemusta vaan ovat kokoelma asiakkaiden koke-

muksista. Toisaalta saman asiakkaan kokemus palvelusta muuttuu ajan, paikan ja vuorovaikutussuhteiden mukana, joten parhaimmillaankin opinnäytetyö tarjoaa vain yleisluontoisen näkökulman tutkittavaan asiaan. Opinnäytetyöhön saadaan kuitenkin lisää vahvistuvuutta ottamalla tukea toisista tutkimuksista, joissa on tarkasteltu vastaavaa ilmiötä. (Eskola & Suoranta 2014, 212-213)

5.3 Keskeisten tulosten tarkastelu

Koti on asiakkaille erityinen paikka saada hoitoa ja hoivaa (Myllymäki 2014, 53). Kotihoidon asiakkaat mieltävätkin olevansa paljon enemmän kuin kohde, jonka luona kotihoito käy (Kallio 2014, 60). Kotihoidon asiakkaat kokevat, että suuri osa heidän voimavaroistaan koostuu mahdollisuuksista tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä omasta tahdostaan ilman muiden aktiivista vaikutusta. He pyrkivät tekemään kaiken mahdollisen itse ja turvautuvat muiden apuun vasta silloin, kun eivät voimavarojen uupuessa enää kykene suoriutumaan päivittäisistä toimista itsenäisesti. (Eloranta 2009, 35.) Asiakkaat myös odottavat kotihoidon henkilökunnan tietävän heidän toiveistaan, suoriutumiskyvystään, arvoistaan ja kulttuuristaan sekä hoitoympäristön yksityiskohdista kodeissaan (Hautsalo ym. 2015, 10). Vaikka kotihoidon asiakkailla on usein vaikeuksia selviytyä kotona, he ovat lähes poikkeuksetta sitä mieltä, että koti on heille paras paikka asua (Vaarama & Ylönen 2006, 17).

Kotihoidon asiakkaat kaipaavat luottamuksellista suhdetta kotihoidon työntekijään sekä kuuntelua ja keskustelua heille tärkeistä aiheista (Reubsaet ym. 2009, 58). He kokevat, että kotihoidon työntekijät eivät anna riittävästi myönteistä palautetta eivätkä kiinnitä huomiota heidän vahvuuksiinsa (Eloranta ym. 2010, 20). Kotihoidon työntekijöillä ei myöskään ole riittävästi tietoa asiakkaista, mutta toisaalta asiakkaat kokevat hoitohenkilökunnan tietämättömyyden ja kyselemisen usein häiritsevänä (Hautsalo ym. 2015, 10). Asiakkaat kokevat mielestään riittämättömän informaation saannin ongelmallisena, jonka vuoksi he eivät aina tiedä esimerkiksi palvelusuunnitelman sisällöstä tai vaikutusmahdollisuuksistaan tarjottavaan hoitoon (Keipilä 2008, 37). Kotihoidon asiakkaat ovat myös yhä kriittisempiä saamaansa palvelua kohtaan ja kokevat, että saatu apu ei vastaa palvelutarpeisiin tai he eivät saa apua riittävästi (Vaarama ym. 2010, 157).

Hyvän kotihoidon tunnistaa siitä, että siinä keskitytään kokonaisvaltaisesti asiakkaan elämään, ei vain tiettyihin osa-alueisiin ja tehtäviin (Reubsaet ym. 2009, 12). Asiakkaan tarpeet voivat muuttua päivästä toiseen, ja ne ovat riippuvaisia moninaisista persoonaan ja ympäristöön liittyvistä asioista kuten kokemuksista, rutiineista, menneisyydestä, harrastuksista ja odotuksista (Reubsaet ym. 2009, 57). Asiakkaat kokevat kotihoidon palvelun painottuvan usein fyysisistä tarpeista huolehtimiseen (Hautsalo ym. 2015, 9-10). Saatu päivittäinen apu vastaa hyvin asiakkaiden fyysisiin tarpeisiin, mutta psyykinen, sosiaalinen (Myllymäki 2014, 50) ja hengellinen apu on riittämätöntä. Suurin osa kotihoidon asiakkaista kokee, että hengellisistä

tarpeista huolehditaan huonosti. Silloinkin, kun kotihoidon henkilökunta tunnistaa asiakkaan hengellisen keskustelun tai lohduttamisen tarpeen, he jättävät usein vastaamatta siihen. (Muurinen & Raatikainen 2005, 21.) Monilla kotihoidon asiakkaista on kokemus, että omia mielipiteitään ja toiveitaan ei kannata esittää, sillä niitä ei kuunnella eivätkä ne toteudu (Kallio 2014, 51). He myös tuntevat turhautuneisuutta siitä, että eivät pääse osallistumaan palveluiden suunnitteluun. Jos asiakas ei kykene enää itse toimimaan eikä saa ääntään kuuluviin, hän ajan mittaan tyytyy siihen palveluun jota saa (Myllymäki 2014, 59). Monet kotihoidon asiakkaista myös kokevat, että heitä ei aina kohdella arvostavasti (Vaarama ym. 2006, 33). Osallisuutta lisäävänä ja itsemääräämisoikeutta tukevana tekijänä asiakkaat pitävät ystävällistä ja kiinnostunutta kohtaamista, jossa he voisivat puhua vapaasti toiveistaan ja mielipiteistään (Kallio 2014, 48-51).

5.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Koti on kotihoidon asiakkaille paitsi merkityksellinen ja erityinen paikka asua, myös erityinen ympäristö saada hoitoa ja hoivaa. Kotihoidon parissa työskentelevien tulee kunnioittaa asiakkaiden arvoja, näkemyksiä ja toiveita ja rohkaista heitä puhumaan tunteistaan. Asiakkaat odottavat kotihoidon työntekijöiden tietävän oleelliset tiedot heidän elämästään ja elinympäristöstään. Kotihoidon tulee vastata asiakkaiden tarpeisiin antamalla työntekijöilleen dokumentoitua tietoa paitsi asiakkaiden fyysisistä tarpeista, myös arvoista, historiasta, ihmissuhteista ja muusta asiakkaalle merkityksellisistä asioista. Asiakaskokemusta voi parantaa myös antamalla työntekijöiden käyttöön yksinkertaisia työkaluja, kuten pohjapiirroksen asiakkaan asunnosta, jossa on merkittynä kaikki asiakkaan hoidon kannalta tärkeät tarvikkeet ja niiden sijainnit. Asiakkaat hyötyvät, kun sijaiset ja muut lyhytaikaisessa työsuhteessa työskentelevät sekä uudet kotihoidon työntekijät löytävät hoitoon tarvittavat välineet, eikä heidän tarvitse käyttää aikaa ja energiaa kotihoidon työntekijöiden neuvomiseen.

Asiakkaalle on tärkeää, että kotihoito nimeää hänelle omahoitajan, jonka kanssa asiakas voi muodostaa pidempiaikaisen ja kestäväen vuorovaikutussuhteen ja jonka kanssa asiakas voi käydä läpi vaikeitakin asioita. Kotihoidon hoitajille tulee tarjota koulutusta ja työkaluja, joilla he voivat muuttaa asiakkailta oppimaansa hiljaista tietoa sanalliseen muotoon kotihoidon muun henkilökunnan hyödynnettäväksi. Kun asiakkaasta tiedetään enemmän, hänelle kyetään myös tarjoamaan parempaa palvelua ja hoitajien vaihtuvuuden asiakkaille aiheuttamat haitat pysyvät mahdollisimman pieninä. Hoitajien tulee muistaa, että asiakkaan informoiminen ei ole yksisuuntainen prosessi, jossa hoitaja antaa asiakkaille esimerkiksi sanallista tai kirjallista informaatiota ja asiakas omaksuu sen. Jotta tieto todella siirtyy ja se omaksutaan, tarvitaan toistuvaa informointia ja jatkuvaa vuoropuhelua, jossa asiakas saa kysellä itseään askarruttavista asioista ja jossa asiakkaan omat toiveet, pelot ja mielipiteet otetaan huomioon.

Asiakkaiden tarpeet muuttuvat päivästä toiseen, joten kotihoidon hoitajan tulee keskustella niistä asiakkaan kanssa toistuvasti riippumatta siitä, mitä toimenpiteitä palvelusuunnitelmaan on kirjattu. Asiakkaiden osallisuutta tulee vahvistaa käytettävissä olevin keinoin, ja asiakkaan omia voimavaroja tulee hyödyntää ja vahvistaa määrätietoisesti. Fyysiset tarpeet on helppo havaita, ja ne huomioidaan pääosin hyvin jo palvelusuunnitelmassa. Hengelliset tarpeet on esimerkiksi asiakkaiden olemassa olevasta ja tunnistetusta palvelutarpeesta, jota ei huomioida kotihoidon palvelutarjonnassa. On aiheellista miettiä, voisiko kotihoito tehdä tiiviimpää yhteistyötä esimerkiksi seurakuntien diakoniatyön kanssa asiakkaiden auttamiseksi.

Kotihoidon asiakaskunta muodostuu vuosi vuodelta yhä tottuneemmista palveluiden käyttäjistä, joten se muuttuu myös vaativammaksi ja kriittisemmäksi palveluiden kuluttajiksi. Lähi-vuosina kotihoidon toimintaympäristö muuttuu radikaalisti, kun asiakkaat pääsevät itse valitsemaan palveluntuottajansa sote-uudistuksen myötä. Kotihoito kohtaa äkillisen, joskin ennakoitavan murroksen, johon on syytä valmistautua kuuntelemalla asiakasta, vahvistamalla osaamista ja kehittämällä palveluita. Pian ei tarvitse enää kysyä, ketä kiinnostaa asiakkaan ääni kotihoidossa, sillä asiakkaan kokemus ja mielipiteet tulevat nousemaan kotihoidon palveluntuottajien keskeisiksi kilpailutekijöiksi. Jos ei muuten niin olosuhteiden pakosta.

Kotihoidon asiakkaiden erilaisten asumismuotojen vaikutus palvelujen tarpeeseen ja koettuun elämänlaatuun on aiheena ajankohtainen ja tarvitsee jatkotutkimusta. Omakotitalossa sekä haja-asutusalueilla asuvien kotihoidon asukkaiden palveluiden tarve poikkeaa todennäköisesti lähellä palveluita kerrostalossa asuvien palvelutarpeista. Asiakkaiden palvelutarpeiden muuttuminen sekä ennakoiminen digitalisoituvassa ja tietoverkottuvassa toimintaympäristössä olisi niin ikään mielenkiintoinen tutkimusaihe. Oman tutkimuksensa ansaitsisivat asiakkaiden olemassa olevat tarpeet, joihin kuntien sosiaali- ja terveystoimet eivät nykyisellään vastaa.

Lähteet

Berry, L., Carbone, L. & Haeckel, S. 2002. Managing the total customer experience. MIT Sloan Management Review, 43 (3), 85-89. Tieteellinen artikkeli.

Eloranta, S., Isoaho H., Arve S., Routasalo P. & Viitanen M. 2010. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. Hoitotiede 24 (1), 2012, 14-26.

Eloranta, S. 2009. Supporting older people`s independent living at home through social and health care collaboration. Tutkimus. Turun yliopisto 2009.

Eskola, J., & Suoranta J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino.

Finne-Soveri H., Mäkelä M., Noro A., Nurme P., Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. Terveystutkimus. Lääkärilehti 50-52/2014, vsk. 69.

Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2015. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva hoitotyö. Vol 14 (1), 2015, 4-12

Hellsten, K. 2004. Mitä mieltä kansalaiset ja yhteistyökumppanit ovat Kelasta ja sen toiminnasta? Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 32/2004.

Holbrook, M. & Hirschman E. 1982. The experiential aspects of consumption: Consumer fantasies, feelings and fun. Tieteellinen artikkeli. The Journal of Consumer Research, Vol. 9, Nro. 2, 132-140

Kallio, A-L. 2014. Kotona asuvien ikäihmisten osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Pro Gradu -tutkielma.

Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. 2012. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25(4), 291-301

Keipilä, L-M. 2008. Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Gradu -tutkielma.

Lemke, F., Clar, M. & Wilson H. 2011. Customer experience quality: An exploration in business and consumer contexts using repertory grid technique. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 39. (6), 846-869. Tieteellinen artikkeli.

Martela, F. 2012. *Caring connections. Compassionate mutuality in the organizational life of a nursing home.* Aalto University. Tuotantotalouden laitos. Akateeminen väitöskirja.

Meyer, C. & Schwager, A. 2007. Understanding customer experience. *Harvard Business Review*, 85 (2), 116-26. Artikkel.

Muurinen, S. & Raatikainen R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. Tieteellinen artikkeli. *Gerontologia* 1/2005, 13-22.

Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Jyväskylän yliopisto, sosiaalityö. Gradu -tutkielma.

Paljärvi, S. 2012. *Muuttuva kotihoito.* Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Pelkonen, R., Antikainen, R., Jylhä M., Karjalainen P., Paunio R-L., Taipale V., Valtonen O. & Vauramo E. *Yksitoista teesiä ikääntymisestä*, 2015. Kokeneet ja viisaat -asiantuntijaryhmä.

Pullinen, V. 2013. Asiakaskokemuksen muodostuminen ja rakenne päivittäistavara- ja verkkokaupassa. Pro Gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas.* Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Stakes. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville.

Reichheld, F. & Schefter, P. 2000. E-loyalty: Your secret weapon on the web. *Harvard Business Review*, Heinä- elokuu 2000. Tieteellinen artikkeli. Viitattu 25.10.2016.
<https://hbr.org/2000/07/e-loyalty-your-secret-weapon-on-the-web>

Reubsaet, H., Salonen, K., Walmsley, B., Cervera, B., Sirotkina, R., Jensen, A.M. & Aron, J. 2009. Home care for older people; Good practices and education in six European countries. EQUIP Project 2007-2009.

Rissanen S. & Sinkkonen S. 2004. *Hoivayrittäjyys.* PS-Kustannus.

Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Viitattu 20.10.2016

http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDIS-TETTY_nettti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Painosalama Oy.

Sosiaalihuoltolaki, 19 §. Viitattu 20.10.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 20.10.2016. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Tammi, T. 2015. Yhteiskuntapolitiikka vol. 80 (2015):4. Pääkirjoitus. Viitattu 21.10.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126846/tammi.pdf?sequence=2>

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Terveystalouden ja -talouden laitos, Kuopio yliopisto. Väitöskirja.

Terveydenhuoltolaki, 25 §. Viitattu 20.10.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Raportti 12/2016. Viitattu 21.10.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130798/Rap2016_012.pdf?sequence=1

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö-ohje. Viitattu 18.11.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY.

Vaarama, M. & Ylönen, L. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus -projekti. Osaraportti 1. Espoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Espoon kaupunki ja Stakes.

Vaarama, M., Luoma, M-L., Hertto P., Munkkila S., Muurinen S. & Manninen O. 2006. Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care Keys -projektin tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:4

Vaarama M., Luoma M-L., Siljander E., Meriläinen S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Tutkimusraportti, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino Helsinki 2010

Valtiovarainministeriö 2016. Verkojulkaisu. Viitattu 20.10.2016. <http://vm.fi/valtio-tyonantajana/virkamiesoikeus/arvot-ja-virkamiesetiikka>

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tammer-Paino Oy.

