

**Kokemuksia asiakasohjauksesta sairaalasta kotiutumisen  
yhteydessä**



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Kevät 2019

Camilla Sundström

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, Ylempi AMK  
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

---

<b>Tekijä</b>	Camilla Sundström	<b>Vuosi</b> 2019
<b>Työn nimi</b>	Kokemuksia asiakasohjauksesta sairaalasta kotiutumisen yhteydessä	
<b>Työn ohjaaja</b>	Päivi Sanerma	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Valkeakosken asiakasohjaukselle sekä muille sosiaali- ja terveysalan työntekijöille tietoa siitä, miten asiakasohjauksen uudet asiakkaat kokevat saamansa ohjauksen ja sen vaikutuksen kotona pärjäämiseensä. Sekä tietoa siitä, miten asiakkaat kokevat, että heidän omaisensa on otettu mukaan asiakasohjausprosessiin ja miten asiakasohjausta voitaisiin kehittää vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita.

Tarkoituksena on kuvata Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen uusien, sairaalasta kotiutuvien asiakkaiden kokemuksia asiakasohjauksesta ja saamastaan ohjauksesta kotiutumisen jälkeen. Tarkoituksena on myös eritellä erilaisia ohjauksessa esiintyviä asioita, joiden asiakkaat kokevat edistävän tai hankaloittavan kotona pärjäämistään.

Opinnäytetyöni liittyy Ikäneuvo -hankkeeseen, joka oli STM:n rahoittama kärkihanke Pirkanmaalla. Hankkeessa (11/2016-10/2018) oli tarkoitus kehittää Pirkanmaalle yhteinen ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamalli. Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella lähestymistavalla. Teemahaastatteluja tehtiin seitsemän kappaletta ja haastateltavat olivat Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen uusia asiakkaita. Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustuloksissani ilmeni, että asiakasohjaus sekä palvelu- ja hoitosuunnitelma koettiin termeinä vieraina. Asiakasohjaaja puolestaan helposti lähestyttävänä ja luotettavana. Suurimmaksi kehityskohdaksi nousee se, että asiakkaat toivovat asiakasohjaajan uutta käyntiä sen jälkeen, kun ovat hetken jo olleet kotona. Tällöin he osaisivat paremmin sisäistää uudet asiat sekä osaisivat paremmin kysyä mieltään askarruttavista asioista.

**Avainsanat** asiakasohjaus, palveluohjaus, kotiuttaminen  
**Sivut** 69 sivua, joista liitteitä 3 sivua

Master's degree in social and health care development and management  
The Hämeenlinna University Centre

---

<b>Author</b>	Camilla Sundström	<b>Year</b> 2019
<b>Subject</b>	Customer experiences about case management at the time of discharging	
<b>Supervisor</b>	Päivi Sanerma	

---

#### ABSTRACT

The aim of this thesis is to provide information for case management in Valkeakoski city and for other workers in social- and healthcare about how new customers of case management experience the guidance they get at the time of discharging and how that will effect on their getting alone at home. The aim is also to provide information about how customers experience their family members have been heard in the process. This thesis is also trying to solve, how case management services can be improved to serve customers needs better than at the moment.

The purpose of this thesis is to describe how new customers of case management in Valkeakoski city, who are just discharged at hospital, experience the guidance they got and how they feel about case management. The purpose is also to categorisize different things in guidance that assist or complicate their getting alone at home.

My thesis is related to Ikäneuvo – project which was one of the government key projects in the ministry of social affairs and health in Pirkanmaa area. The purpose of the project was to develop common structure of counselling and case management to Pirkanmaa area. This thesis is accomplished together with care management of Valkeakoski city.

My research method was qualitative and the data was gathered with interviews. Seven new customers of Valkeakoski care management were interviewed. The data was analyzed with the qualitative content analysis.

According to my results terms such as case management and client care plan were strange and the worker in case management was easy to approach and was trustworthy. According to my interviews, customers were hoping for new home visit after they have settled better at their homes after hospitalization. Then they could manage to internalize better new things and know better what they want to ask the worker of case management.

**Keywords** care management, case management, managed care, discharging  
**Pages** 69 pages including appendices 3 pages

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	PALVELURAKENNE ASIAKASOHJAUKSEN NÄKÖKULMASTA.....	2
2.1	Asiakasohjauksen taustaa .....	2
2.2	Asiakasohjauksen suhde muihin läheisiin sosiaali- ja terveystalvieluihin.....	4
3	PALVELU- JA ASIAKASOHJAUS .....	6
3.1	Palvelu- ja asiakasohjaus käytännössä.....	6
3.2	Palvelu- ja asiakasohjauksen tarve kasvaa.....	10
3.3	Asiakasohjauksen prosessi .....	12
3.3.1	Asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi .....	13
3.3.2	Palvelusuunnitelman laatiminen osana asiakasohjaajan työtä .....	15
3.3.3	Asiakasohjaaja koordinoijana ja aloitetun toiminnan seuraajana .....	18
3.4	Asiakasohjaajan roolit .....	20
3.5	Ohjaamisen merkitys ja siinä huomioon otettavia asioita.....	21
4	ASIAKASOHJAUS KOTIUTUMISEN YHTEYDESSÄ .....	25
4.1	Kotiutumisen prosessi.....	25
4.2	Kotiutumisen ennakointi ja turvallinen kotiutuminen.....	27
4.3	Omaisten osuus kotiutumisprosessissa .....	29
5	TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ .....	32
6	TUTKIMUS- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT .....	32
6.1	Kvalitatiivinen lähestymistapa .....	32
6.2	Teemahaastattelu .....	33
6.3	Tutkimusaineiston keruu.....	34
6.4	Aineiston analysointi.....	37
7	TULOKSET .....	38
7.1	Asiakkaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta.....	38
7.1.1	Sairaalasta saatu ohjaus ja turvallisuuden tunne kotiutuessa .....	39
7.1.2	Asiakasohjaajalta saatu ohjaus kotiutumisen yhteydessä .....	40
7.1.3	Kokemukset asiakasohjaajan roolista .....	42
7.2	Asiakkaiden kokemuksia omaisten roolista asiakasohjausprosessissa.....	44
7.2.1	Omaiset tapaamassa asiakasohjaajaa .....	44
7.2.2	Omaiset auttajana .....	45
7.3	Asiakkaiden kokemuksia siitä, miten asiakasohjaus voisi vastata aiempaa paremmin heidän tarpeisiinsa.....	46
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	47
8.1	Tulosten tarkastelu.....	47
8.2	Opinnäytetyön eettisyyden pohdintaa .....	52
8.3	Opinnäytetyön luotettavuuden pohdintaa .....	54
8.4	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	55

Liitteet

- Liite 1 Informaatiokirje
- Liite 2 Suostumuslomake
- Liite 3 Teemahaastattelurunko

## 1 JOHDANTO

Hyvä ja ammatillinen ikäihmisten hoito pyrkii edistämään heidän hyvinvointiaan, elämänlaatuaan ja toimintakykyään. Tavoitteena on lisätä ikääntyneen ihmisen turvallisuuden- ja elämönhallinnantunnetta sekä mahdollistaa osallistuminen yhteiskuntaan tasavertaisena kansalaisena. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 20)

Vanhustenhuollon lait ja päätökset painottavat ikääntyneiden kotona asumisen tukemista mahdollisimman pitkään. Tärkeänä on pidetty hoidon keskittymistä avohuollon palveluiden ja tukitoimien suuntaan. (Kelo, Lau-niemi, Takaluoma, Tiittanen, 2015, s. 76) Ikääntyessä kotona asuvan palvelujen tarve saattaa olla vaihteleva muuttuvien elämäntilanteiden vuoksi. Asiakasohjauksen koordinointi mahdollistaa asiakkaalle tarpeenmukaiset, laaja-alaiset sekä sopivat ratkaisuvaihtoehdot sekä palveluntuottajien palvelupaketit. (Ikäneuvo, 2018a)

Suurten ikäluokkien vanhetessa palvelujen tarve kasvaa. Vuonna 2030 on ennustettu 65-vuotta täyttäneitä kansalaisia olevan noin 1,5 miljoonaa, joka vastaa 26 prosenttia koko väestöstä ja vuonna 2050 jo lähes kaksi miljoonaa eli 28.8 prosenttia kaikista kansalaisista (Tilastokeskus, 2018). Ikäluokkien vanhetessa myös suomen väestörakenne muuttuu. Huoltosuhde muuttuu aiempaa hankalammaksi eläkeläisten määrän kasvaessa ja taas vastaavasti työkäisten määrän suhteessa vähentyessä. (Kelo ym., 2015, s. 76)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan vuoden 2017 maaliskuussa säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli yhteensä noin 73 806 henkilöä, joka on 0,4 prosenttia edellistä vuotta enemmän. Kotihoidon palveluita saavista 77 prosenttia (noin 56 700 henkilöä) oli yli 75-vuotiaita, mikä tarkoittaa 11,3 prosenttia koko maan yli 75-vuotiaista. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat he, joille on toteutunut maaliskuun 2017 aikana kotihoidon käyntejä joko voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella tai jotka muutoin ovat saaneet käyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018)

Väestön toimintakyvyn on katsottu yleisesti parantuneen, mutta vastaavaa muutosta ei ole näkyvissä yli 85-vuotiaiden keskuudessa. Ikääntyvien hoidon tarve ei siis ole myöhentynyt. Kotihoidon haasteena tulevaisuudessa on dementoituneiden henkilöiden määrän lisääntyminen sekä psyykkisten ongelmien ja alkoholin lisääntyneen käytön aiheuttama tuen tarpeen kasvaminen. (Heinola, 2007, s. 9) Kelon ym. (2015, s. 77) mukaan

suomessa tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että ikäihmisten sosiaali- palveluihin panostamalla pystytään vaikuttamaan terveystalouden käyttöön myönteisesti.

Opinnäytetyöni liittyy Ikäneuvo -hankkeeseen, joka oli yksi sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamista kärkihankkeista Pirkanmaalla. Hankkeessa (marraskuu 2016–lokakuu 2018) oli tarkoitus kehittää Pirkanmaalle yhteinen ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamalli (KAAPO). Tavoitteena oli luoda toimiva palveluverkosto ja sitä kautta tukea ikääntyvien kotona asumista ja kuntoutumista sekä arjessa selviytymistä. (Pirkanmaanliitto, n.d.) Iäkkäille suunnattu palvelujärjestelmä ei ole ollut eheä kokonaisuus eikä se ole uudistunut kansallisten tavoitteiden mukaisesti. Alueelliset erot ovat edelleen suuria ja hyvät käytännöt ovat levinneet hitaasti. Hankkeen tavoitteena oli, että asiakasohjaus integroi ennestään pirstaleisen palveluketjun eheäksi hoitopoluksi. (Mäki-Hallila, 2017)

Sote-uudistuksen seurauksena sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen piti siirtyä kunnilta maakunnille. Syksyllä 2017 on Ikäneuvo -hankkeen myötä käynnistetty kokeiluja kokemusten keräämiseksi, jotta vuoden 2019 alusta olisi voitu käynnistää yhteinen maakuntamalli. Maakunnan yhteisessä asiakasohjauksen mallissa tarkoituksena oli, että asiakasohjaaja selvittää elämän muuttuvissa tilanteissa asiakkaan tarpeet ja toiveet sekä antaa ohjausta, jonka avulla asiakkaalla on helpompaa valita itselleen sopivia palveluita ja tukitoimia. Asiakasohjaaja on asiakkaan kanssakulkija. (Mäki-Hallila, 2017)

Ikäneuvo-hankkeessa mukana olivat seuraavat kunnat: Akaa, Urjala, Hämeenkyrö, Ikaalinen, Kangasala, Pälkäne, Lempäälä, Nokia, Pirkkala, Vesilahti, Sastamala, Punkalaidun, Valkeakoski, Virrat, Ruovesi, Ylöjärvi, Tampere ja Orivesi. Lisäksi hankekumppaneina toimivat Luona Hoiva Oy, Pirkanmaan Senioripalvelut Oy ja Tampereen Kaupunkilähetys ry. (Pirkanmaanliitto, n.d.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen kanssa.

## **2 PALVELURAKENNE ASIAKASOHJAUKSEN NÄKÖKULMASTA**

### **2.1 Asiakasohjauksen taustaa**

1990-luvulla laitospaikkojen vähentyessä koettiin ongelmaksi kotipalvelutyön kehittäminen. 1990-luvun loppupuolella alettiin avohuoltoa kehittämään kotihoidoksi. Tämän jälkeen toimintaa ohjaamaan ovat tulleet muun muassa laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus (2001), terveyden-

huoltolaki (1326/2010) sekä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012). Myös kotihoidon henkilöstön kouluttautumista on kehitetty luoden uusia koulutusmuotoja. (Ikonen, 2015, s. 54-55) Uusin sosiaali- ja terveystalvvelministeriön laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi on julkaistu vuonna 2017.

Toimivan hyvinvointiyhteiskunnan näkökulmasta katsottuna hyvä elämä koostuu esimerkiksi sosiaalisista etuuksista, palvelujärjestelmän toimivuudesta, palveluiden saatavuudesta ja niiden laadusta sekä asiakkaiden saamista myönteisistä kokemuksista (Aaltonen, Henriksson, Tiilikka, Valokivi, Zuchner, 2014, s. 245). Ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaa suuri määrä erilaisia lakeja. Heinäkuussa 2013 on astunut voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Toiselta nimeltään lakia kutsutaan vanhuspalvelulaksi. Lain on määrä huolehtia siitä, että kaikki vanhukset saavat yhdenvertaisesti ja vanhusta itseään kuunnellen tarvitsemaansa hoitoa ja huolenpitoa laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvvelujen avulla. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 1:1 §)

Vanhustenhuollon tavoitteena on laitoshoitopaikkojen vähentäminen, avopalveluiden kehittäminen sekä ikääntymisestä huolimatta mahdollisimman pitkään kotona selviäminen erilaisin tukikeinoin (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 19). Vuonna 2017 ilmestynyt uusi versio Sosiaali- ja terveystalvvelministeriön sekä Suomen Kuntaliiton yhdessä tekemästä laatusuosituksesta on tarkoitettu iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien, yhteistoiminta-alueiden sekä maakuntien päättäjille. Sitä voivat hyvin käyttää hyödyksi oman toimintansa suunnittelussa ja arvioinnissa myös esimerkiksi kolmannen sektorin toimijat, sosiaali- ja terveystalvvelalan ammattilaiset sekä sosiaali- ja terveystalvveluiden tuottajat. Sen tarkoituksena on turvata ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista ja kannustaa kotiin annettavien palvelujen lisäämisessä laitoshoitopaikkojen samalla vähentyessä. Tarkoituksena on myös riittävän osaamisen ja henkilöstömitoituksen varmistaminen. Tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen vanhuus ja tarvittavat palvelut sen saavuttamiseksi sekä tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. (Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö, 2017, s. 7-8)

Kun ikää tulee lisää, joudutaan usein tilanteeseen, jossa ikääntynyt ei enää selviä arkisista asioista ilman toisten ihmisten apua. Tällöin usein pyydetään ammattilaisia arvioimaan tilannetta kotona ja selvittämään, mitä palveluita tai tukitoimia tarvittaisiin, jotta kotona pärjääminen mahdollistuisi jatkossa. Myös sosiaalihoitolaki velvoittaa kuntia tekemään tarvittaessa ikääntyneille palveluntarvetta arvioivan kartoituskäynnin. (Autio & Heikkilä, 2013, s. 15)



Ikääntyneiden palveluntarpeet ovat vaihtelevia ja usein kotona asumisen turvaamiseksi tarvitaankin monimuotoisia palveluita aina kevyestä kodinhoidollisesta avusta runsaisiin sairaanhoidollisiin palveluihin. Kotihoidon ja asiakasohjauksen tavoitteena on koota kaikille sopivat palveluntuottajien palvelupaketit vastaamaan jokaisen henkilökohtaisia tarpeita. (Heinola, 2007, s. 9)

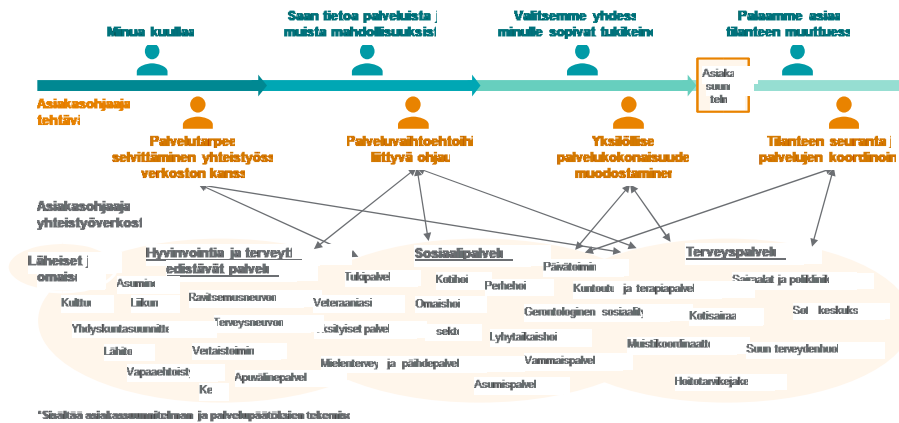
## 2.2 Asiakasohjauksen suhde muihin läheisiin sosiaali- ja terveystalveluihin

Keskitetty alueellinen asiakas- ja palveluohjaus (KAAPO) on luotu neuvonnan ja ohjauksen, palveluntarpeen selvittämisen ja asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoinnin toimintamalli. Tavoitteena on olla tukena arjen kotona pärjäämisessä asiakasta kuunnellen ja yksilökohtaisesti hänen tarpeensa tunnistuen. Tavoitteena on tarjota tietoa ja ohjausta oikea-aikaisesti sekä yksilöllisen tarpeen mukaisia palveluita koordinoituna kokonaisuutena. Kaapon avulla voidaan myös ennaltaehkäistä vaikuttavampien palveluiden tarvetta jo varhaisessa vaiheessa sekä toteuttaa parempaa palvelujen kohdentamista palveluntarpeen kasvaessa. (Mäki-Hallila, Tirronen, Laine, Ollinpoika, Kannisto, Saloranta, Luosmala, Hakkarainen, Aho, Kallio, Tupala, Nikoskinen, Kaarnasaari & Päivärinta, 2018, s. 6)

Asiakasohjauksen kautta asiakkaalla on mahdollisuus laaja-alaisiin palveluihin. Sen avulla saadaan turvattua asiakkaan selviytyminen muuttuvissa elämäntilanteissa asiakkaan tarpeen mukaisia ratkaisuvaihtoehtoja käyttäen. Asiakasohjaajan rooli on erittäin tärkeä hänen koordinoidessaan asiakkaan palvelujen tarvetta ja kohdistuessaan asiakas oikean palvelun piiriin asiakassuunnitelman mukaisesti. (Ikäneuvo, 2018a)

Tiedon jakaminen tai henkilökohtaisempi neuvonta riittää suurimmalle osalle väestöstä. Esimerkiksi lähitorit ja neuvontapuhelin tarjoavat matalan kynnyksen ohjausta ja neuvontaa. Osa kuitenkin tarvitsee henkilökohtaisempaa neuvontaa ja oman palvelukokonaisuutensa koordinoitua. Tällöin tarvitaan asiakasohjaajaa koordinoimaan kokonaisuutta. (Mäki-Hallila ym., 2018, s. 6)

Tarpeen mukaan asiakas voidaan ohjata hyvinvointia tukevien avointen palveluiden piiriin, kuten esimerkiksi vapaaehtois- ja järjestötoimintaan. Myös yksityisten palveluntarjoajien mahdollisuudet kartoitetaan. Mahdollisuutena on myös erilaiset kotiin tarjottavat palvelut, jotka mahdollistavat kotona asumisen. Tällaisia ovat esimerkiksi kotikuntoutus, kotihoito sekä erilaiset tukipalvelut. (Ikäneuvo, 2018a) Kelon ym. (2015, s. 85) mukaan tukipalveluina voidaan käyttää muun muassa peseytymisapua, ateriapalvelua tai siivouspalveluita. Tukipalveluita tarjoavat runsaasti esimerkiksi erilaiset yksityiset yritykset, joista asiakas voi valita mieleisensä. Kuvassa 1 esitellään asiakasohjaajan tehtäviä sekä mahdollisia tukipalveluita.



Kuva 1. Asiakasohjaajan tehtävät Ikäneuvo-hankkeen kuvaamana (Ikäneuvo, n.d.).

Tarpeen mukaan asiakkaille tarjotaan myös tuetumpaa asumismuotoa tai laitoshoidon, jos kotona asuminen ei enää onnistu. Asiakas itse, omaiset tai myös palveluntarjoaja sekä hoitolaitokset, johon asiakas saattaa joutua potilaaksi, voivat olla aina yhteydessä asiakasohjaukseen, jos asiakkaan elämäntilanne muuttuu. (Ikäneuvo, 2018a) Tarvittaessa asiakas voidaan ohjata myös vertaistuen piiriin. Vertaistukea tarjoavat erilaiset potilasjärjestöt; esimerkiksi mielenterveysseuralla on saatavilla vertaistukiryhmiä helpottamaan sairauden kanssa selviytymistä. (Iivanainen & Syväoja, 2016, s. 567-568)

Asiakasohjaus mahdollistaa myös yhdenvertaisuuden toteutumisen palvelujen suhteen. Yhteiset palvelujen myöntämiskriteerit sekä samansuuntainen palvelujen sisältö koko lähialueella tukevat palvelujen yhdenvertaisuutta. Palvelujen toteuttamistavoissa voi tulla eroavaisuuksia, sillä asiakkaiden tarpeet sekä heidän toiveensa eivät aina ole yhdenmukaisia ja palveluntuottajia on monia. (Mäki-Hallila ym., 2018, s. 12)

Palveluiden tarjoaminen kotiin on lisääntynyt merkittävästi viimeisen 10 vuoden aikana, kotihoito ollessa ikääntyneiden yleisin sosiaalipalvelu (Kelo ym., 2015, s. 83). Noin 11,3 prosenttia koko maan yli 75-vuotiaista saavat kotihoitoa palveluita (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2018). Kotihoito on koti- ja sairaanhoitopalvelujen kokonaisuus kattaen myös erilaiset tukipalvelut kotona selviytymiseen. Kotihoito auttaa eri-ikäisiä kotona asuvia avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Vaikka kotihoitoasiakkaita suurin osa on ikääntyneitä, voi kotihoitoa palveluita saada esimerkiksi sairauden, vammaisuuden tai muutoin heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. (Ikonen, 2013, s. 15, 19)

Tammi (2015, s. 317) on Yhteiskuntapolitiikka -lehden pääkirjoituksessa pohtinut, kuinka niukasti on saatavilla tutkimustietoa siitä, miten laitoshoidon väheneminen on vaikuttanut kuntien asumis- ja hoivapalveluiden kehittämiseen. Tammen (2015, s. 317) mukaan Kokko ja Valtonen (2008)

ovat havainneet vuosien 1995-2005 laitospaikkojen vähentymisen olleen yhteydessä tehostetun palveluasumisen paikkojen lisääntymiseen, mutta puolestaan kotihoidon palveluihin ei selkeää yhteyttä löytynyt. Samansuuntaiseen tulokseen tulivat omassa 2000-2013 toteutetussa tutkimuksessaan myös Blomgren ja Einiö (2015, s. 344). He totesivat, että edellä mainitun vuosien 1995-2005 tutkimuksen mukaisesti säännöllisen kotihoidon piirissä olevien osuudet eivät olleet myöhemmälläkään tarkastelujaksolla systemaattisesti muuttuneet laitoshoidon vähentyessä.

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää etenkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden, ikääntyneiden sekä lasten ja nuorten selviytymisen tukemisessa. Tällöin esimerkiksi juuri palveluohjaaja voi koordinoida asiakkaan tarpeiden kokonaisuutta. Kun palveluntarve huomataan ajoissa ja tarvittavat tukitoimet käynnistetään oikea-aikaisesti, on ongelmiin mahdollista löytää ratkaisut ennen niiden pahentumista. (Hänninen, 2007, s. 12)

### 3 PALVELU- JA ASIAKASOHJAUS

#### 3.1 Palvelu- ja asiakasohjaus käytännössä

Palveluohjaus (case/care management / managed care) on tuttu termi etenkin Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa, mutta myös ympäri Eurooppaa sekä Australiaa. Alkujaan ensimmäistä suomalaista palveluohjausta koskevassa tutkimushankkeessa termi case management suomennettiin yksilökohtaiseksi palveluohjaukseksi. Myöhemmin sana yksilökohtainen jätettiin pois ja termiksi vakiintui palveluohjaus. Kansallisen tason asiakirjoissa palveluohjaus mainitaan ensimmäisen kerran vuonna 1999. (Salmi, 2013, s. 8-9)

Ohjauksella on tarkoitettu useita eri asioita riippuen aikakaudesta ja teoreettisten, filosofisten sekä yhteiskunnallisten ja ammatillisten tekijöiden vaikutuksesta. Aiemmin on kiinnitetty erityistä huomiota asiantuntijuuteen ohjauksen peruspilarina. Tällä hetkellä korostetaan asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaan ja ohjaajan vastuullisuutta sekä heidän välillään jaettua asiantuntijuutta. Ohjaajan tulee muistaa, että asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija ja ohjaajan asiantuntijuus liittyy ohjauksen menetelmiin ja oppimiseen. Ohjaajan tulee asiantuntijana auttaa kokemusten käsittelyssä, erilaisten toimintatapojen etsimisessä ja toteuttamisessa sekä resurssien käyttämisessä ja ongelmien ratkaisemisessa. (Kynäs & Hentinen, 2009, s. 77-78)

Vaikka palveluohjauksen juuret Suomessa ulottuvat jo 1990-luvulle, on vasta 2000-luvulla alkanut muodostua sen käsitteellinen ydin. Määritelmän kehittymistä on hidastanut se, että sen eri ulottuvuudet eivät ole niin helposti koottavissa saman määritelmän alle. Tällä hetkellä palveluohjauk-

sen katsotaan koostuvan kolmesta mahdollisesta työtteesta. Ensimmäinen niistä on asiakkaan neuvonta ja/tai ohjaus eli perinteinen palveluohjaus. Toisena työtteenä saattaa olla voimavarakeskeinen, asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja tukemista korostava palveluohjaus. Kolmantena voidaan vielä eritellä yksilökeskeinen palveluohjaus, joka on intensiivisempi palveluohjauksen muoto koskettaen hankalammassa elämäntilanteessa olevia asiakkaita. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas, 2011, s. 33)

Samoista kolmesta työtteesta kirjoittaa myös Hänninen (2007, s. 14) teoksessaan *Palveluohjaus*. Hänen mukaansa näitä kolmea työtettä voidaan käyttää saman asiakkaan hoitopolussa valiten aina tarkoituksenmukaisin vaihtoehto. Jos asiakas ei saa tarpeeksi apua pelkän neuvonnan keinoin, voidaan avuksi ottaa palveluohjauksen menetelmät, jossa joku ennalta sovittu henkilö koordinoi asiakkaalle tarpeelliset palvelut. Mikäli tarvitaan vieläkin enemmän apua, monipuolista tukea tai rinnallakulkijaa, saadaan eniten tuloksia intensiivisemmällä yksilökohtaisella palveluohjauksella.

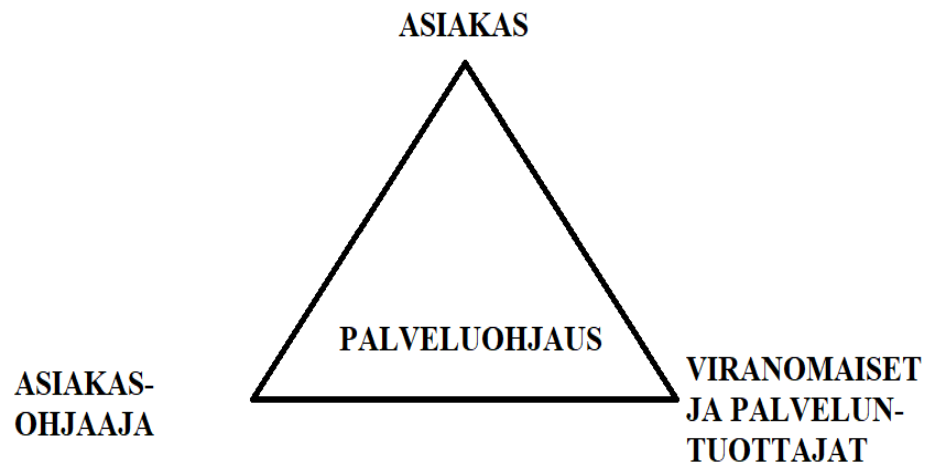
Salmisen (2013, s. 8) mukaan Ala-Nikkola ja Sipilä (1996) esittävät, että palveluohjauksen avulla pyritään sovittamaan asiakkaiden palvelut yhteen entistä paremmin, jotta palveluita pystytään kohdentamaan tarkemmin niitä tarvitseville. Palveluohjaus on prosessi, joka pyrkii selvittämään ihmisten yksilölliset palveluntarpeet ja yhdistää ne asianmukaisesti palveluihin.

Keskeiset neljä ajatusta ovat:

- Palvelujärjestelmän yhteistyöongelmia ratkaistaan alhaalta käsin, aina ihmisen yksilöllisestä tilanteesta lähtien
  - Asiakkaalle nimetään palvelujen valinnassa auttava pysyvä vastuuhenkilö
  - Päätökset tehdään mahdollisimman lähellä asiakasta
  - Vastuuhenkilö arvioi tilannetta ja tekee muutoksia palvelukokonaisuuteen, jos muutostarvetta tulee
- (Ala-Nikkola & Sipilä, 1996, Salmisen, 2013, s. 9 mukaan)

Palveluohjaus on neuvontaa ja ohjausta, joka tähtää asiakkaan hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen. Se koostuu vanhustyön palveluista, hyvinvoinnin edistämisestä sekä erilaisista etuuksista tiedottamisesta. Sen avulla tuetaan asiakkaan itsehoitoa ja omaehtoista terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Pääasiassa palveluohjauksen asiakaskunta on ikäihmisiä, heidän omaisiaan tai ikäihmisten kanssa työskenteleviä henkilöitä. Monessa kunnassa toimii palveluohjaaja, johon voi tarvittaessa joko asiakas itse, hänen omaisensa tai esimerkiksi hoitohenkilökunta ottaa yhteyttä asiakkaan toimintakykyyn tai omatoimiseen selviytymiseen liittyvissä asioissa. Palveluohjaaja tekee tarvittaessa kotikäyntejä. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 28-29)

Palveluohjaus voidaan nähdä kuvassa 2 esitettynä kolmiona, jonka yhdessä kulmassa on asiakas, toisessa asiakasohjaaja ja kolmatta kulmaa edustaa viranomaiset sekä eri palveluntuottajat (Suominen, 2010, s. 23).



Kuva 2. Palveluohjauksen kolmio Suominen (2010, s. 23) mukaan

Palveluohjauksella on pyritty vastaamaan liian pirstoutuneeseen ja erikoistuneeseen auttamisjärjestelmään, jossa ei aina ole selvillä, kenen on kokonaisvastuu asiakkaan hoidosta. Palveluohjaus perustuu asiakkaan kohtamiseen ja itsenäisen toimimisen tukemiseen. Tukemisessa yhdistyy asiakkaan, hänen läheistensä, asiakasohjaajan sekä muiden asiantuntijoiden voimavarat. (Suominen & Tuominen, 2007, s. 5, 13) Mäki-Hallila ym. (2018, s. 7, 12) kertovat asiakasohjauksen olevan viimekädessä vastuussa asiakkaidensa saamien palveluiden laadusta, niiden oikea-aikaisuudesta sekä niiden kustannuksista. Laadun varmistamiseksi onkin suunniteltu hyväksymismenettely, jonka avulla palveluntarjoajia otetaan mukaan hallitusti. Ennalta luotuja kriteerejä hyväksi käyttäen pystytään huolehtimaan, että palveluntuottajat toimivat vastuullisesti sekä, että palvelujen käyttö on turvallista.

Kyngäksen & Hentisen (2009, s. 77-78) mukaan asiakasohjaus rakentuu asiakkaan omien oppimistarpeiden perustalle. Oleellista on hänen oma sitoutumisensa hoitoon sekä aktiivinen hyvien ja itselle sopivien toimintatapojen etsiminen. Asiakasta ei voida väkisin sitouttaa omaan hoitoonsa. Häntä tulisi kannustaa sovittamaan uusi tieto aiempaan tietopohjaansa ja sitä kautta soveltamaan sitä osana omaa oppimistaan ja hoitamistaan. Tiedon avulla on mahdollista ratkaista erilaisia hoitoon liittyviä ongelmia ja sitä kautta saamaan enemmän vastuuta omien tavoitteidensa saavuttamisesta ja hoitoonsa sitoutumisesta. Esimerkiksi Myllymäen (2014, s. 43) gradun tuloksissa korostuu se, että vanhusten kokemus omatoimisuudestaan ja selviytymisestään lisäävät hänen kokemustaan itsemääräämisoikeutensa

toteutumisesta sekä itseluottamustaan. Tämän vuoksi vanhuksen omatoimisuuden tukemista tulisikin korostaa.

Laadukkaaseen asiakasohjaukseen katsotaan kuuluvan asiakkaan tukeminen tiedollisesti, emotionaalisesti sekä konkreettisesti. Tiedollisesti asiakkaan tukeminen on esimerkiksi sitä, että hänelle kerrotaan ymmärrettävästi oleelliset tiedot hänen sairaudestaan sekä hoidostaan sekä se, miten hyvin hän on ottanut kyseiset tiedot käyttöönsä ja hyödyntää olemassa olevia valmiuksiaan omahoidossaan. Emotionaaliseksi tueksi katsotaan kaikki se, miten asiakasta avustetaan omien tunteidensa käsittelyssä niin, että hoito ei häiritse hänen arkipäiväistä olemistaan. Konkreettinen tuki puolestaan käsittää kaikki erilaiset apuvälineet, hoitotarvikkeet ja taloudelliset asiat tukineen. (Kyngäs & Hentinen, 2009, s. 76)

Van Durmen, Schmitzin, Césin, Anthierensin, Maggin, Delyen, De Almeida Mellon, Declecq, Macq, Remmenin, & Aujoulatin (2015, s. 6) belgialaisessa tutkimuksessa katsotaan toimivan palveluohjauksen ominaisuuksia olevan toimiva palveluiden suunnittelu ja organisointi, yhteisöjen välinen yhteistyö, työvoiman soveltuvuus, palvelumaksujen asianmukaisuus, näyttöön perustuvien käytänteiden toteuttaminen sekä palvelun laadunarviointi.

Australialaistutkimuksessa oleellista palveluohjauksen tavoitteiden saavuttamisessa olivat organisaation resurssien rajallisuus ja epäsuotuisat menettelytavat, asiakkaan päätökset, jotka vaarantavat hänen terveytensä ja hyvinvointinsa sekä työntekijöiden työsuhteen pituus ja heidän työkokemuksensa. Oleellista oli, että asiakkaan, organisaation ja palveluohjaajan tavoitteet olivat yhteneväisiä. Tärkeimmiksi tavoitteiksi koettiin elämänlaadun parantaminen, palvelunlaadun parantaminen, palvelujen saavutettavuus sekä hoitokotiin joutumisen välttäminen. (You, Dunt, & Colleen, 2016, s. 56-57)

Vuosina 2011-2013 toteutettu Väli-Suomen Ikäkaste II -hanke keskittyi esimerkiksi ikäihmisten resursseja ja osallisuutta tukevaan neuvontaan, heidän terveyttään ja hyvinvointiaan edistäviin palveluihin sekä palveluntarpeen arviointiin ja palveluohjaukseen (Lehtimäki & Hämäläinen, 2013, s. 6). Ikäkaste II -hankkeen tavoitteena oli kehittää ikäihmisten terveydestä ja hyvinvoinnista tiedottamista (ikäneuvotoimintaa), juurruttaa hyväksi todettuja sekä kehittää uusia malleja asiakasohjausprosessiin ja palveluntarpeen arviointiin niin, että asiakas saa tarvitsemansa palvelut hyvinvointiaan tukemaan ja edistämään. Lisäksi pyrittiin kehittämään hyvinvointia edistävien kotikäyntien sisältöä ja niiden raportointia sekä painottamaan etsivän työn keinoja ja ennaltaehkäisevää työtettä. (Lehtimäki & Hämäläinen, 2013, s. 7)

Toteutuneen Ikäkaste II -hankkeen myötä on voitu huomata, että uusia palveluohjauksen keinoja on otettu käyttöön sekä toteutetaan hyvinvointia tehostavia kotikäyntejä. Oletuksena oli, että projektin myötä tullaan

syrjäytymisriskiin puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja hankkeen aikana onkin ennaltaehkäisevää toimintaa kehitetty erilaisten tapaamisten keinoin. Saatavilla on myös palveluoppaita sekä palvelukeskuksissa on neuvontatilaisuuksia. (Lehtimäki & Hämäläinen, 2013, s. 7, 37)

Parhaimmillaan neuvonnan, palveluohjauksen ja asianmukaisen palvelukokonaisuuden avulla saadaan asiakkaan kotona pärjäämistä tuettua yhä paremmin ja sitä kautta ehkäistyä tai siirrettyä tämän joutumista raskaamman palveluntarpeen alaisuuteen (Heikkinen & Maksimainen, 2014, s. 22). Pirkanmaan Ikäneuvon asiakasohjauksen ajatuksena onkin, että asiakkaan tilanteeseen ja tarpeisiin räätälöity palvelukokonaisuus auttaa häntä pärjäämään pidempään kevyemmällä palveluilla (Ikäneuvo, 2018b, s. 6).

### 3.2 Palvelu- ja asiakasohjauksen tarve kasvaa

Suomen väestörakenne on muuttumassa. Ihmiset elävät yhä vanhemmiksi ja elintaso sekä hyvinvointi kasvavat. Edellisten runsaan sadan vuoden ajanjaksolla ihmisten elinikä on kaksinkertaisunut ja viimeisinä lähivuosikymmeninä eliniänodote on kasvanut huomattavasti. Vuoden 2012 tilastojen mukaan naisten elinikä oli 83,5 vuotta ja miesten 77,2 vuotta. Suhteellisesti eniten on pidentynyt yli 80-vuotiaiden elinikä. Noin 90 prosentilla yli 85-vuotiailla on jokin pitkäaikaissairaus, mutta se ei aina välttämättä heikennä henkilön toimintakykyä ja terveydentilaa. Monet kuitenkin tarvitsevat apua päivittäiseen selviytymiseensä. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 18)

Vaarama, Siljander, Luoma ja Meriläinen (2010, s. 131) ovat tutkimuksessaan havainneet, että 80 prosenttia suomalaisista kokee elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi, kunnes täyttävät 70-vuotta. Sen jälkeen enää 73 prosenttia kokee samoin. 80-vuotta täyttäneiden osalta luku on enää 57 prosenttia, tämä korostuu etenkin naisten keskuudessa. Voutilainen ja Tiikkainen (2009, s. 8) kuvaavat ikääntyneen toimintakyvyn kohenemisen ja terveyden vaikuttavan oleellisesti hänen itsenäiseen selviytymiseensä ja sitä kautta elämänlaadun parantumiseen sekä mahdollisuuteen toimia aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta eli ETENE (2008, s. 3-4) on kannanotossaan korostanut asiakkaan kohtelua yksilönä. Hoito kootaan asiakkaan omien tarpeiden ja toiveiden mukaisesti, hänen arvojaan ja näkemyksiään kunnioittaen. Hoito suunnitellaan terveydentila, toimintakyky ja sosiaalinen verkosto huomioon ottaen. Hoito tulee suunnitella kokonaisvaltaisesti ja riittävät resurssit huomioiden. Asiakkaalla on oikeus osallistua hoitoonsa ja päätöksentekoon, jonka tueksi hän tarvitsee tietoa erilaisista saatavilla olevista vaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksesta hoitoonsa liittyen.

Lindroos ja Tuomisto (2013, s. 18) ovat opinnäytetyössään kuvanneet Suonsivun, Mäkipään sekä Suomisen (2009) korostaneen sitä, että hoitoon

tulee aina olla ikäihmisen suostumus. Asiakkaan tulee saada tiedot, jotka ovat oleellisia hoidoista päätettäessä, mutta hänellä on halutessaan oikeus myös kieltäytyä hoidosta. Myös Mäki-Hallila ym. (2018, s. 7) korostavat asiakkaan valinnanvapautta sekä osallistamista omaan hoitoprosessiinsa.

Aaltosen, Forman, Rissasen, Raitasen sekä Jylhän (2010) mukaan monet yli 70-vuotiaat kokevat kahtena viimeisenä elinvuotenaan useita siirtymisiä kodin ja erilaisten sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien yksiköiden välillä (Aaltonen ym., 2014, s. 244-245). Voutilaisen ja Tiikkaisen (2009, s. 8) mukaan terveyden sekä toimintakyvyn muutosten ennaltaehkäisyllä ja varhaisella puuttumisella onnistutaan vaikuttamaan huomattavasti pitkäaikais-hoidon tarpeeseen.

Ikääntyvät ja heidän omaisensa tarvitsevat usein neuvontaa ja ohjausta liittyen ikääntymistä koskeviin sosiaalisiin ja terveydellisiin asioihin, riskienhallintaan sekä siihen, mitä, miten ja minkälaista tukea ja palveluita on mahdollista saada. Neuvontapalveluita antamalla voidaan lisätä terveyden ja toimintakyvyn lisäksi myös sosiaalista turvallisuuden tunnetta. (Voutilainen, 2009a, s. 117)

Keskitetyn alueellisen asiakas- ja palveluohjauksen (KAAPO) keinoin voidaan toteuttaa niin sanottua yhden luukun periaatetta asiakasta palvellessa. Yhdestä paikasta saa tarvittavat tiedot sekä palvelut ja asioiden hoitaminen aloitetaan yhden yhteydenoton perusteella. Tarvittaessa asiakas lähetetään asiakasohjaajan puheille kokonaisvaltaisen palveluntarpeen arvioinnin tekemistä varten. (Mäki-Hallila ym., 2018, s. 7,10) Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön (2017, s. 17) laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi kehottaa palveluohjauksen toteuttamiseen yhden luukun periaatteella.

Koposen (2013, s. 5) kertomana Chiun ja Newcomerin (2007) artikkelikat-sauksessa oli mukana 15 tutkimusta. Tavoitteena oli yksilöllisen palveluohjauksen keinoin tehostaa kotiutumista sekä vähentää riskiä uudelle sairaalajaksolle. Potilasta ohjattiin itsehoitoon sekä tehtiin kotikäyntejä ja puhelinkeskusteluita pian kotiutumisen jälkeen. Toimenpiteiden jälkeen voitiin osoittaa, että kahdeksan interventiota viidestätoista osoitti hoitaja-avusteisen yksilöllisen palveluohjauksen vähentäneen sairaalassa vietettyä aikaa sekä sairaalaan palaamista kotiutuksen jälkeen.

Ikäneuvon asiakasohjauskäsikirjan mukaan asiakasohjausta pyritään kehittämään aktiivisesti koko Suomessa. Asiakasohjauksen on katsottu olevan yksi vaikuttavimmista keinoista ikäihmisten tiedonsaantiin erilaisista palveluista sekä etuuksista. Asiakasohjauksen avulla on pystytty vaikuttamaan myös etenkin palvelujen aktiivikäyttäjien aikaansaamaan kustannusten kasvuun. (Mäki-Hallila ym., 2018, s. 3)

Asiakasohjauksen vaikuttavuutta on tutkittu muutamassakin ulkomaisessa tutkimuksessa. Asiakasohjauksen merkityksestä palveluiden käyttämiselle



on saatu varsin ristiriitaisia tutkimustuloksia. Esimerkiksi Sheaff, Boaden, Sargent, Pickard, Gravelle, Parker & Roland (2009, s. 88, 92) ovat Iso-Britanniassa todenneet, että palveluohjausprojektin myötä ei saatu aikaan säästöjä tai muutoksia palvelujärjestelmään. Sairaalakäyntien kokonaisuus pysyi samana, mutta toisaalta sairaanhoitajan koulutuksen omaavien palveluohjaajien lääkityksen aloittaminen sai aikaan joidenkin sairaalakäyntien väliin jäämisen. Myös Godwin, Gadag, Pike, Pitcher, Parsons, McCrate, Parsons, Buehler, Sclater & Miller (2016, s. 37) ovat Kanadassa todenneet, että palveluohjausinterventio ei vaikuta sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön.

Ristolainen, Tiilikainen & Rissanen (2018, s. 267) kertovat, että Giunta ja Cain (2015) ovat Yhdysvalloissa tutkineet, että palveluohjaus vaikuttaa terveyspalveluiden käyttöön; Ikäihmiset, jotka ovat olleet vähintään puoli vuotta palveluohjauksen asiakkaina ovat käyneet vähemmän sairaalajaksoilla. Myös Sandbergin, Kristenssonin, Midlövin & Jakobssonin (2015b, s. 80) ruotsalaistutkimus kertoo palveluohjausinterventio vaikuttaneen vähentävästi ensiapukäyntien määrään sekä käynteihin avoterveydenhuollon lääkärivastaanotolla. Ristolainen ym. (2018, s. 270) toteavat kirjallisuuskatsauksensa perusteella, että palveluohjaus vaikuttaa jonkin verran vähentävästi terveyspalveluiden käyttöön.

Iso-Britanniassa puolestaan Sheaff ym. (2009, s. 88) ovat esittäneet, että palveluohjauksen asiakkaat ja heidän omaisensa ovat todenneet saamansa ohjauksen edistäneen hoitoon pääsyä, lisänneen psykososiaalista tukea sekä parantaneen kommunikaatiota heidän sekä terveydenhuollon ammattilaisten välillä.

Sekä yhdysvaltalaiset Alkema, Wilber, Shannon & Allen (2007, s. 1643) että uusi-Seelantilaiset Parsons, Senior, Kerse, Chen, Jacobs, Vanderhoorn, Anderson (2012, s. 89) ovat todenneet palveluohjausinterventio vähentäneen kuolemanriskiä. Mutta toisaalta ensimmäisen tutkimuksen tulosten mukaan eroa kontrolliryhmän ja interventiota saaneiden välillä ei enää vuosi intervention päättymisen jälkeen ollut. Jälkimmäisen tutkimuksen mukaan myös riski joutua asumispalveluiden asiakkaaksi väheni, kun palveluohjausta toteutettiin perusterveydenhuollossa.

### 3.3 Asiakasohjauksen prosessi

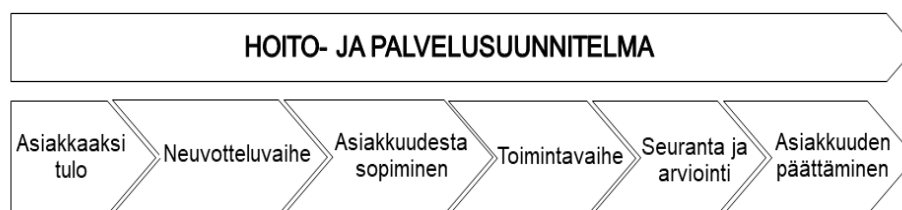
Ikäneuvo -hankkeen mukaan asiakkaan neuvontaprosessi voi käynnistyä esimerkiksi asiakkaan ottaessa yhteyttä maankunnan neuvontapuhelimeen tai kunnan lähitorille (Mäki-Hallila, 2017). Usein palveluntarpeen arviointi lähtee käyntiin myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen ottaessa yhteyttä asiakasohjaajaan ja pyytäessä asiakkaalle kotihoidon palveluita potilaan kotiutuessa (Ikonen, 2013, s. 69). Tarpeen mukaan siis esimerkiksi sairaalat voivat ottaa yhteyttä asiakasohjaukseen, jos katsovat heidän po-

tilaansa hyötyvän asiakasohjauksen tarjoamista ratkaisumalleista arjen ongelmien ratkaisemisessa. Myös omaiset voivat toimia yhteydenottajina itse asiakkaan sijaan. (Ikäneuvo, 2018a)

Edellä mainitut neuvontapuhelin ja lähitori tekevät alustavaa palvelun tarpeen arviointia ja siirtävät asiakkaan tarvittaessa asiakasohjauksen piiriin, jossa tarpeen mukaan käynnistetään asiakasohjauksen prosessi. Asiakas ohjataan oikean kunnan asiakasohjaajan palveluiden piiriin. Asiakasohjaaja voi joko ohjata ja neuvoa puhelimitse tai tehdä laaja-alaisen palveluntarpeen arviointiin keskittyvän kotikäynnin asiakkaan luo. Mahdollisesti uusi asiakkuus syntyy ja asiakasohjaaja päivittää palvelusuunnitelman, valmistelee palvelupäätöksen sekä koordinoi sovittujen palveluiden aloittamisen. (Mäki-Hallila, 2017)

Ikääntyvillä asiakkailla sekä kotihoidon työntekijöillä tulisi olla palveluopas tai kirjallinen palvelukatsaus, jossa esitellään ajantasaiset tiedot kunnan palveluista ja niiden sisällöstä. Samassa esitteessä tulisi olla myös tiedot palveluiden saannin ehdoista. Palvelujen suhteen tulee kunnan myös varmistaa se, että kuntalaiset saavat palvelut kohtuullisessa ajassa. (Päivärinta & Haverinen, 2006, s. 13)

Asiakkaan asiakasohjauksen prosessi voidaan katsoa koostuvan ohjauksesta, palveluntarpeen arvioinnista, palvelusuunnitelman tekemisestä sekä palvelujen koordinoinnista ja prosessin seurannasta (Ikäneuvo, 2018a). Lähdesmäki ja Vornanen ovat vuonna 2014 (s. 106) tehdyssä teoksessaan kuvanneet vaihe vaiheelta asiakkuutta ja hoito- ja palvelusuunnitelman muodostamista. Kuvassa 2 esitellään kyseisen teoksen mukainen malli aina asiakkaaksi tulemisesta asiakkuuden päättämiseen saakka.



Kuva 3. Hoito- ja palvelusuunnitelman muotoutuminen Lähdesmäen ja Vornasen (2014, s. 106) mukaan.

### 3.3.1 Asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi

Kun tarpeiden arviointi ja suunnittelu tehdään huolella, mahdollistetaan, että asiakas saa määrältään ja laadultaan sellaisia palveluita, joita hän sillä hetkellä tarvitsee (Ikonen 2013, s. 69). Asiakasohjaajan työhön kuuluu myös varmistaa, että palveluntuottaja saa tiedon aloitettavasta palvelusta tai palveluntarpeen muutoksesta (Mäki-Hallila, 2017).

Asiakkaan toimintakykyä voidaan arvioida havainnoimalla ja keskustelemalla hänen kanssaan sekä käyttämällä erilaisia mittareita. Arvioinnissa tulee ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon asiakkaan fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen sekä kognitiivinen toimintakyky. Mittareita käytettäessä niiden saamien tulosten yhdistelmä ja tulosten vertaaminen raja-arvoihin kertovat siitä, miten hankala tai vaikea-asteinen asiakkaan toimintavaje omassa arjessa selviytymisessään on. Tulosten perusteella tulee tunnistaa ja puuttua taustalla oleviin sairauksiin sekä olosuhteisiin. Arvioinnin tulos on kuitenkin aina yksilöllinen; se riippuu arvioijan, asiakkaan sekä asiakkaan omaisen vuorovaikutuksesta. (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen, 2011, s. 1)

lökkään ihmisen sekä hänen läheistensä näkemys tulee ottaa huomioon arvioitaessa iäkkään toimintakykyä ja terveyttä. Heidän mielipiteensä, ajatuksensa ja toiveensa tulee kuulla suunniteltaessa ikääntyneen hoitoa ja määriteltäessä toimintakyvyn parantamisen tavoitteita. (Kan & Pohjola, 2012, s. 46)

Hoidon/palveluntarpeen määrittelyssä kootaan yhteen tiedonkeruussa saadut tiedot, lääketieteelliset tiedot, erilaisilla mittareilla kerätyt tiedot sekä haastattelijan hoitopalaverissa tekemät havainnot. Samalla määritellään, mitä moniammatillista asiantuntemusta voidaan käyttää hyväksi asiakkaan toimintakyvyn turvaamisessa ja kuntouttamisessa. (Kan & Pohjola, 2012, s. 51) Asiakkaan palveluntarpeen arvioinnissa voidaan käyttää hyväksi erilaisia toimintakyvyn ja hoidon tarpeen arvioinnin mittaristoja esimerkiksi RAI-tietojärjestelmä. Sen avulla voidaan kasata yhteen asiakkaan henkilökohtaiset voimavarat sekä toimintakyky sen vajeineen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016) RAI:sta saatuja tuloksia voidaan käyttää asiakasohjauksessa samalla myös palvelujen myöntämistä ohjaavana kriteeristönä (Mäki-Hallila ym., 2018, s. 19).

Tiedonkeruu toteutetaan rauhallisessa ja kiireettömässä haastattelutilanteessa, jossa tulee olla riittävästi aikaa asioiden läpikäynnille ja kysymysten esittämiselle. Haastattelun aikana asiakasohjaaja havainnoi ja kirjaa asiakkaan toimintakykyä päivittäisissä asioissa. Mahdollisuuksien mukaan omaiset tulisi ottaa mukaan hoidon suunnitteluun jo heti prosessin alkaessa, mieluiten heti alkuhaastatteluun tai hoitokeskusteluun. (Kan & Pohjola, 2012, s. 48)

Asiakkaan toimintakyvyn heikentyessä tulee esiin erilaisia ongelmia, joiden ratkaisemiseen tarvitaan asiakkaan itsensä osallistumista ratkaisujen etsintään. Sopivien ratkaisujen etsinnässä tarvitaan yhteistyötahoiksi useita eri sektoreita edustavia ammattilaisia. Samaan suuntaan pyrkivässä ja yhteiseen ymmärrykseen perustuvassa moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan sosiaali- ja terveystieteiden eri ammattilaisten läsnäolon lisäksi myös asiakkaan omaa sitoutumista ja pyrkimystä kohti yhdessä asetettuja tavoitteita. (Lappalainen, 2014, s. 83-84)

Lappalainen (2014, s. 83-84) korostaa moniammatillisen tiimin eri tahojen sekä asiakkaan yhteistä ymmärrystä, jotta voidaan helpommin kartoittaa oman ja toisen ammattiryhmän osaamisen alueet sekä työnjaon tarpeet. Yhteisen ymmärryksen avulla tuetaan asiakkaiden osallistumista, voimaantumista ja itseymmärrystä oman elämänsä kokonaisuudesta. Se lisää myös ammattilaisten valmiuksia tukea ja osallistaa asiakkaita oman elämänsä asiakaslähtöiseen suunnitteluun.

### 3.3.2 Palvelusuunnitelman laatiminen osana asiakasohjaajan työtä

Ikääntynyttä henkilöä hoidettaessa tulee kaikessa toiminnassa tunnistaa ikääntyneen voimavarat ja toimintakyky. Komulaisen, Vuokon ja Mäkelän (2011, s. 12-13) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on potilaskeskeisyys. Potilaskeskeisyyden periaatteiden mukaan samassa suunnitelmassa tulisi olla lueteltuna kaikki potilaan terveysongelmat ja kaikki niihin suunnitellut tutkimukset, hoitotoimet, kuntoutus sekä niiden seurantasuunnitelma. Tavoitteena on myös asiakkaan voimaannuttaminen sekä hoidon jatkuvuuden takaaminen niin, että kaikki asiakasta hoitavat toteuttavat samaa suunnitelmaa organisaatiosta riippumatta. Erilaisia tietojärjestelmiä tulisi käyttää hyödyksi asiakkaan hoidon toteuttamisessa muun muassa rakenteisen kirjaamisen keinoin.

Hyvällä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisella sekä toteuttamisella pystytään parhaimmillaan tukemaan ikääntyneen toimintakykyä päivittäisessä arjessa. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 107) Palveluohjauksen ja palvelusuunnitelman avulla voidaan parhaimmillaan myös tunnistaa ja lievittää asiakkaan yksinäisyyttä (Jansson & Lahtela, 2017, s. 246). Hoito- ja palvelusuunnitelmaa voidaan kutsua myös asiakassuunnitelmaksi (Mäki-Hallila ym., 2018, s. 14).

Moniammatillisesti tehtävä hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan kaikille asiakkaille henkilökohtaisesti ja kirjallisesti. Se on kokonaisvaltainen hoidon suunnitelma, johon kirjataan ylös varsinaisen hoidon suunnittelun lisäksi kaikki kotona asumista tukevat palvelut esimerkiksi kotiavun, kaupapalvelun ja ateriapalvelun aikataulut. Suunnitelmaan kirjataan myös tukiverkoston mahdollinen osallistuminen hoitoon. (Kan & Pohjola, 2012, s. 46-47) Toimintakykyä tukeva hoitosuunnitelma on käytännön työväline asiakasta hoitavalle hoitohenkilökunnalle. Konkreettinen suunnitelma ohjaa hoitajaa tukemaan asiakkaan arkea, toimintakykyä ja päivittäisistä askareista suoriutumista. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 107) Palvelusuunnitelmaa toteuttavat mahdollisen hoitajan lisäksi myös muut, jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon. Asiakkaan suostumus kuitenkin vaaditaan. (Kelo ym., 2015, s. 79)

Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa nivoutuvat asiakkaan toiveet, tarpeet ja odotukset yhteen moniammatillisen yhteistyön sekä monimuotoisen palvelujärjestelmän kanssa (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 106-107). Asiakasohjaaja sekä mahdolliset hoito- ja palvelusuunnitelmaa

toteuttavat muut tahot ohjaavat asiakasta näkemään laajasti erilaisia vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia, joilla asiakkaat voivat hoitohenkilökunnan tukemina parantaa tai ylläpitää omaa toimintakykyään (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 108).

Suunnitelma koostuu tiedonkeruusta, hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelusta sekä hoidon toteuttamisesta ja arvioinnista. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä kartoitetaan mahdollisimman tarkasti asiakkaan toimintakyky ja voimavarat. Niiden perusteella määritetään hoidon ja palvelun tarve sekä luodaan konkreettiset tavoitteet ja suunnitelma toimenpiteineen, jotta tavoitteisiin pääseminen mahdollistuisi. Samalla sovietaan arviointiaikatauluista ja -menetelmistä. Tietoa tulee kerätä koko hoitojakson ajan eikä vain alkuhaastattelussa. (Kan & Pohjola, 2012, s. 46-48)

Asiakkuuden alkaessa tutustutaan asiakkaaseen, hänen elämänsä ja elämänsä sekä nykyiseen elämäntilanteeseensa. Asiakkaan kanssa käydään läpi ehkäisevän työn mahdollisuuksia, keskustellaan toimintakyvystä sekä pohditaan arkea helpottavia apuvälineitä. Olisikin tärkeää, että hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään asiakkaan omassa tutussa ympäristössä. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 105-107) Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen vaikuttaa oleellisesti asiakkaan luonteenpiirteet, elämäntapa ja vuorokausirytmistö (Kan & Pohjola, 2012, s. 49).

Hoidon suunnitteluun vaikuttaa kaikki ennalta asiakkaasta kerätty tieto. Saatua tietoa on koottu yhteen ja voimavarojen sekä toimintakyvyn heikkouksia arvioiden priorisoidaan asiakkaan tarpeet, nimetään tarvittavat keinot ja luodaan asiakkuuden tavoitteet. Tavoitteet ovat asiakaslähtöisiä sekä pitkän että lyhyen aikavälin tavoitteita, jotka ovat konkreettisia ja mahdollisia saavuttaa. (Kan & Pohjola, 2012, s. 51-52) Hoidon tarpeet tulisi asettaa tärkeysjärjestykseen. Tarpeita ovat muun muassa asiakkaan tarvitsema ohjaus, kuntoutus, erilaiset palvelut sekä hoito. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 107)

Keinoja tavoitteiden saavuttamiseen voivat olla esimerkiksi apuvälineet, psyykinen tuki yksilölliseen hyvinvointiin ja mielialaan, sosiaalinen tuki harrastuksiin osallistumiseen sekä kotiin saatavat tukipalvelut (Heinola, 2007, s. 27). Jo pelkästään viriketuokioiden osallistuminen voi olla merkittävä tekijä ikääntyneen kotona selviytymiselle. Viriketoiminta tuottaa elämyksiä, yhdessä tekemistä sekä hyvää oloa. Se edistää ja tukee ikäihmisen eri toimintakyvyn osa-alueita. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski, 2013, s. 223)

Asiakkaan toiveiden ja odotusten lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmassa eritellään hänen kuntoutuksen ja palveluiden tarpeensa, suunnitelman tavoitteet sekä keinot ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 107). Halutessaan ikääntynyt voi liittää hoito- ja palvelusuunnitelmaansa toiveensa siitä, miten häntä hoidetaan, kun hänen tilansa jossakin elämänsä vaiheessa heikkenee. Kyläsen, Leppäahon &

Kuitunen-Kaijan (2018, s. 18) mukaan henkilö voi lisätä hoitosuunnitelmaansa toivomansa hoito-ohjeet siitä, miten häntä hoidetaan, kun hänen toimintakykynsä alenee siten, että hän ei enää pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden vuoksi. Hoitotahdon tekeminen auttaa hoitolinjausten tekemisessä sekä parantaa elämänlaatua.

Tavoitteena on, että asiakkaalle tulee kuva, että hänellä on mahdollisuuksia tehdä valintoja oman hoitonsa ja palveluidensa suhteen sekä vaikuttaa ja osallistua hoitonsa toteutumisen jatkuvaan arviointiin. Yhdessä asiakkaan ja tämän omaisten kanssa tehty suunnitelma myös vähentää riskiä väärinymmärryksille tai erilaisille tulkinnoille. (Päivärinta & Haverinen, 2006, s. 15)

Sote-uudistuksen seurauksena, vuoden 2019 alusta lähtien oli suunniteltu käytettävän asiakkaan palveluntarpeen perusteella laadittavaa suunnitelmaa, johon olisi kirjattuna kaikki asiakkaan tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä niiden tuottaminen ja toteuttaminen. Samalla oli tarkoitus varmistaa, että kaikki palvelut tulevat arvioiduksi kokonaisuutena. (Sote-sanasto, 2018)

Suunniteltiin, että asiakassuunnitelman laatisi asiakkaan oma sosiaali- ja terveyskeskus (eli sote-keskus) tai maakunnan liikelaitos yhdessä asiakkaan kanssa. Kaikille suunniteltiin tehtävän vain yksi, koko palveluketjun kattava asiakassuunnitelma, vaikka asiakas tarvitsisi sekä maakunnan liikelaitoksen että sote-keskuksen tuottamia palveluja. (Sote-sanasto, 2018) Ajatuksena oli, että kukin tuottaja omalta osaltaan täydentää, ylläpitää ja toteuttaa suunnitelmaa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018).

Asiakkaalle annetaan hoito- ja palvelusuunnitelma aina kirjallisena. Kirjallisesta suunnitelmasta tulee esiin sovitut palvelut; palvelujen määrä ja laatu sekä niiden alkamis- ja päättymisajankohta. Jos esimerkiksi kotihoidon palveluista tulee hylkäävä päätös joko kokonaan tai jonkun tietyn kohdan osalta, tulee hylkäämisen perusteet kirjata päätökseen. Asiakas voi halutessaan valittaa päätöksestä tai hakea siihen muutosta. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 105-106) Elorannan (2006, s. 52) gradun mukaan Ikaalisissa asiakkaille oli tärkeää se, että heillä on oma kirjallinen kappale hoito- ja palvelusuunnitelmastaan. Osa asiakkaista oli passiivisia ja osa aktiivisia oman suunnitelmansa laatimisessa. Aktiivisille asiakkaille oli erityisen tärkeää, että he saivat itse vaikuttaa omien suunnitelmiensa laatimiseen.

Asiakkaalle tulee antaa myös päätös perittävästä asiakasmaksusta. Asiakkaan maksut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevaan lakiin ja asetukseen. Kunnat päättävät säännösten sallimissa rajoissa asiakasmaksuista ja niiden määräytymisen perusteista. Ajatuksena on, että maksut ovat kohtuullisia, niin että ne eivät estä palvelujen piiriin hakeutumista. Kunnat voivat antaa palvelut joko maksutta, kaikille kunta-

laisille samalla maksulla tai maksu voi määräytyä tulojen tai perhesuhteiden mukaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, n.d.) Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa tuleekin kartoittaa myös asiakkaan taloudellinen tilanne. Finne-Soverin (2016, s. 76) mukaan tarvittaessa asiakkaalle voidaan hakea esimerkiksi Kansaneläkelaitokselta eläkettä saavan hoitotukea tai asumistukea, jos hänen tulonsa eivät riitä palveluiden kustannusten maksamiseen.

Ajantasainen, asiakaslähtöinen ja yhdessä asiakkaan kanssa ajatuksella laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma ehkäisee parhaimmillaan asiakkaan joutumista suunnittelemattomasti sairaalajaksolle sekä takaa palveluiden ja hoidon jatkuvuuden, vaikka palveluita tuottava yhteisö tai sen työntekijät vaihtuisivat (Päivärinta & Haverinen, 2006, s. 17-18).

Keipilä on vuonna 2006 Hyvinkäällä toteutetussa gradussaan huomionnut, että kahdeksasta haastateltavastaan neljä koki hoito- ja palvelusuunnitelman täysin vieraaksi. Yksi haastateltavista kertoi olleensa mukana tekemässä palvelu- ja hoitosuunnitelmaansa ja yksi kertoi olleensa sairaalassa hoitoneuvottelussa moniammatillisen tiimin kanssa. Kenelläkään ei myöskään ollut käytössään kirjallista versiota hoito- ja palvelusuunnitelmaansa. (Keipilä, 2008, s. 37-39)

Elorannan (2006, s. 51) gradun tuloksissa puolestaan tulee esille se, miten eri tavalla haastateltavat kokevat palvelu- ja hoitosuunnitelman. Osa kokee palvelu- ja hoitosuunnitelman olevan asiakasohjaajan tehtävä ja osa taas ajattelee sen olevan jotakin, joka luodaan yhteistyössä tai lähtevän hänestä itsestään. Joillekin se on tavoitteellista toimintaa, kun taas osa kokee sen olevan vain tehtävien asioiden kirjaamista. Osalle suunnitelman tekeminen oli erilaisten hakemusten täyttämistä, samalla kun osa koki sen olevan keskustelua omista suunnitelmistaan ja mahdollisuuksistaan. Samoin kuin Keipilä, myös Eloranta totesi, että osa asiakkaista ei tiedä mitään omasta hoito- ja palvelusuunnitelmastaan.

### 3.3.3 Asiakasohjaaja koordinoijana ja aloitetun toiminnan seuraajana

Selkeästi kirjallisena tehty ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma sekä palvelukokonaisuus selkiyttää kaikkien osapuolten keskinäisiä työn- ja vastuunjakoja, ehkäisee päällekkäistä työtä ja ennen kaikkea lisää asiakasturvallisuutta (Päivärinta & Haverinen, 2006, s. 18; Ikäneuvo, 2018b, s. 6). Asiakkaiden ja ammattilaisen yhteistä ymmärrystä tarvitaan etenkin kootessa palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmia yhdeksi kattavaksi kokonaisuudeksi, johon kaikki osapuolet ovat sitoutuneita. Yhdessä tekeminen luo edellytyksiä asiakkaan omannäköiselle osallistumiselle ja mahdollistaa omaa elämänhallintaa. (Lappalainen, 2014, s. 84)

Hoidon toteuttaminen korostaa entisestään moniammatillisen työryhmän sekä asiakkaan tukiverkoston merkitystä. Kaikki hoidon toteuttamiseen

liittyvä toiminta kohti asetettuja tavoitteita tulee kirjata ylös asiakkaan päivittäisiin merkintöihin, jotta niitä voidaan jatkossa arvioida ja toimintaa tarvittaessa muuttaa. Jos asetettuihin tavoitteisiin ei yrityksistä huolimatta päästä, tulee arvioinnista käydä ilmi ne syyt miksi tavoitteita ei saavutettu. Arvioinnin pohjalta luodaan uusia tavoitteita tai tarvittaessa muokataan sekä tarkennetaan aiempia tavoitteita. (Kan & Pohjola, 2012, s. 52, 56-57) Myös asiakassuhteen päättyessä tulee arvioida saavutettuja tuloksia sekä tehdyn työn vaikutuksia (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 107).

Ehkäisevän eli preventiivisen työn tavoitteena on hidastaa ikääntymisen vaikutuksia tukemalla toimintakykyä ja terveyttä, parantaa elämänhallintaa ja arjessa selviytymistä sekä parantaa sosiaalista kanssakymistä (Koskinen, 2009). Kuntoutuksen ja kuntoutumisen tavoitteena on, että iäkkäät ihmiset pärjäisivät omassa asuin- ja elinympäristössään mahdollisimman itsenäisesti, eläen täysipainoista elämää. Iäkkäät ihmiset tarvitsevat apua kuntoutumiseensa, jos heidän toimintakykynsä on syystä tai toisesta muuttunut esimerkiksi akuutin tai kroonisen sairauden tai toimenpiteen vuoksi. Iäkkään kuntoutuksella pyritään omatoimisuuden tukemiseen ja ylläpitoon kiinnittämällä huomiota jäljellä olevien voimavarojen käyttöön ja kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin. Kuntoutuksessa tulee systemaattisesti toteuttaa hoitotyön suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Kan & Pohjola, 2012, s. 46)

Jos katsotaan, että asiakasohjaaja on palveluntuotannon, esimerkiksi kotihoidon sijaan, ensikädessä vastuussa asiakkaan prosessin seurannasta, tulisi jokaisella asiakkaalla olla nimettynä oma asiakasohjaaja. Asiakkaalla on tällöin tieto, mistä hän voi parhaiten saada apua tai ohjausta tilanteiden muuttuessa tai kysymysten syntyessä. Seuranta voidaan ohjeistaa myös palveluntuotannon vastuulle. Tällöin asiakasohjaajan toimenkuvaan kuuluu tilanteeseen puuttuminen vain, mikäli asiakkaan toimintakyvyssä tai hänen palvelujen tarpeessaan tapahtuu suuria muutoksia, jotka saattavat vaikuttaa esimerkiksi asiakasmaksujen suuruuteen. (Mäki-Hallila ym., 2018, s. 14)

Kotihoidon sujuvuutta on Suomessa tutkittu jonkin verran. Esimerkiksi Keipilän (2008, s. 40) gradun mukaan haastateltavat ovat olleet harmissaan kotihoidon työntekijöiden jatkuvasta vaihtumisesta tai siitä, että työntekijät eivät tule kotikäynnille ennalta sovittuun aikaan. On koettu myös, että palveluntarve ei kohtaa saatavien palvelujen kanssa. Esimerkiksi yksi haastateltava kokee, että ei tarvitse juurikaan mitään kotihoidon palveluita, koska he eivät tee siivoukseen liittyviä töitä. Sykes ja Groom (2011, s. 55) ovat englannissa tehdyssä kotihoitoa ja ihmisoikeuksia koskevassa tutkimuksessaan todenneet kotihoidon asiakkaiden tunteneen turhautumista siitä, että työntekijöiden käyntien sisällöstä puuttui joustavuus. Vaikka ajatuksena on, että asiakkaat elävät omaan elämäänsä, he pystyivät vain vähän kontrolloimaan päivittäisiä toimia.



Asiakkaan saamien palveluiden määrää ja laatua ohjaavat lait, asetukset, valtakunnalliset tavoite- ja toimintaohjelmat, suositukset sekä muut vastaavat sosiaali- ja terveystieteelliset asiakirjat. Niiden mukaan laadukasta palvelutoimintaa on toiminta, joka on asiakaslähtöistä ja perustuu kattavaan palveluntarpeen arviointiin. Laadukkaassa toiminnassa edistetään toimintakykyä ja kuntoutumista yhdessä asiakkaan, omaisten ja eri palveluntuottajien kanssa hyödyntäen olemassa olevaa tutkimustietoa. Toiminta toteutetaan kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman tukemana ja sitä arvioidaan säännöllisesti. (Voutilainen, 2007, s. 14-15)

### 3.4 Asiakasohjaajan roolit

Virtanen ym. (2011, s. 18-19) kirjoittavat teoksessaan asiakaslähtöiseen toimintaan sisältyvän ajatuksen asiakassuhteiden jatkuvuudesta. Tähän tarvitaan kuitenkin sitä, että asiakas ja palveluntarjoaja toimivat yhteisymmärryksessä, jonka saavuttaminen vaatii palveluntarjoajalta asiakasymmärrystä (customer insight). Asiakasymmärrys koostuu muun muassa tarkasta tiedosta asiakkaasta ja hänen tarpeistaan sekä niiden todellista hyväksikäyttämistä apuna palveluiden kokoamisessa. Vastaavasti termiä asiakkaan palveluymmärrys (service insight) voidaan käyttää silloin, kun asiakas on tietoinen saatavilla olevista palveluista sekä siitä, että palveluiden tuottaja on asiakkaan kumppanina, jotta paras mahdollinen palvelukokonaisuuksa saadaan koottua kohtaamaan asiakkaan tarpeet. Heidän mukaansa asiakaslähtöisyys toteutuu vasta sitten, kun toiminto on toteutettu yhdessä asiakkaan kanssa eikä pelkästään häntä varten ja asiakkaan resursseja on hyödynnetty palveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa.

Palveluohjaajan rooli voi kielikuvallisesti olla joko matkatoimiston virkailija, matkaseuralainen tai matkaopas. Matkatoimiston virkailijana palveluohjaaja on asiantuntija. Hän ei osallistu käytännössä asiakkaan elämään vaan antaa ohjeita vaativissa tilanteissa. Asiakkaalta vaaditaan tällöin omaaloitteellisuutta ja hyvää toimintakykyä, jotta hän pystyy hakeutumaan tarvittaessa palveluohjaajan puolelle. Matkatoimiston virkailijana palveluohjaaja avustaa ihmisen matkalle, josta hän selviää itse. Palveluohjaajan toimiessa asiakkaan matkaseuralaisena, tämä on kumppani, johon matkaaja voi peilata kokemuksiaan ja jonka kanssa matkaaja voi punnita ja arvioida eri vaihtoehtoja. Asiakas saa uutta itseluottamusta, kun uusiin toimintamalleihin ja ratkaisuihin päästään yhdessä pohtien. Valmiita ratkaisumalleja matkakumppani ei anna, vaan yhdessä pohtimalla kasataan useista ratkaisumalleista toimiva kokonaisuus. Matkaoppaana toimiva palveluohjaaja puolestaan matkustaa asiakkaan mukana ja aavistaa ennakoon ongelmatilanteet ja auttaa asiakasta suojautumaan niitä vastaan tai löytää hänelle sopivat ratkaisukeinot. Opas tarjoaa kaikille asiakkailleen samaa pakettimatkaa, mutta osaa rakentaa kohteeseen erilaisia vaihtoehtoisia sisältöjä. (Suominen & Tuominen, 2007, s. 17)

Elorannan (2006, s. 59-60) gradun tuloksissa tulee esiin asiakkaiden antamat monet erilaiset roolit palveluohjaajalle ja palveluohjaukselle. Osa koki

tärkeää olevan erilaisten hakemuspapereiden täyttämisen, etenkin jos asiakas oli vaarassa menettää jonkin hänelle kuuluvan etuuden. Häntä pidettiin myös tiedonantajana, asioiden edistäjänä, tulkkina sekä asioiden yhteensovittajana. Käytännöllistä hakemusten täyttämistä tärkeämmäksi koettiin emotionaalinen tuki, toivon luominen ja sen korostaminen, että ei ole yksin. Palveluohjauksen kautta asiakkaat saivat myös uusia väyliä vaikuttaa ja osallistua yhteiskuntaan. Suomisen (2010, s. 18) mukaan asiakkaat arvostivat palveluohjaajien ammatillisuutta.

Suomisen ja Tuomisen (2007, s. 77-78) mukaan Socialstyrelsen (2005) on koonnut asiakkaiden ajatuksia palveluohjaajan roolista. Rooleja on eritelty muun muassa ystävänä, joka tarkoittaa sitä, että asiakasohjaaja on koettu olevan enemmän ystävänä, kuin ammattilaiskontakti. Osalle asiakkaista asiakasohjaaja on suojelusenkeli, jolta saa apua kriisitilanteissa tai opettaja, jonka avulla voi oppia hoitamaan erilaisia asioita. Osa asiakkaista ajatteli asiakasohjaajan olevan asianajaja, joka pitää heidän puoliaan tai hänen olevan heidän muistinsa.

Useammassakin lähteessä korostetaan asiakasohjaajan roolia asiakkaan rinnalla kulkijana. Käytännössä tämä tarkoittaa asiakkaan kuulluksi tuleamista ja hänen tarpeidensa kartoittamista yhdessä asiakkaan ollessa itse oman elämänsä asiantuntija. (Jansson ym., 2017, Janssonin & Lahtelan, 2017, s. 248 mukaan.) Piipposen (2012, s. 40) gradun mukaan palveluohjaajan tulee pystyä keskustelemaan suoraan, mutta hienovaraisesti asiakkaalle vaikeistakin asioista.

Piipposen (2012, s. 46) tuloksissa korostuu palveluohjaajan tuki ja kannattelu asiakkaan arjenhallintaan. Haastateltava koki saamansa tuen olevan tarpeeseen nähden asiallista ja empaattista, ilman liiallista hallintaa. Haastateltava koki saavansa lisää voimavaroja ja täten pystyi tekemään helpommin päätöksiä koskien omaa elämäänsä ja arkeaan. Toisaalta Piipposen (2012, 39) mukaan hänen haastateltavansa oli yhteydessä tietyn nimisen henkilön kanssa, mutta ei tiennyt saavansa palveluohjausta.

Myös Suomisen (2010, s. 23-24) tekemissä haastatteluissa korostuu palveluohjaajan rooli hoidon, hoitopaikkojen ja asiakkaan tarpeeseen sopivan erityistyöntekijän löytämisessä. Palveluohjaajan koettiin myös parantaneen asiakkaan ja viranomaisten yhteistyösuhdetta sekä vähentämään häpeän ja alemmuuden tunteita, jotka asiakkailla oli aiemmin liittynyt viranomaisten kanssa asiointiin. Palveluohjaajan apua on myös tarvittu asioiden selvittämisessä sekä haastateltavilta viranomaisten suuntaan että päinvastoin.

### 3.5 Ohjaamisen merkitys ja siinä huomioon otettavia asioita

Ohjauksen merkitys korostuu, koska hoitoajat ovat jatkuvasti lyhenemässä ja toisaalta asiakkaat osaavat vaatia yhä enemmän ja yhä laadukkaampaa

hoitoa. Tietokoneiden ja koulutustason mukanaan tuoma tiedonhaun helpottuminen vahvistaa asiakkaiden toimintaa oman hoitonsa subjektina ja vastuunkantajana. Ohjaustilanteen tulisi olla kiireetön. Huoneen tulisi olla valoisa ja mahdollisimman hiljainen. Ohjaajan tulisi istua samalla tasolla asiakkaan kanssa ja noin puolen metrin päässä asiakkaasta. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors, 2007, s. 12, 37-38)

Laadukas ohjaus edistää terveyttä ja toimintakykyä sekä hoitoon sitoutumista, kotona selviytymistä ja itsenäistä päätöksentekoa. Parhaimmillaan ohjaus parantaa mielialaa vähentäen ahdistusta ja yksinäisyyden tunteita. Laadukkaasti ohjauksen avulla asiakkaan tiedot karttuvat ja hän ymmärtää omaan hoitoonsa liittyviä asioita yhä paremmin. (Kyngäs ym., 2007, s. 145) Onnistunut ohjaus lisää asiakkaan elämänlaatua ja saattaa torjua erilaisia erikoissairaalahoitoa jälkeisiä sosiaalisten, fyysisten ja psyykkisten ongelmien kasaantumista (Kyngäs & Hentinen, 2009, s. 183). Toisaalta taas kanadalaistutkimuksen mukaan palveluohjausinterventiolla ei ole vaikutusta ikäihmisen elämänlaatuun (Godwin ym., 2016, s. 37).

Potilas tarvitsee useimmiten enemmän tietoa ja ohjeita, kuin mitä hoitaja ajattelee hänen tarvitsevan (Iivanainen & Syväoja, 2016, s. 316). Ohjauksessa tulee ottaa huomioon jokaisen asiakkaan yksilöllisyys, tarpeet ja emotionaalinen kokonaisuus. Ohjauksessa tulee huomioida asiakkaan voimavarat ja oppimiseen vaikuttavat tekijät. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 116) Ohjausmenetelmien valinta riippuu siitä, miten asiakas oppii parhaiten asioita. Ohjaajan tulee perehtyä asiakkaan oppimistyyliin tai mahdollisuuksien mukaan ehdottaa vaihtoehtoisia ohjaustapoja esimerkiksi visuaalisuuden tai musiikin avulla. (Kyngäs ym., 2007, s. 33-34) Jos asiakkaan tulee osata kotona toimia itsenäisesti esimerkiksi avanteen hoidossa tai insuliinien pistämisessä, on hyvä käyttää ohjaamisen apuna demonstraatiota ja käydä asiakkaan kanssa yhdessä tarkkaan läpi tarvittavat toimenpiteet vaihe vaiheelta (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist, 2012, s. 34).

Ohjaaja toimii asiakkaan käytössä olevana resurssina, joka luottaa asiakkaan kykyihin ja antaa vastuun omista toiminnoista. Ohjaaja tukee näin omatoimiseen ja aktiiviseen osallistumiseen, terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä toisaalta myös sairauden hoitoon. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 116)

Ohjaajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida ohjaustarpeita yhdessä asiakkaan kanssa (Kyngäs ym., 2007, s. 26). Ohjaaja on asiantuntija, joka kuuntelee asiakasta ja tukee häntä hänen omaa hoitoaan ja kuntoutumistaan koskevassa päätöksenteossa. Ohjauksessa korostuu dialoginen vuorovaikutus, jossa asiakas ja ohjaaja pyrkivät tasapainoiseen työskentelyyn, vastavuoroisuuteen sekä riittävään yhteisen ymmärryksen rakentamiseen. Tärkeitä osa-alueita ovat molemminpuolinen kunnioittaminen, kuunteleminen ja huomioonottaminen. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 118) Toimivan vuorovaikutussuhteen oleellisia osa-alueita ovat sekä asiakkaan että

ohjaajan aito läsnäolo, kiinnostus toisiaan kohtaan sekä kiireettömyys (Kyngäs & Hentinen, 2009, s. 98).

Yhteistyö rakentuu pitkälti arvostamiselle ja kunnioittavalle ilmapiirille. Ne mahdollistavat hyvän ja rakentavan vuorovaikutuksen. Arvostaminen on käytännössä ihmisyyden ja inhimillisen elämän arvostamista sekä tunteiden että kokemusten arvostamista. Ihmisen arvo ei ole kiinni onnistumisista tai epäonnistumisista ja jokaiselle tulisikin antaa sama arvo riippumatta elämänkatsomuksesta tai luonteesta. Työntekijän oma elämäkokemus saattaa joskus tuoda esiin vaikeitakin tunteita, kun oman elämän kipukohdat heräävät. Työntekijän tulee ottaa vastuu omista tunteistaan ja tarvittaessa pohtia, mitä tunteita hänessä herää ja miksi. (Mattila, 2007, s. 15, 17-18)

Myös Virtanen ym. (2011, s. 18) korostavat teoksessaan asiakaslähtöisyyden olevan muun muassa asiakkaan arvostamista hyvinvointivajeesta huolimatta sekä palveluiden järjestämistä asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakslähtöisen palvelutoiminnan tulisi olla vastavuoroista, joka edellyttää sitä, että asiakas ja palveluntarjoaja pohtivat yhteisymmärryksessä sitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan saatavilla olevien palvelumahdollisuuksia käyttämällä mahdollisimman hyvin tyydytettyä unohtamatta kuitenkaan kustannustehokkuutta.

Arvostuksen lisäksi toinen yhteistyön ja vuorovaikutuksen kulmakivi on luottamus. On tärkeää, että työntekijä on asiakkaan luottamuksen arvoinen. Luottamuksen osatekijöitä hoitotyössä ovat esimerkiksi vaitiolovelvollisuus, toimiminen asiakkaan parhaaksi sekä se, että työntekijä osaa työnsä sekä myös tekee sovitut asiat. Saavutetun luottamuksen säilyminen perustuu kunnioitukseen sekä ymmärretyksi tulemisen kokemukseen. Toki työntekijän tulee myös ymmärtää ja hyväksyä se, jos asiakkaalla ei olekaan tarpeeksi rohkeutta luottamiseen esimerkiksi aiempien elämäkokemuksensa vuoksi. (Mattila, 2007, s. 23-25)

Sen lisäksi, että asiakasohjaajan ja ohjattavan välillä tulisi olla luottamuksellinen suhde ja asiakasohjaaja tuntee asiakkaan elämäntilanteen, tulee hänellä olla menetelmällistä tietoa. Menetelmällisen tiedon avulla asiakasohjaaja osata selvittää miten eri tilanteissa tulee toimia ja miten niissä tulee edetä. Asiakasohjaajalla on suuri vastuu siinä, että hänen tulee tuntea eri palveluntuottajien sekä viranomaisten maailma ja samalla osata avata reittejä niin, että asiakkaan tarpeet tulee täytettyä ja asiat hoidettua. (Suominen, 2010, s. 17)

Etenkin ikäihmisillä on riskinä joutua vain seuraamaan omaa hoitoaan ja kuntoutumistaan samalla, kun hoitotyön ammattilaiset korostavat omaa merkitystään asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa (Teerikangas, 2017, s. 2). Asiakasohjaajan tulee olla työssään puolueeton ja ajaa asiakkaan asiaa. Suhde palveluntuottajiin sekä viranomaisiin tulee olla hyvä, muttei

kuitenkaan niin läheinen, että asiakasohjaaja vaikuttaisi olevan osa viranomaisten työntekijärakennetta samalla vaarantaen asiakkaan edun ajattelemisen. (Suominen & Tuominen, 2007, s. 21)

Eloranta (2006, s. 46, 48) kertoo tutkimuksessaan tulleen ilmi, että asiakaiden mielestä he eivät aina saaneet omaa ääntään kuuluviin palveluohjaajan tapaamisessa. Vuorovaikutuksessa oli ongelmia ja konflikteilta ei välttytty etenkin asiakasohjausprosessin alkuvaiheessa. Ongelmat johtuivat enemmän väärinymmärryksestä, kuin erimielisyyksistä toimintatavoissa. Luottamuksen saavuttaminen oli välillä hankalaa ja asiakasohjaaja koettiin viranomaisena, jolle on hankalaa puhua yksityisistä asioista.

Sillä, että asiakas kokee saavansa osallistua oman elämänsä hallintaan, autonomian kokemuksella ja psyyken eheydellä on merkitystä asiakkaan motivaatioon omahoidon toteuttamisessa. Autonomian kokemus liittyy siihen, miten asiakas suhtautuu itseensä, hyvinvointiinsa ja sitä koskeviin ohjeisiin. Kun asiakas on itsehoito-orientoitunut, kuuluu ohjeiden noudattaminen hänen jokapäiväisiin rutiineihinsa ja on osa hänen elämäntapaansa. Ohjaajan kyky ohjata ja keskustella tasavertaisesti, taito havainnoida ja kuunnella asiakasta on edellytys sille, että asiakas ymmärtää hänelle osoitetut ohjeet. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 116-117) Ohjaajan rohkeisuus vastuunottoon omasta hoidostaan on ensiarvoisen tärkeää, koska asiakas, joka tuntee olevansa riippuvainen hoitajasta eikä usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa, ei yleensä ota vastuuta omasta hoidostaan (Kynäs ym., 2007, s. 41).

Toisaalta Myllymäen (2014, s. 45) gradun tuloksissa tulee esiin se, että asiakas saattaa kokea kehotuksen liikkua toimintakyvyn ylläpitämiseksi uhkailuna. Haastattelussa vanhus on ollut sitä mieltä, että hän ei kyennyt tekemään jotakin asiaa, vaikka hoitajan ajatus oli, että vanhus ei halunnut tehdä sitä. Tämä sai vanhuksen kokemaan, että häntä ei kuunneltu ja että hänen näkemystään ei huomioitu. Myllymäen haastatteluaineiston mukaan asiakasta ei siis aina nähty oman elämänsä asiantuntijana, sillä aina ei otettu huomioon asiakkaan oikeutta päättää, milloin hänen toimintakykynsä on riittävä ja milloin ei.

Toisaalta Engeström, Niemelä, Nummijoki ja Nyman (2009, s. 11) kertovat Elorannan (2009) väitöskirjan tuloksissa esiintyvän sen, että kotihoidon työntekijät saattavat tehdä päätöksiä ja hoitoon liittyviä toimintoja asiakkaan puolesta, vaikka asiakkaat olisivat pystyneet näistä suoriutumaan itsenäisesti. Asiakkaat kokivat, että heidän toiveitaan ja ajatuksiaan ei oteta huomioon tai heidän omaa päätösvaltaansa ei kunnioitettu.

Asiakkaan tulee tulla tietoiseksi omasta toiminnastaan, jotta voi muuttaa toimintaansa parhaaksi katsomaansa suuntaan. Muutos edellyttää uuden näkökulman ja merkityksen löytämistä. Dialogisuus mahdollistaa sen, että asiakas selkiinnyttää itselleen omia tavoitteitaan keskustelussa ohjaajan

kanssa. Keskustelujen myötä asiakas kuulee myös mielipiteitä ja uusia toimintavaihtoehtoja, joita hän ei välttämättä ole itse aiemmin ajatellut. Nämä uudet toimintavaihtoehdot tulee punnita vanhojen vaihtoehtojen rinnalla kera hyvien ja huonojen puolien. Pikkuhiljaa asiakkaalle syntyy ratkaisu, jonka hän kokee omalta kohdaltaan parhaaksi kyseisessä tilanteessa. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 118, 122)

Asiakkaan motivaatiossa oleellista on selkeän tavoitteen asettaminen ja sen tavoittamisen onnistumismahdollisuus. Tavoite olisi hyvä kuvata konkreettisesti. Myös ohjaajan motivaatio vaikuttaa oleellisesti ohjauksen onnistumiseen. Asiakkaat toivovat ohjaajaltaan etenkin aloitteellisuutta ohjeiden antamisessa, koska tiedonpuute saattaa vaikeuttaa oleellisesti heidän ratkaisujaan tai päätöksentekoaan. (Kyngäs ym., 2007, s. 32) Ohjauksessa on muistettava, että ohjattavan historia, aiemmat kokemukset ohjauksesta tai omasta sairaudestaan vaikuttavat siihen, miten asiakas suhtautuu ohjaukseen. Erilaiset uskomukset ja mieltymykset tulee ottaa huomioon. (Kyngäs ym., 2007, s. 33)

Varsinaisia ohjaustapoja löytyy kirjallisuudesta useampiakin. Kyngäs ym. (2007, s. 43) on teoksessaan esittänyt Cokmanin ym. ohjaustavoista hyväksyvän, konfrontoivan ja katalysoivan tavan ohjata asiakasta. Hyväksyvässä tavassa hoitaja kuuntelee ja nyökyttelee, muttei osallistu, kuin pyytämällä tarkennuksia. Kyseistä tapaa käytetään asiakkaan tunteiden ollessa pinnalla. Konfrontoivaa tapaa käytetään osoittamaan erilaisia ristiriitoja asiakkaan puheessa ja teoissa. Katalysoivaa tyyliä käytetään, kun halutaan selkeyttää ohjattavan tilannetta avointen kysymysten avulla. Tavoitteena on asiakkaan oman informaation selkiyttäminen päätöksentekoa varten.

Kuten muutakin toimintaa, tulee myös ohjausta arvioida koko ajan. Asiakkaan kanssa yhdessä voidaan arvioida tavoitteiden saavuttamista ja ohjauksen laatua. Arviointia voidaan tehdä lyhyellä tai pitkällä aikavälillä. Lyhyenvälin tavoitteiden toteutumisen arvioiminen positiivisesti lisää asiakkaan tietoisuutta itsestään toimijana ja vaikuttaa positiivisesti toiminnan hallintaan. Epäonnistumisten arviointi puolestaan saattaa saada aikaan muutoksia toiminnassa. Ohjaajan tulee myös henkilökohtaisesti arvioida omia ohjaustaitojaan ja ohjauksen toteutumista. (Kyngäs ym., 2007, s. 45)

## **4 ASIAKASOHJAUS KOTIUTUMISEN YHTEYDESSÄ**

### **4.1 Kotiutumisen prosessi**

Kaikki yksiköt muodostavat omat toimintatapansa kotiutumisen suhteen. Tavoitteena on luoda asiakkaan ja hänen ympäristönsä tarpeista lähtöisin oleva tehokas prosessi, jossa pyritään vähentämään turhaa työtä, resurs-

sien tuhlaamista epäoleelliseen sekä tekemään kaikki kerralla oikein. Kotiutuminen prosessina on toisiinsa sidoksissa olevien osatekijöiden ja työtoimintojen ketju. (Heinola & Paasivaara, 2007, s. 52)

Heinolan ja Paasivaaran (2007, s. 53) mukaan Virtanen ja Wennberg ovat vuonna 2005 eritelleet prosessien ominaisuuksia. Prosessilla on aina asiakas, jonka tarpeita varten prosessi on olemassa. Prosessi alkaa aina asiakkaan tarpeesta ja päättyy asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen, prosessilla on siis selkeä alku ja loppu.

Työprosessit tulisi kirjata näkyviin, jotta toimivat käytännöt vahvistuisivat ja puolestaan epätarkoituksenmukaiset käytännöt paljastuisivat. Näkyviksi kirjatut prosessit toimivat samalla uuden henkilökunnan perehdyttämisen työvälineenä ja selkeyttävät työntekijälle tämän omaa roolia työn kokonaisuudessa. Prosessin kirjallisessa tuotoksessa tulisi olla esillä muun muassa prosessin vaatimat resurssit ja yhteistyötahot, prosessin vastaava henkilö, prosessin kesto, sen alku- ja lopputapahtuma, prosessin aikana syntyvät asiakirjat, laadunvarmistamisen työohjeet, laadun kriittiset kohdat sekä prosessin arvioinnin suunnittelu. (Heinola & Paasivaara, 2007, s. 52-53)

Asiakkaan kotiutuessa hoitolaitoksesta on vaarana hoitoketjun katkeaminen. Saumaton hoitoketju tarvitsee henkilöitä, jotka yhdistävät taitonsa moniammatilliseksi yhteistyöksi ja kohdentavat siten asiakkaan tarvitsemat palvelut hänen tarpeisiinsa. Siten taataan asiakkaalle tarkoituksenmukainen, jatkuva ja kokonaisvaltainen hoito- ja palvelukokonaisuus kaikissa häntä hoitavissa yksiköissä. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan saumaton hoitoketju on mahdollista toteuttaa silloin, kun hoito- ja palveluketju on koko ajan hallinnassa, vaikka palvelun tuottaja vaihtuisikin. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela, 2007, s. 48)

Tärkeää sairaalahoidosta kotiutumisen yhteydessä on tiedon siirtyminen. Nykyään yhä useammin hoitotyön yhteenvedon keinoin. Hoitaja kokoaa hoitotyön yhteenvedon hoitotyön kannalta merkittävistä asioista. Yhteenvedossa tulisi lukea asiakkaan hoidon kannalta oleelliset hoidon tarpeet sekä hoidon tavoite, hoitjakson tavoitteeseen pääsemiseen käytetyt hoitotyön toiminnot sekä tulokset, jotka hoidolla on saavutettu. Saavutettujen tavoitteiden lisäksi siinä tulisi ilmetä myös asiakkaan lähtötilanne. (Ahonen ym., 2012, s. 56–57)

Olsen, Hellzén sekä Enmarker (2012, s. 6-7) toteavat tutkimuksessaan kotiutumisen haasteena olevan potilaan mukaan annettavien kotiutumiseen liittyvien dokumenttien vähäinen määrä. Norjalaisen tutkimuksen tuloksissa ilmenee, että mukaansa kirjallisen informaation saivat vain 69 prosenttia potilaista, jotka kotiutuivat sairaalasta kotihoitoon. Tämän ajateltiin olevan haaste hoidon jatkuvuudelle kotona.

Palosen (2016, s. 26) väitöskirjan mukaan Shepperd, Lannin, Clemson, McCluskey, Cameron & Barras (2013) korostavat kotiutuksen suunnittelun

tarkoituksena olevan potilastyytyvyyden parantaminen, terveydenhuollon kustannusten hillitseminen, kotiutumisen jälkeisten palveluiden sujuvuus ja sitä kautta ennakoimattomien uusintakäyntien vähentyminen.

Oleellista asiakkaan hoitoketjun turvallisen jatkuvuuden kannalta on potilaan kotiutumiseen tai hoitoyksikön vaihtumiseen liittyvä aika. Kotiutuvat tarvitsevat tarkkaa tietoa omasta sairaudestaan, siihen liittyvistä hoidoista, lääkityksistä ja ennen kaikkea niiden vaikutuksista elämäänsä. Tarpeen vaatiessa heidän tulisi saada myös tietoa erilaisista tukimahdollisuuksista, kotihoidosta, taloudelliseen tukeen ja sosiaaliturvaan liittyvistä asioista sekä järjestötoiminnasta ja omista oikeuksistaan. (Ahonen ym., 2012, s. 35-36)

#### 4.2 Kotiutumisen ennakointi ja turvallinen kotiutuminen

Jotta kotiutuminen ei aiheuta potilaalle turvattomuuden tunteita, tulee se aina suunnitella etukäteen (Iivanainen & Syväoja, 2016, s. 316). Ajoissa suunniteltu kotiuttaminen ja potilaan kanssa yhdessä valmiiksi laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma lisäävät potilaan turvallisuudentunteen kokemuksesta sekä ajatusta siitä, että hänen hyvinvoinnistaan todella välitetään (Päivärinta & Haverinen, 2006, s. 15). Potilaan kotiutumisen suunnittelu tulee aloittaa heti hänen joutuessaan sairaalahoitoon. Kotiutumisen suunnitteluun tulee ottaa mukaan kaikki ne yhteistyötahot, jotka osallistuvat potilaan hoitoon kotiutumisen jälkeen. (Koponen, 2013, s. 6)

Siimeslehto (2009, s. 21) on ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään määritellyt turvallisen kotiutumisen siten, että asiakas voi turvallisesti jäädä kotiin. Hän sekä omaiset ovat tietoisia saatavilla olevista avuksista, palveluista ja kuntoutuksesta sekä lääkityksestä. Turvallisen kotiutumisen edellytyksenä on moniammatillinen yhteistyö ja tiedonkulku omaisten ja sairaalan sekä moniammatillisten tiimien kesken.

Tutkimusten mukaan potilaan kotiuttamisprosessi pitäisi aloittaa jo heti potilaan tullessa sairaalaan. Potilaan kotiutumista voidaan suunnitella jo ennakkolta, jolloin kotiutumisen kokonaisuuteen kuuluu kotiuttamisen aloittaminen ajoissa moniammatillisen tiimin turvin ja asioita monesta eri näkökulmasta pohtien. Myös henkilökunnan tulee saada runsaasti koulutusta kotiuttamisprosessin hallintaan. Kotiuttamisprosessin voi aloittaa esimerkiksi jo heti ensimmäisellä lääkärinkierrolla miettien koska, miten ja mihin kotiutuminen tapahtuu. Sairaalaosastoilla voidaan myös pitää moniammatillisia kokouksia, jossa on hyvä olla läsnä hoitajien ja lääkärin lisäksi myös fysio- ja toimintaterapeutti. Heidän avullaan pystytään hyvin kartoittamaan potilaan toimintakykyä ja siten löytämään potilaalle oikea jatkohoitopaikka. Tarpeen mukaan voidaan järjestää myös kodin olosuhteita kartoittava käynti yhdessä potilaan ja ammattilaisen kanssa. (Lämsä, 2013, s. 109)



Ongelmia kotiutumisessa tulee usein silloin, kun asiakas tarvitsee runsaasti apuja monelta eri taholta, kotiutusta ei valmistella riittävästi tai eri organisaatioiden välinen informaatio ei kulje. Usein kotihoidossa puututaan asiakkaan ongelmiin liian myöhään ja tämä saattaa olla jo sairaalajaksolle joutuessaan erittäin huonossa kunnossa. Oman hankaluutensa tuo myös se, jos asiakas kotiutetaan sairaalasta kuntoonsa nähden liian aikaisin. Hyvin sujuneen kotiutumisen kriittisenä aikana pidetään ensimmäisiä kolme-neljää viikkoa. (Hägg ym., 2007, s. 49-50)

Koposen (2013, s. 6) kertomana Shepperdin, McClaran, Philipsin, Lannin, Clemsonin, McCluskeyn, Cameronin ja Barrasn (2010) tekemässä katsauksessa todettiin, että potilaan yksilöllinen kotiutussuunnitelma vähentää sekä sairaalajakson pituutta että riskiä palata sairaalaan. Sen on todettu lisäävän myös potilastyytyväisyyttä. Tärkeäksi koettiin kommunikaatio sairaalan ja potilaan elinympäristön välillä. Lisäksi kotiutuksen aikataulun tuli olla tarkoituksenmukainen ja tarpeellisten tukipalveluiden järjestettynä.

Keskisen opinnäytetyössä (2008, s. 20-22) korostuu potilaiden näkökulmasta riittävä jatkohoidon ohjaus. Tärkeää oli saada tietoa omasta sairaudestaan, toipumisesta, lääkkeistä sekä levon ja liikunnan suhteesta. Potilaat kokivat myös tärkeänä, että annetun tiedon ymmärtäminen varmistettiin ja annettiin suullisen informaation lisäksi myös kirjallisia jatkohoito-ohjeita. Tieto siitä, kehen voi tarpeen mukaan ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa lisäsi kotiutuvien potilaiden turvallisuudentunnetta. Kotiutujat kokivat tärkeänä hyvälle kotiutumiselle sen, että kotona tarvittavan avun arvioiminen ja riittävän avun järjestäminen kotiin onnistuivat. He korostivat myös omaisen sekä potilaan aktiivista osallistumista kotiutumisen suunnitteluun esimerkiksi hoitoneuvotteluihin. Avun tarpeesta tulisi olla yhtenäinen näkemys potilaan, omaisen, kotihoidon ja sairaalan henkilökunnan välillä. Jotkut kotiutujat saivat olonsa turvalliseksi pelkästään sillä, että tiesivät kehen ottaa tarvittaessa yhteyttä. Joillekin turvallisuus merkitsi apuvälineitä, kun taas osalle turvallisuus oli sitä, että joku on hänen luonaan fyysisesti avustamassa.

Kotihoidossa on myös suosittua käyttää apuna niin sanottua kotihoidonkansiota, joka toimii hyvin yhteydenpidon keinona myös eri organisaatioiden kesken. Kansio voidaan ottaa mukaan sairaalajaksolle mentäessä ja näin hoitajien on helpompaa suunnitella ennakoiden kotiutumista, kun asiakkaan kotiin saamat avut ja kotona aiemmin ollut toimintakyky ja apuvälineet ovat tiedossa. (Ikonen, 2015, s. 169-170)

Asiakkaan elinympäristö pitäisi saada tuntumaan turvalliselta. Turvattuutta aiheuttavia seikkoja tulee karsia mahdollisuuksien mukaan. Karin ym. (2013, s. 190) mukaan saattaa joskus olla hyvä hankkia asiakkaalle tukihenkilö, joka voi esimerkiksi avustaa ikääntynyttä säilyttämään aktiivinen sosiaalinen osallistuminen, jos tämä ei uskalla yksin lähteä liikkeelle kodin ulkopuolelle.

Keipilän (2008, s. 50-51) gradun mukaan kuusi kahdeksasta haastateltavasta kokee kotona asumisen turvalliseksi. Kaksi siis kokee ainakin ajoittain turvattomuutta. Naapurien ja omaisten osuus korostuu avunantajan roolissa ja positiivisena voimavarana sekä tukee kotona pärjäämistä runsaasti. Turvallisuudentunnetta koettiin lisäävän myös muutto vanhasta asunnosta uuteen, asiakkaan toiminatarkvyyllle sopivampaan asuntoon.

Hammarin (2008, s. 103) väitöskirjan mukaan puolestaan sairaalasta kotihoitoon kotiutuvat sekä kotihoidon asiakkaat kokevat toimintakykynsä ja terveyteensä liittyvän elämänlaatunsa huonoksi. He kokevat tarvitsevansa paljon apua sairauksiensa hoitoon, fyysisen toimintakykynsä tukemiseen sekä esimerkiksi kivunhoitoon ja sosiaalietuuksien hakemiseen. Myös asiakkaiden ja heidän hoitajiensa kokemus asiakkaan avuntarpeesta saattoi olla kovinkin ristiriitainen. Hammarille heräsikin tutkimuksensa perusteella kysymys, kumpi viimekädessä päättää asiakkaan saamista palveluista, asiakas itse vai hoitohenkilökunta?

#### 4.3 Omaisten osuus kotiutumisosessissa

Läheiset ja sukulaiset muodostavat tärkeän tukiverkoston ikääntyneen elämään. On todettu, että yhteydenpito lähimmäisiin saa aikaan mielihyvän kokemuksen, joilla on myös turvallisuudentunnetta tukeva vaikutus. Pelkästään puhelimen kautta pidetyn yhteyden perheeseen on todettu tuovan positiivista vaikutusta. (Elo, Saarnio & Isola, 2009, s. 97) Läheisten tuki saattaa olla ratkaiseva tekijä hoitoon sitoutumisessa, sillä perheen sisäisellä suhteella on todettu olevan yhteys hoitoon sitoutumiseen. Hoitoon liittyviä paineita alentaa kiinteät perhesuhteet, hyvä kommunikaatio perheen sisällä sekä vähäinen konfliktien määrä. Perheen tuki auttaa myös jaksamaan. (Kyngäs & Hentinen, 2009, s. 34)

Sosiaalisten verkostojen merkityksestä ikääntyneiden hyvinvoinnille on osin ristiriitaisia tuloksia. Osa tutkimuksista korostaa sosiaalisten verkostojen merkitystä hyvinvoinnille. Toisaalta taas osassa tutkimuksista todettiin, että sosiaalinen verkosto ei pysty selittämään tarpeeksi hyvin hyvinvoinnin vaihtelua. Laaja sosiaalinen verkosto ei välttämättä ole este yksinäisyyden kokemuksille ja sosiaalisten suhteiden laatu verrattuna niiden määrään korostuu määrää tärkeämpänä. Tutkimusten mukaan osallistuminen, luottamus, sosiaalinen tuki ja verkostot eli laaja sosiaalinen pääoma lisää kokemusta omasta terveydestä. (Elo, 2009, s. 97)

Omaiset ovat erittäin tärkeässä asemassa asiakkaan kotona selviytymisen onnistumisessa. Omaisten kanssa tehtävä tiivis yhteistyö aloitetaan viimeistään hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Omaisten merkitys korostuu etenkin dementiaa sairastavien asiakkaiden hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Tepponen, 2007, s. 68-69) Keipilä (2008, s. 40) on gradussaan eritellyt omaisten roolia asiakkaan kotihoidon kokonaisuudessa. Haastattelujen perusteella koettiin omaisten paikkaavan kotihoidon

työntekijöitä ja auttavan kotona selviytymisessä, jos kotihoidon työntekijät eivät tule käynnille ennalta sovittuna aikana.

Kotiutumisesta tulee ilmoittaa omaisille tai kotihoidolle ajoissa, jotta heillä on parhaat mahdollisuudet järjestellä asioita. Kotiutuja saattaa tarvita uusia tukipalveluita tai kodin muutostöitä. Viime hetkellä ilmoitettava kotiutuminen aiheuttaa haasteita etenkin viikonloppuisin. Kotiutujan hoitoon osallistuville tahoille olisi hyvä antaa jatkohoitoon liittyvät oleelliset tiedot sekä kirjallisesti että suullisesti, jotta voitaisiin taata mahdollisimman sujuva hoidon jatkuvuus sekä potilasturvallisuus. (Iivanainen & Syväoja, 2016, s. 316)

Työntekijän tulee tunnistaa omaisen merkitys kunkin asiakkaan hoidossa. Hänen tulee ymmärtää ihmisten, perheiden ja sukujen erilaisuus vuorovaikutussuhteissaan ja omissa perhekulttuureissaan. Hoitajan hyvä vuorovaikutus omaisten kanssa kiteytyy omaisten jaksamisen tukemiseen sekä laaja-alaiseen ohjaukseen ja neuvontaan. (Ikonen, 2013, s. 40-41)

Omaisten ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä on lähiaikoina tutkittu monelta eri näkökulmalta. Tutkimukset ovat korostaneet sitä, että hoitajat pitävät tärkeänä omaisten kanssa tehtyä yhteistyötä ja omaiset ovat tärkeä tiedonlähde asiakkaan tilanteesta (Salin & Åstedt-Kurki, 2009, s. 173). Tutkimusten mukaan sairaalahoidossa olevan potilaan omainen on yleensä se, joka aloittaa keskustelun hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitajat useimmiten ajattelevat osastolla käymässä olevia omaisia vain vierailijoina, eivätkä etsi kontaktia heidän kanssaan. Omaisten ja hoitajien suhde saattaa olla pinnallinen tai väkinäinen. Esteenä perheen kanssa tehtävässä yhteistyössä saattaa olla aikapulan lisäksi muun muassa hoitohenkilökunnan ja perheen erilainen näkemys siitä, kuka toimii parhaiten asiakkaan hoidon asiantuntijana. Kirjallisuuden mukaan perheille tulisi antaa enemmän vaihtoehtoja siihen, miten he voisivat olla yhä enemmän asiakkaan hoidossa mukana. (Salin & Åstedt-Kurki, 2009, s. 174-175)

Palosen (2016, s. 52) väitöskirjassa on tutkittu päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjauksen yhteyttä kotiutumisvalmiuteen. Väitöskirjan mukaan kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen arvioituna kotiutumisen yhteydessä annettu ohjaus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ikäihmisten kotiutumisvalmiuteen. Ne, jotka olivat saaneet riittävästi tai edes jonkin verran ohjausta, olivat suuremmalla todennäköisyydellä korkeammin kotiutumisvalmiimpia kuin ohjausta saamattomat. Samoin läheisten saama ohjaus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä läheisten luottamukseen siitä, että ikäihminen selviytyy kotonaan kotiutumisen jälkeen. Ne läheiset, jotka saivat riittävästi tai edes jonkin verran ohjausta, olivat suuremmalla todennäköisyydellä luottavaisia ikäihmisen kotona selviytymiseen, kuin ohjausta saamattomat läheiset. Tämä kertoo paljon omaisten roolista turvallisen kotiutumisen luomisessa.

Erytisen tärkeää omaisten rooli on hoidettaessa dementoitunutta asiakasta. Omaisilta saa hyvää tietoa asiakkaan elämäntarinasta. (Lähdesmäki & Vornanen, 2014, s. 67) Tämän vuoksi dementoituneen asiakkaan tahtoa ja toiveita tulee selvittää tämän omaisilta.

Muistisairaiden hoitaminen tuo omat erityishaasteensa hoitotyölle. Tutkimusten mukaan muistisairaiden ja omaishoitajien kotona asumisen tukemisesta on saatu parhaita tuloksia tilanteissa, joissa perheiden auttamiseen on käytetty juuri kyseiselle perheelle suunniteltuja tukitoimia ja kaikilla perheillä on ollut nimetty oma hoidon koordinaattori. (Eloniemi-Sulkava, 2009, s. 219)

Omaishoitajille tehdyn tutkimuksen mukaan monet ovat päätyneet palvelujen piiriin sattumalta. Palvelujen löytäminen on koettu vaikeaksi. Erytiseksi ongelmaksi se on koettu dementiaoireisten asiakkaiden perheiden palveluohjauksessa ja neuvonnassa. Erytisen hyväksi on koettu puhelinpalvelu, jossa yhdestä numerosta saa kaikki tarvittavat tiedot alueen palveluntarjonnasta, etuuksista, iäkkäiden asunnoista ja esimerkiksi harrasteryhmistä. Samasta numerosta voi tarvittaessa organisoida myös palveluntarpeen arvioinnin. (Tepponen, 2007, s. 68) Tutkimuksissa on korostettu asiakkaiden ja omaishoitajien tilanteiden nopeiden muutosten vuoksi koordinaattorin kykyä reagoida asioihin nopeasti ja joustavasti (Eloniemi-Sulkava, 2009, s. 228).

Koposen (2003, s. 64-65) gradun mukaan omaisten rooli auttajana korostuu. Omaisen voi auttaa ikääntyneen kotona pärjäämistä tunnistamalla tämän voimavaroja ja toisaalta niiden puuttumisen. Parhaimmillaan omaisen huomioi ikääntyneen toimintakyvyn muutokset ja reagoi niihin sekä tukee ikääntyneen mielenterveyttä yhdessä toimisella. Perheenjäsen tinkii omista tarpeistaan ja auttaa ikääntyntä esimerkiksi ottamalla vapaata työstään. Ikääntyneen auttaminen voi väsyttää omaista ja hankaloittaa hänen omaa perhe-elämänsä. Ristiriitoja omaisen ja ikääntyneen suhteeseen saattaa aiheuttaa runsaan avun antamisen tai tarpeen kääntöpuolena myös se, että ikääntynyt ei tunnista omaa avuntarvettaan. Omaisille saattaa tulla myös keskinäisiä ristiriitoja siitä, että koetaan joutuvan hoitamaan ikääntyntä enemmän, kuin muut lähiomaiset tekevät.

Omaisten ja työntekijöiden välinen intensiivinen yhteydenpito on oleellista ikääntyneen auttamiselle. Omaisia tulee tukea auttamisessa ja jaksamisessa sekä vahvistaa ikääntyneen kotona pärjäämiseen uskomisessa. Perheenjäseniä tulee ohjata päivittäisissä toimissa avustamisessa sekä esimerkiksi apuvälineiden käyttämisessä ja lääkkeiden antamisessa. (Koponen, 2003, s. 70)

Asiakasohjauksen vaikuttavuutta omaisiin on tutkittu esimerkiksi Ruotsissa. Vuonna 2015 julkaistun tutkimuksen mukaan etenkin dementiaa sairastavien asiakkaiden keskuudessa palveluohjausintervention on todettu

vähentävän omaisten hoitotaakkaa. (Sandberg, Jakobsson, Midlöv & Kristensson, 2015a, s. 1)

## 5 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa Valkeakosken kaupungin asiakasohjaukselle sekä muille sosiaali- ja terveysalan työntekijöille tietoa siitä, miten asiakasohjauksen uudet asiakkaat kokevat saamansa ohjauksen ja sen vaikutuksen kotona pärjäämiseensä. Tavoitteena on myös antaa tietoa siitä, miten asiakkaat kokevat, että heidän omaisensa on otettu mukaan asiakasohjausprosessiin sekä miten asiakasohjausta voitaisiin kehittää vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita. Saatua tietoa voidaan käyttää asiakasohjauksen kehittämisessä yhä asiakaslähtöisemmäksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen uusien, sairaalasta kotiutuvien asiakkaiden kokemuksia asiakasohjauksesta ja saamastaan ohjauksesta kotiutumisen jälkeen. Tarkoituksena on myös eritellä erilaisia ohjauksessa esiintyviä asioita, joiden asiakkaat kokevat edistävän kotona pärjäämistään tai toisaalta hankaloittavan sitä.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

- 1) Miten Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen uudet asiakkaat kokevat asiakasohjaajalta saamansa ohjauksen kotiutumisen yhteydessä?
- 2) Miten asiakkaat kokevat omaisten huomioon ottamisen sekä osallistamisen asiakasohjausprosessin kuluessa?
- 3) Miten asiakasohjausta sekä asiakasohjaajan roolia voidaan kehittää tukemaan asiakkaan kotona pärjäämistä yhä paremmin?

## 6 TUTKIMUS- JA ANALYSOINTIMENETELMÄT

### 6.1 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Valitsin kvalitatiivisen lähestymistavan, koska haluan saada kokonaisvaltaisesti tietoa asiakkaiden kokemuksista asiakasohjausprosessista. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata tutkittavaa asiaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja sen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tieto saadaan mittausvälineiden sijasta suoraan ihmisiltä, jotka valitaan yleensä tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotannalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, s. 157, 160)

Syrjälän ja Nummisen (1988) mukaan Kiviniemen (2010, s. 71) teoksessa kvalitatiivinen tutkimus on jatkuvaa päätöksentekotilannetta tai ongelmanratkaisusarja. Tutkimusongelma tarkentuu koko tutkimuksen ajan ja oleellista on löytää tutkimuksen kuluessa ne asiat, joihin pohjautuen tutkimuksellisia ratkaisuja tehdään. Laadullisessa tutkimuksessa tulee korostaa rajaamisen tärkeyttä; tutkimuksesta saattaa tulla hajanainen, jos keskitytään liian moniin kohteisiin ja tutkimuksen halutaan koostuvan monesta erityyppisestä asiasta. (Kiviniemi, 2010, s. 71, 73) Ainestoa tarkastellessa keskitytään siihen, mikä on oleellista suhteessa teoreettiseen viitekehkeyseen ja kysymyksen asetteluun. Tarkoituksena on etsiä havaintojen yhteisiä tekijöitä ja sitä kautta tehdä tulkintoja tutkittavasta asiasta. (Alasuutari, 2011, s. 40,44)

Kvalitatiivista tutkimusta tehdessään tutkijan tulee tutkimustehtävää rajoitessaan pohtia, mikä on aineistosta nouseva ydinsanoma, jonka tutkija haluaa nostaa tarkastelun pääkohdaksi. Tutkijan omat teoreettiset näkökulmat ja ajatukset tutkittavasta asiasta suuntaavat tutkimuksen kulkua. Aineiston keruu ja teorian kehittäminen ovat vuorovaikuttavia. Aineistonkeruuta koskevia ratkaisuja tehdään myös tutkimusprosessin aikana; tutkimusasetelmat selkiytyvät ja tutkija saattaa huomata joidenkin asioiden tarvitsevan aiempaa tarkempaa tutustumista. (Kiviniemi, 2010, s. 73, 75, 77-78)

## 6.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on tiedonkeruumenetelmä, jossa haastattelijalla on olemassa valmiina joukko otsikoita eli niin sanottuja haastatteluteemoja, joista hän haluaa keskustella. Haastateltavan kanssa käyty keskustelu on vapaamuotoista, mutta kuitenkin niin, että teemat ohjaavat keskustelua. Haastattelijan tulee keskustelun edetessä huomioida, että kaikki ennakolta mietityt teemat tulevat käsitellyiksi. (Eskola, 2007, s. 32-33) Teemahaastattelua kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi (Vilkka, 2005, s. 101). Teemahaastattelussa haastattelija voi esittää tarkentavia kysymyksiä tai halutessaan syventää kysymyksiä sen perusteella, mitä haastateltava on hänelle kertonut (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 88).

Haastattelun sijainti saattaa aiheuttaa haastateltavalle epävarmuutta. Suurempi onnistumismahdollisuus on haastateltavan kotona tehtävillä haastatteluilla. Toisaalta silloin on hankalampaa poistaa erilaiset häiriötekijät, kuten esimerkiksi puhelin tai tilanteessa läsnä olevat omaiset. Haastattelija voi ehdottaa, että haastattelu tehdään kahden kesken, mutta haastattelijan tulee kuitenkin muistaa roolinsa haastateltavan elämän ulkopuolisena ihmisenä. Haastattelua ei kannata aloittaa suoraan vaan ensin tulee luoda vapautunut ilmapiiri ja luottamuksellinen keskustelusuhde. (Eskola & Vastamäki, 2015, s. 30-32)

Lumme-Sandt:n (2017, s. 303) mukaan ongelmia ikäihmisten haastattelulle saattaa aiheuttaa henkilöt, jotka haluavat olla haastattelutilanteessa läsnä. Usein taustalla on se, että läsnäolevan henkilö haluaa varmistaa, että haastateltava varmistaa haastattelun oikeellisuuden ja sen, että haastateltava kertoo asioista tietynlaisen version. Jo siinä vaiheessa, kun haastattelua sovitaan, tulisi haastateltavalle kertoa, että on tarkoitus haastatella vain häntä.

Ennen haastatteluja voi halutessaan tehdä muutaman koehaastattelun, jotta omat käytännöt selkiintyvät. Samalla huomaa, jos haastattelun rungossa on joitakin ongelmakohtia ja oppii varmasti käyttämään tallennusvälineitä. Jos koehaastattelut onnistuvat hyvin, voi niitä käyttää mukana analyysissa. (Eskola & Vastamäki 2015, 40) Ajoittain haastattelun loputtua ja tallennusvälineen sammuttua haastateltava innostuu kertomaan haastatteluteemoista yhä enemmän. Jos mahdollista, kannattaa tällöin tehdä tarkkoja muistiinpanoja, jotka kirjoitetaan auki heti haastateltavan luota päästyä. (Eskola & Vastamäki, 2015, s. 40-41)

### 6.3 Tutkimusaineiston keruu

Opinnäytetyöni liittyy Ikäneuvo -hankkeeseen, joka oli yksi sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamista kärkihankkeista Pirkanmaalla. Hankkeessa (marraskuu 2016-lokakuu 2018) oli tarkoitus kehittää Pirkanmaalle yhteinen ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamalli. Tavoitteena oli luoda toimiva palveluverkosto ja sitä kautta tukea ikääntyvien kotona asumista ja kuntoutumista sekä arjessa selviytymistä. (Pirkanmaanliitto, n.d.)

Ikäneuvo-hankkeessa mukana olivat seuraavat kunnat: Akaa, Urjala, Hämeenkyrö, Ikaalinen, Kangasala, Pälkäne, Lempäälä, Nokia, Pirkkala, Vesilahti, Sastamala, Punkalaidun, Valkeakoski, Virrat, Ruovesi, Ylöjärvi, Tampere ja Orivesi. Lisäksi hankekumppaneina toimivat Luona Hoiva Oy, Pirkanmaan Senioripalvelut Oy ja Tampereen Kaupunkilähetys ry. (Ikäneuvo, n.d.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen kanssa. Tapaamisia Valkeakosken kaupungin edustajan kanssa on ollut syksystä 2017 lähtien. Haastatteluista kuusi on tehty syyskuun 2018 aikana. Syys-lokakuun aikana työstettiin haastattelujen materiaalia ja alustavia tuloksia oli käytettävissä Ikäneuvo-hankkeen loppuraporttia varten työelämäyhteistyötaholle lokakuussa 2018. Tämän jälkeen tehtiin vielä yksi haastattelu, koska materiaalia tarkastellessani totesin, että aineisto ei ole kylläntynyt omaisten osallistamista koskevan tutkimuskysymyksen osalta. Tämän jälkeen materiaalin tarkempi työstäminen vielä jatkui ja opinnäytetyö valmistui toukokuussa 2019.

Opinnäytetyön haastateltavat on rajattu neljällä eri menetelmällä. Ensimmäiseksi haastateltavien tuli olla Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen uusia asiakkaita ja toiseksi heillä tuli olla lähiaikoina takanaan sairaalahoitojakso. Valkeakosken kaupungin asiakasohjaus on suhteellisen uusi toimintamalli ja lähiaikoina asiakkuuden piiriin tulleilla on tuoreessa muistissa oma asiakasohjausprosessinsa alku, joten he osaavat parhaiten vastata siihen, miten he ovat asiakasohjauksen kokeneet. Kolmantena rajavana kriteerinäni oli haastateltavan kyky ilmaista itseään sanallisesti. Selkeä ilmaisu on tärkeää, jotta ei jää epäselväksi se, mitä haastateltava tarkoittaa.

MMSE (Mini-mental State Examination) on kansainvälisesti käytössä oleva mittari, joka kertoo karkeasti asiakkaan kognitiivisesta suoriutumuksesta tai sen mahdollisesta heikkenemisestä. Mittarilla arvioidaan orientaatiota, keskittymistä, muistia, kielellisiä toimintoja sekä hahmottamista. On muistettava, että akuutti sekavuus, esimerkiksi infektion aikana, voi vääristää testin tulosta. Mittarin maksimipistemäärä on 30 pistettä. Alle 24 pistettä kertoo poikkeavasta suorituksesta. 18-23 pistettä luokitellaan lieväksi dementiaksi ja 12-17 pistettä keskivaikeaksi dementiaksi. (Voutilainen, 2009b, s. 132-133) Valitsinkin työssäni neljänneksi rajaukseksi juuri MMSE:n pisteytyksen. Haastateltavien valinnan kriteerinäni oli, että MMSE-pisteitä tulee olla vähintään 18/30, jota pidetään keskivaikean ja lievän dementian veteen piirrettyä viivana.

Valkeakosken kaupungin asiakasohjaus jakautuu kahteen eri alueeseen. Saatuani tutkimusluvan, otin yhteyttä Valkeakosken kaupungin asiakasohjaajiin. Molemmilta alueilta asiakasohjaajat toimittivat minulle kymmenen opinnäytetyöni kriteerit täyttävän asiakkaan yhteystiedot, yhteensä siis kahdenkymmenen asiakkaan tiedot. Asiakasohjaajat eivät etukäteen kertoneet asiakkaille, että heidän yhteystietonsa annetaan tutkimusta varten. Haastateltavat henkilöt valittiin sattumanvaraisesti arpomalla. Molempien alueiden yhteystietolistat numeroitiin ja mukaan haastatteluun valitut asiakkaat arvottiin sattumanvaraisesti, molemmilta alueilta erikseen. Heikkilä (2004) sekä Valli (2001) Vilkan (2005, s. 79) mukaan toteaa, että yksinkertaisessa satunnaisotannassa jokainen havaintoyksikkö numeroidaan ja sen jälkeen arvotaan otantaan tulevat yksiköt. Jokaisella havaintoyksiköllä on samansuuruinen mahdollisuus tulla valituksi.

Asiakasohjaajat eivät etukäteen saaneet tarkempaa informaatiota siitä, mitä tutkimukseni koskee tai he eivät saaneet tietää, ketkä kahdestakymmenestä yhteystiedosta arvottiin haastateltaviksi. Haastateltujen asiakkaiden arvonnassa ei ollut merkitystä sillä, kuka asiakasohjaajista oli kenenkin asiakkaan yhteyshenkilö. Merkitystä oli vain sillä, kummalla kahdesta alueesta asiakas asuu, jotta molemmilta alueilta saataisiin haastateltavia. Tämä karsi sen, että kaikki haastateltavat olisivat saman asiakasohjaajan asiakkaita.



Alkuperäisen ajatuksen mukaan yhteensä kuusi henkilöä suunniteltiin haastateltaviksi, ellei aineisto kylläänny ennen sitä. Hirsjärven ym. (2007, s. 177) sekä Eskolan ja Vastamäen (2015, s. 41) mukaan tutkija kerää tietoa niin kauan, kuin haastatteluista tulee jotakin uutta tietoa tutkimusongelmaan liittyen. Aineisto kyllääntyy eli saturoituu, kun haastattelut alkavat toistaa itseään ja niissä ei tule enää esiin mitään uutta. Tällöin aineisto on riittävä. Vilkan (2005, s. 128) mukaan omakohtaisia kokemuksia tutkittaessa on vaikeaa määritellä kyllääntymispistettä. Kyllääntymispisteen määrittäminen tulisi olla jo tutkimussuunnitelmassa mutta lopullinen kyllääntymispiste määritellään tutkimuksen kuluessa verrattuna tutkimusongelmaan. Tutkijan tulee pystyä perustelemaan missä asioissa ja millä ehdoin kyllääntyminen tapahtui. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti haastateltavia piti olla kuusi. Lopullisessa työssä oli mukana kuitenkin seitsemän haastateltavaa. Koin, että haastateltavia tulee kutsua mukaan yksi lisää, koska omaisen rooliin liittyvän tutkimustehtävän aineisto ei kuudella haastateltavalla kyllääntynyt.

Haastateltavat valittiin mukaan satunnaisotannalla. Molemmilta alueilta arvottiin mukaan ensin kolme henkilöä. Haastateltaviin otettiin yhteyttä ensin kirjeitse (liite 1). Kirjeessä annettiin alustavasti tietoa tulevasta haastattelusta. Kirjeen informaation mukaisesti valituille haastateltaville soitettiin ja sovittiin tapaamisesta. Useampi haastateltava kieltäytyi haastattelusta vedoten vointiinsa tai korkeaan ikäänsä. Yhteensä haastateltaville lähetettiin kymmenen informaatiokirjettä, joista lopulta seitsemän henkilöä lupautuivat haastatteluun.

Haastattelun halusin tapahtuvan haastateltavan kannalta mahdollisimman rennossa ja turvallisessa ympäristössä, haastattelutilannetta ehdotettiin tapahtuvaksi haastateltavan kotona. Kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavan kotona. Niiden haastateltavien kanssa, jotka suostuvat tapaamiseen ja olivat valmiita haastateltaviksi, käytiin tapaamisessa henkilökohtaisesti läpi kirjallinen informaatiokirje ja suostumuslomake (liite 2), jotta heillä oli mahdollista kysyä, jos heillä on jotakin epäselvää.

Haastattelutilanteessa käytettiin apuna listaa apukysymyksiä (liite 3), jotta varmistutaan, että kaikki teemat tulevat varmasti monipuolisesti käsiteltyä. Haastattelut nauhoitettiin kahdella erillisellä tallennusvälineellä, sekä kännykällä, että erillisellä äänentallennin laitteella. Haastattelut kestivät tunnista kahteen tuntiin keskimääräisen keston ollessa puolitoista tuntia.

Haastattelut toteutettiin syyskuussa ja lisähaastattelu ajoittui joulukuuhun. Yhdessä haastattelussa paikalla oli myös omainen ja kahdessa haastattelussa omainen oli joko samassa huoneistossa tai puhelimella tavoitettavissa. Haastattelussa, jossa omainen oli läsnä, korostettiin, että haastattelussa haluttiin nimenomaan asiakkaan kokemuksia ja mielipiteitä.

Aineiston analyysia tehtiin jo ensimmäisen kuuden haastattelun jälkeen, mutta lopullisen muotonsa se toki sai vasta viimeisen haastattelun jälkeen maaliskuussa.

Aineistoa käsittelin vain minä ja se säilytettiin salasanalla suojatulla tietokoneellani sekä tallennusvälineissä hallussani niin, että ulkopuoliset eivät sitä päässeet käsittelemään. Kerätty haastatteluaineisto hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Nauhoitukset deletoitiin ja kirjallinen aineisto poltettiin opinnäytetyön valmistuttua.

#### 6.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin. Haastattelujen jälkeen kaikki haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin. Aineisto voidaan litteroida kokonaisuudessaan sanatarkasti tai vaihtoehtoisesti esimerkiksi teema-alueiden mukaisesti (Hirsjärvi ym., 2007, s. 217). Omassa työssäni aineisto litteroitiin sanatarkasti aiheeseen liittyviltä osin, kuitenkin ilman esimerkiksi erilaisia taukoja ja huokauksia ilmaisevia välimerkkejä. Aineistosta jätettiin litteroimatta asiat, jotka eivät liittyneet haastattelun teemoihin. Haastateltavat juttelivat paljon esimerkiksi lapsuudestaan ja nämä kohdat jätettiin litteroimatta sanatarkkaan. Litterointimateriaalissa kuitenkin mainittiin, että lapsuudesta oli juteltu kyseisessä kohdassa haastattelua.

Teemahaastatteluaineisto tulee järjestää teemoittain ennen sen analysointia. Teemoittelu tapahtuu etsimällä jokaisesta haastattelussa saadusta vastauksesta teemaan liittyvä kohta. (Eskola, 2010, s. 189-190) Aineistoa voi halutessaan koodata erilaisilla merkeillä tai väreillä (Eskola & Vastamäki, 2015, s. 42). Teemahaastattelua analysoidaan yleisimmin teemoittelemalla ja tyypittelemällä. Aineisto jäsenellään teemojen mukaisesti ja sen jälkeen sitä pelkistetään. Aineistoa kootessa teemoittain kaikkien haastateltavien vastaukset lajitellaan saman teeman alle. Tämän vaiheen jälkeen on aineisto helppo analysoida teemoittain. (Eskola & Vastamäki, 2015, s. 43)

Tietokoneella voi litteroimisen jälkeen hakea etsi-toiminnolla erilaisia teemoja ja liittää niitä peräkkäin säilyttäen jokaisen liitettävän kohteen tunnistustiedot. Toinen mahdollisuus on tallentaa jokaisen haastateltavan tiedot omaksi tiedostokseen ja käyttää kullekin teemalle omaa sivuaan. Myöhemmin liitetään jokaisen haastateltavan samaan teemaan liittyvät sivut peräkkäin. (Hirsjärvi & Hurme, 2010, s. 141-142) Aineiston analyysin tavoitteena on löytää keskeiset teemat, jotka kuvaavat tutkittavaa kohdetta ja joiden varaan tutkimustulosten analysointi voidaan kasata. Alkuperäistekstit pelkistetään (redusoidaan) niin, että tutkimustehtävän kannalta epäoleellinen tieto rajataan pois. (Kiviniemi, 2010, s. 80; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 123)

Aineiston redusoinnin jälkeen aineisto ryhmitellään (klusterointi). Aineiston koodattuja alkuperäisilmauksia tarkastellaan ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Aineiston klusteroinnin jälkeen aineiston käsitteellistetään eli abstrahoidaan. Siinä tutkimuksen kannalta oleellinen tieto erotellaan ja saadusta informaatiosta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään omaksi luokakseen ja saadaan alaluokat. Alaluokkia yhdistelemällä puolestaan saadaan yläluokat ja niitä yhdistämällä pääluokat, jotka nimitetään aineistosta esiin tulevan aiheen mukaan. Luokkia yhdistellään niin kauan, kuin se on aineiston kannalta mahdollista. Lopulta saadaan pääluokat yhdistämällä yhdistävä luokka, joka on yhteydessä tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 124-125)

Keräämäni aineisto selkeytettiin pelkistämällä alkuperäiset tekstit niin, että oleellinen materiaali jää jäljelle. Materiaalista on kuitenkin edelleen tunnistettavissa, kenen haastateltavan haastattelusta teksti on peräisin. Aineisto ryhmiteltiin pelkistämisen jälkeen. Kaikkien haastateltavien pelkistetyt ilmaukset koottiin aluksi yhteen word-tiedostoon. Samoja asioita kuvaavat asiat yhdisteltiin omaksi luokakseen alaluokkien saamista varten. Tässä käytettiin myös omaa word-tiedostoaan. Saatuja alaluokkia yhdisteltiin omissa word-tiedostoissaan niin kauan, että saatiin pääluokkia, jotka pystyttiin yhdistämään tutkimustehtäviin.

Ennen aineiston analyysia tutkijan on perehdyttävä teoriaan, jonka perustella hän kerää aineistoaan. Tutkijan tulee tarkastella omia aineistojaan keräämäänsä teoriatietoa silmällä pitäen. (Eskola, 2010, s. 186) Aineistonanalyysia kannattaa tehdä jo ennen kuin kaikki aineisto on kerätty. Aineiston analyysi saattaa täsmentää tutkimustehtävää ja sitä kautta voi tehdä muutoksia jatkossa tapahtuvaan aineistonkeruuseen, jotta tutkimuksen kohdistaminen tarkoituksenmukaiseen suuntaan mahdollistuu. (Kiviniemi, 2010, s. 79)

Aineistosta kerätään omien analyysien kohokohdat eli se, millaisia tulkin-toja tutkija on aineistosta tehnyt. Lopulta tutkijan tekemä analyysi yhdistetään teoriaan ja aiempiin tutkimuksiin ja hiotaan lopulliseen muotoonsa. (Eskola, 2010, s. 194, 197, 198)

## 7 TULOKSET

### 7.1 Asiakkaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta

Kokemuksiin kotiutumisen yhteydessä saadusta ohjauksesta kuuluivat sairaalan henkilökunnan antama ohjaus, asiakasohjaajalta saatu ohjaus sekä haastateltavien kokemukset asiakasohjaajan roolista kotiutumisprosessin yhteydessä.

### 7.1.1 Sairaalasta saatu ohjaus ja turvallisuuden tunne kotiutuessa

Kaiken kaikkiaan haastateltavat olivat saaneet mielestään vain vähän, erityin vähän tai jopa ollenkaan ohjausta sairaalan henkilökunnalta kotiin paluutaan ajatellen. Koettiin, että ohjeita ei antanut kukaan sairaalan ammattiryhmistä. Toisaalta koettiin, että ohjeita oli antanut vain lääkäri. Oli annettu kotiutumisasiässä vain uusi lääkitys ilman sen tarkempia ohjeita tai kehoitettu menemään tarvittaessa sairaalaan. Yksi haastateltavista kertoi ottaneensa itse mukaansa ohjelapun koskien sairaalassa toteutettua hoitoaan, mutta kertoi pian kotiutumisen jälkeen niiden ohjeiden muuttuneen.

”...Ei siellä kukaan antanut ohjeita...” H5

”...Ei muuta, kun lääkitys...” H7

”...Otin mukaan yhden (ohjeen), minkä mukaan siellä oli tehty, mutta melkein hetihän ne muuttui osa...” H4

Toisaalta pari haastateltavista kertoivat sairaalahenkilökunnan kyselleen tarkoin, että pärjääkö hän jatkossa kotona. Yksi koki, että edes lääkäri ei ollut kiinnostunut tai huolissaan hänen kotona pärjäämisestään. Haastateltavat kokivat pääasiassa, että heiltä kysyttiin kovinkin yksityiskohtaisesti ja kokonaisvaltaisesti heidän selviytymisestään kotioloissa sairaalasta pääsyn jälkeen.

”... Kyllähän mua oli tentitty, että tuunko yksin toimeen...” H2

”...Ensin kyseli kun asun yksin, et miten tuun toimeen ja varmaan kyselemistä, et kuka mua auttaa ja kuka käy. Yks kysymys oli et onko siellä ruokaa kun meen...” H3

Haastateltavista lähes kaikki kokivat kuitenkin ohjauksen puutteesta huolimatta kotiutumisensa turvallisena. Pienten päivittäisten asioiden sujuminen, esimerkiksi lääkkeenjako, koettiin jännittäväksi kotiutumisen jälkeen. Vain yksi haastateltavista piti kotiutumista kovin pelottavana.

”...Se oli kauheen pelottavaa. Mä jo siellä toivoin et pääsen pois. Sit kun mulle sanottiin, et mä pääsen pois niin mua rupes pelottaan...” H7

Haastateltavat erittelivät turvallisuuden tunnetta parantaviksi asioiksi muun muassa terveydenhuollon henkilökunnan ennalta sovitut kotikäynnit sekä omaisten roolin. Haastateltavat korostivat turvallisuuden tunteen merkityksessä etenkin sitä, että tiesivät jonkun sairaalan ohjeistaman henkilön tulevan pian käymään luonaan.

”...Kyllä (tuntui turvalliselta), kun tiesin et mua käydään ahkerasti katso-massa...” H3

” ...Ei pelottanut. Varsinkin kun tiesin et noi tulee viemään mua ulos, hyvä tunne oli...” H3

Yksi haastateltavista korosti erityisesti omaisten tarjoamaa apua ja läsnäoloa kotiutumisen jälkeen turvallisuudentunnetta luovana asiana. Osalle haastateltavista omaisten antama tuki ja kotielämässä avustaminen näyttyi olevan oleellinen asia kotona pärjäämisen suhteen.

” ...Ei (pelottanut), kun täällä on aina jompikumpi plikoista...” H6

Suurin osa haastatelluista kertoi, että sairaalassa ei ole pidetty hoitoneuvottelua. Vain kahdelle haastatelluista oli pidetty kotiutumisvaiheessa hoitoneuvottelu, toisella heistä paikalla vain sairaalan henkilökuntaa. Toisen hoitoneuvottelu oli toteutettu sairaalassa ja siihen oli osallistunut henkilökunnan, asiakasohjaajan ja haastateltavan lisäksi tämän lähiomaisia. Haastateltava koki tärkeänä hänen hoitoaan koskevan moniammatillisen palaverin.

#### 7.1.2 Asiakasohjaajalta saatu ohjaus kotiutumisen yhteydessä

Haastateltavien kohdalla asiakasohjausprosessit ovat käynnistyneet useammalla eri tavalla. Yksi on ottanut itse yhteyttä Valkeakosken kaupungin työntekijöihin, osa kertoo omaisten tai hoitohenkilökunnan, esimerkiksi sairaalan tai sosiaalityöntekijän tehneen yhteydenoton hänen puolestaan. Yksi ei osaa kertoa, miten on päätynyt palveluiden piiriin.

” ...En tiiä jos omaiset on hänen kanssaan puhunut...” H5

Terminä asiakasohjaus ja asiakasohjaajan toimenkuva koettiin vieraaksi kakkien haastateltavien mielestä. Jopa neljälle haastateltavista termi oli täysin uusi. Kolme haastateltavista oli kuullut joskus aiemmin termin asiakasohjaus. Haastateltavista yksi kertoi olevansa hyvin tietoinen asiakasohjaajan toimenkuvasta. Yksi haastateltavista kertoi, että asiakasohjaaja oli kertonut lyhyesti toimenkuvastaan kotikäynnillä ja kaksi kertoi, että heille on esitelty saatavilla olevia palveluita.

Kolme haastateltavista ajatteli, että eivät olisi koskaan tavanneet asiakasohjaajaa, mutta keskusteluiden perusteella ainakin kahdella heistä olisi kuitenkin ollut ainakin jonkinlainen kontakti asiakasohjaajan kanssa. Asiakasohjaajan tarkkaa toimenkuvaa koetaan hankalaksi eritellä ja haastateltavat kokevat asioiden menevän ristiin kotihoidon kanssa. Asiakasohjaajan toimenkuvaan oletettiin kuuluvan jatkuvat käynnit ja tämän oletettiin tulevan tekemään jatkossa tarvittaessa myös kotihoidon käyntejä. Koska asiakasohjaajan toimenkuva on epäselvä, pari haastateltavaa kertovatkin ensisijaisen yhteydenottotahon olevan kotihoito, jos ongelmia tai muutoksia palvelun tarpeeseen tulee. He kokevat, että sitä kautta asiat hoituvat helpommin ja nopeammin.

” ...Ei ainakaan kukaan oo esitellyt itteensä asiakasohjaajaksi...” H5

” ...Juu kotihoidon kautta. Ne hoitaa sen nopeemmin ja paremmin kun et jos mä itse ottaisin yhteyttä...” H4

Termi palvelu- ja hoitosuunnitelma koetaan myös kovin vieraaksi. Kukaan seitsemästä haastateltavasta ei tiedä tarkemmin, mikä on palvelu- ja hoitosuunnitelma. Vain yksi haastateltavista kertoo tehneensä kotihoidon kanssa paperille listan, missä on lueteltu tarvittava apu ja listaus niistä päivittäisistä toimista, mitä tekee itse ja missä kotihoito auttaa. Muut kertovat, etteivät ole saaneet mitään kirjallista sopimusta aloitetuista palveluista.

” ...Postia tuli kaikenlaista, mutta en mä tollasta...” H2

” ... En muista. Kai se pakko oli silloin alkuun tehdä. Muttei ainakaan pape-reissa oo...” H4

Haastateltavalla, jolla omaiset olivat mukana hoitoneuvottelussa, oli jäänyt erityisesti mieleen se, että asiakasohjaaja oli jäänyt heidän kanssaan juttelemaan vielä hoitoneuvottelun jälkeenkin. Toinen haastateltavista kertoi, että henkilö kotihoidosta tai asiakasohjauksesta kävi juttelemassa hänen kanssaan osastolla ennen tämän kotiutumista. Nämä muistettiin positiivisina asioina.

Siitä huolimatta, että termi asiakasohjaus koettiin vieraaksi, haastateltavista lähes kaikki kuitenkin kertoivat oletettavasti asiakasohjaajan tehneen kotikäynnin. Käyntejä pidettiin pääosin positiivisina kokemuksina ja haastateltavat olivat saaneet asiakasohjaajalta apua tai ohjeita sen hetkisiin ongelmiinsa. Negatiivinenkin kokemus mahtui käyntien joukkoon, kun haastateltava koki, ettei saanut käynnistä hyötyä. Hän koki, että hänen asioistaan ei olla kiinnostuneita ja palvelut ovat liian kalliita. Yksi haastatelluista puolestaan kertoi, että asiakasohjaaja kävi, mutta mitään kirjallista materiaalia ei käynnistä jäänyt, ei edes paperia, jossa olisi asiakasohjaajan nimi.

”... Ei siinä kaupungin edustaja mitään sen kummempaa. Kertoivat ei puhelinta voi käyttää, et ottaa taksin ja mennä sairaalaan... – ... Ei siitä ollut mitään hyötyä mulle...” H1

” ei mulle jääny siitä minkäänlaista paperia tai muuta, jossa hänen nimensä olis ollu.” H3

Osalla haastateltavista on olemassa asiakasohjaajan käyntikortti tai puhelinnumero. He kertovat tietävänsä, että hänelle voi aina tarvittaessa soittaa. Haastateltavista vain yksi ei tiedä, mihin tahoon ottaisi yhteyttä, jos

avuntarvetta kotona tulee. Kuitenkin suurin osa haastatelluista kertoi saaneensa käyntikortin tai jotakin kirjallista materiaalia saatavilla olevista palveluista joko henkilökohtaisesti tai postitse.

### 7.1.3 Kokemukset asiakasohjaajan roolista

Haastateltavat kokevat asiakasohjaajan roolin moninaisena. Asiakasohjaaja koetaan luotettavana ja ammattitaitoisena henkilönä, mutta kaiken kaikkiaan haastateltavat haluaisivat asiakasohjaajalta jotakin vielä enemmän, kuin mitä tämä on tähän saakka haastateltaville antanut.

Osa haastateltavista oli tyytyväisiä siihen, että asiakasohjaaja oli pyrkinyt selittämään toimenkuvaansa ja kertonut, mitä apuja on saatavilla jatkossa. Myös kirjallista ohjetta on ollut saatavilla. Osa haastateltavista kertoi saaneensa erilaista kirjallista informaatiota saatavilla olevista palveluista sekä hyvät ohjeet ja yhteystiedot asiakasohjaajan tavoittamiseen. Toisaalta haastatteluissa tuli ilmi myös, että osa haastateltavista eivät olleet tietoisia asiakasohjaajan toimenkuvasta tai siitä, mitä asioita hänelle kuuluu tai ei kuulu.

Palvelujen saatavuuteen ollaan tyytyväisiä haastateltavien keskuudessa. Pääasiassa he kokevat, että ovat saaneet asiakasohjaajalta juuri ne palvelut ja avut, joita kokevat tarvitsevansa. Vain yksi haastateltavista kokee, ettei ole yhteydenottonsa ansiosta saanut haluamaansa tai tarvitsemaansa apua kaupungilta tai asiakasohjaukselta. Haastateltavat kokevat, että viive avun tarpeen ja asiakasohjaajan palveluntarpeen arvioinnin välillä on ollut riittävän lyhyt verrattuna heidän avuntarpeeseensa. Asiakasohjaajan kotikäynnit olivat ajoitettu sopivasti heidän tarpeisiinsa nähden. Kotiutumisen asiakasohjaajan käyntiin ei ollut liian pitkä aika.

Myös asiakasohjaajien kiireettömyyteen kiinnitettiin positiivista huomiota. Haastateltavat kertoivat, että asiakasohjaajan käynnillä tuli tunne siitä, että heillä ei ole mitään kiirettä vaan heille saa kertoa rauhassa mieltä askarruttavista asioista ilman, että heidän pitää kiireellä jatkaa seuraavaan paikkaan.

”... Nää tytöt antoivat ymmärtää, että ovat vaikka tunnin, jos tarvitsee. On tärkeää, että ei kiirehdi koko ajan pois...” H2

Suurin osa haastateltavista koki, että palveluita ei tyrkytetty vaan niistä kerrottiin ja niitä mainostettiin. Yksi haastateltavista koki, että joutui jarruttelemaan apujen hankkimista ja että vaikutti, että asiakasohjaaja epäili hänen pärjäämistään. Hän toivoo, ettei asiakasohjaaja hätäilisi avuntarvetta liian aikaisin. Haastatteluissa todettiin myös, että on saanut vaikuttaa omiin asioihinsa ja hoitoonsa, vaikka kaikkea ei olekaan saanutkaan itse päättää. Yksi haastateltavista koki, että on saanut vaikuttaa omaan hoitoonsa jo liikaakin.

”... Vähän niitä jarrutin, kun tykkään et asia kerrallaan....” H2

”... Etteivät hätäilis avuntarvetta liian aikaisin. Vielä täälläkin he olivat niin varmoja, että sitä pitää ottaa ja kuunnella, mennä. Et tarvii apua...” H2

Yleisesti koettiin, että asiakasohjaajalle on helppo puhua ja että hän on sitoutunut asiaansa. Haastateltavat korostivat erityisesti asiakasohjaajan vaikuttavan luotettavalta ja asiantuntevalta, asialliselta ja ystävälliseltä. Koettiin, että asiakasohjaajalle on helppo puhua asiasta kuin asiasta. Koettiin, että heille voi puhua murheistaan. Haastateltavien mukaan kaikki on mennyt asiakasohjaajan kanssa sovitusti ja toivotusti. Kaikista eniten asiakasohjaajat saivat kiitosta luonteestaan ja ammattitaidostaan.

” ...Ne on niin innostuneita tähän uuteen meininkiin...” H2

”... Voi unohtaa sairauden ja puhua ihan eri asioista, se piristää....” H2

Haastateltavat mainitsevat erityisen positiivisena asiana sen, että he kokevat asiakasohjaajien olleen suurena apuna erilaisten papereiden ja hakemuslomakkeiden täyttämässä. Niiden täyttäminen koetaan monimutkaisena ja siihen koetaan tarvittavan erityisen paljon ammattilaisten apua. Tämä korostuu etenkin, kun ikää tulee lisää. Asiakasohjaajan rooli papereiden kanssa avustamisessa koetaan tärkeänä siitakin huolimatta, että haettujen tukien tulos ei ole ollut haastateltavan toivoma.

Negatiivisena asiana kerrottiin olevan hoidettavien asioiden monimutkaisuus ja se, että osa asioista on hankala sisäistää asiakasohjaajan kertomana. Eniten koettiin hankaluuksia tuovan erilaiset haettaviin tukiin ja kuljetuksiin liittyvät asiat. Haastateltavat kokivat, että asioita ei selitetty niin selkeästi, että he olisivat ymmärtäneet kaiken. Aika oli liian lyhyt asioiden selittämiseen ja lyhyessä ajassa tuli liikaa informaatiota, jotta olisi sisäistännyt kaiken. Vain kaksi haastateltavista mainitsi saaneensa tarpeeksi selkeästi kerrotun informaation niin, että he todella ymmärsivät saamansa informaation.

Haastateltavat kertovat, että eivät ole sopineet mitään jatkosta asiakasohjaajan kanssa eivätkä osaa tarkemmin kertoa asiakasohjaajan roolista heidän elämäänsä liittyvissä asioissa tulevaisuudessa. Haastateltavat kokevat, että on erittäin tärkeää, että asiakasohjaajilta saa apua, vaikka vain soittamalla. Merkitsee paljon, että on paikka, johon saa soittaa ja tiedustella asioista tai tarvittaessa pyytää uutta kotikäyntiä. Tärkeää on myös se, että he voivat kiireettömällä aikataululla tulla juttelemaan.

Asiakasohjaajan koetaan tukevan kotona pärjäämistä erityisesti olemalla mukana ja läsnä sekä auttamalla papereiden täyttämässä. Yhden haastateltavan mukaan on erityisen tärkeää, että asiakasohjaaja ottaa yhteyttä ja pitää huolta, jos kukaan muu ei sitä tee. Korostettiin myös sen tärkeyttä, että asiakasohjaaja kysyy suoraan avuntarpeesta.



”... Saan soittaa heti kun tarvitsen ja voivat tulla kurkistamaan välillä. Ei säännöllistä sovittu...” H2

## 7.2 Asiakkaiden kokemuksia omaisten roolista asiakasohjausprosessissa

Kaikkien haastateltavien omaiset eivät olleet aktiivisesti mukana hoitoprosesseissa tai olleet mukana tapaamassa asiakasohjaajaa. Osa haastateltavista eli täysin itsenäistä elämää ja katsoivat, että omaisten läsnäolo asiakasohjaajan tapaamisessa ei ole tarpeellista. Osalle haastateltavista omaisen rooli kotona pärjäämisessä oli kuitenkin oleellisen tärkeä sekä henkistä että fyysistä toimintakykyä ajatellen.

### 7.2.1 Omaiset tapaamassa asiakasohjaajaa

Haastateltavien kokemukset omaisen aktiivisuudesta asiakasohjaajan tapaamisessa vaihtelivat huomattavasti. Suurimmalla osalla, eli neljällä haastateltavalla oli omainen mukana asiakasohjaajan tapaamisessa. Osalla omainen oli aktiivisen keskusteluun osallistujana tai pienemmässä roolissa kommentoimassa tai korjaamassa faktatietojen tarkkuutta. He, joiden omaisilla oli kontakti asiakasohjaajan kanssa, kokivat, että asiakasohjaaja on ottanut hyvin huomioon hänen omaisensa asiakasohjausprosessissa.

Omaiset koettiin tärkeäksi toimijaksi asiakasohjaajan tapaamisessa. He toimivat haastateltavien korvana ja muistina. Yksi haastateltavista koki sairautensa vuoksi omaisten roolin asiakasohjauksen kanssa keskustellessa tärkeämmäksi, kuin hänen omansa.

”... Ne niitä tärkeimpiä on, kun en oikeen ollut sairaalassa mukaan maailman menossa...” H4

Yhdellä haastateltavista jäi tapaamisen jälkeen kokemus, että ystävältä saatu apu vaikuttaa negatiivisesti hänen kaupungilta saamaansa apuun ja että kaupunki ei arvosta hänen ystävänsä apua.

”... kyllä tiedän et ystävän täällä olo... sosiaali- ja terveyslautakunta saa keppihevosen siitä, että sullahan on ystävä...” H1

Haastateltavat, joiden omaiset olivat mukana tapaamisessa kokevat tulleensa hyvin huomioiduiksi, vaikka omaiset olivat paikalla. Haastateltavien mielestä heitä ei sivuutettu, vaan asiakasohjaaja puhui silti heille, vaikka omaiset olivatkin läsnä.

## 7.2.2 Omaiset auttajana

Omaisten rooli auttajana vaikutti haastattelujen perusteella olevan moninainen ja se näyttääkin olevan merkittävä osa haastateltavien kotona pärjäämistä. Osa haastateltavista kertoo omaisten auttavan kaikessa. Yleisimpiä auttamiskohteita ovat ruuanlaitto, kaupassakäynti, kuljettaminen paikasta toiseen, pyykkien peseminen sekä siivoaminen ja lääkehoidosta huolehtiminen. Osalla haastateltavista on apunaan omainen toiselta paikkakunnalta, joka viettää runsaasti aikaa haastateltavan luona tai päin vastoin. Yhdellä haastateltavista omainen oli merkittävässä roolissa valitsemassa tukipalveluita hänen kanssaan.

”... Merkitsee paljon, et tytär on täällä ja auttaa...” H2

Omaisten suuresta roolista huolimatta vain yhdelle haastateltavista omainen on omaishoitaja. Osa ei halua omaistaan kutsuttavan hoitajaksi koska se sitoo liikaa. Haastatteluissa tuli myös esiin tilanne, missä kriteerit omaishoitajuuteen eivät hoidon tarpeesta huolimatta täyty. Haastateltavista ainoastaan virallisen omaishoitajan saanut kertoo omaisen roolin muuttuneen asiakasohjausprosessin myötä. Muut kertovat omaisten auttavan samalla tavalla, kuin aiemminkin.

”... Hän sanoo että häntä ei hoitajaksi saa sanoa, kun se valtuuttaisi enemmän...” H1

Haastatteluissa tuli ilmi myös huoli siitä, että väsyvätkö omaiset liikaa auttaessaan ja miten käy omaisten oman elämän, kun joutuvat niin paljon olemaan tukena. Koetaan huonona se, että ulkopaikkakunnalla asuvat omaiset joutuvat huolehtimaan niin paljon eikä heillä ole mahdollista saada antamastaan avusta minkäänlaista korvausta. Tähän toivotaan muutosta joko tukien, lisäpalveluiden avuin tai muilla keinoilla.

”... Joo ja et, kun niillä ei oo mitään korvausta. Kyllähän ne sit mut perii, mutta eihän sitä tiiä et onko sit enää mitään...” H6

”... Hän on hoitanut mun asiaa, mutta hän ei oo allekirjoittanut mitään papereita. Et ei oo mitenkään sitoutunut. Et on hyvää hyvyyttään auttanut...” H1

Haastattelussa tulee näkyviin myös se näkökulma, että osa haastatelluista haluaa pärjätä elämässään mahdollisimman pitkälle ilman lähimmäisiltään saatavaa apua. He kertovat ja korostavat sitä, että yrittävät tulla toimeen itse, jotta toimintakyky säilyisi. He eivät halua olla haittana omaisilleen, joilla on muutoinkin kiirettä perheensä arjen pyörittämisessä.

”... Yritän mahdollisimman paljon tulla itse toimeen...” H7

### 7.3 Asiakkaiden kokemuksia siitä, miten asiakasohjaus voisi vastata aiempaa paremmin heidän tarpeisiinsa

Tuloksissa ilmeni hyvin se, että haastateltavat olivat epätietoisia siitä, ovatko ymmärtäneet asiakasohjaajan selittämät asiat oikein. Ongelmia koettiin etenkin erilaisiin tukiin ja kuljetuspalveluihin liittyvissä asioissa. Haastateltavat toivoivatkin ehdottomasti sitä, että asiakasohjaajat olisi käymään uudelleen selittämässä asioita.

Koettiin, että kotiutumisen yhteydessä oli liikaa uusia asioita, jotta olisi ollut mahdollista sisäistää kaikki, mistä asiakasohjaaja kertoi. Koettiin, että nyt kun kotiutumisesta on jo kulunut hetki aikaa ja elämä on alkanut asettumaan uomiinsa, tietää jo hieman, että mistä on kysymys. Nyt osaisi itsinkin paremmin kysellä asiakasohjaajalta asioita. Yksi haastateltavista esimerkiksi kertoi koko kotikäyntinsä ajan olleen pyörryksissä jo siitä, että koko ajan piti miettiä, mitä palveluita jatkossa tarvitsee. Kahdessa haastattelussa tulee vahvasti esiin se, että tarvittaisiin toinen kotikäynti kotirutiinien vakiinnuttua.

”... Tähän aikaan vois tulla ja selittää uudestaan kaikki. Kun silloin alkuun oli sellasta hässäkkää tää kotiin tulo...” H4

Toinen useampaan kertaan esille noussut asia oli toive siitä, että haastateltavat olisivat saaneet enemmän erilaista kirjallista materiaalia tarjolla olevista palveluista ja tuista. Haastateltavien suunnalta toivottiin myös saadun materiaalin kertaamista ensimmäisen käynnin jälkeen. Haastateltavat eivät olleet esimerkiksi välttämättä saaneet asiakasohjaajan yhteystietoja, joka heikensi yhteydenottomahdollisuuksia asiakasohjaajan suuntaan.

”... Ainakin et jäis jotakin selkeetä kirjallista materiaalia, että vois kerrata, et mistä tässä nyt oli oikeen kysymys....” H3

Haastattelujen mukaan haastateltavat eivät ole myöskään tehneet mitään jatkosuunnitelmia asiakasohjaajan kanssa hoito- ja palveluprosessinsa arviointia ajatellen. Heillä ei ole tietoa siitä tuleeko asiakasohjaaja ottamaan heihin päin jatkossa yhteyttä. Haastatteluissa tuli esiin toive siitä, että asiakasohjaaja kävisi säännöllisesti käynnillä.

Haastattelujen perusteella toivotaan, että asiakasohjaus tulisi paremmin ihmisen tietoon. Muutama haastateltava toivoo esimerkiksi paikallislehtiin informaatiota asiakasohjauksesta ja sen saatavuudesta ja tavoitettavuudesta sekä lisää neuvontatilaisuuksia palveluista. Haastateltavat eivät muista lukeneensa esimerkiksi lehdistä sitä, mitä asiakasohjaus on Valkeakoskella ja miten se toimii.

”... Toivotaan et se tulis tietoon. Ainoastaan lehdessä mainostivat turvapuhelinta....” H2

”... En tiää et onko sellasia neuvontatilaisuuksia ollenkaan. En oo huomannut et lehdistä olis ollut...” H5

Haastateltavien keskuudessa koetaan myös, että pitäisi panostaa enemmän ennaltaehkäisyyn, jotta pysyisi hyvässä kunnossa eikä annettaisi hoitoa vasta kun kunto on huonontunut. Toivotaan myös, että kun henkilö täyttää tietyn iän niin jonkun pitäisi ottaa automaattisesti yhteyttä ja kysellä pärjäämisestä. Yksi haastateltavista esimerkiksi kokee, että kukaan ei ole häneltä ennen haastatteluja kysellyt, että miten hän pärjää.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Lähdesmäen & Vornasen (2014, s. 28-29) mukaan palveluohjaus koostuu etuuksista tiedottamisesta, hyvinvoinnin edistämisestä sekä vanhustyön palveluista. Omien tuloksiani tarkisteltaessa etenkin etuuksista tiedottaminen nousee suureen rooliin. Moni haastattelemani asiakkaista on kokenut saaneensa suuren avun asiakasohjaajalta tukien hakemiseen, vaikkakin kaikki haettavat tuet eivät ole tulleet myönnytyiksi.

Opinnäytetyöni mukaan asiakasohjaajan rooli on moninainen. Haastatelluissani korostuu moni asia, joka on tullut ilmi myös Elorannan vuoden 2006 gradussa. Molemmissa tulee suurena esiin asiakasohjaajan antama tuki erilaisten hakemuspaperien täyttämiseen sekä hänen toimisensa tiedonantajana sekä tulkkina. Kuten omassa opinnäytetyössäni, niin myös Elorannan (2006, s. 59-60) gradun tuloksissa tulee esiin erilaisten hakemuspaperien täyttämisen tärkeys, etenkin jos asiakas oli vaarassa menettää jonkin hänelle kuuluvan etuuden. Toisaalta Elorannan mukaan vielä hakemusten täyttämistäkin tärkeämmäksi koettiin emotionaalinen tuki, toivon luominen ja sen korostaminen, että ei ole yksin. Myös tämä nousee vahvasti esille toisena suurena kokonaisuutena omassa opinnäytetyössäni.

Suomisen ja Tuomisen (2007, s. 77-78) mukaan myös Socialstyrelsen (2005) on koonnut asiakkaiden ajatuksia palveluohjaajan roolista. Heidän teoksessaan korostuu etenkin asiakasohjaajan rooli enemmän ystävänä, kuin ammattilaiskontaktina sekä kriisitilanteissa tukevana suojelusenkelinä. Monessa eri lähteessä korostetaan asiakasohjaajan roolia asiakkaan rinnalla kulkijana. Käytännössä tämä tarkoittaa asiakkaan kuulluksi tuleamista ja hänen tarpeidensa kartoittamista yhdessä asiakkaan ollessa itse oman elämänsä asiantuntija. (Jansson ym., (2017) Jansson & Lahtelan, 2017, s. 248 mukaan)

Opinnäytetyössäni korostuu myös Suomisen ja Tuomisen ajatus asiakasohjaajan toimimisesta ystävänä ja toisaalta Janssonin ym. ajatus asiakasohjaajasta rinnalla kulkijana. Haastatelluissani koettiin, että asiakasohjaajalle

on erittäin helppo puhua kaikesta kiireettömällä aikataululla. Haastateltaville merkitsee paljon, että on joku, jolle saa soittaa ja tiedustella asioista. Asiakasohjaajan roolissa pidetään tärkeänä sitä, että hän on läsnä ja mukana elämässä. Häneltä saa apua ja hän pitää huolta, jos kukaan muu ei sitä tee. Mielestäni haastattelujeni perusteella voidaan olettaa haastateltavien olevan tyytyväisiä siihen, että asiakasohjaajilla ei vaikuta olevan liian kiire, vaan he pystyvät keskustelemaan asiakkaiden kanssa rauhassa. Toisaalta jos joudutaan tilanteeseen, että asiakasohjaaja on mahdollisesti viimeinen taho huolenpitäjänä, kertoo se suuresta aukosta tukiverkostossa.

Kyngäs ja Hentinen (2009, s. 76) ovat todenneet laadukkaan asiakasohjauksen olevan asiakkaan tukemista konkreettisesti, tiedollisesti sekä emotionaalisesti. Omassa opinnäytetyössäni näyttäytyy etenkin konkreettisesti annetun tuen määrä jo aiemminkin mainitun taloudellisten tukien hakemisen muodossa. Tiedollista tukea eli esimerkiksi tiedonantia sairaudesta ja sen hoidosta ei juurikaan tule esiin haastattelujeni pohjalta. Kuten ei myöskään emotionaalista tukea asiakkaan tunteiden käsittelyyn.

Kuten ETENE (2008, s. 3-4) ja myös Mäki-Hallila ym. (2018, s. 7) korostavat palvelujen kokoamista asiakkaan omien tarpeiden ja toiveiden mukaisesti sekä muistuttavat, että asiakkaalla tulee olla valinnanvapaus koskien omaa hoitoaan. Asiakkaan mahdollisuus osallistua päätöksentekoon korostuu, kun hänellä on saatavilla tietoa eri vaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista hoitoonsa liittyen. Eloranta (2006, s. 46, 48) kertoo tutkimuksessaan tulleen ilmi, että asiakkaiden mielestä he eivät aina saaneet omaa ääntään kuuluviin palveluohjaajan tapaamisessa.

Omassa opinnäytetyössäni tulee esiin, että haastateltavat olivat tyytyväisiä siihen, että asiakasohjaaja oli kertonut erilaisista vaihtoehdoista ja siitä, mitä apua on jatkossa saatavilla. Pääasiassa he kokevat, että ovat saaneet asiakasohjaajalta juuri ne palvelut ja avut, joita kokevat tarvitsevansa. Suurin osa haastateltavista myös koki, että palveluita ei tyrkytetty heille vaan niistä kerrottiin faktoja sekä niitä mainostettiin. Vain yksi haastateltavista koki, että asiakasohjaaja hätäili hänen avuntarvettaan liian aikaisin ja hän joutui jarruttelemaan apujen hankkimista. Kaiken kaikkiaan haastateluissa tuli esiin, että asiakkaat olivat saaneet vaikuttaa hyvin omiin asioihinsa ja hoitoonsa, vaikka kaikkea he eivät olleetkaan saaneet päättää.

Asiakkaan neuvontaprosessi voi käynnistyä asiakkaan yhteydenotolla neuvontapuhelimeen tai lähitorille (Mäki-Hallila, 2017). Usein myös sosiaali- ja terveysalan ammattilainen käynnistää prosessin omalla yhteydenotollaan kunnan asiakasohjauksen suuntaan (Ikonen, 2013, s. 69). Myös omaiset voivat toimia asiakasohjausprosessin käynnistäjinä (Ikäneuvo, 2018a). Opinnäytetyössäni tulee hyvin esiin kaikki erilaiset tavat hakeutua asiakasohjauksen asiakkaaksi. Haastateltavistani löytyy heitä, jotka ovat itse ottaneet yhteyttä Valkeakosken kaupungin taholle tarvitsemansa palveluntarpeenarvioinnin tiimoilta. Osa haastateltavista kertoo omaisten otta-

neen yhteyttä sosiaali- ja terveystalviin heidän puolestaan. Haastateltaviin lukeutui myös heitä, joiden puolesta sairaala tai sosiaalityöntekijä on tehnyt heidän puolestaan yhteydenoton asiakasohjausprosessin aloittamista varten. Koen, että tutkimustuloksissani ilmenevä neuvontaprosessin käynnistyminen useammalla eri tavalla kertoo siitä, että ihmiset ovat mahdollisesti monella eri taholla tietoisia asiakasohjauksen, lähitorin tai neuvontapuhelimen olemassa olosta.

Ikäneuvo-hankkeen mukaan asiakkaan ohjausprosessi koostuu itse ohjauksesta, palveluntarpeen arvioinnista, palvelusuunnitelman tekemisestä sekä palvelujen koordinoinnista ja kokonaisprosessin seurannasta. (Ikäneuvo, 2018a). Opinnäytetyössäni tulee esiin se, että asiakkaille termi palvelu- ja hoitosuunnitelma on outo. Kukaan haastatelluista henkilöistä ei ole tietoinen, mikä on palvelu- ja hoitosuunnitelma. Yksi haastateltavista kertoo tehneensä kotihoidon kanssa listaa hänen tarvitsemistaan avuista, mutta kukaan muu ei ole saanut mitään kirjallista sopimusta aloitetuista palveluista. Asiakkaille kuitenkin usein tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma ja tämä saattaa kertoa siitä, että heille ei ole kerrottu tarpeeksi tarkoin, mitä heidän saamansa paperi sisältää.

Sama ongelma koskien palvelu- ja hoitosuunnitelmia tulee esille myös Keipilän vuoden 2008 (s. 37-39) gradussa sekä Elorannan gradussa vuodelta 2006 (s. 51). Keipilän gradun mukaan kahdeksasta haastateltavasta neljä koki palvelu- ja hoitosuunnitelman vieraaksi eikä kenelläkään kahdeksasta ollut saatavilla kirjallista versiota omasta palvelu- ja hoitosuunnitelmastaan.

Mäki-Hallilan (2017) mukaan asiakasohjaaja voi neuvoa asiakasta puhelimitse, mutta hän voi tehdä myös laaja-alaisen palveluntarpeen arvioinnin asiakkaan luona kotikäynnillä. Piipposen gradun (2012, s. 39) mukaan hänen haastateltavansa oli yhteydessä tietyn nimisen henkilön kanssa, mutta ei tiennyt saavansa palveluohjausta.

Sama toistui omissa haastatteluissani. Opinnäytetyöni mukaan kolme haastatelluista koki, että eivät ole koskaan tavanneet asiakasohjaajaa. Haastatteluissa käydyn keskustelun perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että heistä ainakin kahdella olisi ollut kontakti asiakasohjaajan kanssa. Haastateltavat olisivat lähes kaikki asiakasohjaajan tehneen kotikäynnin, vaikka asiakasohjaajan toimenkuvaa koettiin hankalaksi eritellä. Se sekoitettiin usein kotihoidon käyntiin. Toisaalta tämä saattaa kertoa palveluketjun näyttäytyvän asiakkaille ehjänä kokonaisuutena. Se, että osa haastateltavista ottaa yhteyttä palveluntarpeen muutoksien suhteen ensisijaisesti kotihoitoon, kertoo mahdollisesti siitä, että heillä on käytössään kotihoidon palvelut ja he kokevat kotihoidon omahoitajansa luotettavana niin, että antavat asioiden hoidon hänen käsiinsä.

Piipposen (2012, s. 40) mukaan palveluohjaajan tulee pystyä keskustelemaan suoraan, mutta hienovaraisesti asiakkaalle vaikeistakin asioista.

Omissa haastatteluissani tosin yksi henkilö koki, että asiakasohjaaja epäili hänen pärjäämistään ja hätäili täten palvelujen aloittamista haastateltavan mielestä liikaa. Toisaalta kuitenkin haastatteluissani koettiin myös tärkeänä se, että asiakasohjaaja kysyy suoraan avun tarpeista.

Kan ja Pohjola (2012, s. 48) korostavat omaisten mukaan ottamista hoidon suunnitteluun jo heti alkuvaiheessa. Heidän mukaansa omaiset olisi hyvä kutsua myös alkuhaastatteluun tai hoitokeskusteluun. Opinnäytetyössäni osa haastatelluista koki, että omaisten ei tarvitse olla läsnä palveluita suunniteltaessa yhdessä asiakasohjaajan kanssa. Osalla haastateltavista omaisten oli mukana asiakasohjaajan tapaamisessa. Joillakin omaisten oli aktiivisessa roolissa keskusteluun osallistujana ja joillakin puolestaan kommentoimassa ja korjaamassa faktoja tarpeen mukaan. He, joilla omaiset olivat mukana tapaamisessa, kokivat omaisten olevan tärkeässä roolissa esimerkiksi tämän toimiessa potilaan muistina uudessa tilanteessa.

Lähdesmäki ja Vornanen (2014, s. 116) korostavat asiakkaan yksilöllisyyden, tarpeiden ja emotionaalisen kokonaisuuden huomioon ottamista ohjaamisen yhteydessä sekä sitä, että asiakkaan voimavarat ja oppimiseen vaikuttavat tekijät tulee myös huomioida. Omassa opinnäytetyössäni tuli ilmi, että kaikki asiakkaat eivät olleet tietoisia läpikäydyistä asioista enää tapaamisen jälkeen. Haastattelujeni mukaan haastateltavat olivat epäpitäisiä siitä, ovatko ymmärtäneet asiakasohjaajan selittämät asiat oikein. Toiveena olikin, että jatkossa asiakasohjaaja tulisi käymään uudelleen kertomassa asiat hieman myöhemmin, kun kotiutumisesta oli kulunut jo hetki. Koettiin, että kotiutumisen yhteydessä pidetyssä tapaamisessa oli liikaa uusia asioita ja asiakasohjaajan kertomia asioita oli vaikea sisäistää. Jos asiakasohjaaja tekisi toisen käynnin myöhemmin, osaisivat asiakkaat kysellä heiltä paremmin mieltään askarruttamaan jääneistä seikoista. Haastateltavat toivoivat siis enemmän jatkuvuutta asiakasohjausprosessiinsa. Haastattelujen myötä tuli esiin toive siitä, että asiakasohjaajat pitäisivät säännöllisesti yhteyttä asiakkaaseen ja tekisivät uusintakäyntejä. Haastateltavien suunnalta tuli esiin myös toive siitä, että he olisivat saaneet enemmän kirjallista materiaalia tarjolla olevista palveluista ja tuista.

Elorannan (2006, s. 46, 48) mukaan koettiin ongelmia luottamuksen saavuttamisen suhteen ja koettiin hankalaksi puhua asiakasohjaajalle yksityisistä asioista. Omassa opinnäytetyössäni puolestaan luottamus näyttäytyi positiivisena seikkana. Koettiin, että asiakasohjaajalle on helppo puhua ja että hän vaikuttaa asiantuntevalta ja luotettavalta. Koettiin, että asiakasohjaajan kanssa on helppo puhua mistä tahansa asiasta. Kaikista eniten asiakasohjaajia kiiteltiin heidän luonteestaan sekä ammattitaidostaan.

Siimeslehto (2009, s. 21) on ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään määritellyt turvallisen kotiutumisen siten, että asiakas voi turvallisesti jäädä kotiin. Hänen mukaansa on tärkeää, että sekä asiakas itse, että omaiset ovat tietoisia esimerkiksi saatavilla olevista palveluista. Tur-

vallinen kotiutus mahdollistuu tiedonkululla sekä moniammatillisella yhteistyöllä sairaalan sekä muiden tahojen välillä. Myös Keskisen (2008, s. 20-22) opinnäytetyössä korostuu potilaiden näkökulmasta riittävä jatkohoidon ohjaus. Keipilän (2008, s. 50-51) gradun mukaan kuusi kahdeksasta haastateltavasta kokee kotona asumisen turvalliseksi. Kaksi siis kokee ainakin ajoittain turvattomuutta.

Omassa opinnäytetyössäni tulee esiin, että kaikki haastateltavat olivat saaneet erittäin vähän, jos ollenkaan ohjausta sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Pari haastateltavaa kertoivat sairaalan henkilökunnan kyselleen hänen kotona pärjäämisestään. Kaikki haastateltavat yhtä lukuun ottamatta kokivat kuitenkin kotiutumisen turvallisenä. Turvallisuuden tunnetta parantaviksi koettiin omaisten lisäksi muun muassa se, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa oli jo ennalta sovittu tapaaminen.

Keskisen (2008, s. 20-22) opinnäytetyössä potilaat kokivat myös tärkeänä, että annetun tiedon ymmärtäminen varmistettiin ja annettiin suullisen informaation lisäksi myös kirjallisia jatkohoito-ohjeita. Turvallisuuden tunnetta koettiin lisäävän se, että heillä oli tieto siitä, keneen voi tarpeen mukaan ottaa yhteyttä. Hyvälle kotiutumisen onnistumiselle ajateltiin oleellista olevan kotona tarvittavan avun arvioiminen sekä se, että riittävän avun järjestäminen kotiin onnistuivat. Omassa opinnäytetyössäni esiin nousi aiemminkin mainittu kirjallisen materiaalin puute. Toisaalta kuitenkin haastateltavani kokivat, että viive avuntarpeen ja palveluntarpeen arvioinnin välillä oli riittävän lyhyt. Haastateltavien mukaan asiakasohjaajan järjestämät käynnit olivat ajoitettu juuri sopivasti verrattuna asiakkaiden omiin tarpeisiin.

Keskisen opinnäytetyössä (2008, s. 20-22) korostettiin myös omaisen sekä potilaan aktiivista osallistumista kotiutumisen suunnitteluun esimerkiksi hoitoneuvotteluihin. Osalle haastateltavista turvallisuus merkitsi apuvälineitä ja osalle turvallisuus oli sitä, että saa fyysisesti jonkun luokseen. Omassa opinnäytetyössäni korostui paljon omaisten rooli jokapäiväisen elämän tukipilarina, vaikka osa haastateltavista korostikin haluavansa selviytyä mahdollisimman pitkään ilman lähimmäisiltä saatavaa apua. Omaisten rooli auttajana on haastattelujeni perusteella moninainen. Osalla omaisen auttaa aivan kaikessa, vaikka ei olisikaan omaishoitaja.

Koposen (2003, s. 64-65) gradun mukaan omaiset saattavat tinkiä omista tarpeistaan hoitaessaan ikääntynyttä läheistään. Pahimmillaan ikääntyneen auttaja voi väsyä ja hänen oma perhe-elämänsä voi kärsiä. Ristiriitoja saattaa tulla myös siitä, että toinen omainen joutuu osallistumaan iäkkään läheisensä hoitoon enemmän kuin toinen. Omassa opinnäytetyössäni tulee esiin samoja asioita, kuin Koposen gradussa. Osalla haastateltavista omaisen käy auttamassa toiselta paikkakunnalta tai haastateltava saattaa ajoittain matkustaa lapsensa luo läheiselle paikkakunnalle oleilemaan.



Etenkin haastateltavat, joiden omaiset käyvät ulkopaikkakunnalta auttamassa ovat kovin huolissaan lähiomaisensa jaksamisesta.

## 8.2 Opinnäytetyön eettisyyden pohdintaa

Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistuksessa (Lääkäriliitto, 1964, suomenos hyväksytty 2014) korostetaan asioita, joita tulee ottaa huomioon tutkimuksen eettisiä kysymyksiä pohdittaessa. Tutkimukseen osallistuvien haittaa heidän psyykkiselle, sosiaaliselle ja fyysiselle koskemattomuudelleen ja eheydelleen tulee minimoida. Lisäksi osallistujien yksityisyyttä ja henkilötietoihinsa liittyvää luottamuksellisuutta tulee suojata. Tutkimukseen osallistujille tulee antaa tietoa heidän mahdollisuudestaan olla osallistumatta tutkimukseen ja toisaalta mahdollisuudestaan irrottautua tutkimuksesta milloin tahansa ilman seurauksia. Tuomi ja Sarajärvi (2018, s. 156) korostavat viitaten Reynoldsiin (1987) sekä Tutkimuseettiseen neuvottelukuntaan (2012) myös, että tutkimukseen osallistujien hyvinvointi ja oikeudet on turvattava.

Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee varmistaa, että tutkimukseen osallistuja ymmärtää tiedot tutkimuksen menetelmästä ja tavoitteesta. Tutkijan tulee myös tehdä selväksi edellisessä kappaleessa mainitun tutkimuksesta irtautumisen tai kieltäytymismahdollisuuden lisäksi tutkijan yhteydet laitoksiin ja informaatio tutkimuksen oletettavissa olevasta hyödystä. Tutkijan tulee saada osallistujan kyseiseen tietoon perustuva ja vapaaehtoisesti annettu suostumus kirjallisesti. Jos kirjallista suostumusta ei ole mahdollista saada, tulee muulla tavoin ilmaistu suostumus dokumentoida tarkasti ja saada todistajien allekirjoitukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 174-175) Tutkittaville tulisi myös selvittää tutkimusaineiston käsittelyä ja sitä, mitä sille tapahtuu aineiston analyysin jälkeen (Kuula, 2014, s. 99).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on Tuomen ja Sarajärven (2018, s. 150-151 mukaan) laatinut vuonna 2012 eettiset ohjeet hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden noudattamiseksi. Niihin kuuluvat muun muassa tieteellisten kriteerien mukaisten ja eettisesti sopivien tutkimusmenetelmien käyttäminen, rehellisyys tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, muiden tutkijoiden kunnioittaminen, tutkimusprosessin suunnittelun ja toteutuksen sekä raportoinnin tekeminen tieteellisten vaatimusten mukaisesti. Tärkeää on myös määritellä tutkijoiden asema ja sidonnaisuudet.

Moni heistä, joita haastatteluun pyydettiin, kieltäytyivät haastattelusta vedoten huonoon kuntoonsa tai korkeaan ikäänsä. Kaikille haastatteluun suostuville kerrottiin osallistumisen olevan vapaaehtoista ja että heillä on mahdollisuus kieltäytyä vielä myöhemmin antamiensa tietojen käyttämisestä opinnäytetyön raporttiin ilmoittamalla siitä puhelimitse opinnäytetyön tekijälle. Jokaisen haastateltavan kanssa on henkilökohtaisesti käyty läpi sekä informaatiokirje että suostumuslomake ennen haastattelun aloit-

tamista. Heille on kerrottu, että haastattelun perusteella koostetaan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö sosiaali- ja terveystieteiden johtamiseen ja kehittämiseen liittyen ja että työn olisi tarkoitus olla valmis keväällä 2019. Heille on kerrottu, että opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen kanssa, mutta haastattelija ei ole työsuhteessa kyseiseen organisaatioon, vaan toimii puolueettomana haastattelijana. Haastateltaville on kerrottu, että kerättyä materiaalia voidaan käyttää hyväksi Valkeakosken asiakasohjauksen kehittämisessä.

Jokaiselle haastateltavalle on myös informoitu siitä, että haastattelumateriaali kerätään luottamuksella ja säilytetään niin, että ulkopuoliset eivät pääse sitä lukemaan. Haastateltaville on informoitu haastattelun nauhoittamisesta jo ennen puhelimitse tapahtunutta yhteydenottoa lähetetyssä informaatiokirjeessä. On myös käyty läpi, että opinnäytetyön valmistuksen jälkeen nauhoitukset ja kirjallinen materiaali haastatteluista tullaan tuhoamaan. Haastateltaville on informoitu, että lopullisesta tuotoksesta ei pysty tunnistamaan yksittäistä haastateltavaa. Kaikilta haastateltavilta on kerätty kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumiseen. Jokaiselle on luovutettu oma allekirjoitettu suostumuslomake hänen omalla sekä opinnäytetyön tekijän allekirjoituksella sekä päivämäärällä varustettuna. Sama lomake allekirjoituksin ja päiväyksin varustettuna on myös opinnäytetyön tekijällä.

Tutkimuksesta informoiminen vaikuttaa suuresti siihen, suostuvatko ihmiset mukaan tutkimukseen; siihen ovatko he kiinnostuneita osallistumaan haastatteluun tai erimerkiksi täyttämään kyselylomakkeen. Informaatiokirjettä laadittaessa tulisikin samalla pohtia esimerkiksi, että onko aineisto anonymisoitavissa ja ketkä saavat käsitellä aineistoa. Jos informaatio annetaan vain suullisesti, tulee tutkimuksen tekijällä itsellään olla kirjallisena tieto sovituista asioista sekä hänen tulee antaa tutkittaville omat yhteystietonsa. (Kuula, 2014, s. 101-103) Aineistoa anonymisoitaessa on tekstin ymmärrettävyyden kannalta parempi, jos haastateltavista käytetään peitenimiä. Merkittäessä haastateltavia merkein (esimerkiksi x) tai käyttäen termejä mies ja nainen, saatetaan menettää aineiston sisäinen koherenssi. Osassa tutkimuksista saattaa taustatiedoilla, kuten ikä, sukupuoli tai asuinpaikka voi olla oleellista merkitystä aineiston ymmärtämiselle. (Kuula, 2014, s. 215, 218)

Opinnäytetyöni litterointivaiheessa ja tekstiä anonymisoitaessa on haastateltavat nimetty numeroimalla esimerkiksi Haastateltava 1, Haastateltava 2 ja niin edelleen. Haastateltavien numerointi pysyi samana läpi koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Pohjolan (2007, s. 11-12) mukaan tutkimuksen eettisyys on paljon enemmän, kuin pelkkien tieteellisyyden peruskriteerien täyttämistä. Tutkimusetiikka jakautuu seitsemän eri tutkimuksen vaiheen sisälle. Tiedon intressin etiikka sisältää tutkimusaiheen valinnan, teoreettiset lähtökohdat sekä tutkimuksen rajaamisen kera tutkimuskysymysten asettamisen. Seuraavan

vaiheen tiedon hankkimisen etiikka sisältää tutkijan suhteen tutkittavaan kohteeseen ja tutkimusjoukkoon sekä aineiston hankinnan toteutuksen. Kolmanteen, tiedon tulkitsemisen etiikkaan liittyy aineiston analysointi menetelmävalintoihin ja käytännön toteuttamisineen sekä tulosten tulkinta. Näiden kolmen päävaiheen lisäksi tulee muistaa myös tutkimusprosessin aikana syntyvät eettiset haasteet, kuten saadun tiedon julkistamisen etiikka, tiedon käyttämisen etiikka, sosiaalisen vastuun etiikka sekä muiden tutkimustyön kunnioittaminen eli kollegiaalinen etiikka.

### 8.3 Opinnäytetyön luotettavuuden pohdintaa

Cuba ja Lincoln (1981, 1985) ovat Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, s. 160) mukaan eritelleet luotettavuuden arvioinnin kriteerejä. Kyseisiä kriteereitä käytetään edelleen kvalitatiivisia tutkimuksia arvioitaessa. Cuban ja Lincolnin kriteereistä Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen ovat käsitelleet tarkemmin uskottavuutta sekä siirrettävyyttä.

Uskottavuus (credibility) edellyttää, että tulokset kuvataan selkeästi, jotta lukijalla on mahdollisuus ymmärtää tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset sekä analyysin tekotapa. Huomiota kiinnitetään analyysiprosessiin sekä tulosten pätevyYTEEN eli siihen, että on tutkittu, mitä on luvattu (validiteetti). Uskottavuutta lisää se, miten hyvin tutkijan tekemät luokittelut ja kategoriat kattavat hänen aineistonsa. Tutkijan tulee kuvata mahdollisimman tarkasti tekemänsä analyysi esimerkiksi käyttämällä apuna taulukkoa, johon kirjataan analyysin eteneminen alkuperäisteksteistä lähtien. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 160; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 160)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, s. 160-161) mukaan siirrettävyys (transferability) puolestaan vaatii tarkkaa tutkimusympäristön kuvaamista sekä informaatiota tutkittavien valinnasta sekä aineiston keruusta ja sen analysoinnista. Kvalitatiivisille tutkimuksille on tyypillistä autenttisten eli haastateltavien suorien lainauksien käyttäminen. Jokaisen tutkimuksen kohdalla tulee kuitenkin miettiä erikseen autenttisten lainausten määrä ja pituus, koska liian pitkät lainaukset saattavat olla merkinä jäsentymättömästä analyysistä. On suositeltavaa, että autenttiset ilmaisut kuvataan yleiskielellä, jotta esimerkiksi murre ei lisää osallistujien tunnistettavuutta.

Opinnäytetyössäni on tuloksien selventämiseen käytetty autenttisia lainauksia haastatteluista. Kaikkien haastateltavien tapaamisesta on lisätty tekstiin lainauksia. Tutkimusaineiston keruussa on esitelty perustellen, millaisin erilaisin menetelmin haastateltavat on valittu ja miksi kyseiset rajaukset on aseteltu.

Luotettavuutta lisää myös se, että tutkija kertoo tarkasti olosuhteista ja paikoista, joissa haastattelut suoritetaan. Tutkijan tulisi myös kirjata esiin haastatteluihin käytettävä aika, mahdolliset häiriötekijät sekä oma itsearviointinsa tilanteesta. (Hirsjärvi ym., 2007, s. 227)

Haastattelujen paikat ja niihin suurin piirtein käytetty aika on informoitu muualla tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyössä on myös informoitu muiden kuin itse haastateltavan läsnäolosta tai tavoitettavuudesta haastattelun aikana. Kaikki haastattelut ovat toteutettu haastateltavan kotona, jotta haastattelu ilmapiiri olisi mahdollisimman avoin ja vapautunut sekä paikka luottamusta herättävä. Haastattelut aloitettiin koehaastattelulla, joka kuitenkin sujui niin hyvin, että se otettiin mukaan lopulliseen analyysiin.

Se, että haastattelu tallennetaan sähköisellä apuvälineellä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Apuvälineitä käytettäessä tulee kuitenkin muistaa varautua erilaisiin teknisiin välineistä johtuviin ongelmiin, kuten esimerkiksi tallennuslaitteen akun tyhjentymiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 99) Haastattelut nauhoitettiin kahdella erillisellä tallennusvälineellä, sekä kännykällä, että erillisellä äänentallenninlaitteella. Kännykän akku oli aina ladattu täyteen ennen haastattelun aloittamista ja mukana oli aina kaksi patteria äänentallentimen patterien loppumista ajatellen. Patterien virtamäärä tarkistettiin aika ennen haastattelun aloittamista.

Tutkimusta tehdessä tulee olla tietoinen omista ennako-oletuksistaan ja asenteistaan tutkimaansa asiaa kohtaan ja pyrkiä etenemään prosessissa niin, etteivät omat oletuksensa ohjaa tutkimusprosessia. Kirjallisuudessa varoitetaan holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä, jonka mukaan tutkimuksen tekijä on yhä vakuuttuneempi omien johtopäätöksensä oikeellisuudesta ja siitä, että hänen kuvaamansa malli kuvaa todellisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 159, 165-166) Tutkijan tulisi pyrkiä ymmärtämään tutkimaansa aihetta ja tutkimukseen osallistujia mahdollisimman puolueettomasti, ilman omien ennakoajatusensa tai oman taustansa ohjausta (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 160).

#### 8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Seuraavissa kohdissa esittelen mahdollisia kehittämisehdotuksia, jotka nousevat opinnäytetyöni tuloksista. Näiden kohtien avulla voitaisiin Valkeakosken asiakasohjauksen antamaa ohjausta uusille asiakkailleen kehittää entistä paremmaksi.

Haastattelujeni perusteella asiakkaat olivat pääasiassa hyvin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja kokivat omaistensa otetun hyvin huomioon asiakasohjausprosessia aloitettaessa. Haastateltavat kuitenkin nostivat esiin sen, että haluaisivat asiakasohjaajan käyvän luonaan vielä myöhemminkin. Koettiin, että kotiutumisen jälkeen toteutettu käynti tuli liian nopeasti verrattuna siihen, miten hyvin käynnin mukanaan tuomat uudet asiat pystyttiin sisäistämään. Haastateltavat toivovatkin, että toinen käynti toteutettaisiin sen jälkeen, kun elämä olisi rauhoittunut ja kotielämä jo hieman vakiintunut. He kokivat, että tällöin heillä olisi paremmat mahdollisuudet kysyä mieltään askarruttavista asioista, jotka eivät tulleet mieleen siinä vaiheessa, kun olivat juuri kotiutuneet. Toinen vaihtoehto varmistaa, että

asiat tulivat ymmärretyksi olisi, että asiakasohjaaja soittaa asiakkaalle jonkin aikaa kotikäynnin jälkeen.

Asiakasohjauksen asiakkaille tulisi myös toimittaa enemmän kirjallista informaatiota saatavilla olevista sekä heille aloitetuista palveluista ja varmistaa, että heillä on asiakasohjaajan yhteystiedot. Kaupunki voisi laittaa paikallislehteen informaatiota asiakasohjauksesta sekä lähistorista ja neuvon-  
tapuhelimesta.

Haastateltavat myös kokivat palvelu- ja hoitosuunnitelmansa vieraana asiana. Tiedän asiakasohjaajien kanssa juteltuani, että ainakin osalle asiakasohjauksen asiakkaille kyseinen paperi toimitetaan kirjallisena, joten asiakkaille voisi tehdä selkeämmäksi sen, mikä paperi on heidän palvelu- ja hoitosuunnitelmansa. Koetaan myös, että asiakasohjaajan kanssa ei ole sovittu mitään suunnitelmia jatkosta. Asiakasohjaajan tehtävänä on kuitenkin seurata asiakkaan hoitoa sekä palveluita ja niiden toteutumista läpi prosessin. Asiakkaille voitaisiinkin tehdä selkeämmäksi se, että asiakasohjaaja on mukana prosessissa koko sen keston ajan ja arvioi säännöllisesti asiakkaan tilannetta. Heidän kanssaan voisi sopia, että asiakasohjaaja ottaa heihin yhteyttä puhelimitse arviointikeskustelun tiimoilta esimerkiksi aina puolivuositain.

Jatkotutkimusaiheita miettiessäni pohdin asioita, joita voitaisiin vielä tutkia ja sitä kautta saada entistä laajempi tai erilainen näkökulma asiakasohjauksen toimivuuteen, kuin omassa opinnäytetyössäni.

Tulevaisuudessa voisi tutkia vielä laajemmin asiakkaiden kokemuksia siitä, miten heidän omaisiaan osallistetaan asiakasohjausprosessin alkaessa ja sen kuluessa. Myös omaisen oma näkökulma olisi erittäin kiinnostava nostaa esille. Suominen on haastatellut (2010, s. 61-84) palveluohjausta saaneiden asiakkaiden omaisia, mutta kyseinen haastattelu on toteutettu mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden omaisille. Oman haastatteluni pohjalta tutkimuskohteena olisi hyvä käyttää ikäihmisten omaisia. Omaisten jaksaminen, voimavarat sekä tämän vuorovaikutus asiakasohjaajan kanssa olisi mielenkiintoinen lisätutkimushaaste.

## LÄHTEET

Aaltonen, T., Henriksson, L., Tiilikka, T., Valokivi, H. & Zuchner, M. (2014). Vanhuksen hyvä elämä asiakirjoissa ja haastattelupuheessa. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim). 2014. *Terveys ja sosiaalityö*. Juva: Bookwell Oy

Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & UskiTallqvist, T. (2012). *Kliininen hoitotyö; sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito*. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma pro oy

Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Neljäs, uudistettu painos. Riika: InPrint

Alkema, G., Wilber, K., Shannon, G. & Allen, D. (2007). Reduced mortality: The unexpected impact of a telephone-based care management intervention for older adults in managed care. *Health Services research*, 42(4), 1632–1650. Haettu 31.3.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00668.x>

Autio, T. & Heikkilä M. (2013). Palvelutarpeen arviointi ikäihmisen arjen tukena. Teoksessa Autio, T., Bitter, S., Eve, A., Haapanen, S., Heikkilä, M., Heikkinen, S., Hymylä, M., Ilanen, H., Javanainen, P., Laakso, T., Lauren, M., Lavonius, S., Levola, T., Manninen, P., Mäensivu, K., Mäntyneva, P., Niemelä, M., Rajala, A., Rantanen, T., Salminen, M., Sankala, K., Uronen, R., Valaja-Jokinen, S. & Åstedt, M. (2013). *Palveluohjauksen käsikirja. Artikkelikokoelma taustoista ja käytännöistä*. Kanta-Hämeen Pitsi-hanke 2011–2013. Hämeenlinnan kaupunki

Blomgren, J. & Einiö, E. (2015). Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013. *Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Yhteiskuntapolitiikka* 80 (2015):4. Haettu 17.4.2018 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126844/blomgren.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Elo, S. (2009). Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim). (2009). *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

Elo, S. & Saarnio, R. & Isola, A. (2009). *The physical, social and symbolic environment supporting the well-being of home-dwelling elderly people*. *International Journal of Circumpolar Health* 70:1 2011. 90–100. Haettu 14.1.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.3402/ijch.v70i1.17794>

Eloniemi-Sulkava, U. (2009). Muistisairaahan ihmisen ja hänen perheensä tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim). (2009). *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

Eloranta, H. (2006). *Asiakkuuden ja osallisuuden rakentuminen palveluohjauksessa*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.

Engeström, Y., Niemelä, A., Nummijoki, J. & Nyman, J. (2009). Kotihoito murroksessa. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim). (2009). *Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhuustyöhön*. Juva: WS Bookwell Oy

Eskola, J. (2007). (Teema)haastattelututkimuksen toteuttamisesta. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim). (2007). *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Eskola, J. (2010). Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookwell Oy

Eskola, J. & Vastamäki, J. (2015). Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Valli, R & Aaltola, J. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Juva: Bookwell Oy

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muuriinen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. (2011). *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä*. Haettu 19.8.2018 osoitteesta [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus\\_S004\\_110609.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf)

Finne-Soveri, H. (2016). Pitkäaikaishoidon kustannukset ja asiakasmaksut. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen M. (2016). *Geriatría*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Godwin M., Gadag, V., Pike, A., Pitcher, H., Parsons, K., McCrate, F., Parsons, W., Buehler, S., Sclater, A. & Miller, R. (2016). *A randomized controlled trial of the effect of an intensive 1-year care management program on measures of health status in independent, community-living old elderly: The Eldercare project*. Family Practice, 33(1), 37–41. Haettu 1.4.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1093/fampra/cmvr089>

Hammar, T. (2008). Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Haettu 19.8.2018 osoitteesta <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Heikkinen, S. & Maksimainen, A. (2014). Kohtaa & innosta. Käsikirja tavoitteellisen neuvonnan ja palveluohjauksen mallin suunnitteluun ja käyttöön-ottoon. Ikäpalo -hanke. Lahti: Multiprint

Heinola, R. (2007). Asiakslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

Heinola, R. & Paasivaara, L. (2007). Kotihoidon prosessit. Teoksessa Heinola, R (toim.). (2007). *Asiakslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otavan Kirja-paino Oy

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2010). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda OÜ

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. (2007). *Hoitotyö kotona*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

Hänninen, K. (2007). *Palveluohjaus. Asiakslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin*. Stakesin raportteja 20/2007. Valopaino Oy, Helsinki. Haettu 7.5.2018 osoitteesta <https://thl.fi/documents/470564/817072/Palveluohjaus+vauvasta+vaariin.pdf/161267ac-63ee-416e-a1de-cc8b2283ae31>

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). *Hoida ja kirjaa*. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Ikonen, E. (2013). *Kehittyvä kotihoito*. 3., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy

Ikonen, E. (2015). *Kehittyvä kotihoito*. 4., uudistettu painos. Keuruu: Otava Oy

Ikäneuvo. (n.d). *Ikäneuvo tilannekatsaus ja eteneminen*. Haettu 5.9.2018 osoitteesta <http://www2.ylojarvi.fi/Dynasty/kokous/20184696-6-1.PDF>

Ikäneuvo. (2018a). *Ikäneuvo – kotona asumiseen arvoa neuvonnalla ja asiakasohjauksella*. Haettu 29.8.2018 osoitteesta [http://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/ik%C3%A4neuvo\\_tilannekatsaus\\_28062018.pdf](http://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/ik%C3%A4neuvo_tilannekatsaus_28062018.pdf)



Ikäneuvo. (2018b). *Ikäneuvo loppuraportti Pirkanmaalle*. Haettu 6.4.2019 osoitteesta [https://www.tampere.fi/tiedostot/i/spGdN9JGF/ikaneuvo\\_loppuraportti\\_pirkanmaalle.pdf](https://www.tampere.fi/tiedostot/i/spGdN9JGF/ikaneuvo_loppuraportti_pirkanmaalle.pdf)

Jansson, A. & Lahtela, U. (2017). Iäkkäiden ihmisten yksinäisyys ja sen lievittäminen. Teoksessa Helminen, J. (toim.) 2017. *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Kan, S. & Pohjola, L. (2012). *Erikoistu vanhustyöhön*. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy

Kari, O., Niskanen, T., Lehtonen, H. & Arslanoski, V. (2013). *Kuntoutumisen tukeminen*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Keipilä, L. (2008). *Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun*. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopiston Porin yksikkö.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Keskinen, P. (2008). *Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaan – katkeamaton hoitoketju*. Opinnäytetyö. Terveystieteiden ja johtamisen koulutusohjelma Fysioterapeutti (ylempi AMK). Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Haettu 15.5.2019 osoitteesta <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/42236/stadia-1211395737-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kiviniemi, K. Laadullinen tutkimus prosessina. (2010). Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookwell Oy

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. (2011). *Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma*. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Haettu 6.4.2019 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80180/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Koponen, L. (2003). Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koponen, R. (2013). *Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Potilaan turvallinen kotiuttaminen vuodeosastolta*. Haettu 17.4.2018 osoitteesta <http://www.pshp.fi/download/none/%7B2B8DBB53-44BB-49D8-921F-C820F0917A43%7D/33833>.

Koskinen, S. (2009). *Ehkäisevä työ seniori- ja vanhustyössä*. Emeritusprofessori, Lapin yliopisto, sosiaalityön laitos. Power Point -esitys 28.1.2009. Haettu 9.4.2019 osoitteesta <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paatetyneet-hankkeet/kehittamisyksikot/seniori-ja-vanhustyon-kehittamisyksikko/Levin%20paperi.ppt>

Kuula, A. (2014). *Tutkimusetiikka*. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vantaa: Hansaprint Oy

Kylänen, M., Leppäaho, S. & Kuitunen-Kaija, O. (2018). *Tee hoitotahto!* Vanhustyö 5, 18

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

Kyngäs, H. & Hentinen, M. (2009). *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

*Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista*. Haettu 4.12.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ik%C3%A4%C3%A4ntyneen>

Lappalainen, T. (2014). Asiakkaiden osallistumisen edellytykset – yhteistä ymmärrystä etsimässä. Teoksessa Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.). (2014). *Terveys ja sosiaalityö*. Juva: Bookwell Oy

Lehtimäki, V. & Hämäläinen, A. (2013). *Väli-Suomen IKÄKASTE – ÄLDREKASTE II -hanke 1.11.2011–31.10.2013*. Loppuraportti. Tampere: Kopio-Niini Oy

Lindroos, K. & Tuomisto, R. (2013). *Kotihoidon asiakkaan kotiutumisprosessin kehittäminen*. Opinnäytetyö. Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma YAMK. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Lumme-Sandt, K. (2017). Vanhojen ihmisten haastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaori, J. (toim.). (2017). *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoja OÜ

Lähdesmäki & Vornanen (2014). *Vanhuksen Parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana*. 2., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy

Lämsä, R. (2013). *Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä*. Tutkimus 99. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy

Lääkäriliitto. (1964). *Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistus*. Päivitetty 19.10.2013, suomennos hyväksytty 14.3.2014. Haettu 9.2.2018 osoitteesta <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Mattila, K. (2007). *Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä*. Juva: WS Bookwell Oy

Myllymäki, S. (2014). *Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa*. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius, Sosiaalityö

Mäki-Hallila, E. (2017). *Ikäneuvo - kotona asumiseen arvoa neuvonnalla ja asiakasohjauksella*. Power Point diasarja. Haettu 7.5.2018 osoitteesta [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/palveluneuvonta/verkostopalaverit/verkostopalaveri\\_280417/ikaneuvo](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/palveluneuvonta/verkostopalaverit/verkostopalaveri_280417/ikaneuvo)

Mäki-Hallila, E., Tirronen, A., Laine, T., Ollinpoika, M., Kannisto, M., Saloranta, P., Luosmala, M., Hakkarainen, K., Ahonen, A., Kallio, A., Tupala, T., Nikoskinen, T., Kaarnasaari, A. & Päivärinta, E. (2018). *Ikäneuvo. Käsikirja neuvonnan ja asiakasohjauksen suunnitteluun*. Haettu 31.3.2019 osoitteesta [https://www.tampere.fi/tiedostot/i/suGxPrFw3/ikaneuvo\\_kasikirja\\_neuvonnan\\_ja\\_asiakasohjauksen\\_suunnitteluun\\_1218.pdf](https://www.tampere.fi/tiedostot/i/suGxPrFw3/ikaneuvo_kasikirja_neuvonnan_ja_asiakasohjauksen_suunnitteluun_1218.pdf)

Olsen, R., Hellzén, O. & Enmarker, I. (2012). Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13(1). Haettu 29.3.2019 osoitteesta <http://doi.org/10.5334/ijic.879>

Palonen, M. (2016). *Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Akateeminen väitöskirja*. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö.

Parsons, M., Senior, H., Kerse, N., Chen, M., Jacobs, S., Vanderhoorn, S. & Anderson, C. (2012). *Should Care Managers for Older Adults Be Located in Primary Care? A Randomized Controlled Trial*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(1), 86–92. Haettu 31.3.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03763.x>

Piipponen, M. (2012). *Palveluohjaus mielenterveystyössä*. Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia palveluohjauksesta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaalityö.

Pirkanmaanliitto. (n.d). *Ikäneuvo-hanke Pirkanmaalla*. Haettu 13.3.2018 osoitteesta <http://www.pirkanmaa.fi/pirkanmaa2019/muutosagentit/ikaneuvo-hanke-pirkanmaalla/>

Pohjola, A. (2007). Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinämäki, L. & Saari, E. (toim). (2007). *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Päivärinta, E. & Haverinen, R. (2006). Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Ristolainen, H., Tiilikainen, E., & Rissanen, S. (2018). *Kotona asuvien ikäihmisten palveluohjauksen vaikuttavuus – kuvaileva kirjallisuuskatsaus*. Gerontologia, 32(4), 252–274. Haettu 1.4. 2019 osoitteesta <https://doi.org/10.23989/gerontologia.75681>

Salin, S., & Åstedt-Kurki, P. (2009). Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim). *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

Salminen, M. (2013). Ikääntyneiden palveluohjaus kansallisilla ja paikallisilla kehittämisspoluilla. Teoksessa Autio, T., Bitter, S., Eve, A., Haapanen, S., Heikkilä, M., Heikkinen, S., Hymylä, M., Ilanen, H., Javanainen, P., Laakso, T., Lauren, M., Lavonius, S., Levola, T., Manninen, P., Mäensivu, K., Mäntyneva, P., Niemelä, M., Rajala, A., Rantanen, T., Salminen, M., Sankala, K., Uronen, R., Valaja-Jokinen, S. & Åstedt, M. (2013). *Palveluohjauksen käsikirja*. Artikkelikokoelma taustoista ja käytännöistä. Kanta-Hämeen Pitsi-hanke 2011–2013. Hämeenlinnan kaupunki

Sandberg, M., Jakobsson, U., Midlöv, P. & Kristensson, J. (2015a). Cost-utility analysis of case management for frail older people: effects of a randomised controlled trial. *Health Economics Review*, 5(1), 1–13. Haettu 31.3.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0051-9>

Sandberg, M., Kristensson, J., Midlöv, P. & Jakobsson, U. (2015b). *Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: A randomized controlled trial*. *Archives of Gerontology And Geriatrics*, 60(1), 71–81. Haettu 1.4.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.009>

Sheaff, R., Boaden, R., Sargent, P., Pickard, S., Gravelle, H., Parker, S. & Roland, M. (2009). *Impacts of case management for frail elderly people: a qualitative study*. Journal of Health Services Research & Policy, 14(2), 88–95. Haettu 31.3.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007142>

Siimeslehto, K. (2009). *”Ihannesairaalasta kotiin?” — Kotiutuvan potilaan ohjausprosessi sepelvaltimotautipotilaan näkökulmasta*. Terveyden edistäminen. Opinnäytetyö, YAMK. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otoniemi. Haettu 18.4.2018 osoitteesta [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2893/Katariina\\_Siimeslehto.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2893/Katariina_Siimeslehto.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (n.d). *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut*. Viitattu 2.4.2019. <https://stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki. Haettu 1.4.2019 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2018). *Asiakslähtöinen palveluintegraatio ja sen seuranta*. Haettu 7.5.2018 osoitteesta <http://alueuudistus.fi/jarjestamisen-kasikirja/suunnittelu-ja-seuranta/palveluintegraatio>

Sote-sanasto. (2018). Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 7.5.2018 osoitteesta <http://alueuudistus.fi/sotesanasto#asiakassuunnitelma>

Suominen, S & Tuominen, M. (2007). *Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään*. 1. painos. Helsinki: Picaset Oy

Suominen, S. (2010). *Palveluohjaaja. Asiakkaan tuki ja tulkki*. Haettu 16.2.2019 osoitteesta <https://thl.fi/documents/470564/817072/palveluohjaus+Asiakkaan+tuki.pdf/7a473163-a85a-41e1-af00-11079fbbe921>

Sykes, W. & Groom, C. (2011). *Older people’s experiences of home care in England*. Equality and Human Rights Commission Research Report 79. Haettu 18.4.2018 osoitteesta <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research-report-79-older-peoples-experiences-of-home-care-in-england.pdf>

Tammi, T. (2015). *Laitoshoidon vähentämisen seurauksista tiedetään niukalti*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Yhteiskuntapolitiikka 80 (2015):4. Haettu 17.4.2018 osoitteesta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126846/tammi.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Teerikangas, M. (2017). Asiakslähtöisyyden ulottuviidet kotihoidossa. Asiakslähtöisyys Oulun kaupungin kotihoidossa asiakkaiden ja työntekijöiden arvioimana. Pro Gradu -tutkielma. Kuntoutustiede. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Tepponen, M. (2007). Yhteistyö. Teoksessa Heinola, R (toim.). (2007). *Asiakslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2016). *RAIn käyttö hoitotyössä*. Viitattu 15.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/rain-kaytto-hoitotyossa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). *Kotihoidon asiakkaat maaliskuussa 2017*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 19/2018, 24.5.2018. Haettu 31.8.2018 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-asiakkaat>

Tilastokeskus. (2018). Väestöennuste [verkkajulkaisu]. ISSN=1798-5137. Liitetaulukko 1. *Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900 - 2070 (vuodet 2020-2070: ennuste)* Korjattu 18.12.2018. Helsinki: Tilastokeskus. Haettu 2.4.2019 osoitteesta [http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn\\_2018\\_2018-11-16\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tau_001_fi.html)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Ensipainos ilmestynyt 2002. Painettu EU:ssa.

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S. (2010). Suomalaisen kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen S. (toim). *Suomalainen hyvinvointi*. Helsinki: THL. 126–149

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta eli ETENE (2008). *Vanhuus ja hoidon etiikka*. 2. painos. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy. Haettu 4.12.2017 osoitteesta <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>

Van Durme, T., Schmitz, O., Cés, S., Anthierens, S., Maggi, P., Delye, S., De Almeida Mello, J., Declecq, A., Macq, J., Remmen, R. & Aujoulat, I. (2015). *A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: Results from a multiple, embedded case study*. BMC Geriatrics, 15(1). Haettu 1.4.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0069-1>

Vilka, H. (2005). *Tutki ja kehitä*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 281/2011. Haettu 19.8.2017 osoitteesta [https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf?\\_t\\_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCf%3d%3d&\\_t\\_q=Matkaopas+asiakasl%C3%A4ht%C3%B6isten+sosiaali-+ja+terveystalvelujen+kehitt%C3%A4miseen&\\_t\\_tags=language%3afi%2csiteid%3a53b34a16-7ce7-4ab0-8c7e-f06c83547e28&\\_t\\_ip=195.148.193.2&\\_t\\_hit.id=Finpro\\_Web\\_Features\\_MediaData\\_GenericMediaData/\\_970a54ea-ff2e-4643-838a-d9fc0bedb7c1&\\_t\\_hit.pos=1](https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCf%3d%3d&_t_q=Matkaopas+asiakasl%C3%A4ht%C3%B6isten+sosiaali-+ja+terveystalvelujen+kehitt%C3%A4miseen&_t_tags=language%3afi%2csiteid%3a53b34a16-7ce7-4ab0-8c7e-f06c83547e28&_t_ip=195.148.193.2&_t_hit.id=Finpro_Web_Features_MediaData_GenericMediaData/_970a54ea-ff2e-4643-838a-d9fc0bedb7c1&_t_hit.pos=1)

Voutilainen, P. (2007). Laadun arviointi. Teoksessa Heinola, R (toim.). (2007). *Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy

Voutilainen, P. (2009a). Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). (2009). *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

Voutilainen, P. (2009b). Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). (2009). *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). (2009). *Gerontologinen hoitotyö*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy

You, E., Dunt, D. & Colleen, D. (2016). *Important case management goals in community aged care practice and key influences*. *Care Management Journals*, 17(1), 47–60. Haettu 1.4.2019 osoitteesta <https://doi.org/10.1891/1521-0987.17.1.47>

INFORMAATIOKIRJE



Valkeakoskella 1.9.2018

Hyvä vastaanottaja

Olen ammatiltani sairaanhoitaja ja suoritan Hämeen Ammattikorkeakoulussa jatkotutkintonani ylemmän ammattikorkeakoulun opintoja sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opintokokonaisuudessa.

Pyydän teitä osallistumaan opinnäytetyö-tutkimukseen, jolla pyritään selvittämään Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen uusien asiakkaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Valkeakosken Kaupunki on antanut luvan tämän opinnäytetyön toteuttamiseen.

Opinnäytetyöni liittyy Ikäneuvo -hankkeeseen, joka on yksi sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamista kärkihankkeista Pirkanmaalla. Hankkeessa on tarkoitus kehittää Pirkanmaalle yhteinen ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamalli. Tavoitteena luoda toimiva palveluverkosto ja sitä kautta tukea ikääntyvien kotona asumista ja kuntoutumista sekä arjessa selviytymistä. Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen kanssa. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Hämeenlinnan ammattikorkeakoulun tutkijayliopettaja Päivi Sanerma.

Ennen haastattelua Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Haastattelu tullaan nauhoittamaan. Haastattelussa antamanne tiedot säilytetään luottamuksellisina ja rapotti tullaan laatimaan niin, ettei teitä pystytä tunnistamaan haastatteluun osallistujaksi. Kokonaisuudessaan haastatteluun tulisi varata aina noin kaksi tuntia.

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun. Otan teihin piakkoin yhteyttä ja vastaan mielelläni teitä askarruttaviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,  
Camilla Sundström (Puhelin xxx)  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen (YAMK) opiskelija  
Hämeen Ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön ohjaaja, Tutkijayliopettaja Päivi Sanerma, p. xxx



SUOSTUMUSLOMAKE



## KIRJALLINEN SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUMISEEN

Olen saanut sekä kirjallista että sanallista tietoa opinnäytetyöstä, jolla pyritään selvittämään Valkeakosken kaupungin asiakasohjauksen uusien asiakkaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Minulla on ollut mahdollisuuksia esittää siitä kysymyksiä sen tekijälle.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta milloin tahansa syytä erikseen ilmoittamatta. Ymmärrän, että tiedot tullaan käsittelemään luottamuksellisina ja että lopullisesta raportista haastateltuja henkilöitä ei pystytä tunnistamaan.

Suostun, että haastattelun saa nauhoittaa.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää itselleni ja toinen Camilla Sundströmille.

Valkeakoskella \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 2018

**Suostun osallistumaan haastatteluun: Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennys

1. Taustatietoja asiakasohjausprosessin aloittamisesta ja sen kulusta
  - Mitä ohjausta olet saanut sairaalasta ja kenen antamana?
  - Miltä tuntui kotiutuminen?
  - Pidettiinkö hoitoneuvottelu? Olivatko läheiset mukana?
  - Miten olet tullut asiakkaaksi?
  - Mitä kuuluu asiakasohjaajan toimenkuvaan?
  - Onko kotikäynti tehty? Mitä käynnillä tapahtui?
  - Millaisella aikataululla käynti toteutui?
  - Miten jatkossa toimitaan?
  - Onko tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma ja mitä palveluita aloitettu?
  - Keneen otat yhteyttä tarvittaessa?
  
2. Kokemukset asiakasohjaajan roolista prosessissa
  - Millaista ohjausta olet saanut asiakasohjaajalta?
  - Oletko saanut sellaisia palveluita, joita toivoit ja tarvitset?
  - Miten tuen tarve on muuttunut?
  - Onko asiat selitetty selkeästi?
  - Onko yhteistyö ja luotettavuus toiminut?
  - Mitä tärkeää asiakasohjaajan roolissa kannaltanne?
  - Mikä on asiakasohjaajan rooli jatkossa?
  - Saitko vaikuttaa omiin asioihisi?
  
3. Kokemukset omaisten osallistamisesta
  - Ovatko omaiset olleet mukana, kun olet tavannut asiakasohjaajaa?
  - Miten omaiset on otettu huomioon?
  - Miten omaiset auttavat?
  - Onko omaisten rooli muuttunut asiakasohjauksen alettua?
  
4. Kokemukset siitä, miten asiakasta voitaisiin auttaa asiakasohjausprosessissa entistä paremmin
  - Onko asioita, jotka eivät ole onnistuneet toivotusti?
  - Mitä parannettavaa tai muutettavaa toiminnassa on? Jäikö epäselviä asioita?
  - Mitä hyvää asiakasohjauksessa on?
  - Miten asiakasohjaus tukee kotona pärjäämistänne?