

# ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KOTIHOIDOSTA

Hanna Sarkkinen

Tiina Torala

Opinnäytetyö, syksy 2009

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Sarkkinen, Hanna & Torala, Tiina. Asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta. Helsinki, syksy 2009. 40 sivua.,3 liitettä,  
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta. Pohjois-Haagassa toimi erillinen kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Nämä yhdistyivät kokeiluna yhtenäiseksi kotihoidoksi vuonna 2005. Tutkimuksemme on vertailuaineisto, joka pohjautuu Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointiin. Kotihoitokokeilun loppuraportti hyväksyttiin terveyslautakunnassa 21.4.2009. Loppuarvioinnin perusteella kotihoito koettiin onnistuneeksi ratkaisuksi. Työmme tarkoituksena oli selvittää millä tavoin yhdistyminen näkyi asiakkaiden arjessa. Tutkimus on tehty asiakkaiden haastattelujen pohjalta. Tutkimusongelmamme tässä työssä oli löytää asiakkaiden näkökulmia ja kokemuksia kotihoidon yhdistymisestä ja saattaa nämä tiedot kotihoidon johdon tietoisuuteen.

Tutkimuskysymyksenä oli, millaiseksi asiakkaat kokevat kotihoidosta saamansa hoidon. Teemahaastattelussamme käytimme Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarvioinnin haastattelurunkoa. Tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja sisällön analyysiä. Kohderyhmän kartoitus tapahtui yhteydenotoilla asiakkaisiin puhelimitse ja työntekijöiden välityksellä kirjeitse.

Tutkimukseen haastateltiin viittä kotihoidon asiakasta, joista osa osoittautui muistamattomiksi ja haastatteluaineisto ei tämän vuoksi täyttänyt täysin tutkimukselle asetettuja tavoitteita. Tämän tutkimuksen vastauksia ei myöskään voi yleistää. Asiakkaat olivat tyytyväisiä kotihoidolta saamiinsa palveluihin. Asiakkaat eivät olleet tiedostaneet kotihoidoksi yhdistymistä ja näin ollen he eivät olleet havainneet yhdistymisestä seuranneita muutoksiakaan. Haluamme tuoda myös esille kotihoidossa olevien asiakkaiden muistamattomuuden ja tiedon siitä etteivät he täysin kykene ottamaan kantaa omaan hoitoonsa ja näin ollen arviomaan saamaansa palvelua.

Valmis opinnäytetyö toimitettiin kotihoidon päällikön lisäksi tutkimukseen osallistuville asiakkaille sekä kotihoidolle

Keskeiset käsitteet: Kotihoito, kotipalvelu, kotisairaanhoido, organisaatiomuutokset, kvalitatiivinen tutkimus.

## ABSTRACT

Sarkkinen, Hanna and Torala, Tiina. Experiences of home care clients. 40 pages.,3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2009.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: bachelor of nursing.

The purpose of the study was to investigate the experiences of Home Care clients. Material was collected by using interviews. The thesis was based on the final evaluation conducted by Helsinki City Home Care. In Helsinki home nursing and home service were combined into Home Care in 2005. Our research question was how did the clients experience the service changes during the Home Care experiment? The study was conducted by using a qualitative research method.

Five home care clients were interviewed, but some of the clients suffered from memory disorder. The material collected from these clients did not give answers to our research questions. Generally, the clients were satisfied with the Home Care services. The clients did not recognize the integration into Home Care, and they did not notice the changes.

The data was inconsistent due to memory disorders of the clients. Furthermore, the clients were not always able to make decisions concerning their own treatment and thus could not evaluate the service they received.

Keywords: Home Care, Home Service, Home Nursing, organisation changes, qualitative study.

## SISÄLLYS

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 1 JOHDANTO.....                                          | 5  |
| 2 HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOITOKOKEILUN LOPPUARVIOINTI.. | 8  |
| 3 KESKEISET KÄSITTEET.....                               | 10 |
| 3.1 Kotipalvelu.....                                     | 10 |
| 3.2 Kotihoito.....                                       | 10 |
| 3.3 Kotisairaahoito.....                                 | 11 |
| 3.4 Organisaatiomuutokset.....                           | 12 |
| 3.5 Kvalitatiivinen tutkimus.....                        | 13 |
| 4 VANHUKSET KOTONA.....                                  | 15 |
| 4.1 Muistisairauksien näyttäytyminen kotihoidossa.....   | 16 |
| 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT.....                | 18 |
| 5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....                | 18 |
| 5.2 Tutkimusympäristö.....                               | 19 |
| 5.3 Aineistonkeruu.....                                  | 20 |
| 5.4 Aineiston analyysi.....                              | 22 |
| 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....                              | 25 |
| 6.1 Kokemuksia kotihoidon yhdistymisestä.....            | 25 |
| 6.2 Kokemuksia työntekijöistä.....                       | 26 |
| 6.3 Omaisten osallisuus.....                             | 28 |
| 6.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....                    | 28 |
| 6.5 Tukipalvelujen toimivuus.....                        | 29 |
| 7 POHDINTA.....                                          | 32 |
| 7.1 Tutkimuksen luotettavuus.....                        | 33 |
| 7.2 Eettisyys.....                                       | 34 |
| 7.3 Opinnäytetyöprosessi.....                            | 36 |

## LÄHTEET

LIITE 1: Asiakashaastattelurunko

LIITE 2: Tiedote

LIITE 3: Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuoda esille asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta. Ennen nykyistä kotihoitomallia kotisairaanhoidon teki tiivistä yhteistyötä kotipalvelun kanssa. Vaativampaa hoitoa tarvitsevia asiakkaita hoiti tehostettu kotihoito. Yhteistyötä sosiaaliviraston kotipalvelun ja terveyskeskuksen kotisairaanhoidon välillä oli jo aiemmin ehditty kehittämään erityisen paljon 2000-luvun alusta lähtien, mutta toiminta ei ollut kehittynyt toivotulla tavalla. Tällaisia olivat muun muassa koillisen suurpiirin kotihoidon kokeilu (KOHO) ja Läntisen suurpiirin tehostetun kotihoidon kokeilu (TEHKO). Lisäksi vuosina 2000—2004 toteutettiin terveysviraston ja sosiaaliviraston yhteinen vanhuspalveluprojekti (VAPRO). VAPRO sisälsi useita hankkeita, joissa kehitettiin muun muassa kotiutumista sairaalasta kotihoitoon, kotihoidon henkilöstön osaamista ja ehkäiseviä kotikäyntejä. Pohjois-Haagan kotisairaanhoidon sekä kotipalvelun yhdistyivät kokeiluna yhtenäiseksi kotihoidoksi vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriöltä saadun luvan edellytyksenä oli se, että kokeilusta tehdään väliarviointi 31.12.2007 mennessä ja loppuarviointi 30.6.2009 mennessä. Vuoden 2007 alustava arvio toimi ministeriössä kokeilun jatkosuunnitelman pohjana. Kotihoidokokeiluaika oli 1.1.2005 — 31.12.2008. Uudistuneessa kotihoidossa ryhdyttiin käyttämään tehostetun kotihoidon mallia. Kotihoito-osaston toiminta perustuu määräaikaan lainmuutoksiin sekä niihin perustuvaan sosiaali-, ja terveysministeriön (STM) päätökseen. Kotihoidokokeilussa oli Helsingin lisäksi mukana myös 15 muuta kuntaa. (Niemelä & Simola 2007, 7-9.)

Toinen meistä on aiemmin työskennellyt Espoossa sijaitsevassa kotihoidossa, jonka jälkeen siirtyi Pohjois-Haagan kotisairaanhoidon. Myöhemmin myös toinen meistä suoritti työharjoittelun Pohjois-Haagan kotihoidossa. Kiinnostus valittua aihetta kohtaan syntyi jo opiskelujen varhaisessa vaiheessa. Läntisen kotihoidon päällikkö Pirjo Väisänen osoitti myös kiinnostustaan tutkimukselle ja näin tutkimusaihe valittiin.

Pohjois-Haagan kotihoidossa on vielä jonkin verran asiakkaita, jotka kuuluivat ennen kotihoidoksi muuttumista joko kotisairaanhoidon, kotipalveluun tai molempiin näihin. Kotisairaanhoidon kuului terveysviraston alaisuuteen ja kotipalvelu puolestaan sosiaalivirastolle. Yhdistymisen myötä kotihoito siirtyi terveyskeskuksen alaisuuteen ja näin ollen muodosti oman terveyskeskuksen alaisuuteen kuuluvan kotihoito-osaston. Työmme tarkoituksena olikin selvittää millä tavoin yhdistyminen näkyy asiakkaiden arjessa ja kuinka he kokevat sen. Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata kotihoidon asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja siinä tapahtuneista muutoksista kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistyttyä. (Niemelä & Simola 2007, 4.)

Työntekijöiden eri näkökulmia yhdistymisestä olemme keränneet tutustumalla aikaisempaan tutkimusaineistoon (ks. Niemelä & Simola 2007, Valo 2005) sekä omien ja työtovereiden mielipiteitä kuunnellessamme. Vielä erillisen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon aikaan, saattoi saman asiakkaan luona käydä ensin kotipalvelun lähihoitaja avustamassa kylvetyksessä, jonka jälkeen paikalla kävi kotisairaanhoidon lähihoitaja jakamassa lääkkeitä dosettiin (Laine 2008). Näin ollen saman asiakkaan kotona saattoi yhden päivän aikana käydä useita hoitajia tekemässä erilaisia hoitotoimia.

Näiden tietojen pohjalta halusimme tuoda esille asiakkaiden näkemyksiä ja tunteuksia saamastaan hoidosta ja palvelusta. Oma tutkimusongelmamme tässä työssä olikin löytää asiakkaiden näkökulmia ja kokemuksia kotihoidon yhdistymisestä ja saattaa nämä tiedot Helsingin kaupungin läntisen kotihoidon päällikölle.

Vaikka yhdistymisestä oli tehty jo loppuarviointi, koimme tärkeäksi tehdä vertailevaa tutkimusta, joka perustuu juuri pelkästään asiakkaiden kokemuksiin. Ajankohtaiseksi työmme tekee se, että asiakaskuntana ovat kotonaan asuvat vanhukset, jotka saavat kotihoitoa.

Maassamme vanhusten määrä on lisääntynyt hurjaa vauhtia moninkertaiseksi. Samaan aikaan laitoshoidon vähennetään ja kotona asumista pyritään tukemaan mahdollisimman pitkälle. Tänä päivänä vanhustenhuollon selkeä tavoite

on se, että vanhustenhoitoa keskitetään entistä enemmän kotihoitoon. Ajatuksena on ollut myös laitoshoidon keskittäminen muuhun toimintaan.

Terveyskeskusten vuodeosastot halutaan palauttaa alkuperäiseen tarkoitukseensa, eli akuuttihoitoon sitä tarvitseville. Peltosen (2009) artikkelissa Tesso – lehdessä sosiaali-, ja terveysministeriön apulaisosastopäällikkö Reijo Väärälä kertoo, että vanhanaikaisista laitoksista pyritään pääsemään eroon ja tilalle saamaan erityisosaamisen yksiköitä ja modernimpia palvelumuotoja. Kotihoito luetaan Väärälän mukaan juuri yhdeksi niistä. Nykyisissä laitoksissa puolestaan voitaisiin keskittyä enemmän erityisosaamista vaativiin kuntoutuksellisiin tehtäviin. (Peltonen, Hannele 2009.)

## 2 HELSINGIN KAUPUNGIN KOTIHOITOKOKEILUN LOPPUARVIOINTI

Helsingin kaupungin kotihoito käynnistyi 1.1.2005, jolloin sosiaaliviraston koti-palvelu ja terveyskeskuksen kotisairaanhoido yhdistettiin terveyskeskuksen alai-suudessa toimivaksi kotihoidoksi. Kotihoitokokeilun loppuarvioinnin tarkoitukse-na oli selvittää kotihoitokokeilun tuloksia ja seuraamuksia erilaisten tilastollisten tunnuslukujen ja arvioiden sekä kokemusten avulla. Loppuarvioinnissa käytetyn aineiston muodosti muun muassa kotihoidon toimintaa kuvaavat tilastot ja do-kumentit vuosilta 2005—2008, avainhenkilöiden haastattelut, kotihoidon asiak-kaiden ja omaisten haastattelut sekä kotihoidon työntekijöiden työpäivän ha-vainnoinnit.

Keskeisimpinä tuloksina todettiin kotihoidon yhdistymisen merkinneen rakentei-den uudistamista ja toimintakäytäntöjen uudelleen määrittelyä kaikilla kotihoito-organisaatio tasoilla. Havaittiin että kotihoidon toiminta on tehostunut taloudelli-sesti yhdistetyn kotihoidon aikana. Kotihoidon asiakaskunta on muuttunut jatku-vasti vaativammaksi ja kotihoidon käyntimäärät ovat kasvaneet yli 20 %. Palve-lujen tuottamisen keskeisenä haasteena koettiin henkilöstön vaihtuvuus, henki-löstövaje sekä sijaisten ja uusien työntekijöiden vaikea saatavuus. Henkilöstön työhyvinvointikyselyssä puolestaan ei ollut tapahtunut suuria muutoksia ja pois-saolot olivat vähentyneet, mutta edelleen niitä on ollut runsaasti.

Asiakkaille tehtyjen kyselyiden mukaan asiakkaiden tyytyväisyys on säilynyt kotihoitokokeilun ajanjaksolla samalla tasolla. Kotihoidon palvelujen arvosana oli 8,2–8,3. Asiakkaiden ja omaisten haastatteluiden perusteella selvisi, että kotihoidon palvelut eivät kaikilta osin vastaa asiakkaiden tarpeita. Tyytymättö-myden syyt liittyivät työntekijöiden vaihtuvuuteen, tukipalveluihin, hoidon pin-nallisuuteen, palvelu- ja hoitosuunnitelmien epäselvyyksiin sekä tiedonkulkuun kotihoidon ja omaisten välillä. Kotihoidon toiminnan ja palveluiden kehittämisen kannalta asiakkaiden ilmaisemat tyytymättömyydet koettiin tutkimuksessa kes-keisenä tietona.



Kokeiluajanjaksolla kotihoidon johtamiseen ja ammatillisen työn laatuun on panostettu paljon muun muassa lisäämällä työntekijämääriä sekä panostamalla koulutuksiin ja kehittämishankkeisiin. Kotihoidon omat lääkärit on koettu onnistuneeksi ratkaisuksi. Arvioinnissa oli tuotu esille, että käytännön kotihoitotyössä ja sen johtamisessa on vielä paljon keskeneräisyyksiä ja kehittämishaasteita. Työntekijöiden huolenaihe oli suuntautunut asiakkaiden saamaan palvelun laatuun ja omaan jaksamiseen. Sairaalan potilaan hoitoketjun todettiin toimineen paremmin, mutta yhteistyön kehittämistä toivottiin erityisesti erikoissairaanhoidon kanssa. Myös muistisairaiden, mielenterveys- ja päihdepotilaiden palveluissa nähtiin kehittämisen varaa.

Loppuarvioinnin perusteella kotihoidon yhdistäminen näyttää onnistuneelta ratkaisulta. Yhdenmukainen palvelumuoto on poistanut erillään toimineet hoiva ja hoitopalvelut. Myös kotihoidon hallinnollinen sijoittaminen terveyskeskuksen alaisuuteen on ollut perusteltua kotihoidon asiakkaiden ollessa yhä huonokuntoisempia, sairaampia ja haastavampia. Lisäksi koettiin, että kodeissa annettava palvelu on ammatillisesti yhä vaativampaa ja edellyttää monenlaisten toimenpiteiden ja palveluiden yhteensovittamista. (Haavisto, Heikkinen & Kerosuo 2009.)

## 3 KESKEISET KÄSITTEET

### 3.1 Kotipalvelu

Kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalipuolen antamaa hoivaan, asumiseen, ja jokapäiväiseen elämään liittyvää kodinhoidollista apua. Kotipalveluun kuuluu hyvin monipuolisesti hoivaan, huolenpitoon ja ihmisten jokapäiväiseen elämään liittyviä tehtäviä. Kotipalvelu auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän toiminnoissa.

Kotipalvelun työntekijät ovat kotiavustajia, kodinhoitajia tai lähihoitajia. Työntekijät seuraavat myös vanhuksen vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa. Palveluja annetaan monissa kunnissa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Kotipalvelun palveluja käyttävät kaikki ikäluokat, mutta vanhusten osuus asiakkaista kasvaa jatkuvasti. (Mauno 2007.)

1990-luvulta lähtien kotipalvelu on alkanut kehittymään yhä enemmän hoitotyön suuntaan ja kotitaloustyön osuus on vähentynyt jatkuvasti (Jalonen 2007). Aiemmin kotipalvelu tunnettiin paremmin kansan keskuudessa paikkana josta kotiin sai kodinhoitajan auttamaan tilanteesta riippuen lastenhoidossa, siivouksessa, ruuanlaitossa pyykinpesussa tai kaupassa asiointissa. Nykyisin näitä palveluita on ostettava esim. siivousliikkeiltä ja ruokapalveluilta.

### 3.2 Kotihoito

Finne - Soverin kirjassa (2007) Stakesin entisen pääjohtaja Vappu Taipaleen määrittelyn mukaan kotihoito on käten ja sydänten työtä, tiedettä ja taidetta. Olipa tarve lähellä tai kaukana, hoito ja hoiva virtaa kaikkialla, ja ihmiset haluavat asua kotonaan. Omaisten hoiva on valtavan runsasta, ja palveluilla on yhtälailla suunta kotiinpäin. (Finne-Soveri 2007.) Mielestämme tämä kuvaa hyvin juuri sitä suuntaa mihin vanhustyössä tähdätään, eli ihmisen mahdollisuuteen ja oikeuteen asua omassa kodissaan erilaisten apujen ja organisaatioiden turvin

niin pitkään kuin mahdollista. Eihän kukaan halua viettää loppuelämänsä laitoksessa ikään kuin säilytyksessä.

Kotihoidon perustehtävänä on järjestää vanhusten, toipilaiden, pitkäaikaissairaiden ja yli 18-vuotiaiden vammaisten hoidon ja palvelut niin, että eläminen kotona on turvallista toimintakyvyn heikentyessä. Asiakkaaksi tulon perusteena on sekä sairauksien, että kognitiivisen heikkenemisen pohjalta tapahtunut toimintakyvyn lasku. Tavoitteena on asiakkaan hyvä ja turvallinen elämä kotona sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Kotihoito on myös vaihtoehto ympärivuorokautiselle hoidolle laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisyksikössä.

Kotihoito toteutetaan moniammatillisena tiimityönä, jossa toimii esimies, kodinhoitajia, kotiavustajia, lähihoitajia, perushoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia sekä lääkäreitä. Yhteistyökumppaneina toimivat fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, jalkojenhoitajat ja ravitsemusterapeutit. Kotihoidossa toimii myös mielenterveystiimejä ja ruotsinkielisiä tiimejä. (Helsingin intranet 2008.)

Kotihoidon keskeisin ja olennaisin osa on siis asiakkaan kanssa hänen kotonaan tehtävä työ. Helsingin kaupungin tekemän seurannan mukaan kotihoidon toimistolla tapahtuvasta työstä kului lisäksi noin 40 % asiakkaiden asioiden hoitoon. (Larmi 2005, 23.)

### 3.3 Kotisairaanhoito

Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan hoitoa joka tapahtuu myös potilaan kotona mutta on vaativampaa kuin kotihoito ja potilaat voivat olla hyvinkin eri tavoin sairaita. Kotisairaanhoitoon kuuluu lääkärin määräämiä hoitotoimenpiteitä sekä näyttöiden ja kokeiden ottoa kotona. Varsin vaativaakin sairaanhoitoa voidaan toteuttaa kotona, sillä monet haluavat asua kotona elämänsä loppuun saakka. Myös omaisten tukeminen on osa kotisairaanhoidon työtä. Kotisairaanhoidon järjestämisestä vastaa kunta ja sitä varten kuntien terveyskeskuksissa on erillis-

tä henkilökuntaa, joka on koulutukseltaan terveydenhoitajia, erikoissairaanhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia tai perushoitajia.

Osassa kuntia kotisairaanhoito ja kotipalvelu on yhdistetty kotihoidon yksiköksi. Kotisairaanhoito on kehittynyt osaksi hoitoketjua joka on perusterveydenhuolto - erikoissairaanhoito - terveyskeskuksen sairaala - koti. Esimerkiksi lonkkamurtuman saaneen vanhuksen hoito painottuu sairaalahoidon sijasta kotisairaanhoitoon. Terveyskeskuksen vuodeosasto ja kotisairaanhoito vastaavat yhteistyössä yhä useammin myös syöpäpotilaiden saattohoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Kotisairaanhoitoa voidaan pitää vaihtoehtona sairaalahoidolle silloin, kun potilaan tila ei vaadi laitoshoidoa ja sen tarkoituksena on vapauttaa sairaalapaikkoja muiden käyttöön tai esimerkiksi jos potilaan fyysinen tilanne estää lääkäriin pääsyn. Osaltaan sen tarkoituksena on ehkäistä pitkäaikaissairaiden potilaiden laitostumista. (Mauno 2007.)

### 3.4 Organisaatiomuutokset

Organisaatiomuutoksilla tarkoitetaan eri palvelujen liittämistä yhdeksi kokonaisuudeksi. Tarkoituksena on saada jostakin toiminnasta tehokkaampaa ja hyödyllisempää. Omassa tutkimuksessamme organisaatiomuutokset ovat olleet keskeinen syy tutkimuksen alkuperäiselle tarpeelle. Tässä tapauksessa tällä tarkoitetaan sitä, että sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveysviraston kotisairaanhoito, mukaan lukien henkilökunta ja asiakkaat, liittyivät yhdeksi organisaatioksi eli kotihoidoksi vuosien 2005 – 2009 aikana.

Kotihoito-osaston toimeenpanoa suunnittelemassa oli Helsingissä viisi työryhmää. Ryhmät olivat toimitilojen suunnittelutyöryhmä, henkilöstön resurssien siirtoa suunnitteleva työryhmä, ruotsinkielisten palvelujen työryhmä, yökotihoidon suunnittelun työryhmä sekä asiakastietojärjestelmän käytön laajentamista suunnitteleva työryhmä. Työryhmät sisälsivät sekä terveysviraston, että sosiaaliviraston edustajia. Vuoden 2005 alussa terveyskeskus siirtyi toimintokohtai-

seen organisaatioon. Tällöin sosiaalivirastossa otettiin käyttöön elämänkaariorganisaatio. Näiden muutosten periaatelinjausten taustalla toimi kaupunginhallituksen organisaatiokomitea.

Organisaation kirjaamat yhdistymisen edut olivat muun muassa sellaiset, että kotisairaanhoidon ja kotipalvelun välinen koordinointi tehostuisi, suuremmasta yksikkökoosta seuraisi taloudellisuuden lisääntyminen ja resursseja olisi joustavampi käyttää. Myös yhteisen johdon alaisuudessa olisi helpompi kehittää sisäistä työnjakoa. Lisäksi lääketieteellisen ja terveydenhuollon asiantuntijuuden ja työpanoksen turvaaminen olisi yhdistetyn kotihoidon menestyksellisen toiminnan kannalta keskeinen tekijä. Organisaatiotasojen määrää vähennetään ja johtamista tehostetaan. Näin toimintaympäristön muutoksiin mahdollistuu nopea reagointi. Viimeisenä tavoitteena oli ottaa huomioon alueiden asiakkaiden ja asukas- ja asiakasryhmien erityispiirteet. (Niemelä & Simola 2007, 7–9.)

Ennen erillisissä organisaatioissa toimineet kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät toimivat nyt yhteisissä tiimeissä. Kotihoidon tavoitteena on, että asiakkaan luona kävisi vain yksi työntekijä, joka hoitaisi sekä asiakkaan hoitoon, että hoivaan liittyvät asiat. Tämä on merkinnyt muun muassa entisen kotipalvelun työntekijöille oman osaamisensa laajentamista. (Niemelä & Simola 2007.)

### 3.5 Kvalitatiivinen tutkimus

Laadullinen tutkimusprosessi lähtee liikkeelle usein melko yleisistä kysymyksistä. Kysymykset tarkentuvat tutkijan ymmärtäessä tutkimaansa ilmiötä paremmin. Laadullinen tutkimus voi tuottaa tuloksenaan erilaisia lopputuotteita, väitelauseita, analyttisiä viitekehyksiä, malleja tai narratiiveja. (Oulun yliopiston kirjasto 2002.)

Laadullisella tutkimuksella on neljä analyysiperinnettä. Näitä ovat narratiivianalyysi, joka käsittelee tutkimiaan tekstejä tarinoina, eli mitä tapahtui ja miksi. Diskurssianalyysillä saadaan aikaan erilaisia todellisuuksia/ näkemyksiä samasta asiasta. Grounded theory (induktiivinen) on realistinen tutkimusote lähtöisin da-

tasta jonka tarkoitus on edetä kohti suurempaa yleistettävää teoreettisuutta. Sisällön analyysi taas on yleisnimi joukolle tekstin analyysitapoja joilla vertailaan, tyypitellään ja kategorisoidaan tekstejä. (Teknillinen korkeakoulu 2008.)

#### 4 VANHUKSET KOTONA

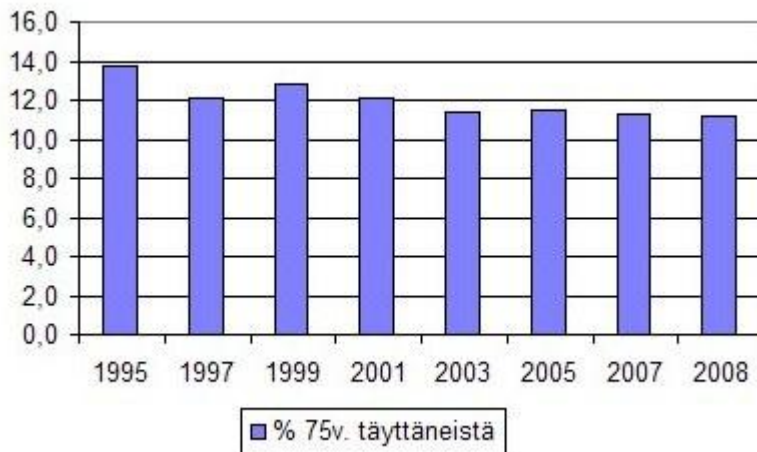
Vanhusten määrä on lisääntynyt Suomessa ja tulee nousemaan lähivuosina ja vuosikymmenien aikana reilusti. Myös yksistään Helsingin väestön ikärakenne tulee muuttumaan merkittävästi seuraavien vuosikymmenien aikana. Ikärakenteessa suurin muutos tulee olemaan nimenomaan ikääntyneiden asukkaiden määrän ja väestöosuuden kasvu. Ikäryhmän 65–74-vuotiaat määrät tulevat Helsingissä kasvamaan jyrkästi lähimmän 15 vuoden aikana. Vuoteen 2020 mennessä heidän määränsä tulee yli puolitoistakertaistumaan. Yli 75-vuotiaiden määrä tulee Helsingissä lisääntymään noin 75 % vuoteen 2030 mennessä. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2006.)

Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien ikääntyneiden osuus on pysynyt edellisen vuoden tasolla. Maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,2 prosenttia oli marraskuun 2008 lopussa säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Jatkuvan ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevien asiakkaiden osuus oli 6,3 prosenttia, mutta vaihteli maakunnittain 18,9 prosentin ja 4,0 prosentin välillä.

Niiden asiakkaiden osuus, joiden luona käytiin usein (yli 40 käyntiä kuukaudessa), oli hieman yli neljännes ja yli puolet asiakkaista tuli säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi kotoa. Hieman yli neljännes asiakkaista tuli sairaalasta. Kotihoidon piiriin tulon syy oli useimmin fyysinen tai vajavuus itsestä huolehtimisessa.

Valtaosa (84,5 %) asiakkaista sai arvioiden mukaan heille parhaaksi arvioitua hoitomuotoa eli kotihoitoa. Vajaa 3 300 asiakasta (5,1 %) oli sellaisia, joiden kohdalla arvioitiin, että he selviäisivät kotona ilman säännöllisiä palveluja. (Kotihoidon laskenta 30.11.2008. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.)

Säännöllisen kotihoidon 75 täyttäneiden asiakkaiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä 1995 – 2008.



(Kotihoidon laskenta 30.11.2008. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.)

#### 4.1 Muistisairauksien näyttäytyminen kotihoidossa

Dementialla tarkoitetaan tilaa, jossa henkilön useat älylliset toiminnot ja aivo-toiminnot voivat olla heikentyneet. Nämä voivat osaltaan vaikeuttaa hänen sosiaalista selviytymistään. Dementiaa voivat aiheuttaa esimerkiksi monet erilaiset keskushermoston sairaudet. (Huttunen 2008.) Suomessa on 120 000 dementoituvaa ihmistä. Heistä lievän dementian vaiheessa 35 000, keskivaikeassa tai vaikeassa dementian vaiheessa 85 000 ihmistä. Vuosittain todetaan vähintään 12 000 uutta sairastapausta. Sairastuneen avun tarpeen kasvaessa kotona tarvitaan yksilöllistä kuntoutusta ja monimuotoisia palveluja. Kotihoidon piirissä on merkittävä osuus muistisairauksia sairastavista ihmisistä. (Granö, Heimonen & Koskinen, 2006. )

Suomessa yleisin dementoiva sairaus on Alzheimerintauti. Alzheimerintaudin ensimmäisinä oireina ovat muistihäiriöt ja uuden oppiminen. Sairaus alkaa hitaasti ja etenee vaiheittain. Oirekuvaan kuuluvat lisäksi kielelliset vaikeudet, päättelykyvyn ja toiminnanohjauksen heikentyminen sekä aloitekyvyn väheneminen. Myös masentuneisuus on yleistä. Sairauden edetessä ajan- ja paikanta-



ju hämärtyvät ja kehitty hahmottamisen vaikeuksia. Suoriutuminen päivittäisistä toimista vaikeutuu vähitellen siten, että toisten ihmisten apua tarvitaan jatkuvasti enenevässä määrin. Muita yleisiä dementoivia sairauksia ovat vaskulaarinen dementia, erilaiset aivoverenkiertohäiriöt, Lewynkappaletauti ja frontaali-, eli otsalohkodementia. (Granö, Heimonen & Koskinen, 2006. )

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Käytännön toteutus alkoi tausta-aineiston sekä teoretiedon kartoittamisella, hankinnalla ja täydentämisellä. Näitä olivat asiakasryhmään tutustuminen kotihoidon asiapapereiden perusteella sekä haastatteleamalla kotihoidon henkilökuntaa. Pehdyimme yleisesti vanhustyön ja kotihoidon toimintaan. Tutustuimme ikääntyvien palveluita kuvaaviin tilastoihin kirjallisuuden ja Stakesin teettämien tilastojen avulla. Lisäksi tutustuimme Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun asiakirjoihin kuten väli-, -ja loppuraporttiin

### 5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Maaliskuussa 2009 Helsingin kaupunki teki lopullisen päätöksen Pohjois-Haagan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen jatkumisesta. Yhdistymisen vaikutuksista tehtiin tutkimus ja loppuraportin mukaan yhdistyminen merkitsi rakenteiden uudistamista ja toimintakäytäntöjen uudelleen määrittelyä kaikilla kotihoito-organisaatio tasoilla. Kotihoidon toiminta oli tehostunut neljän vuoden kokeilun aikana, koska yhdenmukainen palvelumuoto on poistanut erillään toimineet hoiva ja hoitopalvelut. Kaikkiaan kotihoitokokeilu todettiin onnistuneeksi ratkaisuksi. (Kerosuo, Haavisto & Heikkinen 2009.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuoda esille asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta, kun yhdistymisestä oli kulunut jo jonkin aikaa. Halusimme tutkimuksemme kohdistuvan nimenomaan asiakkaiden kokemuksiin yhdistymisestä ja verrata sitä puoli vuotta aiemmin kerättyyn loppuarvioinnin aineistoon.

Helsingin kaupungin tekemässä loppuarvioinnissa tutkittiin yhdistymisen vaikutuksia koko organisaation kannalta. Kun suurista organisaatiomuutoksista on kyse, kiinnitetään helposti huomiota juuri yhteiskunnallisesti ulospäin näkyviin asioihin, kuten esimerkiksi terveyskeskusten palveluiden muuttumiseen, palveluiden saatavuuteen ja erilaisiin tehokkuutta ja kannattavuutta kuvaaviin mittareihin ja kuvioihin. Halusimme työssämme keskittyä ruohonjuuritasolla näkyvään tulokseen, eli asiakkailta samaan välittömään palautteeseen.

Oma mielenkiintomme kohdentui asiakkaiden kokemuksiin siksi, koska kaikki palvelut joita kotihoidolla tuotetaan ja parannetaan, ovat heidän tarpeistaan lähteviä. Halusimme nähdä ovatko asiakkaat edelleen tyytyväisiä hoitoonsa, vai onko jotain muuttunut nyt kun yhdistymisestä on tullut pysyvä. Lisäksi olemme itse työskennelleet kotihoitoa saavien ihmisten kanssa ja nähneet heidät avuntarvitsijoina, sairaina, avoimina, eri elämäntilanteissa olevina, mutta ennen kaikkea oikeina ihmisinä jotka joutuvat päästämään päivittäin vieraita ihmisiä kotiinsa saadakseen itselleen tarvitsemaansa apua.

Läntisen kotihoidon päällikkö Pirjo Väisänen oli myös esittänyt kiinnostuksensa tutkimusta kohtaan ja oli halukas hyödyntämään tutkimustuloksia kotihoidon työn kehittämisessä. Tavoitteenamme oli tuoda esille asiakkaiden kokemuksia kotihoidoksi yhdistymisen vaikutuksista ja toimittaa tutkimustulokset Läntisen kotihoidon päällikölle. Tutkimuskysymyksemme oli, kuinka asiakkaat kokevat yhdistymisen vaikuttaneen heidän hoitoonsa. Teemahaastattelun runkona on käytetty Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviossa käytettyä runkoa.

Valtakunnallisesti vanhustyöhön tullaan kiinnittämään huomiota aiempaa enemmän, jotta vanhustyö saataisiin vastaamaan sen tarpeita. Pääministeri Matti Vanhasen toisen hallituksen ohjelman mukaan ikääntyneiden toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäistä suoriutumiskykyä on vahvistettava. Vanhustenhuollon palveluja uudistetaan erityisesti kotihoitoa vahvistamalla ja kotihoitoa tukevia palveluja kehittämällä. Avainroolissa ovat tällöin kunnat ja kuntayhtymät palvelujen saatavuuden, vaikuttavuuden ja taloudellisuuden parantamisessa. ( Björkaren & Matikainen, 2007.)

## 5.2 Tutkimusympäristö

Haagan alue muodosti pääosan entistä Pikku- Huopalahden kylää Helsingin pitäjässä. Haagan nimi otettiin käyttöön 1900-luvun alussa. Kauppalaksi Haaga tuli 1923. Helsinkiin liittämisen jälkeen 1946 alkoi kerrostalorakentaminen. Pohjois-Haaga rakennettiin yhtenäisemmin 1950- ja 1970-luvulla, alueen maamerk-

kinä ovat edelleen kauas näkyvät korkeat asuintalot. Asukkaita Pohjois-Haagassa on 8 466. (Helsingin intranet 2008.) Oma tutkimuksemme tehdään tämän alueen kotihoitoa savien asukkaiden keskuudessa.

Haagan kotihoito on jaettu viiteen eri lähipalvelualueeseen. Tutkimuksemme kohdistuu kahteen eri Pohjois-Haagan kotihoidon lähipalvelualueeseen. Kotihoidon asiakaskuntaan sisältyvät tukipalveluasiakkaat, joita ovat mm. ateriatuokea saavat sekä turvapuhelinasiakkaat. Asiakaskunta koostuu pääasiassa yli 65- vuotiaista, eri tavoin apua tarvitsevista henkilöistä. Avun tarve voi olla joko jatkuvaa tai satunnaista.

### 5.3 Aineistonkeruu

Tarkoituksenamme oli haastatella ennalta valittua kymmentä kotihoidon asiakasta, joiden toivottiin olleen asiakkaina jo ennen nykyistä kotihoitomallia. Tämän vuoksi, että he voisivat verrata nykyistä samaansa palvelua aiempaan kotihoidon malliin. Lisäksi toivoimme, etteivät nämä asiakkaat olisi muistamattomia, jotta saisimme tuloksista mahdollisimman luotettavia. Keskusteltuamme kotihoitotiimien hoitajien kanssa saimme kuulla, että osa valitsemistamme asiakkaista sairastaa erilaisia muistisairauksia, kuten dementiaa. Vanhuksia sinänsä ei ollut vaikea löytää, sillä ikääntyneitä suomessa on paljon ja kotihoidon asiakaskuntaa on riittävästi.

Osa kotihoidossa olevista asiakkaista, joilla ei ollut todettu muistihäiriöitä, olivat haastatteluiden hetkellä sairaalahoidossa fyysisten syiden takia. Päätimme haastatella viittä Pohjois-Haagan kotihoidon asiakasta, jotka olivat olleet asiakkaina ennen nykyistä kotihoitoa. Tiesimme jo tässä vaiheessa, että osa näistä viidestä asiakkaasta saattaisi olla jonkin verran muistamattomia. Päätimme kuitenkin haastatella heitä, koska tulimme huomaamaan että kotihoidon asiakkaat ovat sen verran huonokuntoisia ja eritavoin sairaita, ettemme saisi mitenkään koottua alun perin toivomaamme kohderyhmää.

Muistisairaudesta riippuen, voi muistisairaalla ihmisellä olla parempia ja huonompia päiviä muistinsa suhteen. Työssämme vanhusten parissa olemme havainneet muistisairaiden asiakkaiden olleen, sairauden asteesta riippuen, ajoittain erittäin muistamattomia ja toisinaan taas itseensä ja ympäristöönsä täysin orientoituneita. Saatoimme vain toivoa, että tällainen hyvä päivä sattuisi juuri haastatteluajankohdalle, jotta saisimme vastauksista mahdollisimman luotettavia. Ennen nykyistä kotihoitomallia olleita asiakkaita, jotka olisivat täysin muistavia, ei kotihoidon hoitajien mukaan ollut enää monia.

Haastattelemamme viisi asiakasta oli kaikki naisia, iältään 70 – 100 – vuotiaita. He olivat myös fyysisesti monisairaita ja jatkuvan kotihoidon apua tarvitsevia vanhuksia, joilla kotihoito kävi vähintään kerran viikossa tai useammin. Näihin asiakkaisiin lukeutui myös tukipalveluasiakkaat, joita oli mukana haastatteluisa. Tutkimusympäristönä toimi asiakkaan oma koti, jotta tilanne olisi haastattelutavalle mahdollisimman luonnollinen ja rauhallinen.

Kun tarvittavat tiedot oli saatu, otimme yhteyttä asiakkaisiin ensin puhelimitse, kerroimme heille tutkimuksesta ja pyysimme heitä osallistumaan tutkimukseen. Tämän jälkeen lähetimme kotihoidon työntekijöiden välityksellä asiakkaille vielä kirjallisen lomakkeen tutkimukseen suostumisesta. Asiakkaiden suostumuksen jälkeen sovimme haastatteluiden päivämäärät. Näistä jätettiin tieto asiakkaan kotiin kirjallisesti ja itsellemme kalenteriin.

Aineisto kerättiin asiakkaille tehtävän teemahaastattelun avulla. Valitsimme tähän tutkimukseen laadullisen tutkimusmenetelmän ja teemahaastattelun, sillä saatava aineisto haluttiin perustuvan asiakkaan ajatuksiin ja omiin kokemuksiin. Haastattelut tehtiin asiakkaiden omissa kodeissaan, jotta tilanne olisi haastattelutavalle mahdollisimman rauhallinen ja turvallinen. Keskeytykset häiritsevät sekä haastateltavan että haastattelijan tarkkaavaisuutta. Näin ollen suljimme puhelimit ja mikäli haastateltava tähän suostui, mahdolliset vieraat pyrittiin pitämään poissa haastattelun ajan. Haastattelun aikana ei suoritettu mitään muita kotihoiton tehtäviä, vaan aika varattiin pelkästään haastattelua varten.

Haastattelijan tehtävänä on ohjata haastattelun kulkua ja pitää keskustelu aiheessa. Jos tutkija pysähtyy kuuntelemaan aiheeseen liittymättömiä tarinoita, on haastattelun aiheella mahdollisuus rönsyillä. Näin ollen voi syntyä paljon asiaan kuulumatonta aineistoa. (Field & Morse 1985, 80—82.)

#### 5.4 Aineiston analyysi

Kun aineisto oli nauhoitettu nauhurille, purettiin se sanatarkasti tietokoneelle, eli litteroitiin. Tutkimuksessamme haastattelujen litterointi tapahtui mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen, jotta haastattelut olivat tuoreessa muistissa. Vastausten sisältöön kiinnitettiin erityistä huomiota. Pyrittiin löytämään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia.

Haasteelliseksi työn teki asiakkaiden muistamattomuus ja haastattelutilanteissa vanhuksen halu ryhtyä keskustelemaan muista asioista. Tutkimustehtävästä ja otteesta riippuu se, kuinka tarkkaan litterointiin on syytä ryhtyä.

Sana sanasta purkaminen osoittautuu hitaaksi ja työlääksi ja monet kokevatkin sen aikaa vieväksi prosessiksi. Sanatarkka litteroiminen voi vaatia nopealtakin kirjoittajalta useita tunteja aikaa. Haastattelujen purun jälkeen, haastattelunauhhat tuhotaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 138–140, 185.) Mikäli nauhuri olisi aiheuttanut haastateltavassa ramppikuumetta, se olisi voitu sijoittaa paikkaan, missä se ei ole näkyvillä. Omissa haastatteluissamme asiakkaat eivät välittäneet nauhurista.

Omassa tutkimuksessamme analysoimisessa käytettiin menetelmänä sisällönanalyysiä. Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena voidaan löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, eroja tai samanlaisuuksia. Laadullisen, aineistolähtöisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida sekä suullista että kirjoitettua kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella tapahtumien ja asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia.

Litteroinnin jälkeen kävimme läpi haastatteluissa saatuja vastauksia. Etsimme niistä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Kävimme läpi haastattelut kysymys kerrallaan huomioiden kaikkien haastateltujen vastaukset. Tämän jälkeen kirjaimme havainnot suoria lainauksia apuna käyttäen.

Sisällönanalyysi perustuu kommunikaatioteoriaan ja tutkimukseen. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–23.) Suurin tehtävä haastatteluaineistoa analysoitaessa on tutustua aineistoon mahdollisimman hyvin. Haastatteluaineiston luotettavuus on yhteydessä haastatteluaineiston laatuun. Omassa työssämme haasteelliseksi osoittautui asiakkaiden muistamattomuus ja haastateltavien vähäinen määrä. Tämän vuoksi tutkimuksen tuloksien luotettavuus hieman kärsi.

Tutkimuksella on pyrittävä siihen, että se paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin, kuin mahdollista. Tutkija vaikuttaa saatavaan aineistoon ja lopulta kyse on tutkijan tulkinnoista. Tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, miten hän on päätenyt kuvaaman tutkittavien maailmaa kyseisellä tavalla. Haastattelujen tulos on kuitenkin aina seurausta haastattelijan ja haastateltavan yhteistyöstä. (Hirsijärvi & Hurme 2001, 184–190.) Omassa tutkimuksessamme haastatteluilla oli taipumus päästä rönsyilemään koska haastateltavat olivat yksinäisiä ja kaipasivat seuraa. Muistamattomuus myös vaikeutti vastausten saatavuuteen huomattavasti. Jouduimme usein palaamaan itse kysymykseen uudelleen tai esittämään tarkentavia lisäkysymyksiä.

-”Eihän täälä oo tänäänkään ketään käynyt, -ai käviks sää”? ”Mitä sä annoit mulle, mihin aikaan sä kävit täällä”?  
-”No eihän mulloo mitään kotihoitoo ollukkaan”!

-”Noo, ne tekee sen mitä niile on määrätty, rasvaa selän, rasvaa jalat ja tuovat apteekista lääkkeet ja tuota siinä se on. Sitten ne käy sieltä laboratoriorista täällä aika usein, yhdeksän aikaan aamuisin. Ja se oli kiva mies, ooksä nähny sen”? kun se tulee niin se rupee heti puhumaan ihan luonnollisesti, sitä on niinku aina kiva kuunnella.

-”En muista olikohan sitä joskus kaupassa käyntiä, voi olla mutta ei kai se kuulu heille enää”. Jaa on mulla veli 82v jota oon joskus käynyt katsomassa ja noin. Katsos äiti ja isä oli syntyneet jo 1800 luvulla niin mites ne,hehe. Nehän on jo kuolleet.

Analysointitapaa on syytä alkaa miettimään jo aineiston keräilyvaiheessa. Useat tutkijat kokevatkin analyysivaiheen aikaa vieväksi prosessiksi. Mikäli aineistoa ei ole jo keräilyvaiheessa purettu ja tarkasteltu, on sen käsittelyyn ja analysointiin ryhdyttävä mahdollisimman pian keräilyn jälkeen. Yksittäisiä tuloksia pitäisi pyrkiä tarkastelemaan laajasta perspektiivistä ja kokonaisuuden valossa. Tutkijat poikkeavat usein siinä, miten erillisinä toimintoina he pitävät aineiston luokitte-  
lua, analyysia ja tulkintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 135–136.)

Sisällönanalyysissa tarkoituksena on etsiä tekstin merkityksiä sekä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysia käyttäen pyritään järjestämään saatu aineisto tiiviiseen ja selkään muotoon. Analyysin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen ja siitä pyritään saamaan selkeä ja yhtenäinen kokonaisuus, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia lopputuloksia. (Silius 2005.)



## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksemme asiakkaat tarvitsivat apua päivittäisissä toimissaan kuten hygienian hoidossa, lääkkeiden ottamisessa ja ruokailussa. Pääasiassa käynnit suoritettiin säännöllisesti ja ne voivat tapahtua jopa kuusikin kertaa päivässä. Useat vanhukset ovat valitettavan yksinäisiä ja osa masentuneita, kotihoidon työntekijät kohtaavat usein tämän saman asian kun vanhus on ehkä hälyttänyt apua vain saadakseen juttuseuraa. Haastattelutilanteissa huomasimme tämän saman ilmiön, vanhukset olisivat keskustelleet kanssamme vaikka kuinka pitkään. Koskensalon tutkimuksessa Jämijärven kunnan kotihoidon asiakkaiden kokemuksista osoitti, että lisäapua asiakkaat olivat kokeneet tarvitsevansa yksinäisyyden helpottamiseksi. Koskensalon tutkimustyön tulosten mukaan kotihoidolla oli merkittävä vaikutus asiakkaiden arjessa selviytymiseen kotona. Lisäksi hän totesi työssään, että tapa jolla asiakas tuntee saavansa palveluita ja apua vaikuttaa selviytymiseen ja pärjäämiseen kotona. (Koskensalo 2007.)

Tuloksissa havaittiin myös, että dementoivien muistisairauksien vuoksi tutkimusta ei voida pitää luotettavana. Kolme haastatelluista ei kyennyt muistamaan lainkaan milloin olivat liittyneet kotihoidon piiriin. Loput kaksi haastatelluista muisti ajankohdan suurin piirtein, jolloin olivat alkaneet saamaan kotiapua. Kaikki asiakkaat olivat alkaneet saamaan apua silloisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon muodossa vuodesta 2003 lähtien.

### 6.1 Kokemuksia kotihoidon yhdistymisestä

Kukaan haastatelluista ei ollut huomannut mahdollisia muutoksia, joita kotihoidoksi yhdistyminen olisi mukanaan tuonut. Havaittiin, että myöskään muistavat asiakkaat eivät tienneet näistä uudistuksista. Haastateltavat kokivat joidenkin asioiden menneen parempaan suuntaan mutta näitä ei osattu yhdistää suoraan organisaatiossa tapahtuneeseen muutokseen. Tästä voitiin päätellä että muutoksista ei ollut tiedotettu asiakkaille tai että tiedottaminen oli ollut puutteellista.

-”En ole huomannu mitään muutosta,että mitä silloin tapahtu?”.

-”En mä edes huomannu että joku muutos tuli. Mä olen vissiin niin pillereitten huuruissa etten oo edes painanu mieleen. Kyllä mulle varmaan se sanottu on”.

## 6.2 Kokemuksia työntekijöistä

Tutkimukseen vastanneet olivat yksimielisesti sitä mieltä että hoitajat vaihtuvat liian usein. Kuitenkin hoitajiin oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Saatuun hoitoon oltiin kuitenkin tyytyväisiä ja palvelut koettiin jokseenkin riittäväksi. Lisäapua toivottiin lähinnä kodinhoidollisiin palveluihin kuten siivoukseen. Neljä viidestä vastaajasta koki tarvitsevansa kodinhoitoapua ja yksi saattajapalvelua esimerkiksi lääkärissä asiointia varten.

”Melkein aina on eri hoitajat ja niitä on tosi paljon. Oon kysynytkin kuin paljon teitä oikein, mut ei kukaan osaa siihen vastata”.

Vastaavat havainnot oli tehty myös loppuraportissa, jossa asiakkaat olivat myös kiinnittäneet huomiota kotona käyvien hoitajien kiireellisyyteen tai heidän saamansa palvelujen pinnallisuuteen. Haastatellut kritisoivat muun muassa henkilökunnan osaamista erityisesti kodinhoidollisissa tehtävissä sekä sovittujen käyntiaikojen noudattamisessa ja siitä etteivät työntekijät aina ilmoittaneet myöhästymisistään. Tyytymättömyyttä tässä koettiin sen vuoksi että uusia työntekijöitä jouduttiin perehdyttämään omiin tarpeisiin. Lisäksi hoitajien vaihtuvuus oli luonut turvattomuutta joissakin asiakkaissa.

Voidaan päätellä, että hoitoon oltiin edelleen tyytyväisiä ja edelleen kaivattiin kodinhoitamiseen liittyviä asioita kuten siivousta. Yhden haastatellun omaiset olivat jopa joutuneet siivoamaan kotihoidon jälkiä. Kyseessä oli kotihoidon antama suihkutusapu asiakkaalle, jonka jälkeen kylpyhuone oli jätetty toistuvasti siivoamatta ja haastatellun omaiset olivat joutuneet myöhemmin korjaamaan kotihoidon työntekijöiden jäljet. Koettiin että koska kotihoidolle eivät kuulu siivoustyöt, ei osattu vaatia tällaisen epäkohdan korjaamista.

” No se jälkijuttu on se, että kun ne omat pojat käy niin ne siivoaa sitten niiden(kotihoidon) jäljet, kun ei kai se niille kuulukaan, mutta ne nurkat jää aina märäksi, niinku suihkun jälkeen. Sillon mä tykkäsin, et ennen ne teki kyllä enemmän, miten sen sanois mutta kyllä minusta nyt parempi. Miten sen nyt sanois..

Kotihoidossa jokaiselle asiakkaalle määritellään vastuuhuoltaja, jonka tarkoituksena on pitää huolta asiakkaan asioista ja huolehtia siitä, että hän saa asianmukaista kotihoitoa. Saamiemme vastausten perusteella vastuuhoidajuuteen oltiin tyytyväisiä, mutta esimerkiksi vastuuhoidajiansa nimiä harva haastatelluista muisti.

”Joo, on mutta en muista sen nimeä,se käy kans täällä aika usein ja, kun on sairaalaan menoa, niin se tulee silloin sinne mukaan ja se on kiva, kun se tietää kaikki mitä tehään ja minne mennään”.

Vertailuaineistossa haastatellut olivat osanneet nimetä vastuuhoidajansa, mutta sitä vastoin vastuuhoidajan rooli oli jäänyt monelta epäselväksi. Tästä päätimme että vastuuhoidajuus asiana oli nyt paremmin asiakkaiden ymmärrettävissä.

Kotihoidolla on käytössään lääkäripalvelut niille kotihoidon asiakkaille, jotka eivät kykene asioimaan itsenäisesti tai saattajan turvin terveysasemalla. Päätöksen potilaaksi ottamisesta tekee kotihoidon lääkäri. Tämän tutkimuksen haastatelluista osalle kotihoidon lääkäri oli tuttu ja osa oli käyttänyt yksityisiä lääkäripalveluita lisäksi tarvitessaan lääkärin apua.

”nykyisin on niin, että mulle tulee lääkäri kotiin,mulla on kävely niin vaikeeta,sieltä kotihoidosta se on tullu, kun mulle on alettu puhumaan siitä”

Vertailuaineistossa olleet asiakkaat pitivät lääkäripalvelua yleisesti ottaen hyvänä, mutta joiden asiakkaiden mielestä lääkärin saaminen kesti liian kauan. Epäselvänä koettiin myös miten lääkärin palvelut ovat saatavilla ja onko niitä jotenkin rajoitettu.

### 6.3 Omaisten osallisuus

Vertailuaineistomme haastatteluissa oli ollut mukana myös omaisia, kun taas oma tutkimuksemme ei sisältänyt omaisten haastatteluja. Tutkimuksessa kävi ilmi kuitenkin se, että osalla haastatelluistamme ei ollut lainkaan lähiomaisia. Puolestaan ne lähiomaiset joita haastateltavilla oli, eivät olleet juurikaan tekemisissä kotihoidon kanssa. Usein tähän oli syynä eri paikkakunnilla asuminen. Kahdella haastateltavalla oli aktiivisesti hoitoon osallistuvat omaiset ja he olivat myös tavanneet kotihoidon työntekijöitä. Yhdellä haastatelluista ei ollut lähiomaisia, mutta sitä vastoin läheinen ihminen, joka avusti siivouksissa ja asioiden hoidossa. Huomattiin että ikääntyneet eivät itse vaadi palveluita tai apuja itselleen vaan kokevat sen jokseenkin nolona asiana. Useissa vastauksissa tuli esiin vanhuksen vähättely omasta avuntarpeestaan tai kokemus siitä että olisi vaivaksi toisille.

”-Enhän mä voi sitä vaatia tänne tulemaan. Hän on mieheni työka-verin poika,aivan vieras ihminen”

”-On mulla sisar, mutta se asuu siellä Hämeenlinnassa. Sitten ku käyvät niin ne tekee paljon täälläkin töitä mutta kun niilläkin on ne omatki työt”.

### 6.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Yhtenä tärkeänä huomiona tutkimuksessamme huomasimme, etteivät vanhukset olleet tietoisia heidän kanssaan tehdyistä kirjallisista sopimuksista ja suunnitelmista. Kotihoidolla on käytössään asiakkaille tehtävä elektroninen hoito- ja palvelusuunnitelma, johon sisällytetään asiakkaiden kanssa sovitut palvelut sekä palveluajat. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää konkreettisesti asiakkaan saamat palvelut, kuten kotisairaanhoido- ja tukipalvelut. Näiden lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan kotikäynneille sovitut tehtävät ja kotikäynteihin varattu aika. Kotihoidon ohjaaja sekä asiakas allekirjoittavat tämän sopimuksen.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että kukaan haastateltavista ei tiennyt mikä hoito- ja palvelusuunnitelma on.

”En tiedä, mikä se on??”.

Vastaava asia tuli ilmi myös vertailututkimuksessa jossa osa asiakkaista ei tiennyt onko suunnitelmaa tehty vai ei. Osa asiakkaista ei tiennyt mitä hoitosuunnitelma piti sisällään ja mitä palveluun kuuluu. Tiedottamista ja sopimuskäytäntöä voidaan tämän perusteella pitää erittäin huonona.

### 6.5 Tukipalvelujen toimivuus

Tukipalveluista käytettiin jokaisen haastatellun kohdalla apteekin annosjakelua. Haagan kotihoidolla on yleiset säännöt, jonka mukaan kotihoidon asiakkaiden lääkkeidenjakovastuu on siirretty apteekin annosjakelulle. Tämä tarkoittaa sitä, etteivät kotihoidon työntekijät enää jaa lääkkeitä asiakkaille dosettiin poikkeustapauksia lukuun ottamatta. Tällaisia poikkeustapauksia ovat esimerkiksi antibioottikuurit. Asiakkaat saavat siis päivittäiset lääkkeensä kahden viikon välein annosteltuna valmiisiin pusseihin. Kotihoidon tehtävänä on toimittaa lääkepussit perille ja varmistaa turvallinen lääkehoito antaessaan lääkkeet asiakkaille. Tämän palveluun oltiin yksimielisesti tyytyväisiä.

Tukipalveluista käytettiin yleisimmin turvapuhelinta ja ruokapalvelua. Nämä palvelut olivat lähes kaikilla. Neljällä viidestä oli turvaranneke, mutta vain yhdellä se oli asianmukaisesti käytössä. Useimpien rannekkeet olivat piironkien tai yöpöytien laatikoissa. Ei uskottu että vahinko voisi sattua itselle tai luotettiin omiin kykyihin näissä tilanteissa liikaa.

”- turvarannekettä? -Ei, en mä koe siihen tarvetta, ainakaan vielä. Heheh,paitsi meninhän mä tässä yks päivä mahalleen tuohon ja oli kauheen vaikea päästä ylös. Mutta kyllä mulla älli pelas että konttasin.

Näistä kahdesta palvelusta arvostettiin selvästi enemmän ruokapalvelua. Huomasimme tutkimuksemme aikana sekä käytännössä että kirjallisen tiedon perusteella, että vanhustenhuollon pyrkimyksessä ikäihmisten paremman ravitsemuksen suhteen oli tapahtunut positiivista kehitystä.

Usein juuri ravitsemuskäyttäytymisen muuttuminen ja sen laiminlyönti ovat ensimmäisiä asioita jotka ovat merkinä elämänhallinnan menettämisestä. Tesso—lehdessä, Laihon (2009) artikkelissa Turun yliopiston laadunhallinnan erityisasiantuntija Linnea Linkon mukaan vanhusten ravitsemustila paranee huomattavasti kun hän pääsee tukipalveluiden piiriin. Turun Yliopiston vuonna 2006 teettämän tutkimuksen mukaan lähes puolet (48 %) vanhuksista elää ravitsemuksen riskirajoilla. (Laiho, Marianna 2009.) Osa tutkimuksemme haastatelluista kykeni vielä itsenäiseen ruuan laittoon ja jotkut saivat apua läheisiltä. Useimmille tuli kuitenkin näiden rinnallakin ruokapalvelu. Näihin tukipalveluihin kohdistuvaa tyytymättömyyttä ei tässä tutkimuksessa tullut esille.

-”ei mulle tule ruokaa, kun mä tykkään tehdä itse lihakastiketta ja sellaista, nam,nam..Mä niin tykkään lihakastikkeesta”.

-”aamulla on syöty,aamulla piti puuro keittää mutta sit mä meninki vähän pitkälleni, Yleensä keitän ja syön puuron ja teen voileivät iteleni. Juu ja sit sillälaila et meen ite kauppaan, mut nyt on viikko menny etten oo käyny” , ja ruokaki muuttu niin, että se tuotiin kotiin”.

-” Mullehan tulee sieltä palmian kautta se ruoka, joka toinen päivä tuodaan se lämmin ruoka ja siitä riittää kahdeks päivää syömistä, että se on se hyvä puoli”.

Vertailuaineistossa oli puolestaan selvästi havaittavissa ongelmia tukipalveluihin liittyen. Näitä ongelmia oli esimerkiksi tyytymättömyys tukipalveluiden maksullisuuden sekä epäkohdat palvelujen laadussa. Yhtenä keskeisenä ongelmana koettiin myös se, ettei asiakkaalla ollut tietoa eri tukipalveluista ja niiden saantimahdollisuudesta. Voidaan päätellä tästä että asiat ovat näiltä osin hieman parantuneet.

Tämän tutkimuksen perusteella kotihoidoksi yhdistyminen ei siis ollut näkynyt mitenkään asiakkaiden kokemuksissa saamassaan hoidossa. Tämä johtui pääosin siitä, etteivät haastatellut olleet tietoisia siitä mitä muutoksia oli tapahtunut. Voidaan päätellä että muutos tapahtui niin pitkällä aikavälillä, että asiakkaat eivät olleet varsinaisesti tietoisia mikä palvelussa oli muuttunut. Toisena vaihtoehtona voi olla, ettei asiasta ole tiedotettu riittävästi tai lainkaan. Lisäksi myös todettiin että asiakkaiden muistiongelmat vaikeuttivat vastausten saatavuutta ja luotettavuutta.

Osa asiakkaista koki, että kotihoidon palvelut olivat menneet parempaan suuntaan, vaikkeivät osanneet sitä sen enempää määritelläkään. Selvästi havaittavissa oli asiakkaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon ja hoitajista pidettiin, vaikkakin vaihtuvuus koettiin ikävänä asiana. Tukipalveluita käytettiin laajasti ja niihin oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Tiedonkulku oli selvästi ongelmallista, eivätkä asiakkaat olleet perillä siitä mitä heitä koskevissa asiakirjoissa oli sovittu. Esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelma oli kaikille joko kokonaan outo asia tai sitä ymmärrettiin vain osittain.

Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarvioinnissa oli havaittu, että kotihoitopalvelujen tuottamisen keskeisenä haasteena on juuri henkilöstön vaihtuvuus, henkilöstövaje sekä sijaisten ja uusien työntekijöiden vaikea saatavuus. (Kerosuo, Haavisto & Heikkinen 2009.) Omassa tutkimuksessamme ei kiinnitetty huomiota kotihoidon tuottamiseen vaikuttaviin tekijöihin, vaan pelkästään asiakkaiden kokemuksiin.

Koska asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kokivat kotihoidon hyväksi, voimme todeta että kentällä tapahtuva hoitotyö on ollut ammattillista ja asiakkaan huomioivaa. Selvästi kehittämistä kaipaa asiakkaan ja kotihoidon välinen tiedonkulku. Väkisinkin herää kysymys siitä, kuinka vanhus ei ole tietoinen itseään koskevista sopimuksista ja asiakirjoista. Tämä kysymys on mielestämme jo eettisesti ajatellen oikeutettu ja on hyvä että tämä asia on tullut vahvasti esille. Tässä on yksi kehittämisaihe kotihoidolle.

## 7 POHDINTA

Vanhusväestö lisääntyy jatkuvasti ja entistä huonompikuntoisia ihmisiä hoideetaan kotona kotihoidon turvin. Fyysisesti sairaat kotihoidon asiakkaat seuraavat aikaansa ja pystyvät itse vaikuttamaan saamaansa hoitoon. Kuinka sitten käy muistamattomien kotihoidon asiakkaiden? Tutkimuksen edetessä koimme tärkeänä saattaa kotihoidon päällikön tietoon seikat kotihoidon asiakaskunnasta. Tarkoitamme tällä sitä, että kotona kotihoidon turvin asuvat asiakkaat ovat ajoittain hyvinkin muistamattomia ja tietämättömiä heidän hoitoonsa vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuksemme tarkoituksena oli saada kotihoidon asiakkaiden ääni kuuluville. Totesimme osan haastatelluista olleen muistamattomia ja kykenemättömiä vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Jos muistamattomalla kotihoidon asiakkaalla ei ole omaisia, pohdimme kuka heidän oikeuksistaan huolehtii. Jäimme myös pohtimaan näiden asiakkaiden oikeusturvaa ja sitä, kuka pitää huolen siitä, että he saavat riittävää ja oikeudenmukaista hoitoa. Totesimme, että kotihoidon työntekijät ovat avainasemassa näiden asiakkaiden kohdalla.

Jotta tämä tutkimus olisi antanut enemmän haluttua tietoa kotihoidon päällikölle, olisi tähän tutkimukseen pitänyt ottaa osaksi myös asiakkaiden omaisten haastattelut. Muistavienkin haastateltujen kohdalla jäi mieleemme ajatus, että mahdollivatko haastatellut kotihoidon asiakkaat olla kenties ”tyytyneet” nykyisiin palveluihin, sillä he tuntuivat tietävän mitä on mahdollista saada ja mitä ei. Uskaltavatko nämä asiakkaat siis edes vaatia hoidoltaan enemmän tietäen realiteetit siitä mitä heillä on mahdollista saada.

Voimme siis todeta, että kotihoidon asiakkaista juuri muistamattomien asiakkaiden ei saisi antaa jäädä väliinputoajiksi, vaan myös heidän oikeuttaan vaikuttaa omaan hoitoonsa pitäisi jotenkin tukea. Väkisinkin herää kysymys siitä, kuinka vanhus ei ole tietoinen itseään koskevista sopimuksista ja asiakirjoista. Tämä kysymys on mielestämme jo eettisesti ajatellen oikeutettu ja on hyvä että tämä asia on tullut vahvasti esille. Tässä on yksi kehittämisasihe kotihoidolle.



Havaitsimme osan asiakkaista suhtautuvan aluksi hyvinkin negatiivisesti tutkimukseen osallistumiseen. He saattoivat aluksi kieltäytyä jyrkästi haastattelusta. Pienen houkuttelun jälkeen kaikki haastatellut asiakkaat antoivat suostumuksensa haastatteluun ja lopuksi olivat hyvinkin iloisia juttutuokiostamme ja kiittivät kovasti käynnistämme. Tämäkin sai meidät pohtimaan asiakkaiden pelkoa erinäisiä tutkimuksia ja haastatteluja kohtaan. Osaltaan tähän vaikuttivat myös muistisairaudet, jotka voivat vääristää ajatusmaailmaa sekä todellisuudentajua. Kuitenkin luonteva ja keskusteleva haastattelutapa sai asiakkaan tuntemaan tilanteen kotoisaksi ja mukavaksi keskusteluhetkeksi, jonka aikana yksinäisyyden sai unohtaa hetkeksi.

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tarkoituksenamme oli haastatella noin kymmentä kotihoidon asiakasta, jotka olisivat olleet asiakkaina jo ennen nykyistä kotihoitomallia. Lisäksi toiveenamme oli, etteivät haastateltavat asiakkaat olisi muistamattomia. Valitettavasti jouduimme työmme edetessä huomaamaan, etteivät tavoitteemme tulisi täysin onnistumaan. Kotihoidon yhdistymisen aikaan olleita asiakkaita löysimme yllättävän vähän. Lisäksi osa haastatelluista asiakkaista osoittautui liian muistamattomiksi ja vertailukelpoisen aineiston kokoon saaminen osoittautuikin vaikeaksi.

Kotihoito on muuttunut kaiken kaikkiaan siten, että kotihoidon asiakkaat ovat ikääntyneet, asiakkaat ovat moniongelmaisempia ja kotihoidon työ on muuttunut sisällöltään vaativammaksi. (Valo 2005.) Näin ollen tietyn ryhmän ominaisuuksien rajaaminen vaikeutuu. Lisäksi dementiaa sairastavien ihmisten osuus yli 75-vuotiaissa kasvaa ja siten kaventaa tätä ryhmää.

Koko tutkimuksen ajan suoritetaan laaduntarkkailua. Laadukkuutta tavoitellaan etukäteen tekemällä hyvä haastattelurunko. Tässä tutkimuksessa käytimme vertailemamme aineiston haastattelurunkoa, sillä koimme haastattelussa käytyt kysymykset (ks. LIITE1) ajankohtaisiksi ja tärkeiksi. Tämän lisäksi toivoimme saavamme vertailukelpoisia vastauksia samaan haastattelurunkoon vastanneiden asiakkaiden kanssa.

Teemahaastattelu ei ole kuitenkaan pelkästään pääteemojen esittämistä, vaan lisäkysymyksiä esitetään teemojen syventämiseksi. Tässä, kuten vertailemassammekin tutkimuksessa, lisäkysymykset muotoutuivat haastattelun aikana eikä niitä voitu etukäteen suunnitella. Lisäkysymykset syntyivät haastattelun aikana ja haastateltavan vastausten perusteella. Ne eivät siis noudattaneet samaa kaavaa vertailuaineiston lisäkysymysten kanssa.

Haastatteluaineiston luotettavuus on yhteydessä haastatteluaineiston laatuun. Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavaksi valitut haastateltiin heidän omissa kodeissaan ja kuuluvuus varmistettiin nauhurin sijoittamisella lähelle haastateltavaa. Tutkimuksella on pyrittävä siihen, että se paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin, kuin mahdollista. Tutkija vaikuttaa saatavaan aineistoon ja lopulta kyse on tutkijan tulkinnoista. Tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan, miten hän on päätenyt kuvaaman tutkittavien maailmaa kyseisellä tavalla. Haastattelujen tulos on kuitenkin aina seurausta haastattelijan ja haastateltavan yhteistyöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184–190)

## 7.2 Eettisyys

Laadullisen tutkimuksen tärkeimpiä eettisiä pääperiaatteita ovat henkilöllisyyden suojaaminen, luottamuksellisuus sekä tiedonantajan vapaaehtoisuus. Lisäksi on tärkeää, että tutkija ei tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. On mahdollista etteivät tiedonantajat hyödy tutkimuksesta, mutta parhaimmillaan tutkimus voi olla edistämässä heidän tietoisuuttaan tutkittavasta asiasta. ( Janhonen 2001, 39. )

Eettisen ajattelun on kuvattu olevan kykyä pohtia sekä omien että yhteisöjen arvojen kautta sitä, mikä jossain tilanteessa on oikein tai väärin. Tutkimusetiikkaan voidaan katsoa koskevan aineiston hankintaan ja tutkittavan suojaan liittyviä kysymyksiä. Tutkimusetiikka on myös tieteellisen tiedon soveltamista, käyttöä ja vaikutuksia koskevia kysymyksiä.

Yleisenä tieteen eettisenä arvona voidaan pitää uuden tiedon tuottamisen lisäksi pyrkimystä riippumattomuuteen ja itsenäisyyteen. Tutkijat vastaavat itse tutkimustyössään tekemistään ratkaisuisistaan. Eettisten normien ja lakien tuntemus kuitenkin auttaa osaltaan ratkaisujen tekemisessä. Tällaisia ovat esimerkiksi henkilötietosuojalaki ja laki potilaan oikeuksista. Tutkimuksen eettisyyttä arvioi tutkimuksen tekijöiden lisäksi aiheesta muuten kiinnostuneet henkilöt. Tässä tutkimuksessa hyvä tieteellinen käytäntö varmistettiin myös tutkimuksen lähteiden asianmukaisella käytöllä. (Kuula 2006, 22–25.)

Tutkimukseen soveltuvia haastateltavia hankittaessa tuli muistaa, että haastateltavilla on oikeus päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen. He ovat myös oikeutettuja olla vastaamatta mihin tahansa kysymykseen sekä lopettamaan haastattelun halutessaan. Haastateltaville on myös kerrottava, ettei henkilötietoja mainita tutkimuksessa. (Field & Morse 1985, 80.)

Tutkittaville henkilöille esitettiin perustiedot tutkimuksesta sekä sen toteuttajista sekä kerättävien tietojen käyttötarkoitus (ks. LIITE 2). Tutkittavien informointi on ensiarvoisen tärkeää sekä tietosuojalainsäädännön että hyvien tieteellisten käytäntöjen kannalta. Tutkittaville voidaan aiheuttaa vahinkoa, mikäli saatuja tietoja luovutetaan ulkopuolisille tai ne pääsevät väärin käsiin. Tutkijan tulee haastattelutilanteessa muistaa, ettei hän edusta vain itseään, vaan myös tiedeyhteisöä sekä omaa oppiainettaan. (Kuula 2006, 62–65.)

Tutkimusta koskevat lupapaperit hankittiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen kotihoidon päälliköltä Pirjo Väisäseltä. Tutkimuslupapaperit täytettiin ja allekirjoitettiin yhdessä ohjaavien opettajien kanssa. Tämän jälkeen ne lähetettiin täytettyinä takaisin Helsingin kaupungille, jonka eettinen toimikunta myönsi virallisen tutkimusluvan.

Vertailtavan tutkimuksen tekijöiltä saatiin kirjallinen lupa tutkimuksen sekä sen teemahaastattelurungon käyttämistä varten.

Tämän tutkimuksen haastatelluilta pyydettiin lisäksi kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta. (ks. LIITE 3.) Haastatelluille kerrottiin myös se, että

tutkimus julkaistaisiin Diakonia-ammattikorkeakoulun internetsivustoilla, jonka lisäksi se toimitetaan läntisen kotihoidon päällikölle ja tutkimukseen osallistuneille kotihoitotiimeille.

### 7.3 Opinnäytetyöprosessi

Työn ja opiskelun yhteensovittaminen aiheutti haasteita siinä missä myös opinnäytetyöntekijöiden yhteinen aikataulutus. Tavoitteena opinnäytetyön tekijöillä oli opinnäytetyöprosessin ymmärtäminen ja samalla uuden oppiminen. Helsingin kaupungin kotihoidon muutosprosessin ymmärtäminen ja asiakkaiden ajatukset muodostivat päällimmäiset intressit opinnäytetyön tekemiselle.

Aikaisempia tutkimuksia oli jokseenkin vaikea löytää, sillä kotihoito on aiheena melko uusi. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat lähinnä opinnäytetyötasoisia tutkimuksia. Muuta lähdemateriaalia oli helpompi löytää. Opinnäytetyöstä on keskusteltu kertaalleen läntisen kotihoitopäällikön Pirjo Väisäsen kanssa, jonka kiinnostus tutkimusta kohtaan loi osaltaan lähtökohdat tutkimukselle. Työnantajalla oli selvä intressi tutkimukselle. Ohjausta on saatu ohjausryhmien muodossa sekä tarvittaessa lisäohjauksena ohjaavilta opettajilta.

Opinnäytetyön aiheen koimme mielenkiintoiseksi, koska se koskettaa omaa alaamme. Kotihoidon merkitys tulee kasvamaan paljon seuraavien vuosikymmenten aikana ikääntyvien ihmisten osuuden kasvaessa kovaa vauhtia moninkertaiseksi. Se taas lisää oman ammattimme arvostuksen kasvamista. Aihe on herättänyt meissä myös monia kysymyksiä ja tulimme huomaamaan että niistäkin helposti syntyisi omat tutkimuksensa.

Mietimme oman toimenkuvamme muuttumista asiakaskunnan kasvaessa ja muuttuessa vaativammaksi. Samoin pohdimme omaa jaksamista työssämme tulevaisuudessa, kun jo nykyinenkin kotihoidon kenttä on haastava. Alan kiinnostavuus nuorissa hieman huolestuttaa, koska nuoria täytyisi jollakin tapaa saada kiinnostumaan nykyistä enemmän vanhustyöstä. Muussa tapauksessa

hoitajia tähän kasvavaan, jo nyt työvoimapulasta kärsivään vanhustyöhön ei tule riittämään.

Yhtenä keinona tähän on jo nähty työolosuhteiden parantaminen ja tätä onkin mitattu Uudenmaan työsuojelupiirin teettämällä tarkastuksilla kotihoitoon eri puolilla Vantaata elokuussa 2009. Tarkastuksia oli tehty sattumanvaraisesti eri puolille kaupunkia ja niistä kävi ilmi että kaikilla alueilla työtä arvioitiin sekä johdon että työntekijöiden puolesta fyysisesti ja henkisesti raskaaksi. Positiivinen havainto oli se, että kaikissa kotihoidoissa esimiehet saivat kiitosta työntekijöiltä saamastaan tuesta. (Sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

Tämä kertoo meille sen, että esimiestasolla työn kuormittavuus on ymmärretty, työntekijää arvostetaan ja parannukset työolosuhteiden korjaamiseen ovat mahdollisia. Mielestämme tämä kuitenkin yksinään ei riitä houkuttelemaan nuoria sairaanhoitajia alalle, jotenkin vanhustyön asennetta pitäisi muuttaa modernimpaan suuntaan.

Pohdimme myös muistamattomien ihmisten kotona pärjäämistä, ikääntyvien vakavia masennuksia, palveluiden saatavuuden kriteereitä ja näitä ajatellen koko vanhusväestön moninkertaistumista, – olemmeko todella huomioineet näitä asioita riittävästi yhteiskunnallisesti ja olemmeko ymmärtäneet kuinka suuria, ja kuinka monta järjestelmämuutosta kaivataan, jotta selviämme vanhustemme hoidosta. Entä oma ikääntymisemme, - odottaako meitä itseämme turvattu vanhuuden hoitojärjestelmä vuonna 2030 ja sen jälkeen, vai onko käsiimme räjähtänyt hiljakseen tikittänyt aikapommi?

## LÄHTEET

- Eski, Riitta 2008. Lähihoitaja. Haastattelu, Pohjois-Haagan kotihoidossa 14.2.2008.
- Field, Peggy Anne & Morse, Janice M 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Finne-Soveri, Harriet 2007. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Vaajakoski Gummerus kirjapaino oy.
- Granö, Sirpa, Heimonen, Sirkkaliisa&Koskinen, Jari 2006. Kuntoutuksen sana-kirja muistihäiriö ja dementiatyöhön. Alzheimerin keskusliitto ry. Paino Polar Oy: Helsinki.
- Helsingin intranet 2008. Helsinki alueittain. Viitattu 28.2.2008  
[http://www.hel2.fi/tietokeskus/helsinki\\_alueittain\\_2005/203Haaga.pdf](http://www.hel2.fi/tietokeskus/helsinki_alueittain_2005/203Haaga.pdf)
- Helsingin intranet 2008. Kotihoito. Viitattu 28.2.2008  
<http://heli.hel.fi/tepe/index.asp?hier=kotihoito&alue=17>
- Helsingin kaupungin tietokeskus 2006. 2006:30. Viitattu:  
[http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/06\\_09\\_26\\_vuori\\_vaestoenuste2007\\_2040\\_vj30.pdf](http://www.hel2.fi/tietokeskus/julkaisut/pdf/06_09_26_vuori_vaestoenuste2007_2040_vj30.pdf)
- Helsingin yliopiston yleisen valtio-opinlaitos. Tutkimusongelma. Viitattu: 24.8.2008  
<http://www.valt.helsinki.fi/staff/jmykkane/tutkielma/Tutkimusongelma.html>
- Hirsjärvi, Sirkka; Hurme, Helena 2005. Tutkimus haastattelu teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Huttunen, Matti 2008. Duodecim terveyskirjasto 2008. Viitattu 4.11.2009.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00358](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358)
- Jalonen, Marianna 2007. Ulvilan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaiden toiveet ja kehittämissuositukset kotihoidon kehittämistyötä varten. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, ja terveysala.  
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/823/Jalonen\\_](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/823/Jalonen_)

Marianna.pdf?sequence=1

Janhonen 2001,39 ) Viitattu 5.3.2008

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kerosuo, Hannele, Haavisto, Vaula & Heikkinen, Marjo 2009. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointi. Helsinki: VerveConsulting. Tuloste tekijän hallussa.

Koskensalo, Oivi 2007. Kotihoito asiakkaiden kokemana Jämijärven kunnassa. Opinnäytetyö, kevät 2007. Diakonia-ammattikorkeakoulu Länsi, Porin yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK). [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Pori2007/995de2\\_Pori\\_koskensalo\\_6679.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pori2007/995de2_Pori_koskensalo_6679.pdf)

Kotihoidon laskenta 30.11.2008. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tilastoraportti 8/2009, 26.6.2009. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2009. viitattu: 31.8.2009 <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoito.htm>

Kuula, Aja 2006. Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.

Laiho, Marianna 2009. Vanhus ja ruoka. Tesso. Sosiaali,-ja terveystieteellinen aikakauslehti. 2009.6.32

Laine, Katja 2008. Lähihoitaja. Haastattelu, Pohjois-Haagan kotihoidossa 26.2.2008.

Larmi, Aini 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.

Björkaren, Magnus & Matikainen, Kristiina 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes.

Mauno, Talvikki 2007. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen. – kotihoidon työntekijöiden kokemuksia moniammatillisesta tiimistä. Opinnäytetyö. Diak. Helsingin yksikkö. Sosiaali,-ja terveystieteellinen ala. [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Helsinki2007/bc5ba8\\_Helsinki\\_Mauno\\_c6390.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2007/bc5ba8_Helsinki_Mauno_c6390.pdf)

Niemelä & Simola 2007. Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun väliarviointi 1.1.2005-30.6.2007. Tuloste tekijän hallussa.

Peltonen, Hannele 2009. Laitoshoito myllerryksessä. Tesso. Sosiaali,-ja terve-

yspoliittinen aikakauslehti.2009,1,33.

Silius, Kirsi 2005. Sisällönanalyysi. TTY/DMI/ Hypermedialaboratorio. Powerpoint esitys. Viitattu 3.11.2009

[http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS\\_hypermmedia\\_Silius150405.pdf](http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermmedia_Silius150405.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kotipalvelu. Viitattu:

<http://www.stm.fi/kotipalvelu>

Sosiaali- ja terveystoimi 2009. Uudenmaan työsuojelupiiri. Tiedote. Tarkastajalta kehuja Vantaan kotihoidolle 18.9.2009. Vantaan kaupunki. Tulos- te tekijän hallussa.

Valo, Matti 2005. Kotihoidon muuttuminen Helsingin Kaarelan alueella viimeisen viiden vuoden aikana työntekijän näkökulmasta. Opinnäytetyö Laurea-ammattikorkeakoulu. Järvenpään yksikkö. Sosiaali-, ja terveystoimi.



## LIITE 1

## Asiakashaastattelurunko

**Esittely** Oma esittely Viittaus tiedotekirjeeseen, tiedotteen läpikäynti

**Muutokset** Kauanko olette ollut kotihoidon asiakkaana? Mitä muutoksia on tapahtunut? Olitteko asiakkaana 2005, kun kotihoidon muutos tuli? Näkyikö se jotenkin, muuttiko jotain?

**Työntekijät** Mitä kotihoidon työntekijät tekevät, kun tulevat? Ovatko nämä asioita, joista on sovittu? Kuka käy? Montako kertaa päivässä luonanne käydään? Koska hoitaja käy, mihin aikaan päivästä? Onko teille nimetty oma vastuuhoitaja? Käyvätkö yleensä samat ihmiset vai onko paljon eri ihmisiä? Mitä apua saatte kotihoidolta? Mitä tarvitsisitte? Miten se on järjestetty? Hoitotoimenpiteet ja lääkitys - millaisia on? Muut tukipalvelut (esim. ruokapalvelu, kauppapalvelu, siivouspalvelu, turvaranneke, apteekin annosjakelu, kuljetuspalvelu) Miten lääkäri järjestyy, kun tarvitsette sellaista? Tekevätkö kotihoidon työntekijät kaiken itse vai teettekö yhdessä?

**Palvelusuunnitelma** Onko tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma? Miten suunnitelma on laadittu? Vastaako suunnitelma tarpeitanne? Mitä siinä pitäisi vielä olla? Milloin on viimeksi päivitetty, mitä muutettiin?

**Muuta** Miten omaiset ovat mukana, ovatko he yhteydessä kotihoitoon? Mikä kotihoidossa on sellaista, joka ei suju? Mikä harmittaa? Mihin olette tyytyväinen?

## LIITE 2

## TIEDOTE

Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Tiina Torala ja Hanna Sarkkinen tekevät opinnäytetyötään, jonka nimi on asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esille asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta. Tutkimus on vertaileva tutkimus Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun loppuarviointiin. Tarkoituksena on haastatella kotihoidon asiakkaita, jotka ovat olleet kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai tehostetun kotihoidon asiakkaina ja jatkaneet yhdistymisen jälkeen kotihoidon asiakkaina. Haastattelu nauhoitetaan nauhurilla ja kaikki tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Valmis opinnäytetyö toimitetaan Helsingin kaupungille sekä tutkimusta koskevaan työyhteisöön, jossa se myöskin esitellään. Jokaiselle haastateltavalle annetaan suostumuskaavake, jossa selvitetään haastateltavan oikeudet.

Helsingissä 1.7.2009

Hanna Sarkkinen

Tiina Torala

## LIITE 3

## Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Opinnäytetyön nimi on asiakkaiden kokemuksia kotihoidosta. Tutkimustulokset julkaistaan kirjallisena Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoululla, Helsingin kaupungilla sekä tutkimusta koskevassa työyhteisössä. Lisäksi suullisesti Diakonia-ammattikorkeakoulussa.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Annan myös luvan minua koskevien asiakirjojen ja dokumenttien käyttöön ko. tutkimuksessa. (Asiakirjat ja muut dokumentit on suostumuksessa yksilöitävä/nimettävä tarkasti toimipisteittäin.) Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa hoitooni tai asiakassuhteeseeni.

Päiväys

---

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

---