

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Tampereen yliopiston Porin yksikkö

ASIAKASNÄKÖKULMA

KOTIHOIDON PALVELUJEN LAATUUN

Leenamaria Keipilä
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
Huhtikuu 2008

Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
Tampereen yliopiston Porin yksikkö
KEIPILÄ LEENAMARIA: Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun

Pro gradu -tutkielma, 74 sivua, 7 liitesivua
Sosiaalityö
Huhtikuu 2008

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää, millaista vanhustenhuollon kotihoito on vanhusasiakkaiden mielestä. Tutkimusaineiston keräsin haastattelemalla kahdeksaa Hyvinkään kaupungin säännöllisen palvelun piirissä olevaa kotihoidon 75 vuotta täyttäneitä vanhusasiakasta, joista kuusi asui yksin ja kaksi parisuhteessa. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluna. Tässä tutkimuksessa symbolinen interaktionismi näkökulmana korostaa ihmisen toiminnan symbolista ja sosiaalista luonnetta ja tutkii yhteisöllistä toimintaa vuorovaikutustasolla. Tutkittavien toimintaa kuvataan niin kuin he itse sen ymmärtävät. Interaktionismi nähdään tässä tutkimuksessa yleisenä teoreettisena suuntautumisena arjen todellisuuteen. Tutkimuksen järjestelmän taustassa on käsitelty vanhustenhuollon nykytilaa, vanhuspalvelujen muutoksen tarvetta ja yhdistettyä kotihoitoa.

Tutkimustulos kotihoidon palvelujen laatuun muodostui asiakkaan kokemasta hoitoneuvottelun ja palvelutarpeen arvioinnin sujumisesta, kotona asumisen tuesta sekä asiakkaan palveluodotusten toteutumisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelma oli suurimmalle osalle vanhusasiakkaista vieras. Hoiva ja palvelutarpeet eivät kohdanneet vanhusten saamista tukipalveluissa. Hoitotyön ammatillinen osaaminen oli hyvä. Suurimmalla osalla vanhuksista oli monia sairauksia, joihin he tarvitsivat hoitoa. Kotihoidon työntekijöiden työn rajaukset eivät aina miellyttäneet vanhusasiakkaita, eivätkä myöskään jatkuvasti vaihtuvat työntekijät. Yksinäinen vanhus on eristäytynyt, ja voimia tuovat lähinnä rakkaat muistot ja kotihoidon henkilökunnan ystävällinen ja luotettava toimintatapa. Kotihoidon palveluja voidaan monipuolistaa palveluohjauksen ja palvelusetelin avulla, jotka lisäävät asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Tällöin vanhuksella on mahdollisuus saada myös vakituinen omahoitaja. Tutkimus antaa suuntaviivoja vanhustenhuollon kotihoidon kehittämiseksi moniammatillisen hoivan suuntaan.

Asiasanat: hoiva, ikääntyminen, kotihoito, laatu, symbolinen interaktionismi, vanhuspalvelut

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 VANHUSTENHUOLLON NYKYTILA	6
2.1 Vanhustenhuollon rakennemuutos	9
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuosituksista	11
2.3 Sosiaali- ja terveystieteellisistä tavoitteista	12
2.3.1 Vanhusten toimintakyvyn mittaamisesta	13
2.3.2 Ikäntyneiden hoiva- ja palvelujärjestelmästä	14
3 VANHUSPALVELUJEN MUUTOS JA YHDISTETTY KOTIHOITO	16
3.1 Yhdistetty kotihoito	16
3.2 Laadun arviointi asiakkaan, ammatillisen työn ja johtamisen näkökulmasta	20
3.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma	25
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA	27
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	28
5.1 Menetelmälliset lähtökohdat	28
5.2 Tutkimuksen toteuttaminen	29
5.3 Tutkimusaineiston keruu	32
5.4 Tutkimusaineiston analysointi.....	34
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	37
6.1 Hoitoneuvottelu ja asiakkaan palvelutarpeet	37
6.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma	37
6.1.2 Asiakkaan palvelutarpeet	39
6.1.3 Maksullinen kotihoito.....	41
6.2 Kotihoidon palvelut ja asiakkaan voimavarat	42
6.2.1 Ympäri vuorokautinen kotihoidon palvelu.....	43
6.2.2 Kotihoidon asiakkaan kuntoutuminen	46
6.3 Hoitajan ja asiakkaan kohtaaminen	47
6.3.1 Omahoitaja vanhusten auttajana	49
6.3.2 Turvallisuus ja asiakaslähtöisyys	50
6.3.3 Toimintakykyä tukevat palvelut	51
6.4 Asiakkaiden palveluodotukset kotihoidosta	52
6.4.1 Tiedonsaanti palveluista ja asiakkaaksi tulo.....	53
6.5 Yhteenveto: palvelutarpeen arviointi ja kotona asumisen tukeminen	57
7 ASIAKASNÄKÖKULMA KOTIHOIDON PALVELUISTA	58
8 POHDINTA	64
LÄHTEET	67
LIITTEET	75

1 JOHDANTO

Tässä tutkimuksessa tarkastelen sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistettyä kotihoitoa vanhuspalveluna asiakkaan näkökulmasta. Sitten tarkastelen vanhustenhuollon nykytilaa ja sitä minkälaisia muutosvaatimuksia sekä laadun kysymyksiä kotihoidossa on. Haastattelun kautta katson säännöllisen kotihoidon piirissä olevien vanhusasiakkaiden näkökulmaa kotihoidon palveluiden laatuun.

Vanhuspalvelujen kotihoito voidaan tuottaa yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuollon kotiin annettuna avohuollon palveluna. Väestö ikääntyy ja vanhemmat ihmiset haluavat nykyistä laadukkaampia vanhuspalveluja myös Suomessa. Kotihoidolla voidaan edistää vanhusten kotona asumista ja vähentää laitoshoidon tarvetta, mikäli vanhuspalvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti ja laadukkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2004–2007 tavoitteena on, että kotipalvelua on tarjolla 25 prosentille 75 vuotta täyttäneistä (Virnes, Sahala, Majoinen ja Laukkanen 2006, 20). Stakesin hoitoilmoitusjärjestelmä HILMO:n mukaan marraskuussa 2005 oli säännöllisen kotihoidon piirissä 76 602 henkilöä. Vuonna 2005 on 7,5 prosenttia enemmän asiakkaita säännöllisen kotihoidon piirissä kuin vuoden 2003 laskennassa. (Ailasmaa ja Kuronen 2006). Ikäluokkien suhteellinen osuus väestöstä kasvaa eniten 75 vuotta täyttäneiden osalta vuosina 2000–2030. Ikääntyneiden määrä kaksinkertaistuu ja lasten ja työikäisten määrä vähenee. (Voutilainen, 2004.) Väestön ikärakenne ja siinä tapahtuvat muutokset 75 vuotta täyttäneiden osalta vuosina 1990–2030 ja heidän terveydentilansa ja toimintakykynsä kehitys sekä dementian esiintyisyys on tärkeää huomioida hoivapalvelujen kehittämisessä. (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001:4).

Yhdistetty hoiva on saamassa entistä enemmän huomiota kaikkialla Euroopassa. Hoivapalvelun oletetaan olevan sopiva strategia huolehtimaan vanhempien ihmisten palveluiden tarpeesta, mikä vaatii hoivan laatuun liittyviä uudistuksia sosiaali- ja terveyssektorilta. (Vaarama ja Pieper 2005, 7–26.) Yhdistetty hoivapalvelu

muodostaa uudenlaisia palvelumalleja. Näitä palvelun laatua kuvaavia tekijöitä ovat rakenne ja panokset/resurssit sekä hoitoprosessi että hoivan tulokset (Vaarama ja Pieper 2005, 69). Øvretveitin (1998) mukaan laatu muodostuu asiakkaan, ammatillisen työn ja johtamisen näkökulmista, joihin kaikkiin kuuluvat voimavarat, prosessit ja vaikutukset (ks. Vaarama 2002, 15). Koska yhdistetty hoivapalvelu on tulevaisuutta, niin sen vuoksi tämän alan tutkimus on tarpeen.

Suomessa sosiaalipolitiikan tutkimuksen kiinnostus vanhusten hoivapalveluihin alkoi naistutkimuksessa ja vanhustenhoidon kehittämissuhteissa (ks. Tedre 1999, 38–39.) Esimerkiksi Marja Vaarama on tutkinut tätä asiaa *Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto -näkökulmasta* väitöskirjassaan vuonna 1995 (Vaarama, 1995). Nykyisin vanhuspalveluja tutkitaan myös gerontologisen sosiaalityön näkökulmasta. Taina Rintalan (2003) mukaan tulevaisuudessa vanhuspalveluiden asiakkaita ovat ensisijaisesti heikompiuntoiset vanhuksat (Rintala 2003, 213). Kuntien taloudellinen tilanne on pääsääntöisesti huono ja vanhustenhoidon henkilöstövaje on suuri, joten uudenlaista kehittämisotetta erityisesti sosiaalityön näkökulmasta tarvitaan. Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus on vauhdittanut kuntien vanhuspalvelujen kehittämistä kunnissa (Virnes, Sahala, Majoinen ja Laukkanen 2006, 7). Kuitenkin kotihoitoa on tutkittu vähemmän.

Tämän tutkimuksen aiheena on *Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun*. Tutkimusaineiston hankintaa varten on haastateltu 75 vuotta täyttäneitä kotihoidon vanhusasiakkaita. Tarkastelun kohteena on asiakkaan kokemus saamastaan kotihoidon palvelusta. Tutkielma keskittyy yhden organisaation eli Hyvinkään kaupungin kotihoidon vanhusasiakkaisiin ja heidän saamiinsa palveluihin, hoitajan ja asiakkaan kohtaamiseen sekä palveluodotuksiin.

Kotihoidon asiakkaan näkökulma vanhuspalvelujen käyttäjänä on pro gradu - tutkielmassani keskiössä. Asiakasnäkökulmaan liittyy palvelujen laatu ja asiakastyytyväisyys, jotka ovat tärkeitä kunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Palvelujen saatavuus on mielenkiintoinen kunnissa meneillään olevien palvelurakenneselvitysten johdosta. Kuinka hyvin tulevaisuudessa mahdolliset suurkunnat voivat järjestää vanhusten palvelut lähipalveluina asukkailleen? Tämän

tutkimuksen kohteena on se, miten kotihoito on toteutunut sosiaali- ja terveydenhuollon vanhustenhuollossa asiakkaiden näkökulmasta Hyvinkäällä.

Hyvinkään kaupungin palvelurakenteen kehittämisohjelmaan on laadittu päämäärät ikääntyneiden kuntalaisten palvelutasolle ja palvelutoiminnan voimavaroille. ”*Kotona asuminen ja kotiin annettavien palvelujen turvaaminen on asetettu etusijalle*”. Vanhusten avopalveluja järjestävät ja suurimmaksi osaksi myös tuottavat vanhusten ja vammaisten palvelualue (palveluohjaus, kotihoito; kotihoidon tukipalvelut: muun muassa ateria-, turva-, kuljetus-, siivouspalvelut; päiväkeskustoiminta; asumispalvelut) ja terveydenhuollon palvelualue (muun muassa vastaanotto toiminta, fysioterapia, apuvälinelainausta). (Hyvään vanhuuteen 2004, 8–19.) Palvelujen laadun kehittäminen on hyvän hoidon ja palvelujen sisällön, oman työtoiminnan ja työyksikön kehittämistä sekä tuottamista useista eri näkökulmista. Kehitettäessä ikääntyneiden palveluja on kuultava heidän ääntään. Hyvinkään vanhuspoliittisen strategian ja palvelurakenteen kehittämisohjelman kautta pyritään turvaamaan ikäihmisille laadukkaat palvelut. Seurantatyöryhmä arvioi vuosittain kehittämisohjelman toteutumisen laatimansa suunnitelman mukaisesti ja raportoi seurannan tuloksia ja toimenpide-ehdotuksia perusturvalautakunnalle, vanhusneuvostolle ja kuntalaisille. (Hyvään vanhuuteen 2004, 18–26.)

Tutkielman tarkoituksena on antaa suuntaviivoja yhdistetyn kotihoidon vanhusasiakkaiden näkökulmasta hoivapalvelujen kehittämiselle. Pohdintaluvussa tuodaan esiin tutkielman eettisyys ja tutkimustulosten yhteiskunnallinen merkittävyys sekä perusteluja kotihoidon jatkotutkimukselle.

2 VANHUSTENHUOLLON NYKYTILA

Sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvointi 2015 -ohjelman mukaan sosiaali- ja terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoitteita ovat i) eläkkeelle siirtymisen myöhentäminen ii) terveyserojen kaventaminen iii) laitoshoidon tarpeen vähentäminen iv) ennalta ehkäisevän työn kehittäminen v) alueellisen yhteistyön ja

palvelujen saatavuuden sekä laadun parantamisen kehittäminen. Sosiaali- ja terveyspalveluilla on merkittävä rooli vastata eri elämänvaiheiden huolenpidosta kuten vanhuuden vaiheisiin liittyvistä hoivan oikeuksista. Väestön ikääntyminen lisää palvelutarpeita, ja sosiaalialan kentällä lainsäädäntö mahdollistaa eri sektoreiden kuten valtion, kuntien, yksityisten ja yritysten palvelujen uudistamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, 3–15.) Suomessa kotipalveluja saa yhä harvempi ikääntynyt, vaikka 2000-luvulla asiakasmäärät ovat lisääntyneet. Vuonna 2005 oli koko maassa 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä 11,5 prosenttia. Asiakkaat ovat myös yhä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä kuin aikaisemmin. Vuonna 2005 neljäsosa säännöllisesti kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa saavista asiakkaista sai yli 40 käyntiä kuukaudessa. (Kauppinen 2007.)

Tässä tutkimuksessa yhdistetyllä kotihoidolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa palvelukokonaisuutta, johon kuuluvat kotisairaanhoido (Kansanterveyslaki 66/1972) ja kotipalvelu (Sosiaalihuoltolaki 710/1982). Kotihoidon palvelua voidaan tuottaa joko tilapäisenä tai säännöllisenä kotihoitona. Asiakkaan palvelutarpeen mukaan hoivaa ja hoitoa voidaan antaa ympäri vuorokauden. Ikääntyneen kotona asumista tukevat kotipalvelun tukipalvelut (Sosiaalihuoltoasetus 607/1983) ja omaishoidon tuki (Laki omaishoidon tuesta 937/2005). Kotihoidon palvelujen tarkoituksena on tukea kotona asuvien vanhusten selviytymistä päivittäisistä toiminnoistaan.

Kodinhoitoapua ja tukipalveluja saaneet asiakkaat

Asiakkaat palveluittain	1990	1995	2000	2005
Asiakkaat % 75 +				
Kodinhoitoapu	31,5	22,1	19,7	18,2
Asiakkaat % 65 +				
Tukipalvelut	15,3	13,4	13,5	12,8

Kuvio 1. Kodinhoitoapua ja tukipalveluja saaneet ikääntyneet kotitaloudet vuoden aikana

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006

Mukana kuviossa on sekä säännöllistä että tilapäistä kodinhoitoapua saaneet asiakkaat. Tukipalveluja saaneilta tieto kerätään vain 65 vuotta täyttäneiden osalta, ei tarkemmin ikäeroteltuna. 75 vuotta täyttäneet kodinhoitopalveluja saaneet vanhusasiakkaat ovat kunnissa vähentyneet vuodesta 1990 vuoteen 2005 mennessä 13,3 prosenttiyksikköä. Tukipalveluja saaneiden määrä 65 vuotta täyttäneestä väestöstä on myös hieman vähentynyt eli 2,5 prosenttiyksikköä näinä vuosina.

Suomi on kunta- ja palvelurakennemuutoksen muutosvaiheessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen seudullinen yhteistyö korostuu. Yhteistyötä tarvitaan kuntien, elinkeinoelämän ja eri oppilaitosten kesken. On myös päätettävä, tuottaako kunta itse palvelunsa vai yhteistyönä kolmannen sektorin kanssa tai ostopalveluna. (Eronen, Londe`n, Perälähti, Siltaniemi ja Särkelä 2006, 19; Virnes, Sahala, Majoinen ja Laukkanen 2006, 6–8.) Vanhuspolitiikka käsitteenä liittyy ikäihmisten asemaan, elinoloihin ja poliittisiin strategioihin, mitä toteutetaan kunnallisella, alueellisella, kansallisella sekä kansainvälisellä tasolla (Virnes, Sahala, Majoinen ja Laukkanen 2006, 6).

Sosiaali- ja terveystaloudissa tarvitaan nykyisellä palvelujen tuottamistavalla jopa 60 000 henkilön lisäys, sitten kun suuret ikäluokat ovat hoivan ja hoidon tarpeessa. Ikääntyneiden kotihoito ja tukipalvelut tarvitsevat uudenlaisia lyhyempiä koulutusratkaisuja, ja ne tulisi hyväksyä osaksi lähihoitajakoulutusta. Asiakkaan palvelujen valikoimaa voidaan lisätä kuntien järjestämällä kevyemmällä hoivalla ja palvelusetelin hallitulla käytöllä. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn ja sosiaalisen verkoston ylläpitäminen laajentaa vanhusten palvelujen määrää. Kotihoitoa tukevat arkitekniikat sekä lisäresurssit että uudenlaiset tukimuodot voivat siirtää palveluasuntoon ja laitoshoitoon muuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, 39–42.) Vuonna 2005 maaliskuussa voimaan tullut terveydenhuollon hoitotakuu on mahdollistanut kuntalaisten yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden hoitoon pääsyn määrääjässä (Eronen, Londe`n, Perälähti, Siltaniemi ja Särkelä 2006, 55).

2.1 Vanhustenhuollon rakennemuutos

Juha Kinnusen tutkimus Kuopion yliopistossa kohahdutti Helsingin Sanomissa kesäkuussa 2007 uutisoinnilla, että Suomessa on ”Vanhusten laitospaikkoja liikaa”. OECD-maista Suomessa on eniten vanhuksia pitkäaikaishoidossa sairaalan vuodeosastolla. Pitkäaikaishoitotilaiden terveyden- ja vanhustenhuolto on meillä Euroopan laitosvaltaisista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuslaitos joutuu jopa parissa viikossa, kun vanhuksen lihaskunto heikkenee eikä häntä voi enää kotiuttaa. (HS 26.6.2007: Tutkimus: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuslaitos joutuu jopa parissa viikossa, kun vanhuksen lihaskunto heikkenee eikä häntä voi enää kotiuttaa.)

Stakesin kehittämisspäällikkö Sari Kauppinen mukaan Suomessa ovat pitkäaikaiset hoitopaikat vähentyneet selvästi viimeisen kymmenen vuoden aikana ja vanhustenhuollon palveluasuminen on samaan aikaan lisääntynyt. Vuotta 2005 koskevien tietojen mukaan Suomessa on 51 pitkäaikaishoitopaikkaa tuhatta 65 vuotta täyttäneitä kohden. Stakesin mukaan sairaaloiden pitkäaikaishoitopaikkoja oli tuhatta 65 vuotta täyttäneitä kohden 25 ja hoivapaikkoja, joihin sisältyvät vanhainkodit ja kehitysvammalaitokset, oli 26 vuonna 2005. Vuonna 1996 pitkäaikaishoitopaikkoja oli tuhatta 65 vuotta täyttäneitä kohden 71, joten hoitopaikat ovat selvästi vähentyneet 20 vuosikymmenen aikana. OECD:lle toimitetuissa tiedoissa kuten eri maiden pitkäaikaishoitopaikkojen tilastoinnissa ja palvelujen järjestämistavoissa on eroavuutta. (Kauppinen 2007.) Suomessa on monia vanhainkoteja muutettu palveluasunnoiksi, joten perinteisen laitoshoidon sijaan hoivapalveluja tuotetaan monipuolisina asumispalveluina ja kotihoidon resurssit suuntautuvat enemmän näihin palveluihin.

Vanhuspalvelut muodostavat suuren osan kunnallisista sosiaali- ja terveystieteiden palveluista, joten niistä on tulossa ”todellinen valtavirta” (Kröger 2004). Vanhusten määrän lisääntyminen ja väestön ikääntyminen pakottavat kuntia palvelujen monipuoliseen kehittämiseen. Kotihoidossa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa painottuu vanhusten henkilökohtainen hoito ja hoiva. Kotihoitotutkimuksissa puhutaan sosiaalityötä sivuavista osa-alueista, kuten sosiaalisista suhteista, toimintakyvyn ylläpitämisestä ja viriketoiminnasta sekä omatoimisuuden tukemisesta. Suomalaisessa palvelujärjestelmässä sosiaalityö vanhusten kotona hakee vasta omaa paikkaansa. (Tenkanen 2007, 183–184.)

Suomen Kuntaliiton Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille -kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa toimintamalleja ehkäisevistä kotikäynneistä yli 75-vuotiaille, niin että kunnat pystyvät suunnittelemaan omaa toimintaansa. Mallia toiminnalle on saatu Tanskasta, jossa vastaava toiminta on lakisääteistä ja ehkäisevät kotikäynnit tarjotaan kaksi kertaa vuodessa kaikille 75 vuotta täyttäneille kuntalaisille. (Häkkinen 2002, 84–85.) Kööpenhaminan yliopiston tutkimusprojekti ehkäisevistä kotikäyntien vaikutuksista toteutettiin Kansanterveystieteen laitoksella vuonna 2002. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, lisääkö ehkäisevien kotikäyntien käytäntö aktiivisia elinvuosia vanhuksille silloin, kun kotikäynteihin liittyy strukturoitu sisältö ja moniammatillinen työote. (Häkkinen 2002, 69–70.) Vanhusten turvallisuuden tunne lisääntyi, kun vanhus sai enemmän tietoa tarjolla olevista palveluista ja henkilöistä, joihin voi ottaa yhteyttä (Häkkinen 2002). Ehkäisevät kotikäynnit voivat aktivoida vanhuksia, kun he saavat ennakkotietoa kunnan palveluista, joita heillä olisi mahdollista saada kotona asuessaan.

Suomen Kuntaliiton Ehkäisevät kotikäynnit kehittämishankkeessa vuosina 2001–2003 oli mukana kymmenen kuntaa. Tämän kehittämishankkeen yhteydessä tehtiin ehkäiseviä kotikäyntejä yhteensä 789 vanhuksen luo, jotka eivät olleet kunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelun piirissä. Tutkimuksen mukaan kotona asuvat vanhukset olivat tyytyväisiä ja omatoimisia. Vanhusten toiveet liittyivät seuraaviin kunnallisiin palveluihin: i) siivous- ja asumispalveluihin, ii) terveyspalveluihin ja iii) liikennejärjestelyihin sekä iv) liikuntapalveluihin. Vanhuksia huolestuttivat eniten lääkäripalvelut. (Holma 2007)

Hakala ja Niemi (1999) tutkivat gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielmassaan 65 vuotta täyttäneiden kotihoidon asiakkaiden lääkkeiden käytön yhteyttä koettuun yksinäisyyteen. Tässä tutkimuksessa Karkkilan kaupungin ja Pyhäjoen kunnan kotihoidon asiakkaiden haastatteluaineistona oli 233 vanhusta. Tutkimuksessa kartoitettiin 65 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien iäkkäiden henkilöiden lääkkeiden käyttöä ja heidän kokemaansa yksinäisyyttä sekä selvitettiin heidän kokemaansa yksinäisyyden yhteyttä käyttämäänsä lääkevalmisteiden määrään. Vanhuksilla oli keskimäärin 6,7 reseptilääkettä käytössään, tähän oli laskettu myös tarvittaessa käytettävät lääkkeet. Yhdellä asiakkaalla oli jopa 17 eri lääkettä käytössä. Diagnosoituja sairauksia oli keskimäärin 3,4 ja enimmillään 9 eri

sairautta. Karkkilassa ja Pyhäjoella on vanhainkoti lopetettu, joten kotona hoidetaan hyvinkin sairaita vanhuksia. Reseptilääkkeiden käytöllä ja yksinäisyydellä ei näyttänyt olevan yhteyttä. Tutkimus osoitti, että vanhuus ei ole yksinäisyyttä edes sairaimmilla kotihoidon asiakkailla. Ainoastaan 8 prosenttia koki, ettei heillä ole ketään, kuka välittäisi heistä. Ikäihmisille lapset ovat tärkein tuki; kaksi kolmasosaa kertoi lasten käyvän joka päivä tai kerran viikossa heidän luonaan. Vanhusten informoinnin tuki yhteiskunnallisena voimavarana nousi esiin tässä gerontologisessa tutkimuksessa. (Hakala ja Niemi 1999.)

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusuosituksista

Ikäihmisten palvelujen laatusuositukset koskevat ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, kuten kotihoitoa, omaishoidon tukea, palveluasumista, pitkäaikaista hoivaa ja hoitoa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa sekä hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Strategisina linjauksina laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi ovat i) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen ii) henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen iii) asumis- ja hoitoympäristöt. Palvelurakenteen muuttaminen kotona asumisen suuntaan laitoshoidon vähentäen on yksi tavoite. Ihmisarvoisen vanhuuden eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus ja yksilöllisyys sekä turvallisuus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Tiina Mäki (2004) on tutkinut informaatio-ohjauksen haasteita laatusuositusten ja hoitohenkilökunnan laadulle antamien merkitysten valossa. Yleisiä laatusuosituksia olivat sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset suunnitelmat vuosilta 1987–2002 ja Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen toimeenpano-ohjelma sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen tavoite- ja toimintaohjelma vuosilta 2000–2003. Varsinaisia laatusuosituksia olivat valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuositukset, terveydenhuoltoa koskeva laatusuositus, ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus sekä julkisten palvelujen laatustrategioita koskevat julkaisut. Hoitohenkilökunnan näkemyksissä ja laatusuosituksissa oli eroja. Henkilökunta näki asiakkaan avuntarvitsijana, kun taas laatusuositusten mukaan asiakas nähtiin yleensä aktiivisena, itsenäisenä palvelujen

valitsijana. Työntekijät painottivat asiakkaan itsemääräämisoikeutta, toiminnan suunnittelua, sovittujen toimintatapojen noudattamista, hyvää työyhteisöä sekä oikeudenmukaista johtamista. Suosituksissa ei esitetty yksityiskohtaisia tavoitteita, koska laatusuositukset voivat toimia silloin normeina. Laatusuositukset voivat sitoa palvelun tuottajia, ja näin ne voivat heikentää palveluja, mikäli laatusuositukset eivät sopeudu erilaisiin olosuhteisiin. Kansalaisten oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen kohtelun aikaansaamiseksi on vanhuspalvelujen laadulle hyvä olla minimivaatimuksia. (Mäki 2004, 6–7.)

Kansallisen terveydenhuollon hankkeessa yhtenä painopistealueena on perusterveydenhuollon työnjaon kehittäminen eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. Terveydenhuollon henkilöstön saatavuus on ollut huonoa, ja 2000-luvun alussa Suomessa on alettu vuokrata sijaisiksi lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa yrityksiltä. Terveyskeskuksen johdon tyytyväisyyden aiheina nousi esiin organisaatioissa tapahtuvat toimintatapojen muutokset, työn kehittäminen, uuden tietotekniikan hyödyntäminen ja uudistushalukkuus. (Eronen ym., 2006, 54–71.) Sen vuoksi Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon erilaisten tilaaja- ja tuottajamallien yleistymisen sopii hyvin Euroopan unionin kilpailu- ja hankintalainsäädännön kanssa (Raunio & Saari 2006, 234–238).

2.3 Sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteista

Sosiaali- ja terveystaloudellisia pitkän aikavälin tavoitteita ovat i) eläkkeelle siirtymisen ja laitoshoidon tarpeen myöhentäminen ii) väestön terveyserojen kaventaminen iii) köyhyyden alhaisella tasolla pitäminen iv) ennalta ehkäisevä työ v) alueellinen yhteistyö palvelujen järjestämisen ja laadun parantamisen aikaansaamiseksi. Sosiaaliturvan suunnan neljä painopistealuetta lähivuosisuunnitelmassa ovat i) terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ii) työelämän vetovoiman lisääminen iii) syrjäytymisen ehkäisy ja hoito iv) toimivat palvelut v) kohtuullinen toimeentuloturva. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, 8.) Stakesin Hyvät käytännöt -ohjelman verkkosivujen käyttämisessä on mukana korkeakouluja, sosiaalialan osaamiskeskustoja, kuntia ja järjestöjä sekä seudullisia kehittämissuhteita. (Sosiaalipolitiikka, 2007.) Hyvin monessa Suomen kunnassa kotihoidon henkilökunta käyttää työssään tietokonetta, ja sillä voidaan ylläpitää

alueellista sosiaali- ja terveydenhuollon tietoverkkoa samanaikaisesti. Tämä mahdollistaa reaaliaikaisen asiakkaan palveluiden tietojen päivityksen perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa sekä erikoissairaanhoidossa.

2.3.1 Vanhusten toimintakyvyn mittaamisesta

Toimintakyky on vanhuspolitiikan ja vanhustyön sekä gerontologisen tutkimuksen näkökulmasta keskeisiä pohdinta- ja tutkimuskohteita. Suomen vanhuspolitiikan peruslinja on se, että ikääntynyt voi asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Hänen toimintakykynsä ja kotona asumisensa tukeminen on erityisen tärkeää, ja sitä edesauttaa arjen askareissa tukeminen avohuollon toimenpitein. Toimintakykymittareilla pyritään selvittämään vanhuksen toimintakyky muutostilanteissa. Hänen tarvitsemansa palvelun tarve arvioidaan, minkä perusteella palveluasumisen ja laitoshoidon sijoituspäätökset tehdään. Vanhusten arkea on hyvä tutkia. (Jyrkämä 2007, 195.) Jyrkämä esittää, että ikääntyneiden toimintakyvyn tutkimus on kapea-alaistunut. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tutkimus on kohdistunut erityisesti fyysiseen toimintakykyyn ja sen muutoksiin. Ikääntyvän sosiaalisen toimintakyvyn tutkiminen on jäänyt vähemmälle huomiolle. Tähän on vaikuttanut sosiaalisen toimintakyvyn käsitteellinen epämääräisyys. Laajimmillaan sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ikääntyvän suhdetta ympäristöönsä ja yhteisöönsä. Kapeimmillaan sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ikääntyvän sosiaalisia vuorovaikutuksia. (Jyrkämä 2007, 197.)

Stakes kerää RAI-tietojärjestelmän avulla tilastotietoa vanhustenhuollon asiakaskunnan hoidon laadusta, seurannasta ja hyvistä käytännöistä. (Itkonen, Lindman, Corin ja Noro 2007, 9). Vuonna 2007 RAI-tietojärjestelmää käytettiin Suomessa noin 10 000 kotihoidon asiakkaan ja yhtä usean laitoshoidossa olevan asukkaan arvioinnissa. Lisäksi nämä arvioitavat henkilöt käyttävät myös akuuttihoitoa ja muita välittäviä hoitomuotoja kuten päivätoimintaa, päiväsaalan palveluja, lyhtyaikaishoitajaksoja. Kotihoidon RAI arviointiväline on käytössä asiakkaiden arvioinnissa kotihoidossa (kotisairaanhoido, kotipalvelu, kotihoito) ja palveluasumisessa sekä päivätoiminnassa. (Finne-Soveri 2007, 26.)

Lea Rissanen (1999) on tutkinut väitöskirjassaan *Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve*. Tässä tutkimuksessa on mitattu pohjoissuomalaisen maaseudun kyläyhteisön vanhenevan väestön sosiaalista toimintakykyä yhteydenpitona sukulaisiin, lapsiin, naapureihin ja ystäviin. Tutkimuksessa saatiin viitteitä tutkittavien sosiaalisesta verkosta ja osallistumisaktiivisuudesta, muttei sosiaalisesta toimintakyvystä, koska siihen voi vaikuttaa tilaisuuksien vähäisyys ja huonot kulkuyhteydet. Sosiaalipalvelujen tarve oli vähäistä tutkittavien sairauksista huolimatta, tähän mahdollisesti vaikutti myös palvelujen vähäisyys. Monista sairauksista ja päivittäisestä lääkkeiden käytöstä huolimatta tutkittavat kokivat terveytensä hyväksi ja olivat tyytyväisiä elämäänsä. Terveyspalveluihin tutkittavat olivat tyytyväisiä, mutta heidän hoitohenkilökunnalta saamissaan ohjeissa ilmeni puutteita, koska he eivät kokeet niitä hyödyllisiksi. (Rissanen 1999, 114–115.)

Seuraavat kappaleet käsittelevät vanhustenhuollon kehittymistä hyvinvointivaltion ikääntyneiden hoivaksi ja monipuoliseksi palvelujärjestelmäksi.

2.3.2 Ikääntyneiden hoiva- ja palvelujärjestelmästä

Teppo Kröger (2004) nostaa esiin vanhustyön historian ja sen myötä myös tutkimus- ja kehittämistyövelvoitteen vanhustenhuollon alueella. Vanhoista ihmisistä huolehtiminen kuului alun pitäen kunnalliselle vaivais- ja köyhäinhoidolle. Suomessa oli pitkään laitoshoitoon suuntautunut kunnallinen huoltotyö. Kunnalliskodin johtajattaret kuuluivat ensimmäisiin sosiaalityön ammatillisen koulutuksen uranuurtajiin. Kunnallinen kotipalvelu on muuttunut lapsiperheiden hoidosta sosiaali- ja terveydenhuollon vanhuspalvelujen valtavirraksi. (Kröger 2004, 200–216.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen tarvitsee väestön ikääntyneiden hoivaan ja hoitoon työvoimaa. Työvoiman tarpeeseen vaikuttaa se, miten palvelut on järjestetty ja kuinka hoivan tarpeessa olevista pidetään huolta. Riittävällä tuella luodaan ikääntyneille ja heidän omaisilleen hyvät toimintaedellytykset, ja näin tuetaan heidän omatoimisuuttaan ja perheiden vastuun kantamista. Ikääntymisen aika on 20–30 vuotta ja se voidaan jakaa i) aktiivisen ikääntymisen ii) vanhuuden hoivan ja iii) pitkäaikaishoidon tarpeiden vaiheisiin. Sosiaalipoliittisina tavoitteina on huomioida ikääntyvien elämänkaari palvelujen

tarpeen ja työvoiman riittävyyden suhteen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3, 39–40.)

Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiseen vanhuspalvelujen kehittämiseen on vaikuttanut edistävasti laajeneva tietokoneiden ja Internetin mukaan tulo päivittäiseksi työvälineeksi. Toisaalta tietokoneiden mukanaan tuoma ajankäyttö vähentää asiakkaalle annettua aikaa, mikä ilmenee aikapulana. Hoitajien ja lääkärien työajasta suuri osa on tietokoneella työskentelyä eikä siitä ole paluuta takaisin. Ammattilaisten ATK-osaaminen on lähes välttämätön tänä päivänä. Asiakkailtakin odotetaan kohta hyviä ATK-taitoja, koska tulevaisuudessa muun muassa erilaisia vanhusten palveluja sosiaali- ja terveysalalla on mahdollista tilata yhdistetystä tietoverkosta. Nykyään osa ikäihmisistä osaa käyttää tietokonetta, mutta suurimmalla osalla vanhusasiakkaista tämä taito puuttuu. Ovatko he tulevaisuuden marginaalissa olevia ”köyhiä” väliinputoajia?

Silva Tedren mukaan hoiva (engl. care/caring, social care, ruots. omsorg) sanalla on hyvin erilaiset merkitykset sosiaali- ja terveydenhuollossa ja hoiva ymmärretään yleensä arjen uusintamisena niiden ihmisten puolesta, jotka tarvitsevat tukea. Hoivan antaja ja saaja ovat fyysisesti samassa tilassa. Avun anto käsittää fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista apua, jonka lähtökohtana on avuttomuus. (Tedre 2003, 57–65.) Englannin kansallisessa terveydenhuollon tietostrategiassa korostetaan kokonaisvaltaista hoivaa (integrated care) (ks. Ruotsalainen 2000, 28.) Tästä hoiva - sanasta käytetään merkityksiä i) integroitu hoiva ja ii) kokonaisvaltainen hoiva sekä iii) yhdistetty hoiva. Tässä tutkimuksessa käytetään sanaa yhdistetty hoiva. Yhdistetty kotihoito tulee seuraavassa kappaleessa.

3 VANHUSPALVELUJEN MUUTOS JA YHDISTETTY KOTIHOITO

Kotihoidon vanhustyössä toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset yhdessä. Aikaisemmin oli tiukempi työnjako kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiden töissä. Nykyinen lähihoitajien ammatillinen tutkinto on laaja-alainen, joten esteitä yhteistyön sujumiseen ei pitäisi olla. Lääkärien ja sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen näyttäytynee terveydenhuollon erikoisosaamisena ja samoin sosiaalialan koulutuksen saaneiden kotihoidon ohjaajien ja sosiaalityöntekijöiden ammatillisena erikoisosaamisena. Kotihoidon vanhusasiakkaan palvelutarpeiden ja ammattilaisten yhteisen näkökulman löytäminen on kotona elämän arjessa selviytymisen tavoitteena.

Suomessa on mahdollista yhdistää kotihoito sosiaali- ja terveydenhuollon vanhushpalveluina asiakkaiden tarpeiden mukaan laadukkaasti. Vanhushpalvelujen laatusuosituksilla tavoitteena on saada kuntalaisten hyvinvoinnin turvaamiseksi toimivat palveluketjut ja samalla myös tuottaa palvelut kustannustehokkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kilpailuttaminen tulee tulevaisuudessa mahdollisesti muuttamaan palvelurakenteita. Mutta kuitenkin osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on vaikea tuottaa, mikä hankaloittaa hankintoja. Seuraavassa kappaleessa on selvitetty sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistetyn kotihoidon ja hoivan käsitteistöä, joka liittyy vanhushpalvelujen hyviin käytäntöihin.

3.1 Yhdistetty kotihoito

Valitsin tässä tutkimuksessa yhdistetyn kotihoidon käsitteenä kuvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon vanhushpalvelujen integroitua kotihoitoa. Hoivan ja hoidon käsitteistä käytän hoiva -käsitettä, koska tämä tutkimus on sosiaalityön eikä terveydenhuollon tutkimusta. Yhdistetty kotihoito on mahdollistanut sosiaali- ja terveydenhuollon vanhusten kotisairaanhoidon ja kotipalvelun toimimaan organisoidusti yhdessä. Tämä on tuonut kahden erilaisen kulttuurin ja sen myötä myös uudenlaisen toimintatavan vanhusten kotihoitoon.

Yhdistetty hoiva koskee ihmisiä, joilla on moninaiset sekä monimutkaiset vanhustenhuollon tarpeet. Monet tekijät ja organisaatiot tulevat osallisiksi hoitoketjussa. (Vaarama ja Pieper 2005, 64.) Yhdistetyn hoivan laatuun liittyviä asioita ovat i) asiakkaan tarpeisiin vastaaminen ii) asiakkaan itsenäisyyden kannustaminen iii) valtuuttaminen iv) asiakkaiden sekä huolehtijoiden osallistuminen hoivapäätöksiin v) tarkka suunnittelu ja hoivan arviointi vi) yhteistyön rinnastaminen sekä palveluiden saumattomuus. Palveluiden tavoitteena on olla tukemassa vanhempien ihmisten itsenäisyyttä ja elämän laatua huolimatta siitä, millainen heidän toimintakykynsä on. (Vaarama ja Pieper 2005,12.)

Anderssonin & kumpp. (2004) PROCARE-tutkimuksen tuloksina on koottu integraation elementtejä ja jännitteitä vanhusten, avaintyöntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Integraation elementit ovat toiminnallinen integraatio, toiminnallinen ja sosiaalinen integraatio sekä rakenteellinen integraatio, mutta käytännön toiminnassa on puutteita. Asiakkaat luottavat saamaansa palveluun, ja kotihoidossa he ovat sopeutujia tai vaativia palvelun kuluttajia. Yhdistetty kotihoito näyttäytyi työntekijöille asiakkaiden tyytyväisyytenä työtapaan ja tiedonkulkuun sekä vanhusten lisääntyneenä tietona palveluista. Lähihoitajakoulutus on lisännyt mahdollisuuksia töiden monipuolistamiseen. (Andersson, Haverinen ja Malin 2004, 482–492.)

Yhdistetyn hoivan vaikutuksia ovat:

- parempi elämänlaatu asiakkaille sekä heidän perheilleen, paremmin kohdistetut palvelut, hyvä ammatillinen laatu sekä jatkuva hoito
- resurssien tehokkaampi käyttö
- lisääntynyt vastuuvollisuus sekä läpinäkyvyys
- riskien sekä väärin hoitamisen vähentäminen
- eri ammattilaisten sekä ammattikulttuurien tuominen yhteen

Integroidussa hoivajärjestelmässä työskentely tekee laadun hallinnan monimutkaisemmaksi kuin mitä se olisi yhdessä organisaatiossa, sillä integroidun laadun hallinnan pitäisi käsittää useita toimijoita, ammattilaisia sekä organisaatioita. Kun organisaatio on täysin integroitu, pitää se sisällään myös taloudellisen järjestelmän integraatiota. (Vaarama ja Pieper 2005, 71.)

Hyvin ohjattu palvelujen yhdistyminen on prosessin tulos, jossa saadaan tuotettua yksilöllistä hoivaa asiakkaalle. Yhdistetty kotihoito viittaa integroituihin rakenteisiin

sekä integroituihin prosesseihin. On olemassa sosiaalisia trendejä, jotka edesauttavat integraatiota. Tällaisia trendejä ovat myös tieteellinen tieto ja tekninen kehitys. On olemassa myös trendejä, jotka purkavat perinteisiä yhdentäviä järjestelyjä, kuten sukulaisten ja perheen tuen väheneminen. Yhdistetyn kotihoidon on pystyttävä mukautumaan muuttuviin olosuhteisiin, ja järjestelyiden on reagoitava sekä joustavasti että jatkuvasti ylläpitääkseen integraatiota. Integraatiostrategioiden täytyy kehittyä, mikä merkitsee uusien yhdistettyjen palveluiden mallintamista. (Vaarama ja Pieper 2005, 12–30.)

Palveluketju on toimintamalli, jossa asiakas saa tarvitsemansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun mihin vuorokauden aikaan tahansa. Ammattilaisten verkostomaisella yhteistyöllä sekä ammattilaisten ja asiakkaan vuorovaikutuksella on tärkeä tehtävä. Asiakas -käsitteellä tarkoitetaan yksilöä tai ryhmää. Varsinkin sosiaalihuollon näkökulmasta katsottuna asiakas voi olla yksin asuva henkilö tai vaikka yhteisiä palveluja saava henkilöryhmä. Palveluprosessi käsitteenä tarkoittaa tiettyyn ongelmakokonaisuuteen liittyvää asiakkaan palvelutapahtuman toimintosarjaa. (ks. Ruotsalainen 2000, 15–16.) Ihmisen eliniän kattava yhdistetty digitaalinen sairaus- ja terveystietomus mahdollistaa saumatonta hoitoa, riippumatta siitä missä potilas kulloinkin palveluja tarvitsee. (ks. Ruotsalainen 2000, 28.) Asiakkaan elämän laatua voidaan parantaa hyvin toimivan palveluverkoston turvin.

Stakes toteutti vuonna 2001 PALKO-tutkimus- ja kehittämisprojektiin liittyvän lomakekyselyn kahdenkymmenen kahden kunnan kotihoidon edustajalle. Kotihoidon henkilöstön vastauksia saatiin yhteensä 1183. Tutkimuksen tuloksen tuli esiin, että yhdistetyn kotihoidon henkilöstölle olisi hyvä järjestää oikein suunnattua ja suunniteltua perus-, lisä- ja täydennyskoulutusta. Näin asiakkaan hoitoa ja palvelua vaikeuttavia tekijöitä voitaisiin ehkäistä ja henkilöstö olisi tyytyväisempää työhönsä. Työn arvostuksen lisääminen etenkin kotipalvelun työntekijöiden koulutustasoa nostamalla olisi paikallaan. Työntekijöiden koulutustasolla oli myös työterveydellisiä vaikutuksia fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, eli mitä korkeampi koulutus sitä parempi oli arvioitu terveys. Moniammatillisen toiminnan kulttuuri puuttui vielä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöiltä. Lähes puolelta kotihoidon henkilöstöstä puuttui heidän hoitotyötään koordinoiva vastuhenkilö. Kotiutukset sairaalasta eivät sujuneet odotetusti; noin neljäsosassa kotiutumisista tieto tuli kotihoitoon vasta kotiutumispäivänä tai kotiutumisen

jälkeen. Yli puolessa asiakkaiden kotiutumisista yhteistyöhön liittyviä puutteita ilmeni liian varhaisen kotiuttamisen seurauksena. Lähes puolet kotihoidon henkilöstöstä oli tyytymättömiä sairaalasta saamaansa tiedon määrään asiakkaan kotiutustilanteissa. Hoito- ja palveluketjun parantaminen vaatii kotihoidon henkilöstön koulutustason lisäämisen lisäksi ennakkoivia toimenpiteitä asiakkaiden kotiuttamistilanteissa. (Perälä, Grönroos ja Sarvi 8/2006.)

Vabø (2005) on tutkinut kenttätutkimuksen avulla vanhusten kotihoitoa neljässä pohjoismaisessa pääkaupungissa (Kööpenhamina, Oslo, Helsinki ja Tukholma) ajanjaksolta 1999–2000. Norjassa kotihoidon palveluja pidetään laajasti määriteltynä hyödykkeinä, joita on mahdollista jakaa kuluttajille standardoituina palveluina. Hoivan saajia ei enää pidetä potilaina tai asiakkaina vaan kuluttajina. Kotihoito kauppatavarana mahdollistaa kuluttajille oikeuden valita ja myös kritisoida saamiaan palveluita. Hoito-organisaatioiden byrokratiaa ovat lisänneet kirjalliset työt sekä työkäytännöt, joissa ei oteta huomioon asiakkaan kaikkia tarpeita ja voimavaroja. (Vabø, 2005.)

Helsingin kotihoidon laatua ja kohdennustehokkuutta on tutkittu eurooppalaisessa Care Keys –tutkimusprojektissa. Sen mukaan asiakkaat ovat kotihoidolta saamaansa palvelun määrään tyytyväisiä, mutta siivousapu ja kauppa-apu eivät olleet riittäviä. Työntekijöiden työajan riittämättömyys ja sen lisääminen asiakaskäynneillä nousi esiin. Asiakkaat toivoivat myös, että työntekijät eivät vaihtuisi. Elämänlaatua tukeva kotihoito huomioi asiakkaan tarpeet ja etuudet ennakoiden, jolloin kotikäynti on kiireetöntä ja ajallaan tapahtuvaa integroitua hoivaa. Dokumentoinnissa tuli esiin, että asiakkaan psykososiaalisen tukiverkoston toimintaa asiakkaan emotionaaliseen tukemiseen ei riittävän hyvin kirjattu, tämä koski myös sosiaalityöntekijöiden konsultaatiota ja psykologisen tai lakiasioihin liittyviä palveluita. (Vaarama, Luoma, Hertto, Mikkilä, Muurinen ja Manninen 2006:4, 50–53.)

3.2 Laadun arviointi asiakkaan, ammatillisen työn ja johtamisen näkökulmasta

Laatua voidaan määritellä monella tavalla. Terveystieteiden tutkimuksessa käsite laadusta on pitkälti hyväksytty. Sen mukaan laadusta puhuttaessa tarvitsee huomioida i) rakenne: vakaat elementit hoitojärjestelmässä ii) prosessi: asiakkaan sekä palvelun tarjoajan välinen vuorovaikutus iii) tulokset: hoidon kliininen tilanne, terveysvaikutteinen tilanne, kuluttajan tyytyväisyys, elämän ja hoidon parantunut laatu. (Vaarama ja Pieper 2005, 65.) Laadun parantaminen on hoivajärjestelmän yksi päätavoite. Laadun arviointi auttaa ymmärtämään, millaisia asioita tulisi parantaa. Laadun hallinnan päämäärä on saavuttaa paras mahdollinen lopputulos sekä resurssien tehokas käyttö. (Vaarama ja Pieper 2005, 64.)

Laadun parantaminen pyrkii asiakaslähtöisempään tapaan tuottaa palveluita. Leino-Kilven et al. (emt. 1994, Vaarama ja Pieper 2005, 82–83 mukaan) asiakkaat voidaan nähdä useassa eri roolissa laadun arvioinnissa: i) asiakas nähdään yhtenä tekijänä, joka kokee laadun omassa elämäntilanteessaan; kysytään asiakastyytyväisyyttä annettuihin palveluihin ii) asiakas nähdään yhtenä hoivan laadun kontrolloijana iii) asiakas nähdään laadun konsulttina ja laadun kehittäjänä. Asiakas itse tuottaa palveluihin laatua mittaamalla sitä, kuinka laadukasta tarjottu hoiva on. Leino-Kilpi et al. (emt. 1994, Vaarama ja Pieper 2005, 82–83 mukaan) ovat kehittäneet asiakaslähtöisen mittarin hoivan laadun mittaamiseen. Tässä he näkivät, että asiakkaalla kehitysprosessissa on keskeinen rooli laadun parantajana; asiakas määrittää, mikä on hyvä hoiva. Hän arvioi ja mittaa, miten laatua on tuotettu hänen tapauksessaan. (Vaarama ja Pieper 2005, 82–83.)

Palvelun laadulla on kaksi ulottuvuutta: i) tekninen eli lopputulos ii) toiminnallinen eli prosessiulottuvuus. Laatu on hyvä silloin, kun asiakkaan odotukset toteutuvat ja hänen kokemuksensa saamastaan palvelusta ovat myönteiset, eli hän on tyytyväinen saamaansa palveluun. Palveluntuottajan imagolla on merkitystä asiakkaan kokemaan etukäteiskuvaan palveluista, koska myönteinen kuva luo turvallisuutta ja helpottaa näin asiakkaan sitoutumista palveluprosessiin. (Jalava & Virtanen 1996, 48.) Laatujohtamisen malleja on kehitetty ensin Japanissa Kaoru Ishikawan (Sarala & Sarala 1997, 107 mukaan) esittämien TQC-ajatusten (total quality control) pohjalta. Näissä kokonaisvaltaisen laatujohtamisen malleissa on yhteisenä piirteenä

pyrkimys organisaation jatkuvaan kehittämiseen yhdessä työntekijöiden kanssa. Asiakaskeskeinen ajattelu korostuu tässä toiminnassa, samoin määrätietoinen kehittäminen ja henkilöstön sitoutuminen. (Sarala & Sarala 1997, 107.) Edward Demingin opin mukaan (emt. 1900–1993, Sarala & Sarala 1997, 99–100 mukaan) organisaatiossa johdon rooli laatuasioissa on keskeisin eli se, miten prosessi on suunniteltu. Lisäksi Demingin PDCA-ympyrän avulla voidaan esimerkiksi kehittää palvelua seuraavasti: i) tehdään suunnitelma (plan) ii) tehdään koe (do) iii) tutkitaan (check) iv) tehdään toimintatapa (action). (Deming 1900–1993, Sarala & Sarala 1997, 99–100 mukaan.) Tämä Demingin laatukehä (suunnittele, tee, tarkasta ja arvioi sekä toimi) soveltuu myös vanhuspalvelujen kehittämiseen.

Øvretveitin (1998) laatuketjun prosessiin kuuluu vuorovaikutus asiakkaan kanssa ja asiakkaan kohtaaminen. Palvelujen laadun vaikutuksina ovat asiakkaan tyytyväisyys saamaansa palveluun ja elämäänsä. Vanhustyön henkilökunnan laatuketjun prosessina ovat ammatillisen työvoiman saatavuus, joustavuus, pysyvyys sekä saumattomuus. Ammatillisen työn vaikutuksina nousee esiin työlle asetettujen tavoitteiden, ammatillisten kriteereiden ja standardeiden täyttyminen sekä tietoon ja näyttöön perustuva, oikea-aikainen hoito ja palvelu. Johtamisen voimavaroina ovat laadun arvioinnin näkökulmasta asianmukaiset johtamisrakenteet ja työnjaot, lakien ja asetusten noudattaminen sekä johtamiskoulutuksen saanut johto. Johtamisessa on tärkeää voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö, resurssien tuhlauksen välttäminen sekä terve ja hyvinvoiva työyhteisö. (ks. Vaarama 2002.) Laadun arviointia voidaan lähestyä kolmesta eri perspektiivistä: asiakkaan näkökulmasta, ammatillisesta näkökulmasta tai hallinnon näkökulmasta katsoen (Vaarama ja Pieper 2005, 67).

Tässä minun tutkimuksessani *Asiakkaan näkökulma kotihoidon palvelujen laatuun* on otettu huomioon (kuvio 2) seuraavasti: katsotaan sitä, miten asiakas kokee saamansa palvelun ja ammattihenkilöstön toiminnan sekä kotihoidon johtamisen. Analyysissä hyödynnetään tätä arvioinnin näkökulmaa voimavarojen, palveluprosessien ja hoivan ja palvelujen vaikutusten kautta kotihoidon palvelujen laatuun.

Laadun arvioinnin kolme näkökulmaa (Care- Keys-projektissa)

Arvioinnin näkökulmat	Panokset, rakenteet - materiaaliset ja immateriaaliset voimavarat, laatustrategiat ja laatuikäytännöt	Prosessit -palvelu- ja hoitointerventiot ja yhteistyökäytännöt	Vaikutukset - asiakkaan terveydessä, toimintakyvyssä ja elämänlaadussa, jotka voivat liittyä saatuihin hoitoon ja palveluun
Asiakkaan laatu - mitä asiakkaat haluavat	asiakkaan tarpeet, odotukset ja preferenssit	vuorovaikutus, kohtelu, yhteistyö, osallistuminen, itsenäisyyden ja autonomian tukeminen, tarpeita vastaava palvelu ja hoito	ongelmien lieventäminen, hyvä elämänlaatu, hyvä olo, turvallisuus, yksinäisyyden lieventäminen
Ammatillinen laatu - ammattihenkilöstön näkemys siitä, vastaako palvelu asiakkaan tarpeita - ammattihenkilöstön kyky valita ja tehdä toimia, joiden uskotaan olevan asiakkaalle hyödyksi	työntekijöiden ammatti- ja vuorovaikutustaidot, motivaatio, ammatillisen työn laatuksiteerit, asiakkaalle annettu aika ja palveluvalikoima, vastuuhoitaja	ammatillisuus, jatkuvuus, ystävällisyys, rehellisyys, luotettavuus, luottamuksellisuus, empaattisuus, riittävä tiedottaminen, eettisyys, tarpeita vastaava hoito	ammatillisten laatuksiteerien täyttämisen, hoidon tarvevastaavuus, asiakkaan kliininen ja toiminnallinen status, ei kielteisiä vaikutuksia asiakkaalle, palvelutytytyväisyys
Johtamisen laatu -tehokkain resurssien käyttö asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseksi organisaation johdon asettamien rajoitusten ja ohjeiden puitteissa	hyvät ulkoiset palvelut ja tiedon kulun järjestäminen, riittävät resurssit, yhteistyö- ja johtamisrakenteet, laatuajärjestelmät, palvelujen kirjaamisen välineet	ei resurssien tuhlausta tai hoitovirheitä, ohjeiden ja sääntöjen noudattaminen, hyvin kohdennetut palvelu- ja hoitointerventiot ja palveluresurssit	hyvä horisontaalinen ja vertikaalinen kohdennustehokkuus, oikeudenmukainen jako, kohtuulliset kustannukset/asiakas ja suorite

Kuvio 2. Laadun arvioinnin kolme näkökulmaa (Vaarama ja Pieper 2005, 9.)

Kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen tukena etenkin omaisten auttamistyön merkitys korostui. Väitöskirjassaan Tedre tutki kodinhoitajien ja kotiavustajien työn sisältöjä ja muutoksia. Työntekijän näkökulmasta omainen koettiin hoitovastuun jakajana joko resurssiksi tai vaativaksi suhteeksi. Kotihoidon asiakkaan näkökulmasta omainen oli asiakkaan tukena hänen vaatimuksissaan tai esteenä itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. (Tedre 1999, 140–141.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja työssä viihtyminen sekä työntekijöiden ikääntyminen ovat haasteita, silloin kun vanhustenhuollon laatua ja yhteistyötä kehitetään yhdistetyn kotihoivan suuntaan. Asiakkaan palvelutarpeet ja valtionhallinnon määrittämät taloudelliset resurssit ohjailevat kuntien vanhustenhuoltoa poliittisesti. Vanhustenhuolto instituutiona mahdollistaa asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen, mutta se, miten hyvin palvelut vastaavat asiakkaiden palvelutarpeita, onkin asiakastyön sekä

poliittisten päätöksentekijöiden harkinnassa. Kotihoidon työntekijöiden ammattitaidolla on suuri vaikutus vanhuksen kotona asumisen turvaamisessa. Vanhukselle koti on läheisten yhteydenpidon lisäksi tärkeä myös rakkaine tavaroineen, jotka muistuttavat iloista ja suruista, joita vanhus on elämänvarrella kokenut. Kotona asuminen lisää elämän laatua ja hyvinvointia, jos arjen sujuminen toteutuu vanhuksen toivomalla tavalla monipuolisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun turvin.

3.2 Palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi

Palveluohjaus mahdollistaa kotihoidossa asiakaslähtöisen työskentelytavan, jolloin tavoitteena on ohjata vanhusasiakkaita oikeiden palvelujen piiriin. Asiakas voi ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan mihin vuorokauden aikaan tahansa. Palvelujen sisällöt ovat selkeitä, koska hoito- ja palvelusuunnitelmaa käytetään palvelujen koordinoinnin välineenä. (Laitinen ym. 2003; Voutilainen ym. 2002). Palveluohjaukseen liittyvällä kotikäynnillä esitellään muun muassa kotihoitoa ja tukipalveluja sekä tehdään tarvittaessa kotihoidon palveluista asiakasmaksun arviolaskelma.

Merja Ala-Nikkolan mukaan vanhusten palvelutarpeet otetaan kotihoidon käytännössä vasta sitten huomioon, kun niille löytyvät lääketieteelliset perusteet. Ennaltaehkäisy on jäänyt palvelutuotannossa taloudellisten resurssien puutteessa ja tehokkuuden lisääntymisen myötä enakoimatta. Sen myötä vanhuksia autetaan liian myöhään eli sitten vasta kun kotona selviytyminen on vaakalaudalla. (Ala-Nikkola 2003, 20–21.) Palvelutarvearvioinnin avulla on mahdollista määrittää ne tarpeet, joihin organisaatio palvelutuotannollaan voi vastata. Koti- ja laitoshoidon organisaatioissa työntekijät tekevät palveluiden tarpeiden arviointeja ja päätöksiä kotiin annettavista palveluista ja lyhytaikaisesta tai pitkäaikaisesta hoidosta. (emt., 42.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien palveluja koskevaa päätöksentekoa käsitellään vanhustenhuollossa SAS (selvitä - arvioi - sijoita) -kokouksissa.

Sosiaalisen tuen merkitys on hyvin tärkeä vanhuksen kotona selviytymisen turvaamisessa. Arjen vuorovaikutustilanteet lisäävät vanhuksen hyvinvointia, jos

vanhus kokee verkostolta saamansa tuen myönteisenä. Luottamus avun riittävään saantiin lisää vanhuksen kotona selviytymisen kokemusta. IKÄ -hankkeessa on pyritty tukemaan vanhuksen kotona selviytymistä vanhuksen tukiverkosta laajentavien ja aktivoivien kuntoutustoimien avulla. (Ollonqvist 2002, 42–43.)

Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kunnan on huolehdittava ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä. Lisäksi sosiaalihuollon ja sosiaaliturvan etuisuuksista sekä muista sosiaalihuoltoa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä.

Maaliskuun 2006 alusta lukien on turvattu kaikille 80 vuotta täyttäneille ja Kelan erityishoitotukea saaville mahdollisuus palvelutarpeen arviointiin Sosiaalihuoltolain (710/1982 40a §) mukaan. Kiireellisissä tapauksissa palvelutarpeen arviointi on tehtävä viipymättä ja ei- kiireellisissä tapauksissa viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta kunnan viranomaiseen. Tämä selkiyttää ja yhtenäistää ikääntyneiden palvelujen piiriin pääsemistä. Asiakkaalle se ei kuitenkaan tuo parempaa oikeutta saada palveluja. Kuntia velvoitetaan ottamaan käyttöön tasapuoliset menettelytavat palvelujen järjestämiseen, mikäli palvelujen tarve on suurempi kuin mitä kunta pystyy järjestämään. Asiakkaalle on annettava kirjallinen päätös palvelutarpeen arvioinnin jälkeen palvelujen myöntämisestä tai myöntämättä jättämisestä. (Ikäihmisten sosiaalipalvelujen tarve arvioitava määräajassa 2006.)

Vanhuspalveluissa voidaan arvioida 65 vuotta täyttäneen asiakkaan toimintakykyä RAVA-toimintakykymittarilla. RAVA-indeksiä käytetään arvioitaessa asiakkaan palvelutarvetta ja eri sijoitusvaihtoehtoja. Vuonna 2007 käyttöön tullut RAVATAR-ohjelma mahdollistaa myös tallennettavan tietokannan käytön kautta eri vanhuspalvelujen vertailun myös kuntien välillä.

Tutkijat pohtivat, millaisen paikan sosiaalinen näkökulma saa kotihoidossa, koska muun muassa RAVA-indeksin käyttö korostaa asiakkaiden fyysistä kuntoa ja sairaanhoidollisia palvelutarpeita. Kotihoito on rationalisoitu niin pitkälle, että töitä on jouduttu rajaamaan sekä ulkoistamaan että medikalisoimaan. Tällä näyttäisi olevan merkitystä arjessa selviytymisen sosiaalisen tukemisen vähenemiseen. (Andersson, Haverinen ja Malin 2004, 491–492.) Vanhukset eivät saa välttämättä kaikkia tarvitsemiaan palveluita, koska heidän palvelutarpeensa eivät tule riittävän hyvin esille nykyisillä toimintakykymittareilla.

Voimavarakartoituksella tarkoitetaan sitä, että selvitetään laaja-alaisesti asiakkaan voimavarat, toimintakyky sekä terveyden tilanne. Kotikäynnillä, jossa arvioidaan kotihoidon palveluja, kartoitetaan myös vanhuksen omia voimavaroja. Asiakkaan voimavaroilla tarkoitetaan hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään, mikä auttaa häntä selviytymään omatoimisesti kotona. Kotihoidon asiakkaan voimavarakartoituksen yhteydessä selvitetään asiakkaan nykytilanne taustatietoineen ja hänen tarvitsemansa palvelun tarve. Palvelutarpeen arviointiin on omaisella mahdollisuus tulla mukaan siinä vaiheessa, kun määritellään, mitä palveluita asiakas tarvitsee. Samalla kartoitetaan myös epävirallisen avun tarve ja mahdollinen omaishoitaja sekä muu sosiaalinen verkosto. Myös asiakkaan apuvälineiden ja kodin muutostöiden tarve arvioidaan. Lisäksi asuinympäristön esteettömyys huomioidaan ja se, että asiakas pääsee hyvin asioimaan ja ulkoilemaan. Toimintakyvyn arvioinnissa otetaan huomioon erilaiset asiakasryhmät ja heidän erikoistarpeensa.

Asiakkaan tyytyväisyys saamaansa kotihoitoon ja elämäänsä omassa kodissaan on ammatillisen työn voimavaroja, joilla on merkitystä myös työntekijän työssä jaksamiseen. Ammattitaitoista henkilökuntaa pitäisi olla saatavilla. Nykyiset pätkätyöt kuntasektorilla ovat heikentämässä työn laatua, koska työhön sitoutuminen ei onnistu niin hyvin kuin pitkäaikaisilla työntekijöillä. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten vanhusasiakkaiden hoidossa tarvitaan henkilökunnalta erityistä tietotaitoa. Kotihoidon palveluissa olisi hyvä miettiä sitä, ettei aseteta liian sitovia normeja hoivatyön rajauksiksi. Näyttöön perustuva ja oikea-aikainen hoiva on osa arjen työtä. Nykyisten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten tietokoneohjelmien kautta saadaan reaaliaikaista tilastotietoa vanhustalouksista. Henkilökunnan mitoitukset ja suositukset ovat mittareina ohjailemassa kuntien kotihoitoon laatua.

3.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään asiakkaan kotihoidon palvelut. Hoitoneuvottelussa on mukana asiakkaan lisäksi muun muassa sosiaalityön, kotihoidon sekä terveydenhuollon ammattilaisia että omaisia, kun vanhuksen palvelutarvetta selvitetään. Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain (812/2000 7§:n) mukaan asiakkaalle on laadittava hoito-, palvelu-,

kuntoutus- tai vastaava suunnitelma, kun hän saa toistuvia tai säännöllisiä palveluja. Terveystieteidenhuollossa vastaavasti on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Kotihoidon asiakasmaksu (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksusta 745/1992, 11§) ei saa aiheuttaa asiakkaalle kohtuutonta rasitusta, ja tämä on hyvä arvioida myös tämän hoito- ja palvelusuunnitelman teon yhteydessä.

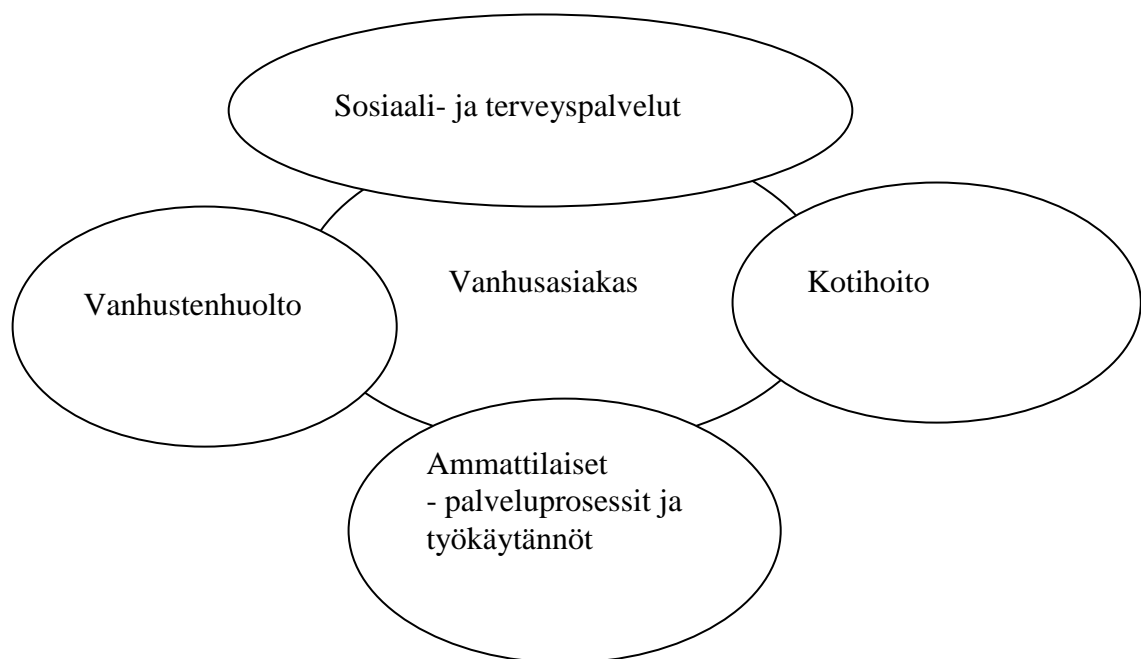
Care Keys –projektin tutkimuksessa todetaan hoito- ja palvelusuunnitelman perustuvan asiakkaan lähtötilanteen, hänen voimavarojensa ja hänen toimintakykyään heikentävien tekijöiden määrittelyyn, avun tarpeen arviointiin ja näihin vastaavien hoito- ja palveluinterventioiden määrittelyyn. Asiakaslähtöisyyttä korostetaan, joten voimavarojen ja tarpeiden määrittely tulisi tehdä yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa yhteisymmärryksessä asetettujen hoidon ja palvelun tavoitteiden toteuttamiseksi. (Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkila, Muurinen ja Manninen 2006:4, 12.) Kotihoidon palveluiden tulisi i) noudattaa eettisiä periaatteita, ii) perustua käyttäjän tarpeisiin, iii) käyttää kuntoutusta integroituna elementtinä, iv) noudattaa hyödylliseksi koettuja sekä suositeltuja käytäntöjä, v) perustua kirjallisiin ja yksilöllisiin hoitosuunnitelmiin sekä hoitosopimuksiin ja vi) olla integroitua eri palveluiden tarjoajien, asiakkaan perheen sekä muiden läheisten välillä (katkeamaton ketju). (Vaarama ja Pieper 2005, 12–30.)

Vanhuksen kotona selviytymisen tueksi on nykyään käytössä varhaisen puuttumisen keinoja, kuten ehkäisevät kotikäynnit, palvelulinjat ja seniorikuntosalit sekä vanhusneuvolat. Sosiaali- ja terveydenhuollon integroidun vanhustenhuollon kehittämisen kannalta on tärkeä käydä keskustelua siitä, mitä laadukkaalla kotihoidolla tarkoitetaan asiakkaan kannalta. Asiakastyytyväisyyttä voidaan mitata monella tavalla, kuten sillä onko kotihoidon palvelun hinta-laatu -suhde kohdallaan. Kotihoidon palveluja voidaan kehittää yhdistetyn hoivan aikaansaamiseksi.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Tässä tutkimuksessa kuvataan kotihoidon vanhusasiakkaan saamaa palvelua ja sitä kuvaavia tekijöitä. Tarkoitukseni on lisätä tietoa ja ymmärrystä seuraavien kysymysten avulla:

1. Miten vanhustenhuollon hoitoneuvottelut ja asiakkaan palvelutarpeen arviointi toteutuvat?
2. Millaista tukea vanhus saa kotona asumiseensa?
3. Minkälaiset palveluodotukset ovat vanhuksella kotihoidon asiakkaaksi tulosta ja yhdistetystä kotihoidon palvelusta?



KUVIO 3. Tutkimuksen havainnollistaminen

Vanhusasiakkaan näkökulma yhdistetyn kotihoidon palvelujen laatuun tulee esiin asiakkaan kokemuksista, kun hän on vanhuspalvelujen palveluverkoston asiakkaana. Kotihoidon palvelujen laatuun vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoketjun sujuvuus, jossa ovat mukana vanhustenhuollon eri osatekijät sekä ammattilaisten palveluprosessit ja työkäytännöt.

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tämän tutkimuksen tieteenfilosofinen tausta on hermeneuttinen, ja se edustaa laadullista eli kvalitatiivista lähestymistapaa. Tämän tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää yksilön käyttäytymistä ja kokemuksia lisäämällä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (ks. Hirsijärvi 1985, 68–71; Soininen, 1995 30–35.) Tällä laadullisella sosiaalitieteellisellä tutkimuksella selvitetään vanhuksen käsityksiä kotihoidon asiakkuudesta ja saadusta hoivasta sekä palveluista. Tutkittavaan ilmiöön haen vastausta vanhusasiakkaita haastatteleamalla. Haen vastauksia ilmiöön tarkastelemalla vanhusasiakkaiden käsityksiä ja kokemuksia. Heidän vastauksensa muodostavat tutkimuksen aineiston. Haastateltavat kuvaavat kokemuksiaan kotihoidosta ja siitä, miten he ymmärtävät ne. Tutkijan tehtävänä on pyrkiä refleктоimaan, tematisoimaan ja käsitteellistämään tutkittavan koetun elämän merkityksiä (Aaltola ja Valli 2001, 30).

Tähän, ei -kokeellista tutkimustyyppiä edustavaan tapaustutkimukseen (case studies) liittyy kokonaisvaltainen ongelmien käsittely ja kuvaus. Tässä tapaustutkimuksessa olen käyttänyt symbolista interaktionismia. Tutkimusaineiston koontiin sopi hyvin haastattelu. Tutkimus pyrki etsimään merkityksiä, ja se on nykyisyyteen kohdistuvaa tutkimusta.(Soininen 1995, 78–82.) Tapaustutkimus on Robert K.Yinin mukaan empiiristä tutkimusta, jossa hyödynnetään empiiristä aineistoa luonnollisessa ympäristössään (ks. Uusitalo 1999,76). Symbolisen interaktionismin avulla voidaan tarkastella ihmisen toiminnan tasoa käyttäytymis- ja vuorovaikutustasolla sekä symbolisella tasolla (Isola 1997, 176). Kotihoidossa toiminnan taso tarkoittaa yksilön toimintaa hoivan kontekstissa ja osallistumista oman hoivansa suunnitteluun ja toteutukseen. Symbolinen taso tarkoittaa yksilön antamia merkityksiä omahoitajasuhteelle tai erilaisille hoivamenetelmille. Tutkijalta edellytetään perehtyneisyyttä vuorovaikutukseen ja ihmisen toiminnan ymmärtämiseen. Hänen tulee symbolisen interaktionismin näkökulman mukaan selittää ja ymmärtää tutkittavien toimintaa niin kuin nämä itse sen ymmärtävät. Hän oppii ymmärtämään heidän tulkintansa vuorovaikutuksessa ja jakaa heidän

päätelmänsä. Hänen tehtävä on tuottaa tieteellistä tietoa ja teoriaa havaintojensa pohjalta.

Tutkijan oma hiljainen tieto pyrki ohjailemaan haastateltavien vastausten tulkintaa. Kuitenkin pitkäaikainen vanhustenhuollon alalla työskentelyni voidaan tulkita myös voimavaraksi, joka tulee esiin tutkiessani sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistetyn kotihoidon palvelujen toimivuutta asiakkaan näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa olen kohdannut hermeneuttisen kehän ilmiön, jolla tarkoitetaan tutkittavan ilmiön tulkintaprosessin kehämäistä liikettä ja tutkimuksellista dialogia tutkimusaineiston kanssa. Tutkijalla on ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä, ja hän reflektoi kriittisesti aineistoaan pyrkien löytämään uskottavimman tulkinnan siitä, mitä tutkittava on tarkoittanut (Aaltola ja Valli 2001, 34–35). Tutkimuksen hermeneuttisessa lukutavassa ei pyritä toisen täydelliseen ymmärtämiseen, vaan siinä tähdätään tulkintaan ja ymmärtämiseen.

Tällä tapaustutkimuksella pyrin ilmiöiden ymmärrettäväksi tekemiseen. Tutkimuksella selvitän, miten kunnallista yhdistetyn kotihoidon palvelua ja laatua määritellään, käsitellään ja toteutetaan vanhuspalveluiden asiakaskäytännöissä yhden kunnan organisaatiossa. Painopiste on kotihoidon palvelujen tutkimisessa kotihoidon vanhusasiakkaiden näkökulman kautta. Symbolisessa interaktionismissa on riskinä huomioitava se, että asiakas ei ole sosiaalisessa prosessissa eli saamassa hoivaa haastatteluhetkellä, vaan hän kertoo kokemuksiaan mielessään olevista asioista asiakkaana. Tutkijan tulee huomioida tämä asia analysoidessaan ilmiötä.

5.2 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Hyvinkään kaupungin kotihoidon 75 vuotta täyttäneet vanhusasiakkaat, jotka olivat säännöllisen kotihoidon piirissä. Vanhustyön Laatu -projekti oli käynnistynyt Hyvinkäällä vuoden 2005 alussa ja se kohdistui koko vanhustyöhön. Vanhainkotien toiminnan kehittäminen on ollut laatutyön kohteena, terveyskeskuksen vuodeosastolla tehtiin laatukäsikirjaa parhaillaan ja seuraavana oli kotihoidon vuoro. Hyvinkäällä aiheuttaa ikääntynyt väestö suuremman palvelutarpeen kuin mihin tilastojen perusteella on varauduttu

(Vanhuspoliittinen strategia: Toteutumisen arviointi 2005, 5.) Pro gradu -tutkielmani sopi hyvin tähän vanhustenhuollon laatutyöhön jatkotyöksi kotihoidon osalta.

Ikäihmisten Hyvinkää -visio korostaa turvallista ja hyvää elämänlaatua edistävää asuinpaikkaa, jossa on mieluista elää. Hyvinkään kaupungilla on oma strategia, jolla luodaan asukkaille viihtyisät ja turvalliset asumisen edellytykset. Palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti ja kilpailukykyisesti sekä taloudellisesti ottaen huomioon myös kansainvälistyminen ja kestävä kehitys. Perusturvan keskeisinä painopistealueina vuosille 2003–2006 olivat

- Hyvä palvelujen saatavuus ja laatu
- Toimiva ja monipuolinen palvelurakenne
- Toimivat hoito- ja palveluketjut
- Ennaltaehkäisevä palvelupolitiikka
- Osaava, riittävä ja hyvinvoiva henkilöstö

(Hyvään vanhuuteen 2004, 18–26.)

Vanhustenhuollon toimintalinjauksina vuoteen 2010 on päätetty kuntastrategian ja perusturvalautakunnan linjausten toteuttaminen, jotta vanhuspoliittinen ohjelma toteutuu: i) kotona asumisen turvaaminen on ensisijaisena vaihtoehtona toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta, ii) vanhusten itsemääräämisoikeuden ja omien voimavarojen täysmittainen huomiointi, iii) asuin- ja elinympäristön esteettömyys tukemassa turvallista ja viihtyisää asumista, iv) ikäihmisten toimintakykyisyyden, osallistumisen ja osallisuuden edistäminen on turvaamassa sosiaalista ja henkistä hyvinvointia, v) arjesta selviäminen ja ikääntyneiden yksinäisyyden ennalta ehkäisy on mahdollista toteuttaa yhteiskunnallisilla ratkaisuilla, vi) sosiaali- ja terveyspalvelut tukevat hyvää elämänlaatua ja itsemääräämisoikeutta sekä itsenäistä suoriutumista, vii) lähiverkoston merkitys on tärkeää, ja tavoitteena on tarjota peruspalveluja ikääntyneiden tarpeisiin ensisijaisesti avohuollon palveluin ja viii) henkilöstön osaaminen ja työhyvinvointi ovat ikäihmisten hyvän hoidon ja palvelun tärkein osatekijä sekä ix) organisaation kannustava johtaminen heijastuu henkilöstön hyvinvointiin ja sisäiseen yrittäjyyteen. (Hyvään vanhuuteen 2004, 18–26.)

Kotona asumisen turvaaminen mahdollisimman pitkään on hyvinkääläisten ikäihmisten yksi merkittävä toive Hyvinkäällä vuonna 2000 tehdyn

eläkeläistutkimuksen (Hyvään vanhuuteen 2004,4) mukaan. Toisena tärkeänä asiana koettiin ikääntyvien mielipiteen kuuleminen. Tärkeimmäksi toiveeksi nousi sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden varmistaminen. Lisäksi esiin nousivat omaishoitajan tukeminen ja turvallisuuden tunteen kokeminen sekä monipuoliset liikenne- ja kulkuyhteydet. (Hyvään vanhuuteen 2004, 4.)

Hyvinkäällä kotihoito on jaettu kolmeen kotihoitoalueeseen: itäiseen, läntiseen ja eteläiseen kotihoitoon. Näiden kotihoitoalueiden sisällä toimii kolme tai neljä kotihoitotiimiä, ja niissä työskentelee moniammatillisena tiiminä eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. (Hyvinkään kaupunki. Kotihoito 2007.)

Helmikuussa 2006 olin yhteydessä Hyvinkään sosiaali- ja terveysjohtajaan ja kerroin, että olisin kiinnostunut tekemään pro gradu -tutkielman, jossa tutkitaan kotihoidon palvelua ja laatua vanhusasiakkaan näkökulmasta. Lähetin tutkimuslupa-anomukseni ja tutkimussuunnitelmani sähköpostilla sekä myöhemmin postin kautta kirjallisen allekirjoitetun tutkimuslupa-anomukseni (Liite 1). Olin yhteydessä parin viikon päästä Hyvinkään avohuollon johtajaan ja tiedustelin lupa-asiaa. Hän kertoi, että se on tulossa, ja sain sen postitse 10.3.2006 vs. vanhustyönjohtajan päätöksellä (Liite 2).

Esittelin tutkimustani Hyvinkäällä kotihoidon avohuollon esimiehen järjestämässä aamupalaverissa 24.3.2006, johon osallistuivat kunkin kotihoitoalueen esimiehet ja vammaishuollon johtaja. Olin laatinut vanhuksille esitettävän tutkimuslupa-anomuksen allekirjoitettuna (Liite 3). Keskustelimme kotihoidon alue-esimiesten kanssa mikä ryhmä vanhuksista olisi hyvä valita. Kerroin, että haluaisin haastatella säännöllisen palvelun piirissä olevia vanhuksia, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut muutos ja joille on tehty hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistus. Kotihoidon esimies kertoi, että säännöllisen palvelun saava asiakas voi olla kerran viikossa palveluja saava. Aluksi päätimme, että haastateltavan asiakkaan palveluiden piiriin tulo voisi olla vähintään kuusi kuukautta. Sitten päädyimme kuitenkin siihen, että hoitoaika voisi olla pidemmältä ajalta, jolloin asiakkaalla on tapahtunut mahdollisia toimintakyvyn muutoksia kotihoidon aikana.

Kotihoidon esimiehet valitsivat haastateltavat asiakkaat. Heistä oli kuusi yksin asuvaa ja kaksi parisuhteessa elävää asiakasta kaikilta kotihoidon kolmelta alueelta.

Muistihäiriöiset vanhusasiakkaat jäivät tutkimukseni ulkopuolelle. Kotihoidon esimiehet ilmoittivat minulle yhteystiedot, kun he olivat löytäneet ne vanhukset, jotka täyttivät sovitut kriteerit ja saaneet heiltä kirjallisen suostumuksen teemahaastatteluun. Haastateltaviksi valittujen kriteereiksi tuli, että asiakas on ollut pidemmältä ajalta kuin puoli vuotta säännöllisen kotihoidon asiakkaana ja hänellä oli tapahtunut toimintakyvyssä muutos ja lisäksi oli tehty hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistus.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Keräsin aineiston käyttäen teemahaastattelua keruumenetelmänä huhtikuussa vuonna 2006 Hyvinkäällä. Haastattelun teema-alueet (Liite 4) olivat asiakkaiden perustiedot, palvelutarpeen arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelma ja hoitajan ja asiakkaan kohtaaminen sekä kotihoitoa kehittäviä toimenpiteitä. Teemahaastattelussa valitaan etukäteen teema-alueet tutkijan valitseman aihepiirin mukaan (Eskola & Suoranta 1998, 87–96). Teemahaastattelussa haastateltavan on mahdollista kertoa omia kokemuksia käsiteltävästä aiheesta ja tuoda näin esiin mielipiteensä (Eskola & Suoranta 1998, 25–26). Teema-alueiden laadinta pohjautuu vanhustenhuollon työkokemukseeni ja aikaisempaan kotihoitoa käsittävään tutkimustietoon. Teemahaastattelu tuottaa syvällistä tietoa asiakkaan voimavaroista, kuten toimintakyvystä, asenteista, asuinympäristöstä ja palveluodotuksista. Tietoa saadaan yhdistetyn kotihoidon laatuketjun prosesseista, kuten vuorovaikutuksesta, kohtelusta, yhteistyöstä, osallistumisesta, itsenäisyyden ja autonomian tukemisesta, tarpeita vastaavasta hoidosta ja palvelusta.

Aineistonkeruumenetelmän valinnaksi sopi teemahaastattelu mielestäni parhaiten. Vanhusten teemahaastattelussa saadaan parhaiten haastateltavien kokemus esiin, kun haastattelu tehdään tutussa ympäristössä vanhusten kodissa. Teemahaastattelussa voi tehdä tarkentavia kysymyksiä molemmin puolin. Lisäksi haastattelijalla on tukilista teemoista, jotta kaikki aihealueista tulee käytyä läpi. Haastatteluun valittuja vanhusasiakkaita oli yhteensä kahdeksan. Naisia oli heistä seitsemän ja miehiä yksi. Kaksi haastateltavaa asui parisuhteessa ja yhden puoliso osallistui haastatteluun. Haastateltavien ikä vaihteli 75 -vuotiaasta 98-vuotiaaseen vanhukseen. Suurin osa oli yksin asuvia naisia.

Tein haastatteluja yleensä kaksi päivässä ja suoritin ne kuukaudessa. Vanhukset suhtautuivat myönteisesti haastatteluuni. Tapasin kolme kertaa kotihoidon työntekijöitä haastattelukäynneillä, mutta he eivät osallistuneet haastatteluun vaan lähtivät pois. Tein haastattelut haastateltavien vanhusten kodeissa. Teemahaastattelun apuna käytin laatimaani haastattelurunkoa, joka helpotti haastattelun kulkua ja samalla varmistin, että kävin kaikki suunnittelemani teema-alueiden asiat läpi. Haastattelut kestivät 45 minuutista 1,5 tuntiin. Ne olivat ihan luonnollisia tuokioita, eikä nauhoitus haitannut keskustelua. Kaikki haastattelut nauhoitettiin.

Haastattelut litteroidaan yleensä mahdollisimman tarkasti, mikä kuvaa tutkimuksen luotettavuutta. Teksti, joka on tarkkaan litteroitu, säilyttää mahdollisimman paljon tietoa haastattelutilanteista. (Koskinen, Alasuutari & Peltonen 2005, 318.) Nauhoitetut haastattelut tallensin ja litteroin Scribe -ohjelmalla tietokoneellani pro gradu -työtäni varten. Litteroin haastatteluaineiston välittömästi ja tarkasti käyttäen litterointimerkkejä (Liite 5). Aineiston läpikäyminen useaan kertaan kuunnellen ja itse kirjoittaen helpotti aineiston analyysin tekoa. Tutkittavien kertomukset tulivat tutuiksi ja niistä muodostui teemoja luonnostaan. Kirjoitetut litteroidut tekstit olivat noin 11–15 sivun mittaisia ja pari pisintä haastattelua oli 20 sivun mittaista (1,5 rivivälillä). Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 120 sivua.

Tämä käsiteltävä tutkimusaineisto muodosti tapauksen eli kokonaisuuden, niinpä tutkimustyyppiä soveltui tapaustutkimus (Saarela-Kinnunen ja Eskola 1997, 159). Symbolinen interaktionismi sopi hyvin tutkimukseen, koska kiinnostuksen kohteena ovat Blumerin (1969) mukaisesti vuorovaikutusprosessit ihmisten välisessä kanssakäymisessä (ks. Järvinen ja Karttunen 1997, 176).

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuskysymyksiin hain vastauksia aineistosta esiin nostettujen teemojen kautta, joita kuvasin teoreettisen orientaation avulla. Aineistosta esiin nousseita tulkintoja perustelin ja tutkimuksen tuloksia havainnollistin aineistosta otettujen lainausten avulla.

Aineiston analyysilla on tarkoituksena luoda aineistoon selkeyttä ja tuottaa tutkittavasta ilmiöstä uutta tietoa. Mitä ihminen sanoo, on sidottava siihen kontekstiin, mihin se kuuluu, jolloin kuvaukset nousevat todellisista tilanteista. (Hirsijärvi & Hurme 1997; Eskola & Suoranta, 1998.) Tematisoinnissa tutkija voi nostaa aineistosta tutkimusongelmaa valaisevia teemoja esiin; tällöin hän voi katsoa aineistossa tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä. Aineiston sisältämät keskeiset aiheet voidaan poimia ja esittää siten kokoelmana erilaisia kysymyksenasetteluja. Tekstimassasta on pyrittävä löytämään ja erottelemaan tutkimusongelman kannalta olennaiset aiheet. (Eskola & Suoranta 1998, 165–176.) Teorian ja empirian vuorottelu on teemahaastattelun analysoinnissa ja johtopäätösten teossa oleellinen osa onnistunutta teemoittelu, joten pelkät vastauksista saadut sitaattit eivät riitä, vaikka ne ovatkin mielenkiintoisia. (Eskola & Suoranta 1998, 175–176.)

Luin aineistoani useaan kertaan, jolloin sitä oli helpompi käsitellä ja siitä alkoi nousta mielenkiintoisia aiheita. Ennen varsinaista analysointia aineistoa järjestelemällä ja pilkkomalla sain sen helpommin tutkittaviin osiin. Lähdin rakentamaan teemoja litteroidusta aineistostani siten, että numeroin haastateltavien vastaukset ja koodasin värikynillä ja tekstilyhentein kaikista haastatteluista samaa aiheetä käsittelevät teemat omiksi kappaleikseen. Sitten nimesin nämä teemat sopivilla nimillä ja poimin aineistosta kiinnostavia kohtia, jotka sopivat käsiteltävään aiheeseen sekä tutkimusongelmaani.

Teemat syntyivät seuraavalla tavalla: esimerkiksi *6.3.1 Omahoitaja vanhusten auttajana*. Olin koodannut tutkimuskysymysten kannalta tärkeänä asiana tutkimusaineistostani omahoitaja-aiheita värikynällä. Tästä litteroidusta tekstistä oli helppo poimia tähän aiheeseen liittyviä tekstejä. Kaikkien haastateltavien omahoitaja -kokemuksista nousi tähän aiheeseen liittyviä teemoja. Yhdistelin samaan aiheeseen

liittyviä litteroituja tekstejä yhteen tämän teeman alle. Aineistosta löytyneet parhaat kohdat kirjoitin ja tulkitsin omin sanoin. Tutkimusaineistoa ja tutkittavaa ilmiötä käsitteellistämällä nimesin sen omahoitaja vanhusten auttajana -teemaksi.

Tutkimuksessani käsitteellistin tutkimuskysymysten kannalta olennaiset aiheet, ja näistä tulivat tutkimuksen pääteemat. Teemoittelussa käytin apuna tietokonetta. Eri haastatteluista samojen kysymysten vastaukset jaottelin ryhmiin, joista rakensin vastaajista ja vastaustyypeistä ideaalityyppejä (luokkia ja ryhmiä). Näihin kokosin yhteen yhteiset piirteet vastauksista. Tutkimuksessani pääteemoiksi nousivat 6.1 Hoitoneuvottelu ja asiakkaan palvelutarpeet, 6.2 Kotihoidon palvelut ja asiakkaan voimavarat, 6.3 Hoitaja ja asiakkaan kohtaaminen, 6.4 Asiakkaiden palveluodotukset kotihoidosta ja 6.5 Yhteenveto: palvelutarpeen arviointi ja kotona asumisen tukeminen.

Kvalitatiivisen aineistolähtöisessä analyysiprosessissa tutkimusaineisto hajotetaan käsitteellisiksi osiksi, ja synteesin avulla näin saadut osat kootaan tieteellisiksi johtopäätöksiksi. Tämä osa tutkimusta on abstrahointia. Tutkimuksen tässä vaiheessa voidaan tutkimusaineisto järjestää siihen muotoon, että johtopäätökset voidaan irrottaa yksittäisistä henkilöistä, lausumista ja tapahtumista ja siirtää sen jälkeen käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. (Grönfors 1982,145.)

Olen muuttanut tai poistanut haastattelun lainauksista sellaiset kohdat, joiden avulla haastateltavien tunnistaminen olisi mahdollista. Haastateltavat on koodattu tunnistenumeroin N1–N8.

Tutkimuksen kohteena ovat ihmisten kokemukset ja tunteet sekä kulttuuriset rakenteet että vuorovaikutusprosessit. Kun vuorovaikutustapahtuma on tutkimuksen kohteena, tulee siinä esiin elämän tilanteiden kuten puhetilanteiden ja muiden tilanteiden sisäinen logiikka, jolla ihmiset pitävät yllä sosiaalisen elämän järjestystä. (Peräkylä 1995, 42–43.) Tutkijan tulee antaa lukijoille riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he voivat arvioida tutkimuksen tuloksia (Eskola & Suoranata 1996, 137–138).

Tutkijana minulla oli mahdollista kehittää ns. työhypoteeseja, jolloin se auttoi ennakoimaan sitä, mitä analyysi tuo tullessaan. Tutkijan pitäisi oppia tai ikään kuin yllättyä laadullisen tutkimuksen edetessä (Eskola ja Suoranta 1998, 19–20). Tässä tutkimuksessa tutkittavien näkökulmasta katsottuna oli tutkijan osallisuus

tutkittavien elämään keskeistä. Teemahaastattelun avulla oli mahdollista päästä tutkittavien kanssa kosketuksiin ja löytää tutkittavien oma näkökulma tutkittavasta asiasta; silloin on kyse naturalistisesta otteesta. Tutkijana katselen tutkimuskohdetta ulkopuolisena ja puolueettomana, niin kuin tässä tutkimuksessa on tehty. Silloin puhutaan tutkijan objektiivisuudesta. (Eskola ja Suoranta 1998,16–17.)

Sisäinen validiteetti (pätevyys) tarkoittaa sitä, että tämän tutkimuksen teoreettiset ja käsitteelliset määrittelyt ovat sopuossuinnussa keskenään. Teoreettis-filosofisten lähtökohtien ja tutkimusmenetelmien sekä käsitteellisten määritteiden kanssa on looginen suhde. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tässä tutkimuksen teossa tehtyjen tulkintojen, johtopäätösten ja aineiston välistä pätevyyttä. (ks. Eskola & Suoranata 1996, 214; Grönfors 1982, 174.)

Tässä tutkimuksessa olen tutkittavaa ilmiötä hahmottanut käsitteellistämällä sitä teoreettisen orientaation avulla. Tutkimuksen tulkinnoissa olen ottanut mukaan tutkimuksen teoriasta palvelujen laatuun ja symbolisen interaktioinismiin liittyvät näkökulmat. Niiden kautta olen tehnyt aineistosta tulkintoja ja tutkimustuloksista johtopäätöksiä. Tutkimuksen tekoa on auttanut tutkijan käytännön kokemuksen hiljainen tieto, jota tutkija on tutkimuksen johtopäätöksissä ja pohdinnoissa hyödyntänyt. Tutkimustulosten ja aikaisempien tutkimusten vuoropuhelu ja yhteneväisyys johtopäätöksissä kertoo tämän tutkimuksen luotettavuudesta.

Laadullisessa tutkimuksessa menettelyt on dokumentoitava huolellisesti, jotta voidaan tutkimuksen kautta arvioida niiden luotettavuutta. Tutkijan luotettavuus ja rehellisyys ovat tärkeitä tutkimuksen teossa.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulosten tulkinnassa käytin palvelujen laadun arvioinnin näkökulmaa. Tämän lisäksi symbolinen interaktionismi ohjasi kuvaamaan tutkimuksessani ihmisen toiminnan symbolista ja sosiaalista luonnetta vuorovaikutustasolla. Nämä tulkintateoriat sekä vanhustenhuoltoa käsittelevä taustateoria ohjasivat tulkintojen valintojani ja sitä mitä aineistostani etsin. Teorian ja empirian vuorovaikutuksen ja aikaisempiin tutkimuksiin viittaukset ovat pääasiassa luvussa seitsemän, jotta tutkimuksen tulokset ”vanhusasiakkaan ääni” kuuluu paremmin.

6.1 Hoitoneuvottelu ja asiakkaan palvelutarpeet

Hoitoneuvottelussa laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, ja se on asiakkaan oikeuksien dokumentti. Siinä määritellään asiakkaan hoito ja palvelu asiakkaan palvelutarpeiden mukaisesti. Hoitoneuvottelussa on mukana asiakkaan lisäksi useimmiten myös omainen sekä kotihoidon esimies ja/tai palveluohjaaja sekä tulevat kotihoidon työntekijät. Lisäksi mukana voi olla vanhustenhuollon sosiaalityöntekijä tai/ja tarpeen mukainen vanhuksen tarpeista vastaava muu asiantuntija.

6.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Tiedustelin haastateltavilta, onko heille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma tai ovatko he olleet mukana suunnitelman teossa. Neljä haastateltavaa koki asian ihan vieraaksi. He eivät tieneet hoito- ja palvelusuunnitelmasta mitään. Ainoastaan yksi haastateltavista muisti olleensa mukana hoito- ja palvelusuunnitelman teossa. Yksi haastateltavista kertoi olleensa sairaalassa mukana hoitoneuvottelussa, jossa oli paljon ihmisiä mukana. Kuitenkin kaikki haastateltavat kokivat saavansa ne palvelut, joita he tarvitsevat. Lisäksi voidaan päätellä, että asiakkaille on tehty hoito- ja palvelusuunnitelmat, mutta informaatio ei ollut riittävä, jotta asiakkaat olisivat sen ymmärtäneet. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen antamissa ohjeissa ilmeni puutteita, koska tutkittavat eivät kokeet niitä hyödyllisiksi. (Rissanen, 1999).

H: Onko teille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma?

V: On, silloin aikoinaan ne kävi kaikki mulla, se alue-esimies ja kodinhoitajat ja ne kävi kotona ja keskusteltiin mitä tarvetta mulla on.

H: Onko se tehty teidän toiveiden mukaan (.) se tuliki jo, mutta oliko siinä omaisia mukana?

V: Ei ollu omaiset, kyllä mä oon itse saanut päättää kaikesta.

H: Luotatteko kotihoidon palveluihin?

V: Kyllä mä LUOTAN, niinku tänä aamunaki ... (arjen toiminta sujui hyvin)

H: Saatteko itse päättää asioistanne ja vaikuttaa asioihinne kotihoidon palveluista päätettäessä?

H: Kyllä mä itse päätän. (N3)

Vanhuksen itsemääräämisoikeus täyttyy hyvin, kun hän saa olla päättämässä, mitä kotihoidon palveluja hän tarvitsee. Luottamus syntyy kotihoidon työntekijöihin arjen onnistumisena ja varmuutena siitä, että he auttavat kaikissa tilanteissa. Hoito- ja palvelusuunnitelman teko on jäänyt asiakkaalle mieleen, mistä hän kertoo oman kokemuksensa.

H: Onko teille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma?

V: En minä en minä usko, että mulla vissiiin sitä suunnitelmaa, mutta mulla on aina nuo työt auttanu, ko on tarvinnu mutta. (N2)

Haastateltava luottaa kotihoidon palveluihin. Suullinen sopiminen toimii, ja siihen vanhus luottaa.

H: Onko teille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma, kirjallinen?

V: (puoliso: Ei se nyt ££ paperilla kyllä missään mutta.)

V: (puoliso: se on se palvelutarve kyllä siis siihen, kun minä olin siellä sairaalassa, mutta kyllä ne oli mahdollisimman täydelliset sikäli, että tuli se kodinhoitaja kolme kertaa päivässä, nyt on kaks kertaa aamulla, päivällä, sitte ilta jäi pois, kun minäkin oon tuon (fyysinen sairaus x) tervehdyn tässä.

H: Saatteko itse päättää asioistanne ja vaikuttaa asioihinne kotihoidon palveluista päätettäessä?

V: Kyllä varmaan.

H: Nii siinä vähennettiin sitte sitä palvelua, ku te tulitte kotiin?

V: (puoliso: joo, nyt joka päivä tulee se ateriapalvelu, se päiväruoka. (N6)

Haastateltavalle pariskunnalle hoito- ja palvelusuunnitelman teko kirjallisena dokumenttina ei ollut tuttu asia, mutta palvelun tarvetta on sairaalassa pohdittu. Kotihoidon sujuvuus on kuitenkin pääasia, mutta hoito- ja palvelusuunnitelma

kirjallisena dokumenttina ei ollut käytössä asiakkailta heidän arjessaan. Palvelutarpeen muuttuessa on pariskunnalta vähennetty palveluita, joten itsemääräämisoikeus toteutuu heidän toivomallaan tavalla.

H: Onko teille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma?

V: Ei: emmä usko, emmä tiedä yhtään siitä, ne tuolla ne keskustelelee tietysti tuol konttoriss lääkärin kanssa ja [Joo], mutta olen saanut alun pitäen hyvää hoitoa tai olinhan minä monta vuotta, etten mä tarvinnut mitään, minä asuin vaan.

H: Niin just.

V: Joo, mutta nyt mä tarvin paljon.

H: No tuota niin, ei se teijän poika sitte oo mahdollisesti voinut olla siinä hoito- ja palvelusuunnitelman teossa?

V: Ei:

H: Ei oo.

V: Oon kerran ollut, sitt ku mää olin siell vanhas sairaalass, niin kysyivät, et jos mää haluaisin muuttaa, poika@ ehdotti semmosta, että mää pääsisin oma huone ois siellä ja kumminki hoitaja yötä päivää, mut mää en halua MENNÄ [Oliko se palvelutalo]

V: Joo oli joku semmonen.

H: Joo, niin te ette halua-.

V: Nii, että tää on niin kiva paikka ja mää tykkään olla täällä. En mää halua mennä mihkään täältä.

H: Nii, että tää on niin kiva paikka.

V: Tää on kiva paikka ja hyvä hoito ja mää tykkään asua täällä. (N7)

Haastateltava ei kertomansa mukaan ole ollut hoito- ja palvelusuunnitelmaa tekemässä, mutta kuitenkin sairaalassa on ollut puhetta palveluasunnosta tai vastaavasta. Puheesta heijastuu, että on pelottava asia vaihtaa palveluasuntoon tai vanhainkotiin, vaikka omainenkin sitä toivoo. Itsenäisyys on tärkeää ja oma reviiiri, vaikka kuinka olisi hoitajat yötä päivää paikalla.

6.1.2 Asiakkaan palvelutarpeet

Näistä palvelujen tarpeistaan asiakkaat toivat esiin perinteisiä kotipalvelun palveluja kuten siivousta ja ulkoiluttamista. Nämä tuentarpeet ovat heillä tässä elämäntilanteessa tärkeitä. Yksinäisiä vanhuksia vaivasi turvattomuus, jolloin heillä nousi esiin sosiaalisen kanssakäymisen tarpeet. Haastateltavilta tiedusteltiin heidän kotihoidon palvelutarpeita ja miten he voivat vaikuttaa palvelujen saantiin.

H: Saatteko itse päättää asioistanne ja vaikuttaa asioihinne kotihoidon palveluista päätettäessä?

V: No suurin piirtein, [Nii] mutta esimerkiksi toi joka on minun mielestäni ikävää, että tämä kodinhoitaja VAIHTUU, että minä tykkäisin, että olis sama ihminen aina ja VARMAAN MONI MUU TYKKÄIS SIITÄ, [Nii] että sama ihminen, mut se on joka paikkakunnalla ne vaihtuu [Niin on joo] () on uus ihminen. Olen kuullu siitä, että muillakin paikkakunnilla niin ne tykkäis, hh kun kävis yks ja sama ihminen [Niin varmaan] kai se on vaikeeta järjestää. [Nii, että onko se työjärjestely sitte siellä kyseessä]

H: Saatteko nyt niitä palveluita, mitä koette tarvitsevanne?

V: Kyllä, en minä tartte oikeastaan mitään, kun siivoojatkin käy ulkopuolelta ja eihän ne saakaan siivota ne kodinhoitajat. En minä tartte enempää apua, [Joo] mitä mä saan. (N4)

Haastateltava ei ole tyytyväinen, kun kodinhoitajat vaihtuvat jatkuvasti. Vanhus kokee, ettei hän tarvitse paljon mitään kotihoidon palvelua, koska siivous ei kuulu heidän työhönsä.

H: Miten kotihoidon palvelut toimivat mielestänne?

V: Kyllä ne muuten toimii, paitsi sitte tota se ajoitus on vähä sinne tänne ka, ku ne pitäs kaheksan jäläkeen tulla, mut väliin tulee yheksän jälkeen aamulla ja sitte illalla taas niiden pitäs tulla vähä vaille kaheksan, väliin menee ihan yheksään asti, joskus ne tulee seittemän jäläkeen, et se vaihtelee niin kauheesti se tuloaika [Joo, ettei ne pysty pitää sitä aikataulua] ei ne ei pysty pitämään. Mut ne on sanonu, että joka tapauksessa tullaan. (N5)

Haastateltava ei ole tyytyväinen, kun kotihoidon työntekijät eivät tule sovittuun aikaan. Omaiset ovat myös hoitorenkaassa mukana, mikä helpottaa haastateltavan selviytymistä kotona, joten työntekijöiden tuloaika ei ole senkään vuoksi minuutilleen tarpeen toteuttaa. Kuitenkin asiakkaan luottamus on vahva, että sieltä tullaan, kun on luvattukin.

V: No missä mä nyt tarttisn kukat ne kastelee ne kodinhoitajat ja pillerit pyörittää@ mä aina sano se on minun oman isäni sana se pillerinpyöritys ja nyt sitte leikkisästi sitä sanotaan, että pillerinpyöritys.

H: Nii on joo

V: Mutta en mä paljo muuta, mä yritän ittekin sitten sen yritän mitä mä suinkin jaksan.

H: Miten aamupuuro, keittääkö tytöt vai keitättekö itse?

V: Ei, ei kumpikaan.

H: Ai te (aurua) ette, että aamukahvin te itse keitätte?

V: *En mä joo [Joo] mä en juo aamulla mä syön yhden aamulla nimittäin lihapasteijan ja kupin teetä££ ja sitten jälkiruuaksi kupin murukahvia.*

H: *No tuota, ko ne käy aamulla täällä nii mitä ne tytöt täällä tekee?*

V: *No pillerin pyörittää, [Ai noi pillerit laittaa] mutta eihän minullakaan siivoojat käy minulle [Onko se ulkopuolinen joka] on ulkopuolinen.*

H: *Entäs pyykin huolto?*

V: *Pyykin lähetän tuonne Hyvin pesulaan.*

H: *Tytöt vie sinne, kotihoidon?*

V: *Joo*

H: *Kauppa-asiat?*

V: *Kaupassa käydään joka torstai, [Joo] että viikon (.) ruuat kerralla () sitten ja hyvin se riittää. Yhdeltä ihmiseltä kuluu niin vähän.*

H: *No kukas sen ruuan tekee lämpimän ruuan?*

V: *Se tuuaan valmiina.*

H: *Joo teille tulee valmiina [Mm] ja sitte te kai välillä lämmitätte iteki [Itse lämmitän mikrolla] Joo*

H: *Ja sitte illalla tuota niin tarvitteko te silloin apua ollenkaan*

V: *En*

H: *Kylvetys on kerran viikossa*

V: *Se on joka toinen viikko*

H: *Ai se on joka toinen viikko*

V: *Joo*

H: *Joo*

V: *En mä jaksa mä väsyn aikalailta siinä, että siinä on ihan tarpeeksi () [Nii joo ja iho kuivaa]. (N4)*

Tällaisia palveluja kotihoito antaa. Lisäksi asiakkailta on kotihoitoa tukevia yksityisiä palveluja mukana. Vanhusasiakkaat saavat kukin palvelutarpeidensa mukaista hoivapalvelua. Vanhuksen haastattelusta heijastuu se, kuinka kotihoidon antaman avun tarve on omatoimisuutta tukevaa. Kotona selviytymistä on tuettu vain niissä asioissa, mihin vanhus ei itse kykene. Sitoutuminen oman arjen pyörittämiseen luo myös virkistävää askareta, joka tuo myös päivään tiettyä rytmiä.

6.1.3 Maksullinen kotihoito

Seuraavassa haastattelussa asiakkaan kotihoidon maksuasias nousi vahvasti esiin.

V: *Esimerkki siitä, että yks kodinhoitaja rup- kyseleen multa , että olenko minä ilmoittanu tota bruttotulon siihen kodinhoidon kustannusten perusteeksi [Niin] minä sanoin, että ei ku nettotulot, ei ku se kuuluu ilmoittaa bruttotulot. Mä sanoin, että miten niin, koska*

bruttotuloistahan perii Valtionkonttori veron ja sitte, jos vielä sitä käytetään uudelleen perusteena, niin tällasta vammaistahan siinä tota rokitetaan kaksinkertaisesti samasta tulosta [Niin] otetaan vero ja sitte vielä käytetään perusteena kuitenkin [siihen maksuun] maksuun ja sitten sain yhteyden uuteen kansanedustajaan (nimi x) olin häneen yhteydessä ja hän pyysi lähettään mulle ne perustepaperit, mä sain ne (kotihoiton ohjaaja) valokopiot. Mä lähetin hänelle ja pyysin, että jos hän sais siihen asetukseen muutoksen siltä osin, että tota se peruste, missä sanotaan, että perusteena käytetään bruttotuloa, et se muutettais, että perusteena käytetään nettotuloa eli todellista sitä, mitä saa käteen.

H: Niin.

V: Ja hän lupas tutkia asiaa ja sitte koittaa vaikuttaa saadaanko sitä muutosta. Se on kai ministeri Hyssälän asioita. (N5)

Haastateltava ei ole tyytyväinen kotihoiton maksuperusteisiin, jotka hänen mielestään olisi hyvä tutkia myös valtion hallinnossa.

H: Miten koette, jos hoito- ja palvelusopimus tehtäisiin esimerkiksi määräajaksi, jos kunto onki parempi, nii sitte vähennettäis vaikka, siis määräaikaan?

V: Jos heillä siellä tilaa on, niin kannattaa heidän pitää tässä, koska mehän MAKSETAAN. (N2)

Haastateltava tiedosti hyvin kotihoiton maksut, myös palvelut olivat hänelle tärkeitä kotona selviytymisen tukena. Vanhuksen ajatuksena onkin, että eihän kotihoiton palveluja kannata vähentää, koska kaupunki saa korvauksen häneltä.

6.2 Kotihoiton palvelut ja asiakkaan voimavarat

H: Missä asioissa tarvitsette apua?

V: (puoliso: siinä se on lista tehtynä, kylvetyksessä)

H: Nii

H: Joo, kuin usein teillä nyt tällä hetkellä käy kotipalvelu sitte?

H: Käykö teillä aamulla

V: (puoliso: aamulla, päivällä)

V: Kaks kertaa, joo.

H: Mitä ne aamulla tekee täällä?

V: (puoliso: keittää tän puuron)

H: Joo, peseekö ne pyykkiä sitte?

V: (puoliso: kaataa mehua lasiin ja maitoa ja)

V: Nii toi pyykki nyt pantiin just hänen johdatuksellaan pyörimään.

V: (puoliso: Joo)

V: Sen hän niinku toivoi, että se pantais.
H: Joo, tuodaanko teille ruoka sitte?
V: (puoliso: ateriapalvelu tuo joka päivä [Nii just joo] keskellä päivää suunnilleen se tuodaan. [Mm])
H: No sit ne tulee päivällä käymään kans, kotihoidon työntekijä?
V: (puoliso: joo siis kahdeksan jälkeen aamulla ja sitte 12 jälkeen päivällä tulee se toinen käynti.
H: Mitä siihen sisältyy siihen käyntiin sitte?
V: (puoliso: ne on nuo lääkkeet on siinä sitte)
H: Huolehitaan sitte
V: (puoliso: joo)
H: Joo.
V: (puoliso: että se on niinku heidän tärkein teh- tehtävä ££ tuo lääkkeiden jako)
H: Hoidetaanko teillekin lääkkeet kans?
V: (puoliso: ei, minä hoidan itse ainakin toistaiseksi). (N6)

Pariskunnan mielestä kotihoidon tärkein tehtävä oli lääkehoito, josta kotihoidon työntekijät huolehtivan asiakkaan osalta. Kylvetys kuuluu hygienian hoitona perusasioihin, jotta asiakas saa tarvitsemansa puhtauden. Siivous on jäänyt kotihoidon työntekijöiden työstä pois, koska heidän työnkuvansa on muuttunut enemmän hoivan suuntaan. Kotihoidon palveluissa tuli esiin etenkin se, että hoitopalveluja ja kotihoidon käyntejä on vähennetty tarpeen mukaan, kun asiakas on kuntoutunut. Kotihoidon asiakkaan omat voimavarat on huomioitu, joten hänen arkeensa jää myös itsenäistä arjen askareita kuten ruoan laittoja ja pyykin huoltoa sekä naapuriapuna ulkoilua.

6.2.1 Ympäri vuorokautinen kotihoidon palvelu

Haastateltavien toimintakyvyssä on tapahtunut muutos fyysisen sairauden pahenemisen johdosta, ja osalla heistä on kotihoidon palveluita myös yöaikana.

H: No minkälaiseksi koette oman kuntonne?
V: Mulla on ihan hyvä kunto muuten, mutta jalat on nyt mennyt, kun menee ko se (fyysinen sairaus x) tulee niin, sit se kestää kauan, enneko ne jalat sitte paranee. Sen verran, että kohta mä lähden tuonne ulos [Joo] Mulla on sisällä tämmönen rollaattori ja ulkona on toisenlainen rollaattori [Niin te käytte ulkoilemassa] Joo [Itsekseen ihan] Juu.
H: Missä asioissa tarvitsette apua?

V: No, ne keittää aamulla mulle puuron, ne tuo mulle päivällä ruuat ja sitte suihkuapua tarvin [Joo] sitte tulee, yöllä käy hoitaja kattomass, ettei mulla oo mitään hätää.

H: Heräättekö te siihen?

V: En.

H: Jaha.

V: Silloin ko mää oon kipee, silloin mä tietysti herään, ne pistää ambulanssiin mut tota, mulla on (fyysinen sairaus x) huono.

H: Teillä on turvapuhelin?

V: Juu mul on tää joo.

H: Oletteko joutunut painaan?

V: No ei hh , no nyt syksyl mää oon ollu kyl hirveen usein tuol sairaalas. Nyt mää oon ollu kaks viikkoo kotona ja ei oo ollut minkään näköstä kipua eikä vaivaa. (N7)

Haastateltavalla on ympärivuorokautinen hoito kotona selviytymisen turvana. Toimintakyvyn muutoksen aiheuttama akuutti sairaalahoido onnistui, kun vanhuksella oli turvapuhelin käytössä. Lisäksi yöhoitajan käynnit toivat lähes samat edut kuin jos olisi asunut palveluasunnossa tai vanhainkodissa. Oman tahdon ja rohkeuden turvin itsenäinen elämä sujuu vaikeista sairauksista huolimatta kotona. Realistinen elämän kohtaaminen on vanhuksen voimavara.

V: Nii mul murtu tuo, kun se siis tää..., joka on kiinni semmosessakuopassa (kuopassa nii) niin ne reunat murtu [Vai niin].

H: Onko teillä sen jälkeen sitte lisätty palveluita nyt tän vuoden, viimeisen vuoden aikana?

V: Silloin ei vielä ollukkaan palveluita muita kuin se päi- päivittäinen [päivittäinen käynti] sen jälkeen minä oon sinne tullu tänne niinku oikeen jokapäiväiseksi syö- syötilääks (naurua).

H: Nii just joo, mut tää on ollu tää runsaammat käynnit, niin kuin kauan teillä on nyt ollut suurin piirtein?

V: Yhden kerran sitä on lisätty, en minä osaa sanoa kuinka kauan.

H: Oottako te niinku sairaalassa ollu sitte siinä?

V: En minä oo muutako mikä on ollut pakko.

H: Joo.

V: Ei mullo mitään semmosta pakkoo ollu, et mä oon siellä nytki koemielessä ne pitivät, että saatiin tuota tää on niin tärkeä tää, (lääkkeen nimi) että se saahaan toimimaan oikeella aikaa niin seurannassa. (N2)

Haastateltavalle on lisätty kotihoidon käyntejä, koska hänen toimintakykynsä on muuttunut. Sairaalaan hän ei halunnut mennä kuin sitten vasta, kun on pakko. Tämä oli vahva tunne kotona asumiseen, vaikka toimintakyky on heikko. Kotihoidon runsaat palvelut edesauttavat selviytymistä. Tarkkaan suunniteltu lääkkeiden

antoaika on tärkeä osa hoitoa, jolla vanhus pystyi olemaan kotona. Jopa aamuvanhainen hoitajien käynti on välttämätön, jotta vanhus kykeni asumaan kotonaan. Yksilölliset räätälöidyt palvelut edistivät kotona selviytymistä toimintakyvyn alenemisesta huolimatta.

Seuraavassa haastateltava kertoo, miten hän on toiminut kotona ja joutunut akuutin sairauskohtauksen vuoksi sairaalaan.

V: () Kaks viikkoa ollut kotona.

H: Joo, minkälainen sairaus, ootte ollu jonku aikaa siellä?

V: (fyysinen sairaus x), että mä niinku (.) meni taju kankaalle ja täältä mun löysivät sitte ambulanssimiehet.

H: Vai niin.

V: Mulla on tämä.

H: Turvapuhelin sitte.

V: Minä en tänä päivänä tiedä, kuinka minä älysin painaa sitä.

H: Te ootte varmaan painanu sitä, ku on ruvennu heikottaa sitte.

V: Nii vissiin, mutta mää en muista sitä, minä ihmettelin kolme ambulanssimiestä (naurua) tuossa pyörii. (NI)

Haastateltava on hämmästynyt, kun hän on hoksannut hälyttää turvapuhelimella apua ennen sairauskohtausta ja saanut ensihoidon kotiinsa. Kotihoidon työntekijöillekin on henkisesti helpompaa työskennellä sellaisten sairaiden vanhusten luona, joilla on turvaranneke. Kahdella muullakin vanhuksella turvaranneke on auttanut heitä sairaustapauksissa avun saamisessa, joten ensihoito toimii hyvin.

H: Olitteko te ihan vasta sairaalassa?

V: Olin (naurahdus) mie olin puol vuotta yhtäkyytiä melkein [Joo] täällä aina, aina tuota jotakin tuli jo uutta ja uutta ja taas mä olin kotona päivän pari kolme ja taas mut vietiin sairaalaan tänne.

[Jaha] Nyt££ vasta olen ollut kot- kot- koskas mää nyt tuln kotiin, ihan näinä päi- ei tästä oo kauaa [Joo] montaa päivää ole, ku mää oon sillalaila, että olin yällä pudonnut sängystä tuosta, omastani ja ja makasin lattialla aamulla kaheksan aikaan, kun hoitaja tuli, niin mää olin pää sängyn alla, makasin siellä enkä tiennyt mittään. Olin ihan tajuton. [Vai niin] Neljä päivää olin siis ihan semmonen, että en puhunut, sitte rupesin. Sitte minut oli viety sairaalaan tonne ja siellä sitte se (nimi) mikä Ville se oli se lääkäri se [Niin terveyskeskuslääkäri] joo terveyskeskus [Joo] nii [se kotiutti sitte] nii tuota niin se tuli sitte yks aamu minun tykö, neljäntenä aamuna sano sitte, että @MITÄS TÄNNE KUULUU sano oikein kovasti niin. Minä sanon, että ei mittään erikoista. @Ai jaha, täällä osataaki puhua, ko mie en osannut puhuakkaan. [Nii se oli hyvä] Enkä ole osannut paljo

kävellä, mulla on ollut pyörätuolit, rollaattorit ja kaikk ja kyllä mua nyt kävelytetään nyt tässä. [No niin] Että kyllä mie hiljalleen täst ruppeen vissiin toipumaan, mutta vaikeeta, mutta eihän sitä minusta pitänyt puhua. (N 8)

Vanhus on ollut useaan otteeseen sairaalassa. Yhtenä aamuna hoitaja oli löytänyt hänet kotoa tajuttomana lattialta ja toimittanut ambulanssilla sairaalaan. Kuntoutuminen on hyvällä alulla, kun kotihoito ja apuvälineet ovat olleet edistämässä toipumista.

Muiden haastateltavien puheista tuli esiin se, että heillä olisi tarve saada kotihoidon työntekijään tai lääkäriin yhteys myös yöaikaan. Molemmilla haastateltavilla pariskunnilla on perheen antama tuki yöaikaan turvaamassa kotona asumista. Läheinen ihminen luo turvallisuutta kotihoidon palvelujen lisäksi ja lisää mahdollisesti myös kotona asumisen vuosia.

6.2.2 Kotihoidon asiakkaan kuntoutuminen

V: ...Mä yritin kerran jutella siitä, katoko mua on koitettu kuntouttaa [Nii] vähän, että olis kotihoitaja tuolla tukena tuolla takana, ku minä rollaattorilla kävelen nii se ei kuulu kuulemma kotihoitajien työhön ja sitte he pelekää sitä, että jos mä kaadun niin he ei mahda mitään sille niin. Mä sitte ilmoitin, pyysin ilmottaan, että ei tarvi sitte mitään semmosta heidän tukee, vaan toi yks kodinhoitaja toi yksityinen se kyllä auttaa. (N5)

Haastateltavan kuntouttaminen ei kotihoidon työntekijältä toteutunut. Ammatti-ihminen tekee sen, mihin hän kykenee ja mitkä ovat kuhunkin työhön määritellyt tehtävät. Kunnallinen kotihoito on priorisoinut tehtävät tarkasti, mitä kuuluu ja saa tehdä. Yksityisellä arenalla on joustavimmat ja monipuolisemmat työtavat.

H: No minkälaiseksi koette oman kuntonne tällä hetkellä?

V: No eihän se mikään kehuttava ole, mutta onhan edistystä tapahtunut, että mä pääsen jo tolla () vaikka sängystä pois ja pääsen sänkyynki, no siinä on hoitaja aina ollut mukana ja sitte tossa pääsen jo paremmin ylös seisomaanki ja käyn jumpassa, jossa tota tätä ylösnousua on harjoitettu ja siellä ne pitää kirjaa siitä miten monta kertaa tekee, niin mää oon sanonu, että kuule pistä vaan, että 40 kertaa a` 100 kiloo (naurua). (N5)

Haastateltava on päässyt kotihoitoon pitkäaikaisen sairaalahoidon jälkeen. Kuntoutuminen on hyvällä alulla, ja arjen sujumiseen tarvitaan monipuolinen turvaverkosto kotona selviytymisen tueksi. Oma aktiivinen orientoituminen kuntoutukseen edistää kuntoutumista.

H: Miten koette kotihoidon palveluiden vähentämisen tai siitä luopumisen, jos ei enää ole kotihoidon palvelun tarvetta?

V: No se on vaikea, [Niin] sitte ei tulis toimeen.

H: Joo.

H: No sitten, voisiko joku muu taho hoitaa virkistystoiminnan ja ulkoiluttamisen kuin kotihoito?

V: Tietysti mulla on tää () lumikelit niin silloin ko mä muutin tähän, niin kyllä mä rollaattorilla tossa. Mää en oo rollaattoria tarvinnu niin täällä sisällä ollenkaan nyt, kun tuo (fyysinen sairaus x) tuli kipeeksi se on ollut tuossa eteisessä. Nyt mun tyttö otti sen tohon käyttöön, kun mun oli vaikee kävellä, mä tuln toimeen ilman rollaattoria. (N3)

Kotihoidon palveluita ei voisi vähentää, koska ilman hoitajien apua haastateltava ei tulisi toimeen. Vanhuksen apuvälineistä rollaattori on tosi tärkeä sekä sisällä että ulkona liikkeessä. On helpompi liikkua itsenäisesti, ettei tarvitse ulkopuolista avustajaa taluttajana. Omaa kuntoa ja selviytymistä selvitetään rollaattorin käytöllä.

6.3 Hoitajan ja asiakkaan kohtaaminen

V: Vaihtuu, vaihtuu JOKA PÄIVÄ nytkin omahoitaja on ollu lomalla viikon, tulee huomenna vissiin töihin ja JOKA PÄVIÄ on eri ihminen.

H: No eihän niitä opi EDES TUNTEMAAN kunnolla.

V: Ei.

H: Muistatteko osan nimiäkään?

V: EN muista ja minä olen myöskin, minä olen saanut vanhan ajan kasvatuksen minä en osaa SINUTELLA en niitä MINÄ käytän sukunimeä.

H: Vai niin, jaa.

V: Vaik en mä yksinkertaisesti en osaa, se on niin veressä se kasvatus, minkä on lapsesta asti saanut, että en mun täytyy kysyä monta kertaa, että mikäs teidän sukunimi on. En minä tiedä kenenkään nimiä [Joo] niitä on niin monta. [No on niitä paljo sitte]

V: Parikymmentä niitä vissiin kaikkiaan on, en mä (). (N4)

Hoitajien jatkuva vaihtuminen on todellinen haaste kotihoidolle. Asiakas ei tiedä kuka seuraavana päivänä tulee hoitamaan häntä. Haastateltavien kertomuksista voidaan päätellä, että kotihoidon ryhmät ovat liian isoja. Hoitotiimeissä on liian paljon asiakkaita, koska henkilöstö vaihtuu jatkuvasti. Arvokas suhtautuminen kotihoidon työntekijöihin ilmenee kohteliaana teitittelynä.

H: No minkälaisena ylipäänsä koette vuorovaikutuksen hoitajan kanssa?

V: Kyllähän niitten kanssa pärjää.

H: Et voi, tulee keskusteltua sitte, ihan voitte vapaasti kaikista mikä painaa.

V: Kaikista keskustellaan. Tässä oli hauska juttu, kato ku toi sukupuolihormooni aiheuttaa minulle niitä vaihdevuosi -ilmiöitä [naurua] niin tulee hiki päähän aina, se tulee ihan millon vaan ja sitte yhden iltahoitajan kans oli puhetta nii hän sano, että hänellä on kans vaihevuosi-ilmio. [naurua] Sitte tuota, milloin se olik se eilen vai toissapäivänä nii, mää kysyin, että kukas tulee taas illalla se sano sen nimen enhän mä enää muistanu kuka se on, sitte se sano, se@ jolla on niitä vaihdevuosia kanssa .[naurua] Sitte mä kerroin sille, ku se tuli, että mä sain viestiä, että mua tulee tänään hoitaan semmonen, jolla on vaihdevuodet, niin se sano, et juu hän kerto siellä terveyskeskuksessa siellähän on paljo niitä hoitajia [Noo niin] hän löysi jo tota sairaskaverin, jolla on kanssa vaihdevuodet (naurua). (N5)

Hoitajan ja asiakkaan hyvästä vuorovaikutuksesta kertoo edellinen haastattelun pätkä, kaikista asioista on mahdollisuus keskustella. Huumori rikastuttaa kanssakäymistä, sairaudestakaan ei aina jaksa puhua vakavasti. Asiakas on kiinnostunut siitä, kuka tulee illalla hoitamaan. Hän ei koe pahana vaikka onkin uusia hoitajia, päinvastoin virkistävänä, vaikka tutun hoitajan tapaaminen tuo turvallisuutta.

Haastateltavat vanhukset kokevat pääsääntöisesti saamansa kotihoidon palvelun hyväksi. Vuorovaikutus hoitajien kanssa on avointa ja huumoriakin löytyy. Mutta hoitajien jatkuva vaihtumien koettiin ristiriitaisena. Vanhukset ovat havainneet hoitajien kiireen, mikä huolestuttaa heitä. Eroavaisuuksia koettiin hoitajien työtavoissa, osa on tosi tarkkoja ja tekivät hieman enemmän kuin toiset kodin askareista. Vanhuksia kannustettiin omatoimisuuteen, mikä huomioitiin myös kotihoidon palvelujen vähentämisenä.

Arjen sujumisen perusasiat ovat kunnossa. Aamu alkaa useimmiten aamupuuron keitolla ja lääkkeiden jaolla. Samalla tuli selvyys asiakkaan jaksamisesta ja arjen sujumisesta. Kahdella asiakkaalla on yökäynti, jonka avulla he kykenevät asumaan kotona. Aamuvarhaiset hoitajien lääkkeiden annot auttoivat myös erään vanhuksen toimintakyvyn ylläpitämistä mahdollistaen näin aamulla liikkumisen. Hoitajien vastuullisuus korostui, vanhukset luottivat heidän antamaansa palveluun, vaikka joskus joutuivatkin vähän odottamaan heidän tuloaan.

6.3.1 Omahoitaja vanhusten auttajana

Haastateltavista viisi kertoi, että heillä on omahoitaja ja yhdellä heistä on kaksikin. Kolmella haastateltavalla ei ole omahoitajaa ollenkaan. Seuraavat haastattelut osoittavat, että vanhukselle on todella tärkeä omahoitaja, jonka he toivoivat pysyvän samana henkilönä eikä vaihtuvan.

V: Se oli toi (hoitajan nimi) oli alakuun omahoitaja [Joo] ja meille tuli erimielisyyttä niistä [narisee vähän tuo pyörätuoli] niistä perusteista@ ja sitte se lopetti käynnin ja mää sitte soitin sille (kotihoidon esimiehelle), sanoin, että se suuttu varmasti minuun @ EI HOITAJA SUUTTU, EI SE SAA SUUTTUA, ei sitä sen jälkeen näkynykkään. Nyt se tuli viime viikollaks se tuli, yhtenä iltana tänne ja tuossa ovella ja otti kaulasta kiinni. Mä sanoin, ethän sää oo enää vihanen (naurua). (N5)

Omahoitaja on tärkeä vanhukselle, koska ilot ja surut jaetaan tutun ihmisen kanssa. Inhimillinen väärinymmärrys on mahdollista myös asiakas-työntekijä -suhteessa. Huumori auttaa useinkin ja lämmin aito kohtaaminen on molemmin puolin tärkeää.

H: Onko teillä omahoitaja?

V: On ja mulla oli erinomainen omahoitaja ja mä oon monet itkut itkeny sitäkin, kun se otettiin minulta pois, mutta kun siitä tuli joku semmonen mikä jako piirijako [Nii, että ne vaihto paikkaa]. Nii, että se oli pakko menettää[Joo]. Mutta monet itkut olen itkenyt, kun hän niin monta vuotta oli mulla ja niin ihana ihminen ja hänelle ei tarvinnu sanoa mitään tekemisistäkään, hän näki itte, mitä tarvii tehdä, että ei häntä koskaan tarvinnu ohjata. (N4)

Haastateltava oli kiintynyt omahoitajaansa ja joutui sitten luopumaan hänestä, kun kotihoito organisoi palvelujaan uudeksi aluejaoksi. Kotihoidon työntekijä tuntee

hyvin asiakkaansa, joten työt sujuvat erinomaisesti, työntekijän itseohjaus toimi ja vanhus on tosi tyytyväinen saamaansa hoitoon.

6.3.2 Turvallisuus ja asiakaslähtöisyys

H: Koetteko elämänne turvalliseksi kotona?

V: Kyllähän ne illat on niin hurjia olla yksin että (.) [Siinä tuntuu] siinä tuntuu aivan se on huoneistokohtainen tää asukas (Joo), että mulla ei oo tässä muita kavereita. (N2)

H: No koetteko elämänne turvalliseksi kotona?

V: Joo, kyllä

H: No mihin tarpeeseen kotihoito vastaa ja mihin ei?

V: No mä en oo muuta tarvinnu, ku nuo lääkkeet ja sitte aika paljo ne tekee täällä. Aamulla ne keittää mulle puurot, vaikei tarttis enää. Mut ko tyttö sano, et mä oon kerran pyörtynyt tuohon hellan etteen, ett mää poltan itteni, ja et ne tekee ne puurot, mutta viiden ruuan mä teen itte. (N7)

V: ...NE EIVÄT ULKOILUTA, täytyy jonkun muun hoitaa. (N6)

V: Niin: katon ja sitte käyn kylässä, niinku eilenki Kankurikadun tuo rouva työnsi mua pyörätuolis ja huomen lähetään torille se sano, että hän työntää mua mä sanoin, et sä millään jaksa, mut juu kyl hän jaksaa [Vai niin] se on niin paha se mäki [No se on iso joo] katotaan nyt [Nii] Jos on nätti ilma. (N7)

Kotona asumisen turvallisuus on tärkeä asia arvioitaessa kotona asumista. Haastateltavista suurin osa eli kuusi kokee kotona asumisen turvalliseksi, kuitenkin kahden yksin asuvan vanhuksen haastattelussa tulee esiin vahva turvattomuuden tunne. Naapuriapu ja omaisten antama apu korostuvat vanhusten haastattelussa. Niitä ilman ei kotona asuminen sujuisi, ainakaan niin hyvin kuin nykyisin. Hyvät ystävät ja naapurit koetaan tärkeänä voimavarana elämän arjessa. Virkistystoimintaan ja ulkoiluttamiseen ei kotihoidolta löydy aikaa, vain vanhusten hoitotyöhön ja muuhun auttamiseen.

H: Koetteko elämänne turvalliseksi kotona?

V: Nii täällä ((vanhusten asunto)) kyllä, mutta enhän mä missään olis turvalliseksi tuntenu itteeni, jos mun olis pitänyt jäädä sinne omaan kotiin. Mulla oli omakotitalo (naurua) missä oli tuota neljä huonetta kaikkiaan nii MITÄ MIE OISIN SIELLÄ TEHNY. (N8)

Turvallisuutta lisäsi vanhasta kodista poismuutto nykyiseen asuntoon, joka vastasi haastateltavan toimintakykyä.

V: En mä o sinne tarvinnu, ku mä en halua vielä vanhainkotiin.

H: Nii eikä päivätoimintaa että?

V: En ole mitään, meillä on tässä tää päiväkeskus, mutta ehkä mä huomenna tarvin, mutta se on suoraan sanon niin lapsellista touhuu, meijät pannaan niinku leikkikouluasteelle. [Nii ett se ei se tuntuu siltä]. (N3)

V: No se on tietysti semmosena mörkönä pelkää sitä, kun ei vaan joutuis.

V: Koti on paras [Joo] se on kaikkein paras siinä se. Kyllä minä olen niin kiitollinen, kun minä saan tänään sanotaan huomisestahan ei kukaan tiedä nuorempikaan, [Ei niin] et saan tänään vielä olla ootona. (N4)

V: AH AH ko mie en tule semmoseksi.

H: Entäs lyhytaikaishoito vanhainkodissa tai palvelukeskuksessa?

V: Ei missään ko TÄSSÄ.

H: Nii, että on ihana olla kotona?

V: Tää on olla ihana, niin kauan ko vaan suinki jaksaa, niin kaikkei paras olla tässä.

V: No kyl mä olen siitä kuullut, mut en mä semmosiin lähe, kun en minä jaksa seurustella semmosissa paikoissa. (N8)

Kotihoidon palvelut mahdollistivat kotona asumisen, joten laitoshoido ei koskenut haastateltavia itseään palvelumuotona, eikä siitä edes haluttu puhua. Elämän rajallisuus ilmenee vanhusten haastatteluissa. Vanhainkotia ei ole tarvittu eikä sinne haluta muuttaa. Kaikilla haastateltavilla on toiveena jatkossakin asuminen omassa kodissa, joka on paras ja ihana paikka asua. Haastateltavat tiesivät mahdollisuudesta saada päiväkeskuspalveluja, mutta päiväkeskuspalvelujen laatuun ei yksi haastateltava ollut tyytyväinen. Toiminnallista palvelua haastateltavat eivät juuri kaivanneet, omassa elämässä on kyllin ja sitä seliteltiin muun muassa ystävillä ja muulla oman arjen touhulla sekä sillä, ettei jaksa enää osallistua päivätoimintaan.

6.3.3 Toimintakykyä tukevat palvelut

Kuntoutustoiminta on monipuolisesti järjestetty muun muassa sitä tarvitsevan haastateltavan toimintakyvyn ylläpidon ja edistämisen mukaisesti. Kuitenkin kotihoidon työntekijöiltä ei löytynyt yhden asiakkaan toivomalla tavalla

kuntoutuksen työtettä. Kodin muutostöiden järjestämisessä ilmeni puutteita, kehittämistä tarvitaan, niin että asiakkaan ei itse tarvitse kaikkea hoitaa.

V: Mulla on vissiin kaikki tuet.

H: Se erityishoitotuki?

V: Kyllä.

H: Joo, entäs kuljetustuki?

V: Joo mulla on sotekortti, että mä pystyn invataksilla, mulla on 17 matkaa kuukaudessa annettu. (N3)

V: Sitä varmaan hopotettiin lähteen pois, ko ei ollut kunnossa kaikki tää. [Nii mut, sitte ku tulitte kotiin niin oliko täällä ihan] ei ollut kunnossa kaikki [Ei ollut kunnossa kaikki]. (N5)

Kelan eläkkeensaajan hoitotuesta ei ollut kaikilla haastateltavilla varmuutta. Omainen hoitaa osan asiakkaiden asioista. Taksikorttia ei ollut kaikilla vanhuksilla käytössä. Kotihoidon työntekijöiden työ painottui etupäässä vanhusten hoidolliseen palveluun kuten lääkkeiden jakoon, kylvetykseen ja aamupalan huolehtimiseen sekä arjen sujumiseen. Turvallisuuden tunne on merkittävä kotihoidon työntekijöiden tuoma emotionaalinen tunne kotona asumisessa. Sosiaalityöntekijä on ollut muutaman asiakkaan kanssa tekemisissä. Ainoastaan vammaispalveluihin liittyvät asiat sekä toimeentulotuen hakeminen tulivat esiin sosiaalityöntekijän työnä.

6.4 Asiakkaiden palveluodotukset kotihoidosta

Kunnallinen kotihoito palvelujen tarjoajana on suurimmalle osalle haastatelluista tuttu palvelumuoto kotona asumisen turvaamisessa jo pitkältä ajalta. Lähes kaikki asiakkaat ovat joutuneet muuttamaan vanhusten asuntoon, koska heidän kotinsa ei soveltunut enää asumiseen heidän toimintakykynsä muutoksen johdosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestäytyivät hyvin akuuteissa tilanteissa vanhusten joutuessa sairaalaan ja heidän sieltä kotiutuessaan. Osalla haastateltavista on kotihoidon palveluja ollut jopa kymmenen vuotta, joten heillä on kokemuksia kotihoidon asiakkuudesta pitkältä ajalta. Kotona asuminen koettiin erittäin tärkeänä. Sosiaalinen kanssakäyminen ja osallistuminen kodin ulkopuoliseen elämään ovat vuosien varrella vähentyneet huomattavasti ja osalla haastateltavista elämä on muuttunut hyvinkin yksinäiseksi.

6.4.1 Tiedonsaanti palveluista ja asiakkaaksi tulo

Haastattelussa mukana olevat vanhukset ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä ensi kokemuksiinsa kotihoidosta.

H: Mistä saitte tietoa kotihoidon palveluista?

V: Veteraanitalolla oli sellanen ku päiväkeskus pidettiin siellä, kävin ja siellä kuulin. (N 1)

Haastateltava on osallistunut vanhuksille järjestettyyn tilaisuuteen päiväkeskuksessa ja saanut siellä tietoa kotihoidon palveluista.

V: (.) Jaa, kyllähän sitä aina tuolla jossaki, jossa useampi omaikäinen ihminen on, niin keskustellaan niin, että en osaa sanoa ihan tarkkaan mistä mä sen tiedon oon ().

H: Miten pääsitte asiakkaaksi?

V: Mitenkä se nyt sitte oli, minä olin niin tuolla (hoitopaikka x) kahden viikon lomalla ja siellä sitte tapasin henkilöitä, jotka oli tämmösessä kotihoidossa ja minä ajattelin, että parempihan se tämä on kuitenkin ku joku muu laitos, että tämä kotona () mua hoidetaan tänne. (N2)

Haastateltava on kuullut kotihoidon palveluista ikäisiltään vanhuksilta lyhytaikaishoitojaksolla ollessaan. Kotihoito on hänestä tuntunut alun pitäen hyvältä vaihtoehdolta laitoshoitoon verrattuna. Hän on orientoitunut hyvissä ajoin kotihoidon turvin kotona asumiseen.

H: No miten te pääsitte asiakkaaksi, että tulikos se tän (fyysinen sairaus x) kautta vai onko?

V: No mä olin () mä asuin ((asuinalue x)) 16 vuotta sitte tuota (..) mulla kuoli kissa,, sit mä halusin tänne ko tai pojat halus, ku täällä ei oo kynnyksiä, ko mulla oli kylpyhuoneessa näin (näyttää) korkea kynnyks, mää kaaduin siinä pari kertaa ja (Joo) pojat rupes hommaamaan mua tänne ((vanhusten palveluasunto)) ja mä pääsin tänne ja täällä on hyvä olla.

H: No minkälainen kokemus teillä on asiakkaaksi tulosta?

V: Kerta kaikkiaan hyvä

H: No se on kiva kuulla

V: Se vaan, että näillä kodinhoitajilla (.) on HIRVEEN PALJON TYÖTÄ niit ei oo tarpeeksi.

H: Nii et se näkyy siinä. (N3)

Haastateltavan omaiset ovat olleet aktiivisia hankkimaan vanhukselle vanhusten palveluasunnon, jossa on esteetön liikkumismahdollisuus. Lisäksi kotihoidon palvelut alkoivat pyöriä, mikä on ollut omiaan lisäämään vanhuksen turvallisuutta yksin asumisessa. Huoli, mikä on lapsilla äidistä ja hänen selviytymisestään kotona, siirtyikin äidin huoleksi häntä hoitavia kotihoidon työntekijöitä kohtaan, kun heillä on niin paljon töitä eikä heitä ole tarpeeksi.

Lähes kaikilla tämän tutkimuksen haastateltavilla on kokemuksia sairaalan kautta kotiutumisen ja puolella haastateltavista ensimmäinen kontakti kotihoitoon toteutui sairaalan kautta. Koska haastateltavilla on paljon erilaisia sairauksia, he joutuivat usein turvautumaan ensihoitoon ja sitä kautta terveydenhuollon viranomaisten apuun.

H: Mistä saitte tietoa kotihoidon palveluista?

V: Kuule, mun miniäni rupes sitä hoitaa ja mää olin silloin täällä sairaalassa täällä Hyvinkäällä tos vanhas sairaalass ja sieltä lääkäri anto sitte todistuksen, että mää tarvin niinku. Mää asuin (kaupungin osa x), mut se oli neljännes kerroksess eikä ollu hissii, minä en näill jaloilla päässyt sitte kulkemaan.

H: Onko siitä pitkä aika ko te olitte siellä sairaalassa?

V: Ei, mää olin kolme kuukautta (fyysinen sairaus x) olin

H: Siitä on aikaa?

V: Siitä on aikaa monta vuotta (N7)

Haastateltavan sairaus aiheutti kotoa muuton, koska talossa ei ollut hissii. Miniä auttoi nykyaikaisemman vammaismitoitettun vanhusten asunnon hankinnassa.

V: Minä olen ollut eläkkeellä jo kauan [Joo] ja kotona asuin yksinäni. Mulla oli omakotitalo ja mä asuin siinä yksinäni, mieheni oli kuollu ja sitten ko mulla tää (fyysinen sairaus x) meni yhtenä yönä, niin mut veitiin aamulla (kaupunki x ja sairaala x) ja siellä minä olin. En minä ihan kahta viikkoo ollut, mut jotain sitä aikaa. Ja sit mut sieltä tuotiin suoraan tänne, ei tänne, vaan tommoseenko (hoitokoti x) se oli dementiapotilaitten hoito, sillä lailla vanhusten hoitopaikka. Oli semmonen kahdeksan hengen yksityissairaala taikka se hoitopaikka siellä mä olin kolme viikkoa, ennen kuin minulle saatiin tämä paikka ja sieltä mut tuotiin tänne. [Jaha, niin] Nyt minä olen ollut täällä, tulee hh juhannusviikolla kuus vuotta.

(N8)

Vanhuksen kertomana hänen akuutti sairastumisensa on johtanut väärän jatkohoitopaikan valintaan. Lyhyen laitoskierron jälkeen vanhus joutui luopumaan omasta kodistaan ja muuttamaan uuteen asuinympäristöön kotihoidon turvin.

H: No, miten te pääsitte asiakkaaksi?

V: Minä en tiää, lääkäri vissiin hommasi, koska lääkäri sano, että minä en kotiin saa mennä.

H: Minkälainen kokemus teillä on asiakkaaksi tulosta?

V: Täällä otettiin ihan ihanasti vastaan, mutta tietysti, mähän olin ihan hölmö, ko tää oli kaikki niin uutta. Mää olen ollut niin vähän sairaana, että mää en oikeastaan tämmösestä sairaaloista tiennyt muuta ko sen mitä minä on ollut ((sairaala x)) muutaman kerran, oliko neljä kertaa ko mää olen ollut siellä leikattavana ja että ne on ollut vaan semmosia sairaalareissuja, et oikeen mitenkään sairaana mää en ole ollut semmosena, kun nyt.

H: Nii joo

V: Nyt mulla on jo sitte käynyt ((uusi sairaus x)). (N8)

Haastateltavan kertomuksesta heijastuu myönteinen kokemus asiakkaaksi tulosta. Kotihoidon työntekijät ottivat erinomaisen hyvin hänet vastaan, kun hän pääsi sairaalasta kotiin. Luottamus lääkärin palveluihin ja kotihoidon palveluihin on muodostunut heti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saannin alussa. He ovat vastuullisia ihmisiä, jotka huolehtivat, kun en itse enää selviä omin voimin, on kerronnasta luettavissa.

H: Mistä saitte tietoa kotihoidon palveluista?

V: Kyllä minä sen sairaalassa sain, siellä tuota sosiaalihoitaja, tota mikäs sen nimi nyt oli?H: Ei se väliä sillä nimellä nyt

V: Sosiaalihoitaja kerto ja täytti niitä lomakkeita.

H: No miten pääsitte asiakkaaksi, (.) että oliko teillä se (fyysinen operatio x)?

V: Joo toi (fyysinen operatio x) otettiin niin sairaalassa niin, että se umpeutu ja sitte siellä tehtiin proteesi tai sen kautta tehtiin proteesi ja tota mitä siinä oli se loppuosa.

H: Että miten pääsitte asiakkaaksi?

V: No se meni jotain virallisia teitä ne kulki ne yhteydet

H: Minkälainen kokemus teillä on asiakkaaksi tulosta, tähän kotihoidon asiakkaaksi tulosta?

V: No eehän minä voinu siihen mitään vaikuttaa, mut tuotiin tänne vaan invataksilla vissiin ja peti oli tuossa valamiina ja sitte oli tehty näitä osittain näitä kodin remonttitöitä, muttei kuitenkaan riittävästi.

H: Joo

V: Niissä oli puutteita paljo

H: Onko ne saatu korjattua?

V: On juu, kynnykset saatiin sit poistettua ja tuo ulko-ovi tehtiin. Se täyty tilata, ko se on lämpöovi ja siinä on lämpölasi ja sitte tonne tehtiin toi liukusilta, mitä pitkin pääsee ulos. (N5)

Haastateltava sai tietoa kotihoidon palveluista sairaalan sosiaalihoitajan kautta vaikean sairauden myötä. Asiakas koki, ettei hän voinut riittävästi vaikuttaa kotiutukseen. Kodin muutostöiden aiheuttama harmi näyttäytyy asiakkaan tyytymättömyytenä saamiinsa vammaispalveluihin.

H: Kotihoidon palveluista, että mistä saitte tietoa, oliko se sairaalassa?

V: (puoliso: varmaan siellä, kun kesällä oli tuo () (fyysinen sairaus x)ja sieltä jatkohoidettiin ja terveyskeskussairaalassa oltiin.

H: Joo niin sairaalan kautta?

H: No minkälainen kokemus teillä on asiakkaaksi tulosta, kun teillä alko käymään kotihoito?

V: Kyllä he ovat hyvin palvelleet

H: Saitteko alusta asti niitä palveluita, mitä itse koitte tarvitsevanne?

V: Kyllä varmaan

H: Ja kuinka kauan olette olleet kotihoidon asiakkaana? Onko se puoli vuotta?

V: (puoliso): minä olin kuukauden verran sairaalassa niin, silloinhan se alko se kotihoito käymään. (N6)

Haastateltavan puoliso joutui sairaalaan, jolloin tarvittiin kotihoidon palveluita. Puoliso on ollut siihen asti kotona selviytymisen tukena. Pariskunta on elänyt yhteistä elämää pitkään, mikä on edistänyt kotona selviytymistä, mutta sairaudet toivat mukanaan avun tarpeen.

V: Kymmenen vuotta sitten mieheni (.) kuoli.

H: Joo, että yksin sitte ootte ollu tässä?

V: 60 vuotta oltiin aviossa [Joo se on pitkä aika] minä vielä joka päivä itken (itkua) ikävissäni.

H: No mistä saitte tietoa kotihoidon palveluista?

V: Voi että, kun en enää muista [- Nii just] siitä on 10 vuotta. [Joo] Mutta sen jälkeen mä, olisko täällä käyny joku kodinhoitaja tai joku [Joo no onk-] sen jälkeen sitä mulla on tullu ku mieheni kuoli, että mä jäin yksin < >

H: Minkälainen kokemus teillä on asiakkaaksi tulosta, että onko jäänyt mielikuvaa?

V: Ihan hyvä kokemus ne on kaikki ystävällisiä ihmisiä ja [Joo]

H: Saitteko alusta asti niitä palveluita, mitä itse koitte tarvitsevanne?

V: Oikeastaan? sainkin (N4)

Haastateltavan puolison kuoleman jälkeen vanhus on asunut yksin kerrostaloasunnossaan. Hänellä on hyvä kokemus asiakkaaksi tulosta. Kotihoidon palvelujen saantia haastateltava vähän empii, siihen voi toki vaikuttaa se, että on pitkä aika palvelujen alkamisesta.

6.5 Yhteenveto: palvelutarpeen arviointi ja kotona asumisen tukeminen

Tässä tutkimuksessa tulee esiin, että kuudesta yksin asuvasta haastateltavasta vanhuksesta neljä joutui vaihtamaan asuntoa toimintakyvyn muutoksen johdosta. Vanhusten fyysinen sairaus alensi heidän toimintakykyänsä niin, että he eivät enää kyenneet asumaan entisessä kodissaan. Yhdellä haastateltavalla on jalkavaivoja, joten hän ei päässyt omakotitalossaan kunnolla liikkumaan ja joutui vaihtamaan asuntoa. Kahdella haastateltavalla miehen kuolema vauhditti omakotitalosta muuttoa, ja toisella heistä on lisäksi tapahtunut sokeutuminen. Yhden haastateltavan kotitapaturma ja leikkauksen yhteydessä tapahtunut halvaantuminen vaikeutti liikkumista sekä kodin kynnykset aiheuttivat kaatumisia, joten omakotitalosta muutto oli aiheellinen. Haastattelussa mukana olleet pariskunnat asuivat entisissä asunnoissaan, joista toiseen on tehty vammaispalvelulain mukaisia kodin muutostöitä kotona asumisen mahdollistamiseksi. Asuin- ja elinympäristön turvallisuus on haastateltavilla huomioitu, koska he vaihtoivat jäljellä olevan toimintakykynsä tason mukaiseen asuntoon.

Haastateltavien toimintakyky on voimavaralähtöisesti arvioitu. Arvioissa heidän terveystensä ja sairautensa sekä omat toiveensa ja asenteensa on huomioitu asunnon/kodin muutoksen yhteydessä. Sitoutuminen uuteen elinympäristöön on tapahtunut, ja se on edistänyt heidän kotiutumistaan uuteen asuntoon. Kotihoidon palvelut alkoivat tapaturman tai sairauden myötä sairaalasta kotiuduttua. Yhteinen sitoutuminen asiakkaan kotiutumiseen ja kotona selviytymiseen kotihoidon turvin on vanhuksen ja hoitajan välillä ilmeinen.

Kotihoidon hoitajan antama apu akuuteissa sairaustapauksissa on hyvä apu kotioloissa, ettei tarvitse aina lähteä sairaalaan, vaan näytteiden otto sujuu kotoa käsin ja siihen tarvittava lääkärin määräämä hoito. Turvapuhelin on auttanut haastateltavia akuuteissa sairaustapauksissa, ensihoito toimii hyvin. Vanhuksen

toimintakyky ja hyvinvointi rakentuvat siitä että heidän jokapäiväisen elämänsä toiminnot sujuvat ja arjen ympäristö vastaa heidän toimintakykyään. Kaikki haastateltavat vanhukset halusivat asua kotona, vanhainkoti koettiin kaukaisena asiana, eikä siitä edes haluttu keskustella.

7 ASIAKASNÄKÖKULMA KOTIHOIDON PALVELUISTA

Tämän tutkimuksen avulla selvitettiin vanhusasiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista. Tutkimuksessa on tarkasteltu miten hoitoneuvottelu ja palvelutarpeen arviointi sujuvat ja millaista tukea asiakas saa kotona asumiseensa.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että kotihoidon asiakkaat pitivät kotihoidon palvelua enimmäkseen hyvänä ja he olivat myös kohtalaisen tyytyväisiä omaan elämäänsä. Asiakkaiden näkemys kotihoidon palveluista oli se, että he saavat hyvää palvelua kotihoidon työntekijöiltä ja pääsääntöisesti muiltakin hoitoketjun toimijoilta. Kotihoito toimii Hyvinkäällä kohtalaisen hyvin, ja asiakkaat ovat pääsääntöisesti saamaansa palveluun tyytyväisiä.

Kotihoidon palveluista haastateltavat saivat tietoa yleensä sairaalakäynneillä ja yhteisissä tilaisuuksissa, jossa oli koolla ikäihmisiä. Jääskeläisen (2005, 148–149) tutkimuksen mukaan ammattihenkilön asiantuntijuus lievimmillään tiedon panttaamisena ns. paternalistisena suostutteluna voi ohittaa asiakkaan tiedon, mikä voi hidastaa kotona kuntoutumista. Asiakkaat haluavat tietoa heitä koskevista asioista ennakkoon, mikä edistää kotona asumista.

Asunnon vaihtaminen liikunnallisesti esteettömään vanhusten asuntoon tapahtui lähes kaikilla haastateltavilla. Turvapuhelimien ja kotiliesihälyttimien puuttumista ilmeni. Tähän on syytä kiinnittää huomiota, koska näillä apuvälineillä voidaan lisätä huonokuntoisten vanhusten kotona asumisen turvallisuutta. Toimintakyvyn arvioinnissa on hyvä huomioida myös vanhuksen asuminen, tiedollinen ohjaus ja neuvonta sosiaalisena tukena.

Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat hyvin tietoisia heitä koskevista palveluista ja myös siitä, mitä tehtäviä kotihoidon työntekijöille ei kuulunut. Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä on hyvä tuoda esiin kunnallisten palvelujen lisäksi myös yksityiset palveluntuottajat sekä palvelusetelin käyttömahdollisuus.

Vanhusten palvelutarpeen arviointi, palvelujen sisällöt ja palvelutuotannon toimintaehdot tapahtuvat ruohonjuuritason koti- ja laitospalvelujen päätöksenteon toimintakentällä. Palvelujen päätöksentekoa määrittää kulloinkin vallalla oleva aspekti. (Ala-Nikkola 2003, 94.) Suomessa on vielä paljon hissittömiä taloja, mikä aiheuttaa etenkin liikuntarajoitteisille hankaluuksia asumisessa.

Kotihoidon asiakkuus alkaa usein sairaalan kautta ja asiakkaat ovat heikkokuntoisia, mikä aiheuttaa paineita sosiaalihuollon avohoitopalveluiden medikalisoinnille, kuten Rintalan (2003, 213) tutkimuksessa todetaan. Haastatteluun osallistuvat vanhukset olivat monisairaita ja paljon hoitoa vaativia asiakkaita, joista muutamilla oli ollut useita kertoja tarvetta ambulanssin ensihoitoon ja sairaalakäynteihin.

Asiakkaat haluavat asua mahdollisimman pitkään kotona ja toivovat saavansa nopeasti apua kotiin joko yksityiseltä tai kunnalliselta palvelujärjestelmältä. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38.) Samansuuntaisia tuloksia tuli esiin tutkimuksessani.

Rintalan (2003, 150) tutkimuksen mukaan vanhuksella katsotaan olevan resursseja toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta. Myönteisen vanhuskuvan näkökulmasta katsottuna vanhus itse on merkittävä voimavara ja resurssi, niin kuin näissä haastattelussakin tulee esiin.

Palvelujen laadun kannalta kotihoidossa on tärkeää, että asiakas saisi oman toiveensa mukaisesti samat hoitajat. Kunnallisen kotihoidon haasteita on kehittää palveluitaan yksilöllisempään suuntaan asiakaslähtöisesti. Etenkin hoitosuhteen alussa on hoitajan hyvä tietää vanhuksen elämänhistoriaa, jolloin hänen on helpompi ymmärtää asiakkaan arkea. Rauhalan (1983) ihmiskäsityksen mukaan ammatti-ihminen voi auttaa hoidettaviansa henkisesti, jolloin myönteinen hoitokokemus

edistää autettavia myös heidän sisäisen kokemuksensa kautta. Kantola ja Kautto (2002, 135) tuovat myös esiin ikääntymiseen liittyvän syrjäytymisen, minkä ehkäiseminen ennakkoluulottomasti yhteiskunnan palveluin tulee esiin myös tässä omassa tutkimuksessa.

Parjanne (2004, 25–26) pitää tärkeänä elinympäristön sosiaalisten verkostojen merkitystä, mikä tukee omatoimista selviytymistä. Tähän viittaa myös tutkimukseni kautta saadut tiedot. Aineistosta tulee esiin kotihoidon arki ja vanhusten elämä siinä heidän elinympäristössään, missä he asuvat. Kotihoidon palvelut ovat kuitenkin vain osa heidän arjessa selviytymisensä tukea. Lähes kaikilla haastateltavilla oli sosiaalinen verkosto, joka edesauttoi vanhusten kotona selviytymistä. Suurimmalla osalla haastateltavilla oli omia lapsia, joihin he olivat yhteydessä, mikä on vanhuksille positiivinen voimavara, vaikka he eivät olekaan fyysisesti läsnä arjessa auttamassa. Emotionaalisenä tukena haastateltavat saivat sukulaisilta empatiaa ja rakasta yhteydenpitoa. Matikaisen (1994, 11) mukaan elämänlaatuun liittyvän turvallisuuden tunteet ja elämykset sekä tunnerikkaat kokemukset edistävät kotona selviytymistä. Samansuuntaiseen tulokseen tulin tässä tutkimuksessa. Kotihoidon palvelut ovat ns. arjen tukena vanhuksen hoivassa, ja tuki saadaan hoitajilta tarvittaessa myös erikoistilanteissa. Lääkehoito oli kotihoidon yksi tärkeä työ, mikä tuli esiin haastatteluissa. Haastateltavilla vanhuksilla oli monia sairauksia, joten heillä olikin runsaasti terveydenhuollon palvelujen tarpeita.

Tuttu asuinympäristö ja sosiaalisen verkoston antama tuki olivat auttaneet kotona selviytymään, vaikka toimintakyky tai muisti oli heikentynyt (Häkkinen 2002, 33–35). Outisen ym. (1994) mukaan sosiaalisen tuen merkitys on osoittautunut tärkeäksi ihmisen elämäntilanteen, hyvinvoinnin ja koetun terveyden välisen yhteyden tutkimuksissa. Sosiaalisen tuen merkitys on tärkeä kotihoidon palvelun lisäksi, mikä tulee esille IKÄ-kuntoutus -tutkimuksessa (Ollonqist 2002,42–43.) Samaan tulokseen tulin tutkimuksessani.

Haastateltavista suurin osa koki hoito- ja palvelusuunnitelman vieraaksi asiaksi vaikka palvelut heillä sujuvatkin ihan hyvin, suunnitelman esiin nostaminen olisi tarpeen. Samantapaisiin tuloksiin oli tultu Helsingin kotihoidon tutkimuksessa. Lisäksi heidän tutkimuksessaan todettiin, että lähes puolet tarvitsi henkilökohtaisen turvarannekkeen, mutta muutamalla ei sitä kuitenkaan ollut. Lisäksi asunnon

muutostöissä oli ilmennyt lähes puolella asiakkaista tarpeita, mutta lähes viidennes (18%) ei ollut kuitenkaan saanut niitä. Siitä huolimatta asiakkaista kaksi kolmasosaa koki olonsa kotona hyvin turvalliseksi. (Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkila, Muurinen ja Manninen 2006, 37.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmasta on saatu hyvä vanhuksen hoitoonsa sitouttamisen keino (Rintala 2003, 150). Helsingin kotihoidon laatu ja kohdennustehokkuus sekä asiakkaan elämänlaatu -tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelman kirjaamisessa oli hoidon ja palvelun tavoitteet merkitty hyvin, mutta puutteita ilmeni asiakkaan hoitosuunnitelman päivittämisessä ja läheisten antamaan apuun liittyvissä merkinnöissä. Parannettavaa oli kirjaamisen suhteen asiakkaan asuinolojen, lähipalvelujen käytön ongelmien, turvalaitteiden tarpeen, terveydenhoidon, kivun hoidon, emotionaalisen ja psyykkisen sekä sosiaalisen tilan tukemisessa. (Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkila, Muurinen ja Manninen 2006, 54.) Vanhukset saivat ohjausta hoitajilta tai omaisilta, sekä heillä oli kunkin tarpeen mukaan kuntoutuspalvelua. Turvapuhelinasiaissa ilmeni myös puutteita, joten sen esiin nostaminen on tärkeää. Puutteita ilmeni sekä apuvälineiden saannissa että kodin muutostöissä jonkin verran. Toimeentulotukiasia ei ollut asiakkaiden haastattelussa merkittävä.

Jatkuvasti tai säännöllisesti annettavasta kotihoidosta määritellään kotihoidosta perittävä kuukausimaksu, johon vaikuttaa myös perheen koko, palvelujen laatu ja määrä sekä asiakkaan maksukyky. Henkilön bruttotuloina otetaan huomioon muun muassa eläketulot, korkotulot, osinkotulot, vuokratulot yms. säännölliset tulot. Palvelujen tarpeen, asiakkaan/perheen maksukyvyyn tai olosuhteiden muuttuessa kuukausimaksu tarkistetaan. (Hyvinkään kaupunki, 2006.) Tämä kotihoidon maksun uudistamisen tarve nousee esiin myös haastateltavien lausunnoista. Kantolan ja Kauton (2002, 128) mukaan julkisen sektorin kustannustietoisuutta, kilpailutaitoa sekä yhteistyötaitoa eri yritysten kanssa tarvitaan, jotta palvelut osataan tuotteistaa.

Kotihoidon työntekijöihin oltiin tyytyväisiä vaikkakin toivottiin, ettei olisi niin suurta vaihtuvuutta työntekijöissä kuin nykyisin oli. Samaan päädyttiin Helsingin kotihoidon tutkimuksessa, jossa todettiin, että kahdella kolmesta kävivät samat hoitajat, mutta 40 prosentilla työntekijöiden vaihtuvuus oli suuri. Kuitenkin sovittuja aikatauluja noudatettiin pääsääntöisesti, mutta joka kymmenes asiakas oli toista

mieltä. (Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkila, Muurinen ja Manninen 2006, 32.) Kotihoito toteutuu asiakkaan näkökulmasta kohtalaisen hyvin. Kotihoidon palveluissa esiintyviin puutteisiin voidaan vaikuttaa, kun toimintatapoja muutetaan asiakaslähtöisempään suuntaan.

Lisäksi voidaan todeta, että asiakasnäkökulman mukaan puutteita ilmeni muun muassa hoitohenkilökunnan hyvinvoinnin ja kotihoidon resurssoinnin eli riittävän henkilöstömäärän suhteen. Lisäksi ilmeni työnteon organisoimisen suhteen parantamisen varaa, koska työnteon rajaamista ilmeni ja kotikäynneillä oli hoitajien runsasta vaihtumista. Myös huoli kotihoidon työntekijöiden jaksamisesta nousi esiin useammassakin haastattelussa.

Hyvinkään perusturvan keskeiset painopistealueet vuosille 2003–2006 eivät ihan toteutuneet toivotulla tavalla vanhusten näkökulmasta. Kotihoidon palvelujen saatavuus ja laatu aineiston perusteella oli kohtalainen. Palvelurakenne oli monipuolinen, mutta asiakas saattoi joutua sairaalasta kotiutuessaan vaihtamaan moneen kertaan eri vanhusten hoitoyksikköä, ennen kuin löytyi sopiva vanhusten asunto tai palvelutalo, johon pääsi muuttamaan. Henkilöstö oli haastateltavien mielestä työnsä osaavaa, mutta heillä oli työn rajauksia, joten he eivät saaneet toteuttaa asiakkaan toiveita yksilöllisesti. Henkilökuntaa oli asiakkaiden mielestä liian vähän, mikä ilmeni henkilökunnan kiireenä ja usein vaihtuvina työntekijöinä. Asiakkaat luottivat siihen, että hoitajat tulevat, vaikka joskus joutuivatkin odottelemaan heidän tuloaan.

Vanhukset olivat tyytyväisiä siihen, että heillä käytiin myös yöllä heidän hoivan tarpeensa mukaan. Ympäri vuorokautinen hoiva auttaa kotihoidon asiakkaita kotona asumisessa. Monipuoliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut auttavat vanhusta kotona asumisessa, yhdistetty kotihoito on siinä yhtenä hoitorenkaassa mukana.

Helsingin kotihoidon tutkimuksessa tuli esiin se, että kotihoidon tulisi kiinnittää huomiota asiakkaiden yksinäisyyden lievittämiseen, masennuksen hoitoon, asiakkaan ulkonäköön, henkilökohtaisen hygieniaan ja myös kodin siisteyteen. Näihin samanlaisiin tuloksiin oli tultu myös viiden maan (Suomi, Ruotsi, Saksa, Englanti ja Viro) yhteisellä aineistolla. (Vaarama, Luoma, Hertto, Mukkila, Muurinen ja Manninen 2006, 51.)

Työntekijän sanotaan vaikuttavan auttamistyössään ammattinimikkeestään riippumatta psyykkisesti ja henkisesti. Hoitajan hymyn, ystävällisen ja rohkaisevan opastuksen potilas ottaa vastaan kokemuksellisesti. Adekvaatin auttamisen tulisi tajunnan kannalta vaikuttaa kehon prosesseihin, jotta siitä olisi hyötyä esimerkiksi kuntoutuksessa. (Rauhala 1983, 126–128.) Haastateltavat kokivat hoitajat huumorintajuiksi ja he kiintyivät omahoitajiinsa.

Kotihoidon palvelut sujuivat vanhusten mielestä ihan hyvin ja turvallisesti. Asiakkaat saivat ensihoidon kotiin, mutta osalta asiakkaista puuttui turvapuhelimia. Asiakkailla on palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä mahdollista tuoda esiin myös kodin turvalaitteiden hankinta. Kotitapaturmien ehkäisyyn on syytä kiinnittää huomiota.

Vanhuksen omista voimavaroista on psyykkisen toimintakyvyn ulottuvuus tärkein, koska ilman sitä turvattomuus olisi ilmeinen eikä kotona asuminen enää onnistuisi. Elämän rajallisuus ja kuolema tulivat esiin haastateltavien kertomuksissa. Henkinen vahvuus näkyy vanhusten elämän realistisuutena, mikä auttaa kotona selviytymistä.

Toimintakyky on perinteisesti määritelty fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykynä. Nykyiset toimintakykymittarit (RAVA ja FIM) eivät mittaa riittävän hyvin sosiaalista toimintakykyä. Tähän vanhuksen sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin tarvittaisiin oma mittari. Arkisen elämänmenon sujumisen eli ikääntyvän henkilön toimintakyvyn mittaamiseen tarvitaan uudenlaista tutkimustapaa. (Jyrkämä 2005, 3–4).

Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä elämäänsä, koska kotihoidon hoitajat olivat heidän tukenaan. Yksilöllisiä turvattomuuden kokemuksia kuitenkin ilmeni asiakkaiden vaikeiden sairauksien vuoksi.

8 POHDINTA

Valtakunnallisilla iäkkäiden henkilöiden hoivan ja palvelun laadun kehittämissuosituksilla voidaan jonkin verran vaikuttaa kotihoidon palveluihin niin, että ikääntyneiden asiakkaiden kotona asuminen mahdollistuu, vaikka heidän toimintakykynsä heikkenee. Kotihoidon palveluohjaus mahdollistaa asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnin laadukkaasti. Siinä huomioidaan asiakkaan oma näkemys palvelujen määrästä ja hoivasta. Kotihoidossa toimii ns. kotiutushoitajia, ja heidän kauttaan saadaan onnistuneita kotiutuksia sairaalasta, mikä ehkäisee liian varhaista laitostumista.

Tulevaisuudessa on kotihoidon palveluprosessien tutkiminen ihan välttämätöntä. Hoitohenkilökunnan saanti vanhuspalveluihin on vaikeaa, ja vanhusten palvelutarpeet yhä enemmän painottuvat terveydenhuoltoon. Kotihoidon työtehtävissä on sekä hoiva- että hoitotyötä. Hoivan vaikutukset saadaan selville kuntakohtaisesti palveluprosessien tutkimisen kautta.

Miten kotihoidon palvelujen laatu otetaan huomioon vanhustenhuollon palvelustrategioissa ja käytännössä asiakasnäkökulmasta? Kotihoidon palvelujen laatu huomioidaan vanhustenhuollon strategioissa ja käytännöissä niin, että taloudelliset asiat ovat kuntien päätöksenteossa mukana. Vanhustyön arvostus näyttäytyy myös resurssien vähäisyytenä. Kotihoidossa on useimmiten liian vähän henkilökuntaa, mikä tuli esiin myös tässä tutkimuksessa asiakkaiden näkökulmassa runsaina eri henkilöiden kotikäynteinä. Asiakas ei useinkaan tiennyt, kuka seuraavan päivänä oli tulossa hänen kotiinsa töihin.

Tämän tutkimuksen avulla olen pyrkinyt selvittämään yhdistetyn kotihoidon vanhusasiakkaiden palvelutarpeita, palvelujen sisältöä ja palvelutuotannon laatua asiakkaan näkökulmasta. Yhdistetyn kotihoidon tutkiminen sosiaalityön näkökulmasta voi tuoda uudenlaista suuntaa vanhusten palvelujen tuottamiseen tulevaisuudessa. Tutkimuksen teossa oli hyvä ottaa etäisyyttä omiin toimintaympäristöihin, joissa on työskennellyt, koska tutuissa työyhteisöissä on liian lähellä tunnetasolla. Kokemukseni 20 vuoden ajalta vanhus- ja vammaishuollon esimiehenä ovat olleet omiaan rikastuttamaan tutkielmaani muistojen valossa ja

teemahaastattelun tukilistan laadinnassa. Tutkimuksen teko oli mielenkiintoista, koska samalla sain tutustua aivan vieraaseen kaupunkiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistyneeseen organisaatioon, vanhustenhuollon yhdistyneeseen kotihoitoon.

Tutkittava ilmiö on mahdollista hahmottaa käsitteellistämällä sitä, ja siihen on paneuduttu tutkimukseen liittyvän teoreettisen orientaation avulla. Kotihoidon palvelujen tutkiminen vanhusten asiakasnäkökulmasta ja yhdistetty hoiva oli kiinnostukseni kohteena tutkimuksessani. Tutkimusaineistoni koostui kahdeksan vanhuksen teemahaastattelusta. Teemahaastattelu sopi mielestäni hyvin tämäntyyppisen tutkimuksen tekoon, koska tutkimusaineistona oli ikäihmisiä. Vanhuksia haastateltaessa on mahdollista myös tarkentaa kysymyksiä. Laadullinen tutkimus on mielestäni sopiva tämäntyyppisen tutkimuksen tekoon. Tutkimustuloksia yleistettäessä on hyvä huomioida tutkimusaineiston tulosten yhteneväisyys muiden vastaavien tutkimusten kanssa. Tutkimuksen rajaaminen on mielestäni riittävä, koska pyrin käsittelemään monipuolisesti kotihoidon asiakkaan näkökulmaa hänen saamistaan palveluista. Yhteiskunnallisen kannanoton vanhuspalveluihin olen tuonut esiin teoriassa. Tutkimuksen johtopäätöksissä on tuotu esiin kehitettäviä asioita, joihin on tarvetta paneutua.

Yhteiskunnan haasteisiin voidaan vastata ainoastaan ennakkoluulottomasti uudistamalla asiakaslähtöistä palvelua. Tutkimus on ajankohtainen; vanhustenhuollon kotihoito on saamassa yhä useammassa kunnassa vakiintuneen toimintamallin. Kuntien palvelurakenteita ollaan uudistamassa nopeasti, ja siinä nousee sosiaali- ja terveydenhuollon vanhuspalvelujen asiaksi etenkin yhdistetyn hoivan kehittäminen tärkeäksi.

Tutkimuksen pätevyys toteutuu, kun tutkimustulokset vastaavat hyvin tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta. Tutkimuksen yleistyksen, jotka ovat syntyneet tutkimuksen kuluessa ja jotka on esitetty tutkimustuloksina, ovat syntyneet tematisoidun kokonaisuuden kautta (Varto 1992, 103), niin kuin tässä raportoitavassa tutkimuksessa on tehty.

Rintalan tutkimuksen mukaan julkiset menot eivät näytä vähentyvän, vaikka vanhusten kotona asumista korostetaan, vaan päinvastoin lisääntyvän. Vanhusten

itseään määräämisoikeus ja asiakaslähtöisyys sekä omatoimisuuden ylläpito näyttäisivät vanhuspoliittisina tavoitteina toteutuvan paremmin historian valossakin. (Rintala 2004, 645.)

Vanhuksen äänen kuulemisen lisäksi tarvitaan hänen elämäänsä osallistuvien työntekijöiden ja esimiesten näkemystä kotihoidosta. Vanhustyö tarvitsee edelleen innovatiivisia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä. Nuorten saaminen kiinnostumaan vanhustyöstä onkin tulevaisuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuoltoalan oppilaitoksien ja työelämän edustajille. Jatkotutkimuksena mielestäni olisikin hyvä tutkia kotihoitoa työntekijöiden näkökulmasta. Olisi mielenkiintoista selvittää, miten kotihoidon hyvät käytännöt toteutuvat moniammatillisena työnä, jossa on mukana useita toimijoita kuten ammattilaisia ja organisaatioita.

LÄHTEET

Aaltola Juhani & Valli Raine (2001) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II

-näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä.

Ailasmaa Reijo ja Kuronen Raija (2006) Kotihoidon laskenta 30.11.2005.

Suomen virallinen tilasto. Tilastotiedote 12/2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Helsinki.

Ala-Nikkola, Merja (2001) Tietotekniset innovaatiot ja työn sosiaalinen

terveysalan käytännöissä. Satakunnan makropilotin seuranta- ja arviointihankkeen väliraportti. Tampereen yliopiston tietoyhteiskunnan tutkimuskeskuksen Työraportteja 15/2001. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Ala-Nikkola (2003) Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? etnografinen

tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampere University Press. Tampere.

Andersson Sirpa, Haverinen Riitta ja Malin Maili (2004) Vanhusten kotihoito

kolmesta näkökulmasta Teoksessa Yhteiskuntapolitiikka 5/2004 Stakes. Helsinki. 481–494 ja 491–492.

Eronen Anne, Londe`n Pia, Perälähti Anne, Siltaniemi Aki ja Särkelä Riitta

(2006) Sosiaalibarometri 2006 Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.

Eskola Jari ja Suoranta Juha (1996) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin

yliopisto. Rovaniemi.

Eskola Jari ja Suoranta Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen.

Vastapaino. Tampere.

Finne-Soveri Harriet (2007) RAI-tietojärjestelmän valintaosuus. Teoksessa
Itkonen Tarja, Lindman Kaija, Corin Harriet ja Noro Anja (toim.).
Kokemuksia vanhustenhuollon vartailukehittämisestä ja RAI-
tietojärjestelmästä. Stakesin työpapereita 8 /2007. 26 – 27.

Grönfors Martti (1982) Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. WSOY. Juva.

Hakala Tuula ja Niemi Marja (1999) 65 vuotta täyttäneiden kotihoidon

asiakkaiden lääkkeiden käytön yhteys koettuun yksinäisyyteen.
Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu –tutkielma. Jyväskylän
yliopisto. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä.

Helsingin Sanomat (2007) Tutkimus: Terveystieteiden laitos. Jyväskylä.

leikkauksia ja henkilökuntaa. Helsinki

Hirsijärvi Sirkka (1985) Johdatus kasvatustieteen filosofiaan. Kirjayhtymä.

Helsinki.

Hirsijärvi Sirkka & Hurme Helena (1997) Teemahaastattelu. Kirjayhtymä.

Helsinki.

Holma Tupu (2007) Ehkäisevät kotikäynnit vanhuskislle. Haettu url-osoitteesta:

http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;
Luettu 25.3.2008

Häkkinen Hannele (2002) Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn

tulokset sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Suomen

kuntaliitto. Helsinki.

Hyvinkään kaupunki. Kotihoito 2007. Haettu url-osoitteesta: [http://](http://www.hyvinkaa.fi)

www.hyvinkaa.fi. Luettu 8.10.2007.

Hyvään vanhuuteen. (2004) Haettu url-osoitteesta: www.hyvinkaa.fi. Luettu
21.2.2006.

- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö oppaita. ISSN 1236-2050, 2001:4. Haettu url-osoitteesta:<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaiset/ikaihminen/laatusuositus.htm>. Luettu 29.3.2006.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. haettu url-osoitteesta: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/ka1202801063405/passthru.pdf>. Luettu 4.2.2008
- Ikäihmisten sosiaalipalvelujen tarve arvioitava määräajassa. (2006) Haettu url-osoitteesta:<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/6139/index>. Luettu 1.3.2006.
- Isola Arja (1997) Grounded theory –menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Paunonen Marita ja Vehviläinen-Julkunen Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY – Juva. 174–186.
- Itkonen Tarja, Lindman Kaija, Corin Harriet ja Noro Anja (toim.) (2007) Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Stakesin työpapereita 8 /2007. Helsinki.
- Jalava Urpo ja Virtanen Pertti (1996) Laatu, innovaatio ja projekti. Hyvinvointipalvelujen kehittämisen ydinkysymyksiä. Studia. Tammer- Paino Oy. Tampere.
- Jyrkämä Jyrki (2005) Elämänlaatu, arki ja toimijuus. Teoksessa: Toim. Sarvimäki Anneli ja Syren Ilkka. Vanhusten arjen toimien tukeminen.. Seminaariesityksiä 12.–13.10.2004. Oraita 2/2005. 2–5.
- Jyrkämä Jyrki (2007) Toimijuus ja toimijatilanteet –aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen Marjaana, Karisto Antti ja Kröger Teppo. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-Kustannus. Juva. 195–218
- Järvinen Annikki ja Karttunen Päivi (1997) Fenomenografia -käsitusten kirjon kuvaaja. Teoksessa Paunonen Marita ja Vehviläinen-Julkunen Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY - Juva. 164–186.

- Jääskeläinen Antti (2005) Pakotteet ja vanhuksen itsemääräämisoikeus.
Teoksessa Kankare Harri ja Lintula Hanna (toim.) (2005)
Vanhuksen äänen kuuleminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
Helsinki. 145–155.
- Kantola Anu ja Kautto Mikko (2002) Hyvinvoinnin valinnat Suomen malli 2000–
luvulla. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Kauppinen Sari (2007) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2005. Suomen
Virallinen Tilasto Sosiaaliturva 2007. Stakes. Helsinki.
- Kauppinen Sari (2007) Vanhusten laitospaikat ovat Stakesin mukaan vähentyneet.
STT. Haettu url-osoitteesta: www.stakes.fi/tiedote. Luettu 26.8. 2007
- Koskinen Ilpo, Alasuutari Pertti & Peltonen Tuomo (2005) Laadulliset
menetelmät kauppatieteissä. Vastapaino Tampere.
- Kröger Teppo (2004) Sosiaalipalvelujen tutkimus ja sosiaalityö. Janus 12(2).
200-216.
- Laitinen ym. (2003) Paleluohjaus – polku uusiin mahdollisuuksiin Jyväskylän
kaupungin kotihoidossa. Jyväskylän sosiaali- ja
terveyspalvelukeskuksen raportteja 2/2003. Jyväskylä.
- Matikainen Tuula (1994) Työtaitojen kehittyminen erityisammattikouluvaiheen
aikana. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Mäki Tiina (2004) LaatuPala304. Haettu url-osoitteesta:
[http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/F9E3D24B-4C6D-48B5-
B69A-3B2017C114C5/0/LaatuPala304.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/F9E3D24B-4C6D-48B5-B69A-3B2017C114C5/0/LaatuPala304.pdf). Luettu 22.1.2007
- Ollonqvist Kirsi (2002) Vanhusten arjen toimien tukeminen. Teoksessa (toim.)
Anneli Sarvimäki ja Ilkka Syre`n. Seminaariesityksiä 12.–
13.10.2004. Ikääntyvien arjen ja elämänlaadun tutkimus. Oraita
2/2005. .42–44.
- Outinen Maarit, Holma Tupu ja Lempinen Kristiina (1994) Laatu ja asiakas:
laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Helsinki.

- Parjanne Marja- Liisa (2004) Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Perälä Marja-Leena, Grönroos Eija ja Sarvi Anu. (2006) Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8 / 2006 Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.
- Peräkylä Anssi (1995) Kvalitatiivisen tutkimuksen kohteet ja ihmiskuva. Teoksessa Leskinen Jaakko Laadullisen tutkimuksen risteys- asemalla. Kuluttajatutkimus. Ykköspaino Oy. Helsinki. 39–50.
- Rauhala Lauri (1983) Ihmiskäsitys ihmisen olemassaolon perusulottuvuuksien kuvastajana. Gaudeamus. Helsinki.
- Raunio Tapio & Saari Juho (toim.) (2006) Eurooppalaistuminen. Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon. Gaudeamus. Helsinki.
- Rintala, Taina (2003) Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Stakes. Tutkimuksia 132. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Rintala Taina (2004) Vanhustenhuoltoa ikääntyville vai ikääntyneille? Teoksessa Yhteiskuntapolitiikka 6/2004 Stakes. Helsinki. 642–647.
- Rissanen Lea (1999) Vanhenevien ihmisten kotona selviytymistä Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. Haettu url-osoitteesta: (<http://herkules.oulu.fi/>) Väitöskirja. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto. Luettu 24.9.2007.
- Ruotsalainen Pekka (2000) Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen ja Irma Kiikkala. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammer-Paino Oy. Tampere. 7–29.

Saarela-Kinnunen Maria ja Eskola Jari (1997) Tapaus ja tutkimus =

tapaustutkimus. Teoksessa: Aaltola Juhani ja Valli Raine Ikkunoita tutkimusmetodeihin I metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus Jyväskylä. 158–169.

Sarala Anita ja Sarala Urpo (1997) Deming-järkeä ja logiikkaa tuotantoon ja

johtamiseen. Teoksessa: Oppiva organisaatio –oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus. Tammer-Paino OY. Tampere.

Sarala Anita ja Sarala Urpo (1997) TQM-joukko kokonaisvaltaisen laatu-

johtamisen malleja. Teoksessa: Oppiva organisaatio –oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus. Tammer-Paino OY. Tampere.

Sarala Urpo ja Sarala Anita (1997) Oppiva organisaatio –oppimisen, laadun ja

tuottavuuden yhdistäminen. Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus. Tammer-Paino OY. Tampere.

Soininen Marjaana (1995) Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopisto. Turku.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3 (2007) Hyvinvointi 2015 –

ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006. Stakes. Helsinki.

Sosiaaliportti. Haettu url-osoitteesta: www.sosiaaliportti.fi. Luettu 20.6.2007.

Tedre Silva (1999) Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten

kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopistopaino, Joensuu.

Tedre Silva (2003) Hoiva ja vanhuus. Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa.

Joensuun yliopistopaino. Joensuu.

Tenkanen Raija (2007) Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat.

Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.).
Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden
välissä. PS-Kustannus. 181- 192.

Uusitalo Hannu (1999) Tiede, tutkimus ja tutkielman maailma: johdatus

tutkielman maailmaan. WSOY. Helsinki.

Vaarama Marja 1995, Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin
tuotanto –näkökulmasta. Tutkimuksia 55. Stakes. Helsinki.

Vaarama Marja (2002) Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa

Voutilainen Päivi, Vaarama Marja, Backman Kaisa, Paasivaara
Leena, Eloniemi-Sulkava Ulla, Finne-Soveri U. Harriet (toim.):
Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu: opas laatuun. Stakes, Helsinki.
11–18.

Vaarama Marja, Luoma Minna-Liisa, Hertto Petteri, Mukkila Susanna, Muurinen

Seija ja Manninen Otso (2006:4) Helsingin kotihoidon laatu ja
kohdennustehokkuus sekä asiakkaan elämänlaatu. Helsingin
kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:4. Helsinki.

Vaarama Marja ja Richard Pieper (Eds.)(2005) Managing Integrated Care for

Older Persons. European Perspectives and Good Practices.
STAKES. National Research and Development Centre for Welfare
and Health. EHMA. European Health Management Association.
Gummerrus Printing. Saarijärvi.

Vaarama Marja ja Richard Pieper (Eds.)(2005). Putting the client in the centre.

Teoksessa: Managing Integrated Care for Older Persons. European
Perspectives and Good Practices. STAKES. National Research and
Development Centre for Welfare and Health. EHMA. European
Health Management Association. Gummerrus Printing. Saarijärvi.

Vabø Mia (2005) From Personal Trust to Contracultural Control New Public

Management in the Nordic Welfare State. NOVA. Norwegian Social Research. Luento Sosiaalityön tutkimuksen päivät 3.4.2.2005. Kunnallisen sosiaalityön muuttuva paikka 2000-luvun Suomessa.: Haettu url-osoitteesta: <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/sttutk/vabø.htm> Luettu 15.6.2007

Vanhuspoliittinen strategia: Toteutumisen arviointi 2005. Haettu url-osoitteesta:

www.hyvinkaa.fi. Luettu 21.2.2006.

Varto, Juha (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia.

Kirjayhtymä. Helsinki.

Virnes Eevaliisa, Sahala Heli, Majoinen Kaija ja Laukkanen Heidi (2006)

Ikäpolitiikkaa kunnissa. strategia johtamisen tukena. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Voutilainen Päivi (2004) Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa

laitoshoidossa. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 142. Helsinki

Voutilainen Päivi, Vaarama Marja & Peiponen Arja (2002) Asiakaslähtöisyys.

Teoksessa Voutilainen Päivi, Vaarama Marja, Backman Kaisa,

Paasivaara Leena, Eloniemi-Sulkava Ulla, Finne-Soveri U. Harriet

(toim.) (2002) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun.

Stakes Oppaita 49. Gummerus. Kirjapaino Oy Saarijärvi. 38–42.

Lait: Haettu url-osoitteesta: <http://finlex.fi>. Luettu 25.3.2008

Kansanterveyslaki 66/1972

Laki omaishoidon tuesta 937/2005

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 745/1992, 11 §

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 7 §

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksusta 745/1992, 11 §

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983

Sosiaalihuoltolaki 710/1982, 40a §

LITTEET

Liite 1

Sosiaali- ja terveysjohtaja Aino Eerola
Perusturvakeskus
PL 46
05801 Hyvinkää

Tutkimuslupahakemus

Tutkimuksen tekijä
Leena Maria Niskanen
Saapaskuja 16 14200 Turenki
Puh. 044 282 1585

Oppilaitos
Tampereen yliopisto Porin yksikkö
Koulutusohjelma Yhteiskuntatieteiden maisterin tutkinto/ Sosiaalityö
Tutkimuksen taso Pro gradu -tutkielma

Tutkimuksen ohjaaja oppilaitoksessa
Ilmari Rostila professori (sosiaalityö)
Tampereen yliopisto Porin yksikkö
Pohjoisranta 11 E (1.krs)
28101 Pori
Puh. (02) 627 2972

Tutkimuksen nimi

Kotihoidon palvelut ja laatu
vanhusasiakkaiden näkökulmasta

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kotihoidon säännöllisen palvelun piirissä olevien vanhusasiakkaiden kokemuksia kotihoidosta, koska heitä kuulemalla voidaan arvioida miten vanhustenhuollon laatusuositukset toteutuvat asiakasnäkökulmasta. Lisäksi selvitan vanhusasiakkaan omaisten ja henkilöstön kokemuksia kotihoidon laadusta. Miten ikäihmisten toimintakyvyn säilyttäminen ja itsenäisen elämän tukeminen sekä kotona asumisessa selviytyminen toteutuvat?

Tutkimuksen teoreettinen tausta pohjautuu aikaisempiin tutkimuksiin muun muassa Merja Ala-Nikkolan väitöskirjaan *Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta* sekä Silja Tedren väitöskirjaan *Hoivan sanattomat sopimukset*.

Tutkimusongelma

Teen case -tutkimuksen liittyen yksittäisen organisaation palvelujen laatuun. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: Miten kotihoidon palvelutarpeen arviointi ja kotona pärjäämisen tukeminen toteutuvat, kun vanhusasiakkaan toimintakyky muuttuu? Osaongelmat käsittelevät iäkkäiden ihmisten itsemääräämisoikeutta, palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja sosiaalisuuden sekä voimavaralähtöisyyden ilmenemistä vanhustyön käytännöissä.

Tutkimusaineisto kerätään kevään 2006 aikana vanhusasiakkaita, omaisia ja henkilöstöä haastattelemalla. Asiakashaastatteluihin valitaan 75 vuotta täyttäneitä, kunnan järjestämän säännöllisen kotihoidon piirissä vähintään kuusi kuukautta olleita asiakkaita ja heidän omaisiaan. Haastateltavien määrä ratkeaa tutkimuksen edetessä.

Tutkimusaineistoa tulen käyttämään luottamuksellisesti, eivätkä haastateltavien nimet tule ulkopuolisten tietoon tutkimuksen missään vaiheessa. Aineistosta poistetaan tunnistetiedot ja se säilytetään anonymisoituna mahdollista jatkokäyttöä tutkimus- ja opetuskäyttöä varten. Tutkimuksella pyritään saamaan tutkittua tietoa kunnan avohuollon kehittämiseen vanhusten, omaisten ja henkilöstön näkökulmasta katsottuna.

Hakemuksen liitteenä on tutkimussuunnitelma

Aineiston keruu-aika kevään 2006 aikana.

Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika on 30.6.2006

Janakkalassa 28.2.2006

Leena Niskanen

HYVINKÄÄN KAUPUNKI	PÄÄTÖS	
PERUSTURVAKESKUS		
Vanhusten ja vammaisten palvelut	10.3.2006	§ 90

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN/LEENA NISKANEN

Tampereen yliopiston Porin yksikössä yhteiskuntatieteiden maisterin tutkintoa (Sosiaalityö) suorittava Leena Niskanen anoo tutkimuslupaa, jonka aiheena on 'Kotihoidon palvelut ja laatu vanhusasiakkaiden näkökulmasta' pro gradu -tutkielman tekemistä varten.


Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kotihoidon säännöllisen palvelun piirissä olevien vanhusasiakkaiden kokemuksia kotihoidosta ja miten vanhustenhuollon laatusuosituksot toteutuvat asiakasnäkökulmasta.

Tutkimus suoritettaisiin keräämällä aineisto kevään 2006 aikana vanhusasiakkaita, omaisia ja henkilöstöä haastatteleamalla.

PÄÄTÖS: Myönnän Leena Niskaselle anomansa tutkimusluvan.

Valmis tutkimus tulee toimittaa Hyvinkään kaupungin vanhusten ja vammaisten palveluihin. Tarvittaessa tutkijoiden on esiteltävä tutkimustulokset asianomaiselle taholle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon salassapidettävien asiakirjatietojen tutkimuskäyttökirje annettu ohjeeksi tutkijalle.


Arja Mäntynen, vanhusenhuollon johtaja

LIITE tutkimuslupahakemus

TIEDOKSI Leena Niskanen
perusturvalautakunta

Valmistelija: Rauni Korsu, toimistonhoitaja 459 4967

Liite 3

Leena Niskanen
Saapaskuja 16
14200 Turenki

Tutkimuslupa
24.3.2006

Hyvä kotihoidon asiakas

Anon tutkimuslupaa Tampereen yliopisto Porin yksikön yhteiskuntatieteiden maisterin tutkinnon sosiaalityön syventäviin opintoihin kuuluvaan pro gradu – tutkielman tekoa varten. Tutkielman aiheena on: ”Kotihoidon palvelut ja laatu vanhusasiakkaiden näkökulmasta”. Asiakashaastatteluihin valitaan 75 vuotta täyttäneitä Hyvinkään kaupungin järjestämän säännöllisen kotihoidon piirissä vähintään kuusi kuukautta olleita asiakkaita. Tutkimuksen suoritan maaliskuuhuhtikuun 2006 aikana. Tutkimusaineistoa tulen käyttämään luottamuksellisesti, eivätkä haastateltavien nimet tule ulkopuolisten tietoon tutkimuksen missään vaiheessa. Aineistosta poistetaan tunnistetiedot ja se säilytetään anonymisoituna mahdollista jatkokäyttöä tutkimus- ja opetuskäyttöä varten. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistumisenne auttaa meitä yhdessä kehittämään kunnallisia vanhusten avohuollon palveluja Hyvinkäällä.

Kunnioitavasti _____
Leena Niskanen

Myönnän tutkimusluvan _____
Asiakas

Liite 4

Haastatteluteemat

1. **Haastateltavan perustietoihin liittyvä teema:** Asiakkaan ikä, perheen jäsenet, kotihoidon asiakkaaksi tulo, kotihoidon palveluiden tarpeeseen liittyviä kysymyksiä (asiakkaan kertomuksesta poimittuja ja lisäksi esimerkiksi vanhustenhuollon palveluiden tiedottamisesta, mitä palveluita itse koki tarvitsevansa ja kuinka kauan on ollut kotihoidon asiakkaana)
2. **Asiakkaan palvelutarpeen arviointiin liittyvä teema:** Palvelutarpeen arviointi, oma kunto, omatoimisuus ja kotona selviäminen. Palvelusopimuksen tekeminen ja siihen liittyvät omat tunteet ja ajatukset; omista asioista ja kotihoidon palveluista päättäminen.
3. **Hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvä teema:** Mitä palveluita on saanut alussa ja kuinka niitä on saanut jatkossa sekä kuinka kokee sen, saako nyt niitä palveluita mitä omasta mielestään tarvitsee. Hoito- ja palvelusuunnitelman paikkansa pitävyys sekä oman elämänsä turvallisuuden kokeminen kotona asuessa. Miten koetaan, jos kotihoito on määräaikaista tai palveluita joudutaan vähentämään, jos ei ole palvelutarvetta.
4. **Hoitajan ja asiakkaan kohtaamiseen liittyvä teema:** Minkälaisena asiakas kokee vuorovaikutuksen omahoitajan kanssa, mielipiteitä kotihoidon palveluiden toimivuudesta esim. kotihoidon ohjaus omatoimisuuteen. Omaiset ja kotihoidon palveluihin liittyvät asiat. Virkistystoimintaan ja ulkoiluun liittyvät asiat ja palveluiden tuottajat. Tyytyväisyys kotona asumiseen, mitä asioita tulee mieleen, että ei tarvitse palveluasuntoa tai laitoshoidoa jatkossa sekä esim. ilta- ja yöpartioimintaan liittyvät ajatukset.
5. **Kotihoitoa kehittäviä toimenpiteitä:** a) Lääkärin kotikäynteihin liittyvä teema; sairastaminen kotona, ettei tarvitse lähteä sairaalaan, jos saa lääkärin palvelut kotiin. b) Sosiaalityöntekijän palveluihin liittyvä teema; Sosiaalipalveluiden (asumispalvelu, kotihoito, laitospalvelut ja sosiaalityö), Kelan hoitotuet, kuljetustuet, taloudellisten etuisuuksien hakeminen ja edunvalvonnan sekä oman turvallisuuden että hyvinvoinnin kokeminen. c) Kotiutushoitajan/palveluohjaajan tarpeen arviointiin liittyvä teema; sairaalasta kotiutumisen sujuvuus ja/tai palveluohjauksen tarpeen arviointi esim. hoitaja/ohjaaja kävisi tapaamassa esim. keskussairaalassa ja arvioisi erikoissairaanhoidon kotiutusta. d) Palveluketjun saumattomuuteen liittyvä teema; onko tiedossa kenen kautta pääsee päivätoimintaan tai lyhytaikaishoitoon vanhainkotiin, tunnetaanko SAS-työryhmän toimintaa. Saako asiakas sosiaali- ja terveydenhoidon palveluina niitä palveluita, joita kokee tarvitsevansa, minkälaisia kehitystarpeita on kotona selviämisen tueksi.

Liite 5

Litterointimerkit

H=	haastattelija
V=	haastateltava
(.)	lyhyt tauko
(..)	keskipitkä tauko
(...)	pitkä tauko
(0,5)	tauon pituus sekunneissa
[]	päällekkäispuhumisen alkamis- ja päättymiskohta
=	kaksi puhunnosto liittyy toisiinsa tauotta
.	laskeva intonaati
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio
ja:	äänten venytys
lii-	sana jää kesken (yhdysviiva sanan lopussa)
<u>liian</u>	painotus
α liianα	ympäröivää puhetta hiljaisemmalla äänellä puhuttu jakso
LIAN	äänen voimistuminen
< >	hitaammin puhuttu jakso
> >	nopeammin puhuttu jakso
.hh	sisäänhengitys
hh	uloshengitys
(h)	uloshengitys, useimmiten nauru
££	hymyilevällä äänellä sanottu jakso
##	nariseva ääni
@	äänensävyn muutos, esimerkiksi toisten puhetta referoidessa
()	sana tai jakso, josta ei saatu selvää
(())	kaksoissulkeiden sisällä litteroijan kommentteja ja selityksiä tilanteesta, esim. ((Haastateltava siirtää tuoliaan lähemmäs))