

**OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS
KOTIHOIDOSSA
ASIAKKAAN ELÄMÄNLAADUN NÄKÖKULMASTA**

Tanja Junnila

Pro gradu -tutkielma

Terveystieteiden
Terveystieteiden

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

Toukokuu 2017

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
1.1 Tutkimuksen tausta	6
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	10
2. OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS.....	11
2.1 Osallisuus ja asiakaslähtöiset palvelut	11
2.2 Ikääntyneiden osallisuus.....	12
2.2.1 Ikääntyneiden osallisuuden tasot ja roolit.....	12
2.2.2 Osallisuus ja ikääntyneiden palvelut	16
2.3 Palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyys	19
2.3.1 Asiakaslähtöisyys palveluiden näkökulmasta	19
2.3.2 Asiakaslähtöiset palvelut käytännön toimintana.....	22
2.4 Ikääntyneen elämänlaatu	26
3. AINEISTON HANKINTA JA TUTKIMUSMENETELMÄT.....	30
3.1 Tutkimuksen aineisto.....	30
3.2 Aineiston käsittely ja analysointi.....	32
4. TUTKIMUKSEN TULOKSET	35
4.1 Vastaajien taustatiedot	35
4.2 Asiakkaan osallistuminen ja palveluiden asiakaslähtöisyys	36
4.3 Asiakkaan elämänlaatu	44
4.3.1 Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus.....	45
4.3.2 Elämänlaadun psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus	50
5. POHDINTA.....	57
5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	57
5.2 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset	60
5.2.1 Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden ilmeneminen kotihoidossa .	60
5.2.2 Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden yhteys asiakkaan kokemaan elämänlaatuun.....	65
5.2.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	68
LÄHTEET.....	70

KUVIOT

KUVIO 1. Osallisuus ja asiakaslähtöisyys kotihoidossa asiakkaan elämänlaadun näkökulmasta.....	11
KUVIO 2. Osallisuuden tasot (Clark ym. 2008)	18
KUVIO 3. Osallisuus ja asiakaslähtöisyys kotihoidossa asiakkaan elämänlaadun näkökulmasta, muuttajat ja tutkimuskysymykset.....	32
KUVIO 4. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden yhteys kotihoidon asiakkaan elämänlaadun ulottuvuuksiin.....	69

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Yhteenveto taustamuuttujista ikä ja sukupuoli % - jakaumat	35
TAULUKKO 2. Kotihoidon asiakkuuden keston %- jakaumat	36
TAULUKKO 3. Asiakkaan ja omaisten osallistumista hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna ikäryhmien kanssa	38
TAULUKKO 4. Omaisten/läheisten osallistumista kuvaavan muuttujan % - jakaumat ristiintaulukoituna kotihoidon asiakkuuden keston kanssa	39
TAULUKKO 5. Ohjausta ja neuvontaa kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna ikäryhmien kanssa	40
TAULUKKO 6. Liikuntasuunnitelmaa kuvaavan muuttujan % - jakauma ristiintaulukoituna sukupuolen ja ikäryhmän kanssa.....	42
TAULUKKO 7. Kaatumista kuvaavan muuttujan %-jakauman ristiintaulukoituna asiakkuuden keston kanssa	43
TAULUKKO 8. Hoitajamäärän sopivuutta kuvaavan muuttujan %-jakauman ristiintaulukointi sukupuolen kanssa	44
TAULUKKO 9. Fyysisen elämänlaadun ulottuvuuksia kuvaavien muuttujien % - jakaumien ristiintaulukointi ikäryhmien kanssa	46
TAULUKKO 10. Fyysistä elämänlaatua kuvaavien muuttujien % -jakaumien ristiintaulukointi kaatumisen kanssa.....	49
TAULUKKO 11. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna ikäryhmien kanssa	51
TAULUKKO 12. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna asiakkaan osallisuuden kanssa.....	52

TAULUKKO 13. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna asiakkaan mielipiteen huomioimisen kanssa.....	53
TAULUKKO 14. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna omaisten osallistumisen kanssa	53
TAULUKKO 15. Sosiaalista tukiverkosta kuvaavan muuttujan % -jakauman ristiintaulukointi ohjauksen ja neuvonnan kanssa	54
TAULUKKO 16. Asiakkaan yksinäisyyttä kuvaavan muuttujan % -jakauma ristiintaulukoituna vastuuhoidajuutta ja yhteistyön toteutumista kuvaavien muuttujien kanssa	55
TAULUKKO 17. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna kaatumisen kanssa	56

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kotkan kotihoidon asiakkaiden osallisuutta omien palveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Tutkimuksessa tarkastellaan lisäksi kotihoidon palveluiden asiakaslähtöisyyttä. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden teemoja on korostettu jo pitkään kansainvälisissä ja kansallisissa strategioissa sekä lainsäädännössä. Osallisuus nostetaan keskeiseksi tavoitteeksi ikäihmisten palveluissa. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen keskeisenä ajatuksena on ikään-tyneiden osallisuuden turvaaminen kaikessa heitä koskevassa päätöksenteossa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 17.) Tutkimuksessa pyritään myös selvittämään, miten asiakkaan elämänlaatu näkyy osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden kokemuksissa.

Myös World Health Organization (WHO) korostaa raportissaan ”Healthy Ageing”, että hyvä ikääntyminen edellyttää ikääntyneen perustarpeiden tyydyttymisen lisäksi osallistumista päätöksentekoon, toimintakykyisyyttä, mahdollisuutta muodostaa sosiaalisia suhteita sekä osallistua. Edellä mainittujen asioiden toteutuessa ikääntyneellä on mahdollisuus vanheta haluamassaan paikassa ja olla yhteisönsä jäsen. (World Health Organization 2015, 159.) WHO linjasi jo vuonna 2002 raportissa ”Active Ageing - a policy framework”, että maailmanlaajuinen väestön ikääntyminen ja elinaika-ennusteen kasvaminen pakottavat yhteiskunnan muuttamaan suhtautumista ikääntyneisiin. Ikääntyneet on alettava nähdä yhteiskunnassa voimavaroina, kuluerän sijaan. Aktiivinen ikääntyminen pitää sisällään kolme ydinasiaa: terveyden, osallisuuden ja turvallisuuden. Osallisuutta edistetään mahdollistamalla elinikäinen oppiminen, turvaamalla tarvittava tulotaso, tukemalla ikääntyneiden työllisyyttä ja vapaaehtoistyötä sekä muokkaamalla ikääntyneiden imagoa yhteisöissä ja mediassa positiivisempaan suuntaan. (World Health Organization 2002, 5—6, 51—52.)

Kotkan kaupungin vanhustenhuollon strategia 2008—2015 linjaa vanhusnäkemyksensä yksilöllisyyttä edistäväksi ja myönteiseksi. Siinä myös korostetaan hoito- ja palvelusuunnitelman tärkeyttä sekä vanhusten voimavarojen huomioista. Asiakaslähtöisyys on myös nostettu yhdeksi keskeiseksi osa-alueeksi. (Vanhustenhuollon strategia 2008,

4,18.) Kotkan vanhustenhuollon arvoina ovat muun muassa ihmisarvo ja itsemääräämisoikeus. Ihmisarvo tarkoittaa asiakkaan oikeutta tehdä valintoja ja kantaa vastuu niistä. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan päätöksentekoa omaan elämään liittyvissä asioissa. Se edellyttää toimintakyvyn huomioimista ja oikeutta saada riittävästi tietoa, jotta päätöksenteko on mahdollista. (Vanhustenhuollon strategia 2008—2015, 19.)

Osallisuus vahvistaa ikääntyneen mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämään ja sen ratkaisuihin. Osallistava työote on interventionistista ja tarkoittaa väliintuloa asiakkaan elämään. Se lisää asiakkaan aktiivisuutta suhteessa omaan elämään ja rohkaisee asiakasta vaatimaan omien oikeuksien toteutumista erilaisissa viranomaisinstituutioissa mukaan lukien vanhustenhuollon instituutio. (Juhila 2006, 119—120.)

Ikääntymisestä johtuva toimintakyvyn lasku voi aiheuttaa ongelmia siihen, voidaanko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjää pitää asiakkaana. Asiakkuus termiin liittyy ajatus omien palveluiden aktiivisesta valitsijasta ja kuluttajamaisesta toimijasta. Toimintakyvyn heikkeneminen ei sen sijaan vaikuta asiakaslähtöisyyteen, koska asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että henkilökunnan asenteet ja ajattelumaailman keskeisenä kohteena ovat asiakkaan tarpeet ja toiveet sellaisena kuin asiakas ne ilmaisevat. Tavoitteena on muokata palvelut asiakkaan tarpeiden mukaisiksi eikä organisaation tai työntekijöiden tarpeiden näkökulmasta. (Valkama 2008, 77; Kujala 2003, 30—31.)

Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan näkökulmasta on merkitystä, pyrkiikö kotihoito ainoastaan vastaamaan asiakkaan fyysisiin tarpeisiin. Kotihoidon tavoitteena on lisätä asiakkaan kokemaa elämänlaatua ja se rakentuu asiakkaan toimintakykyä ja voimavaroja tukemalla. Elämänlaatua tukevalla kotihoidolla lisätään asiakkaan toimintakykyistä aikaa. Elämänlaatu on kokonaisuus, johon kuuluu terveys, mielekäs elämä, toimeentulo, sosiaalinen tukiverkosto, turvallinen elinympäristö, suhtautuminen omaan toimintakykyyn, hoitoon sekä palveluun. Elämänlaatu muodostuu ihmisen ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. (Heinola & Luoma 2007, 36—37.)

Tämän tutkimuksen näkökulma tulee kotihoidon asiakkailta. Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolaissa säädetyn kotipalvelun ja terveydenhuoltolaissa säädetyn kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 20§).

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) tutkimuksen mukaan vuonna 2015 lähes 12% 75-vuotiaista suomalaisista sai kotihoidon palveluita. Asiakkaista 66% oli naisia. (THL Tilastokatsaus 8/2016). Tutkimusten mukaan kotihoidon suurin asiakasryhmä ovat 75—84-vuotiaat ja joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta. Palveluiden piiriin tullaan yleensä fyysisien syiden takia. Tämä ei kuitenkaan ole aivan yksiselitteistä, koska kaikilla asiakkailla ei ole diagnoosia hoitoon tulon syyn taustalla. Tutkimusten mukaan lähes kaikilla asiakkailla on päivittäisiin välinetoimintoihin liittyviä ongelmia. Näitä ovat muun muassa siivous ja ruuan laittaminen. Päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten pukeutumisessa ja peseytymisessä apua tarvitsee eri tutkimusten mukaan 10—55%. Muistiin ja kognitioon liittyvät ongelmat ovat alidiagnosoituja. Joidenkin arvioiden mukaan jopa 43% kotihoidon asiakkaista sairasti dementiaa ja se oli tosiasiallisesti syy palveluiden tarpeeseen. (Luoma & Kattainen 2007, 18—20.)

Kotkan kotihoidossa kaikille asiakkaille on määritetty vastuuhoidtaja ja asiakkailla on ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Vuonna 2017 säännöllisiä kotihoidon asiakkaita on 455 henkilöä. Kotkassa kotihoidon asiakkaiden osallisuutta pyritään lisäämään asiakaspalautekeskustelun avulla. Asiakaspalautemallin perustana on osallistava keskustelu. Asiakaslähtöisessä palvelussa tärkeintä on kuulla asiakkaan oma näkemys ja arvostaa hänen kokemuksiaan. Asiakaspalautekeskustelun avulla on tarkoitus kerätä asiakkaan kokemuksia kotihoidon palveluista ja niiden toteutumisesta. Saatua tietoa hyödynnetään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämiseen ja palveluiden kehittämiseen. Asiakaspalautekeskustelun tarkoituksena on kerätä nimenomaan asiakkaan omia kokemuksia palveluista, mutta läheinen voi toimia tarvittaessa asiakkaan äänenä. (Kailio & Haimi-Liikkanen 2014, 6—7.) Ikääntyneillä, kuten muillakin aikuisilla, on itsemääräämisoikeus hoitonsa suhteen. Ikääntyneen äänen ja tahdon kuuleminen on hyvän hoidon perusta. Hoitohenkilökunnan asenteita ikääntymistä kohtaan tulisi säännöllisesti arvioida ja ottaa puheeksi. (Kivelä & Vaapio 2011, 235.)

Kotihoidon asiakas on keskeisessä roolissa palveluiden arvioijana. Kotihoidon onnistuminen mitataan ensisijaisesti suhteessa asiakastyytyvyyteen ja palveluiden myönteisinä vaikutuksina asiakkaan elämänlaatuun. Järjestelmällinen ja toistuva asiakaspalautteen kerääminen on tärkeä tiedonantaja ja kotihoidon arvioinnin väline. Kotihoidon ar-

vioinnin tarkoitus on kehittää kotihoidon toimintaa. Sen takia tietoa tulee kerätä säännöllisesti ja tuloksia tulee analysoida systemaattisesti. (Heinola 2007b, 30—31.)

Valtakunnallinen KASTE kehittämisohjelma on vaikuttanut Kotkan asiakaspalautekeskustelumallin kehittämiseen. Kotka on ollut mukana KASTE hankkeissa vuosina 2009—2015. Asiakaspalautekeskustelumallia on kehitetty yhteistyössä Etelä-Kymenlaakson kuntien kanssa ”Kotona kokonainen elämä”-hankkeessa vuosina 2012—2015. KASTE hanke (2008—2011 ja 2012—2015) oli valtakunnallinen kehittämisohjelma, jonka tarkoituksena on ollut vähentää eriarvoisuutta sekä kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja taloudellisuutta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012—2015, 11).

Tutkimuksen aineiston muodostavat vuosina 2013—2015 käytyjen asiakaspalautekeskustelujen vastaukset. Asiakaspalautekeskustelu käydään vastuuhoidajan vetämänä kerran vuodessa. Keskustelu käydään kaikkien säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kanssa. Keskustelun aiheista on poimittu niitä asiakokonaisuuksia, jotka liittyvät osallisuuden käsitteeseen sekä palveluiden asiakaslähtöisyyteen. Kotihoidon asiakaspalautekeskustelumallin tavoitteena on kerätä kotihoidon asiakkaiden kokemuksia omista palveluistaan. Vastausten perusteella vastuuhoidaja päivittää asiakkaan palvelusuunnitelman ja lisäksi vastauksia hyödynnetään kotihoidon palveluiden kehittämiseen. Vuosittain vastausten pohjalta on määritelty kotihoidon kehittämiskohteet. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tarkastella kotihoidon asiakkaiden kokemuksia osallisuuden ja elämänlaadun näkökulmasta ja löytää uusia tapoja kehittää kotihoidon toimintaa asiakaslähtöisemmäksi ja edistää asiakkaiden osallisuuden mahdollistumista.

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

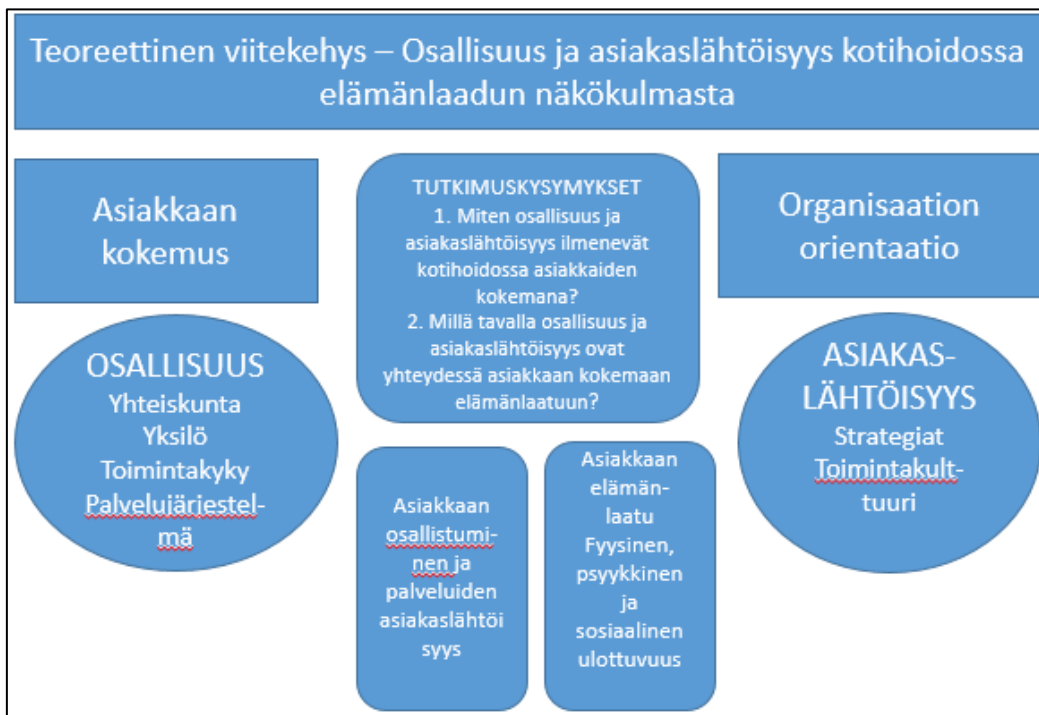
Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kotkan kotihoidon asiakkaiden osallisuutta itseään koskevien palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tutkimuksessa analysoidaan, mitkä tekijät selittävät osallisuuden kokemusta ja sen ilmentymää elämänlaadun näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa asiakkaiden osallisuudesta ja palveluiden asiakaslähtöisyydestä. Näiden tietojen avulla voidaan kehittää kotihoidon toimintaa ja ennaltaehkäistä osattomuutta.

1. Miten osallisuus ja asiakaslähtöisyys ilmenevät kotihoidossa asiakkaiden kokeman?
2. Millä tavalla osallisuus ja asiakaslähtöisyys ovat yhteydessä asiakkaan kokemaan elämänlaatuun?

2. OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS

2.1 Osallisuus ja asiakaslähtöiset palvelut

Osallisuus tarkoittaa itsehoitoa, yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta, arvostavaa ja persoonan ehdoilla tapahtuvaa kohtaamista. Nämä ovat osa asiakaslähtöisyyttä ja ne soveltuvat tavoitteeksi kaikille asiakkaiden kanssa työskenteleville ammattilaisille. (Kujala 2003, 142). Osallisuuden elementit ovat asiakaslähtöisten palveluiden edellytys. Asiakaslähtöiset palvelut mahdollistavat osallisuuden toteutumisen asiakkaan palveluissa. Kuviossa 1 olen määritellyt tämän tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä suhteessa kotihoidon asiakkaiden kokemaan elämänlaatuun.



KUVIO 1. Osallisuus ja asiakaslähtöisyys kotihoidossa asiakkaan elämänlaadun näkökulmasta

2.2 Ikääntyneiden osallisuus

2.2.1 Ikääntyneiden osallisuuden tasot ja roolit

Osallisuus voidaan määritellä tapahtuvaksi useilla eri tasoilla. Osallisuus voi tapahtua valtion tai kunnan tasolla, se voi näyttäytyä palveluiden suunnittelussa sekä organisoinnissa tai yksittäisen asiakkaan palveluiden toteutumisessa. (Heikkilä & Julkunen 2003, 5.)

Dahlbergin ja Vedungin (2001) tutkimuksen mukaan osallisuuden lisäämisen etuina voidaan nähdä kuusi erilaista näkökulmaa. Näitä ovat palveluiden laadun paraneminen, tehokkuuden lisääntyminen, asiakkaan voimaantuminen suhteessa palveluiden järjestäjän valtaan, järjestelmän suurempi yhteiskunnallinen hyväksyntä ja niiden saama tuki, asiakkaiden itseluottamuksen lisääntyminen ja kansalaisten osaamisen lisääntyminen. (Dahlberg & Vedung 2001, 44—46.)

Kunnallisella tasolla osallisuuden käsite tarkoittaa kuulumista yhteiskuntaan. Osallisuuden liittyä myös aina oletus julkisesta vallasta ja sen käytöstä. Yksilötasolla osallisuudella on vaikutusta palveluiden muodostumiseen. Osallisuus on käsitteenä laajempi kuin osallistumisen käsite. Osallistumisessa asiakas voi toimia pelkästään tiedonantajan roolissa. Osallisuuden ja osallistumisen ero on juuri siinä, kuinka paljon asiakas voi ottaa osaa itseään koskevaan päätöksentekoon. (Laitila 2010, 8; Niiranen 2011, 220; Backlund, Häkli & Schulman 2002, 7.)

Ikääntymistä voidaan yhteiskunnallisella tasolla arvioida suhteessa taloudellisiin rakenteisiin sekä toimintaan ja siihen, miten ikääntyminen politisoituu päätöksenteossa.

Kuntalaisten osallisuus tarkoittaa muutakin kuin äänestämistä kunnallisvaaleissa. Osallisuuden aktiivisuuteen vaikuttaa se, kokeeko kuntalainen, että hänen mielipiteellään on merkitystä. Kunnan keskeinen tehtävä on tuottaa asukkailleen hyvinvointia. Kuntalaisen hyvinvointi on laaja käsite. Kunnat eivät ole pelkästään valtion antamien hyvinvointitehtävien toteuttajia vaan omaa hyvinvointipolitiikkaansa suunnittelevia ja toteuttavia toimijoita. (Hakonen 2008a, 48; Niiranen 2011, 221.)

Osallisuus ei ole uusi käsite suomalaisessa yhteiskunnassa. Jo vuoden 1995 Kuntalain (365/1995) mukaan asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet tuli turvata. (27§). Uudemmassakin lainsäädännössä osallisuutta korostetaan. Vuoden 2015 Kuntalakiin (410/2015) lisättiin edellisen lisäksi ikääntyneen väestön osallisuuden lisäämisen turvaamiseksi pykälä, jolla säädettiin vanhusneuvostot pakollisiksi. Vanhusneuvostojen tehtävänä on suunnitella, valmistella ja seurata asioita, jotka vaikuttavat ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, osallisuuden ja palveluiden toteutumiseen (27§.) Myös Perustuslain (731/1999) mukaan kansanvaltaan kuuluu yksilön oikeus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen (2§). Perustuslain mukaan julkisen vallan tehtävä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. (14§). Sosiaalihuoltolain (1301/2014) tarkoituksena on lisätä asiakkaiden osallisuutta. (1§). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) määrää tuottamaan palvelut niin, että ne tukevat iäkkään hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. (12§).

Kunnallinen lainsäädäntö mahdollistaa erilaisia osallistumiskeinoja. Kuntalaki määrää, että kuntalaisten tulee voida osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan. Osa keinoista kohdistuu päätöksentekoon. Näitä ovat esimerkiksi aloitteet ja valtuustojen vuorovaikutteiset työmuodot. Osa keinoista puolestaan kohdentuu kunnallisiin palveluihin, joista esimerkkeinä ovat yksiköiden johtokunnat ja palvelusitoumukset. (Kettunen 2002, 19; Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008, 196.)

Osallisuuden näkökulmia voidaan peilata myös eri demokratiateorioiden avulla. Osallistuvan demokratian tavoitteena on, että kansalainen kasvaa ihmisenä ja siinä panostetaan kansalaisen mahdollisuuteen osallistua päätöksentekoon. Tavoitteena on antaa kansalaiselle mahdollisuus esittää omia mielipiteitään ilman ulkoista painetta. Osallistuva demokratia korostaa kansalaisen omaa vastuuta arvoista ja valinnoista. Edustuksellinen demokratia perustuu osallistumisen edustuksellisuuteen. Pluralistiset ja osallistuvan demokratian teoriat antavat yksilölle äänen, häntä itseään koskevissa asioissa. Osallisuus ja äänen kuuluminen korostuvat myös deliberatiivisessa demokratiassa. Siinä tärkeää on myös lopputulos, keskustelu, julkinen harkinta ja osallisuus. Deliberatiivisessa demokratiassa annetaan tilaa avoimelle keskustelulle ja pyritään sen pohjalta löytämään

yhteinen ratkaisu asiaan. (Niiranen 2011, 222—223, 226; Kananoja ym. 2008, 201—202.)

Myös ikästrategioihin sisältyy tavoite vahvistaa ikääntyneiden osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon. Vanhusbarometrissä ikääntyneet itse arvioivat oman osallistumisensa omien asioiden hoitamiseen riittämättömäksi. Yhteiskunnalliseen päätöksentekoon osallistuminen on oikeus, joka ei lopu tiettyyn ikään tultaessa. Osallistuminen on sekä itsensä toteuttamista, että oman panoksensa käyttöön antamista. (Hakonen 2008d, 132—133.)

Aktiivinen ikäpolitiikka on muodostunut viime vuosikymmeninä keskeiseksi poliittiseksi näkemykseksi. Aktiivinen ikääntyminen tarkoittaa asiakkaan, läheisten ja yhteisöjen kannalta mielekkäitä ja elämänlaatua kohentavia toimintamalleja. Aktiivinen ikääntyminen pitää sisällään kaikki ikäluokat, ei vain jo ikääntyneiden ryhmän. Ideaalimalli pitää sisällään ennaltaehkäisevän näkökulman, jossa painottuu sosiaaliset oikeudet ja kansalaisen velvollisuudet. Aktiivinen ikääntyminen on osallistavaa ja voimaannuttavaa. (Julkunen 2008, 27—28.)

Toteutuakseen osallisuus vaatii mahdollisuuden kuulua yhteisöön, mahdollisuuden tulla kuulluksi ja tietoisuuden näistä mahdollisuuksista. Lisäksi vaaditaan taitoa, kykyä ja halua osallistua. Myös kokemus siitä, että mielipiteillä on merkitystä, edistää osallisuuden toteutumista. Haasteena on, että kaikilla ei ole mahdollisuutta käyttää olemassa olevia vaikuttamisen kanavia, joita ovat muun muassa verkkodemokratia, erilaiset käyttäjäroolit sekä asiakasneuvostot. Toisaalta toimivien vaikutusmahdollisuuksien tarjoaminen voi lisätä kuntalaisten halukkuutta osallistua ja vaikuttaa. (Niiranen 2011, 220, 223, 226.)

Kuluttajakansalaisuuden käsite kuvaa hyvin nykypäivän yksilöllisten demokratia-arvojen linjaamaa näkemystä. Kuluttajakansalainen on aktiivinen valintoja tekevä asiakas. Hän määrittää itse tarpeensa ja palveluiden sisällön. Tässä näkökulmassa asiakkaiden tarpeita eivät määritä ammattihenkilöt tai poliittiset linjaukset. (Niiranen 2002, 66.) Toisaalta kansalaisen rooli kuluttajana voidaan nähdä myös ekonomistisen ajattelun lisääntymisen tuloksena. Hakonen kirjoittaa, että muutos julkishallinnon rakenteissa on

saanut kunnat toimimaan liikelaitosten tavoin ja kansalaisen rooli on muuttunut poliittisesta toimijasta kuluttajaksi. (2008b, 93—94.)

Ikääntyneen rooleja palveluiden asiakkaana voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta. Hänet voidaan nähdä palvelun kohteena, aktiivisena palveluiden käyttäjänä tai yhteisönsä jäsenenä ja palveluasiakkaana. Palveluiden kohteena oleminen tarkoittaa toimenpiteiden objektina olemista. Siinä asiakas ei itse kykene arviomaan palveluiden piiriin johtanutta ongelmaa, eikä osoita aktiivisuutta palveluiden suhteen. Hän noudattaa annettuja ohjeita ja sitoutuu työntekijän asettamiin tavoitteisiin. Asiakkuuden kriteereinä on ongelmien määrä, jotka takaavat palveluiden piiriin pääsemisen. Kuluttajaasiakkuuteen liitetään maksuvalmius ja sen mukana tuoma valinnan mahdollisuus palveluiden tarjoajan suhteen. Toiseksi kuluttaja-asiakas tarvitsee tietoa ja kykyä vertailla eri palveluita keskenään. Aktiivisuus kohdistuu omiin palveluiden käyttömahdollisuuksiin. Tänä näkökulmaa perustellaan usein sillä, että valinnan mahdollisuudet parantavat tarjolla olevien palveluiden laatua. (Niiranen 2002, 68.)

Palvelu-asiakkuuden rooli on aktiivisempi kuin kuluttaja-asiakkuudessa. Palvelu ei ole olemassa ilman asiakkaan aktiivista osallistumista. Vaikka asiakkuudessa keskityttäisiin ratkaisemaan asiakkaan palvelutarpeita, siinä tunnistetaan asiakkaan kuntalaisuus. Palveluasiakkuus sisältää myös roolin kuntalaisena. Osallistuminen palveluihin on mahdollista myös järjestämisen, kohdentamisen ja kehittämisen näkökulmasta, josta esimerkkinä ovat vanhusneuvostot. Erilaisissa asiakkuuksissa osallisuuden odotukset ovat erilaisia. (Niiranen 2002, 69—70.)

Osallisuuden toteutumisen näkökulmasta voidaan myös pohtia sitä, pystyykö toimintakyvyltään heikentynyt ikäihminen toimimaan tasavertaisena kuluttajana vai jääkö osallistuminen palveluiden valintaan ja kehittämiseen näennäiseksi osallistumiseksi? Arnsteinin mukaan kansalaisen osallisuus on yhtä kuin kansalaisen valta. Siinä valta jaetaan niille, joilla sitä ei ole ja heidän osallistumisensa päätöksentekoon ja tiedonjakamiseen mahdollistetaan. Osallistuminen ilman oikeaa vallan uudelleenjakamista on tyhjä ja turha prosessi niille, joilla valtaa ei ole. Se antaa mahdollisuuden vallanpitäjille näyttää, että kaikkia osapuolia on osallistettu, mutta vain toinen osapuoli hyötyy osallisuudesta. (Arnstein 1969, 2.)

Hyvään ikääntymiseen kuuluu oikeus olla täysivaltaisena jäsenenä yhteisössä huolimatta siitä, että toimintakyky on saattanut laskea. Osallisuus merkitsee mahdollisuutta vaikuttaa oman elinympäristönsä kehittämiseen. Toimintakyvyn tukeminen ja sosiaaliset suhteet eri-ikäisten ihmisten kanssa parantavat ikääntyneiden hyvinvointia. Kuntien tehtävä on tukea näiden osa-alueiden toteutumista iäkkäiden elämässä. (Kivelä & Vaapio 2011, 21.)

Heikoimmat kuntalaiset kuten ikääntyneet, joiden toimintakyky on alentunut, ovat heikoimmilla myös valintojen tekemisessä. Toisaalta pienetkin asiakkaana kuulluksi tulemisen kokemukset voivat edistää kokemusta täysivaltaisesta kansalaisuudesta. (Niiranen 2002, 63.)

Asiakkaan itsemääräämisoikeus liittyy vahvasti osallisuuteen ja mahdollisuuteen vaikuttaa. Itsemääräämisen kokemukset ikääntyneillä voivat olla esimerkiksi valinnanmahdollisuuksia, omatoimisuuden toteutumista, henkilökohtaista autonomiaa ja sosiaalisuutta. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa omasta elämästä määräämistä ja päätöksen tekoa. Itsemääräämisoikeus edellyttää kykyä itsenäisiin päätöksiin. (Karvonen-Kälkäjä 2014, 295—296.)

Sosiaalinen osallisuus eli oleminen osa yhteisöä edistää aktiivista osallistumista. Sillä ehkäistään yhteiskunnasta eristäytymistä ja syrjäytymistä. Sosiaalinen osallisuus sisältää perheen yhteydenpidon, sosiaalisen kanssakäymisen, tunteen yhteiskuntaan kuulumisesta ja siellä vaikuttamisesta. Sosiaalisesti yhteisöön kuuluminen ikääntyneillä tarkoittaa sitä, että voi elää mahdollisimman pitkään tutussa ympäristössä, olla yhteydessä muihin ihmisiin, osallistua aktiivisesti lähiympäristön toimintaan sekä toisaalta osallistua avustettunakin päivittäisten asioiden hoitamiseen. (Haverinen 2008, 232.)

2.2.2 Osallisuus ja ikääntyneiden palvelut

Osallisuudella voidaan tarkoittaa osallistumista päätöksentekoon, läsnäoloa tai se voi tarkoittaa, että asiakkaan toiminta ja ajatukset on otettu huomioon ja toimintaa suunnitellaan niiden mukaan. Warren määrittelee osallisuutta eri roolien näkökulmista. Asiakas voi olla tiedonantaja, mutta annettuja tietoja ei käytetä palveluiden suunnittelussa.

Asiakasta voidaan konsultoida ja häneltä saatuihin tietoihin suhtaudutaan vakavasti, mutta tiedonkeruu menetelmät ovat ammattilaisten suunnittelemaa ja toteuttamia. Jos asiakas on määrittämässä tavoitteita, suunnittelemassa tiedonkeruumenetelmiä ja toteuttamassa niitä, siirtyy kontrolli enemmän asiakkaalle. Kun asiakkaat otetaan tasavertaisena tekijänä ammattilaisen rinnalle, alkaa toteutua todellinen tasavertainen kumppanuus. Asiakkaan kokemusten hyödyntäminen ammattilaisten koulutuksessa syventää tasavertaista kumppanuutta entisestään. (Warren 2007, 48—49.)

Osallisuuden tasot vaihtelevat eri tilanteissa. Osallisuuden muotoihin vaikuttavat konteksti, ongelma, päätösten laatu, yksilön kyvyt ja mieltymykset sekä organisaationkulttuuri osallisuuden suhteen. Tästä syystä Warren ei holistisessa osallisuuden mallissa aseta osallisuuden tasoja mihinkään hierarkkiseen järjestykseen. Voidakseen toimia tasavertaisina kumppaneina asiakas ja ammattilainen tarvitsevat mahdollisuuden työkennellä yhdessä kaikissa suunnittelun vaiheissa, toimeenpanossa ja palveluiden arvioinnissa. Tähän vaikuttaa paljon se, millainen organisaatiokulttuuri on osallisuuden suhteen. (Warren 2007, 50—51.)

Osallisuutta voidaan arvioida myös osallisuuden toteutumisen perusteella. Toiminnan kehittämisen kannalta on arvioitava tämänhetkinen tilanne osallisuuden toteutumisen suhteen ja mille tasolle tavoite on asetettu. Birminghamin yliopistossa on luotu malli yhdessä asiakkaiden ja sosiaalityöntekijöiden kanssa, mielenterveyspalveluiden kehittämisestä osallistavampaan suuntaan. Siinä on määritelty viisi eri osallisuuden tasoa palvelutilanteissa. (Clark, Davis, Fisher, Glynn & Jefferies 2008, 10.)

Taso 1. Ei osallisuutta: Palvelut on suunniteltu, tuotettu ja toteutettu ilman asiakasta.

Taso 2. Rajoittunut osallisuus: Asiakkaille on annettu jonkin verran informaatiota palveluista. Asiakkailta ei ole mahdollisuutta vaikuttaa palveluiden kokonaisuuteen. Asiakkaat otetaan mukaan satunnaisesti hoidon suunnitteluun.

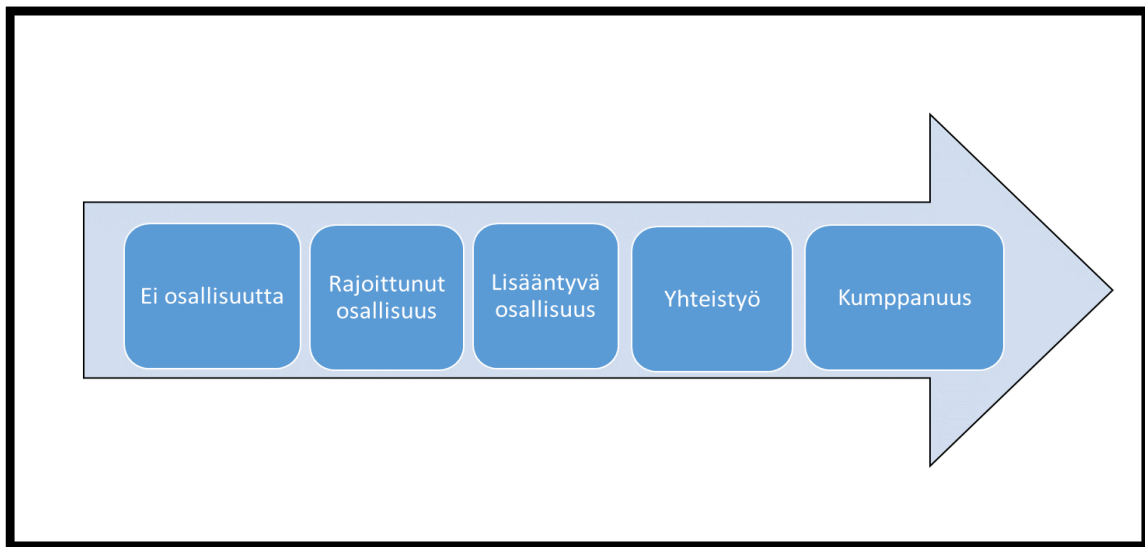
Taso 3. Lisääntyvä osallisuus: Asiakkaat osallistuvat säännöllisesti omien palveluiden suunnitteluun. Asiakkaiden näkökulma pyydetään lähetekäytäntöihin ja palveluiden myöntämiskriteereihin.

Taso 4. Yhteistyö: Asiakkaat osallistuvat kokonaisvaltaisesti ja säännönmukaisesti omien palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaiden näkökulma on huomioitu

lähetekäytännöissä ja kriteerien valmistelussa. Asiakkaat saavat koulutusta siihen, että voivat osallistua palveluiden kehittämiseen. Palveluiden tavoitteissa ja arvoissa on huomioitu osallisuuden näkökulma.

Taso 5. Kumppanuus: Asiakas ja ammattilainen työskentelevät tasavertaisina kaikilla palvelun tasoilla. Päätökset tehdään yhdessä. Asiakkaat osallistuvat palveluiden arviointiin. Palveluiden arvoissa ja tavoitteissa huomioidaan kumppanuus kaikilla tasoilla.

(Clark ym. 2008, 10—11.)



KUVIO 2. Osallisuuden tasot (Clark ym. 2008)

Voimaantumisella on yksilöllinen ja rakenteellinen näkökulma. Yksilöllinen näkökulma viittaa henkilökohtaisen elämän osallisuuden vahvistamista ja rakenteellinen näkökulma taas oman elämän osallisuutta heikentävien epäoikeudenmukaisuuksiin puuttumista. (Juhila 2006, 120—121.) Juhila viittaa Robert Adamsiin (1996), jonka mukaan voimaantuminen on keino, jolla asiakkaat tulevat kykeneviksi kontrolloimaan omia olosuhteita ja saavuttamaan päämääriä. Sen kautta heidän mahdollisuus auttaa itse itseään lisääntyy ja auttaa saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun. (2006, 121.) Voimavaroihin perustuva osallistava työote perustuu identiteetin ja todellisuuden sosiaaliin rakentumiseen. Voimaantuminen ymmärretään sekä subjektiiviseksi voimaantumiseksi, että yhteiskunnalliseksi osallisuudeksi. Yksilötasolla asiakkaan voimaantumista on myös kritisoitu siitä, että se tekee asiakkaan arjesta epätodellisen, kun ongelmista ei puhuta. (Suomi 2008, 121—122.)

Osallisuuden toteutuminen palveluissa vaatii vuorovaikutusta, tiedon saamista ja jakamista sekä tasavertaisuutta. Osallisuuden luokittelussa pitää myös huomioida se, että vaikka osallisuudessa saatetaan nähdä eri tasoja ja vaihteita, ne eivät ole toisiaan pois sulkevia. Asiakas ja ammattilainen voivat olla luokittelun eri kohdissa saman palvelutilanteen aikana ja tämä osaltaan myös mahdollistaa asiakkaan yksilöllisen palvelun paremmin. (Laitila 2010, 14.)

Yhteiskunnallinen palvelujärjestelmä voi olla osallisuuden tukena, mutta pahimmillaan se voi jopa estää sen. Huomioitava on, että asiakkaan tarpeiden huomioon ottamisen vaikeudet eivät aina johdu ammattilaisen heikosta ammattitaidosta tai kyvyttömyydestä kohdata asiakas, vaan taustalla voi olla myös järjestelmäkeskeisyys, joka ei anna ammattilaiselle mahdollisuutta palveluiden tarjoamiseen asiakaslähtöisesti. Asiakkaan osallisuutta edistävät ja estävät erilaiset sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat henkilökohtaiset ominaisuudet, kyky toimia eri tilanteissa ja omaksua uusia tietoja sekä riippuvuus muiden ihmisten avusta. Ulkoisia tekijöitä ovat lakipykälät, normit ja organisaatioiden palveluiden toimintatavat ja mallit. (Valokivi 2008, 63; Mönkkönen 2007, 44.)

Asiakaslähtöisyys ei välttämättä toteudu, vaikka organisaatiotasolla asiakkailta olisikin mahdollisuus valita palveluidensa tuottajat. Tosiasiassa ikääntyneen taloudellinen tilanne määrittää sen, pystyykö hän valitsemaan toisin sanoen ostamaan palveluita yksityiseltä palveluntarjoajalta vai jääkö hän julkisen sektorin palveluiden varaan. (Julkunen 2008, 101.)

2.3 Palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyys

2.3.1 Asiakaslähtöisyys palveluiden näkökulmasta

Asiakaslähtöisyys voidaan määritellä monin eri tavoin. Tieteellisen kirjallisuuskatsauksen perustuvan artikkelin (Sidani & Fox 2014) mukaan asiakaslähtöisyydestä voidaan havaita kolme peruselementtiä, jotka toistuvat useissa tutkimuksissa. Nämä ovat palveluiden kokonaisvaltaisuus, yhteistyö ja yksilöllisyys. Kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikkien hyvinvoinnin osa-alueiden huomioimista. Se kattaa myös

hyvinvoinnin edistämisen ja arvioinnin näkökulman. Yhteistyössä esille nostetaan ammattilaisen ja asiakkaan välinen suhde. Asiakkaan osallistuminen itseään koskevaan päätöksentekoon ja yhteisen ymmärryksen löytyminen ongelman ratkaisemiseksi ovat keskeisiä piirteitä asiakaslähtöisissä palveluissa. Yksilöllisyys korostaa palveluiden räätälöimistä niin, että asiakkaan omat arvot, tarpeet ja tavoitteet ovat keskeisiä palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Siinä keskitytään toimintaympäristöön ja sen tuomiin voimavaroihin, enemmän kuin ongelmaan. Asiakaslähtöisyydessä on myös kysymys vallan siirtymisestä asiantuntijataholta asiakkaalle (Sidani & Fox 2014, 136, 138; Wagner, Bennett, Austin, Greene, Schaefer & Vonkorff 2005, 9.)

Asiakaslähtöisyys nähdään yhtenä laadun osatekijänä. Asiakaslähtöisyys on sekä keino että tavoite laadun parantamiseen asiakas- ja organisaatiotasolla. Asiakaslähtöisyyden rinnakkaistermejä ovat potilaslähtöisyys, perhekeskeisyys ja yksilökeskeisyys. Kaikilla näillä termeillä korostetaan sitä, että ihminen ei jäisi vain toimenpiteiden kohteeksi, vaan olisi aktiivinen osapuoli itseään koskevista asioista päätettäessä. Asiakaslähtöiset palvelut perustuvat siihen, että kunnioitetaan asiakkaan toiveita ja kokemuksia ja vähennetään epäjohdonmukaisuutta. Osallisuus on osa asiakaslähtöistä toimintaa. Asiakaslähtöisyyden ja asiakaskeskeisyyden termejä käytetään myös usein rinnakkain. Asiakaslähtöisyys sopii termiksi hyvin silloin kun puhutaan palveluista. Siinä ajatuksena on, että palvelun tarjoaja ottaa asiakkaan tarpeet mahdollisimman kokonaisvaltaisesti huomioon, mutta ne eivät yksin ratkaise palvelun antamisen kriteerejä. Asiakaskeskeisyydellä viitataan enemmän vuorovaikutussuhteeseen. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä asiakaslähtöisyys. (Mönkkönen 2007, 64, Sidani & Fox 2014, 134—135; Laitila 2010, 7.)

Tutkimusten mukaan asiakaslähtöiset palvelut lisäävät asiakastyytyvää palveluiden vaikuttavuutta ja elämänlaatua. Se myös vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon kuluja ja eriarvoisuutta. Asiakaslähtöisyys ei ole sitä, että asiakas saa milloin tahansa haluamansa, millä hinnalla hyvänsä. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu vahvasti kommunikatio ja luottamus. Se on asiakasta kunnioittavaa, asiakkaan tarpeista lähtevää ja asiakkaan arvomaailmaan nojaavaa. Tavoitteena on, että asiakas saa tarvitsemansa palvelun, oikeaan aikaan oikeasta paikasta. Asiakaslähtöisyys korostaa myös läheisten merkitystä

asiakkaan palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. (Epstein, Fiscella, Lesser & Stange 2010, 1489—1490.)

Aloilla, joissa työtehtävät keskittyvät ihmisten ongelmien ympärille, ammattilainen pyrkii helposti selittämään, mistä ongelmat johtuvat. Asiakkaalla saattaa myös olla odotus, että ammattilaisen tulee ratkoa hänen ongelmansa. Asiantuntijakeskeinen toimintatapa tarkoittaa, että ammattilainen määrittää ongelman ja etsii siihen ratkaisun. Asiantuntijan ja asiakkaan suhteessa tieto ja taidot ovat usein epätasapainossa, jolloin ammattilaiselle muodostuu auktoriteettiasema. Toisaalta on tilanteita, joissa asiantuntijakeskeinen toiminta on perusteltua. (Monkkönen 2007, 38—39, 52.)

Asiakslähtöisyyden kanssa samanaikaisesti yhteiskunnallisessa keskustelussa viitataan näyttöön perustuvaan toimintaan. Nämä ovat kaksi vallitsevaa paradigmaa modernissa palvelurakenteessa. Molemmat vaikuttavat palveluprosessiin, mutta näkökulma on erilainen. Useissa tutkimuksissa on arvioitu, että näyttöön perustuva toiminta ja asiakslähtöisyys ovat ristiriidassa keskenään. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa parasta mahdollista tutkimustietoon perustuvaa palvelua. Se saattaa usein johtaa siihen, että asiakasnäkökulma ei ole ensisijainen palvelun peruste. (Bensing 2000, 17; Berwick 2009, 561.)

Kaikkein radikaalimpien tutkijoiden mukaan asiakslähtöisyyden ei vain tulisi olla mittari palveluiden vaikuttavuudelle ja taloudelliselle tehokkuudelle. Asiakslähtöisyyden tulisi olla päämäärä ja tavoite itsessään. Berwick (2009) kirjoittaa artikkelissaan, että ammattilaisten tulisi ajatella olevansa vierailijoita asiakkaiden elämässä ja kohdella asiakkaita sen mukaisesti. Hän kirjoittaa myös kolmesta näkökulmasta, jotka hänen mukaansa tulisi olla asiakslähtöisyyden keskiössä. Asiakkaan tarpeet tulevat aina ensin, mitään asiakkaan asioita ei päätetä ilman asiakkaan osallistumista ja jokainen asiakas on ainutkertainen. Jos asiakkaan ja palveluita antavan tahon näkemys eroavat toisistaan, asiakkaan tahto menee aina organisaation toimintamallien edelle. (559—561).

Tutkimusta on tehty myös siitä, miten eroa näyttöön perustuvan hoidon ja asiakslähtöisyyden välillä voisi pienentää. Asiakkaan ja ammattilaisten välisen kommunikoinnin on todettu olevan keskeisin tekijä tässä asiassa. Asiakkaan kanssa tulee käydä perusteellisia

keskusteluja ja miettiä, miksi palveluita antavan tahon näkemys eroaa asiakkaan näkemyksestä. Yhdistämällä asiakkaan asiantuntijuus omaan elämäänsä, yksilöllinen kohtelu ja näyttöön perustuva hoito, saadaan paras ja vaikuttavin lopputulos. (Bensing 2000, 18—19; Berwick 2009, 561.)

2.3.2 Asiakslähtöiset palvelut käytännön toimintana

Asiakslähtöinen kotihoito vaatii taustalle tueksi järjestelmällisesti kerättyä tietoa, miten ikääntyneet kokevat palvelun laadun ja miten he sitä kehittäisivät. Lisäksi tulisi kerätä tietoa siitä, miten palvelusuunnitelmaan kirjatut palvelut toteutuvat ja miten ne vastaavat tarpeeseen. Kirjaamisella on yhteys hyvään hoitoon, koska palveluiden järjestelmällinen kirjaaminen mahdollistaa laadun seurannan ja arvioinnin. Se tekee toiminnasta läpinäkyvää ja auttaa arvioimaan toiminnan vaikuttavuutta. Kotihoidon alkaessa palveluiden saamisesta tehdään aina kirjallinen viranhaltijapäätös. Asiakkaan palvelut ja asiakasmaksut perustuvat kirjattuun palvelutarpeen arviointiin ja sen perusteella suunniteltuihin palveluihin. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma syntyy työntekijän ja asiakkaan välisen keskustelun johtopäätöksistä, havainnoinnista, toimintakykymittareiden tuloksista sekä asiakkaan omasta itsensä tekemästä palvelutarpeen arvioinnista. (Heinola 2007a, 26.)

Kotkan kotihoidossa on käytössä Etelä-Kymenlaakson alueen yhteinen toimintakyvyn ja palvelutarpeenarviointi malli. Se sisältää vaiheittaisen ohjeistuksen palvelutarpeen arviointiin sekä listan käytettävistä mittareista ja testeistä. Saatujen tietojen perusteella asiakkaalle tehdään päätös palveluiden antamisesta. (Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Eteläkymenlaaksossa 2015, 3).

Palvelusuunnitelma tukee asiakslähtöisyyttä. Sen avulla on mahdollista rakentaa yhteinen näkemys asiakkaan tilanteesta ja huomioida asiakkaan elämänhistoria ja voimavarat. Palvelusuunnitelma tukee ammattilaisen ja asiakkaan välistä kommunikointia. Asiakslähtöinen kommunikointi tarkoittaa asiakkaan tilanteen ymmärtämistä asiakkaan kokemuksen kautta. (Constand, MacDermitt, Dal Bello-Haas & Law 2014.) Hoito ja palvelusuunnitelmaan kirjataan asiakkaan kanssa yhdessä tarpeet, joihin on syytä kiin-

nittää huomiota. Oikeat tukimuodot löytyvät yhdessä asiakkaan kanssa. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 43.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980) linjaa ” Kunta vastaa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:ssä tarkoitettu suunnitelma (palvelusuunnitelma). Palvelusuunnitelmassa on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa on neuvoteltava vaihtoehtoista kokonaisuuden muodostamiseksi. Iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehtoista on kirjattava suunnitelmaan.” (16§).

Terveydenhuoltolaki (2010/1326) linjaa puolestaan, että ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoidon (25§). Kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua.”.

Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää että ” Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma (4a§). Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.”

Palvelusuunnitelman laatimisessa mukana tulisi olla myös omaiset ja kaikki hoitoon osallistuvat tahot. Sen avulla eri toimijoilla on tiedossa yhteiset tavoitteet ja tiedon siirtyminen asiakkaan, omaisten ja eri toimijoiden välillä mahdollistuu. Asiakkaan palvelusuunnitelmaa päivitetään säännöllisesti. (Heinola 2007a, 27; Berwick 2009, 559.) Perhe ja omaiset ovat keskeisessä roolissa ikääntyneiden palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Perheen rooli on ajan saatossa muuttunut ja palveluiden kokonaisvastuu on siirtynyt yhteiskunnalle. Omaisilla on kuitenkin edelleen tärkeä rooli palveluiden toteut-

tajana ja vaikka omaiset eivät ole lakisääteisessä vastuussa, on esimerkiksi omaishoidon tuki lisännyt omaisten virallista asemaa huolenpidon toteuttajana. (Haverinen 2008, 237—238.)

Kotihoidon asiakaspalautekeskustelumallin yhtenä tarkoituksena on antaa vastuuhoitajalle tietoa asiakkaasta ja lisätä yhteistyötä omaisten kanssa. Käytyjen asiakaspalautekeskustelujen avulla vastuuhoitaja pystyy päivittämään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa yhdessä asiakkaan kanssa. Kotihoidon asiakaspalautekeskustelumallin tarkoituksena on helpottaa ja lisätä työntekijän ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta. Se on työkalu työntekijälle asiakkaiden mielipiteiden ja kokemusten esille saamiseksi. Palvelujärjestelmässä vuorovaikutus on usein asiantuntijakeskeistä. Siinä työntekijä selittää asiakkaan ongelmat ja pyrkii ratkomaan niitä. Usein asiakaskin odottaa työntekijän toimivan näin. (Mönkkönen 2007, 38.)

Asiantuntijakeskeisen toimintatavan rinnalle alkoi 1980-luvun lopulla kehittyä asiakkaan näkemyksiä ja kokemuksia korostava ajatusmalli. Sillä tarkoitetaan asiakkaan tarpeista lähtevää ja asiakkaan tilanteen määrittelyyn perustuvaa tapaa. Asiakslähtöisyys ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei työntekijä voisi olla keskustelun aktiivinen osapuoli. (Mönkkönen 2007, 63.) Asiantuntija- ja asiakaskeskeisen vuorovaikutuksen lisäksi voidaan erottaa kolmas tapa eli dialogisuus. Se tarkoittaa pyrkimystä yhteiseen ymmärryksen vuorovaikutuksen keinoilla. Dialogisuuden tärkeä elementti on vastavuoroisuus, jossa jokainen luo tilannetta ja pääsee vaikuttamaan lopputulokseen. Parhaimmillaan dialogi ei ole pelkkää puhetta, vaan siinä on mahdollisuus molempien osapuolien oppia ja muuttaa omaa ajatusmaailmaansa. (Mönkkönen 2007, 86—89.)

Vuorovaikutuksen merkitys asiakastyössä on keskeinen. Parhaimmillaan se tukee asiakkaan hyvinvointia ja elämänhallintaa. Vuorovaikutusta ohjaa työntekijän ammatillisuus, mutta myös molempien osapuolien maailmankatsomukset sekä näkemys asiakkaan tilanteesta. Asiakas on itsensä ja oman elämänsä asiantuntija, työntekijä taas tuo asiakkaan käyttöön oman ammattitaitonsa. Vuorovaikutustilanteessa on tärkeä kohdata jokainen asiakas yksilönä. Asiakasta ei tule arvioida ja tukea ainoastaan ongelmien kautta, vaan huomioida, että hänellä on myös paljon voimavaroja, tietoa, taitoa ja mielipiteitä, joita voidaan hyödyntää ongelmien ratkaisemisessa. Joskus työntekijä joutuu toimimaan

vastoin asiakkaan tahtoa. Tällöin on erittäin suuri vaara, että siihen asti toiminut vuorovaikutuksellinen suhde hajoaa. Tällaisissa tilanteissa on tärkeää, että työntekijä pystyy perustelemaan toimintansa asiakkaalle ja saa hänet kokemaan, että päätös on tehty asiakkaan parhaaksi. (Vilen ym. 2002, 30—32.)

Asiakaslähtöisyys on vuorovaikutuksen rakentamista yhdessä asiakkaan kanssa. Kumpikin tuo omia elementtejä ja yhdessä niistä rakennetaan toimiva kokonaisuus. Jokainen asiakas on yksilö ja jokainen vuorovaikutustilanne tulee rakentaa yksilöllisesti. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu ajatus molempien, asiakkaan ja työntekijän subjektiivisuudesta, jossa molemmilla on tuotavaa vuorovaikutukseen ja joka tukee asiakkaan kokemusta voimaantumista. Työntekijän subjektiivisuus ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hänen tarpeensa olisivat keskeisiä. Työntekijän tulee kyetä myös olemaan objektiivinen, jolloin hän irrottautuu omasta kokemusmaailmastaan ja tarkastelee asioita asiakkaan näkökulmasta. Tuen tarpeesta lähtevät tavoitteet määritellään yhdessä ja niitä myös arvioidaan yhdessä. Tarpeiden määrittäminen ei ole helppoa. Tarpeita voidaan määrittellä muun muassa Maslow'n (1970) tarvehierarkian mukaan, jossa ne jaetaan fysiologisiin, turvallisuuden, suhteiden luomisen, rakkauden, arvostuksen, itsensä toteuttamisen, älyllisiin, eettisiin sekä esteettisiin tarpeisiin. Tarpeiden määrittämisen haastavaksi tekee se, että ihmiset reagoivat hyvin eri tavoin samanlaisissa elämäntilanteissa. (Vilen ym. 2002, 32, 39—40.)

Myös sillä mitä ja miten puhutaan, on merkitystä asiakaslähtöisten palveluiden rakentamisessa. Kielen käytöllä on merkitystä sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Kieli ei ole neutraali, todellisuutta passiivisesti kuvaava ilmiö. Sosiaalisissa tilanteissa kieli kytkeytyy valta- ja vuorovaikutussuhteiden luontiin. Ilmaisujen taustalla on aina sosiaalisten valta- ja vaikutussuhteiden verkosto. Kielen valta on usein tiedostamatonta ja kaikkea toimintaamme muokkaavaa sosiaalista valtaa. (Mälkiä 1997, 19.)

Kotkan kotihoidossa on käytössä vastuuhoidajamalli. Sen tarkoituksena on vahvistaa yksilöllistä, palvelutarpeesta ja asiakkaan voimavaroista lähtevää palvelua. Vastuuhoidajuus korostuu asiakkaan yksilöllisten palveluiden suunnittelussa ja toteutuksen oikea-aikaisuudessa. Palveluiden toteutuksen on tuettava asiakkaan hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. (Kotihoidon vastuuhoidaja - toi-

mintamalli 2013, 3). Kotihoidon vastuuhoidajamallin yhtenä tavoitteena on luottamuksellisen suhteen syntyminen asiakkaan ja vastuuhoidajan välille. Asiakaspalautekeskustelu on yksi tapa edistää asiakkaan kokemusta tulla kuulluksi. Usein kotihoidon käynnit ovat lyhyitä. Lyhyissä kohtaamisissakin on kuulluksi tulemisen mahdollisuus. Kuulluksi tuleminen ei ole pelkästään tunne siitä, että joku kuuntelee vaan myös tunne, että kuuntelija ymmärtää tai haluaa ymmärtää mitä puhuja kertoo. Kuulluksi tulemista on myös se, että asiakkaan itsemääräämisoikeutta noudatetaan ja toiveita kuunnellaan kaikilla mahdollisilla hoidon alueilla. Kuulluksi tuleminen voi olla merkittävä osallisuuden kokemuksena. (Vilen ym. 2002, 46; Juhila 2006, 119.)

Työntekijöiden vaihtuminen näkyy tutkimuksissa palveluiden laatua heikentävänä asiana. Ikääntyneet asiakkaat haluavat saada apua tutuilta työntekijöiltä. Kohtaamiseen vaikuttaa luottamuksen, palveluprosessin hallinnan ja vastuun lisäksi myös ammattilaisen kyky huomioida jokaisen asiakkaan tilannekohtainen voimavarojen käyttö. (Hakonen 2008c, 101.)

2.4 Ikääntyneen elämänlaatu

Osallisuus mahdollistaa asiakaslähtoisemmät palvelut ja asiakaslähtöisyys puolestaan lisää asiakkaan mahdollisuutta osallisuuteen. Elämänlaadun eri ulottuvuudet ovat yhteydessä sekä osallisuuden mahdollistumiseen, että asiakaslähtöisten palveluiden rakentamiseen.

Asiakaslähtöiset palvelut lisäävät asiakkaan elämänlaatua (Epstein ym. 2010, 1489).

Ehkä eniten käytetty malli ikääntyneiden elämänlaadusta on Lawtonin ikääntyneen hyvän elämän malli. Lawton määrittää elämänlaadun jakautuvan neljään toisiaan leikkaavaan osa-alueeseen. Ne ovat kompetentti käyttäytyminen, koettu elämänlaatu, psyykinen hyvinvointi ja objektiivinen ympäristö. Kompetentti käyttäytyminen tarkoittaa, että terveys sekä toimintakyky ovat olemassa ja ikääntyneellä on kyky toimia itsenäisesti sekä olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Koettu elämänlaatu tarkoittaa ihmisen omaa kokemusta eri elämänalueiden toimivuudesta. Psykkisesti hyvinvoiva ikäihminen ei ole masentunut eikä koe jatkuvia pessimistisiä tunteita. Objektiivisen ym-

päristö tarkoittaa ikääntyneen omien valintojen, toiminnan sekä ympäristön mahdollistamien asioiden tasapainoa. (Lawton 1983, 350—356.)

Myös WHO on määritellyt elämänlaatua. Siinä elämänlaatu jaetaan kuuteen eri osa-alueeseen. Ne ovat fyysinen terveys (energisyys, kipu, lepo), psyykinen terveys (kehonkuva, negatiiviset ja positiiviset tunteet, itsetunto), itsenäisyys (toimintakyky, päivittäinen aktiivisuus, lääkitys), sosiaaliset suhteet (ihmissuhteet, sosiaalinen tuki, seksuaalisuus), ympäristö (tulot, vapaus, turvallisuus, terveyspalvelut, koti ympäristönä, mahdollisuus osallistua, liikkuminen) sekä uskonnollisuus (uskonto, henkisyys). (WHO 1997, 4.)

Suomalaisten hyvinvointi 2014 raportissa kuvataan ikääntyneiden elämänlaatua ja verrataan sitä vuoden 2009 vastaavaan tutkimukseen. Vuonna 2014 valtaosalla 80-vuotiaista oli hyvät elinolot ja hyvä elämänlaatu. Vuoteen 2009 verrattuna 80—84-vuotiaiden naisten tyytyväisyys ihmissuhteisiin ja saatuun tukeen, liikuntakyky sekä mahdollisuus asioida kodin ulkopuolella oli parantunut. Muutoin tulokset olivat pysyneet ennallaan. Tutkimus sisälsi kysymyksiä elämänlaadun fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja ympäristöllisestä ulottuvuudesta sekä kysymyksiä koetusta terveydestä sekä yleisestä elämänlaadusta. (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014, 23, 40.)

Toimeentulon kohentaminen, palveluiden saannin turvaaminen, vapaa-ajan toimintaan osallistumisen mahdollistaminen ja yksinäisyyden vähentäminen ovat keinoja lisätä ikääntyneiden elämänlaatua. Toisaalta yksinäisyys ei näyttänyt olevan niin yleistä kuin usein luullaan. Yksinäisyys kuitenkin lisääntyi yli 85-vuotiailla. Omaisten antama apu ja tuki ovat erittäin tärkeitä 80 vuotta täyttäneiden kotona pärjäämisen näkökulmasta. On kuitenkin tärkeä havaita, että 80 vuotta täyttäneet ovat heterogeeninen ryhmä ja elämänlaadun ulottuvuuksien painoarvo vaihteli iän ja sukupuolen mukaan. (Vaarama ym. 2014, 54—56)

Ikääntynyt vertaa elämänlaatuaan omaan elettyyn elämään. Terveys on yksi tärkeimpiä elämänlaadun kriteereitä. Ikääntyessä ihmisen terveys väistämättä heikkenee tai ainakin

muuttuu. Silloin tärkeiksi elämänlaadun tukijoiksi nousevat sosiaaliset suhteet, turvallisuus ja palveluiden saatavuus. (Eloranta & Punkanen 2008, 33.)

Kokemukseen elämänlaadusta vaikuttaa perusasioiden, ravinnon, unen ja puhtauden, lisäksi moni muu asia. Ikääntyneen tulee kokea tullessa kohdelluksi ainutkertaisena yksilönä, joka saa tarvitsemansa palvelut oikeudenmukaisesti. Koskemattomuus ja itsemääräämisoikeus ovat myös tärkeitä arvoja, joiden toteutuminen lisää elämänlaatua. Elämänlaadun näkökulmasta tärkeää on myös, että palvelut tukevat ikääntyneen toimintakykyä ja edistävät hyvinvointia. (Eloranta & Punkanen 2008, 34-35.)

Turvallinen asuinympäristö lisää elämänlaatua ja mahdollisuutta elää itsenäisesti. Kotihoidon henkilöstön tulee osata arvioida ja tarvittaessa muuttaa ikääntyneen asiakkaan kotiympäristöä niin kodin sisäpuolella, kuin kodin välittömässä läheisyydessä. Turvallisuuden tukeminen sisältää niin fyysisen ympäristön turvallisuuden muun muassa matot, valoisuus, raput, kaiteet, kuin myös psyykkisen turvallisuuden tunteen. Elämänlaatuun vaikuttaa myös henkilöstön ammattitaito ja asiakkaan kokemus, että voi osallistua halutessaan oman hoidon suunnitteluun ja itseään koskeviin päätöksiin. Vastuuhoitajuus lisää asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja helpottaa moniammatillisen yhteistyön toteutumista asiakkaan asioissa. (Eloranta & Punkanen 2008, 36—39.)

Hyvin järjestetyistä palveluista huolimatta ikääntynyt saattaa kokea yksinäisyyttä. Ikääntymiseen liittyy toimintakyvyn ja voimavarojen väheneminen ja se voi aiheuttaa ikääntyvälle surun ja luopumisen kokemuksia. Niiden puheeksi ottaminen voi olla haastavaa työntekijälle, kun pyritään palveluiden tehokkuuteen. (Haverinen 2008, 235.) Yksinäisyyden myötä ikääntynyt voi syrjäytyä ja se on suuri haaste yhteiskunnalle. Asiakkaan osallistumiselle ja osallistumaan opettelulle on annettava tilaa ja aikaa. Se voi edistää elämänhallinnan taitoja, ehkäistä päätöksenteosta syrjäytymistä ja vahvistaa kokemusta täysivaltaisesta kuntalaisuudesta. (Niiranen 2002, 67.)

Syrjäytymiseen liitetään tutkimusten (Hyvinvointitutkimus 2006) mukaan muun muassa korkea ikä, naissukupuoli, pienet tulot, heikoksi koettu terveys, huono toimintakyky, yksinäisyys, puutteellinen asunto, palveluiden heikko saatavuus. Erityisesti yksinäisyydellä ja syrjäytymisellä on selkeä yhteys. Toiseksi selkein yhteys oli toimintakyvyn

heikkenemisellä ja syrjäytymisellä. Vaikuttamalla ikääntyneiden toimintakykyyn ja mahdollistamalla sosiaalisten vuorovaikutustilanteiden onnistuminen, voidaan ehkäistä myös syrjäytymistä. (Niemelä 2009, 44.) Toisaalta yksinäisyyteen vaikuttaminen ei ole helppoa, koska yksinäisyys on subjektiivinen kokemus. Yksin oleminen ei aina aiheuta yksinäisyyttä ja toisaalta ihmisten kanssakin voi kokea yksinäisyyttä. (Niemelä & Nikkilä 2009, 138; Saari 2009, 125.)

Mitä heikompi ikääntynyt on toimintakyvyltään, sitä tärkeämmäksi nousee hänen sosiaalinen tukiverkosto, johon kuuluu sekä epävirallisia että virallisia toimijoita. Kotihoito on keskeinen elämänlaadun ylläpitäjä. Hyvää elämänlaatua ylläpitää kielteisten tunteiden vähäisyys, kivuttomuus, hyvä liikkumiskyky, turvallinen kotiympäristö, riittävät palvelut, sosiaaliset suhteet sekä osallistumisen mahdollistuminen. Koti ympäristönä edistää ikääntyneiden elämänlaadun eri osatekijöiden toteutumista. Kotona asuminen edistää itsemääräämisoikeuden toteutumista sekä sosiaalisten suhteiden säilymistä. (Heinola & Luoma 2007, 38.)

3. AINEISTON HANKINTA JA TUTKIMUSMENETELMÄT

3.1 Tutkimuksen aineisto

Tämän tutkimuksen aineisto on määrällistä ja analysoin aineistoa tilastollisilla menetelmillä. Tässä tutkimuksessa selvitin osallisuuden kokemuksia ja palveluiden asiakaslähtöisyyttä kotihoidossa sekä, miten elämänlaadun ulottuvuudet selittävät näitä kokemuksia. Tutkimuksessa selvitin myös, miten taustamuuttujat ikä, sukupuoli ja asiakkuuden kesto selittävät osallisuuden asiakaslähtöisyyden sekä elämänlaadun muuttujia. (Metsämuuronen 2010, 35—36; Vilkka 2007, 19.)

Toimin itse kotihoidon esimiehenä ja olen tässä tutkimuksessa pyrkinyt huomioimaan oman taustani ja näkemykseni sekä sen, miten ne vaikuttavat tulosten tarkasteluun ja analysointiin. Tästä huolimatta taustani on voinut vaikuttaa tulosten analysointiin ja tekemiini johtopäätöksiin. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2001, 11—12.)

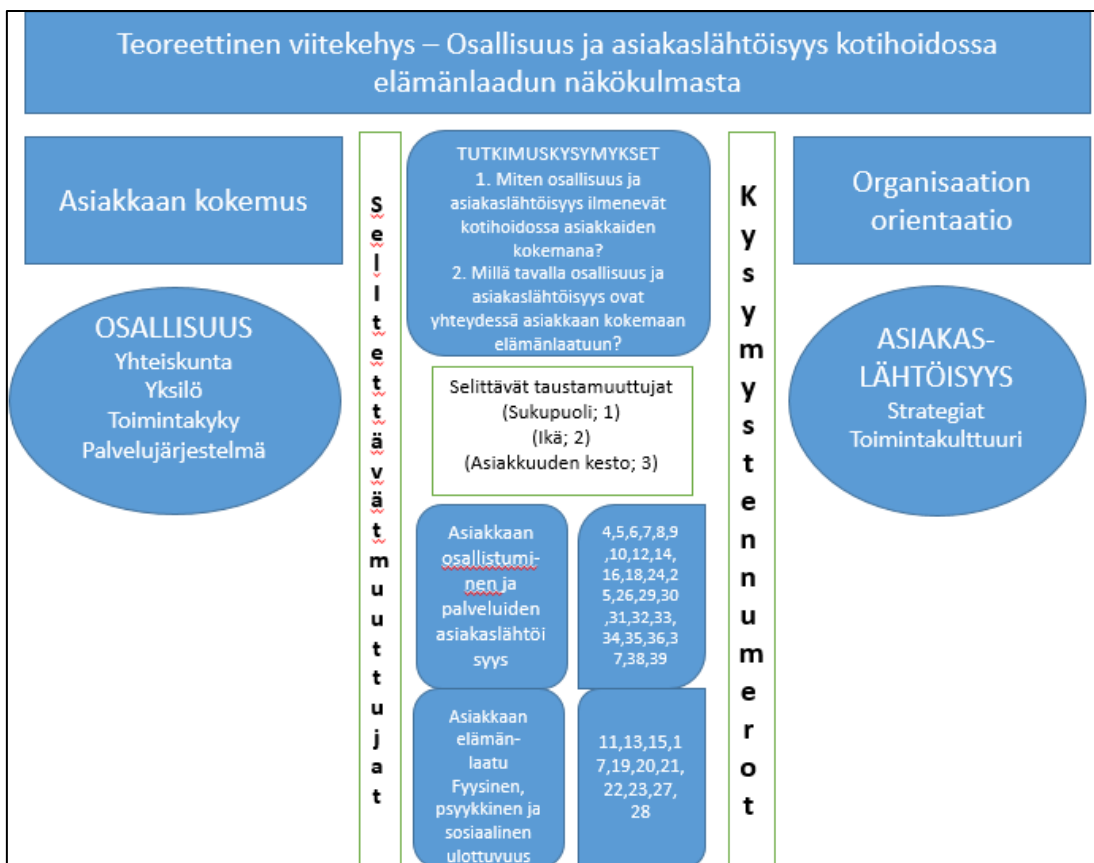
Tutkimuksen aineistona käytetään Kotkan kaupungin kotihoidon asiakaspalautekeskustelun tuloksia. Asiakaspalautekeskustelu on käyty säännöllisen kotihoidon asiakkaiden kanssa vuosina 2013, 2014 ja 2015. Analysoin vastauksina yhtenä kokonaisuena aineistona (N= 1044), koska tarkoituksena on saada näkyviin muuttujia, jotka näyttäytyvät osallisuuden, asiakaslähtöisyyden ja elämänlaadun kokemusten taustalla. Tämän vuoksi ei ole tarpeenmukaista analysoida eri vuosien vastauksia erillisinä aineistoina. Vastauksissa on eri vuosina ollut osittain myös samoja asiakkaita. Asiakas on voinut kieltäytyä halutessaan asiakaspalautekeskustelusta. Asiakaspalautekeskustelua on tarjottu kaikille kotihoidon säännöllisille asiakkaille. Omaisten on toivottu olevan mukana keskustelussa ja vastuuhoidajat ovat heitä asiakkaan luvalla kutsuneet mukaan. Omaisille on painotettu, että keskustelun on tarkoitus olla asiakkaan kokemuksiin pohjautuva. Keskustelun pohjana toimii haastattelulomake (Liite 1). Määrällisessä tutkimuksessa haastattelut toteutetaan usein lomakkeella. Lomakkeen kysymyksiä on myös mahdollista selkeyttää lisäkysymyksillä tarvittavan tiedon saamiseksi. (Vilkka 2007, 29.)

Aineisto on kerätty siten, että vastuuhoidtaja keskustelee vuosittain haastattelulomakkeen mukaisesti asiakkaiden kanssa ja syöttää vastaukset Digium palautteenhallintaohjelmiin, jonne on luotu keskustelua vastaava lomake. Otanta on kokonaisotanta, joka tar-

koittaa, että se koskee koko perusjoukkoa. Tutkimuksen perusjoukko on kotihoidon säännölliset asiakkaat (Vilka 2007, 52). Muutamia asiakkaita ei toimintakykynsä vuoksi ole pystynyt osallistumaan keskusteluun, eikä heillä ole ollut läheistä, joka olisi toiminut asiakkaan äänenä. Muutama asiakas ei ole halunnut osallistua keskusteluun. Näistä poissaolijoista ei ole olemassa tarkkaa määrää. Osa asiakkaista ei myöskään ole vastannut kaikkiin kysymyksiin. Mittauksen kohteena eivät koskaan ole koskaan kaikki otokseen tulevat havainnot vaan toteutunut otos. Tämä voi johtua siitä, että tutkittava ei ole osallistunut koko tutkimukseen tai siitä, että havaintoyksiköt ovat jättäneet vastamatta. (Vilka 2007, 59, 108.)

Suureen osaan vastauksista on luotu valmiit luokitukset asiakaspalautekeskustelulomakkeelle, joista vastuuhoitaja valitsee asiakkaan vastausta parhaiten kuvaavimman vaihtoehdon eli luokittelee avoimet kysymykset. Tässä tutkimuksessa on käytetty vain valmiiksi luokiteltuja vastauksia. Vastuuhoitajalle on myös tehty ohjeistus (Liite 2) keskustelun läpi viemiseen ja sitä on käyty läpi kotihoidon tiimipalavereissa ja kuukausikokouksissa. Asiakaspalautekeskustelusta järjestettiin vastuuhoitajille koulutus vuonna 2013 ennen asiakaspalautteen käyttöönottoa. Asiakaspalautekeskustelussa on ollut mahdollista esittää asiakkaille selventäviä lisäkysymyksiä ja kyselyn on ollut tarkoitus olla keskustelevaa.

Keskustelun runkona olevasta lomakkeesta olen poiminut ne kysymykset, jotka aikaisemman tutkimuksen mukaan kuvaavat asiakkaan osallisuutta, palveluiden asiakaslähtöisyyttä tai elämänlaatua. Aineistoa on rajattu myös sen perusteella, että analysoitavien kysymyksien vastaukset on viety Digium palautteenhallinta ohjelmistoon valmisiin luokitteluihin, avoimia vastauksia ei ole käytetty aineistona. Digium ohjelmaan viety aineisto pystytään muutamaa muotoon, jota voidaan käsitellä SPSS (Statistical Package for Social Sciences) tilasto-ohjelman avulla. Kaikkia osallisuutta, asiakaslähtöisyyttä tai elämänlaatua käsitteleviä kysymyksiä ei olla viety palautteenhallinta ohjelmistoon, jolloin ne on rajattu ulos tämän tutkimuksen aineistosta. Alla oleva kuva on yhteenveto tutkimuksen teoreettisesta viitekehystä sekä tutkimuskysymyksistä ja eri muuttujista.



KUVIO 3. Osallisuus ja asiakaslähtöisyys kotihoidossa asiakkaan elämänlaadun näkökulmasta, muuttujat ja tutkimuskysymykset

Kaikkiin valmiisiin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti. Niiden luotettavuutta tulee punnita tarkasti. Valmiiden aineistojen käytön haastavuutta lisää se, että niitä on usein muokattava. Valmiin aineiston on kerännyt joku toinen ja se on huomioitava, kun tutkimuksen tuloksia tulkitaan ja luotettavuutta arvioidaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 178.)

3.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Tilastollinen tutkimus on tutkimusta, jossa aineisto analysoidaan tilastollisilla analyysimenetelmillä. Tilastollisen tutkimuksen avulla voidaan tutkia otosten pohjalta saatujen tulosten merkittävyyttä ja ilmiön varianssin lähteitä. Sillä voidaan tehdä myös yleistyksiä otoksesta populaatioon. (Tähtinen ym.2011, 16; Metsämuuronen 2010, 412.)

Asiakaspalautekeskustelulomakkeen mitta-asteikkona käytetään pääsääntöisesti luokiteluasteikkoa (laatu-tai nominaaliasteikko) (esimerkkinä sukupuoli ja kyllä – ei vastaukset). Se ilmoittaa vain muuttujien samanlaisuuden tai erilaisuuden. Asteikko vaikuttaa siihen, millaista tietoa kysely tuottaa ja siihen, millaisia tuloksia saadaan. (Vilka 2007, 48; Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 85.) Osa asiakaspalautekeskustelun vastauksista on luokiteltu järjestysasteikolla (esimerkkinä kokemus omasta terveydentilasta). Järjestysasteikolla voidaan esittää luokkien järjestystä. (Vilka 2007, 49—50.)

Tämän tutkimuksen aineistoa analysoin ristiintaulukoimalla ja esitin tuloksia normaali-jakaumina ja ristiintaulukoituina prosenttijakaumina. Ristiintaulukoinnin periaatteena on, että siinä otetaan huomioon havainnon sijainti kummallakin muuttujalla samanaikaisesti. (Alkula ym. 1994, 175) ja se on tarkoitettu erilaisten, kategoristen muuttujien analysointiin. Sukupuoli, ikä, erilaiset asenne- ja preferenssimuuttujat ovat tyypillisiä ristiintaulukoitavia muuttujia. Ristiintaulukoinnissa aineisto esitetään frekvensseinä tai prosenttisuuksina. Ristiintaulukointi yhdistettynä khiin-neliö testiin sopii monen tutkimusongelman käsittelyyn. Tulkittaessa ristiintaulukoinnin näyttämiä suhteita tai khiin neliön tuloksia, pitää huomioida, että kahden muuttujan välinen riippuvuutta ei voida tulkita kausaaliseksi, ellei taustalla ole laajempaa todistusaineistoa tulkinnalle. Khiin neliö-testi on jakauman yhteensopivuustesti. Lisäksi sitä käytetään riippumattomuustestinä, kun yritetään saada vastausta ovatko muuttujat toisistaan riippuvaisia eli onko niiden välillä yhteyttä vai ei. (Tähtinen ym. 2011, 123—124,137.)

Tässä tutkimuksessa ristiintaulukoin selittäviä muuttujia (ikä, sukupuoli, asiakkuuden kesto) selitettävien muuttujien kanssa (osallisuudesta, asiakaslähtöisyydestä sekä elämänlaadusta kertovia muuttujia). Lisäksi selitettävien muuttujien keskinäisiä yhteyksiä selvitin ristiintaulukoimalla osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden muuttujia elämänlaatuun liittyvien muuttujien kanssa. Näihin ristiintaulukointeihin sovelsin myös khiin neliö-testiä, josta saatiin p-arvo. Tilastollisen merkitsevyydestin avulla kerrotaan tulosten todennäköisyysarvosta. Testin avulla saatavien p-arvojen vahvuutta on määritetty seuraavalla tavalla: $p < .05$ = havaittu p-arvo on tilastollisesti melkein merkitsevä, $p < .01$ = havaittu p-arvo on merkitsevä ja $p < .001$ = havaittu p-arvo on tilastollisesti erittäin merkitsevä. Useimmiten nykyään käytetään $p < .05$ merkitsevyytensä havaittujen erojen tulkinnassa. Myös tässä työssä olen raportoinut merkitseviksi $< .05$ p-arvot. (Tähtinen

ym. 2011, 65.) Ikäluokat oli syötetty alkuperäiseen aineistoon kukin omina muuttujina, ja niitä ei ole yhdistetty SPSS ohjelmassa yhdeksi muuttujaksi. Tästä syystä ikäryhmiin perustuvista ristiintaulukoinneista ei voitu laskea tilastollista merkitsevyyttä eikä saatu p-arvoja SPSS ohjelman avulla. Ikäryhmien osalta ristiintaulukointeja on tarkasteltu suhteessa muihin muuttujiin prosenttijakaumien perusteella. Tästä syystä ikäryhmien erot ovat muiden muuttujien suhteen vain suuntaa antavia.

4. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tulokset on ryhmitelty kolmeen lukuun. Ensimmäisessä alaluvussa kuvataan asiakkaiden taustamuuttujia eli ikää, sukupuolta ja kotihoidon asiakkuuden kesto. Toisessa alaluvussa tarkastellaan asiakkaan osallisuutta ja palvelujen asiakaslähtöisyyttä hoito- ja palvelusuunnitelman, ohjauksen ja neuvonnan, vastuuhoidajuuden, toimintakyvyn mittaamisen ja liikunnan, turvallisuuden, kotihoidon palveluiden ja henkilöstön osaamisen näkökulmista sekä suhteessa taustamuuttujiin. Kolmannessa alaluvussa käsitellään asiakkaan elämänlaadun fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia suhteessa osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden kokemuksiin.

4.1 Vastaajien taustatiedot

Kotihoidon asiakkaista suurin osa oli naisia. Asiakkaista suurin osa kuului ikäryhmään 75—84 vuotta tai 85—95 vuotta. Molempien ikäryhmien osuus kaikista asiakkaista oli 37%. Ikä vaikutti asiakkaiden sukupuolijakaumaan. Alle 65-vuotiaiden ikäryhmissä miehiä oli enemmän kuin naisia. Seuraavassa ikäryhmässä eli 65—75 vuotta sukupuolet jakautuivat melkein tasan. Kaikissa seuraavissa ikäryhmissä naisten osuus oli suurempi ja se suurentui, mitä vanhempiin ikäryhmiin siirryttiin. Taulukossa 1 on esitetty asiakkaan ikä ja sukupuoli prosenttijakaumina.

TAULUKKO 1. Yhteenveto taustamuuttujista ikä ja sukupuoli % - jakaumat

Asiakkaiden ikä ja sukupuoli	alle 65v. (n=66)	65-74v. (n=188)	75-84v. (n=386)	85-95v. (n=386)	yli 95v. (n=18)	Kaikki (N=1044)
Ikä %	6	18	37	37	2	100
Sukupuoli %						
Nainen (n=717)	38	51	73	79	94	69
Mies (n=324)	62	49	27	21	6	31

Kotihoidon asiakkuuden kesto jakautui siten, että suurin osa vastaajista oli ollut kotihoidon asiakkaana 2—5 vuotta (34 %). Muut asiakkuuden kesto ryhmät olivat suurin piirtein yhtä suuria; 20—25 % välillä. Ikäryhmien ja asiakkuuden keston välistä suhdet-

ta tarkasteltaessa huomattiin, että kaikissa muissa ikäryhmissä asiakkuus oli kestänyt useimmin 2—5 vuotta, paitsi ikäryhmässä yli 95-vuotiaat, joilla asiakkuudet olivat useimmiten kestäneet yli 5 vuotta. Taulukossa 2 on esitetty kotihoidon asiakkuuksien keston normaalijakaumat.

TAULUKKO 2. Kotihoidon asiakkuuden keston %- jakaumat

Kotihoidon asiakkuuden kesto N=1021	
alle 1 vuotta	21 %
1—2 vuotta	20 %
2—5 vuotta	34 %
yli 5 vuotta	25 %
Yhteensä	100 %

Yhteenvetona voidaan todeta, että suurin osa kotihoidon säännöllisiä asiakkaista oli naisia ja iältään 75—84 vuotta tai 85—95 vuotta. Asiakkuus oli useimmiten kestänyt 2—5 vuotta.

4.2 Asiakkaan osallistuminen ja palveluiden asiakaslähtöisyys

Tässä alaluvussa olen jaotellut osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä kertovat kysymykset kuuteen eri luokkaan. Luokat ovat:

- Osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen
- Ohjaus ja neuvonta
- Vastuuhoitajuus
- Toimintakyvyn mittaaminen ja liikunta
- Turvallisuus
- Kotihoidon palvelut ja henkilöstön osaaminen

Asiakkaan osallistumisesta ja palveluiden asiakaslähtöisyydestä kertovia kysymyksiä ei aina voi suoraan erotella, koska usein sama muuttuja kertoo sekä asiakkaan mahdollisuudesta osallistua, että palveluiden asiakaslähtöisyydestä. Usein palveluiden asiakas-

lähtöisyys mahdollistaa asiakkaan osallistumisen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen.

Osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen

Asiakkaan osallistumisesta omien palveluiden suunnitteluun, kertovat kysymykset hoito- ja palvelusuunnitelmaan tekemiseen osallistumisesta, omaisten tai läheisten osallistumisesta sen tekemiseen ja asiakkaan mielipiteen huomioimisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelma (hopasu) tehdään kaikille kotihoidon säännöllisille asiakkaille.

Asiakkaista 68% oli osallistunut oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen.

Kysyttäessä asiakkaalta syytä siihen, miksi hän ei ollut osallistunut, useimmiten (60%) asiakkaan vastaus oli, että hän ei muista tai ei osaa sanoa syytä. Toiseksi yleisin (24%) syy oli, ettei asiakasta oltu pyydetty osallistumaan suunnitelman laatimiseen. Muita syitä olivat, ettei asiakas halunnut (4%) tai kyennyt (2%) osallistumaan. Kun asiakkailta kysyttiin, oliko heidän mielipide huomioitu hoito- ja palvelusuunnitelmassa, 85% asiakkaista oli sitä mieltä, että heidän mielipiteensä oli huomioitu.

Omaisten ja läheisten rooli oli merkittävä, vaikka kyseessä olikin asiakaspalautekeskustelu. Vastausten mukaan omaisia tai läheisiä oli läsnä hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä 48%:lla asiakkaista. Syitä omaisten osallistumattomuudelle olivat ne, ettei heillä ollut mahdollisuutta osallistua (28%), asiakas ei muistanut/osannut sanoa miksi omaisen ei ollut osallistunut (27%), asiakas ei halunnut, että omaiset osallistuvat (19%) tai omaisia ei oltu pyydetty osallistumaan (14%). Asiakkaista noin 12% ei ollut ollenkaan omaisia tai läheisiä.

Kun vastauksia hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen osallistumisesta, omaisten osallistumisesta ja mielipiteen huomioinnista ristiintaulukoitiin iän, sukupuolen ja asiakkuuden keston kanssa, huomattiin, että näillä tekijöillä oli yhteyksiä osallisuuden kokemuksiin.

Ikäryhmien vertailu osoitti, että vanhimman ikäryhmän eli yli 95-vuotiaiden osallistuminen oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen selkeästi vähäisempää kuin nuorempien. Toisaalta myös alle 65-vuotiaat olivat osallistuneet vähemmän oman hoito- ja

palvelusuunnitelman tekemiseen kuin 65—74-vuotiaat. Tätä poikkeusta lukuun ottamatta osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon oli asiakkailta sitä yleisempää mitä nuorempia he olivat. Ikäryhmien ristiintaulukoinnissa ei voitu käyttää khiin-neliö testiä, valmiiden ikäryhmä luokittelujen vuoksi. Taulukossa 3 on esitetty asiakkaiden ja omaisten osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen suhteessa ikäryhmiin.

TAULUKKO 3. Asiakkaan ja omaisten osallistumista hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna ikäryhmien kanssa

Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan osallistumiseen kuvaavat muuttujat	Ikäryhmät					
	alle 65v	65-74v	75-84v	85-95v	yli 95v	Kaikki
4. Oletteko osallistuneet hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon?	(n=66)	(n=188)	(n=386)	(n=386)	(n=18)	(N=1044)
Kyllä	71	72	67	67	56	68
Ei	29	28	33	33	44	32
5. Olivatko omaiset/läheiset mukana hoito- ja palvelusuunnitelman teossa?	(n=66)	(n=188)	(n=386)	(n=386)	(n=18)	(N=1044)
Kyllä	35	32	52	54	67	48
Ei	65	68	48	46	33	52

Omaisten/läheisten osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelmiin oli sen sijaan sitä yleisempää, mitä vanhempaan ikäryhmään asiakas kuului. Alle 65-vuotiaiden ja 65—74-vuotiaiden ikäryhmässä omaiset/läheiset osallistuivat vain 32—35% tapauksista. Tosin tässäkin vertailussa saatettiin havaita, että osallistumisen lisääntyminen ei ollut aivan lineaarista. Vanhimmissa ikäryhmässä eli yli 95-vuotiailla omaiset osallistuivat hoidon suunnitteluun 67% vastaajista.

Kotihoidon asiakkuuden kesto liittyi siihen, miten omaiset osallistuvat hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon. Mitä kauemmin asiakas oli ollut kotihoidon asiakkaana, sitä harvemmin omaiset osallistuvat hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon. Tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$). Taulukossa 4 tätä yhteyttä on esitetty tarkemmin.

Yhteenvedon voidaan todeta, että asiakkaiden ikä oli yhteydessä siihen, olivatko he osallistuneet oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen sekä siihen olivatko omaiset osallistuneet hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen.

Asiakkuuden kesto sen sijaan liittyi siihen, olivatko omaiset olleet mukana asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Asiakkaan sukupuoli ei ollut yhteydessä mihinkään osallistumisesta kertovaan muuttajaan.

TAULUKKO 4. Omaisten/läheisten osallistumista kuvaavan muuttujan % - jakaumat ristiintaulukoituna kotihoidon asiakkuuden keston kanssa

Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan osallistumiseen kuvaavat muuttajat	Kotihoidon asiakkuuden kesto				
	alle 1v	1-2v	2-5v	yli5v	Kaikki
5. Olivatko omaiset/läheiset mukana hoito- ja palvelusuunnitelman teossa?	(n=218)	(n=206)	(n=347)	(n=250)	(N=1021)
Kyllä	56	48	50	40	49
Ei	44	52	50	60	51
					p=.008 ¹

¹Khiin-neliö

Ohjaus ja neuvonta

Kotihoidon asiakkaiden palveluihin kuuluu ohjaus ja neuvonta. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu asiakkaiden saamaa ohjausta seuraavilla muuttujilla: kotiin saatavien palvelut, ravitseminen sekä lääkehoito.

Kotihoidon asiakkaista 87% koki saaneensa riittävästi tietoa kotiin järjestettävistä palveluista. Ravitsemukseen liittyvää ohjausta kotihoidolta koki saaneensa 61% asiakkaista. Lääkehoitoon liittyvää ohjausta sai 95% asiakkaista. Ikäryhmä linkittyy kokemukseen kotiin annettavien palveluihin liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta (Taulukko 5). Vanhemmat ikäryhmät kokivat saavansa huonoiten tietoa kotiin järjestettävistä palveluista. Sama ilmiö näkyi myös ravitsemukseen liittyvässä ohjauksessa. Lääkehoitoon liittyvän ohjauksen riittävyyteen ei iällä ollut merkitystä. Nuorin ikäryhmä (alle 65v) ja vanhin (yli 95v) kokivat saavansa vähemmän ohjausta, kuin tälle välille sijoittuvat ikäryhmät. Ikäryhmien kohdalla ei voitu tilastollista merkitsevyyttä analysoida khiin-neliön avulla, koska ne olivat valmiiksi luokiteltu.

TAULUKKO 5. Ohjausta ja neuvontaa kuvaavien muuttujien % - jakaumat ristiintaulukoituna ikäryhmien kanssa

Asiakkaiden ohjaus ja neuvonta	Ikäryhmät					
	alle 65v	65-74v	75-84v	85-94v	yli 95v	Kaikki
8. Oletteko saaneet riittävästi tietoa kotiin järjestettävistä palveluista? Kyllä Ei	(n=66) 86 14	(n=185) 89 11	(n=380) 88 12	(n=381) 87 13	(n=18) 72 28	(N=1030) 87 13
18. Saatteko ohjausta ravitsemukseen liittyvissä asioissa? Kyllä Ei	(n=66) 62 38	(n=187) 63 37	(n=384) 62 38	(n=381) 60 40	(n=18) 56 44	(N=1036) 62 38
31. Saatteko ohjausta lääkehoidossa vastuuhoitajalta/kotihoidon henkilökunnalta? Kyllä Ei	(n=49) 90 10	(n=129) 98 2	(n=290) 95 5	(n=290) 96 4	(n=15) 93 7	(N=773) 95 5

Sukupuolella ja asiakkuuden kestolla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä ohjaus ja neuvontapalveluiden riittävyyden kokemukseen.

Vastuuhoitajuus

Vastuuhoitajuus on tärkeä osa kotihoidon asiakaslähtöisyyden toteutumista. Kaikille säännöllisen kotihoidon asiakkaille on määritelty vastuuhoitaja. Vastuuhoitaja koordinoi asiakkaan palveluita ja esimerkiksi toteuttaa vuosittain tämän tutkimuksen aineistona olevan asiakaspalautekeskustelun. Vastuuhoitajuuden toteutumista ja laatua on selvitetty kysymällä asiakkaalta vastuuhoitajan tuntemisesta, vastuuhoitajan käyntien tiheydestä, vastuuhoitajan kyvystä tehdä yhteistyötä omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa sekä yhteyden saamisesta vastuuhoitajaan. Tässä kappaleessa olen esittänyt näihin vastauksiin liittyvät prosenttijakaumat sekä ristiintaulukoinnit taustamuuttujien kanssa.

Kotihoidon asiakkaista noin 77% tunsi vastuuhoitajansa. Vastuuhoitajista 78% kävi asiakkaan luona kerran viikossa tai useammin, 12% joka toinen viikko ja 4% harvemmin. Asiakkaista 6% ei osannut arvioida, kuinka usein vastuuhoitaja vieraili heidän luonaan. Asiakkaiden mielestä vastuuhoitaja teki riittävästi yhteistyötä omaisten kanssa 83% tapauksista ja muiden yhteistyötahojen kanssa 60% tapauksista. Muiden yhteistyötahojen kanssa tehtävän yhteistyön toteutumista ei osannut arvioida 36% asiakkaista.

Vastuuhoitajaan ja muuhun kotihoidon henkilöstöön yhteyden saaminen on tärkeää. Asiakkaiden mukaan vastuuhoitajan sai tarvittaessa yhteyden 98% mielestä ja muuhun henkilöstöön 93% mielestä. Asiakkaiden taustamuuttujista iällä oli merkitystä siihen, tunsiko asiakas vastuuhoitajan, kokemukseen omaisyhteistyöstä sekä kokemukseen siitä saiko muuhun kotihoidon henkilöstöön yhteyden. Vastuuhoitajan tunsivat parhaiten alle 65-vuotiaat asiakkaat (89%). Prosentti pieneni, mitä vanhemmasta asiakasryhmästä oli kyse. Yli 95-vuotiaista 72% tunsivat vastuuhoitajansa.

Vastuuhoitajan ja omaisten välisen yhteistyöhön tyytyväisyys sen sijaan lisääntyi sitä mukaa, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Yli 95-vuotiaiden ryhmästä vastuuhoitajan ja omaisten yhteistyön riittävyteen tyytyväisiä oli noin 89% asiakkaista. Alle 65-vuotiaista vastuuhoitajan ja omaisten väliseen yhteistyöhön tyytyväisiä oli 70%.

Vastuuhoitajan ja muiden tahojen yhteistyöhön miehet olivat tyytyväisempiä kuin naiset ($p < .05$). Naiset (58%) kokivat yhteistyön huomattavasti harvemmin riittäväksi kuin miehet (66%). Kotihoidon asiakkuuden kestolla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä kokemukseen vastuuhoitajan toiminnasta.

Toimintakyvyn mittaaminen ja liikunta

Kotihoidon toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi on asiakkaiden palveluiden perusta. Osana tätä arviointia ovat toimintakyvyn mittaukset. Ne toimivat myös liikuntasuunnitelman tukena ja toimintakyvyn arvioinnin välineinä. Näitä muuttujia arvioidaan kysymyksissä tehdyistä toimintakyvyn mittauksista sekä liikuntasuunnitelmista.

Asiakkaista 62% kertoi, että heille oli tehty toimintakyvyn mittauksia. Liikuntasuunnitelma oli tehty 48% asiakkaista. Naisille toimintakyvyn mittauksia oli tehty 62% ja miehille 63%. Ikäryhmistä eniten toimintakyvyn mittauksia oli tehty 65—74-vuotiaille sekä yli 95-vuotiaille (67%) ja vähiten ikäryhmälle 75—84-vuotiaat (59%). Kotihoidon asiakkuuden kesto ei ollut merkitsevä muuttuja toimintakyvyn mittausten tekemisessä. Eniten mittauksia oli tehty yli 5 vuotta asiakkaana olleille ja vähiten 1—2 vuotta asiakkaana olleille.

Liikuntasuunnitelmien suhteen sen sijaan sukupuolella on merkitystä ($p < .05$). Liikuntasuunnitelma oli tehty 46% naisista ja 53% miehistä. Myös ikäryhmä liittyy siihen, onko liikuntasuunnitelmaa tehty. Nuorimmalle ikäryhmälle, alle 65-vuotiaat, liikuntasuunnitelma oli tehty 52%, kun taas vanhimmasta ikäryhmästä eli yli 95-vuotiaat vastaava prosentti oli 35. Taulukkoon 6. on koottu tulokset liikuntasuunnitelman ja asiakkaiden ikäryhmän ja sukupuolen välisistä yhteyksistä.

TAULUKKO 6. Liikuntasuunnitelmaa kuvaavan muuttujan % - jakauma ristiintaulukoituna sukupuolen ja ikäryhmän kanssa

Asiakkaan toimintakyvyn mittaaminen ja liikuntasuunnitelma	Ikäryhmät						Sukupuoli		
	alle 65v	65-74v	75-84v	85-95v	yli 95v	Kaikki	Nainen	Mies	Kaikki
14. Onko teille tehty kotihoidon toimesta liikuntasuunnitelma?	(n=65)	(n=188)	(n=383)	(n=383)	(n=17)	(N=1036)	(n=712)	(n=321)	(N=1033)
Kyllä	52	52	47	47	35	49	46	53	48
Ei	48	48	53	53	65	51	54	47	52
									$p = .033^1$

¹ Khiin-neliö

Kotihoidon asiakkuuden kestolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sen kanssa, oliko liikuntasuunnitelma tehty asiakkaalle. Eniten liikuntasuunnitelmia oli tehty yli 5 vuotta asiakkaana olleille (52 %).

Turvallisuus

Kotihoidon yhtenä tavoitteena on lisätä asiakkaan turvallisuutta ja turvallisuuden tunnetta. Kaatumisten ehkäisy on erittäin tärkeä osa tätä kokonaisuutta. Turvallisuuden kokemuksesta kertovat asiakkaiden vastaukset turvallisuuden tunteesta, kaatumisista ja kotihoidon käyntien turvallisuuden tunnetta lisäävästä vaikutuksista. Asiakkaista 95% tunsivat olonsa kotona turvalliseksi ja 96% oli sitä mieltä, että kotihoidon käynnit lisäävät turvallisuuden tunnetta. Viimeisen vuoden aikana 49% asiakkaista oli kaatunut.

Kun turvallisuuden tunnetta ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa, tulokseksi saatiin, että naisista 94% ja miehistä 97% tuntee olonsa turvalliseksi. Ikäryhmällä tai asiakkuuden kestolla ei ollut vaikutusta turvallisuuden tunteen kokemukseen. Kaikki yli 95-vuotiaat tunsivat olonsa turvalliseksi ja vähiten turvallisuuden tunnetta koki 65—74-vuotiaiden ikäryhmä (93%).

Kaatumisten suhteen taustamuuttujista ainoastaan asiakkuuden kesto (Taulukko 7) liittyi kaatumiseen edellisen vuoden aikana. Alle vuoden kotihoidon asiakkaana olleista edellisen vuoden aikana oli kaatunut 57% asiakkaista ja yli 5 vuotta kotihoidon asiakkaana olleista 49% ($p < .05$).

TAULUKKO 7. Kaatumista kuvaavan muuttujan %-jakauman ristiintaulukoituna asiakkuuden keston kanssa

Kaatuminen	Kotihoidon asiakkuuden kesto				
	alle 1v (n=218)	1-2v (n=206)	2-5v (n=347)	yli5v (n=250)	Kaikki (N=1021)
26. Oletteko kaatuneet viimeisen vuoden aikana?					
Kyllä	57	48	49	42	49
Ei	43	52	51	58	51
					$p=.011^1$

¹ Khiin-neliö

Kotihoidon käyntien vaikutus turvallisuuden tunteen lisääntymiseen ei liittynyt sukupuoleen tai asiakkuuden keston. Ikäryhmissä oli nähtävissä heikkoa yhteyttä sen suhteen, kuinka vanhoja asiakkaat olivat. Vanhimmat asiakkaat eli yli 95-vuotiaat kokivat kaikkein vahvimmin kotihoidon käyntien lisäävän heidän turvallisuuden tunnettaan (89%).

Kotihoidon palvelut ja henkilöstön osaaminen

Vastuuhoitajamallin vahvistamisen lisäksi kotihoidon henkilökunnan vaihtuvuuden vähentäminen on ollut eräs asiakaslähtöisyyden edellytyksistä. Tämän lisäksi palveluiden toteuttamisen lähtökohtana on ollut toimintakykyä edistävä työote. Palveluiden tavoitteena on aina oltava omatoimisuuden ja itsenäisyyden tukeminen ja lisääminen. Henkilöstön pitää pystyä arvioimaan asiakkaan terveydentilaa ja siinä tapahtuvia muutoksia. Muutoksiin reagoiminen on erittäin tärkeää, jotta asiakas saa avun oikeaan aikaan oikeassa paikassa.

Asiakkaista 95% oli sitä mieltä, että kotihoidon palvelut tukevat heidän omatoimista selviytymistä kotona. Millään taustamuuttujalla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä suhteessa tähän muuttujaan.

Asiakkaiden kokemuksen mukaan 92% oli sitä mieltä, että heidän terveydentilaansa seurattiin säännöllisesti ja 94% asiakkaista oli sitä mieltä, että havaittuihin muutoksiin reagoitiin nopeasti. Kokemukseen terveydentilan seuraamisesta tai muutoksiin reagoimisessa ei vaikuttanut sukupuoli, ikä eikä kotihoidon asiakkuuden kesto.

Asiakkaista 51% kertoi, että heidän luonaan oli vierailut viimeisen kuukauden aikana 4–7 eri hoitajaa. Asiakkaista 36% kertoi luonaan vierailleen vähintään 8 eri hoitajaa ja 14% kertoi hoitajia vierailleen vähemmän kuin 4 eri hoitajaa. Asiakkaista 79% koki määrän sopivaksi ja 21% sen koki liian suureksi.

Sukupuolien välisessä vertailussa (Taulukko 8.) huomattiin, että naiset kokivat huomattavasti useammin, että liian monta eri hoitajaa oli vierailut heidän luonaan viimeisen kuukauden aikana. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$).

TAULUKKO 8. Hoitajamäärän sopivuutta kuvaavan muuttujan %-jakauman ristiintaulukointi sukupuolen kanssa

Asiakkaan kokemus hoitajamäärän sopivuudesta	Sukupuoli		
	Nainen (n=712)	Mies (n=316)	Kaikki (N=1028)
33. Onko viimeisen kuukauden aikana vierailleiden eri hoitajien määrä			
Sopiva	77	84	79
Liian monta	23	16	21
			$p = .025^1$

¹ Khiin-neliö

Ikäryhmien välillä eroja ei tullut esille. Myöskään asiakkuuden kesto ei vaikuttanut kokemukseen eri hoitajien määrän sopivuudesta. Henkilökunnan luottamusta ja ammattitaitoa asiakkaat arvioivat siten, että 98% koki voivansa luottaa hoitajiin ja 97% mielestä hoitajat olivat ammattitaitoisia. Luottamuksen tai ammattitaidon kokemukseen ei taustamuuttujilla ollut yhteyksiä.

4.3 Asiakkaan elämänlaatu

Tässä alaluvussa tarkastellaan asiakkaan elämänlaadun fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Samalla tarkastellaan myös, miten eri ulottuvuudet ovat yhteydessä asiakkaan kokemuksiin osallisuudesta, ohjauksesta ja neuvonnasta, vastuuhoidajuudesta,

toimintakyvyn mittaamisesta ja liikunnasta, turvallisuudesta, terveyden tilan seurannasta sekä kotihoidon henkilöstön osaamisesta.

4.3.1 Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus

Elämänlaadun fyysisestä ulottuvuudesta kertovat asiakkaiden vastaukset terveydentilasta, liikuntakyvystä, liikuntasuunnitelmista sekä mahdollisuudesta ulkoilla. Myös apuvälineiden käyttö, ravitseminen sekä kodin siivoaminen itsenäisesti liittyvät asiakkaiden fyysiseen elämänlaatuun.

Suurin osa asiakkaista koki terveydentilansa kohtalaiseksi (53%). Terveydentilansa hyväksi koki 33% ja huonoksi 14% asiakkaista. Suurin osa asiakkaista arvioi oman liikuntakykynsä kohtalaiseksi (42%). Asiakkaista 24% arvioi oman liikuntakykynsä hyväksi ja huonoksi 34%. Ulkoilua harrasti 77% asiakkaista. Ulkoilevista asiakkaista päivittäin ulos lähti 34 %, pari kertaa viikossa ulkoili 18% vastaajista. Kaikista vastanneista asiakkaista vuoden ajan vaikuttivat noin 18% ulkoiluun ja heistä 23% ei ulkoillut lainkaan.

Asiakkaan päivittäisestä elämänhallinnasta kertovien muuttujien kohdalla vastaukset kertoivat, että apuvälineitä oli käytössä 79%:lla vastanneista. Ruokahalunsa hyväksi 60% asiakkaista, kohtalaiseksi 33% ja huonoksi 7%. Omasta siivouksestaan huolehti 18% vastaajista.

Taustamuuttujien (ikäryhmä, sukupuoli, kotihoidon asiakkuuden kesto) kanssa fyysisen elämänlaadun ulottuvuuden muuttujien ristiintaulukoinnissa voitiin havaita, että ikä liittyy liikuntakyvyn kokemukseen, ulkoiluun, liikuntasuunnitelmiin, apuvälineiden käyttöön sekä kokemukseen terveydentilasta. Varsinkin vanhin ikäryhmä yli 95 - vuotiaat poikkesivat huomattavasti näissä osa-alueissa muista ikäryhmistä. Yli 95 -vuotiaat kokivat liikuntakykynsä useimmiten heikoimmaksi, ulkoilua tapahtui harvemmin, heillä oli vähiten liikuntasuunnitelmia, he käyttivät eniten apuvälineitä sekä kokivat vähiten terveydentilansa hyväksi. Taulukossa 9. on esitetty ristiintaulukoituna fyysisen elämänlaadun muuttujia suhteessa ikäryhmiin.

Myös sukupuolella oli merkitystä fyysisen elämänlaadun ulottuvuuksiin. Miehistä 46% ulkoili päivittäin, kun taas naisten vastaava prosentti oli ainoastaan 29. Liikuntasuunnitelmat oli tehty 53%:lle miehistä ja vain 46%:lle naisista. Apuvälineitä sen sijaan käytti 81% naisista ja vain 73% miehistä. Nämä erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$)

TAULUKKO 9. Fyysisen elämänlaadun ulottuvuuksia kuvaavien muuttujien % -jakaumien ristiintaulukointi ikäryhmien kanssa

Asiakkaiden fyysisen elämänlaadun ulottuvuudet	Ikäryhmät					
	alle 65v	65-74v	75-84v	85-94v	yli 95v	Kaikki
11. Millaiseksi arvioitte liikuntakykynne?	(n=65)	(n=188)	(n=385)	(n=383)	(n=17)	(N=1038)
Hyvä	31	23	26	21	12	24
Kohtalainen	41	36	43	46	41	42
Huono	28	41	31	33	47	34
13. Kuinka usein ulkoilette?	(n=66)	(n=186)	(n=384)	(n=381)	(n=18)	(N=1035)
Lähes päivittäin	45	40	39	26	6	34
1-2 kertaa viikossa	19	20	17	18	11	18
Harvemmin kuin kerran viikossa	14	5	7	8	6	8
Ulkoilu vaihtelee vuodenaikojen mukaan	11	15	19	18	50	18
Ei ulkoile	11	20	18	30	28	22
14. Onko teille tehty kotihoidon toimesta liikuntasuunnitelma?	(n=65)	(n=188)	(n=383)	(n=383)	(n=17)	(N=1036)
Kyllä	52	52	47	47	35	48
Ei	48	48	53	53	65	52
15. Onko teillä käytössä apuvälineitä?	(n=66)	(n=188)	(n=386)	(n=386)	(n=18)	(N=1044)
Kyllä	70	76	74	86	100	79
Ei	30	24	26	14	0	21
28. Millaiseksi koette terveydentilanne?	(n=65)	(n=188)	(n=384)	(n=384)	(n=17)	(N=1038)
Hyvä	35	42	34	29	12	33
Kohtalainen	48	42	54	57	76	53
Huono	17	16	12	14	12	14

Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus ja osallistumisen kokemukset

Elämänlaadun fyysisellä ulottuvuudella löytyi tiettyjä yhteyksiä asiakkaiden osallisuuden kokemuksiin. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuivat eniten sellaiset asiakkaat, jotka kokivat liikuntakykynsä kohtalaiseksi sekä ulkoilivat 1–2 kertaa viikossa. Asiakkaat, jotka kokivat liikuntakykynsä hyväksi tai huonoksi osallistuivat hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen yhtä vähän (65%). Ulkoilun kohdalla vähiten hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuivat ne, jotka eivät ulkoilleet ollenkaan (59%) ja toiseksi vähiten ne, jotka ulkoilivat päivittäin (67%). Nämä yhteydet oli-

vat tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$). Myös ne, joilla oli käytössä apuvälineitä, osallistuivat hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen useammin (70%) kuin ne joilla ei ollut apuvälineitä (61%). ($p < .05$).

Omaisten osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen oli myös yleisempää niillä, jotka käyttivät apuvälineitä (50%), kuin niillä, jotka eivät käyttäneet apuvälineitä (42%), niillä jotka kokivat terveydentilansa kohtalaiseksi ($p < .05$).

Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus ja toimintakyvyn mittaaminen sekä liikunta

Elämänlaadun fyysisten ulottuvuuksien yhteyksiä tarkasteltiin myös suhteessa toimintakyvyn mittaamiseen ja liikuntaan. Tulokseksi saatiin, että asiakkaat, jotka kokivat liikuntakykynsä kohtalaiseksi, oli tehty eniten toimintakyvyn mittauksia (46%) sekä liikuntasuunnitelmia (46%) ($p < .05$). Mielenkiintoista oli, että hyväksi liikuntakykynsä kokevista ainoastaan 24%:lle oli tehty toimintakyvyn mittauksia sekä liikuntasuunnitelmia ja liikuntakyvyn huonoksi kokevista 30%:lle. Muissa elämänlaadun fyysisissä ulottuvuuksissa ei voitu nähdä yhteyksiä toimintakyvyn mittaamisen ja liikunnan muutuksiin.

Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus ja turvallisuuden kokemukset

Turvallisuudesta kertovien muuttujien ristiintaulukoinnissa oli yhteyksiä liikuntakyvyn ja kodin turvalliseksi kokevien sekä kaatumisten välillä. Asiakkaat, joiden liikuntakyky oli hyvä, 98% koki olonsa kotona turvalliseksi ja ne joiden liikuntakyky oli huono, 95% koki olonsa turvalliseksi. Tämä ero oli tilastollisesti merkittävä ($p < .05$).

Myös kaatumisen ja liikuntakyvyn yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$). Asiakkaista, joiden liikuntakyky oli huono, oli edellisen vuoden sisällä kaatunut 57% ja asiakkaista joiden liikuntakyky oli hyvä, ainoastaan 3% oli kaatunut. Myös ulkoilu liittyi kaatumiseen. Asiakkaat, jotka ulkoilivat lähes päivittäin, 41% oli kaatunut, kun taas asiakkaat, jotka eivät ulkoilleet ollenkaan, vastaava prosentti oli 58. Tämä ero oli myös tilastollisesti merkitsevä ($p < .05$).

Apuvälineiden käyttö näkyi myös tilastollisesti merkitseväna erona vuoden sisällä kaatuneiden joukossa. Asiakkaat, joiden käytössä oli apuvälineitä, 55% oli kaatunut edelli-

sen vuoden aikana. Sen sijaan niistä asiakkaista joilla ei ollut apuvälineitä, kaatunut oli vain 27%.

Ruokahalunsa hyväksi kokeneet olivat kaatuneet edellisen vuoden aikana harvemmin kuin ne, joiden ruokahalu oli huono. Kodin itsenäisesti siivoamaan kykenevät olivat myös kaatuneet harvemmin (41%) kuin ne, jotka tarvitsivat apua siivouksessa (51%). Myös nämä erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < .05$)

Terveydentilan kokemuksella oli yhteys turvallisuudesta kertoviin muuttujiin. Ne asiakkaat, jotka kokivat olonsa turvalliseksi kodeissaan, olivat myös useimmiten niitä, jotka kokivat terveydentilansa hyväksi (97%). Myös kaatumisen ja terveydentilan yhteys näytti selkeältä. Hyväksi terveydentilansa kokevista 43% oli kaatunut viimeisen vuoden aikana, kun taas huonoksi terveydentilansa kokevista vastaava prosentti oli 62%. Taulukossa 10 on yhteenveto kaatumisen ja elämänlaadun fyysisen ulottuvuuden välisistä yhteyksistä.

TAULUKKO 10. Fyysistä elämänlaatua kuvaavien muuttujien % -jakaumien ristiintaulukointi kaatumisen kanssa

Elämänlaadun fyysiset ulottuvuudet	29. Oletteko kaatuneet viimeisen vuoden aikana?		
	Kyllä	Ei	Kaikki
11. Millaiseksi arvioitte liikuntakykynne? Hyvä Kohtalainen Huono	(n=508) 35 51 57	(n=527) 65 49 43	(N=1035) 100 100 100 p=.000 ¹
13. Kuinka usein ulkoilette? Lähes päivittäin 1-2 kertaa viikossa Harvemmin kuin kerran viikossa Asiakkaan ulkoilu vaihtelee vuodenaikojen mukaan Asiakas ei ulkoile	(n=505) 41 56 52 45 58	(n=527) 59 44 48 55 42	(N=1032) 100 100 100 100 100 p=.000
15. Onko teillä käytössä apuvälineitä? Kyllä Ei	(n=510) 55 27	(n=531) 45 73	(N=1041) 100 100 p=.000
17. Millainen on ruokahalunne? Hyvä Kohtalainen Huono	(n=510) 47 49 66	(n=531) 53 51 34	(N=1041) 100 100 100 p=.007
27. Pystyttekö huolehtimaan kodin siivoamisesta itsenäisesti? Kyllä Ei	(n=510) 41 51	(n=531) 59 49	(N=1041) 100 100 p=.010
28. Millaiseksi koette terveydentilanne? Hyvä Kohtalainen Huono	(n=508) 43 50 62	(n=527) 57 50 38	(N=1035) 100 100 100 p=.000

¹ Khiin-neliö

Fyysisen elämänlaadun ulottuvuudet ja kotihoiton palvelut sekä henkilöstön osaaminen
Liikuntakyvyn ja terveydentilan seurannan ja muutoksiin reagoimisesta kertovien muuttujien tarkastelussa saattoi huomata, että 94% vastaajista koki liikuntakykynsä hyväksi ja heidän terveydentilaansa seurattiin säännöllisesti. Toisaalta taas heikoksi liikuntakykynsä kokevien seuranta tehtiin säännöllisesti 89% asiakkaista ($p < .05$). Voinnin muutoksiin reagoiminen ei liittynyt liikuntakyvyn kokemukseen eikä myöskään terveydentilan kokemus ollut yhteydessä asiakkaan voinnin seurantaan tai muutoksiin reagoimiseen.

Asiakkaan fyysisen elämänlaadun ulottuvuuksilla oli merkitystä siinä, miten asiakas kokee kotihoidon palvelut ja henkilöstön osaamisen. Liikuntakykynsä hyväksi kokevista asiakkaista 99% oli sitä mieltä, että henkilökunta on ammattitaitoista. Liikuntakykynsä huonoksi kokevien vastaava prosentti oli 95 ($p < .05$). Myös liikuntakyvyn ja hoitajien määrän sopivuudella oli myös tilastollinen yhteys. Liikuntakykynsä hyväksi kokevista 88% oli sitä mieltä, että viimeisen kuukauden aikana on käynyt sopiva määrä eri hoitajia, kun taas huonoksi liikuntakykynsä kokevien vastaava prosentti oli 72.

Terveydentilan kokemus liittyi selvästi siihen, millaiseksi asiakkaat kokivat kotihoidon palvelut ja henkilökunnan osaamisen. Terveydentilansa hyväksi kokevista 98% koki henkilökunnan ammattitaitoiseksi ja huonoksi terveydentilansa kokevien vastaava prosentti oli 94 ($p < .05$). Luonaan vierailleiden eri hoitajien määrää sopivana piti hyväksi terveydentilansa kokevista asiakkaista 86 % ja terveydentilansa huonoksi kokevien prosentti oli 63 ($p < .05$). Millään elämänlaadun fyysisellä ulottuvuudella ei ollut yhteyttä siihen, kokivatko asiakkaat kotihoidon käynnit omatoimista selviytymistä tukeviksi.

4.3.2 Elämänlaadun psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus

Elämänlaadun psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden kokemuksista kertovat asiakkaiden vastaukset omasta mielialasta ja aiheista, jotka virkistävät heidän mieltään. Myös kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisen mahdollistuminen, yksinäisyyden kokemukset sekä sosiaalisen tukiverkoston olemassaolo kertovat asiakkaiden psyykkisestä ja sosiaalisesta elämänlaadusta.

Mielialan asiakkaat kokivat useimmiten hyväksi 55%. Kohtalaiseksi mielialansa koki 38% asiakkaista ja huonoksi 7%. Mieltä virkistivät useimmiten omaiset/ystävät, televisio/radio/tietokone sekä kotihoidon käynnit.

Asiakkaista 45% pystyi osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan. Useimmiten tämä oli päiväkeskustoimintaa. Osallistumattomuuden syynä oli useimmiten se, että asiakas ei halunnut osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan. Asiakkaista 91% oli sosiaalinen tukiverkosto, mutta kuitenkin yksinäiseksi itsensä koki 27% vastanneista.

Kun psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuksia tarkasteltiin suhteessa taustamuuttujiin (ikäryhmät, sukupuoli ja kotihoidon asiakkuuden kesto) voitiin huomata, että ikä liittyi psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuuksiin (Taulukko 11). Vanhemmat ikäryhmät kokivat mielialansa heikommaksi kuin nuoremmat ikäryhmät. Myös yksinäisyyden kokemus lisääntyi selvästi yli 95-vuotiaiden ryhmässä. Toisaalta taas yli 95-vuotiaiden ryhmästä 100% vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on olemassa sosiaalinen tukiverkosto.

Sukupuolen merkitys näkyi ainoastaan sosiaalisen tukiverkoston olemassa olossa. Naisista 93% vastasi, että heillä on olemassa sosiaalinen tukiverkosto, miehissä vastaava prosentti oli 86 ($p < .05$).

TAULUKKO 11. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % -jakaumat ristiintaulukoituna ikäryhmien kanssa

Psykkiset ja sosiaaliset elämänlaadun ulottuvuudet	Ikäryhmät					
	alle 65v	65-74v	75-84v	85-95v	yli 95v	Kaikki
19. Millainen on mielialanne?	(n=65)	(n=187)	(n=386)	(n=384)	(n=18)	(N=1040)
Hyvä	60	60	55	52	44	55
Kohtalainen	34	31	37	41	56	38
Huono	6	9	8	7	0	7
21. Pystytkö osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan?	(n=66)	(n=188)	(n=386)	(n=386)	(n=18)	(N=1044)
Kyllä	58	43	52	39	28	45
Ei	42	57	48	61	72	55
22. Onko teillä sosiaalinen tukiverkosto?	(n=66)	(n=187)	(n=383)	(n=381)	(n=18)	(N=1035)
Kyllä	89	85	90	94	100	91
Ei	11	15	10	6	0	9
23. Koetteko olonne yksinäiseksi?	(n=66)	(n=185)	(n=385)	(n=381)	(n=18)	(N=1035)
Kyllä	33	25	25	28	56	27
Ei	64	75	75	72	44	73

Elämänlaadun psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet ja asiakkaan osallistuminen

Kun elämänlaadun psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia eli mielialaa, osallistumista kodin ulkopuoliseen toimintaan, sosiaalisen tukiverkoston olemassaoloa ja yksinäisyyden kokemusta ristiintaulukoitiin osallistumisesta kertovien muuttujien (osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, omaisten/läheisten osallistuminen hoito- ja palve-

lusuunnitelman tekoon, mielipiteen huomioiminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa) kanssa, voitiin huomata, että näillä muuttujilla oli yhteyksiä.

Ne asiakkaat, jotka eivät osallistuneet kodin ulkopuoliseen toimintaan, osallistuvat myös harvemmin hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Myös ne asiakkaat, jotka kokivat yksinäisyyttä, olivat useammin sitä mieltä, että he eivät olleet osallistuneet oman palveluiden suunnitteluun. Sosiaalisen tukiverkoston olemassaolo näkyi myös oman hoidon suunnitteluun osallistumisessa. Taulukossa 12. esitetään psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun yhteyksiä asiakkaan osallistumiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan teossa.

TAULUKKO 12. Psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % -jakaumat ristiintaulukoituna asiakkaan osallisuuden kanssa

Psyykkiset ja sosiaaliset elämänlaadun ulottuvuudet	29. Oletteko osallistuneet hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon?		
	Kyllä	Ei	Kaikki
21. Pystytekö halutessanne osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan? Kyllä Ei	(n=709) 72 65	(n=332) 28 35	(N=1041) 100 100 p=.008 ¹
22. Onko teillä sosiaalinen tukiverkosto? Kyllä Ei	(n=651) 70 56	(n=327) 30 44	(N=1032) 100 100 p=.005
23. Koetteko olonne yksinäiseksi? Kyllä Ei	(n=702) 61 71	(n=330) 39 29	(N=1032) 100 100 p=.002

¹ Khiin-neliö

Asiakkaat, jotka kokivat olonsa yksinäiseksi tai joilla ei ollut sosiaalista tukiverkostoa, kokivat useammin, että heidän mielipidettään ei oltu huomioitu palveluiden suunnittelussa. Taulukossa 13 on nämä tulokset esitetty tarkemmin.

TAULUKKO 13. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % -jakaumat ristiintaulukoituna asiakkaan mielipiteen huomioimisen kanssa

Psykkiset ja sosiaaliset elämänlaadun ulottuvuudet	7. Onko teidän mielipide huomioitu hoito- ja palvelusuunnitelmassa?		
	Kyllä	Ei	Kaikki
23. Koetteko olonne yksinäiseksi? Kyllä Ei	(n=869) 80 87	(n=148) 20 13	(N=1017) 100 100 p=.003 ¹
22. Onko teillä sosiaalinen tukiverkosto? Kyllä Ei	(n=869) 87 67	(n=147) 13 33	(N=1016) 100 100 p=.000

¹ Khiin-neliö

Asiakkaiden, joiden mieliala oli huono, omaiset osallistuvat harvemmin hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen kuin niiden, joiden mieliala oli hyvä. Myös sosiaalinen tukiverkosto näkyi siinä, olivatko omaiset/läheiset osallistuneet asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Ne joilla oli sosiaalinen tukiverkosto, myös omaiset tai läheiset olivat osallistuneet useammin asiakkaan palveluiden suunnitteluun. Taulukossa 14. esitetään nämä tulokset.

TAULUKKO 14. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % -jakaumat ristiintaulukoituna omaisten osallistumisen kanssa

Psykkiset ja sosiaaliset elämänlaadun ulottuvuudet	5. Olivatko omaiset/läheiset mukana hoito- ja palvelusuunnitelman teossa?		
	Kyllä	Ei	Kaikki
19. Millainen on mielialanne? Hyvä Kohtalainen Huono	(n=500) 49 50 33	(n=537) 51 50 67	(N=1037) 100 100 100 p=.021 ¹
22. Onko teillä sosiaalinen tukiverkosto? Kyllä Ei	(n=498) 51 19	(n=534) 49 81	(N=1032) 100 100 p=.000

¹ Khiin-neliö

Elämänlaadun psykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet ja ohjaus ja neuvonta

Elämänlaadun psykkisillä ulottuvuuksilla oli yhteys siihen, minkälaiseksi asiakas koki kotihoidon antaman ohjauksen ja neuvonnan. Ne asiakkaat, jotka eivät kokeneet oloaan yksinäiseksi, kokivat mieliansa hyväksi ja joilla oli sosiaalinen tukiverkosto, olivat tyy-

tyväisempiä kotihoidon antamaan ohjaukseen ja neuvontaan lääkehoidosta, kotiin järjestettävistä palveluista sekä ravitsemuksesta ($p < .05$).

Asiakkaista, jotka kokivat mielialansa hyväksi 90% koki saaneensa riittävästi tietoa kotiin järjestettävistä palveluista. Mielialansa huonoksi kokevista vastaava prosentti oli 70. Tämä ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Myös yksinäisyys näkyi asiakkaiden vastauksissa ohjauksen ja neuvonnan osalta. Yksinäiseksi itsensä kokevat, olivat useammin sitä mieltä, että eivät saaneet riittävästi neuvontaa lääkehoitoon ja kotiin annettaviin palveluihin liittyen ($p < .05$). Yksinäiseksi itsensä kokevista vain 80% koki saavansa kotiin annettavista palveluista riittävästi tietoa, kun vastaava luku oli 90% niillä, jotka eivät kokeneet itseään yksinäiseksi. Lääkehoitoon liittyvää ohjausta ja neuvontaa yksinäisistä sai 92% ja ei yksinäisistä 97%. Ravitsemukseen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan osalta yksinäisyydellä ei ollut yhteyttä. Sosiaalisen tukiverkoston merkitys näkyi kaikissa ohjauksen ja neuvonnan osa-alueissa (Taulukko 15).

TAULUKKO 15. Sosiaalista tukiverkosta kuvaavan muuttujan % -jakauman ristiintaulukointi ohjauksen ja neuvonnan kanssa

Asiakkaan saama ohjaus ja neuvonta	22. Onko teillä sosiaalinen tukiverkosto?		
	Kyllä	Ei	Kaikki
8. Oletteko saaneet riittävästi tietoa palveluista, joita järjestetään kotiin? Kyllä Ei	(n=924) 92 78	(n=96) 8 22	(N=1020) 100 100 $p=.000^2$
18. Saatteko ohjausta ravitsemukseen liittyvissä asioissa? Kyllä Ei	(n=931) 93 87	(n=94) 7 13	(N=1025) 100 100 $p=.001$
31. Saatteko ohjausta lääkehoidossa vastuuhoitajalta/kotihoidon henkilökunnalta? Kyllä Ei	(n=688) 91 78	(n=76) 9 22	(N=764) 100 100 $p=.012$

¹ Khiin neliö

Elämän laadun psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet ja vastuuhoidajuus

Tarkasteltaessa elämänlaadun psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia voitiin huomata, että asiakkaan yksinäisyydellä oli yhteyksiä vastuuhoidajuuden onnistumisen kokemuk-

siin (Taulukko 16). Asiakkaat, jotka kokivat olonsa yksinäiseksi, olivat myös useammin sitä mieltä, että he eivät tunne vastuuhuoltajaansa, yhteistyö omaisten ja vastuuhuoltajan välillä ei onnistu sekä yhteyden saaminen vastuuhuoltajaan onnistuu huonommin kuin niillä, jotka eivät kokeneet oloaan yksinäiseksi ($p < .05$).

TAULUKKO 16. Asiakkaan yksinäisyyttä kuvaavan muuttujan % -jakauma ristiintaulukoituna vastuuhuoltajuutta ja yhteistyön toteutumista kuvaavien muuttujien kanssa

Asiakkaan kokemus vastuuhuoltajuuden toteutumisesta	23. Koetteko olonne yksinäiseksi?		
	Kyllä	Ei	Kaikki
9. Tunnetteko vastuuhuoltajanne?	(n=797)	(n=235)	(N=1032)
Kyllä	73	27	100
Ei	79	21	100
			$p = .041^1$
35. saatteko tarvittaessa yhteyden vastuuhuoltajanne?	(n=931)	(n=85)	(N=1016)
Kyllä	86	14	100
Ei	94	6	100
			$p = .000$
37. Tekeekö vastuuhuoltaja/kotihoito riittävästi yhteistyötä omaistenne kanssa?	(n=824)	(n=171)	(N=999)
Kyllä	78	22	100
Ei	85	15	100
			$p = .015$

¹ Khiin-neliö

Elämänlaadun psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus ja turvallisuus

Psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ja turvallisuuden osalta yhteyksiä oli kaatumisten sekä psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun kokemusten välillä. Asiakkaat, jotka kokivat mielialansa hyväksi, pystyivät osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan, eivät olleet yksinäisiä ja olivat kaatuneet harvemmin viimeisen vuoden aikana ($p < .05$). Taulukossa 17. kuvataan näitä %- jakaumia tarkemmin.

TAULUKKO 17. Psykkistä ja sosiaalista elämänlaatua kuvaavien muuttujien % -jakaumat ristiintaulukoituna kaatumisen kanssa

Psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuudet	26. Oletteko kaatuneet viimeisen vuoden aikana?		
	Kyllä	Ei	Kaikki
19. Millainen on mielialanne? Hyvä Kohtalainen Huono	(n=507) 43 54 66	(n=530) 57 46 34	(N=1037) 100 100 p=.000 ¹
21. Pystytkö osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan? Kyllä Ei	(n=510) 45 53	(n=531) 55 47	(N=1041) 100 100 p=.014
23. Koetteko olonne yksinäiseksi? Kyllä Ei	(n=507) 58 46	(n=525) 42 54	(N=1032) 100 100 p=.001

¹ Khiin-neliö

5. POHDINTA

5.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta voidaan arvioida tutkimusasetelman, mittarin tai tulosten näkökulmasta. Luotettavuuden arviointi voidaan jakaa kahteen eri osaan, validiteettiin ja reliabiliteettiin. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimus mittaa juuri sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Reliaabelius puolestaan kertoo tuloksen toistettavuudesta. Jos sama tutkimus tehtäisiin uudestaan, saataisiinko samanlainen tulos. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tärkeää on arvioida mittarin luotettavuutta. Tämän tutkimuksen osalta suurimmat haasteet luotettavuudessa liittyvät käytettyyn mittariin. Tutkimuksessa käytetty mittari eli asiakaspalautehaastattelu ei ole luotu tieteellisen tutkimuksen tekemiseen, vaan asiakkaiden palautteiden ja kokemusten keräämiseen.

Luotettavuutta heikentää myös se, että hoitajat ovat asiakkaan kertoman perusteella valinneet heidän mielestään parhaiten vastausta kuvaavan vaihtoehdon, kun ovat syöttäneet tietoja sähköiseen tiedonkeruuhjelmaan Digiumiin. Tietojen syöttämistilanteessa on voinut tulla virheitä tulkinnan näkökulmasta, mutta myös inhimillisiä erehdyksiä. (Metsämuuronen 2007, 55-57; Alkula ym. 1994, 89, 94.) Toisaalta tällä mittarilla saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin, joten voidaan kuitenkin todeta, että mittari oli puutteistaan huolimatta käyttökelpoinen.

Ikääntyneiden asiakkaiden antamien vastausten oikeellisuutteen on voinut vaikuttaa heikko kommunikaatio kyky sekä alentunut muisti, se että omaiset ovat paikalla tai se, etteivät asiakkaat uskalla tai halua rehellisesti kertoa mielipiteitään kotihoidon palveluista ja henkilöstön osaamisesta haastattelevalle hoitajalle. (Alkula ym. 1994, 90, 94.) Toisaalta kotihoidon asiakaspalautekeskustelumallin keskeisemmäksi tavoitteeksi on asetettu se, että annetaan ääni kaikkein heikoimmankin toimintakyvyn omaaville asiakkaille, eikä suljeta pois heidän kokemuksiaan huonoon muistiin tai heikentyneeseen toimintakykyyn vedoten.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan usein myös vastausprosentin ja kadon perusteella (Vilka 2007, 106.) Tässä tutkimuksessa aineisto käsitti kaikki vuosina 2013—2015 tehdyt asiakaspalautehaastattelut. Osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on kuitenkin

jättänyt osallistumatta haastatteluun, joko heikon toimintakykynsä tai haluttomuuden takia. Tästä määrästä ei ole tarkkaa lukua olemassa.

Tärkeimpinä tutkimuksen eettisinä kriteereinä on pidetty arvovapautta, objektiivisuutta, luotettavuutta, kriittisyyttä ja arvioitavuutta. Kokonaisuudessa tutkimuksen eettisyys on kuitenkin paljon enemmän kuin nämä tutkimuksen peruskriteerit. (Pohjola 2007, 11.)

Tutkimustyötä ohjaavat hyvän tieteellisen tutkimuksen säännöt. Niiden keskeisiä periaatteita ovat muun muassa tiedeyhteisössä hyväksytyjen toimintatapojen noudattaminen, eettinen tiedonhankinta, muiden tutkijoiden työn arvostaminen ja asiallinen viitustekniikka, tutkimuslupien hankkiminen sekä sidonnaisuuksien ilmoittaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.)

Tutkimuksen etiikkaa voidaan tarkastella useista eri lähtökohdista. Intressin etiikka tarkoittaa teorian ankkuroinnin ja aiheen rajauksen valintoja. Tiedon hankkimisessa tarkastellaan tutkijan suhdetta tutkimuskohteeseen ja tutkimusjoukkoon. Tulkitsemisen etiikkaan liittyvät aineiston analyysivalinnat, analyysin toteuttaminen ja tulkinta. Tutkimuksen tuottama tieto tulee välittää muulle yhteiskunnalle ja myös tiedon käyttämiseen liittyy eettisiä kysymyksiä, joita on syytä tarkastella. Tulosten käytöstä seuraa sosiaalisen vastuu etiikka, kun tarkastellaan vaikutuksia ja seurauksia. Myös kollegiaalisuuden etiikka on huomioitava. Se tarkoittaa toisten tutkijoiden työn kunnioittamista ja tiedeyhteisön huomioimista. (Pohjola 2007, 11-12.)

Työskentelen itse yksikössä, josta tutkimuksen aineisto on kerätty. En ole itse osallistunut keskusteluihin, mutta olen ollut mukana työryhmässä, joka kehittäi keskustelun pohjana olevan haastattelun rungon. Olen myös ollut mukana jalkauttamassa mallia kotihoidon eri yksiköihin. Työskentelen kotihoidossa lähiesimiehenä ja siten, on myös huomioita, että omat näkemykseni ja kokemukseni kotihoidossa voivat vaikuttaa tulosten analysointiin ja tulkintaan. Opinnäytetyössä on myös huomioita se, että asiakkaiden antaman palautteen perusteella palvelut kehittyvät asiakaslähtöisemmiksi eikä niitä heikennetä. Kollegiaalisuuden etiikkaa huomioidaan siten, että esimerkiksi lähdeviittaukset tehdään tiedeyhteisön ohjeiden mukaisiksi ja kunnia aiemmin tehdystä tutkimustyöstä annetaan niille, joille se kuuluu.

Tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta. Siinä pitää miettiä kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi. Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden suostumus ja se, että he tietävät mihin he tietojaan antavat. Osallistumisen vapaaehtoisuus on tärkeää saada osallistujien tietoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 26-27.) Tässä tutkimuksessa käytettävä aineisto on kerätty kotihoidon asiakkailta vuosittaisessa vastuuhuoltajan kanssa käydyssä asiakaspalautekeskustelussa. Kotihoidon hoitajille on kirjoitettu yhteinen ohjeistus asiakaspalautekeskustelun pitämiseen ja saatesanoihin. Siinä hoitajaa ohjeistetaan kertomaan, että keskustelussa saatuja vastauksia käytetään kotihoidon kehittämiseen. Ohjeistuksessa myös muistutetaan, että osallistuminen on asiakkaalle vapaaehtoista. Asiakaspalautekeskustelun saatesanoissa on kerrottu keskustelun olevan vapaaehtoinen ja sen vastauksien käytöstä kyseisen asiakkaan palveluiden parempaan kohdentamiseen ja kotihoidon palveluiden kehittämiseen. Ohjeistuksessa ei kuitenkaan mainita, että heidän vastauksiaan voidaan tulla käyttämään esimerkiksi tämän opinnäytetyön kaltaisten tutkimusten aineistona. Asiakkailta olisi pitänyt ehkä pyytää laajempi suostumus, joka olisi kattanut vastausten käytön myös myöhemmin tapahtuvaan tieteelliseen tutkimukseen. Kaupungin hyvinvointipalveluiden johtoryhmä on käsitellyt tutkimuslupahakemuksen ja antanut luvan käyttää aineistoa. Henkilötietojen suoja on usein keskeisessä asemassa humanistisessa tutkimuksessa. Tutkittava voi antaa tutkijalle luvan käyttää itseään koskevia tietoja. Aineiston jatkokäytöllä tarkoitetaan sitä, että jo kerättyä aineistoa hyödynnetään aineiston kerääjän tai jonkun muun tutkijan toimesta. (Ketola 2014, 3, 7).

Asiakaspalaute on kerätty haastattelemalla. Haastattelun etuna voidaan pitää sitä, että siinä voidaan joustavasti säädellä aineiston keruuta vastaajien mukaan myötäillen. Haastateltava on merkityksiä luova aktiivinen osapuoli. Lisäkysymyksiä on mahdollista esittää, jos halutaan selventää ja syventää vastaajan antamia tietoja. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, etteivät haastateltavat halua tai uskalla antaa todellisia vastauksia vaan vastaavat sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla. (Hirsjärvi ym. 2006, 193-195.)

Tämä tutkimusaineisto oli nimettömässä muodossa siinä vaiheessa, kun se tuli tutkijalle. Yksittäisten asiakkaiden vastauksia oli mahdotonta erottaa aineistosta. Tutkittavaa aineistoa käsiteltiin kokonaisuutena ja sitä ei analysoitu eikä tarkasteltu kotihoidon tiimi-

tasolla, vaikka se olisi ollut mahdollista. Mikäli tutkimusaineisto ei sisällä henkilötietoa, sen käsittelyyn ei sovelleta henkilötietolakia. (Ketola 2014, 7-8; Vilkkä 2007, 95.)

5.2 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Tässä kappaleessa tarkastelen keskeisiä tuloksia tutkimuskysymyksittäin. Ensimmäisessä alaluvussa vastaan kysymykseen miten osallisuus ja asiakaslähtöisyys ilmenevät kotihoidossa asiakkaiden kokemana? Seuraavassa alaluvussa käsittelen toista tutkimuskysymystä millä tavalla osallisuus ja asiakaslähtöisyys ovat yhteydessä asiakkaan kokemaan elämänlaatuun? Kolmannessa alaluvussa esitän johtopäätöksiä ja jatkotutkimus aiheita.

5.2.1 Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden ilmeneminen kotihoidossa

Asiakkaista oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen oli osallistunut 68%. Ainostaan 2% vastanneista oli sitä mieltä, että he eivät kyenneet osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Jäljelle jää vielä 30% vastaajista, joita voidaan aktivoida mukaan ja samalla parantaa myös hoidon tavoitteiden asettamista ja hoitoon sitoutumista. Toisaalta 85% vastaajista oli sitä mieltä, että heidän mielipiteensä on huomioitu hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tämä herättää kysymyksen siitä, miten hoitajat ja asiakkaat mieltävät hoito- ja palvelusuunnitelmaan osallistumisen? Jos mielipide on huomioitu, niin eikö silloin voida ajatella asiakkaan osallistuneen oman hoidon suunnitteluun? Hoitajien tulisi sanoittaa tekemisiään enemmän ja linkittää puheessaan tiedon keruuta suunnitelman tekemiseen. Konkreettisesti hoitaja voisi näyttää hoito- ja palvelusuunnitelmaa säännöllisemmin asiakkaalle ja sanoa sekä näyttää, että puhumamme asiat kirjataan suunnitelmaan. Osallisuuden kokemuksen tavoittelu ja palveluiden asiakaslähtöisyys ovat tärkeitä myös laadunhallinnan näkökulmasta. Kujala (2003) on väitöskirjassaan kuvannut asiakaslähtöisen laadunhallinnan mallin, jonka lähtökohtina toimii asiakkaiden osallisuus ja organisaatioiden asiakaslähtöisyys. Sen avulla on voitu tutkimusorganisaatioissa kehittää toimintaa asiakaslähtöisempään suuntaan. (Kujala 2003, 141.)

Toisaalta riskinä on, että toimintakyvyltään heikkojen kotihoidon asiakkaiden osallisuus jää näennäiseksi. Valokivi on väitöskirjassaan tutkinut asiakkuutta ja sen määrittelyyn liittyviä haasteita varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakkuuden käsitteeseen liitetään usein sellaisia määreitä kuin aktiivisuus, mahdollisuus valita sekä vaikuttaa. Näiden taustalla taas usein on vaatimus osaamisesta ja toimintakyvystä, joka kuitenkin kotihoidon asiakkailla voi olla heikentynyt. (Valokivi 2008, 78.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen osallistumiseen oli yhteydessä myös asiakkaan ikä. Mitä vanhempi asiakas oli kyseessä, sitä vähemmän he olivat osallistuneet. Mielenkiintoinen yksityiskohta tässä tuloksessa oli se, että alle 65 -vuotiaiden ryhmä oli osallistunut vähemmän kuin vanhemmat ikäryhmät. Sen jälkeen osallistumisen aktiivisuus väheni lineaarisesti. Kotihoidon asiakkaista alle 65 -vuotiaat ovat usein toimintakyvyltään heikentyneitä ja taustalla on usein vakava perussairaus tai vamma. Tämä voi osaltaan selittää nuorimman ikäryhmän poikkeavaa osallistumista. Toimintakyvyn ja voimavarojen vaikutukset osallisuuden toteutumiseen olivat myös Laitilan (2010) tutkimuksen mukaan keskeisessä asemassa. Sen mukaan osallisuus ei kuitenkaan ollut hoidon itseisarvo, vaan sen tuli vaikuttaa positiivisesti asiakkaan hyvinvointiin ja kuntoutumiseen (Laitila 2010, 139.)

Vastanneiden omaisista ja läheisistä 48% oli osallistunut asiakkaan hoidon suunnitteluun. Jäljelle jää vielä suuri joukko omaisia, joita voitaisiin aktivoida mukaan kotihoidon toimintaan ja asiakkaiden palveluiden suunnitteluun. Tässä tuloksessa voi olla sama vaikuttava tekijä, kuin asiakkaidenkin osallistumisessa eli miten osallistuminen mielletään? Pitääkö omaisen istua pari kertaa vuodessa vastuuhoidajan kanssa palaverissa vai riittääkö säännöllinen yhteydenpito eri välineiden ja kanavien avulla? Voidaanko silloin ajatella omaisen osallistuneen asiakkaan hoitoon? Tässä vastauksessa tosin pitää myös huomioida, että vastaus on saatu asiakkaalta ja voi olla tilanteita, joissa asiakas ei ole tietoinen kaikista omaisen yhteydenotoista kotihoitoon tai ei muista niitä. Merja Tepponen on väitöskirjassaan (2009) tutkinut kotihoidon integraatiota ja laatua. Siinä yksi tutkimustulos oli, että usein osallistuminen hoidon suunnitteluun on tärkeämpää omaisille kuin asiakkaille. Tutkimuksessa otetaan kantaa myös siihen, että osallistumisen liiallisella korostamisella voi myös olla negatiivisia vaikutuksia, kuten toimintakyvyl-

tään heikkojen tai ilman omaisia elävien ikääntyneiden näkemysten huomioimatta jättäminen. (Tepponen 2009, 193.)

Ohjauksen ja neuvonnan tason tarkastelussa tulokseksi saatiin, että 87% asiakkaista piti kotiin annettavista palveluista samaansa neuvontaa riittävänä ja lääkehoidosta 95%. Ravitsemukseen liittyvän neuvonnan riittäväksi koki vain 61% asiakkaista. Ravitsemuksen tärkeyden korostaminen on vielä tuore asia ikäihmisten kotihoidossa ainakin verrattuna lääkehoidon tärkeyden korostamiseen. Kotihoidon henkilöstön osaaminen voi olla ravitsemuksen osalta alhaisemmalla tasolla ja tämä voi näkyä myös siinä, miten hyvin ravitsemukseen liittyvissä kysymyksissä ikääntynyttä asiakasta osataan ohjata. Toisaalta tutkimusten mukaan ikääntyneiden ravitsemus on kiinteästi yhteydessä toimintakykyyn sekä elämänlaatuun. Ravitsemusongelmat ovat yleisiä kotihoidon asiakkailla. Vuonna 2016 tehdyn tutkimuksen mukaan kotona asuvien ikääntyneiden proteiininsaanti, kaa-tumiset ja elämänlaatu kohenivat vuoden kestäväen yksilöllisen ravitsemusohjauksen seurauksena. (Jyväkorpi 2016, 9-10). Tietoa on myös saatavilla. Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisi vuonna 2010 ravitsemussuosituksen ikääntyneille. Siellä otetaan erikseen kantaa kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen piirteisiin, joten tietoa on tarjolla myös kohdennetusti kotihoidon asiakkaiden ravitsemukseenkin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 22-25.)

Vastuuhoitajuuden toteutumisesta kertovissa vastauksissa oli nähtävissä se, että ikä vaikutti siihen, tunsiko asiakas oman vastuuhoidajansa. Nuoremmat asiakkaat tunsivat vastuuhoidajat paremmin kuin vanhemmat. Toisaalta taas iäkkäämmät asiakkaat olivat tyytyväisempiä vastuuhoidajan ja omaisten väliseen yhteistyöhön. Tätä tulosta voi selittää se, että vanhemmilla asiakkailla omaiset olivat useammin mukana hoidon suunnittelussa kuin nuorempien asiakkaiden. Myös sukupuolella oli vaikutusta tyytyväisyyteen vastuuhoidajan ja muiden tahojen väliseen yhteistyöhön siten, että naisista tyytyväisiä oli vain 58% ja miehistä vastaava luku oli 66%.

Asiakkaiden toimintakyvyn ja liikuntasuunnitelmien toteutumisesta kertovien tulosten perusteella sukupuolella oli merkitystä liikuntasuunnitelmien toteutumiselle. Naisista 46% oli tehty liikuntasuunnitelma, kun vastaava luku miehillä oli 53%. Myös ikä oli merkitsevä liikuntasuunnitelmien osalta. Nuorimmalle ikäryhmälle eli alle 65-vuotiaille

liikuntasuunnitelmia oli tehty 52% asiakkaista, kun yli 95-vuotiaiden osalta luku oli enää 35%. Tämän taustalla voi olla ajatus siitä, että ikääntyneiden toimintakykyyn ei enää voida liikunnalla vaikuttaa merkittävästi ja myös erittäin ikääntynyt asiakas voi itse olla sitä mieltä, jolloin asiakkaan motivoiminen voi olla hankalaa.

Turvallisuuden näkökulmasta kotihoidon palveluilla oli turvallisuuden tunnetta lisäävä vaikutus. Kotihoidon palvelut myös olivat yhteydessä siihen, oliko asiakas kaatunut edellisen vuoden aikana. Asiakkaat joilla oli pitkään ollut kotihoidon palveluita, olivat kaatuneet harvemmin kuin ne, joilla palvelut olivat olleet vasta alle vuoden. Kotihoidon käytössä on IKINÄ kaatumistapaturmien ennaltaehkäisyyn tarkoitettu toimintamalli. Sen mukaan asiakkaan kokonaistilannetta arvioidaan kaatumisten näkökulmasta aina asiakkaaksi tulon yhteydessä (Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Etelä-Kymenlaaksossa 2015, 5) sekä aina kun asiakas on kaatunut. Malli ohjaa huomiomaan asiakkaan tilanteen laajasti kaatumiseen vaikuttavien asioiden kannalta. (Pajala 2016, 106.)

Kotihoidon palveluiden ja henkilöstön osaamisen vastauksissa oli huomattavissa se, että naiset kokivat miehiä vahvemmin, että heidän luonaan oli vierailut liian monta eri hoitajaa edellisen kuukauden aikana. Kotihoidon henkilökuntaan luotti 97 % asiakkaista. Tepponen on väitöskirjassaan tutkinut, että asiakkaiden luottamukseen vaikuttaa hoitajien vaihtuvuus. Siinä tulokseksi saatiin, että verrokkikuntien asiakkaista noin 30 % koki, että hoitajat vaihtuivat liian usein. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kannalta on merkittävää, pystyykö asiakas itse vaikuttamaan käyntien ajankohtiin ja kestoihin. (Tepponen, 2009, 154-155.)

Osallisuuden tasoja voidaan määritellä monin eri tavoin. Warren (2007) määrittelee osallisuutta asiakkaan roolien kautta. Hänen mukaansa asiakas voi olla pelkkä tiedonantaja, jolloin häntä voidaan konsultoida pintapuolisesti. Asiakas voi olla mukana määrittelemässä tavoitteita, suunnittelemassa tiedonkeruumenetelmiä tai tasavertaisena kumppanina ammattilaisen rinnalla (Warren 2007, 48-49.) Osallisuuden toteutumista määriteltiin myös palvelutilanteiden näkökulmasta (Clark ym. 2008, 10-11). Siinä määriteltiin toteutumiseksi viisi eri tasoa: ei osallisuutta, rajoittunut osallisuus, lisääntyvä osallisuus, yhteistyö ja kumppanuus. Tämän tutkimusten tulosten perusteella voidaan sanoa, että

kotihoidon asiakkaan roolina on tällä hetkellä olla tiedonantajana ammattilaisille, mutta tietoihin suhtaudutaan vakavasti ja niitä käytetään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä. Joissain tilanteissa kerätyn tiedon avulla luodaan asiakkaan tavoitteita yhdessä asiakkaan kanssa. Jatkossa kotihoidon asiakkaiden osallisuutta voitaisiin lisätä sillä, että asiakkaat otettaisiin mukaan kehittämään asiakaspalautemallia. Palvelutilanteissa osallisuuden voidaan tällä hetkellä todeta olevan rajoittuneen osallisuuden tasolla. Jatkossa osallisuuden tasoa voitaisiin syventää ottamalla asiakkaat mukaan myös kotihoidon kriteerien valmisteluun ja jo edellä mainittuun asiakaspalautemallin kehittämiseen.

Asiakslähtöisyyden peruselementeiksi määriteltiin kokonaisvaltaisuus, yhteistyö ja yksilöllisyys (Sidani & Fox 2014, 136,138). Asiakslähtöisyyteen kuuluu myös kommunikaatio, luottamus ja läheisten mukaan ottaminen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen (Epstein ym. 2010, 1489-1490). Tulosten perusteella voidaan todeta, että omaiset osallistuvat asiakkaiden hoidon suunnitteluun jonkin verran. Omaisista 48% oli osallistunut asiakkaan hoidon suunnitteluun. Ohjaus ja neuvonta liittyvät kommunikaatioon. Tulosten mukaan suurin osa asiakkaista koki saavansa riittävästi tietoa kotiin annettavista palveluista ja lääkehoidosta. ravitsemukseen liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa oli vielä kehitettävää. Yhteistyö koettiin myös onnistuvan hyvin. Asiakkaiden mielestä omaisten kanssa riittävästi yhteistyötä teki 83% vastuuhoidajista. Muiden tahojen kanssa tehtävä yhteistyö oli riittävää 60% mielestä. Tähän saattaa vaikuttaa se, että kotihoidon asiakkaiden voi olla vaikea hahmottaa kaikkia hoitoon osallistuvia tahoja. Jatkossa kotihoidon tulee kehittää sitä, että asiakas on paremmin informoitu kaikkien osallistuvien tahojen rooleista. Myös luottamus kotihoidon henkilöstöön oli korkealla tasolla. Asiakkaista 98% koki voivansa luottaa hoitajiin. Asiakkaille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma tukee yksilöllisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta, mutta sitä miten asiakkaat kokevat niiden toteutumisen, ei tässä tutkimuksessa suoraan saatu vastausta.

5.2.2 Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden yhteys asiakkaan kokemaan elämänlaatuun

Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus

Tulosten mukaan iällä on yhteys fyysisen elämänlaadun ulottuvuuksiin. Tämä tulos on johdonmukainen suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin, joiden mukaan iäkkäiden toimintakyky laskee ikääntymisen myötä ja pitkäaikaissairauksien määrä nousee (Sihvonen, Martelin, Koskinen, Sainia & Aromaa 2008, 54.) Mielenkiintoisempi tulos oli, että sukupuolella näyttäisi olevan vaikutusta fyysisen elämänlaadun kokemuksiin. Miehet kokivat toimintakykynsä parempana kuin naiset. Tämä tulos ei näy aikaisemmissa valtakunnallisissa tutkimuksissa, joita ovat muun muassa Mini-Suomi vuosina 1978-1980 ja Terveys 2000 – tutkimus vuosina 2000-2001. Niissä tulokseksi saatiin, että 65 -vuotta täyttäneistä naisista ja miehistä suunnilleen yhtä moni koki terveydentilansa huonoksi tai melko huonoksi. (Sihvonen ym. 2008, 55.) Tätä tulosta tulisi kotihoidossa miettiä ja pyrkiä keksimään erilaisia keinoja, joilla nimenomaan naisasiakkaita voitaisiin aktivoida pitämään huolta omasta fyysisestä kunnostaan ulkoilemalla ja sitoutumaan liikuntasuunnitelmiin. Kotihoidon asiakkaista kuitenkin suurin osa on naisia ja naisten osuus kasvaa, mitä iäkkäimpään ikäryhmään mennään.

Fyysisen toimintakyvyn yhteys näkyi myös osallisuuden toteutumisessa. Mielenkiintoinen piirre oli se, että eniten oman hoitonsa suunnitteluun osallistuivat ne, jotka kokivat liikuntakykynsä kohtalaiseksi. Samoin heille oli tehty eniten liikuntasuunnitelmia sekä toimintakyvyn mittauksia. Taustalla voi olla se, että ihminen motivoituu toimintakyvyn vajauksista, joita on jo nähtävillä, mutta ei kuitenkaan koe olevansa liian huonossa kunnossa osallistuakseen oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen tai toimintakyvyn parantamiseen. Haasteeksi toki sitten nousee se, miten saadaan myös ne osallistumaan, jotka kokevat liikuntakykynsä hyväksi tai huonoksi?

Kaatuminen oli selkeästi yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn. Niillä joilla liikuntakyky tai terveydentila oli huono, kaatumisia oli sattunut huomattavasti useammin kuin niillä, joilla liikuntakyky oli hyvä. Kaatuminen on viidenneksi yleisin kuolinsyy 50 - 70 -vuotiailla suomalaisilla. Kotona asuvista yli 65-vuotiaista, joka kolmas ja 85 vuotta täyttäneistä puolet kaatuu seuraavan vuoden aikana. Kaatumisia voidaan ehkäistä kehit-

tämällä lihaskuntaa, koordinaatiota ja tasapainoa sekä ehkäisemällä muita kaatumisen riskitekijöitä. (Nupponen 2012, 183.) Tässä voisi olla yksi motivointi keino saada myös huonon liikuntakyvyn omaavat ihmiset osallistumaan hoitonsa suunnitteluun ja liikuntasuunnitelmien toteuttamiseen. Myös ulkoilun merkitys oli selvästi nähtävillä. Tätä tulosta voisi viedä myös eteenpäin omaisille ja kotihoidon henkilöstölle. Sen avulla voidaan saada omaisia sitoutumaan ikääntyneiden ulkoiluun ja myös henkilökunnan asenteita muutettua ulkoilua edistävämpään suuntaan.

Kun arvioitiin fyysisen toimintakyvyn ja henkilöstön osaamisen sekä palveluiden välisiä yhteyksiä, löytyi sieltäkin mielenkiintoisia yhteyksiä. Huonompi kuntoiset ihmisen olivat useammin tyytymättömiä kotihoidon henkilöstön osaamiseen ja asiakkaan luona vierailevien eri hoitajien määrään. Mitä heikompi kuntoinen asiakas oli, sitä enemmän oli kokemuksia siitä, että hoitajat vaihtuivat liian usein ja että hoitajat eivät olleet ammattitaitoisia. Tämän tuloksen myötä mieleen tulee ajatus, että vaikuttaako heikentynyt toimintakyky siihen, kokeeko hoidon laadun heikompana, kuin ne joilla ehkä toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä on vielä enemmän jäljellä?

Elämälaadun psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet

Psyykkisen ja sosiaalisen elämälaadun näkökulmien tarkastelussa esille nousi myös useita yhteyksiä. Tulosten mukaan 91% asiakkaista oli sosiaalinen tukiverkosto, mutta kuinkin 27% asiakkaista koki olonsa yksinäiseksi. Minusta tämä tulos on erittäin mielenkiintoinen. Tämän hetkisessä yhteiskunnallisessa keskustelussa tuodaan voimakkaasti esille sitä, että on paljon vanhuksia, joilla ei ole ketään ihmisiä ympärillä ja sen takia ikääntyneiden joukossa on niin paljon yksinäisyydestä kärsiviä ihmisiä. Tämän tutkimuksen tulos kuitenkin osoittaa, että yksinäisyys ei ole suoraan yhteydessä ympärillä oleviin ihmisiin ja sosiaalisiin suhteisiin, vaan yksinäisyyttä voi kokea, vaikka sosiaalinen tukiverkosto olisikin olemassa. Eniten tämä ristiriita näkyi yli 95-vuotiaiden ryhmässä (N=18). Heistä kaikilla oli sosiaalinen tukiverkosto, mutta kuitenkin 56% koki olonsa yksinäiseksi.

Mielialalla, yksinäisyydellä, sosiaalisella tukiverkostolla ja kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisella oli selkeä yhteys siihen, osallistuiko asiakas itse tai omaiset asiakkaan hoidon suunnitteluun. Psyykkisesti ja sosiaalisesti hyvinvoiva asiakas oli myös

aktiivisempi osallistumaan. Tämän tutkimustuloksen perusteella kotihoidon tulee entistä enemmän etsiä keinoja, joilla voidaan edistää asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun oluttuvuuksia ja sitä kautta saada asiakkaita ja omaisia osallistumaan. Mielikäs arjen tekeminen on tutkitusti yhteydessä ikääntyneiden koettuun elämänlaatuun. Myös kohtaamisen positiivisuus ja hyvä vuorovaikutus olivat tutkimuksen mukaan tärkeitä osatekijöitä elämänlaadun ylläpitämisessä. (Räsänen 2011, 171.)

Ohjaus ja neuvonta olivat myös yhteydessä psyykkiseen ja sosiaaliseen elämänlaatuun. Asiakkaiden kokemus ohjauksen ja neuvonnan riittävydestä oli suurempaa niillä, jotka eivät kokeneet oloon yksinäiseksi, kokivat mielialansa hyväksi ja omasivat sosiaalisen tukiverkoston. Psyykkisesti ja sosiaalisesti hyvinvoiva asiakas on myös kykeneväisempi ottamaan vastaan ohjausta ja neuvontaa.

Yksinäisyys linkittyi myös vastuuhoidajuuden kokemukseen. Yksinäiset ihmiset eivät tunteneet vastuuhoidajaansa, yhteistyö omaisten ja vastuuhoidajan välillä ei ollut onnistunut ja yhteyden saaminen vastuuhoidajaan ei aina onnistunut. Tämä tukee sitä näkemystä, että vastuuhoidajamalli on tärkeä osa kotihoidon laadun kehittämistä. Tosin tässä tutkimuksessa ei voida päätellä sitä, oliko yksinäisyys se mikä aiheutti ongelmia vastuuhoidajuuden onnistumisessa vai oliko epäonnistunut vastuuhoidajuus aiheuttanut yksinäisyyden tunnetta. Oli vastaus kumpi tahansa, vastuuhoidajuuden onnistumisen avulla voidaan asiakkaan psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua tukea merkittävästi. Vastuuhoidajuuden merkitys on myös aikaisempien tutkimusten mukaan merkittävä. Paljärven mukaan vastuuhoidajuus tuo hoitoon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Se edistää luottamuksen syntyä ja vähentää muiden hoitajien suuren vaihtuvuuden merkitystä. (Paljärvi 2012, 101.)

Mielenkiintoinen tulos oli myös se, että kaatumisten ja psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun välillä oli yhteys. Ikääntyneet, jotka kokivat mielialansa hyväksi, osallistui-
vat kodin ulkopuoliseen toimintaan ja eivät olleet yksinäisiä, olivat kaatuneet harvemmin. Tässä on nähtävissä selvästi se positiivinen yhteys, joka on olemassa psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn välillä. Kaatumisten ehkäisyssä on jatkossa kiinnitettävä enemmän huomioita psyykkiseen hyvinvointiin ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon ja edistämiseen. Aikaisempienkin tutkimusten mukaan kotihoidon haasteena on tukea riittävästi

ikäntyneiden sosiaalisia suhteita tai psyykkistä hyvinvointia. Ikäntyneiden toimintakyvyn vajeet voivat johtaa vähäisiin sosiaalisiin suhteisiin. Se puolestaan lisää yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Sosiaalisen tuen on tutkittu vaikuttavan myös päivittäisistä toimista selviytymiseen. (Paljärvi 2012, 100.)

5.2.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Osallisuuden, asiakaslähtöisyyden ja elämänlaadun elementit luovat kiinteän kokonaisuuden, jossa kaikki osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Tutkimuksen perusteella Kotkan kotihoidon palveluissa on paljon osallisuutta tukevia asioita. Asiakkaiden toimintakyky tukee osallisuuden toteutumista ja toisaalta myös osallisuus toteutuessaan tukee toimintakykyä. Osallisuuden toteutumista pitää kuitenkin vielä edelleen kehittää ja ottaa ikäntyneet asiakkaat mukaan esimerkiksi päivittämään asiakaspalautekeskustelumallia.

Asiakaslähtöisyys palveluissa toteutui ja näkyi myös monen toiminnan osa-alueen kohdalla. Asiakkaille kirjataan yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat, henkilöstö on asiakkaiden mielestä ammattitaitoista ja yhteistyö omaisten kanssa sujuu melko hyvin. Kehitettävää vielä löytyy ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta kotihoidon tulee vielä enemmän pyrkiä kehittämään toimintaansa esimerkiksi kouluttamalla henkilökuntaa vuorovaikutuksen ja dialogisuuden osa-alueilla sekä mahdollistamalla näiden toteutuminen.

Kuviossa 4 on esitetty yhteenvedona kotihoidon asiakkaiden osallisuuteen ja asiakaslähtöisyyteen linkittyvät elämänlaadun ulottuvuudet.



KUVIO 4. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden yhteys kotihoidon asiakkaan elämänlaadun ulottuvuuksiin

Tämän tutkimuksen heikkoutena on se, että ristiintaulukoinnin avulla ei kuitenkaan voida todentaa, johtuuko elämänlaadun kokemus osallisuuden tai asiakaslähtöisyyden elementistä vai toisinpäin. Olisi mielenkiintoista jatkossa tehdä vastaavaa tutkimusta sellaisen aineiston avulla, joka antaisi mahdollisuuden käyttää kausaalisuhteita esiintuovia analyysimenetelmiä.

Jatkotutkimusta voisi tehdä asiakkaiden omaisten näkemyksistä kotihoidon asiakkaiden osallisuuden ja palveluiden asiakaslähtöisyyden osa-alueista ja verrata niitä tämän tutkimuksen tuloksiin. Yksinäisyyden rakentuminen ikääntyneillä olisi myös tarpeellinen jatkotutkimusaihe. Millaisista elämäntilanteista yksinäisyys seuraa ja minkälaisia eri yksinäisyyden ”tasoja” kotihoidon asiakkailla on? Tutkimuksessa voitaisiin tutkia sitä, millä keinoin ikäihmisten omasta mielestä heidän kokemaansa yksinäisyyttä voitaisiin vähentää?

LÄHTEET

Alkula Tapani, Pöntinen Seppo & Ylöstalo Pekka 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Wsoy. Juva.

Arnstein Sherry R. 1969. A Ladder of citizen participation. JAIP. 35(4) 1969. 216-224. Saatavissa: http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation_en.pdf Luettu 20.2.2016

Bensing Jozien 2000, Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient education and counseling. 39. 17-25.

Berwick Donald M. 2009. What patient-centered should mean: Confessions of an extremist. Health Affairs. 28(4) 555-565.

Bäcklund Pia, Häkli Jouni & Schulman Harry 2002. Osallisuuden jäljillä. Teoksessa Osalliset ja osajat. Kansalaiset kaupungin suunnittelussa. (toim.) Backlund Pia, Häkli Jouni & Schulman Harry. Gaudeamus. Tampere. 7-17.

Clark Marion, Davis Ann, Fisher Adrian, Glynn Tony & Jefferies Jean 2008. Transforming Services: Changing lives. A guide for action. The Centre on excellence in interdisciplinary Mental Health the University of Birmingham and research.

Constand Marissa K., MacDermid Joy C., Dal Bello-Haas Vanina & Law Mary 2014. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. BMC Health Services Research. 271(14).

Dahlberg Magnus & Vedung Evert 2001. Demokrati och brukarutvärdering. Studentlitteratur. Lund.

Eloranta Tuija & Punkanen Tiina 2008. Vireään vanhuuteen. Tammi. Helsinki.

Epstein Ronald M, Fiscella Kevin, Lesser Cara S. & Stange Kurt C. 2010. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. Health Affairs. 29 (8), 1489-1495.

Hakonen Sinikka 2008a. Ikäideat ikäkäytäntöjen työkaluksi. Teoksessa: Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Suomi Asta & Hakonen Sinikka (toim.) PS-kustannus. Juva. 33-52.

Hakonen Sinikka 2008b. Palvelurakenteet remontoitu. Teoksessa: Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Suomi Asta & Hakonen Sinikka (toim.) PS-kustannus. Juva.93-95.

Hakonen Sinikka 2008c. Palveluprofiili muuttunut. Teoksessa: Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Suomi Asta & Hakonen Sinikka (toim.) PS-kustannus. Juva. 96-102.

Hakonen Sinikka 2008d. Ikääntyvien voimavarat. Teoksessa: Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Suomi Asta & Hakonen Sinikka (toim.) PS-kustannus. Juva. 121-152.

Haverinen Riitta 2008. Osallisuutta ja ihmisen kunnioitusta - ikääntyneiden palvelukemuksia. Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Suomi Asta & Hakonen Sinikka (toim.) PS-kustannus. Juva. 219-242.

Heikkilä Matti & Julkunen Ilse 2003. Obstacles to an oncreased user involvement in social services. A commissioned background document. Council of Europe. Group of Specialists in Social Services (CS-US).

Heinola Reija & Luoma Minna-Liisa 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Heinola Reija (toim.). STAKES. Oppaita 70. Gummerus. Vaajakoski. 36-51.

Heinola Reija 2007a. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Heinola Reija (toim.). STAKES. Oppaita 70. Gummerus. Vaajakoski. 26-29.

Heinola Reija 2007b. Asiakas arvioinnin keskiössä. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Heinola Reija (toim.). STAKES. Oppaita 70. Gummerus. Vaajakoski. 30-33.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula. Tutki ja kirjoita. 2006. Tammi. Helsinki.

Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Etelä-Kymenlaaksossa. 23.1.2015. Saatavissa:

http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/24278_LIITE_Ikaihmisten_toimintakyvyn_ ja _palvelutarpeen_arviointi_2015.pdf

Luettu: 8.2.2017

Juhila Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino. Tampere.

Julkunen Raija 2008. Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksessa: Teoksessa Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Suomi Asta & Hakonen Sinikka (toim.) PS-kustannus. Juva.15-30.

Jyväkorpä Satu 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Lääketieteen tiedekunta. Helsingin yliopisto.

Kailio Anna-Leena & Haimi-Liikkanen Sara 2014. Kotona asuvien ikääntyneiden osallisuus hyvinvointipalveluiden suunnittelussa. Saatavissa:

https://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/10/asiakasosallisuus_-_annaleenak-ja-sarahh-artikkeli_netti.pdf Luettu 20.12.2015.

Kananoja Aulikki, Niiranen Vuokko & Jokiranta Harri 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. PS-kustannus. Juva.

Karvonen-Kälkäjä Anja 2014. Osallisuuden lähtökohtana vanhuksen itsemääräämisoikeus. Teoksessa: Vanhuus ja oikeus. (toim.) Mäki-Petäjä-Leinonen Anna & Nieminen Liisa. Lakimiesliiton kustannus. 294-300.

Ketola Antti 2014. Tiedollinen itsemääräämisoikeus ja laaja suostumus ihmistieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Ihmistieteellisten tutkimusaineistojen jatkokäyttö ja tietosuojat. (toim.) Ketola Antti & Lahti Raimo. Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisu. Helsinki. 3-97. Saatavissa: http://www.helsinki.fi/oikeustiede/tutkimus_ja_julkaisut/julkaisut/forum_juris/sahkoiset_julkaisut/Ihmistieteellisten_tutkimusaineistojen_jatkokaytto_ja_tietosuoja.pdf Luettu 20.2.2016.

Kettunen Pekka 2002. Miksi osallistumisesta puhutaan? Osallistumisen kehittäminen suomalaisissa kunnissa. Teoksessa: Osalliset ja osajat. Kansalaiset kaupungin suunnittelussa. (toim.) Backlund Pia, Häkli Jouni & Schulman Harry. Gaudeamus. Tampere. 18- 35.

Kivelä Sirkka-Liisa & Vaapio Sari 2011. Vanhana tänään. Kohtaavatko tiedot, suositukset ja arkipäivän kokemukset toisensa ikääntyneiden ja vanhusten palveluissa ja hoidossa? Suomen senioriliike ry. Helsinki.

Kotihoidon vastuuhoitaja - toimintamalli 2013. Kotkan kaupunki. Kotihoito. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17366_Vastuuhoitajuus_2013.pdf Luettu: 8.2.2017

Kujala Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere. Saatavissa: <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1> Luettu 15.12.2015.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1 Luettu: 5.12.2015.

Laitila Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden laitos, Kuopio. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf Luettu 6.12.2015.

Lawton M. Powell 1983. Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist. Aug;23(4):349-357. Saatavissa: https://courses.cs.washington.edu/courses/cse590hk/02sp/papers/5709_f91_.pdf Luettu: 5.2.2017.

Luoma Minna-Liisa & Kattainen Eija 2007. Asiakasrakenne. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Heinola Reija (toim.). STAKES. Oppaita 70. Gummerus. Vaajakoski. 18-21.

Metsämuuronen Jari 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2. 2 laitos. 4 painos. Gummerus. Vaajakoski.

Metsämuuronen Jari 2010. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. e-kirja. International Methelp Oy. Helsinki. Saatavissa: <http://www.methelp.com/pdf/TTP4demo.pdf> Luettu 5.3.2016.

Mälkiä Matti 1997. Kieli, yhteisöllisyys ja valta. Näkökulmia alan tutkimusperinteen kehittämiseksi. Teoksessa Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen. (toim.) Mälkiä Matti & Stenvall Jari. Tampere University Press. Tampere. 17- 50.

Mönkkönen Kaarina 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Edita. Helsinki.
Niemelä Anna-Liisa & Nikkilä Aila 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa: Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. (toim.) Engeström Yrjö, Niemelä Anna-Liisa, Nummijoki Jaana & Nyman Juha. PS-kustannus. Juva. 135-164.

Niemelä Anna-Liisa 2009. Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa: Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. (toim.) Engeström Yrjö, Niemelä Anna-Liisa, Nummijoki Jaana & Nyman Juha. PS-kustannus. Juva. 25-48.

Niiranen Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Marginaalit ja sosiaalityö. Juhila Kirsi, Forsberg Hannele & Roivainen Irene (toim.) Kopijyvä Oy. Jyväskylä. 63-80.

Niiranen Vuokko 2011. Keskiössä kuntalainen – demokratia itsehallinnon kivijalkana. Teoksessa Kunnallisen itsehallinnon peruskivet. Haveri Arto, Stenvall Jari & Majonen Kaija (toim.). Kuntaliitto. Helsinki. 220-229.

Nupponen Ritva 2012. Huoli kaatumisesta FES-I-kyselyllä arvioituna Katsaus kyselyn mittausominaisuuksia koskeviin tutkimuksiin 2005–2010. Gerontologia 26(3). 183-194.

Pajala Satu 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen yliopistopaino Oy. Tampere.

Paljärvi Soili 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio.

Pohjola Anneli. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Viinamäki Leena & Saari Erkki (toim.). Tammi Helsinki. 11-31.

Räsänen Riitta 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi.

Saari Juho 2009. Yksinäisten yhteiskunta. WSOYpro. Helsinki.

Sidani Soraya & Fox Mary 2014. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional care*. 28 (2). 134-141.

Sihvonen Ari-Pekka, Martelin Tuija, Koskinen Seppo, Sainio Päivi & Aromaa Arpo. 2008. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa *Gerontologia*. Heikkinen Eino & Rantanen Taina (toim.) Duodecim. Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tampere. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3 Luettu: 20.2.2016.

Suomi Asta 2008. Voimaantuminen. Teoksessa *Kuluerästä voimavaraksi*. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. (toim.) Suomi Asta & Hakonen Sinikka. PS-kustannus. Juva. 117-120.

Tepponen Merja 2009. Kotihoidon integraatio ja laatu. *Integration and quality of home care*. Väitöskirja. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Kuopion yliopisto. THL Tilastokatsaus 8/2016. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130786/Tk08_16.pdf?sequence=1 Luettu: 31.1.2017.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Luettu: 20.2.2016.

Tähtinen Juhani, Laakkonen Eero & Broberg Mari 2011. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:20. Turku.

Vaarama Marja, Mukkila Susanna & Hannikainen-Ingman Katri 2014. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa Vaarama Marja, Karvonen Sakari, Kestilä Laura, Moisio Pasi & Muuri Anu (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere. 40-60.

Vaarama Marja, Mukkila Susanna & Hannikainen-Ingman Katri 2014. Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama Marja, Karvonen Sakari, Kestilä Laura, Moisio Pasi & Muuri Anu (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere. 20-39.

Wagner Edward H., Bennett Susan M., Austin Brian T., Greene Sarah M., Schaefer Judith K. & Vonkorff Michael 2005. Finding common ground: Patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *The journal of alternative and complementary medicine*. 11(1) 7-15.

Valkama Katja 2008. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Vaasan yliopisto, sosiaali- ja terveyshallintotieteen laitos.

Vaasa. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf Luettu 2.1.2016.

Valokivi Heli 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampere. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67800/978-951-44-7181-0.pdf?sequence=1> Luettu 2.1.2016.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Edita Prima. Helsinki. Saatavissa: <https://gery-fi-bin.directo.fi/@Bin/de6af79ebe04580dff00e9226814f7f2/1489572444/application/pdf/175539/Ravitsemussuositukset%20ik%C3%A4%C3%A4ntyneille.pdf> Luettu: 16.3.2017.

Vanhustenhuollon strategia 2008-2015. Kotkan kaupunki. saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/19658_1421-Vanhustenhuollon_strategia_2008_-_2015_1_.pdf Luettu: 4.1.2016.

Warren Janet 2007. Service user and carer participation in social work. Transforming social work in practice. Learning matters. UK.

Vilen Marika, Leppämäki Päivi & Ekström Leena 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Juva.

Vilkkä Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Helsinki.

World health organization 1997. WHOQOL Measuring Quality of life. Division of mental health and prevention of substance abuse. Saatavissa: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Luettu: 5.2.2017.

World health organization 2002. Active ageing. A policy framework. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf Luettu: 4.9.2016.

World health organization 2015. World report on ageing and health. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf Luettu: 3.9.2016.

L 365/1995. Kuntalaki.

L 410/2015. Kuntalaki.

L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 731/1999. Perustuslaki.

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki.

L 1326/2010. Terveysturvetolaki.

Liite 1. Asiakaspalautekeskustelulomake

TAUSTATIEDOT

1. Asiakkaan Sukupuoli:
 - a. nainen
 - b. mies

2. Ikäryhmä
 - a. alle 65
 - b. 65-74
 - c. 75-84
 - d. 85-95
 - e. yli 95 vuotta

3. Kuinka kauan olette olleet kotihoidon asiakkaana?
 - a. alle 1 vuotta
 - b. 2 vuotta
 - c. 5 vuotta
 - d. yli 5 vuotta

4. Oletteko osallistuneet hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon?
 - a. kyllä
 - b. ei
 - vaihtoehdot kohtaan ei
 - asiakas ei halunnut osallistua
 - asiakas ei voinnin vuoksi pysty osallistumaan
 - asiakasta ei ole pyydetty osallistumaan
 - asiakas ei muista/ei osaa sanoa

5. Olivatko omaiset / läheiset mukana hoito- ja palvelusuunnitelman teossa?
 - a. kyllä
 - b. ei
 - vaihtoehdot kohtaan ei
 - ei omaisia/läheisiä
 - omaisten ei ole mahdollisuus osallistua
 - omaisia ei ole pyydetty mukaan
 - asiakas ei ole halunnut omaisia mukaan
 - asiakas ei muista/osaa sanoa

6. Onko teidän mielipide huomioitu hoito- ja palvelusuunnitelmassa?
 - a. kyllä
 - b. ei

7. Oletteko saaneet riittävästi tietoa palveluista, joita järjestetään kotiin? (muutkin kuin kunnan tuottamat palvelut)
 - a. kyllä
 - b. ei
 - c.

8. Tunnetteko vastuuhoidattajanne?

- a. kyllä
 - b. ei
9. jatkokysymys: Kuinka usein hän käy luonanne?
Vaihtoehdot:
kerran viikossa tai useammin
joka toinen viikko
kerran kuukaudessa
harvemmin kuin kerran kuukaudessa
ei osaa sanoa
10. Millaiseksi arvioitte liikuntakykyynne?
Vaihtoehdot
- a. Hyvä
 - b. Kohtalainen
 - c. Huono
11. Onko teille tehty toimintakyvyn mittauksia?
- a. kyllä
 - b. ei
12. Kuinka usein ulkoilette?
Vaihtoehdot:
- a. lähes päivittäinen
 - b. 1-2 kertaa viikossa
 - c. harvemmin kuin kerran viikossa
 - d. asiakkaan ulkoilu vaihtelee vuodenaikojen mukaan
 - e. asiakas ei ulkoile
13. Onko teille tehty kotihoidon toimesta liikuntasuunnitelma?
- a. kyllä
 - b. ei
14. Onko teillä käytössä apuvälineitä?
- a. kyllä
 - b. ei
15. Tukeeko kotihoito teidän omatoimista selviytymistä kotona?
- a. kyllä
 - b. ei
16. Millainen on ruokahalunne?
- a. hyvä
 - b. kohtalainen
 - c. huono
17. Saatteko ohjausta ravitsemukseen liittyvissä asioissa (*vastuuhoitajalta / kotihoi-*
don henkilökunnalta)?
- a. kyllä
 - b. ei

18. Millainen on mielialanne?

Vaihtoehdot

- a. Hyvä
- b. Kohtalainen
- c. Huono

19. Millaiset asiat virkistävät mieltä / tuottavat iloa?

Vaihtoehdot

Harrastukset

Hengellisyys, seurakunta

Kotihoidon käynnit

Kodin ulkopuolella tapahtuva asia (päiväkeskus, päiväsairaala, järjestötoiminta)

Kulttuuri

Lemmikki / eläimet

Liikkuminen / ulkoilu /luonto

Omaiset / ystävät

Televisio / radio / tietokone

Vuodeaikojen vaihtelu (esim. auringon valo)

muu

20. Pystytekö osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaa (esim. harrastustoimintaa, kulttuuripalvelut, seurankunta, järjestöt, päiväkeskustoiminta)

- a. kyllä,

Vaihtoehdot:

pystyy osallistumaan, mutta asiakas ei halua osallistua

Harrastus/järjestö

kulttuuri

Seurankunta

Päiväkeskus

muu

21. ei, miten osallistuminen mahdollistuisi

Vaihtoehdot:

ei halua osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan

jos kulkeminen mahdollistuisi

jos olisi joku kenen kanssa käydä

jos taloudellinen tilanne olisi parempi

jos olisi sopivaa toimintaa tarjolla

muu syy

22. Onko teillä sosiaalinen tukiverkosto (läheisiä ihmisiä kenen kanssa voitte jakaa asioita)?

- a. kyllä
- b. ei

23. Koetteko olonne yksinäiseksi?

- a. kyllä
- b. ei

24. Tunnetteko olonne kotona turvalliseksi?
a. kyllä
b. ei
25. Lisäävätkö kotihoidon käynnit turvallisuuden tunnetta?
a. kyllä
b. ei
26. Oletteko kaatuneet viimeisen vuoden aikana?
a. kyllä
b. ei
27. Pystyttekö huolehtimaan kodin siivoamisesta itsenäisesti?
a. kyllä
b. ei
28. Millaiseksi koette terveydentilanne?
Vaihtoehdot:
Hyvä
Kohtalainen
Huono
29. Seurataanko terveydentilaanne säännöllisesti?
a. kyllä
b. ei
30. Reagoiko kotihoito voinnissanne tapahtuneisiin muutoksiin nopeasti?
a. kyllä
b. ei
31. Saatteko ohjausta lääkehoidossa vastuuhoitajalta / kotihoidon henkilökunnalta?
c) vaihtoehdot:
kyllä
ei
32. Arvioikaa kuinka monta eri kotihoidon työntekijää on käynyt luonanne viimeisen kuukauden aikana?
Vaihtoehdot 1:
alle 4
4 tai
8 tai yli
33. Oliko määrä?
sopiva
liian monta

34. Voitteko luottaa kotihoidon henkilökuntaan?
- kyllä
 - ei, miksi ?
35. Saatteko tarvittaessa yhteyden vastuuhoidajaanne?
- kyllä
 - ei
36. Saatteko tarvittaessa yhteyden muuhun kotihoidon henkilöstöön?
- kyllä
 - ei
37. Tekeekö vastuuhoidaja / kotihoito riittävästi yhteistyötä omaistenne kanssa
- kyllä
 - ei
38. Tekeekö vastuuhoidaja / kotihoito riittävästi yhteistyötä asioissanne muiden tahojen kanssa?
- kyllä
 - ei
 - ei osaa sanoa
39. Onko kotihoidon henkilökunta ammattitaitoista?
- kyllä, miten ilmenee?
 - ei, miksi?

Liite 2. Asiakaspalaute keskustelu kotihoidon asiakkaalle - ohjeistus vastuuhoidajalle

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa laatusuosituksessa (2013, 2008) korostetaan, että eri palveluissa on turvattava asiakkaiden mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen laadun kehittämiseen. Asiakkaan rooli on aktiivisimmillaan laadun kehittäjän rooli, jossa asiakas osallistuu oman palvelunsa laadun kehittämiseen asettamalla laatu-tavoitteita, suunnittelemalla palvelun toteutusta ja arvioimalla palvelua voimavarojensa mukaisesti. Kaikilla, myös toimintakyvyltään heikoimmilla asiakkailla on laadun koki-jan rooli.

Laatusuosituksen mukaisesti asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti (vähintään vuosit-tain) ja saatu palaute hyödynnetään. Menetelminä käytetään osallistavia palautejärjes-telmiä, kuten yhteistä keskusteluhetkeä. Asiakaslähtöisessä palvelussa myös asiakkaan perhe ja muut hänelle tärkeät ihmiset otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun, toteu-tukseen ja arviointiin. Asiakkaalle laaditaan aina kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitel-ma. Sen avulla toteutetaan eri toimijoiden välinen saumaton yhteistyö ja tuotetaan asi-akkaalle toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. Keskeistä on kuulla ikääntyneen ih-misen omaa ääntä, arvostaa hänen kokemuksiaan ja tavoittaa hänelle merkityksellisiä ja tärkeitä palveluja ja tukimuotoja.

Asiakaspalautekeskustelun avulla on tarkoitus selvittää asiakkaan kokemuksia kotihoi-dosta. Keskustelun vastauksia voidaan hyödyntää asiakassuhteissa, esim. hoito- ja pal-velusuunnitelman päivittämiseen sekä asiakaspalautteiden koontia hyödynnetään koti-hoidon kehittämisessä. Keskustelun avulla voidaan aktivoida läheisiä osallistumaan asiakkaan ja kotihoidon väliseen toimintaan. Asiakaspalautekeskustelun tarkoitus on ensisijaisesti saada asiakkaan oma mielipide esiin ja läheinen voi tarvittaessa toimia siinä hänen äänenään. Läheisen tehtävä ei ole tuoda tilanteeseen omia kokemuksiaan, vaan yrittää selvittää vastuuhoidajan kanssa, mitä asiakas itse on mieltä saamastaan ko-tihoidosta.

Ohjeita vastuuhoidajalle:

1. Vastuuhoidtaja käy asiakaspalautekeskustelun omien vastuuhoidettavien kanssa kerran vuodessa
2. Sovi keskusteluajasta asiakkaan ja läheisen kanssa etukäteen. Kerro mitä tapah-tuu ja kuinka paljon aikaa siihen pitää varata. Varaa rauhallinen aika ja paikka. Kerro miksi asiakaspalautekeskustelu tehdään ja, että osallistuminen on vapaa-ehdoista.
3. Huomio asiakas ja läheiset ja asettukaa istumaan siten, että sinulla on katsekon-takti kaikkiin osapuoliin. Virittele keskustelua esim. kysymällä kuulumisia tai kertomalla viime aikojen tapahtumista. Hyvä aloitus on myös kertoa myönteisiä asioita asiakkaasta ja hänen voinnistaan.
4. Johda keskustelua. Käytä kyselylomaketta keskustelun pohjana. Tee avoimia kysymyksiä aina tarvittaessa ja huomioi sekä asiakkaan että omaisten mielipi-teet. Kuuntele ja edistä keskustelua, pidä langat käsissäsi. Tee tilanteesta vuoro-vaikutteinen ja huolehdi, että puheenvuorot jakaantuvat tasaisesti.
5. Kiinnitä huomiota keskustelun tunnelmaan. Pyri tekemään siitä leppoisa ja luon-teva. Voit käyttää huumoria tilanteen keventämiseksi ja jännityksen lieventämi-seksi. Ole kuitenkin asiallinen.
6. Huomio vuorovaikutustilanteen haasteet kuten esim. asiakkaan puheen tuottami-sen vaikeudet, hiljaiset ja vetäytyvät asiakkaat/ läheiset, todella puheliaat asiak-kaat/ läheiset ja puheen karkaaminen muihin aiheisiin jne. Silloin on harkittava

erilaisia keinoja asiakkaan mielipiteiden esille saamiseksi, esimerkiksi asiakkaan ilmeiden ja eleiden seuraaminen ja tulkinta. Jos asiakas pystyy kirjoittamaan, voi hänen mielipiteitään pyytää kirjallisesti. Keskustelun apuna voi myös tarjota erilaisia vastausvaihtoehtoja, joista asiakas voi valita haluamansa päättämällä tai kuvista osoittamalla.

7. Kiitä keskusteluun osallistuneita ja kerro miten ja milloin asiakaspalautekeskustelun vastauksia hyödynnetään ja milloin vastauksien koonti on asiakkaan ja läheisten nähtävillä.

Liite 3. Aikaisempia tutkimuksia ja artikkeleita osallisuudesta, asiakaslähtöisyydestä sekä elämänlaadusta

Nimi	Vuosi	Aihe	Julkaisija	Keskeiset tulokset tutkimuksen kannalta
Kujala Eila	2003	Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen.	Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja	Asiakasinformaatio vaikuttaa työntekijöihin sekä työyksiköön palautteiden käsittelyn kautta. Palaute vaikuttaa myös organisaation kehittämiseen. Toistuva asiakaspalaute toimii laadun parantamisen välineenä. Asiakkailta saatu tieto osoittaa osallisuuden tarvetta.
Laitila Minna	2010	Asiakkaan osallisuus mielen-terveys- ja päihdetyössä. Fenomenologinen lähestymistapa.	Itä-Suomen yliopisto, terveystieteen laitos. Väitöskirja.	Asiakkaan osallisuus tarkoitti palveluiden käyttäjän asiantuntijuuden hyväksymistä ja hyödyntämistä. Osallisuus toteutui kolmella tavalla: osallisuutena omaan hoitoon, osallisuutena palveluiden kehittämiseen ja palveluiden järjestämiseen. Asiakaslähtöisyys tarkoitti tapaa tehdä työtä ja jolla tavoitteet asetetaan. Asiakaslähtöisyys toteutui kolmella tasolla: organisaatiossa, asiatyössä yhteistyösuhteena ja ammatillisena toimintana. Asiakaslähtöinen työtapa vaikuttaa positiivisesti yhteistyösuhteeseen, asiakkaaseen ja työntekijään.
Valkama Katja	2008	Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asi-	Vaasan yliopisto, sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.	Asiakkuus käsitteenä on monisäikeinen. Siihen liitetään käsitteet aktiivisuus, mahdollisuus valita ja

		akkuuteen.		vaikuttaa sekä osallisuus. Näiden käsitteiden liittäminen sosi-aali- ja terveydenhuollon käytäntöihin muodostaa asiakkuuden dilemman. Asiakkaalta odotetaan aktiivisuutta, mutta se saatetaan tulkita liialliseksi vaativuudeksi ja hankalaksi asiakkuudeksi. Valinnanmahdollisuudet ovat vähäiset ja sen vuoksi osallisuus jää usein näennäiseksi.
Valokivi Heli	2008	Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista.	Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.	Osa lainrikkajista ja vanhuksista kykenee neuvottelevaan ja sopimukselliseen kumppanuuteen. Suuri osa jää kuitenkin tämän toimintatavan ulkopuolelle. Hiljainen ja liian vahva toimintatapa näyttää johtavan heikkoon osallisuuteen ja kansalaisuuden toteutumiseen. Asiakkaat ja työntekijät tarvitsevat rohkeutta ja herkkyyttä kuulla erilaisia elämäntilanteiden erilaisia yksityiskoh-tia.
Constand Marissa K., Mac-Mac-Dermid Joy C., Dal Bello-Haas Vanina & Law Mary	2014	Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare	BMC Health Services research	Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tutkia kolmea näkökulmaa asiakaslähtöiseen hoitotyöhön: kommunikaatiota, yhteistyötä ja terveyden edistämistä. Tutkimuksista löytyi kaikki kolme näkökulmaa, mutta keskeisimmäksi nousi kommunikaatio.

				Kommunikaatio voitiin jakaa kolmeen osaan: tiedon jakaminen, empaattinen ja voimaannuttava hoitaminen ja herkkyys asiakaan tarpeille.
Sidani Souraya & Fox Mary	2013	Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate inter-professional care	Journal of Interprofessional care	Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli luoda määritelmä ja selvittää mallin implementointia. Kolmeksi keskeiseksi elementiksi nousi holistinen, yhteistyö ja herkkyys. Asiakaslähtöinen toimintatapa jalkautuu käytäntöön terapeuttisen hoitosuhteen kautta.
Bensing Jozien	2000	Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based patient-centered medicine.	Patient education and counseling	Modernissa hoitieteessä on voimassa kaksi paradigmaa: näyttöön pohjautuva hoitotyö ja asiakaslähtöinen hoitotyö. Näillä kahdella suuntauksella ei ole paljonkaan yhteistä. Näyttöön perustuvan hoitotyön periaatteiden mukaan asiakaslähtöisyyden näkökulmat eivät helposti toteudu. Kuilun kaivantamisen tärkein työkalu on kommunikation lisääminen.
Berwick Donald M.	2009	What Patient-centered should mean: Confessions of an extremist	Health Affairs	Asiakaslähtöisyys on tavoite itsessään ei pelkästään väline tehokkuuden tai turvallisuuden lisäämiseksi. Se pitää sisällään voimasuhteiden muutoksia enemmän asiakkaalle ammatilaiselta.
Räsänen	2011	Ikääntyneiden	Lapin yliopisto	Ei muistisairaiden

Riitta		asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoidossa sekä hoidon ja johtamisen laadun merkitys sille	Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja	asiakkaiden (n=294) elämänlaatu oli kohtuullista. Hoidon laatu, tyytyväisyys asumiseen ja hoitajiin, vaikuttamismahdollisuudet, toimeentulo muiden asiakkaiden kanssa, tekemisen riittävyys sekä hyvä avun tarvevastaavuus olivat yhteydessä elämänlaatuun. Muistisairaiden asiakkaiden (n = 388) elämänlaatu oli kohtalainen. Ammatillisen hoidon laatu liittyi asiakkaiden (n = 682) hyvään elämänlaatuun. Hoitotyön kirjaaminen oli puutteista huolimatta hyvää, tosin sen laadulla ei ollut vaikutusta vanhusten elämänlaatuun. Johtajakyselyn (n = 41) perusteella matalampi organisaatorakenne sekä laadunhallinta- ja johtamisjärjestelmän käytännönläheisyys olivat yhteydessä ei-muistisairaiden vanhusten parempaan elämänlaatuun. Hyvää elämänlaatua tuottaneissa yksiköissä henkilöstömitoitukset ja kustannukset olivat alhaisimpien joukossa.
Jyväkorpi Satu	2016	Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet and quality of life	Helsingin yliopisto, Lääketieteen tiedekunta Väitöskirja	Ruokavalion heikko laatu, riittämätön proteiinin ja muiden suojaravintoaineiden saanti oli yleistä kaiken kuntoisilla ikään-tyneillä. Yksilöllinen ravitsemusneuvonta

				paransi ikääntyneiden ruokavalion laatua ja ravintoaineiden saantia, elämänlaatua sekä vähensi kaatumisalttiutta kotona asuvilla muistisairailta.
Tepponen Merja	2009	Kotihoidon integrointi ja laatu Integration and Quality of Home care	Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos Väitöskirja	Integraatio oli yleisimmin rakenteellista, kuten kotihoidon yksikköjen tai tehtäväalueiden, kotihoidosta vastaavien lautakuntien ja virastojen yhdistämistä. Muita keinoja olivat integroivat prosessit ja työvälineet. Integroinnin vaikutuksia laatuun arvioivat työntekijät, johto, omaiset ja asiakkaat. Kokemukset integraation vaikutuksista olivat osin ristiriitaisia.
Paljärvi Soili	2012	Muuttuva kotihoito 15 vuoden seuranta tutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta	Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta	Kotihoidon sisältö muuttui seurannan aikana niin, että kotipalvelussa keskityttiin päivittäisen elämän toimissa auttamiseen. Siivous ja asiointiapu olivat seurannan kuluessa lähes loppuneet. Kotisairaanhoidon työssä painottuivat koko seurantaajan hoitotoimenpiteet, lääkehoito, keskustelut asiakkaan kanssa ja kirjalliset työt. Kotihoidon laatu kolmen vastaajaryhmän arvioimana oli vain vähän muuttunut. Asiakkaiden mukaan se oli parantunut asiakkaalle annettun ajan riittävydessä ja hoidon saatavuudessa

				sekä neuvonnassa, ohjauksessa ja tiedo- tuksessa.
--	--	--	--	---