

Satu Rautio, Suvi Sahakari ja Kaisa Sjöholm

Kotoa, kotona, kotiin

Yhteenveto Länsi- ja Keski-Uudenmaan kunnissa kotihoidossa sekä ympärivuorokautisessa hoivayksiköissä toteutettujen asiakaskokemuskeskustelujen tuloksista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi (AMK)

Vanhustyön koulutusohjelma

Loppuraportti

23.10.2016

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Projektin lähtökohdat	1
1.2	Keskustelun menetelmät	3
1.3	Asiakaskokemuskeskusteluiden tulosten luotettavuuden arviointi	4
2	Kotihoito	6
2.1	Taustatiedot	6
2.2	Hoito- ja palvelusuunnitelma	7
2.3	Palvelut hyvinvoinnin tukemisessa	8
2.4	Toimintakyvyn ylläpito	9
2.5	Ulkoilu	10
2.6	Sosiaaliset suhteet	11
2.7	Kotona asumisen mahdollistaminen	12
3	Ympäri vuorokautiset hoivayksiköt	13
3.1	Taustatiedot	13
3.2	Yksilöllisyys	14
3.3	Seura, keskustelu ja muistelu	15
3.4	Ruokailu	16
3.5	Ulkoilu	17
3.6	Musiikki	18
3.7	Televisio	18
3.8	Yöpaasto	19
4	Asiakkaan kuuleminen	20
5	Pohdinta ja oppimisen reflektointi	23
	Lähteet	24

1 Johdanto

1.1 Projektin lähtökohdat

Toteutimme Ikäihminen kotiympäristö -kurssin projektityönä Sosiaalitaito Oy:n Kotoa, kotona kotiin -hankkeen asiakaskokemuskeskusteluiden tulosten läpikäymisen, aineiston kuvailun ja esittelyn. Tässä raportissa kuvailemme asiakaskokemuskeskusteluiden keskeisiä tuloksia ja peilaamme niitä teoriaan. Hyödynnämme myös mahdollisuutta vertailla vastauksia Kotona kokonainen elämä -hankkeen asiakaskokemuskyselyn vastauksiin, jotta näemme, minkälaista kehitystä kunnissa on tapahtunut hankkeiden myötä.

Projektimme on jatkoa vuosina 2013–2015 Etelä-Suomen alueen kuntien yhteistyönä toteutetulle Kotona kokonainen elämä -hankkeelle (KKE), joka kuuluu Kaste-kehittämishjelmaan. Metropolia AMK:n geronomiopiskelijat Sarianna Jyrkkänen ja Hanna Ruokanen tekivät edellisessä hankkeessa opinnäytetyönsä Sosiaalitaito Oy:n ideoimasta kotihoidon asiakaskokemuskyselystä. KKE-hanke päättyi syksyllä 2015, mutta nyt on käynnissä uusi kaksivuotinen kehittämisselma ”Kotona kotoa kotiin” (KKK). Aikaisemmassa KKE-hankkeessa asiakkaan äänen kuuluviin saaminen, vastuuhoidajan ja hänen asiakkaansa parempi ja syvempi tuntemus sekä kehittämiskohteiden esiin nostaminen onnistui niin hyvin, että kysely koettiin järkevänä toistaa ja ulottaa myös niihin kuntiin, jotka eivät aiemmassa hankkeessa olleet mukana. Lisäksi samankaltainen keskustelu (vastuuhoidtaja/asiakas) katsottiin tarpeelliseksi käydä kotihoidon lisäksi myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. (Virtanen 2016.)

”Kotona kotoa kotiin” -kehittämisselmassa on ympärivuorokautisen hoidon osalta mukana 13 Länsi- ja Keski-Uudenmaan kuntaa (Nurmijärvi, Raasepori, Karkkila, Vihti, Kerava, Lohja, Siuntio, Hanko, Inkoo, Kirkkonummi, Mäntsälä, Pornainen ja Sipoo) ja näistä 9 myös kotihoidon osalta (Nurmijärvi, Raasepori, Karkkila, Vihti, Lohja, Hanko, Kirkkonummi, Mäntsälä ja Pornainen). Lisäksi Hyvinkää osallistui molempiin asiakaskokemuskeskusteluihin ja ympärivuorokautisen hoidon osioon osallistui myös Vanhusten kotiapusäätiö. Peruskuntayhtymä Karviainen käsittää Karkkilan ja Vihdin kunnat. Mustijoen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alue Mustijoki muodostuu Mäntsälän ja Pornaisten kunnista.

Asiakaskokemuskeskusteluilla on ollut kaksi tavoitetta. Ensimmäisenä ja ensisijaisena tavoitteena on ollut parantaa asiakkaan ja vastuuhoidajan välistä suhdetta sekä edistää vastuuhoidajan tutustumista asiakkaaseensa ja hänen tilanteeseensa kokonaisvaltaisesti. Toisena tavoitteena on ollut kerätä tietoa asiakkaiden kokemuksesta omasta elämäntilanteestaan ja tarpeisiin vastaamisesta.

Asiakaskokemuskeskusteluissa tärkeintä on se, että vastuuhoidaja kuuntelee asiakasta ja asiakas tulee kuulluksi (Virtanen 2016). Esimerkiksi Sini Elorannan (2009) väitöskirjassa on todettu kotihoidon asiakkaiden kohtaavan tilanteita, joissa heidän toiveitaan tai päätösvaltaa ei kunnioiteta. Elorannan mukaan enemmän huomiota pitäisi kiinnittää siihen, että asiakkaan oman elämänsä asiantuntijuutta vahvistettaisiin ja kotihoitoa kehitettäisiin systemaattisesti asiakaslähtöiseksi toiminnaksi (Eloranta 2009: 6). Niin lainsäädännössä kuin laatusuosituksissakin korostetaan ikääntyneen ihmisen osallisuutta asiakasasioidensa suunnittelussa ja arvioinnissa. Osallisuuden esille nostaminen ja uusien toimintamuotojen kehittäminen sekä käyttöönotto olikin tätä hanketta edeltäneen Kotona kokonainen elämä- hankkeen keskeisimpiä tavoitteita (Ekholm – Kallio - Virtanen 2015).

Kotona, kotoa, kotiin -kehittämishjelmassa käytetään läpimurtomenetelmää (break-through collaborative), joka on työpajatyöskentelyä, jossa korostetaan yhteistoiminnallisuutta ja aktiivista vuorovaikutusta. Kunnissa työskennellään samojen, sovittujen tavoitteiden eteen, toisiltaan oppien, osaamistaan jakaen ja tuloksia vertaillen. (Toljamo – Koponen 2011: 8.) Lean-ryhmät on perustettu kuntiin läpimurtomenetelmästä vastaaviksi ryhmiksi, joiden jäsenille esitämme asiakaskokemuskeskusteluiden tulosaineistosta nousevat havainnot Karkkila-salissa 25.10.2016.

Ikäihminen kotiympäristössä -kurssin projektitehtävän loppuraportin lisäksi tämä raportti on varsinaisen projektitehtävämme toinen osa: raportti sisältää aineiston kuvailun. Toinen osa sisältää aineistosta koostetun PowerPoint-esitykset, joista toinen esitetään Karkkila-salissa (suppea, 58 diaa) ja toinen jaetaan Sosiaalitaito Oy:n kautta kuntiin (laaja). Pelkästään projektiraportiksi raportti olisi todella laaja, mutta varsinaisen projektitehtävän roolin vuoksi raportin pituus on perusteltu.

1.2 Keskustelun menetelmät

Asiakaskokemuskeskustelu on teemoitettu strukturoitu keskustelu, jonka vastuuhoitaja on käynyt vastuuasiakkaansa kanssa. Kotihoidolle ja ympärivuorokautisten hoidon yksiköille suunnitellut kyselyt eroavat toisistaan. Kotihoidon kyselylomake on Sarianne Jyrkkäsen ja Hanna Ruokasen opinnäytetyössään tekemä, ja sitä on muokattu vain vähän. Ympärivuorokautisen hoidon yksiköille tarkoitettu haastattelulomake on ensimmäistä kertaa käytössä. Lomaketta tulee testata antamalla se kohdejoukon edustajien vastattavaksi (Heikkilä 2010: 61). Tätä lomaketta on testattu Sipoossa ja Lohjalla.

Kotihoidon kysymyslomakkeissa oli 35 asiakkaalle ja 14 vastuuhoitajalle suunnattua kysymystä valmiine vastausvaihtoehtoineen. Ympärivuorokautisten hoitoyksiköiden keskusteluissa asiakasta pyydettiin vastaamaan 31 kysymykseen. Vastuuhoitajille suunnatuista 14 kysymyksestä yksi oli avokysymys, joten lomake oli tältä osin puoli-strukturoitu. Kotihoidon lomakkeissa painotetaan asiakkaan kokemuksia saamistaan palveluista sekä osallisuudesta palveluiden suunnitteluun. Ympärivuorokautisten hoitoyksiköiden lomakkeissa kysytään enemmän asiakkaille mielisistä asioista, niin että vastuuhoitaja voisi pohtia, pystyvätkö asiakkaat edelleen tekemään samanlaisia asioita, mitä he ovat omissa kodeissaan asuessaan mielellään tehneet. Tarkoitus on syventää vastuuhoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta ja antaa hoitajille mahdollisuus tutustua sellaisiin asioihin, joita ei ehkä ole aiemmin tullut kysytyä. Vastausvaihtoehtoja on tarjottu laajasti, koska asiakas on saattanut elää aivan erilaista elämää, kuin hänen oletetaan eläneen.

Asiakaskokemuskeskusteluiden suomen- ja ruotsinkieliset lomakkeet toimitettiin yksilöiden/kuntien yhteyshenkilöille etukäteistarkasteluun 18.8.2016. Tarkoituksena oli, että haastattelut tekevät vastuuhoitajat saavat etukäteen tiedon, millaisesta haastattelusta on kyse. Linkki sähköiseen Surveypal -ohjelmaan tulostettavien lomakkeiden ja saatekirjeen kera lähetettiin 25.8. Vastuu-/omahoitajat tekivät haastattelun omille vastuuasiakkailleen 29.8.–25.9.2016. Ohjeistukseksi annettiin, ettei kysymyspatteristoa ole pakko käydä yhdellä kertaa läpi asiakkaan kanssa, vaan sen sai pilkkoa pariin kolmeen kokonaisuuteen ja vasta sen jälkeen syöttää kaikki vastaukset kerralla Surveypal -ohjelmaan. Vastaukset on kirjattu nimettominä. Aineisto toimitettiin projektiryhmällemme Excel-, Word- sekä PowerPoint -tiedostoina. Työssämme hyödynsimme pääasiassa Excel- ja Word-muotoista dataa.

1.3 Asiakaskokemuskeskusteluiden tulosten luotettavuuden arviointi

Kotihoidon asiakaskokemuskeskustelussa vastauksia kertyi 696 kpl eli yhteensä 33% 2095 asiakkaasta. Vastausprosentti vaihteli kunnittain 8–72 % välillä. Ympärivuorokautisten hoivayksiköiden vastauksia kirjattiin 305 kpl, yhteensä 23% 1313 asiakkaasta. Kunnittain vastausprosentissa oli vaihtelua 4%–76% välillä. Koska vastaajien määrä suhteessa asiakaskuntaan oli kuntien välillä suurta, ei luotettavaa vertailua kuntien välillä voitu tehdä. Esimerkiksi eräässä kunnassa oli etukäteen päätetty tehtävien keskusteluiden määrä hyvin pieneksi suhteessa kunnan kokonaisasiakasmäärään.

Keskustelu henkilökohtaisena haastatteluna on menetelmänä joustava, nopea ja haastateltavalle vaivaton. Haastattelija voi tarvittaessa toistaa tai selventää kysymyksiä ja oikaista väärinkäsityksiä. Menetelmään liittyy myös paljon haittoja, sillä haastateltu voi pyrkiä vastaamaan odotusten mukaisesti. Haastattelija saattaa vaikuttaa vastauksiin ja tuloksiin esimerkiksi antamalla epäselviä ohjeita, esittämällä kysymyksen epäselvästi, vaikuttamalla omien asenteiden kautta, olemalla sosiaalisesti etäinen tai kirjaamalla vastauksia virheellisesti. Vastauksiin vaikuttavia tekijöitä saattavat olla myös haastatellaika- ja paikka, muut paikallaolijat tai sairaus, väsymys ja kiire. (Heikkilä 2010: 68.)

Tuloksista käy ilmi, että vastuuhoitaja on merkitty olleen mukana vain 421:ssä kotihoidon 696:sta asiakaskokemuskeskustelusta. Jos keskustelun on käynyt joku muu kuin vastuuhoitaja, on sillä mahdollisesti suuri vaikutus tuloksiin. Myös omaisen läsnäolo (91) on saattanut vaikuttaa vastausten luotettavuuteen. Vain 667 asiakasta on kirjattu itse osallistuneet keskusteluun. Joko kirjaamisessa on tapahtunut virhe tai omainen tai vastuuhoitaja on vastannut asiakkaan puolesta. Jos asiakas ei itse ole osallistunut keskusteluun, ei merkittävänä tavoitteena ollut vastuuhoitajan parempi tutustuminen asiakkaaseen ole voinut näissä tapauksissa toteutua. Myös asiakkaan kokemus jää kuulematta, jos asiakas ei ole itse keskustelussa paikalla.

Joidenkin kysymysten kohdalla haastattelijan rooli arvioitavan organisaation edustajana on saattanut vaikuttaa tulosten luotettavuuteen: kotihoidon työntekijän läsnäolo voi vaikuttaa tiettyihin vastauksiin. Esimerkiksi kotihoidon asiakaskokemuskeskustelun kysymyksessä 28 kysytään, vastaako asiakkaan saama kotihoito asiakkaan tarpeita. Vaikka varmasti iso osa vastauksista on todenmukaisia, on mahdollista, että kyllä-vastausten valtava määrä (94%) viittaa siihen, että ei-vastauksen on koettu tarkoittavan negatiivista arviota, eivätkä asiakkaat ehkä ole halunneet kotihoidon edustajan läsnä ollessa

arvioida saamaansa hoitoa negatiivisesti. Prosenttiosuus on yllättävän korkea esimerkiksi siihen nähden, miltä Superin (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto) selvitys kotihoidosta näyttää. 27.1. 2015 julkaistun tiedotteen mukaan: selvitykseen haastatelluista hoitajista 95 % on huolissaan hoidon laadusta (Super 2015).

Kotihoidon asiakaskokemuskeskusteluiden kysymykset 12, 14, 17, 34 sisältävät jatkokysymyksen. Esimerkiksi kotihoidon asiakkailta kysytään "Onko käytössänne riittävästi apuvälineitä?". Vastausvaihtoehtoina olivat "kyllä", "ei, koska en koe tarvitsevani niitä" ja "ei, millaisia apuvälineitä tarvitsette" sekä yhdeksän viimeistä vaihtoehtoa täsmentävää kohtaa. Täsmennystä vaativia vastauksia on 31 kpl, mutta valittuja täsmennyksiä yhteensä 578. Tarkemmin Excel-datasta käy ilmi, että osa kyllä-vastauksen valinneista on valinnut täsmennyksen. Osa vastaajista on siis toiminut ohjeiden vastaisesti, ja näin ollen tuloksia ei täsmennysten osalta voi suoraan tulkita. Kyselyssä tulisi vastaisuudessa huomioida ehdottomasti SurveyPal -ohjelmassa vastauksien lukitseminen niin, ettei useampaan kysymykseen vastaaminen ole mahdollista, ellei niin ole tarkoitus.

Kysymyksistä jotkut on epäloogisesti esitetty. Suljetussa kysymyksessä tulisi kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan ja vastausvaihtoehtojen pitäisi olla toisensa poissulkevia (Heikkilä 2010: 51, 57). Kuitenkin kysymyksessä "Seurataanko painoanne säännöllisesti?" on vaihtoehtoisiksi annettu "kyllä", "ei", "mitattu edellisen kk:n aikana" ja "mitattu viimeksi yli puoli vuotta sitten". Myös kysymyksessä "Onko teillä liikuntasuunnitelma?", on vaihtoehtoina "kyllä", "ei", "ei, mutta haluaisin tehdä sen" ja "en halua tehdä sitä".

Myös "en osaa sanoa" -vaihtoehdon mahdollisuus esimerkiksi kysymyksissä "Mikä on pelottanut tai huolestuttanut hoitokodissa?" ja "Pelottiko tai huolestuttiko sinua jokin kotona asuessasi?" ovat saattaneet houkuttaa vastaamaan. Syynä voi olla esimerkiksi se, ettei oikeaa vastausta ole osattu tarjota, tai tässä kysymyksessä huolenaihe saattaa muistisairaalla asiakkaalla olla hyvin epämääräinen itsellekin. Strukturoiduissa eli suljetuissa kysymyksissä vaihtoehtojen lukumäärä ei saisi olla kovin suuri ja kaikille tulisi löytyä sopiva vaihtoehto (Heikkilä 2010: 51). Kuitenkin asiakaskokemuskeskusteluissa haluttiin välttää avoimia kysymyksiä ja antaa siksi mahdollisimman paljon vaihtoehtoja. Avointen vastausten luokittelu ja tulkinta olisi jälkikäteen työlästä (Heikkilä 2010: 56), vaikkakin hedelmällistä.

2 Kotihoito

2.1 Taustatiedot

Asiakaskokemuskeskustelun toteuttamiseen osallistui kotihoidon puolelta kymmenen kuntaa seuraavin osuuksin. Osuuksien perässä suluissa oleva osuus kertoo, kuinka suuri osuus kuntien yhteenlasketuista, kyselyn kohderyhmään kuuluvista, kotihoidon yli 75-vuotiaista asukkaista asuu kyseisen kunnan alueella. Karviainen (Karkkilan ja Vihdin perusturvakuntayhtymä) 12,7% (15,8%), Lohja 4,2% (15,8 %), Hanko 10,7% (5,5 %) , Nurmijärvi 18,7%, (9,3 %) Kirkkonummi 11% (8,1 %), Mustijoki (Mäntsälän ja Pornaisten perusturvakuntayhtymä) 6,8% (12,4 %), Raasepori 20,7% (18,0 %) ja Hyvinkää 14,8% (15 %). Kotihoidon puolelta vastauksia saatiin yhteensä 696 kappaletta. Vastauksia oli vähemmän kuin edellisessä keskustelussa (2014), jossa vastauksia oli 763.

Nähtävissä on, että aktiivisuus keskusteluiden käymisestä on kunnittain hyvin vaihtelevaa. Esimerkiksi Lohjalla oli määritelty, että tietty määrä kunkin alueen asukkaista haastatellaan ja tämä näkyy Lohjan suhteellisen pienenä vastausmääränä kunnan kokoon nähden. Sen sijaan Nurmijärven ja Hangon vastausten määrä on merkittävästi suurempi muihin kuntiin nähden.

Suurin osa (79%) kotihoidon asiakaskokemuskeskusteluun vastanneista on ollut kotihoidon asiakkaana yli vuoden. Keskustelulomakkeen täyttäneiden hoitajien mukaan keskusteluun vastanneista asukkaista yli puolen (54%) terveydentila ei vaikuttanut vastauksiin. Kolmasosan (32%) terveydentila vaikutti vähän ja 14 prosentilla se vaikutti vastauksiin paljon. Keskustelulomakkeen vastauksista ei ilmene, monellako vastanneella on esimerkiksi muistisairaus. Muistisairaus vaikuttaa luonnollisesti jonkin verran vastauksiin, mutta keskustelun ensisijainen tarkoitus onkin ollut vastuuhoitajan ja asiakkaan tutustuminen ja asiakkaan tarpeiden kuuleminen. Muistisairaus ei estä tutustumista tai asiakkaan kuulemistä, mutta se on voinut vaikuttaa siihen, keitä asukkaista keskusteluun on valittu.

2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Ikääntyneen toimintakyvyn ja hyvän hoidon edellytys on yksilöön tutustuminen ja yksilön voimavarojen tunnistaminen (Helin 2013: 437). Ihmisen motivaatio sitoutua toimintakykyä edistäviin ja ylläpitäviin toimenpiteisiin ja apuvälineisiin on korkeammalla silloin, kun hän näkee hyödyt haittoja suurempina (Helin 2013: 438). Ikääntyneen osallisuuden kokemus hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa, toteuttamisessa ja arvioinnissa parantaa sitoutumista suunnitelmaan.

Noin 42% vastaajista koki osallistuneensa riittävästi oman hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttamiseen. Yli kolmasosa koki, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa oli liian vähän tai ei lainkaan määritelty yhdessä asiakkaan kanssa. Vastanneista 31 prosenttia ei tiennyt, onko heidän toiveensa tai mielipiteensä kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Suurin osa kotihoidon asiakaskokemuskeskusteluun vastanneista (57%) koki osallistuneensa liian vähän tai ei lainkaan hoito- ja palvelusuunnitelmansa arviointiin. Noin puolet (47%) koki, ettei ole ollenkaan osallistunut, ja alle puolet (43%) kokee osallistuneensa riittävästi.

Vanhuspalvelulaissa (17§) on säädetty, että kunnan tulee tarvittaessa nimetä iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijä palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa. Vastuutyöntekijän tehtäviin kuuluu palvelusuunnitelman toteutumisen ja palvelutarpeiden muutosten seuraaminen yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaistensa, läheistensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Iäkkään henkilön neuvominen ja auttaminen palveluihin liittyvissä asioissa kuuluu vastuutyöntekijän tehtäviin. Laki velvoittaa vastuutyöntekijän olemaan tarvittaessa yhteydessä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä vastaaviin ja muihin tahoihin iäkkään henkilön tarpeisiin vastaamiseksi. (Finlex 2012.)

Kun iäkkään henkilön palveluntarve on selvitetty, on kunnan vastattava vanhuspalvelulain mukaisesti (16§) siitä, että henkilölle tehdään palvelusuunnitelma ilman aiheetonta viivytyksiä. Suunnitelmaan on lain mukaisesti kirjattava iäkkään henkilön omat näkemykset vaihtoehdoista.

Pohdimme syitä mataliin lukuihin osallistumisessa omiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Vain 9% vastaajista oli ollut kotihoidon asiakkaana alle puoli vuotta, joten todennäköisesti suurimmalle osalle on hoito- ja palvelusuunnitelma ehditty asiakkuuden aikana

tehdä ja moneen kertaan päivittää. Onko "hoito- ja palvelusuunnitelma" liian vaikea termi kotihoidon asiakkaalle käytännössä? Vastuuhoitajien mukaan terveydentila ei vaikuttanut vastauksiin yli puolella kotihoidon asiakaskokemuskeskusteluun vastanneilla asiakkailla, joten vastauksia ei suoraan selitä se, että asiakas ei muista osallistuneensa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja arviointiin. Miten asiakas otetaan kunnissa mukaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen, toteuttamiseen ja arviointiin? Entä miten suunnitelma käsitteenä voidaan tuoda hoitotermistöstä lähemmäksi asiakkaan arkea siten, että hän itse kokee voivansa olla osallinen suunnitelman tekemisestä?

2.3 Palvelut hyvinvoinnin tukemisessa

Vanhusten parissa työskentelevän on jatkuvasti pohdittava eettisesti toimintatapojaan. Sekava vanhus voi haluta asua kotonaan, vaikka ei työntekijän mielestä enää pärjäisi kotona. Selkeä ja omatahtoinen ikääntynyt voi toivoa hoitoa, jonka työntekijä ei koe tälle sopivan. Ajattelukyky ja ymmärrys säilyvät terveessä vanhuudessa varsin hyvin. Suurella osalla vanhuksista on kyky määrätä itsestään ja he tietävät, mitä tahtovat. Jotta ikääntynyt voisi päätökset tehdä, hän tarvitsee riittävästi rehellistä tietoa tilanteeseen vaikuttavista seikoista. Hoitoon liittyvissä asioissa tämän tiedon antaminen on hoitavan henkilökunnan vastuulla. Oman elämänsä asiantuntijana oikea päätös voi näyttäytyä erilaisena kuin ulkopuolisen silmissä ja silti ikääntyneellä on valintaansa oikeus. Oleellista ei ole se, miten oikeita päätöksiä ikääntynyt muiden mielestä tekee, vaan se, ymmärtääkö hän, mitä tahtoo. (Mattila 2007: 62.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (4§) velvoittaa kunnan eri toimialojen tekemään yhteistyötä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Lain mukaan yhteistyötä tulee tehdä myös kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntyntä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa.

Kotihoidon asiakaskokemuskeskusteluista käy ilmi (kysymys 6), että puolet (51 %) koki, että on saanut muista kuin kunnan tuottamista palveluista tietoa liian vähän tai ei lainkaan. Pohdimme, onko kysymyksenasettelu liian vaikea ja erottaako asiakas, mikä palvelu tulee kunnalta, mikä yksityiseltä sektorilta ja mikä kolmannelta sektorilta.

Peilasimme vastauksia asiakkaiden tarpeista ja pohdimme, miten yksityinen ja kolmas sektori voidaan ottaa mukaan ikääntyneen arjen ja osallisuuden tukemiseen. Miten kunnan terveystalouden johdossa lähdetään tukemaan vapaaehtoisten roolia asiakkaan elämänlaadun parantamiseksi? Nähdäänkö vapaaehtoiset voimavaran sijasta rasitteena? Palveluita on helpompaa tarjota ja vastaanottaa selkeään tarpeeseen. Kysymyksessä 8 kysytään, mitä muita palveluita asiakas kokee vielä tarvitsevänsä. Ulkoiluavulle on koettu olevan enemmän tarvetta kuin vapaaehtoiselle ystävälle, vaikka vapaaehtoinen ystävä voisi hyvin käydä asiakkaan kanssa ulkona. Nähdäksemme vapaaehtoinen on helpompaa hyväksyä elämään ja arkeen silloin, kun on joku tietty tarve: ulkoilun tarve tunnustetaan helpommin kuin yleinen tarve vapaaehtoiselle ystävälle.

Sosiaaliset suhteet, televisio, lehdet ja radio, sekä hyvä ruoka nousivat kotihoidon asiakaskokemuskeskusteluissa keskeisimmiksi iloa tuottaviksi asioiksi. Lähes puolet ilmaisi myös musiikin ja terveyden/jäljellä olevan toimintakyvyn tuovan iloa elämään. 88% vastaajista koki, että heillä on halutessaan riittävä mahdollisuus olla yhteydessä ystäviin, sukulaisiin tai muihin läheisiin. 12% koki voivansa olla yhteydessä liian vähän tai ei lainkaan. Hoitajista 13% aikoi olla läheisiin yhteydessä.

2.4 Toimintakyvyn ylläpito

Päivittäisestä elämisestä selviäminen vaikuttaa laajasti terveyteen ja hyvinvointiin. Vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa ennustavat sosiaali- ja terveystalouden tarvetta, elinolojen järjestelyn tarvetta sekä elinaikaa. Ne myös alentavat elämänlaatua, heikentävät mahdollisuuksia itsenäiseen elämään ja lisäävät tapaturmariskiä. Päivittäisistä toimista selviytymisen mittaamisesta onkin muodostunut perusmuuttuja esimerkiksi iän ja painoindeksin rinnalle. Yhteiskunnanpalvelujen kehittämisessä keskeistä on pyrkiä ennaltaehkäisevin keinoin lyhentämään toimintakyvyn vajauksia sisältävää elinaikaa niin, että itsenäisiä elinvuosia saadaan lisää. Tavoitteena on tunnistaa eri elämäntilanteisiin liittyviä riskitekijöitä ja puuttua toiminnanvajausten taustalla oleviin ja niitä ehkäiseviin tekijöihin. Tällaisia ovat esimerkiksi fyysinen aktiivisuus ja sosiaalinen ympäristö. (Heikkinen – Kauppinen – Laukkanen 2013: 291, 301.)

Toimintakykyä on tarkasteltu kapea-alaisesti yksilöllisenä, mitattavissa olevana ominaisuutena, ns. mahdollisena toimintakyynä. Laajempi näkökulma tavoitetaan tarkastelemalla, miten ihminen käyttää toimintakykyään ja missä arjen tilanteissa toimintakyky

on käytössä. (Jyrkämä 2013: 422.) Näkemyksen laaja-alaistamisen lisäksi toinen ydin-
teema on toimintakyvyn tukemisen oikea-aikaisuus ja ennakoivuus. (Heimonen - Poh-
jolainen 2011: 5).

Olemme asiakaskokemuskeskusteluiden tuloksia kuvatessamme kiinnittäneet paljon
huomiota keskusteluihin osallistuneiden ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitoa edistä-
viin seikkoihin. Fyysinen aktiivisuus ja sosiaaliset suhteet nousevat vastauksissa tär-
keiksi tekijöiksi. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden kanssa käydyissä keskusteluissa
55 % vastaajista koki, että ei ulkoile riittävästi, ja suurimpina syinä tähän olivat liikkumi-
sen vaikeudet, jaksamattomuus ja avuntarve ulkoilemisen mahdollistajana.

2.5 Ulkoilu

Ulkoilua ei oltu annettu vaihtoehdoksi iloa tuottavaksi asiaksi kotihoidon kyselyssä,
mutta ympärivuorokautisen hoivan asiakkaat nostivat sen neljänneksi mukavimmaksi
tekemiseksi hoitokodissa (45 %), joten arvelemme sen olevan myös kotihoidon asiak-
kaille mieluisaa tekemistä. 55 % heistä ilmaisi, ettei koe ulkoilevansa tarpeeksi ja heistä
vain 8,7% ilmoitti syyksi sen, ettei halua ulkoilla (kysymys 17). Kuitenkin vain 17 % koki
tarvitsevansa ulkoiluapua, kun kysyttiin, minkälaisia muita palveluja tarvitsette (kysy-
mys 8). 14 % hoitajista ilmoitti, että asiakkaan mahdollisuuksia ulkoilla lisätään (kysy-
mys 45). Hoitajista 9 % aikoi ohjata asiakasta hakemaan/ostamaan palveluita kolman-
nelta sektorilta (kysymys 45). Onko asiakkaalla ja kotihoidon henkilökunnalla erilainen
käsitys siitä, kenen kuuluu auttaa ulkoilussa? Ehkä asiakas ei laske ulkoiluapua
muuksi tarvitsemakseen palveluksi, vaan ajattelee, että jos ei itsenäisesti tai läheisen
avulla pääse tai kotihoidon henkilökunta ei ehdi auttamaan ulos, niin sitten ulos pää-
seminen on mahdotonta. Ulkoiluapua ei ehkä mielletä välttämättömäksi palveluksi,
vaan harrastuksen mahdollistajaksi. Kannustamme kotihoidon henkilökuntaa etsimään
aktiivisesti tietoa niistä tahoista, jotka voisivat omassa kunnassa ulkoilemisessa avus-
taa, sillä ulkoilun merkitys hyvinvointia lisäävänä tekijänä on niin merkittävä.

Merja Mäkisalo-Ropponen viittaa teoksessaan Silva Tedren kritiikkiin iäkkään ihmisen
oikeuksista esimerkiksi ulkoilla. Iäkkään ihmisen oikeudeksi katsotaan syrjään vetäy-
tyminen ja elämänpiirin kaventaminen. Se voi olla oikeus vain, jos yhteiskunnalla on
tarjota mahdollisuus valita toisin, eli olla mukana, osallistua, toteuttaa itseään ja kulut-
taa. Todellisuudessa ikäihmisellä ei välttämättä ole mahdollisuutta edes päästä ulkoil-

lemaan omasta kodistaan, jos hän tarvitsee siihen apua. Mäkisalo-Ropponen toteaa myös, että palvelujärjestelmämme ei ole valmis kohtaamaan ikääntyneiden yksilöllisiä tarpeita ja liian harvoin kysytään ihmisen itsensä toiveita. (Mäkisalo-Ropponen 2012: 25.)

2.6 Sosiaaliset suhteet

Kotihoidon asiakaskokemuskeskustelun kysymyksessä 23 kysyttiin iloa tuottavista asioista. Kotihoidon asiakkaista 85 % vastasi, että sosiaaliset suhteet (läheiset, ystävät, tuttavat ja muu seura) tuovat iloa heidän elämäänsä. Tämä on annetuista vastauksista ylivoimaisesti eniten valittu vaihtoehto. Onneksi 88 % kokee, että heillä on halutessaan mahdollisuus olla yhteydessä ystäviin, sukulaisiin tai muihin läheisiin (kysymys 10). Asiakaskokemuskeskusteluun osallistuneista kotihoidon asiakkaista 77 % koki olonsa yksinäiseksi harvoin tai ei koskaan (kysymys 21). Vaikka vastauksen ovat nähdäksemme hyvin positiivisia, vastasi lähes viidennes kokevansa olonsa yksinäiseksi aina tai usein (kysymys 21, 19 % vastaajista), eikä vakavaa asiaa näin ollen voida sivuuttaa.

Kotihoidon asiakkaiden yksinäisyys lisääntyy väestön ikärakenteen muuttuessa, eliniän noustessa ja siksi, että ikääntyneitä hoidetaan yhä pidempään omassa kodissaan. Yksinäisyyden lisääntyminen on jossain määrin ikääntymiseen liittyvä väistämätön tekijä. Oleellinen tekijä yksinäisyyden kokemisen lisääntymiseen ja voimistumiseen on liikkumiskyvyn heikentyminen ja sitä kautta kotiin sidotuksi jääminen. Asiakkaan elämänpiiri kaventuu myös sosiaalisten suhteiden ylläpidon vaikeutuessa mahdollisesti aistitoimintojen tai kognitiivisten taitojen heikentyessä. Monen asiakkaan sosiaaliset suhteet rajoittuvat hoitohenkilökuntaan. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan kuitenkin hienotunteisuutta yksinäisyyden esille ottamisessa keskusteluissa asiakkaan kanssa, sillä se voi olla arka paikka. (Niemelä – Nikkilä 2009: 135–136.)

Kaikilla asiakaskokemuskyselyyn osallistuneilla kotihoidon asiakkailla välttämättä ole läheisiä sukulaisia tai ystäviä ja tämän vuoksi arvelemme, että kotihoidon työntekijän vierailut saattavat olla tärkeä osa asiakkaan sosiaalisia suhteita. Kuitenkin vain 39 % asiakkaista tiesi ennen asiakaskokemuskeskustelua, kuka on hänen vastuu/omahoitajansa (kysymys 35). Koimme yllättäväksi, että vain 44 % kotihoidon haastatteluita tehneistä hoitajista vastasi kokevansa tutustuneensa asiakkaaseen asiakas-

kokemuskeskustelun myötä paremmin (kysymys 47). Olivatko nämä asiakkaat hoitajalle ennestään tuttuja vai miksi keskustelu ei lisännyt tuntemista enempää?

2.7 Kotona asumisen mahdollistaminen

Kotihoidon asiakaskokemuskeskusteluun vastanneista 88 % oli sitä mieltä, että koti nykyisellään tai muutostöiden jälkeen on paras paikka asua. Vastanneista 79 % koki olonsa kotona turvalliseksi aina ja 17 % usein. Vastanneista 94 % koki saavansa riittävästi tukea kotona asumiseen. Su Perin selvityksen mukaan 70 % kyselyyn vastanneita hoitajista koki henkilökunnan määrän riittämättömänä ja vain viidenneksen mielestä hoito- ja palvelusuunnitelmat toteutuivat hyvin (Super 2015). Ilmeisesti henkilökunnan näkemät puutteet eivät aina näy asiakkaille tai sitten asiakkaat ovat tyytyväisiä, että ylipäätään saavat jotain apua kotona asumiseen.

Lupaava kotihoito -teoksen (2009) johdannossa esitetään huoli kotihoidon kotikäyntien rutinoitumisesta, tukipalvelujen eriytymisestä ja sairauskeskeisyydestä. Työntekijällä ei välttämättä ole välineitä vaativaan asiakkaan kokonaisvaltaiseen tilanteen ja tarpeiden arviointiin. Sairauksia painottavien rutiinitehtävien jalkoihin jäävät elämänlaadun kannalta tärkeät liikkumiskyvyn edistäminen sekä yksinäisyyden ja muistihäiriöiden ehkäiseminen. (Engeström – Niemelä – Nummijoki– Nyman 2009: 15.)

Yksilöllisillä tekijöillä todettiin Vanhuksen koti keskellä kaupunkia -projektin loppuraportissa olevan merkitystä mahdollisuuksien hyödyntämiseen. Muun muassa pystyvyyden tunteen puute, selviytymisen tunteen puute uudessa ympäristössä tai ryhmässä ja motivaation puute saattavat olla kynnyksiä osallistua. Tällöin yksilöllinen ohjaaminen, motivointi sekä osallistumisen tukeminen varsinkin toiminnan alkuvaiheessa on tarpeellista. Suuri panostus alkuvaiheessa voi tuntua raskaalta. Kuitenkin kattava haastattelu mielekkään toiminnan löytämiseksi ja kannattelu alkuvaiheessa on pienillä resursseilla toteutettavissa ja varsin vähäininkin yhteydenpito luo tunteen, että joku välittää. (Heimonen ym. 2011: 51.)

Kotihoidon keskusteluun osallistuneista 61 % koki pystyvänsä halutessaan osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaa riittävästi. Osallistuneista 14 % koki mahdollisuutensa liian vähäiseksi ja 25 % koki, että ei pysty osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan lainkaan. Mielestämme on liikaa, jos neljäsosa kotona asuvista ei pääse

halutessaan kodin ulkopuolelle lainkaan. Uskomme, että kolmannen sektorin palveluita hyödyntämällä tätä osuutta olisi mahdollista vähentää. Kuitenkin 51 % vastanneista koki saavansa tietoa muiden kuin kunnan tarjoamista palveluista liian vähän tai ei lainkaan. Silti vain 9 % asiakaskokemuskeskustelun käyneistä kotihoidon hoitajista ilmoitti, että asiakasta ohjataan tai avustetaan hakemaan tai ostamaan palveluita kolmannelta sektorilta.

3 Ympäri vuorokautiset hoivayksiköt

3.1 Taustatiedot

Ympäri vuorokautisen hoivan puolella asiakaskokemuskeskusteluja käytiin 14 kunnassa seuraavin osuuksin (suluissa kunnan ympäri vuorokautisessa hoivassa asuvien määrä kaikkien kuntien asiakasmäärästä): Karviainen (Karkkilan ja Vihdin perusturvakuntayhtymä) 1,6 % (1,8 %), Raasepori 16,7 % (9,7 %), Inkoo 12,5 % (4,3 %), Lohja 4,6 % (22,7 %), Hanko 0,7 % (2,1 %), Mustijoki (Mäntsälän ja Pornaisten perusturvakuntayhtymä) 1,0 % (5,2 %), Nurmijärvi 3,6 % (8,5 %), Kirkkonummi 17,7 % (10,9 %), Sipoo 11,5 % (6,1 %), Siuntio 2,0 % (1,7 %), Kerava 1,0 % (9,6 %), Hyvinkää 4,2 % (12,9 %). Lisäksi haastatteluja tehtiin vanhusten kotiapusäitiön yksioissa, jotka edustavat 5,8 % vastauksista ja heidän asukkaiden osuus kaikista on 4,5 %. Ympäri vuorokautisen hoivan puolelta vastauksia saatiin yhteensä 303.

Nähtävissä on, että Raaseporissa, Inkoossa, Kirkkonummella ja Sipoossa on haastateltu suhteessa suurempi osuus asukkaista kuin muissa kunnissa. Lohjalla, Keravalla ja Hyvinkäällä on haastateltujen osuus asukkaista selvästi pienempi. Hangossa osallistuneita oli vain 2. Eroihin voivat vaikuttaa monet tekijät, kuten ohjeistus, tiedonkulku tai asukkaiden terveydentila, joista tämän raportin tekijöillä ei ole parempaa tietoa.

Ympäri vuorokautisen asiakaskokemuskeskusteluun osallistuneista 64%:lla on todettu muistisairaus. Hoitajien arvion mukaan 57% kohdalla muistisairaus on vaikuttanut vastauksiin joko melko paljon (25%) tai erittäin paljon (32%).

3.2 Yksilöllisyys

Ikääntyneen henkilökohtainen näkemys on aina otettava huomioon tuen ja palveluiden arvioinnissa. Oma elämäntapa, mieltymykset ja toiveet tekevät ryhmästä heterogeenisen. (Heimonen 2011: 3.) Kun ympärivuorokautisen hoivan asukkailta kysyttiin, mitkä asiat ovat mukavia hoitokodissa, nousivat tärkeimmiksi ruoka ja syöminen (57 %), laulaminen ja musiikki (50 %), television katsominen (48 %), lepoaika tai päiväunet (46,2 %) sekä ulkoilu ja ulkoilulajit (46 %). Vähiten valmiista vastausvaihtoehdoista valittiin internetin käyttö (2,1 %), Puutarhanhoito (7,3 %), piirtäminen ja maalaaminen (9,1 %), joku tietty väline tai tavara (10,5 %), pienet arjen askareet (10,8 %), pelaaminen (11,9 %), aamupiiri (14,7 %), askartelu ja käsityöt (15,4 %). Näitä kutakin valitsi alle 50 vastaajaa. Vastausvaihtoehdot oli annettu valmiiksi, ja jäimme kaipaamaan vaihtoehtoa ”läheisten vierailut”, kun kysyttiin mukavimpia asioita hoitokodissa, vaikka esimerkiksi osastolla vierailevat eläimet, muut asukkaat ja hoitajat oli vaihtoehdoiksi annettu. Tämä oli mielestämme selkeä puute, sillä oletamme muihin kysymyksiin saatujen vastausten perusteella, että läheisten seura olisi noussut yhdeksi mukavimmista asioista.

Yksittäinen avoimeen kysymykseen saatu hoitajan kommentti: *”Alleviivata sitä tosiasiaa, että nykyisissä puitteissa viriketoiminta on hyvin vaikeaa.”* pysäytti meidät miettimään, kohtaavatko hoitajien käsitykset mielekkästä tekemisestä asiakkaan toiveet. Entä kokevatko hoitajat yleisemminkin, että järjestelyjä ja aikaa vaativat, niin sanotut virikkeelliset tuokiot ovat parhaita mahdollisia aktiviteetteja hoitokodin asukkaille. Saatujen vastausten perusteella yhdessäolo, keskustelu ja musiikin kuuntelu peittoavat mukavuudessa järjestetyn tekemisen. Tunnistamme hienomotoriikan ylläpitämisen ja taiteen merkityksen esimerkiksi aivoterveydelle, minkä vuoksi askartelun ja käsitöiden tyyppiset toiminnalliset aktiviteetit ovat tarpeellisia. Toisaalta keskusteluiden tulosten perusteella emme tiedä, minkä tyyppisiä asioita hoivakodeissa on tarjolla, ja olisiko esimerkiksi internetin käyttö mieluisammaksi koettua, jos siihen olisi enemmän mahdollisuuksia ja ohjausta.

Omat tavat tuovat elämään tuttuutta ja turvallisuutta. Vaikka ne voivat ulkopuolisesta tuntua vähäpätöisiltä, ovat ne kuitenkin tärkeitä yksilölle itselleen. Henkilö on ne itse valinnut ja omaksunut, ja niistä kiinni pitäminen kuvastaa täysmittaisena ihmisenä elämistä. Myös erilaisiin hoitoihin ja toimenpiteisiin voi liittyä monia ylitsepääsemättömiä uskomuksia ja kokemuksia, jotka perustuvat elettyyn elämään. Koti on ihmisen omaa

reviiriä, jossa hän saa olla omanlaisensa kaikkine tapoineen ja uskomuksineen. (Mattila 2007: 61.)

3.3 Seura, keskustelu ja muistelu

Keskusteluissa ei suoraan kysytty asiakkaan yksinäisyydestä, mutta 20 % vastanneista koki, ettei heillä ole hoivakodissa koskaan ystäviä tai tuttavuuksia (kysymys 7). Kaipuuta vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa kuvaa mm. se, että kolmanneksi ikävimmäksi asiaksi hoivakodissa koettiin omaisten odottaminen ja ikävä omaisia (kysymys 4, 24 %). Kotona ollessa kolmanneksi mukavinta oli ollut perheenjäsenten tai muiden läheisten kanssa oleminen ja viidenneksi mukavimpana pidettiin ystäviä ja naapureita (kysymys 3). Hoitajien kanssa mukavimpana tekemisenä hoitokodissa pidettiin keskustelemista kahden kesken (kysymys 12, 46%).

Muistelun merkitys mielekkäänä tekemisenä nousi selvästi esille sekä asukkaiden että hoitajien vastauksissa. Hoitajien kanssa (33 %, kysymys 12) ja kotona asuessa ystävien kanssa (34 %, kysymys 9) kolmanneksi mukavimmaksi ehdotetuista vaihtoehdoista valittiin muistelu. Kun kysyttiin, mikä hoitokodissa on mukavinta, valitsi 31 % vastaajista muistelun (kysymys 2). Asukkaista 30 % vastasi, että haluaisi läheisten kanssa muistella menneitä (kysymys 13). Tämä oli neljänneksi eniten valittu vaihtoehto ylipäätään yhdessä olemisen, ulkoilun ja kahdenkeskisen yhdessäolon jälkeen. Kun hoitajia pyydettiin luettelemaan, mitä konkreettista he aikovat tehdä mahdollistaakseen tuttujen asioiden palauttamisen asiakkaansa nykyiseen elämäntilanteeseen hoitokodissa, liittyi 30 vastausta muisteluun. Vain ulkoiluun ja keskusteluun liittyvät asiat keräsivät enemmän avoimia kommentteja. Mielestämme sekä asiakkaiden vastaukset että hoitajien kommentit kertovat, että muistelun tärkeys tunnustetaan tärkeänä elämän laatuun vaikuttavana ja yksinäisyyden tunnetta vähentävänä tekijänä hoitokodeissa. Asukkailla on mahdollisuus muisteluun ja hoitajat tahtovat luoda lisää näitä mahdollisuuksia.

Muistelun tavoitteena on tukea ikäihmisen itsetuntoa ja identiteettiä sekä auttaa häntä toteuttamaan itseään, ja käsittelemään erilaisia tunnetiloja. Muistelutyössä annetaan tilaa sukupolvien väliselle kohtaamiselle, jossa voidaan antaa toinen toisilleen merkityksiä, elämyksiä ja iloa. Muistelu auttaa myös hyväksymään asioita, joita ikäihmisen elämässä on tapahtunut. Muistelutyössä ihminen tuntee kuuluvansa ryhmään ja häntä rohkaistaan käyttämään omia voimavarojaan. (Stenberg 2015: 7, 8.)

Kun itselle tärkeät ihmiset asuvat muualla ja kun lähiyhteisö sekä sen sosiaalinen dynamiikka saattavat tuntua vieraalta tai jopa pelottavalta, on iäkkään palvelutaloon tai muuhun asumisyksikköön muuttavalla henkilöllä erittäin suuri riski kokea yksinäisyyttä. Aiemmassa elämässä olleiden merkittävien ihmisten puuttumisen lisäksi yksinäisyyden tunnetta voi lisätä iäkkään toimintakyky, joka voi heikentää mahdollisuuksia päästä toisten ihmisten seuraan. Myös muiden asukkaiden muistisairaus voi aiheuttaa tunnetta kuulumattomuudesta muiden asukkaiden joukkoon, jos muista asukkaista ei löydy kunnolliseen keskusteluun pystyvää juttukaveria. Tällaisessa tilanteessa korostuu niin henkilökunnan kuin myös talon ulkopuolelta tulevien ihmisten merkitys. (Pirhonen – Tiilikainen – Lemivaara 2016: 128–129).

Hoitajat ja muu henkilökunta koettiin kuudenneksi mukavimpana asiana hoitokodissa ympärivuorokautisen hoivan puolella (122 vastausta, 43% valitsi tämän, kysymys 2). Vaikka auttamissuhde olisikin hyvä, ei hoitajan tai muun ammatti-ihmisen kanssa useinkaan pysty luomaan samanlaista ystävyyssuhdetta kuin oikean ystävän kanssa. Myös odotukset ihmissuhteilta ovat yksilöllisiä, ja onkin olennaista tietää mitä ne ovat. Jo yksikin tyydyttävä ihmissuhde saattaa lievittää yksinäisyyden kokemusta. (Routasalo – Pitkälä 2005: 27–28, 31.)

Keskustelun vastuuhoitajalle suunnatun avoimen kysymyksen vastauksissa seuran ja keskustelun merkitys oli huomioitu. Kysyttäessä millaisia konkreettisia asioita hoitaja aikoo tehdä, vastattiin mm. ”Olla läsnä, ettei asiakas tuntisi itseään yksinäiseksi”, ”Kerron omaisille, että asiakas toivoo heidän käyvän useammin”, ”Jutella asiakkaan kanssa mahdollisimman usein. Tykkää juttuseurasta.”, ”Yhteys muihin asiakkaisiin”, ”Kahdenkeskisen ajan lisääminen.” (kysymys 45). Valitettavasti vain 164 henkilöä 303:sta asiakaskokemuskeskusteluun osallistuneista hoitajasta vastasi tähän kysymykseen. Syyinä saattaa olla se, että kaikki hoitajat eivät ehkä olleet asiakkaan oma- tai vastuuhoitajia.

3.4 Ruokailu

Vastaajista 57 % valitsi ruoan ja syömisen, kun kysyttiin, mikä on hoitokodissa mukavinta (kysymys 2). Tämä oli selkeästi eniten valittu vastausvaihtoehto. Vastanneista 25 % haluaisi syödä, kun kysyttiin, mitä he haluaisivat tehdä yhdessä omaistensa kanssa (kysymys 13). Omassa kodissa mukavimpia asioita kysyttäessä syömisen ja

hyvän ruoan valitsi vaihtoehdoista 40 % vastaajista (kysymys 3), eli se nousi viidenneksi valituimmaksi vaihtoehdoksi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksissa ikääntyneille (2010) otetaan kantaa myös ruokailutilanteeseen. Ruokailuhetkien todetaan olevan sosiaalisia tapahtumia ja mielihyvän lähteitä. Ympäri vuorokautisessa hoivassa olevan ravitsemussuosituksessa kehoitetaan lisäämään ruokailutilanteen kodinomaisuutta ja hoitajia syömään yhdessä tai ainakin istumaan asiakkaan kanssa ruokapöydässä. Myös esimerkiksi ruoan yhdessä valmistamisen mahdollisuus ja ruoan tuoksun tärkeys nostetaan esiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 27, 33–34.) Pohdimme asiakaskokemuskeskusteluissa esille noussutta toivetta syödä omaisten kanssa yhdessä. Uskomme, että läheisten mahdollisuus syödä osastolla asukkaan kanssa lisäisi molempien osapuolten viihtyvyyttä ja edistäisi asukkaan ateriaan liittyvää mielihyvän tunnetta ja parempaa ravitsemusta. Toivomme, että tulevaisuudessa löydetään keinoja mahdollistaa tällainen toiminta nykyistä paremmin.

3.5 Ulkoilu

Suosituksessa iäkkään turvallisen ja säännöllisen ulkona liikkumisen edistämiseksi todetaan, että ulkoilu kuuluu hyvään vanhuuteen. Ulkoileminen lisää ikääntyneen toimintakykyä, elämänlaatua ja itsemääräämisoikeutta. Se virkistää mieltä, kehittää tasapainoa ja lihasvoimaa, sekä lisää liikkumisvarmuutta. Ulkoilu on suosituksen mukaan liitettävä sosiaali- ja terveystalouksissa hoito- ja palvelusuunnitelmaan iäkkään toimintakyvyn ja tarpeiden mukaisesti Henkilöstön tehtävä on varmistaa ulkoilun toteutuminen yhteistyössä iäkkään, omaisten ja vapaaehtoisten kanssa. Suosituksesta huomioidaan mm. tarvittavat apuvälineet, ympäristön suunnittelu reitteineen sekä esteettömyys. (Ikäinstituutti 2015.)

Merkittävä osa (35 %) ei liiku ollenkaan ryhmäkodin ulkopuolella, ja vain 34 % osallistuneista liikkuu enemmän kuin tunnin viikossa (kysymys 37). Tästä ryhmäkodin ulkopuolella liikkumisesta kaikkea ei varmasti voida laskea ulkoiluksi. Luvut ovat huonoja siihen nähden, että ulkoilu valittiin omaisten ja mukavan hoitajan jälkeen kolmanneksi, kun kysyttiin, mikä saa hänet hyvälle mielelle yleensä. Vastanneista 41 % valitsi vaihtoehdoista ulkoilun (kysymys 29). Ulkoilu nousi yhdeksi tärkeimmistä asioista myös kysyttäessä, mitä asiakas haluaisi tehdä omaistensa kanssa. 31% haluaisi ulkoilla yh-

dessä. Vain yleensä yhdessä oleminen ja keskustelu kahden kesken valittiin useammin (kysymys 13). Tulkitsemme ulkoilun myös sosiaalisesti tapahtumaksi ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevalle asiakkaalle, sillä harva pääsee omin avuin ulkoilemaan.

3.6 Musiikki

Eva Götellin väitöskirjatutkimuksen mukaan musiikilla on myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden henkilöiden toimintakykyyn ja jopa heitä hoitavaan henkilökuntaan. Osallistuminen 40 minuutin musiikkitapahtumaan vaikutti hoivakodin asukkaiden käytökseen hoitajien mukaan rauhoittavasti ja mielialaa kohentaen vielä useita tunteja tilaisuuden jälkeen. Vaikka asukkaat eivät yleensä edes 15 minuutin kuluttua muistaneet koko tilaisuutta, osallistuivat he myönteisemmin hoidollisiin toimiin ja olivat tyyneempiä ja onnellisemman oloisia. Tapahtumaan osallistunut henkilökunta myös koki musiikin poistaneen rajoja hoitajien ja asiakkaiden väliltä ja lisänneen yhteyttä ja sitoutuneisuutta. (Eva Götell 2003: 31.)

Musiikin keinoin on helppo luoda viihtyvyyttä kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan asiakkaalle sekä yhteyttä henkilökunnan ja asiakkaan välille. Musiikki nousi yhdeksi mieluisimmista asioista asiakaskokemuskeskusteluissa sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoivan puolella. Haastatelluista kotihoidon asiakkaista 48 % koki musiikin tuovan iloa hänen elämäänsä (kysymys 23) ja puolet (50 %) ympärivuorokautisen hoivan haastatelluista asukkaista koki, että musiikki on yksi hoitokodin mukavista asioista (kysymys 2), kun vaihtoehdot oli annettu valmiiksi. Musiikin tärkeys ilmeisesti kasvaa, kun asumismuodoksi muuttuu hoivakoti, sillä vain 40 % vastasi, että musiikin kuuntelu oli mukavaa kotona asuessa (kysymys 3). Noin viidennes ympärivuorokautisen hoivan vastaajista valitsi musiikin kuuntelun (22 %) ja lähes saman verran (19 %) laulamisen, kun haastattelussa kysyttiin, mitä on kiva tehdä hoitajien kanssa (kysymys 12).

3.7 Televisio

Suomalaiset katsoivat vuonna 2015 televisiota keskimäärin 179 ja vuonna 2014 184 minuuttia vuorokaudessa, eli lähes kolme tuntia päivittäin (Finnpanel 1. 2016). Eniten, eli 4 tuntia ja 40 minuuttia vuorokaudessa televisiota katsovat yli 65-vuotiaat. Ylivoimai-

sesti eniten televisiota katsotaan kello 20 ja 22 välillä, jolloin televisio tavoittaa lähes kaksi miljoonaa suomalaista. (Finnpanel 2. 2016.)

Lääkäritutkija Harri Helojärven johtaman suomalaistutkimuksen (2014) mukaan istuminen ja television katsominen ovat syy lihomiseen. Muuten terveelliset elämäntavat eivät riitä terveenä pysymiseen, jos katselee paljon televisiota. Television katseluun liittyy hyvin passiivinen istumisen muoto, joka on terveydelle tuhoisa asia. Televisiota katsellessa voi sama passiivinen asento säilyä jopa tunteja. Haitallisen vaikutuksen kumoamiseksi tulisi sohvalta tai nojatuolista nousta 20 minuutin välein. Tutkimuksen mukaan kolmen tunnin päivittäinen television katselu kaksinkertaisti painonnousun ikääntyessä. (Kammonen 2014.)

Asiakaskokemuskeskustelujen mukaan asukkaat ympärivuorokautisen hoivan puolella hoitajan arvion mukaan katselevat televisiota keskimäärin 2 tuntia ja 6 minuuttia vuorokaudessa. Lähes 40 % keskusteluihin osallistuneista ikääntyneistä katsoi televisiota vuorokaudessa kolme tuntia tai enemmän. Pidämme tätä huolestuttavana tuloksena, sillä näin mittava passiivinen istuminen lisää jo muutenkin vähän liikkuvien ikääntyneiden terveydelle haitallisia vaikutuksia. Toivomme, että television katselemisessa voidaan ottaa huomioon yksilölliset toiveet, sekä se, että television katseleminen ei palvele asukkaan hyvinvointia, jos hänet asetetaan katsomaan televisiota muun tekemisen puutteessa.

3.8 Yöpaasto

Ravitsemussuositusten mukaan yöpaasto ei saisi olla yli 11 tuntia. Koska iäkkäät eivät usein jaksa syödä kerralla suuria määriä, tulisi aterioiden jakaantua tasaisesti koko päivälle. Koska lounaalla ja päivällisellä syöty ruokamäärä saattaa olla vähäinen, välipalojen merkitys korostunut. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 34-35.)

Asiakaskokemuskeskusteluiden tulos on samansuuntainen kuin Valviran tekemässä selvityksessä, jonka mukaan yötauco oli 11 tuntia tai enemmän 76%:ssa julkisista ja 42% yksityisistä yksiköistä. Valvira pitää tilannetta erittäin huolestuttavana ja huomauttaa, että vanhuksilla näin pitkä yötauco heikentää merkittävästi ravitsemukseen laatua. Valviran selvityksessä havaittiin pitkän yötaucon liittyvän ainakin osittain henkilöstön määrään. Kun henkilökuntaa ei ole riittävästi, on ruokailuaikojen järjestäminen asiakkaiden tarpeita vastaaviksi haastavaa. (Valvira 2010: 3, 16, 23.) Kuten Valviran selvi-

tyksessä, ei asiakaskokemuskeskustelujenkaan kysymysten perusteella saatu tietoa, onko asiakkaalla yöaikana mahdollisuutta tarvittaessa välipalaan. (Valvira 2010: 33). Tämä olisi hyvä ottaa huomioon mahdollista seuraavaa kyselyä muotoiltaessa.

Pohdimme syitä pitkään yöpaastoon. Osa asukkaista nukkuu pitkät, jopa 12 tunnin yöunet (10 %), jolloin yöpaasto luonnollisesti venyy. Yli puolet (53 %) asukkaista nukkuu hoitajan mukaan 8–10 tuntia yössä ja 23 % alle kahdeksan tuntia (kysymys 34), jolloin yöpaaston pituuden tulisi voida alittaa 11 tuntia. Vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että asukkaista 80% on iltapalan ja aamiaisen välissä ilman ravintoa 11 tuntia tai enemmän. Yöpaaston pituus venyy 13 tuntiin jopa 21 % :lla asukkaista (kysymys 39). Keskusteluun liittyvissä kysymyksissä ei kysytty, mihin kellonaikaan ateriat tarjotaan tai onko aterioiden lisäksi mahdollista saada välipaloja. Emme myöskään tiedä, missä järjestyksessä aamu- ja iltatoimissa avustetaan, eli nautitaanko aamupala vasta aamupesujen jälkeen tai iltapala ennen iltatoimia, jolloin yöpaasto venyy.

4 Asiakkaan kuuleminen

Kotihoidon asiakaskokemuskeskustelun päätteeksi hoitajat ovat saaneet merkitä, min-kälaisia toimia asiakkaan kohdalla tehtiin asiakaskokemuskyselyn nostamien tarpeiden pohjalta (kysymys 45). Selvytyden vuoksi emme käytä tässä luvussa prosenttilukuja.

Käyntiajan muutoksen kohdalla 149 kotihoidon asiakasta oli sitä mieltä, että käyntiajan muuttamiselle ei ole estettä. Jopa suurempi määrä hoitajia (162) oli sitä mieltä, että asiakkaan käyntiaikaa voidaan muuttaa. Tästä huolimatta ainoastaan 17 asiakkaan kohdalla muutettiin käyntiaikaa. Kertooko tulos siitä, että asiakkaan toive on kuultu ja hoitajat ovat siitä samaa mieltä, mutta muutosten tekeminen koetaan liian raskaaksi? Käyntiajan muutos voisi tehostaa kotihoidon toimintaa ja antaa vähän enemmän aikaa niille asiakkaille, jotka tiettyyn aikaan päivästä tarvitsevat enemmän tukea. Käyntiajan muutos, sen onnistuessa, voisi parhaimmillaan edistää paremman hoidon saamista kaikille.

Vertasimme asiakkaan tarvetta ja sitä, miten tarpeisiin vastattiin. Tiettyjen tarpeiden kohdalla asiakkaiden tarpeisiin vastattiin varsin hyvin. Ulkoilumahdollisuuksien lisäämistä toivoi 112 asiakasta ja 94 kohdalla ulkoilumahdollisuuksia lisättiin. Liikuntasuun-

nitelmaa toivoi 53 asiakasta ja 59 kohdalla se toteutettiin. Eri ammattiryhmiin otettiin yhteyttä 60 asiakkaan kohdalla, kun 87 asiakasta oli tarpeensa ilmaissut.

Tiettyjen tarpeiden kohdalla asiakkaan tarpeisiin vastattiin merkittävästi huonommin. Jalkahoitoa koki tarvitsevansa 188 asiakasta, kun taas se varattiin 60 asiakkaalle. Lääkäriin oltiin yhteydessä asiakkaan tilanteesta 57 asiakkaan kohdalla, kun taas 157 asiakasta koki tarvetta päästä lääkäriin. Suunhoitoon liittyviä tarpeita koki 154 asiakasta ja 43 asiakkaan kohdalla tehtiin asialle jotain. Merkittävimmäksi tässä kategoriassa nousi aistitoimintoihin liittyvät tarpeet. Jopa 254 merkintää oli yhteensä kuuloon ja näköön liittyvissä tarpeissa, kun taas 53 merkintää asiakaskokemuskyselyn aiheuttamissa muutoksissa aisteihin liittyvissä asioissa (Olemme niputtaneet näköön ja kuuloon liittyvät toiminnot, joten puhumme tarkoituksella ”merkinnöistä”, sillä sama asiakas on voinut valita sekä kuuloon että näköön liittyvät tarpeet. Sama pätee hoitajien vastauksissa siitä, onko asiassa tehty muutoksia.)

Osaan tarpeista vastattiin enemmän kuin asiakkaat kokivat tarvetta. Paino mitattiin keskustelun seurauksena 167 asiakkaan kohdalla, kun 137 asiakasta oli kokenut tarvetta. Apuvälineitä hankittiin 51 asiakkaalle, kun tarvetta oli kokenut 31 asiakasta. Muistisairauksiin liittyvissä asioissa ohjattiin 41 asiakasta, kun tarvetta oli kokenut 38 asiakasta.

Vaikka kaikki asiakkaan kokemat tarpeet eivät olisi täytettävissä, olisi mielestämme hoitajien ollut mahdollista edes ryhtyä selvittämään mahdollisuuksia jatkotoimiin. Toisiin tarpeisiin on toki helpompi vastata ja niihin löytyy helpommin resursseja. Tiedostamme hoitajan roolin ja vastuun asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnissa, mutta korostamme myös asiakkaan kokemusta ja osallisuutta oman elämänsä liittyvissä asioissa. Kysymme: mitä toimenpiteitä kunnissa voidaan tehdä, että asiakkaat tulevat vielä enemmän kuulluiksi ja kokevat osallisuutta oman hoitonsa osalta?

Pohdimme asiakaskokemuskeskusteluiden tuloksia kuvatessamme paljon omahoitajan tai vastuuhoitajan roolia ikääntyneen arjessa. Vastauksista ilmenee, että asiakkaalle ei aina ole selvää, kuka hänen oma hoitajansa on (61 % ei tiedä, kysymys 35), eikä vastuuhoitaja edes ole ollut mukana keskustelussa. 61 % :ssa keskusteluista oli vastuuhoitaja mukana (kysymys 40). Mielestämme olisi tärkeää, että asiakas tietäisi selkeästi, keneen hänen kannattaa olla yhteydessä omissa asioissaan. Heräsi myös kysymys, onko oma-/vastuuhoitajalle selvää, mitä hänen vastuulleen kuuluu. Ikäihmisten palveluiden kehittämiskoordinaattori Heli Virtanen Sosiaalitaidosta muotoili tapaamisessam-

me 18.10.2016 vastuuhoidajan tärkeimmäksi tehtäväksi asiakkaan tarvitsemien palveluiden koordinoinnin. Tässä valossa keskusteluihin osallistuneissa kunnissa on nähdäksemme vielä paljon tehtävää asiakkaan tarpeen kuulemisessa.

Hoitajien arvioin mukaan asiakaskokemuskeskustelu lisäsi asiakkaan osallisuutta omiin palveluihin vain 37% kohdalla. Suurimman osan (63%) kohdalla osallisuuden lisääntyminen ei toteutunut. Kotihoidon hoitajista 37% koki, ettei asiakaskokemuskeskustelusta ollut hyötyä päivittäisessä työssä. Hoitajista 54% koki, että keskustelusta oli hyötyä kohtalaisesti ja 9% paljon. Arvelemme, että keskustelu on työssä nähty työn kautta, eikä asiakkaan kautta. Moni hoitaja tekee asiakaslähtöistä työtä kiireellisessä aikataulussa, mutta miten koko palvelumalli voisi lähteä asiakkaan hyvinvoinnin edistämisestä työn suorittamisen sijaan? Tiedostamme, että kotihoidon työntekijällä on rajalliset resurssit muuttaa omaa työtään suoraan, mutta hoitaja on myös merkittävässä roolissa asiakkaan osallisuuden edistäjänä.

Ympäri vuorokautisen hoivan asiakaskokemuskeskustelussa ei kysytty samalla tavalla keskustelun aikaansaamista muutoksista, mutta osa ilmeni avoimista vastauksista. Avoimien vastausten vuoksi emme käytä tässäkin prosenttilukuja lukujen vääristymisen vuoksi. Erään asiakkaan kohdalla hoitaja kertoo, että oli ymmärtänyt, ettei asiakas pidäkään television katselusta ja kertoi ottavansa asian huomioon paremmin asiakkaan arjessa. Toisen asiakkaan kohdalla television katselua lisättiin asiakkaan tarpeiden pohjalta.

Moni hoitaja tarttui asiakkaiden mielimusiikkiin. Keskustelu havahdutti osan hoitajista ymmärtämään asiakkaan toiveet mielimusiikista, ja hoitajat kertoivat ottavansa musiikkitoiveet huomioon osaston arjessa. Ulkoilun mahdollisuuksia ja omaisyhteistyötä parannettiin osan kohdalla. Eräs hoitaja taas toteaa, että viriketoimintaan panostaminen osaston arjessa on lähes mahdotonta.

Ison osan keskusteluun osallistuneiden asiakkaiden kohdalla tehtiin muutoksia tarpeiden pohjalta. Silti suuren määrän kohdalla tarpeisiin ei vastattu, ja toivoisimme kuntien pohtivan syitä ja parannusehdotuksia tähän tilanteeseen, kun kunnat pureutuvat keskustelun aineistoon. Toivomme, että keskustelu tuottaa hedelmää asiakastyössä myös tulevaisuudessa yksittäisten asiakkaiden ja hoitajien arjessa, niin kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessa hoivassakin, kun lisääntynyt tutustuminen tuottaa parempaa osallisuutta ja tarpeiden mukaista hoivaa.

5 Pohdinta ja oppimisen reflektointi

Asiakaskokemuskeskusteluiden kuvaaminen oli mielenkiintoinen ja haastava tehtävä monesta syystä. Saimme pohtia hankkeen antia sekä asiakkaiden kuulemisen että hoitajien käytännön työn kannalta. Kyseessä ei ollut sellainen kyselytutkimus, jonka tuloksia olisi mahdollista hyödyntää tilastollisina totuuksina. Tästä huolimatta teimme paljon huomioita liittyen keskustelujen toteutukseen ja luotettavuuteen vaikuttaviin tekijöihin. Eniten asiakkaan antamien vastausten luotettavuuteen vaikutti mielestämme hoitajan, eli arvioitavan organisaation edustajan toimiminen keskustelun haastattelevana osapuolena. Vastauksista mielestämme näkyy, ettei asiakas ole pystynyt tai halunnut täysin rehellisesti kommentoimaan hoitoaan ja hoitajiaan. Olemme myös pohtineet, kuinka hyvin asiakas on kysymykset ymmärtänyt ja onko hoitajalla varmasti ollut osaamista selventää asiakkaalle, mitä tietyillä termeillä, kuten hoito- ja palvelusuunnitelmalla tai liikuntasuunnitelmalla tarkoitetaan. Myös vastuuhoitajan rooli nousi pohdinnoissamme useasti esille. Kuinka hyvin vastuuhoitajat voivat olla sitoutuneita asiakkaidensa edun ajamiseen, jos heillä ei aina ole aikaa edes käydä asiakaskokemuskeskustelua omien asiakkaidensa kanssa tai asiakkaat eivät tiedä, kuka heidän oma hoitajansa on?

Asiakaskokemuskeskusteluiden tuloksista koimme geronomiopiskelijan näkökulmasta merkittävimiksi asiakkaiden vähäisen osallistumisen omien palveluidensa suunnitteluun ja arviointiin sekä asiakkaiden toiveiden ja hoitajan reagoimisen huonon kohtaamisen. Panimme myös merkille asiakkaiden tyytyväisyyden kotiin saatuihin palveluihin, mihin toki saattoi vaikuttaa hoitajan läsnäolo, sekä asiakkaiden halun asua kotonaan. Keskusteluissa nousi esiin paljon sellaisia toiveita ja tarpeita, joiden vastaamisessa voisi kolmannella sektorilla olla paljon tarjottavaa. HavaitSIMME, että keskusteluihin osallistuneilla asiakkailla tai hoitajilla ei mielestämme kuitenkaan ole riittävästi tietoa muista, kuin kunnan tarjoamista palveluista. Myös kuntien hyvin vaihteleva aktiivisuus hankkeeseen osallistumisessa herätti monia pohdintoja. Tulkitsimme, että esimiesten on osattava ”myydä” tämän kaltainen hanke niin, että hoitaja kokee siitä olevan aidosti hyötyä asiakkaalle ja hoitajille työssään.

Projektityö on ehdottomasti syventänyt ymmärrystämme ikääntyvän ihmisen tarpeista ja osallisuudesta. Projekti syvensi ymmärrystämme myös kotona asumisesta ja sen merkityksestä, sekä kodin merkityksellisistä asioista ympärivuorokautisessa hoivassa.

Lähteet

Engeström, Yrjö – Niemelä Anna-Liisa – Nummijoki, Jaana – Nyman, Juha (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Ps-kustannus, Jyväskylä.

Finlex 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 28.12.2012/980. Verkkodokumentti. Luettu 10.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Finnpanel 1. 2016. TV:n katselu eri vuosina. Verkkodokumentti. Luettu 18.10. 2016. <https://www.finnpanel.fi/tulokset/tv/vuosi/minuutit/2015/>

Finnpanel 2. 2016. TV-vuosittelaisuus 2016. Verkkodokumentti. Luettu 18.10.2016. https://www.finnpanel.fi/lataukset/tv_vuosi_2016.pdf

Götell, Eva 2003. Singing, background music and music events in the communication between persons with dementia and their caregivers. Neurotec Department, Center of Excellence in Elderly Care Research, Karoliniska Institutet, Huddinge, Sweden. Verkkodokumentti. Luettu 15.10.2016. <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39949/thesis.pdf?sequence=1>.

Heikkilä, Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.–8. painos. Edita, Helsinki.

Heimonen, Sirkkaliisa – Pohjolainen, Pertti (toim.) 2011. Laatu vanhuksen elämään omassa kodissa. Vanhuksen koti keskellä kaupunkia -projekti 2008–2011. Loppuraportti. Ikäinstituutti, Helsinki.

Ikäinstituutti 2015. Suositukset iäkkäiden turvallisen ja säännöllisen ulkona liikkumisen edistämiseksi. Voimaa vanhuuteen. Iäkkäiden terveystalvveluohjelma. Verkkodokumentti. Luettu 20.10.2016. <http://www.voimaavanhuuteen.fi/content/uploads/2016/04/Ulkoilusuositukset-2.pdf>.

Jyrkämä, Jyrki 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) 2013. Gerontologia. 3. painos. Duodecim, Helsinki. 421–425

Heikkinen, Eino – Kauppinen, Markku – Laukkanen, Pia 2013. Iäkkäiden ihmisten selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) 2013. Gerontologia. 3. painos. Duodecim, Helsinki. 291–302.

Helin, Satu – Von Bonsdorff, Mikaela 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakyvyn ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) 2013. Gerontologia. 3. painos. Duodecim, Helsinki. Sivut 426–443.

Kammonen, Teemu 2014. Läpimurto Suomen Turusta: Televisio vaarantaa terveytesi. Päivitetty 22.7.2014. Verkkodokumentti. Luettu 18.10.2016. <https://www.uusisuomi.fi/tiede-ja-ymparisto/70703-mykistava-suomi-tutkimus-julkitelevision-katselu-vaarantaa-terveytesi>

Mattila, Kati-Pupita 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. PS-kustannus, Jyväskylä.

Mattila, Kati-Pupita 2010. Asiakkaana ihminen. Työnä huolenpito ja auttaminen. PS-kustannus, Jyväskylä.

Mäkisalo-Ropponen Merja 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Niemelä, Anna-Liisa – Nikkilä, Aila 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa Engeström, Yrjö – Niemelä Anna-Liisa – Nummijoki, Jaana – Nyman, Juha (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Ps-kustannus, Jyväskylä. s. 135–149.

Pirhonen, J. – Tiilikainen, E. – Lemivaara 2016. M. Yksin yhteisössä – tutkimuskohteenä tehostettu palveluasuminen. Gerontologia 3/2016. s. 119–130.

Raatikainen, Eija 2015. Lujita Luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. PS-kustannus, Jyväskylä.

Routasalo, Pirkko – Pitkälä, Kaisu 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys – haaste hoitotyölle. Teoksessa Laatus vanhustyöhön. Tammi, Helsinki. s. 19–35.

Stenberg, T. 2015. Muistelu vuorovaikutusmenetelmänä. Ikäinstituutti. Helsinki 2015.

Superin selvitys kotihoidosta: Kotihoito on kriisissä – Hoidon laadusta ollaan huolissaan aiempaa enemmän. 27.1.2015. Verkkodokumentti. Luettu 20.10.2016.
<https://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/tiedote-superin-selvitys-kotihoidosta-kotihoito-on-kriisissa-hoidon-laadusta-olla-huolissaan-aiempaa-enemman/>

Valvira 2010. Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet. Selvityksiä 3:2010. Verkkodokumentti. Luettu 29.9.2016.
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/v/a/Vanhusten_sosiaalihuollon_palvelut.pdf

Valvira 2011. Vanhusten ravitseminen ja ruokailurytmi. Ohje 3/2011. Verkkodokumentti. Luettu 29.9.2016.
https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Valvira_ohje_3_2011.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuosituksien ikääntyville. Edita Prima Oy, Helsinki. Verkkodokumentti. Luettu 29.9.2016.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Voutilainen, Päivi 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä Hoito suositus. Duodecim. Artikkelin tunnus: nix01676. Luettu 29.9.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksien-suositus;jsessionid=B3A52C7FEFB5D1B059F6F025D4A08C82?id=nix01676>