

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Susanna Andronoff ja Taina Miesperä

Asiakastyytyväisyys Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin Imatran kotihoidossa

Opinnäytetyö 2018

Tiivistelmä

Susanna Andronoff ja Taina Miesperä

Asiakastyytyväisyys Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa, 60 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Opinnäytetyö 2018

Ohjaajat: yliopettaja Niina Nurkka, Saimaan ammattikorkeakoulu, lehtori Susanna Tella, Saimaan ammattikorkeakoulu ja muutoskoordinaattori Helena Heikkilä, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Imatran kotihoidon asiakastyytyväisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Imatran kotihoidolle asiakastyytyväisyyden lisäämiseksi. Jatkuva laadun parantaminen on yksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen strategioista ja asiakastyytyväisyyden mittaaminen kertoo strategian toteutumisesta. Imatran vanhusneuvosto tilasi asiakastyytyväisyyskyselyn Saimaan ammattikorkeakoululta ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä.

Väestön vanheneminen ja ikääntyneiden palveluiden siirtyminen avopalveluihin on asettanut haasteita erityisesti kotihoidon. Kotihoidon tavoitteena on ikääntyneiden asuminen kotona mahdollisimman toimintakykyisinä, pitkään ja arvokkaasti. Hyvä kotihoidon laatu tarkoittaa, ettei laadun taso vaihtele ja että asiakkaat saavat heille luvattua palvelua. Asiakastyytyväisyyskyselyllä saadaan tietoa tavoitteiden toteutumisesta sekä palautetta toiminnan kehittämiseksi ja laadun parantamiseksi.

Opinnäytetyön lähestymistapa oli määrällinen eli kvantitatiivinen. Aineisto (N=90) kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Viitekehikseksi valikoitui Sosiaali- ja terveysministeriön Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen arvot ja strategia sekä aiemmat tutkimukset kotihoidosta. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä sisällönanalyysillä.

Kyselyyn osallistuneet asiakkaat ja omaiset olivat tyytyväisiä kohtaamisiin hoitajien kanssa ja kotihoidon oikea-aikaisuuteen. He kokivat kotihoidon tukevan heidän kotona asumistaan. Tyytymättömyyttä aiheuttivat hoitajien vaihtuvuus ja kiihkeiksi koettu työskentelytapa. Tyytymättömyyttä aiheutti myös toimintakykyä edistävän ja elämänlaatua lisäävän tuen puute. Näitä olivat kodin ulkopuolisessa toiminnassa avustaminen sekä kotiaskareiden ja kuntoharjoitteiden tekeminen. Selkeäksi kehittämiskohteeksi nousi asiakkaiden ja omaisten osallistaminen oman hoitonsa suunnitteluun.

Asiasanat: asiakastyytyväisyys, ikääntyneet ja kotihoito

Abstract

Susanna Andronoff and Taina Miesperä
Clients' Satisfaction Survey in Home Care of South Karelia Social and Health District, 60 Pages, 2 Appendices
Saimaa University of Applied Sciences
Social and Health Care, Lappeenranta
Degree Programme in Development and Management
Master's Thesis 2018

Instructors: Ms Niina Nurkka, Principal Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences, Ms Susanna Tella, Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences and Ms Helena Heikkilä, Transition Coordinator, South Karelian Social and Health Care District

The purpose of this thesis was to describe the clients' satisfaction of Imatra Home Care of South Karelia Social and Health District. The goal of this thesis was to produce information for Imatra Home Care to increase the clients' satisfaction. The constant quality improving is one of South Karelian Social and Health District's strategy. The measuring of clients' satisfaction expresses how the strategy has been implemented. The Imatra Elderly Council ordered the clients' satisfaction survey from Saimaa University of Applied Sciences as a Master's Thesis.

The population is aging and their services and care are served by the outpatient service such as home care. The goal of home care is that clients are able to live in their own homes as long as possible with dignity and ability to function. The good quality of home care means the quality is constant and the clients receive the promised service. The clients' satisfaction survey produces the knowledge how the goals of home care is reached.

This thesis was quantitative. The data (N=90) was collected by the half-structured questionnaire. The framework was made from Ministry of Social Affairs and Health quality recommendation for improving of the elderlies' service and from South Karelia Social and Health District's values and strategy and from previous re-search of home care. The data was analyzed by statistical methods and content analysis.

The clients and relations who responded to the survey were satisfied for the well-timed home care and the interaction with home care workers. They were satisfied with the support which home care gives to them to live at home. They were dissatisfied with the changing workers and their hectic way to work. The clients were also dissatisfied with the lack of the support for the ability to function and the quality of life, namely domestic work and the physical therapy. The clients and their relatives hoped that they could participate more in planning their care and service plans.

Keywords: clients' satisfaction, elderly, home care

Sisälllys

1	Johdanto	5
2	Kotihoidon palvelut	6
2.1	Kotihoito Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimialueella	7
2.2	Kotihoidon asiakkuus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimialueella	8
3	Asiakaslähtöisyys ja asiakastyytyväisyys.....	9
3.1	Asiakaslähtöisyys	10
3.2	Asiakastyytyväisyys	11
4	Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi.....	13
4.1	Osallisuus ja toimijuus	13
4.2	Vanhusneuvostot	14
4.3	Asuminen ja elinympäristö	15
4.4	Terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen	15
4.5	Oikea palvelu oikeaan aikaan	16
4.6	Hoidon ja huolenpidon turvaajat	18
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	20
6	Opinnäytetyön toteutus.....	21
6.1	Opinnäytetyön aiheen valinta ja viitekehys	21
6.2	Kyselylomakkeen laatiminen.....	22
6.3	Aineisto keruu	25
6.4	Aineiston analyysi	26
7	Tulokset	28
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	28
7.2	Osallistuminen hoito – ja palvelusuunnitelman laadintaan.....	30
7.3	Terveys ja toimintakyky.....	33
7.4	Oikea-aikaisuus	35
7.5	Asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen	37
7.6	Avoimet palautteet ja kehittämissuhteet.....	39
8	Yhteenveto ja pohdinta	40
8.1	Tulosten yhteenveto	40
8.2	Kehittämissuhteita.....	46
8.3	Pohdinta.....	47
8.4	Jatkotutkimusaiheet	50
	Kuvat	51
	Taulukot.....	51
	Lähteet.....	52

Liitteet

- Liite 1 Saatekirje
- Liite 2 Kyselylomake

1 Johdanto

Väestön ikärakenteen muuttuessa joutuu yhteiskunta ottamaan huomioon ikääntyvän väestön palveluiden tarpeet ja niiden järjestämisen. Pääpaino ikääntyneiden palveluiden järjestämisessä on siirtynyt avopalveluihin ja erityisesti kotihoitoon. Tarvitaan moniammatilliseen ja laajaan palvelutarpeen arviointiin perustuvia yksilöllisiä palveluja, jotka tukevat ikääntyneiden itsenäisyyttä ja osallisuutta. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneiden kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja arvokkaasti. Osallisuus ikääntyneen näkökulmasta tarkoittaa osallistumista omien palvelujen suunnitteluun ja laadun arviointiin sekä osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon, silloinkin kun toimintakyky on alentunut. (Finne-Soveri 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Tekes 2014.)

Jotta ikääntyneet pystyvät asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään ja arvokkaasti, edellyttää se kotihoidolta palvelujen vaikuttavuutta ja laatua. Laadukas kotihoito tarkoittaa sitä, ettei laadun taso vaihtele, ja että asiakkaat saavat heille luvattun palvelun. (Tekes 2014.) Tepposen (2009) tutkimuksen mukaan hoitajien kiireisyys ja asiakasta kohden käytetyn ajan niukkuus, tietojen riittämättömyys ja tiedottamisen monimutkaisuus olivat kotihoidon laatua heikentäviä tekijöitä (Tepponen 2009, 192 – 193). Tekesin kotihoito 2020 –julkaisun mukaan hoitajien suuri vaihtuvuus on yksi kotihoidon saaman negatiivisen palautteen aihe. Kotihoidon toiminnan laadusta kertovat myös asiakkaan luona käyneiden eri hoitajien lukumäärä sekä hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovittujen palveluaikojen toteutuminen. Yleisin laadun mittaamisen muoto on asiakastyytyväisyyskysely. (Tekes 2014.)

Vuonna 2015 Imatran väestöstä noin 9 % oli 75 vuotta täyttäneitä ja säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli 2 % koko Imatran väestöstä (SotkaNet 2016; Imatran Hyvinvointikertomus 2014 – 2016). Tilastokeskuksen mukaan vuoteen 2030 mennessä 75 vuotta täyttäneitä on 19 % kaikista imatralaisista. Odotettavissa on, että kotihoidon asiakkaiden osuus myös kasvaa. Samaan aikaan Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan työikäisten määrä vähenee. (Imatran kaupunki 2017; SotkaNet 2016; Tilastokeskus 2016.) Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2013 alulle panema sosiaali- ja terveystuollon palvelurakennemuutos pyrki takaamaan kaikille asuinpaikasta riippumatta laadukkaat, asiakaslähtöiset

ja tasavertaiset palvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Osana tätä rakennemuutosta Imatran kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyivät vuoden 2016 alussa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin tuottamiksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin Imatran kotihoidon asiakastyytyväisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Imatran kotihoidolle asiakastyytyväisyyden lisäämiseksi. Jatkuva laadun parantaminen on yksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin strategioista ja asiakastyytyväisyyden mittaaminen kertoo strategian toteutumisesta.

2 Kotihoidon palvelut

Lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli niin sanottuun Vanhuspalvelulakiin on kirjattu ikääntyneen väestön oikeudesta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja. Laki velvoittaa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseen sekä itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisen parantamiseen. Lain tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneen ihmisen vaikuttaminen palvelujen sisältöön ja valintaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.)

Hallituksen rakennepoliittinen ohjelma edellyttää ikääntyneiden palvelujen rakenteiden muuttamista. Palvelujen pääpaino tulee olla avopalveluilla, joita ovat muun muassa kotihoito ja omaishoidon tuki. Ensisijaisesti ikääntyneiden palvelut ovat kotiin annettavia palveluja, joiden tavoitteena on vähentää laitoshoidon tarvetta. Tällä palvelurakennemuutoksella tavoitellaan myös kustannusten vähentämistä. Sosiaalihuoltolain uudistus ja tekeillä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutokset ovat keinoja rakennemuutoksen saavuttamiseksi. (Finne-Soveri 2017; Räsänen 2015, 43; Jyrkämä 2014, 36.) Tutkimukset osoittavat toisaalta laitospaikkojen vähentämisen tarpeelliseksi ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn kohentuessa (Finne-Soveri 2017; Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 79).

Vuonna 2004 Sosiaali- ja terveysministeriön aloittamassa kokeilussa kuntien oli mahdollista yhdistää terveydenhuoltolain alainen kotisairaanhoidon ja sosiaalihuoltolain alainen kotipalvelu kotihoidoksi. Käsitteenä kotihoidolla ei ole ollut yhteistä merkitystä, koska kotihoidon palvelujen sisältö on vaihdellut kunnittain. (Paljärvi 2012, 19; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Kuntien vastuulla on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen, joko yksin tai kuntayhtymänä. Kotihoidon lainsäädännöstä, yleisestä suunnittelusta sekä ohjeistuksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Kotihoidon asiakkaiden oikea-aikaiset ja yksilölliset palvelut ylläpitävät ja parantavat asiakkaiden toimintakykyä sekä kotona asumisen mahdollisuuksia. Palveluiden arvioinnissa tulee huomioida ikääntyneiden diversiteetti eli monimuotoisuus. Ikääntyneiden toimintakyky vaihtelee suuresti samoissa ikäryhmissä. Kotihoidon tavoitteena on ennaltaehkäistä asiakkaan siirtyminen ympärivuorokautiseen asumispalveluiden piiriin. (Finne-Soveri 2017; Tekes 2014, 41.) Sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen vaikeuttavat kotona selviytymistä, jolloin tarve kotihoidolle syntyy (Tepponen 2009, 21; Heinola, 2007, 9). Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat yleisimmin avustamista hygienian hoidossa, ruokailussa, liikkumisessa, kodin hoidossa, lääkehoidossa, sairaanhoitoa vaativissa toimissa, palveluohjauksessa ja –neuvonnassa (Tepponen 2009, 21-22). Ikääntyneiden psyykkiset ongelmat, lisääntyvä päihteiden käyttö sekä dementiaoireet lisäävät myös kotihoidon tarvetta (Heinola 2007, 9; Iso-Aho & Niemelä 2009, 165).

2.1 Kotihoito Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimistoissa

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimistoihin (jatkossa käytetään nimitystä Eksote) kuuluu yhdeksän kuntaa: Imatra, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Eksoten kotihoito on jaettu 11 alueeseen. Lappeenranta on jaettu kolmeen alueeseen ja muut kunnat muodostavat omat toimintayksikkönsä. Jokaisella kotihoidon alueella on toimintayksikön esimies, toimipisteen vastaava, kotihoidon ohjaaja tai asiakkuuskoordinaattori, sairaanhoitaja, lähi- tai perushoitaja ja hoiva-avustaja. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto 2017.)

Eksoten kotihoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, omatoimisuutta ja osallisuutta. Kotihoitoa toteutetaan toimintakykyä edistävällä, kuntouttavalla työotteella. Kotihoidon tavoitteena on turvata asiakkaan selviytyminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja samalla ehkäistä pitkäaikaishoidon tarvetta. Asiakkaan kotihoito perustuu asiakkaan ja tarvittaessa omaisten kanssa laadittuun hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan, johon kirjataan myös asiakkaan mielipide ja näkemys palvelujen toteuttamisesta. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2016.)

Eksoten hallitus on hyväksynyt kotihoidon myöntämisperusteet 1.4.2016 alkaen. Eksoten kotihoidon toimintaa ohjaa Eksoten strategiasta nousevat arvot, joita ovat:

1. **Yhdessä asiakkaan kanssa;** palvelujen helppo saatavuus, asiakkaan kokemus arvostuksesta, omatoimisuuden tukeminen sekä asiakkaan ja läheisten toiveiden huomioiminen.
2. **Mutkaton vuorovaikutus;** hyvä käytös, avoin keskustelu asiakkaan hoidosta, palaute kehittämisen välineenä sekä tiimi työskentely.
3. **Halu ottaa vastuuta;** Eksoten arvot ohjaavat toimintaa, toiminnan vastuullisuus
4. **Rohkeus uudistua;** toiminnan arviointi, jatkuva parantaminen, itsearviointi sekä uuden teknologian hyödyntäminen.

(Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2017.)

2.2 Kotihoidon asiakkuus Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa

Eksoten kotihoidon myöntämisperusteiden mukaan kotihoito on tarkoitettu henkilöille, joiden hoidon ja hoivan tarve on päivittäistä. Myös omaishoitajan statukseen oikeutetuilla on mahdollisuus saada tarpeen mukaan kotihoidon palveluja. Kotihoidon asiakkaaksi ohjaututaan joko Isoapu palvelukeskuksen tai keskitetyn kotiutustiimin kautta. Palvelukeskus tekee kotona asuvien henkilöiden palvelutarpeen arvioinnin ja keskitetty kotiutustiimi arvioi sairaalasta kotiutuvien palvelujen tarpeen. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2016.)

Kotihoidon asiakkaiden palvelujen tarve arvioidaan laajasti ja kokonaisvaltaisesti ja pääsääntöisesti asiakkaan kotona. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle voidaan aloittaa enintään neljä viikkoa kestävä kuntouttava arviointijakso. Palvelun tarve arvioidaan tarvittaessa moniammatillisessa työryhmässä, sekä asiakkaan toimintakyvyn, asuinympäristön, omaisten ja yksityisten palvelutuottajien antaman avun ja palvelun perusteella. Toimintakyky kattaa fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä kognitiivisen toimintakyvyn, joita mitataan kuntouttavan arviointijakson aikana toimintakykymittareilla. Jokaiselle kotihoidon asiakkaalle nimetään vastuuhoitaja, joka vastaa asiakkaan kuntoutumis- ja hoitosuunnitelman laadinnasta ja päivittämisestä. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2016.) Kuntoutumis- ja hoitosuunnitelmasta voidaan käyttää myös nimitystä hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma tulee tarkastaa kuukausittain tai asiakkaan voinnin muuttuessa. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 20; Päivärinta & Haverinen 2003, 35.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja, johon on kuvattu asiakkaan tilanne ja toimintakyky sekä määritelty hänen tarvitsemansa palvelut ja kuntoutustoimenpiteet. Suunnitelma tulee laatia yhdessä asiakkaan ja/tai omaisten kanssa hänen omassa ympäristössään. Hoito- ja palvelusuunnitelman neuvottelussa asiakkaalle tulee antaa tietoa palveluista, kaikista vaihtoehdoista ja asiakasmaksuista. Asiakkaan tilanteen seuranta, mielipiteen ja voinnin kirjaaminen potilastietojärjestelmään sisältyvät suunnitelman toteutukseen. Asiakkaan osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan lisää hänen osallisuutta oman hoitonsa päätöksentekoon. (Päivärinta ym. 2003, 13 –14.)

3 Asiakslähtöisyys ja asiakastyytyväisyys

Lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta on kirjattu asiakkaan oikeus saada laadultaan hyvää palvelua ja kohtelua ilman syrjintää. Asiakkaan ihmisarvo on loukkaamaton ja hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään tulee kunnioittaa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000.)

3.1 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisessä palvelussa asiakkaat ovat keskiössä hoidon ja palvelun saajina, kokijoina ja palautteen antajina. He arvioivat käyttämiänsä palveluja ja siten osallistuvat palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen. Aidossa asiakslähtöisessä toiminnassa asiakas on aktiivinen osallistuja. Ikääntynyt asiakas on tietoinen toimija, joka tekee itseään koskevat ratkaisut. (Vaarama, Luomahaara, Peiponen & Voutilainen 2002, 53; Pitkälä, Savikko & Routasalo 2005, 99 – 100; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 60.) Asiakslähtöisessä hoitotyössä hoitoa ja palvelua tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta, erityisesti tilanteissa, joissa asiakkaan toimintakyky on alentunut, eikä hän pysty ilmaisemaan mielipidettään palveluidensa tarpeesta (Vaarama ym. 2002, 38).

Kiikkalan (2000) mukaan asiakslähtöisyyden pitäisi nousta sosiaali- ja terveydenhuollon arvoperustasta kunnioituksena, itsemääräämisoikeutena, yhdenvertaisuutena, neuvottelevana yhteistyönä, asiakslähtöisenä näkemyksenä asiakkaasta yksilönä sekä yhteisönä ja kulttuurinsa jäsenenä. Asiakslähtöisyys tulisi ilmetä hoito- ja palvelutoiminnan luonteessa asiakkaan näkemyksinä, vastavuoroisuutena ja yhteisinä sopimuksina sekä työntekijän toimintatapana aitoutena, avoimuutena ja ammattitaitona. (Pitkälä ym. 2005, 103.)

Karttusen (2005) tekemän kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen mukaan asiakslähtöisyyden tunnuspiirteinä on nähty palvelun tarvelähtöisyys, yksilöllisyys, saatavuus, valinnan mahdollisuus ja ystävällisyys. Hoitotyössä tehtäväkeskeisestä ja rutiinimaisesta toiminnasta on haluttu siirtyä yksilökeskeiseen hoitotyöhön. Yksilökeskeinen hoitotyö sisältää kumppanuutta, vuorovaikutusta, ikääntyneen ihmisen kuulemista, hyvän elämän tavoittelua, turvallisuutta, jatkuvuutta, osallisuutta, tavoitteellisuutta sekä merkityksellisyyttä. (Pitkälä ym. 2005, 103.)

Asiakslähtöistä toimintaa voidaan kehittää keräämällä asiakaspalautetta ja hyödyntämällä sen tuloksia. Asiakslähtöisyys edellyttää myös yhteistoiminnallisia toimintatapoja. Nämä voivat olla esimerkiksi erilaiset paneelit tai asiakasneuvostot, sekä toiminnan kehittäminen yhdessä asiakkaiden kanssa ottamalla heidät

mukaan toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Aitoon asiakaslähtöisyyteen kuuluu se, että organisaatio on olemassa asiakkaiden tarpeita varten. (Vaarama ym. 2002, 38; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Asiakaslähtöisessä palvelussa asiakkaan tarpeet ymmärretään ja kuunnellaan. Eriäviin näkemyksiin asiakkaan ja työntekijän välillä tartutaan rohkeasti. Asiakaslähtöisyyden arviointi vaatii vastavuoroisten tunteiden ymmärtämistä, sekä kykyä käsitellä tunteenomaista palautetta. Työntekijän tulee erottaa, arvioidaanko asiakaslähtöisyyttä organisaation ja palvelujen tuottajan näkökulmasta vai kootaanko palautetta asiakkaan lähtökohdista ja kokemuksista. (Päivärinta ym. 2003, 29.)

Asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen on haasteellista. Työtapoja tulisi kehittää siten, että asiakas on mukana tasa-arvoisesti, ja että hänen voimavaroja löydetään ja vahvistetaan. (Vaarama ym. 2002, 40.) Laadultaan hyvä kotihoito edellyttää asiakaskeskeistä toimintatapaa, joka ilmentyy asiakkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa (Andersson, Haverinen & Malin 2004, 481 - 494). Ikääntyneiden hoitajia auttavat tieto ja ymmärrys ikääntyneiden kokemuksista ja hoitoon osallistumisesta, mikä auttaa toteuttamaan yksilöllisempää hoitoa ja huolenpitoa (Räsänen 2016, 51).

Hoitotyö on vaativaa ja monitahoista sisältäen hoitamista sekä auttamista, ja siksi sitä on vaikea mitata. Ratkaisevaa ei ole hoitoon käytetyn ajan pituus, vaan merkityksellisempää on hoidon ja palvelun sisältö, johon vaikuttavat hoitajan toimintatapa ja asenne. Kuntouttavalla työotteella tuetaan asiakkaan toimintakykyä, jota voidaan pitää hoitotyön resurssina. Hoitajilla ei välttämättä ole asenteellista valmiutta eikä ammatillista osaamista tähän. Tapa, millä asiakaslähtöisyyttä toteutetaan, vaikuttaa asiakkaan koettuun elämänlaatuun. Ikääntyneille pieni voi kuitenkin olla suurta, joten hoivan merkitystä ei pidä aliarvioida. (Räsänen 2015, 41 – 43.)

3.2 Asiakastyytyväisyys

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatua arvioidaan asiakkaan, palvelujen tuottajan tai ulkopuolisen, esimerkiksi viranomaisen näkökulmasta (Vaarama ym. 2002, 55). Laadukas kotihoito tarkoittaa sitä, ettei laadun taso vaihtele ja että asiakkaat

saavat heille luvatus palvelun. Toiminnan laadusta kertovat myös asiakkaan luona käyneiden eri hoitajien lukumäärä sekä hoito- ja palvelusuunnitelmassa sovitujen palveluaikojen toteutuminen. (Tekes 2014.)

Palvelun laatu on yksi asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä (Ylikoski 2001, 149). Asiakastyytyväisyyden mittaaminen tuottaa tietoa palvelun laadusta (Tekes 2014; Ylikoski 2001, 155-156). Asiakastyytyväisyyteen voidaan vaikuttaa keräämällä täsmällistä tietoa suoraan asiakkaalta siitä, mitkä asiat tekevät asiakkaat tyytyväisiksi. Palautteen jatkuva pyytäminen ei tee asiakasta tyytyväisemmäksi, vaan lisää asiakkaiden odotuksia palvelujen paranemisesta. Asiakastyytyväisyyttä voidaan arvioida kokonaisuutena sekä yksittäisenä palvelutapahtumana. Vaikka asiakas olisi tyytymätön yksittäiseen palvelutapahtumaan, hän voi olla tyytyväinen organisaation toimintaan kokonaisuutena. (Ylikoski 2001, 149-155.)

Asiakaspalvelussa henkilöstö on tärkeä palautetiedon kanava. Usein asiakas antaa palautetta silloin, kun hän kokee itsensä todella pettyneeksi. Suoralla palautteella palvelun epäkohdat tulevat esille, mutta palaute voi jäädä vain vastaanottavan henkilön tietoon, eikä siten välity koko organisaatioon. Vain epäkohtien korjaamisella voidaan vaikuttaa asiakastyytyväisyyteen. (Ylikoski 2001, 170-171.)

Palautteen avulla voidaan laadun parantamisen lisäksi saada tietoa toiminnan kehitystarpeista (Ylikoski 2001, 168-169; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 35). Asiakas voi osallistua laadun kehittämiseen myös suunnittelemalla palvelun ja hoidon toteutusta, osallistumalla oman hoidon arviointiin, sekä asettamalla henkilökohtaisia laatutavoitteita (Vaarama ym. 2002, 40). Faria ja Mendes (2013) toteavat tutkimuksessaan, että yleisesti hyväksytyjen mittareiden ja määritelmien puute tekevät asiakastyytyväisyyden mittaamisen haasteelliseksi. Asiakastyytyväisyys on suhteessa henkilöstön tyytyväisyyteen, vaatimukset täyttävään toimintaan, hoitovirheiden vähentymiseen ja parantuneeseen tehokkuuteen (Faria & Mendes 2013, 1289.)

4 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi

Suomen Kuntaliitto ja Sosiaali- ja terveysministeriö ovat laatineet laatusuosituksia hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi vuodesta 2001 lähtien (jatkossa käytetään nimitystä Laatusuositus). Laatusuositukset uudistettiin vuonna 2013 toimintaympäristöjen muutosten ja uuden tutkimustiedon johdosta. Laatusuositusten tarkoituksena on edesauttaa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain täytäntöönpanoa. Tarkoituksena on myös tukea kuntia palveluiden kehittämisessä ja arvioinneissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 5-10.) Osallisuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä johtaminen ovat teemoja ikäystävällisen Suomen rakentamiseksi (Finne-Soveri 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 5).

Laadukkaan palvelun tuottaminen edellyttää, että asiakkaan palvelutarve on karroitettu järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaisesti sekä kustannustehokkaasti. Hyvän laadun tunnusmerkkejä ovat vaikuttavuus, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, tarpeisiin vastaaminen ja hyvä koordinointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 10.) Tutkimuksissa ja kehittämistyössä, palvelujärjestelmissä ja politiikassa, sekä omaisten tulisi tunnistaa muistisairaana kyky toimia. Tämä lisäisi muistisairaana hyvinvointia, elämän laatua, ja tukisi kotona asumista. (Virkola 2014, 278-280.)

4.1 Osallisuus ja toimijuus

Osallisuudella tarkoitetaan ikääntyneen henkilön mahdollisuutta osallistua omien palvelujensa suunnitteluun ja asioidensa käsittelyyn sekä palvelujen laadun arviointiin, vaikka toimintakyky olisi alentunut. Osallisuus voi olla konkreettista toimintaa yhteisössä tai yhteenkuuluvuuden tunteen kokemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013,17.)

Tenkanen (2003) on todennut väitöskirjassaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen kotihoidoksi muuttaneen kotihoidon suunnitelman, toteutuksen ja

arvioinnin asiakaslähtöisemmäksi. Ikääntyneiden osallistuminen palvelun suunnitteluun ja arviointiin vahvistaa heidän osallisuutta. Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii työntekijöiden vaihtuessa tiedonlähteenä, eli työkaluna. Kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kehittynyt, vaikkakin päivittäinen voinnin kirjaaminen potilastietojärjestelmään todettiin edelleen hajanaiseksi. Ikääntyneet kokevat elämänlaatunsa hyväksi sairauksista ja toimintakyvyn vajauksista huolimatta, jos he kokevat kotona selviytymisen positiiviseksi. Ikääntyneiden mielenterveyttä edistää, kun he kokevat tulleen autetuiksi kotona ja heillä on sosiaalisia suhteita. (Tenkanen 2003, 182-192.)

Ikääntyneet mielletään herkästi työn kohteiksi ja he voivat kokea itsensä ulkopuoliseksi omassa palvelusuunnitelmassaan. Asiakkaan tasavertaiseen osallisuuteen tulee ottaa lähtökohdaksi elämän tilanne ja kokemus. Osallisuuteen sisältyy rehellisyys ja avoimuus. Asiakkaan suojeleminen vaikeilta asioilta voi saada hänet kokemaan itsensä ulkopuoliseksi omissa asioissaan. Ikääntyneen tulee itse päättää, mitä palveluja hän ottaa vastaan, eikä alentunut toimintakyky oikeuta tinkimään itsemääräämisoikeudesta. Ikääntyneiden hoitotyössä periaatteina tulee olla voimavaralähtöisyys, ennaltaehkäisevä ja kuntoutumista edistävä työote, hoitotyön näkeminen suunnitelmallisena prosessina sekä moniammatillisuus. (Pitkälä ym. 2005, 103.)

4.2 Vanhusneuvostot

Valtaosaan Suomen kuntiin on perustettu niin kutsutun vanhuspalvelulain edellyttämiä vanhusneuvostoja. Vanhusneuvostot ovat mukana laatimassa, seuraamassa ja arvioimassa kuntien suunnitelmia ikääntyneiden tukemiseksi ja arvioivat palvelujen riittävyttä ja laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013,18.)

Vanhusneuvoston tehtävänä on tuoda julki ikääntyneiden tarpeet, odotukset ja kokemukset, koska se on asiantuntijaelin. Esitykset, aloitteet ja lausunnot ovat neuvoston keinoja osallistua niin kunnalliseen kuin valtakunnalliseen päätöksentekoon. Neuvostot toimivat myös järjestöjen, kolmannen sektorin toimijoiden, virkamiesten ja poliittisten päättäjien kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013,18.)

Imatran kaupungin vanhusneuvosto on kaupungin hallituksen alainen yhteistyöelin. Sen tehtävänä on tuoda ikääntyneiden näkemys päätöksentekoon jo valmisteluvaiheessa. Vanhusneuvosto toimii myös paikallisena edunvalvontaelimenä ja seuraa päätösten toimeenpanoa sekä on osa Imatran kuntalaisten osallistu ja vaikuta -toimintaa. Vanhusneuvostossa on edustus eläkejärjestöistä ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteistä. (Imatran kaupunki 2016.)

4.3 Asuminen ja elinympäristö

Laatusuosituksen mukaan ikääntyneiden mahdollisuuteen asua omissa yhteisöissään ja elää oman näköistä laadukasta elämää ei saa vaikuttaa toimintakyky eikä ikä. Asuminen omassa kodissa tarjoaa parhaiten ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden kokemuksen sekä mahdollistaa mielekkään tekemisen. Asuntojen esteettömyys ja toimivuus on asumisen edellytys omassa kodissa. Kotihoidon käyntien yhteydessä tulee arvioida asuntojen muutostarpeet. (Finne-Soveri 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013,15 – 23.) Tenkasen (2003) tutkimuksen mukaan asuinolosuhteiden toimimattomuus voi vaikeuttaa apuvälineiden käyttöä. Edelleen kotihoito kamppailee samojen ongelmien kanssa. (Tenkanen 2003, 182-192.)

4.4 Terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kuntia laatimaan toimenpidesuunnitelman ikääntyneen väestön terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi, heidän tarvitsemien palveluiden ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012).

Imatran kaupunginvaltuuston hyväksyi 2010 vanhuspoliittisen ohjelman Onnistunut ikääntyminen Imatralla - ikääntyneiden palvelut vuoteen 2015. Ohjelman päivittämiseksi Terveiden ja hyvinvoinnin lautakunta nimesi 2014 työryhmän, joka koostui luottamushenkilöistä, vanhusneuvostosta ja virkamiehistä. Vanhuspoliittiseen ohjelmaan kirjatun palveluohjelman mukaan palvelujen järjestämisessä asiakaslähtöisyys on keskiössä. Ohjelman tavoitteena on, että ikääntyneet ovat

tyytyväisiä saamaansa laadukkaaseen palveluun ja ovat yhdenvertaisessa asemassa. Heidän osallisuutta ja aktiivisuutta edistetään palveluilla, jotka ovat tuloksellisia ja vaikuttavia. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi avopalveluja kehitetään ennakoiviksi ja oikea aikaisiksi, sekä kehitetään terveellistä ja turvallista ympäristöä. (Imatran kaupunki 2014, 3 – 6.)

Kotihoidon asiakas on oikeutettu kotihoidon palveluihin palvelutarpeen perusteella ja palvelut voivat muuttua asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. Palvelutarve määritellään erilaisilla toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointimenetelmillä kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Kunnan kotihoidon palvelut kohdennetaan niitä eniten toimintakykynsä alentuman vuoksi tarvitseville. (Imatran kaupunki 2014,11 - 12.)

Säännöllisen kotihoidon perusteina pidetään:

1. Henkilöllä on vaikeuksia selviytyä jokapäiväisistä toimista itsenäisesti, omaisten tai tukipalvelujen avulla.
2. Henkilön avuntarve on toistuvaa päivittäistä hoivaa ja/tai hoitoa.
3. Henkilö ei kykene käyttämään muita avoterveydenhuollonpalveluja ja/tai yksityisiä palveluntuottajien palveluja.

(Imatran kaupunki 2014,11 - 12)

Kotihoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan itsenäisyyttä, toimintakykyä sekä sosiaalisia suhteita. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Kotihoidon palvelut koostuvat kotiaskareissa avustamisesta, hoivasta, perushoidosta sekä sairaanhoidosta. Kotihoidon asiakaskäyntejä ohjataan toiminnanohjausjärjestelmällä, jonka avulla suunnitellaan asiakaskäynnit ja kohdennetaan kotihoidon henkilöstöresurssit. (Imatran kaupunki 2014,12.)

4.5 Oikea palvelu oikeaan aikaan

Kunnan palvelut tulee suunnitella perustuen asukkaiden ikärakenteeseen ja –ennusteeseen. Suunnittelussa tulee huomioida sairauksien vallitsevuus, väestön taloudellinen tila, asuinolot, elinympäristö, kielelliset tarpeet ja yli 75-vuotiaiden

toiminnallinen kehitys. Ikääntyneestä väestöstä on tunnistettava palvelujen tarvit-sijat, erityisesti muistisairaat ja toimintakyvyltään heikoimmat henkilöt. (Finne-Soveri 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 38.)

Ikääntyneiden ihmisten palveluiden suunnittelun ja toteutuksen perusteena on kattava palvelutarpeen arvio. Arviointi tulee toteuttaa kattavasti luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen moniammatillisesti asiakkaan omalla äidinkielellä. Arviointinissa tulee kiinnittää huomiota toimintakyvyn palauttamiseen, ylläpitämiseen ja edistämiseen, sosiaalisten verkostojen ylläpitämiseen, asiakasturvallisuuteen, vaaratilanteiden tunnistamiseen, turvalliseen lääkehoitoon, ravitsemukseen ja suun terveyden hoitoon sekä hoitoon osallistuvien omaisten jaksamiseen. (Finne-Soveri 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 31-32.)

Palvelutarpeen arvion pohjalta tulee laatia kattava palvelusuunnitelma, jonka laa-timiseen osallistuu ikääntyneen lisäksi tarvittaessa hänen omaisensa. Suunnitelmaan tulee kirjata ikääntyneen oma mielipide palvelujen järjestämisestä. Suun-nitelman on tarkoitus toimia kotihoidon henkilöstön työvälineenä. Sen tulee olla tavoitteellinen, ajantasainen ja tarvittavat palvelut kokonaisuudessaan kattava ja ikääntyneen kuntotumista tukeva. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 32.)

Palvelujen toteutuksessa tulee huomioida, että asiakas saa terveydenhuollon hoitopäätöksen ja/tai sosiaalihuollon hallintopäätöksen mukaiset myönnetyt pal-velut. Palvelujen tulee perustua hyviin hoito- ja toimintakäytänteisiin ja näyttöön perustuvaan tietoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 33.)

Väitöskirjassaan Valta (2008) suosittaa ikääntyneiden päivittäisen suoriutumisen tueksi motivointia itsensä hoitamiseen yhteisymmärryksessä ja -työssä ammatil-lisen hoitotiimin kanssa, turvattomuuden, pelkojen ja huolenaiheiden vähentä-mistä, kodin ulkopuolella liikkumisen ja aktiviteetteihin osallistumisen edistämistä. Suoriutumista tukee myös kognitiivisten toimintojen ylläpitäminen ja edistäminen, turvallisen liikkumisen lisääminen sekä asuinolosuhteiden ja asuinympäristön ko-hentaminen. Keinoja toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen parantamiseksi tulee etsiä ja kehittää. (Valta 2008, 132.)

4.6 Hoidon ja huolenpidon turvaajat

Kunnat vastaavat vanhuspalvelulain edellyttämästä suunnitelmasta ikääntyneen väestön tukemisesta ja palvelujen saatavuudesta. Johdon vastuulla on myös palvelujen rakenne, laatu ja osaavan henkilöstön riittävä määrä. Lähijohto yhdessä henkilöstön kanssa vastaavat asiakkaiden oikeuksien ja osallisuuden toteutumisesta sekä toimintayksikön hoitokulttuurin kehittamisestä. Lähijohtajien koulutuksella edistetään henkilöstön hyvinvointia, luottamusta, turvallisuutta sekä työyhteisön vetovoimaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 54.)

Kotihoidon turvaajilla tarkoitetaan muun muassa kotihoidon henkilöstön vähimmäismäärää, joka määräytyy asiakkaille myönnettyjen palvelujen toteuttamiseen tarvittavana työaikana, eli välittömänä työaikana. Laadukkaan ja turvallisen palvelun edellytys on riittävä määrä osaavaa hoitohenkilöstöä. Välitöntä asiakastyötä tulee järjestelmällisesti seurata, ja sille on asetettava tavoitteet. Asiakkaalle myönnettyä palveluaikaa ja hoitajien käytettävissä olevaa työaikaa tulee verrata ja seurata tarkoituksen mukaisilla järjestelmillä. Kaikille moni- ja pitkäaikaissairaille iäkkäille tulee nimetä vastuuhoitaja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 39-50.)

Tepposen (2009) väitöskirjan mukaan asiakkaat ovat tyytyväisiä kotihoidon laatuun sekä hoitajien kohteluun ja käyttöön. Työntekijöiden kiireisyys, asiakkaalle annetun ajan ja tietojen riittämättömyys sekä tiedotuksen vaikeaselkoisuus olivat havaittuja laadun puutteita. Tepposen tutkimus osoitti, että omaiset toivovat asiakkaita enemmän osallisuutta ja osallistumista päätöksentekoon. Kotihoidon puutteeksi koettiin kodinhoidollisten palvelujen puute. (Tepponen 2009, 192-193.) Tekesin kotihoito 2020 –julkaisun mukaan hoitajien suuri vaihtuvuus on yksi kotihoidon saaman negatiivisen palautteen aihe (Tekes 2014). Groop suosittaa väitöskirjassaan, ettei ikääntyneen luona tulisi käydä viittä eri hoitajaa enempää (Groop 2012, 12). Tenkanen totesi tutkimuksessaan jo vuonna 2003 kiireen estävän työntekijöitä edistämästä vanhusten aktiviteettiä päivittäisten toimintojen yhteydessä (Tenkanen 2003, 182-192).

Henkilöstön tyytyväisyys ja asiakastyytyväisyys ovat toisiaan tukevia asioita (Ylikoski 2001, 169-170; Ott & van Dijk 2005, 423). Asiakkaiden tyytymättömyyteen

vaikuttaa suorasti henkilöstön vähyys, toteutumattomat hoitoajat, kokematon henkilökunta ja ”kohtaamattomat aikataulut” (Newman & Maylor 2002, 86; Ott & van Dijk 2005, 414). Kohtaamattomalla aikataululla tarkoitetaan tilannetta, jossa asiakkailta on eniten palvelun tarvetta, mutta henkilöstöä on riittämättömästi. Edellä kuvattu tilanne on yleistä kotihoidossa aamupäivällä ja myöhään illalla. Iltapäivisin tilanne on päinvastainen, henkilöstöä runsaammin työvuorojen vaihtuessa, mutta asiakkailta ei ole palvelun tarvetta. Kotihoidon tuottamien palvelujen suurin tarve on aamulla, jolloin muodostuu niin sanottuja ruuhkahuippuja. (Groop 2014, 11.)

Ruuhkahuiput aiheuttavat kiireen tuntua hoitajille, mikä osaltaan heikentää työtyytyväisyyttä ja siten voi aiheuttaa sairaspotilaita. Kiireen kokeminen aiheuttaa hoitotyön rutinoitumista ja kuntouttavan työotteiden laiminlyömistä, mikä ei tue ikääntyneiden toimintakyvyn säilymistä. (Groop 2014, 12.) Hoitotyön vakiintuneet toimintatavat voivat viestiä asiantuntijuudesta, ja toisaalta toimintatapojen rutinoitumisesta. Rutiinit mielletään tehokkaaksi ajankäytöksi, vaikka se ei ole hoitotyössä tarkoituksenmukaista. Rutiinit voivat vähentää hoitajan luovuutta ja rajata hoitotyön auttamismenetelmiä. Lisäksi asiakaslähtöisyys heikkenee ja hoitajan työtyytyväisyys vähenee. (Räsänen 2015, 43.)

Vastuullisuuden ja etiikan näkökulmasta joudutaan pohtimaan ajan käyttöä. Kiirettä voidaan pitää tekosyynä vastuun välttelemiseen ja laadun alittamiseen. Vastuullisuuden ja vuorovaikutuksen ymmärtäminen ja hyväksyminen edellyttävät asennetta, osaamista ja ammatillisuutta. Ammatillisesti toimiva hoitaja toimii kiireettömästi, rauhallisesti ja asiakkaan rytmin mukaisesti. Näin hoitaja luo asiakkaalle kokemuksen aidosta läsnäolosta ja jakamattomasta huomiosta. Asiakas tulee näin kohdatuksi ja ajallaan autetuksi, ja hänen yksinäisyyden kokemus ja pelko vähenevät. Laadukkaaseen ikääntyneiden hoitotyöhön ei kuulu kiire. Kiireistä hoitajaa on vaikea lähestyä, ja asiakas voi jättää ilmaisematta omat toivonsa ja tarpeensa huonon kohtelun ja lisätyön välttämiseksi. Läsnäolo on laadun tunteijänä merkittävämpi kuin konkreettinen hoitotoimenpide. (Räsänen 2015, 42 - 43.)

Aiempien tutkimusten mukaan asiakkaat odottavat hoitajien huomioivan heidän mielipiteensä ja toiveensa tuomitsematta tai loukkaamatta. Hoitajien käyttäytymisen vuorovaikutustilanteissa vaikuttaa koettuun hoidon laatuun. Myös kokemus luottamuksesta on tärkeä osa laadukasta hoitoa. (Öresland, Määttä, Nordberg & Lützén 2009, 223; Huda 1995, 49.)

Ikääntyneiden itsensä kuvaamia kotihoidon laatuominaisuuksia ovat:

- oikea-aikaiset ja tarpeenmukaiset palvelut
- yksityisyyden kunnioittaminen
- tuki omaehtoiseen terveydenhoitoon
- asiakkaan ja työntekijän välinen hyvä vuorovaikutus
- kiireetön ilmapiiri
- työntekijöiden ystävällinen suhtautuminen
- luottamus
- asiakkaan näkemysten huomioon ottaminen päätöksenteossa
- työntekijöiden hyvä ammattitaito, sosiaalisen tuen antaminen ja huolellisuus
- jatkuvuus, työntekijät pysyvät samoina, vastuuhoitajan nimeäminen
- työntekijöiden yhteneväinen käsitys palvelun sisällöstä
- palveluiden toimivuus ja tiedonkulku, sovittujen aikojen noudattaminen ja riittävä aika
- helppo ja vaivaton yhteyden saaminen kotihoitoon
- turvapalvelut
- tarvittavien kodinmuutostöiden suorittaminen.

(Groop 2012, 12; Öresland ym. 2009, 224; Heinola 2007, 31; Huda 1995, 49.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin Imatran kotihoidon asiakastyytyväisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Imatran kotihoidolle asiakastyytyväisyyden lisäämiseksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka tyytyväisiä Imatran kotihoidon asiakkaat ja asiakkaiden omaiset tai läheiset ovat kotihoidon tarjoamaan palveluun?
2. Miten kotihoidon palveluita voidaan kehittää asiakastyytyväisyyden lisäämiseksi?

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö ohjaa tieteelliseen ajatteluun ja tieteellisen tiedon hyödyntämiseen. Se on oppimisprosessi, joka edellyttää tiedonhankinta- ja organisointitaitoja, pitkäjännitteisyyttä, yhteistyökykyä ja valmiuksia kirjalliseen ja suulliseen esittämiseen. (Heikkilä 2010, 24.) Läpi opinnäytetyön tekijän on pystyttävä perustelemaan kaikki valintansa (Kylmä & Juvakka 2007, 58). Seuraavissa luvuissa kuvataan tämän opinnäytetyön koko prosessi.

6.1 Opinnäytetyön aiheen valinta ja viitekehys

Tutkimuksen aiheen tulee olla mielenkiintoinen ja tutkijoita motivoiva koko prosessin ajan. Yrityksiltä ja organisaatioilta on mahdollisuus saada opinnäytetyön aiheita, joilla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelma tai tekemään selvitystyö. Tutkittavaan ilmiöön ja tuoreimpaan tietoon perehdytään lähdekirjallisuuden avulla, jotka perustuvat aikaisempiin tutkimustuloksiin. Kirjallisuuskatsaus auttaa valitsemaan tutkimusmenetelmän ja rajaa aiheen käsitteet sekä luo tutkimuksen suuntaviivat. (Heikkilä 2010, 24 - 26.) Aihe opinnäytetyöhön saatiin Saimaan ammattikorkeakoululta, jolta Imatran vanhusneuvosto oli tilannut opinnäytetyönä asiakastyytyväisyyskyselyn Imatran kotihoitoon.

Keskeisinä käsitteinä opinnäytetyössä ovat: kotihoito, asiakastyytyväisyys, ikääntyneet, home care, client satisfaction, elderly. Edellä mainittuja käsitteitä käytettiin lähteiden hankkimiseksi Medic- ja Cochrane-, EBSCO ja PupMed, Ovid- tietokannoista. Hakukoneiden avulla saatiin suhteellisen vähän tuloksia ja osa tiedostoista ei auennut luettavaksi. Käsihaku osoittautui tulokselliseksi tavaksi saada väitöskirjoja ja tutkimusartikkeleita lähdeaineistoksi. Myös Imatran kaupungin ja Saimaan ammattikorkeakoulun Linnalan kampuksen kirjastoista saatiin ammattikirjallisuutta.

Tutkimuskysymyksen rajaamisen jälkeen kootaan viitekehys eli tutkimuksen teoriaosa. Pohditaan viitekehysten oleellisemmat osa-alueet, määritellään käsitteet ja perehdytään aihealueen aiempiin tutkimuksiin. Teoria osan tulee olla yhteydessä tutkimuksen empiiriseen osaan, ja sen tulisi olla teoreettinen vastaus tutkimuskysymykseen. (Heikkilä 2010, 26.) Opinnäytetyön viitekehykseksi valittiin Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton julkaisu 11 vuodelta 2013 Laatusuositus ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, kirjallisuutta, aiempia tutkimuksia kotihoidosta ja laadusta, tutkimusartikkeleita, verkkolähteitä sekä Eksoten arvot.

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa tutkittava ilmiö ja siitä haluttava tieto. Määrällinen lähestymistapa on tehokas ja tarkoituksenmukainen valinta, kun otoskoko on suuri. Määrällinen tutkimus ei pyri selvittämään ilmiön syitä, vaan asioiden välisiä riippuvuuksia ja tapahtuneita muutoksia. Tulokset kuvataan luvuin ja prosenttiosuuksin ja niitä havainnollistetaan kuvin ja taulukoin. (Heikkilä 2010, 16 – 19; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 40.) Opinnäytetyön lähestymistavaksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Asiakastytyväisyyskyselyllä haluttiin saada mahdollisimman kattava otos, minkä vuoksi päädyimme valitsemaan kaikki Imatran kotihoidon asiakkaat määrättyä ajankohdана. Asiakkaita Imatran kotihoidossa on 250 – 300. Otokoko oli tutkimusresursseihin verraten suuri, joten päädyimme määrälliseen tutkimusmenetelmään aineiston keruun helpottamiseksi.

6.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Suunnitelmallista kyselytutkimusta kutsutaan survey –tutkimukseksi. Se on tyyppillinen hoitotieteissä (Heikkilä 2010, 16 – 19, 53; Kankkunen ym. 2010, 42). Ennen kyselylomakkeen laatimisen aloittamista tutkimuksen tavoite on oltava selvillä (Heikkilä 2010, 47). Kyselylomakkeen laatiminen edellyttää laajaa kirjallisuuskatsausta (Heikkilä 2010, 47; Kankkunen ym. 2010, 87). Opinnäytetyön kyselylomakkeen väittämät perustuivat viitekehystenä käytettyyn Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan Laatusuositukseen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, Eksoten arvoihin sekä aiemmin asiakastytyväisyyttä ja kotihoidon laatua kuvanneisiin tutkimuksien tuloksiin.

Kyselylomake eli mittari on avainasemassa määrällisen tutkimuksen aineistoa kerättäessä. Sen pätevyys, validiteetti, ratkaisee, saadaanko mittarilla vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja mittaako se riittävän kattavasti ilmiötä. (Heikkilä 2010, 186; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 155; Kankkunen ym. 2010, 152 - 153.) Kyselylomakkeen laatiminen on määrällisen tutkimuksen kriittisin vaihe, koska sen tulee mitata tutkittavaa ilmiötä kattavasti ja täsmällisesti (Kankkunen ym. 2010, 87). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa muuttujat ovat käsitteitä, jotka mitaamista varten puretaan osa-alueisiin kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi. Tätä vaihetta kutsutaan tutkimuksen operationalisoinniksi. (Vilkkä 2007, 36.)

Kyselylomakkeen ulkoasua suunniteltaessa huomioitiin vastaajaryhmä. Lomakkeesta haluttiin tehdä selkeä ja helppolukuinen. Kiinnitettiin huomio tekstin aseteluun ja kirjasin kokoon. Väittämien ruudukoinnilla haluttiin helpottaa kyselyyn vastaamista. Kokonaisuudessaan kyselylomakkeesta muodostettiin neljäisivuinen, jolloin lomakkeesta ei tullut liian pitkä vastaajien täytettäväksi. Lomakkeen kaksi ensimmäistä sivua käsitteli taustatietoja ja kaksi seuraavaa sivua väittämiä sekä molempien osioiden alussa oli täyttämisohjeet. Kyselylomakkeen väittämät laadittiin tarkoituksenmukaisesti minä -muotoon, jolloin vastauksista nousi asiakkaan oma kokemus ja mielipide. Teksti pyrittiin laatimaan mahdollisimman selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi. Kyselylomakkeen liitteenä lähetetyssä saatekirjeessä kerrottiin asiakaskyselystä ja sen tarkoituksesta, vastaamisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetistä sekä opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot.

Kyselylomakkeen kymmenen ensimmäistä kohtaa käsittelivät taustatietoja: vastaajan roolia, asiakkaan sukupuolta, syntymävuotta, asumisolosuhteita, asumismuotoa, kotihoitoaluetta, asiakkuuden muotoa, kotihoidon palvelun sisältöä, asiakkuuden kesto ja kotihoidon käyntikertoja vuorokaudessa tai viikossa. Vastaajan roolilla oletettiin olevan vaikutusta tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden kokemukseen ja palautteen antamiseen.

Kyselylomakkeen asiakastyytyväisyyttä mittaavat väittämät olivat jaettu neljään osioon: osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, terveys ja toi-

mintakyky, hoidon oikea-aikaisuus sekä asiakkaan ja hoitajan kohtaaminen. Kotihoidon kannalta tärkeimmät ja sovellettavimmat Laatusuosituksen aihealueet valikoituivat kyselylomakkeeseen.

Kyselylomakkeen väittämien tulee mitata oikeita asioita ja niiden tulee kattaa tutkimuskysymykset kokonaisuudessaan (Heikkilä 2010, 30). Lomakkeen väittämät nousivat Laatusuosituksen ohjeistuksista sekä Eksoten strategioista ja arvoista. Väittämällä haluttiin saada tietoa toteutuvatko ne asiakkaiden ja omaisten mielestä. Väittämät jaoteltiin neljään tärkeimpään osioon: osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, terveys ja toimintakyky, oikea-aikaisuus sekä asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen. Väittämällä ”Koen itseni tärkeäksi” haluttiin saada tietoa, tukeeko kotihoidon käynnit asiakkaan oman arvon tuntoa. Imatran kotihoidon toimintayksikön esimiehellä ja opinnäytetyön työelämän ohjaajalla oli mahdollisuus antaa ehdotuksia kyselylomakkeen sisältöön.

Lomakkeessa oli valmiit vastausvaihtoehdot, josta vastaaja valitsi omaa tai asiakkaan käsitystä parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Asiakkaan omaisella tai läheisellä oli mahdollisuus avustaa asiakasta kyselyyn vastaamisessa tai vastata omaisen tai läheisen näkökulmasta tai vastata oman kokemuksensa mukaan. Vastaajilla oli mahdollisuus tarkentaa vastauksiaan, kertoa mielipiteitään ja antaa palautetta lomakkeen lopussa. Kyselylomakkeet oli myös mahdollista palauttaa suljetussa kirjekuoressa kotihoidon henkilöstön toimittamana toisen opinnäytetyön tekijän toimipisteeseen.

Strukturoituun kyselylomakkeeseen vastaajan on luotettavampi vastata henkilökohtaisiin kysymyksiin kuin haastattelussa, koska vastaajan henkilöllisyys jää tunnistamatta. Strukturoidulla kyselylomakkeella kaikilta vastaajilta kysytään yhteneväisellä tavalla samat asiat samassa järjestyksessä. (Vilka 2007, 28.) Mielipidekyselyissä tavallisimmin käytetään Likert -asteikkoa, koska sen avulla saadaan paljon tietoa vähään tilaan (Heikkilä 2010, 52). Asenneasteikoksi valittiin neliportainen Likert-asteikko. Vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä, 4 = samaa mieltä ja 0 = ei kokemusta. Neliportaiseen Likert-asteikon valintaan päädyttiin, koska sillä saadaan tiivistetysti paljon tietoa. Vastaajien oletettiin olevan helpompi valita mielipidettään vastaava vaihtoehto neljästä vastausvaihtoehdosta kuin laajemmasta asenneasteikosta.

Nouseva numerojärjestys asenneasteikossa kuvaa loogisemmin mielipidettä; mitä korkeampi numeerinen arvo, sitä positiivisempi kokemus. Ei kokemusta – vaihtoehtoon päädyttiin kotihoidon asiakkaiden palveluiden yksilöllisyyden ja erilaisuuden vuoksi.

Esitestaus on luotettavuuden kannalta välttämätön vaihe. Sen avulla saadaan tietoa kysymysten muodon ja sisällön tarkentamiseksi ennen varsinaista tutkimusta. (Heikkilä 2010, 22; Hirsjärvi ym. 2010, 204; Vilkkä 2007, 153.) Opinnäytetyössä käytetyn asiakastyytyväisyysmittarin esitestauksesta sovittiin Eksoten muun kuin Imatran kotihoidon alueen toimintayksikön esimiehen kanssa. Ennen esitestausta Imatran toimintayksikön esimiehellä oli mahdollisuus kommentoida kyselylomaketta. Lomake esitestattiin viidellä Eksoten muun kuin Imatran kotihoidon alueen asiakkaalla.

Kyselylomakkeet lähetettiin viikolla 33 esitestausalueen esimiehelle, joka jakoi lomakkeet tarkoituksen mukaisesti viidelle asiakkaalle. Hoitajilla oli mahdollisuus avustaa asiakkaita lomakkeen täytössä palautteen esitestauksen tarkoituksen toteutumiseksi. Vastausaikaa esitestauksessa oli kaksi viikkoa, jonka päätyttyä kaikki viisi kyselylomaketta palautuivat täytettyinä. Esitestauksessa vastaajilla oli mahdollisuus kommentoida niin lomakkeen ymmärrettävyyttä kuin ulkoasua. Esitestauksessa vastaajat eivät olleet kirjanneet taustatietoihin asiakkaan syntymävuotta. Kyselylomakkeita tarkasteltaessa huomattiin syntymävuoden vastauskohdan sijainneen lomakkeen taitekohdassa ja siitä johtuen ehkä jäänyt vastaajilta huomaamatta. Varsinaiseen kyselylomakkeeseen syntymävuoden sijaintia muutettiin helpommin havaittavaksi.

6.3 Aineisto keruu

Asiakaskyselyn vastaajiksi valittiin kaikki ne Imatran kotihoidon asiakkaat, jotka olivat säännöllisen kotihoidon tai kuntouttavan arviojakson asiakkaina 18.9.2017. Otannan päivämäärän määritteli Imatran kotihoidon toimintayksikön esimies. Kyselyn ulkopuolelle jätettiin ainoastaan kotihoidon tukipalveluja käyttävät asiakkaat, koska he eivät kohtaa säännöllisesti kotihoidon henkilöstöä. Näitä asiakkaita ovat esimerkiksi turvapalvelu-, päiväkeskus-, kylvetys- ja ateriapalveluasiakkaat.

Kokonaisotannaksi muodostui 251. Asiakaslistat otantapäivältä saatiin Eksoten pohjoisten kuntien kotihoidon asiakkuuskoordinaattorilta. Kyselylomakkeet, saatekirjeet ja kirjekuoret tilattiin Eksoten painatuskeskuksesta ja ne toimitettiin toisen opinnäytetyön tekijän toimipisteeseen. Opinnäytetyön tekijät kirjoittivat Word 2010 –ohjelmalla osoitetarrat ja tulostivat annettujen asiakaslistojen mukaan.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 1). Kyselylomakkeen liitteenä oli saatekirje (Liite 2) ja palautuskirjekuori. Saatekirjeen tarkoituksena on selvittää tutkimuksen taustaa ja ohjeistaa vastaamisessa sekä motivoida vastaajaa lomakkeen täyttämiseen. Sen tulee olla asiallinen ja neutraali. (Heikkilä 2010, 61; Kankkunen ym. 2010, 177.) Kyselylomakkeen ja saatekirjeen mukana lähetettiin valmiiksi maksettu palautuskuori, joka oli osoitettu toisen opinnäytetekijän toimipisteeseen. Omaisilla tai läheisillä oli mahdollisuus avustaa asiakasta vastaamisessa tai vastata oman näkemyksensä mukaan. Kotihoidon hoitajat eivät avustaneet lomakkeiden täyttämässä. Vastausaikaa asiakkailta ja/tai omaisilla oli kolme viikkoa.

6.4 Aineiston analyysi

Palautuspäivämäärään mennessä postitetut ja saapuneet kyselylomakkeet otettiin mukaan analyysiin. Kyselylomakkeita palautui 89. Vastausprosentiksi muodostui 35,9 %. Vastausajan jälkeen vastauksia saapui vielä neljä, jotka jätettiin tulosten ulkopuolelle. Asiakkaille, jotka olivat pariskuntia, lähetettiin molemmille oma kyselylomake, saatekirje ja palautuskuori. Yhteen lomakkeeseen puoliset olivat vastanneet yhdessä, ja ne tulkittiin omina vastauksinaan (N=90). Seuraavassa vaiheessa aineisto järjestettiin sekä numeroitiin juoksevasti tallennusta ja analyysijä varten.

Kvantitatiivisen tutkimuksen vastausten aineistosta muodostetaan muuttujia, ja muuttujaluokitusten perusteella aineisto koodataan, eli muuttujille annetaan numeeriset arvot (Hirsjärvi ym. 2010, 222; Vilkkä 2007, 105). Yksittäisestä vastaajasta käytetään nimitystä tilastoyksikkö ja yksittäisestä muuttujasta eli mittaustuloksesta käytetään nimitystä havaintoyksikkö (Vilkkä 2007, 28).

Kyselylomakkeen strukturoidut vastaukset analysoitiin tilastollisin menetelmin IBM SPSS Statistics version 24.0 –ohjelmalla. Kyselylomakkeen vastaukset syötettiin taulukkoon, havaintomatriisiin, jossa vaakarivillä on tilastoyksiköt eli vastaajat ja pystysarakkeissa havaintoyksiköt eli kyselyn väittämät. Taustatiedoista laskettiin frekvenssit ja suhteelliset prosenttiosuudet. Taustatiedot koottiin kahden taulukkoon niiden tarkastelun selventämiseksi. Taustatiedoissa kysyttiin asiakkaan syntymävuosi, josta laskettiin ikä. Asiakkaan iästä muodostettiin uusi muuttuja ja laskettiin frekvenssit sekä asiakkaiden iän keskiarvo. Taustatietotaulukkoon muodostettiin ikäluokat. Näin varmistettiin, ettei ketään vastaajaa pysty tunnistamaan iän perusteella. Kaikki opinnäytetyön taulukot laadittiin Excel 2016 –ohjelmalla.

Samasta väittämästä osa vastaajista oli valinnut kaksi vastausvaihtoehtoa. Näissä tapauksissa laskettiin tuloksiin asteikon mukaan arvoltaan heikommat vastaukset. Edellä kuvattuja vastauksia oli vain muutamia, joten niiden vaikutus lopullisiin tuloksiin arvioitiin olevan vähäinen. Väittämien vastauksista laskettiin frekvenssit ja suhteelliset prosenttiosuudet sekä keskiarvot. Frekvenssit ja suhteelliset prosenttiosuudet ovat koottu taulukoihin, ja keskiarvot kuvattu pylväsdiagrammeihin.

Induktiivisessa sisällönanalyysissä puretaan aineisto ensin osiin, jonka jälkeen merkitykseltään samankaltaiset osat yhdistetään luokkiin. Lopuksi aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. (Kylmä & Juvakka 2012, 112 – 113.) Asiakkaiden tai omaisten lomakkeen loppuun kirjaamat palautteet ja mielipiteet litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Sen jälkeen aineisto tiivistettiin kuvaamaan asiakastytyvyyttä ja kehittämisehdotuksia. Seuraavassa taulukoissa esimerkit luokittelusta. Taulukossa 1 on esimerkki vastaajien kirjoittamien positiivisten palautteiden luokittelusta.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Olemme tyytyväisiä kaikkiin ihaniin ammattitaitoisiin vakituisiin hoitajiin.	Hoitajien ammattitaito	Hoitajan vuorovaikutustaidot	Asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen

Taulukko 1. Esimerkki positiivisen palautteen luokittelusta.

Taulukossa 2 on esimerkki vastaajien kirjoittamien negatiivisten palautteiden luokittelusta.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
Käyntiaikojen kesto ei tiedossa	Epäselvyys kotikäyntien kestossa	Hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö	Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan osallistuminen

Taulukko 2. Esimerkki negatiivisen palautteen luokittelusta.

7 Tulokset

Asiakastytyväisyyskyselyn tulokset ovat kuvattu seuraavissa luvuissa. Taustatiedot ovat koottu kahteen taulukkoon. Väittämien vastausten frekvenssit ja suhteelliset prosentiosuudet on kuvattu taulukoihin ja keskiarvot on kuvattu pylväs-kuvioin aihealueittain.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Asiakkaiden taustatiedot on koottu seuraaviin taulukoihin: perustaustatieto taulukkoon ja kotihoitoa koskevaan taustatietotaulukkoon. Kyselyyn vastanneista enemmistö oli omaisia/läheisiä, jotka vastasivat oman näkemyksensä mukaan tai asiakkaan näkemyksen mukaan. Heitä oli yhteensä 67 (75 %). Vastaajista asiakkaita oli 22 (24 %). Naisten osuus asiakkaista oli 73 (81 %). Asiakkaiden keski-

ikä oli 83 vuotta ja heistä suurin osa 48 (53 %) kuului ikäluokkaan 81 – 90 vuotta. Yksin asujia oli 79 (88 %) ja kerrostaloasujia 50 (56 %). Asiakkaiden perustatiedot on koottu taulukkoon 3.

	Lukumäärä (n)	Osuus kaikista vastanneista (%)	Lkm Yhteensä
Vastaajan rooli			
Asiakas	22	24	
Omainen/läheinen, asiakkaan mielipiteen mukaan	33	37	
Omainen/läheinen, oman näkemyksen mukaan	34	38	90
Sukupuoli			
Nainen	73	81	
Mies	17	19	90
Asiakkaan ikä			
< ja =70 vuotta	9	10	
71 – 80 vuotta	17	19	
81 – 90 vuotta	48	54	
> 90 vuotta	15	17	90
Asuminen			
Yksin	79	88	
Toisen/toisten kanssa	11	12	90
Asumismuoto			
Omakotitalo	24	27	
Rivitalo	9	10	
Kerrostalo	50	56	
Palvelutalo	7	8	90

Taulukko 3. Vastaajien perustatiedot

Kyselyyn vastanneista asiakkaista Imatrankosken kotihoitoalueella asui 28 (31 %) ja Vuoksenniskan kotihoitoalueella 27 (30 %). Lähes kaikki olivat säännöllisen kotihoidon asiakkaita 88 (97 %). Asiakkaat tarvitsivat eniten avustamista lääkeshoidon toteuttamisessa, 75 (83 %) asiakasta. Seuraavaksi eniten tarvittiin avustamista suihkutuksessa, 63 (70 %), ja hygienianhoidossa, 60 (67 %) asiakasta. Reilulla neljänneksellä asiakkaista, 23 (26 %), oli hoidettavia haavoja. Kotihoidon asiakkuus oli kestänyt yleisimmin 1 – 5 vuotta, 51 (59 %) asiakkaalla. Reilu neljänneksellä, 25 (29 %), kotihoito oli kestänyt 1 – 11 kuukautta. Yleisin kotihoidon käyntien tarve oli 2 – 4 kertaa vuorokaudessa 66 (73 %) asiakkaalla. Asiakkaiden kotihoitoa koskevat taustatiedot on koottu taulukkoon 4.

	Lukumäärä (n)	Osuus kaikista vastanneista (%)	Lkm Yhteensä
Kotihoitoalue			
Imatrankoski	28	31	
Rajapatsas	16	18	
Sienimäki	4	4	
Vuoksenniska	27	30	
Mansikkala	15	17	90
Kotihoidon asiakkuus			
Kuntouttava arviojakso	1	1	
Säännöllinen kotihoito	88	97	90
Kotihoidon palvelu			
Lääkehoito	75	83	
Suihkutus	63	70	
Hygienianhoito	60	67	
Ruokailu	47	52	
Haavahoito	23	26	
Kuntoutus	12	13	
Asioinneissa avustaminen	9	10	
Katetrointi	9	10	
Avanteenhoito	5	6	
Muu	13	14	90
Kotihoidon kesto			
alle 1 kuukauden	1	1	
2-11 kuukautta	25	29	
1-5 vuotta	51	59	
6-10 vuotta	5	6	
11 tai yli vuotta	5	6	90
Kotihoidon käyntien määrä			
harvemmin kuin kerran vuorokaudessa	5	6	
kerran vuorokaudessa	11	12	
2 -4 kertaa vuorokaudessa	66	73	
5 tai yli kerran vuorokaudessa	8	9	90

Taulukko 4. Kotihoitoa koskevat taustatiedot

7.2 Osallistuminen hoito – ja palvelusuunnitelman laadintaan

Osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan väittämillä haluttiin saada tietoa, kuinka vastaajat olivat kokeneet osallistumisen ja osallisuuden toteutuneen. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Tämän kappaleen lukumääriin ja suhteellisiin prosenttiosuuksiin on laskettu yhteen melko samaa

mieltä ja samaa mieltä vastaukset. Prosenttiosuuksiin on laskettu kunkin väittämän vastaukset.

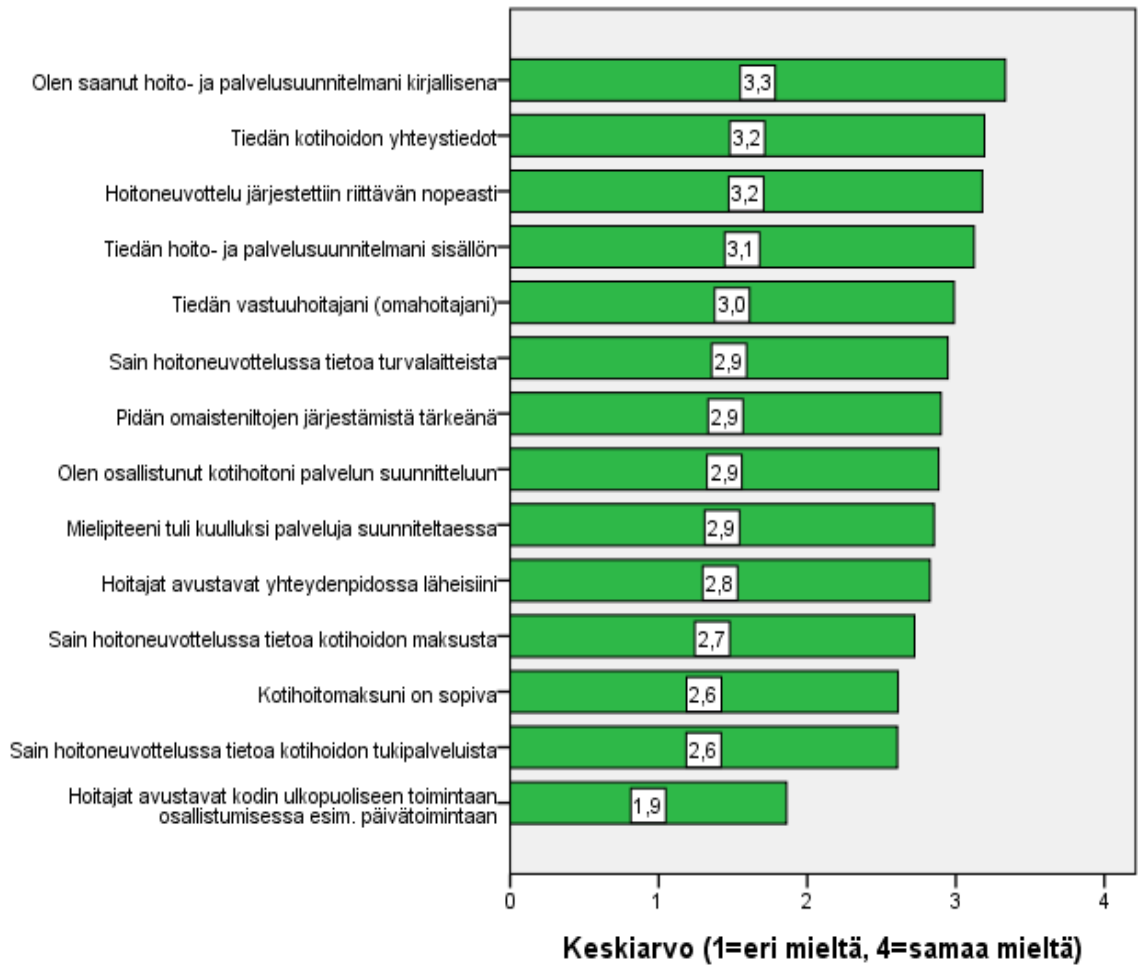
Vastaajista 53 (69 %) oli osallistunut asiakkaan kotihoidon suunnitteluun ja heistä 61 (75 %) tunsivat hoito- ja palvelusuunnitelmansa sisällön. Hoito- ja palvelusuunnitelman oli saanut kirjallisena 63 (78 %) ja mielipiteensä koki tulleen kuulluksi 51 (62 %) vastaajaa. Yhteydenpidossa läheisiin 47 (62 %) koki saaneensa hoitajilta avustamista. Vastaajista 52 (63 %) tiesi vastuuhoidajansa ja kotihoidon yhteystiedot tiesi 62 (74 %). Omaisten iltojen järjestämisestä piti tärkeänä 27 (68 %) vastaajaa. Kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa 13 (26 %) koki tulleensa avustetuksi. Kotihoidon maksuista sai tietoa 39 (55 %) ja maksua piti sopivana 44 (57 %). Hoitoneuvottelussa 37 (56 %) sai tietoa kotihoidon tukipalveluista, ja turvalaitteista sai tietoa 53 (70 %). Hoitoneuvottelu järjestettiin riittävän nopeasti 57 (78 %) vastaajan mielestä. Taulukossa 5 on Osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan liittyvien väittämien vastausten lukumäärät ja suhteelliset prosenttiosuudet (n = väittämiin vastanneiden lukumäärä).

Osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan	Eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Samaa mieltä	n
Olen osallistunut kotihoitoni palvelun suunnitteluun	14 18 %	10 13 %	25 32 %	28 36 %	77
Tiedän hoito- ja palvelusuunnitelmani sisällön	9 11 %	11 14 %	22 27 %	39 48 %	81
Olen saanut hoito- ja palvelusuunnitelmani kirjallisena	10 12 %	8 10 %	8 10 %	55 68 %	81
Mielipiteeni tuli kuulluksi palveluja suunniteltaessa	9 11 %	22 27 %	23 28 %	28 34 %	82
Hoitajat avustavat yhteydenpidossa läheisiini	13 17 %	15 20 %	19 25 %	28 37 %	75
Tiedän vastuuhoidajani (omahoitajani)	17 20 %	14 17 %	5 6 %	47 57 %	83
Tiedän kotihoidon yhteystiedot	14 17 %	7 8 %	11 13 %	51 61 %	83
Pidän omaisteniltojen järjestämisestä tärkeänä	9 23 %	4 10 %	9 23 %	18 45 %	40
Hoitajat avustavat kodin ulkopuoliseen toimintaan	30 60 %	7 14 %	3 6 %	10 20 %	50
Sain hoitoneuvottelussa tietoa kotihoidon maksusta	17 24 %	16 22 %	9 13 %	30 42 %	72

Kotihoitomaksuni on sopiva	17 22 %	16 21 %	24 31 %	20 26 %	77
Sain hoitoneuvottelussa tietoa kotihoidon tukipalveluista	17 26 %	12 18 %	17 26 %	20 30 %	66
Sain hoitoneuvottelussa tietoa turvalaitteista	13 17 %	10 13 %	21 28 %	32 42 %	76
Hoitoneuvottelu järjestettiin riittävän nopeasti	7 10 %	9 12 %	21 29 %	36 49 %	73

Taulukko 5. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan osallistumisen kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet.

Kuvassa 1 on kuvattu vastaajien kokemusten keskiarvot osallistumisesta hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Vastausten korkein keskiarvo 3,3 tuli väittämästä, joka käsitti kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman saamista. Kokemus osallistumisesta hoidon ja palvelun suunnitteluun ja asiakkaan mielipiteen kuulluksi tulemisesta sai keskiarvon 2,9. Alhaisin keskiarvo 1,9 tuli väittämästä, jossa kysyttiin vastaajien kokemusta avustamisesta kodin ulkopuoliseen toimintaan.



Kuva 1. Vastaajien kokemusten keskiarvot osallistumisesta hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan.

7.3 Terveys ja toimintakyky

Terveys ja toimintakyky väittämällä haluttiin saada tietoa, kuinka vastaajat olivat kokeneet terveyden ja toimintakyvyn tukemisen toteutumisen. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Tämän kappaleen lukumääriin ja suhteellisiin prosenttiosuuksiin on laskettu yhteen melko samaa mieltä ja samaa mieltä väittämien vastaukset. Prosenttiosuuksiin on laskettu kunkin väittämän vastaukset.

Vastaajista 48 (66 %) koki saaneensa hoitajilta ohjausta sairauksiensa hoitoon ja tietoa lääkityksestään. Vastaajista 74 (93 %) koki hoitajien huolehtivan asiakkaiden sairauksien edellyttämistä kontrollimittauksista. Kotihoidon käynnit tukivat 80

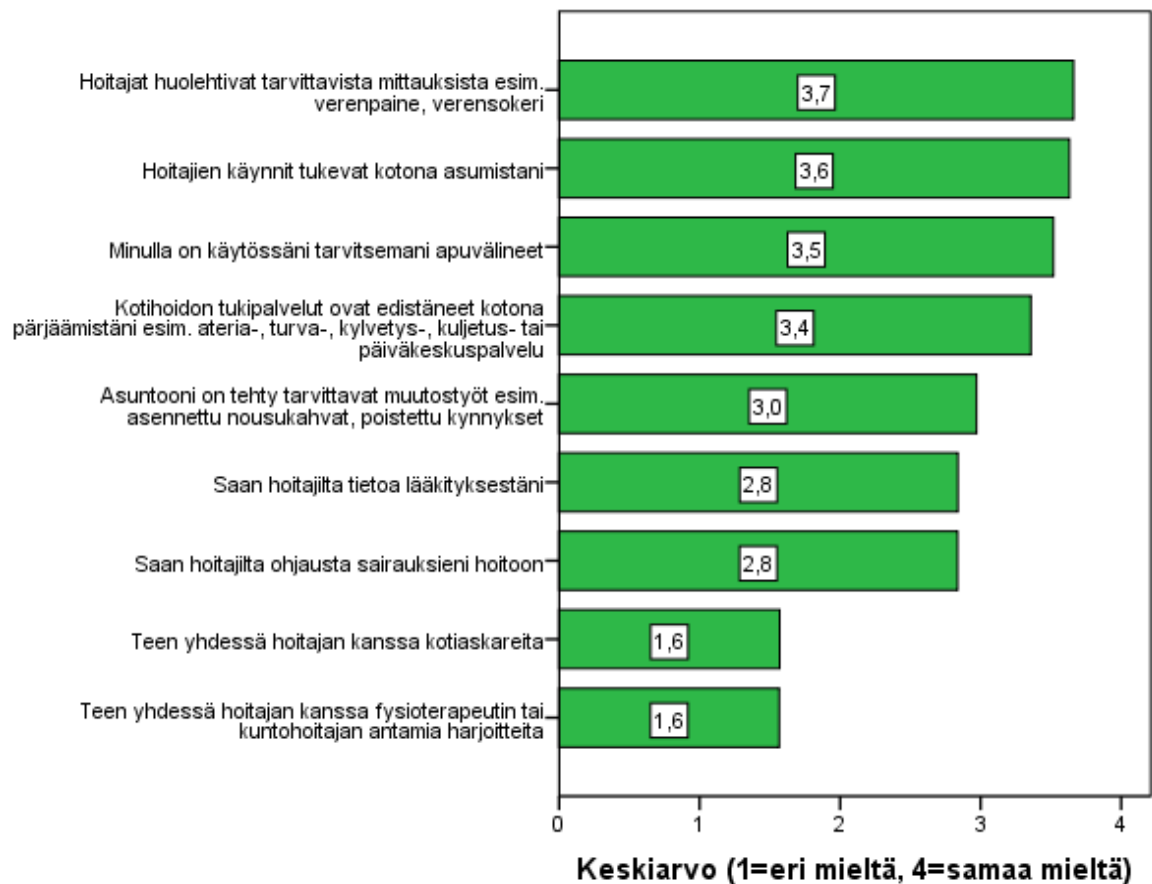
(89 %) vastaajan mielestä asiakkaan kotona asumista. Hoitajan kanssa kotias-
kareita kertoi tekevänsä 11 (15 %). Fysioterapeutin tai kuntohoitajan antamia har-
joitteita oli tehnyt 11 (16 %) vastaajaa ja tarvittavat apuvälineet olivat käytössä
72 (89 %) vastaajalla. Kotona pärjäämistä edistäviä muutostöitä oli tehty 49 (69
) asiakkaalle. Vastaajat kokivat kotihoidon tukipalveluiden edistävän 70 (87 %)
asiakkaan kotona pärjäämistä. Taulukossa 6 on terveyden ja toimintakyvyn tuke-
miseen liittyvien vastausten lukumäärät ja suhteelliset prosenttiosuudet (n = väit-
tämisiin vastanneiden lukumäärä).

Terveys ja toimintakyky	Eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Samaa mieltä	n
Saan hoitajilta ohjausta sairauksieni hoitoon	10 14 %	15 21 %	25 34 %	23 32 %	73
Saan hoitajilta tietoa lääkityksestäni	10 14 %	15 21 %	25 34 %	23 32 %	73
Hoitajat huolehtivat tarvittavista mittauksista	3 4 %	3 4 %	12 15 %	62 78 %	80
Hoitajien käynnit tukevat kotona asumistani	2 2 %	5 6 %	16 18 %	64 74 %	87
Teen yhdessä hoitajan kanssa kotiaskareita	45 63 %	16 22 %	8 11 %	3 4 %	72
Teen yhdessä hoitajan kanssa harjoitteita	46 69 %	10 15 %	5 7 %	6 9 %	67
Minulla on käytössäni tarvitsemani apuvälineet	5 6 %	4 5 %	16 20 %	56 69 %	81
Asuntooni on tehty tarvittavat muutostyöt	12 17 %	10 14 %	17 24 %	32 45 %	71
Kotihoidon tukipalvelut ovat edistäneet kotona pärjäämistäni	2 2 %	9 11 %	28 35 %	42 52 %	81

Taulukko 6. Terveyden ja toimintakyvyn tukemisen kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet.

Kuvassa 2 on kuvattu vastaajien kokemusten keskiarvot terveyden ja toimintakyvyn tukemisesta. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Vastausten korkein keskiarvo 3,7 tuli väittämästä, joka käsitteli hoitajien suorittamia kontrollimittauksista. Kotihoidon käyntien tuki kotona asumiseen sai keskiarvon 3,6. Kokemukset

lääkitystiedon ja ohjauksen saamisesta saivat keskiarvon 2,8. Kotiaskareiden ja kuntoharjoitteiden tekeminen hoitajan kanssa sai keskiarvon 1,6.



Kuva 2. Vastaajien kokemusten keskiarvot terveyden ja toimintakyvyn tukemisesta.

7.4 Oikea-aikaisuus

Oikea-aikaisuus väittämällä haluttiin saada tietoa, kuinka vastaajat olivat kokeneet hoidon oikea-aikaisuuden toteutumisen. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = erittäin mieltä, 2 = melko erittäin mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Tämän kappaleen lukumääriin ja suhteellisiin prosenttiosuuksiin on laskettu yhteen melko samaa mieltä ja samaa mieltä väittämien vastaukset. Prosenttiosuuksiin on laskettu kunkin väittämän vastaukset.

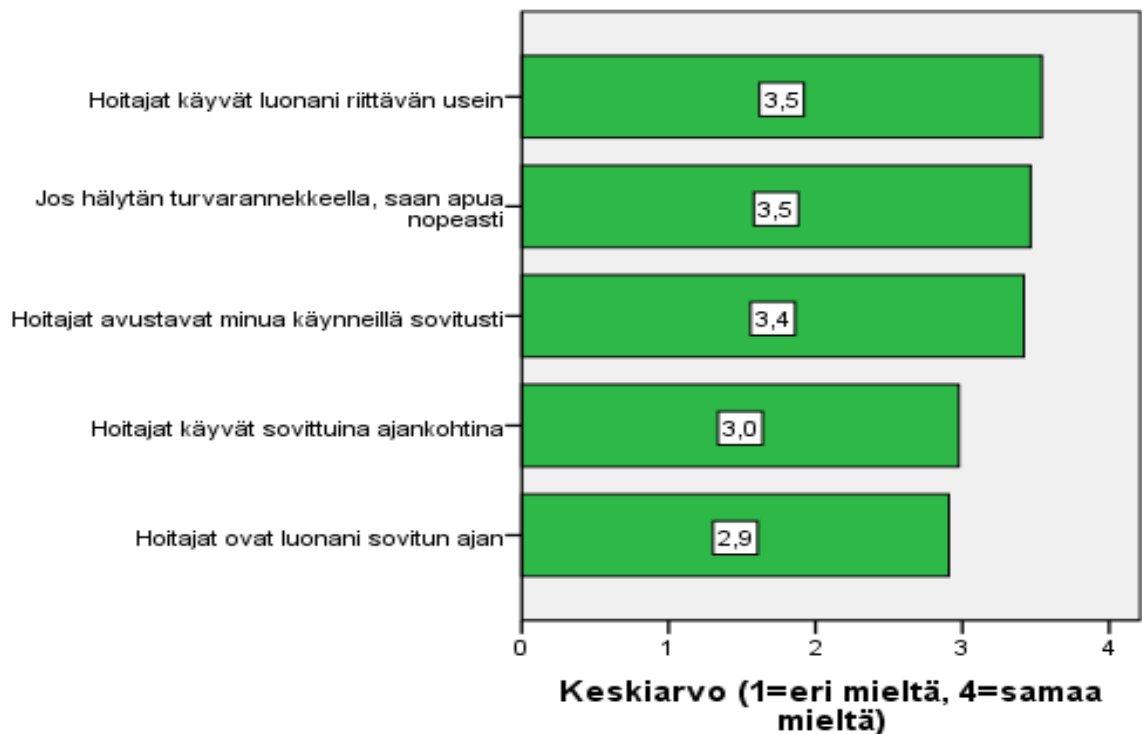
Vastaajista 77 (89 %) koki hoitajien käyvän luonaan riittävän usein ja sovittuina ajankohtina 62 (71 %) vastaajan mielestä. Hoito- ja palvelusuunnitelmalla sovitujen kotikäyntien kesto toteutui 52 (68 %) vastaajan kokemuksen mukaan ja 73

(90 %) vastaajista kertoi hoitajien avustavan käynneillä sovitusti. Turvahälytykseen koki saavansa apua riittävän nopeasti 50 (90 %). Taulukossa 7 on kuvattu vastausten lukumäärät ja suhteelliset prosenttiosuudet (n = väittämiin vastanneiden lukumäärä).

Oikea-aikaisuus	Eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Samaa mieltä	n
Hoitajat käyvät luonani riittävän usein	3 3 %	7 8 %	17 20 %	60 69 %	87
Hoitajat käyvät sovittuina ajankohtina	6 7 %	19 22 %	33 38 %	29 33 %	87
Hoitajat ovat luonani sovitun ajan	11 14 %	14 18 %	23 30 %	29 38 %	77
Hoitajat avustavat minua käynneillä sovitusti	4 5 %	4 5 %	27 33 %	46 57 %	81
Jos hälytän turvarannekkeella, saan apua nopeasti	2 4 %	4 7 %	16 29 %	34 61 %	56

Taulukko 7. Kotihoidon oikea-aikaisuuden kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet.

Kuvassa 3 on vastaajien kokemusten keskiarvot kotihoidon oikea-aikaisuuden toteutumisesta. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Kokemus hoitajien käyntien riittävydestä ja avun saannista turvahälytyksiin saivat keskiarvon 3,5. Hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön toteutuminen sai 3,4. Sovittujen kotikäyntien ajankohdan toteutuminen sai keskiarvon 3,0 ja kotikäynnin suunniteltu kesto sai 2,9.



Kuva 3. Vastaajien kokemusten keskiarvot kotihoidon oikea-aikaisuudesta.

7.5 Asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen

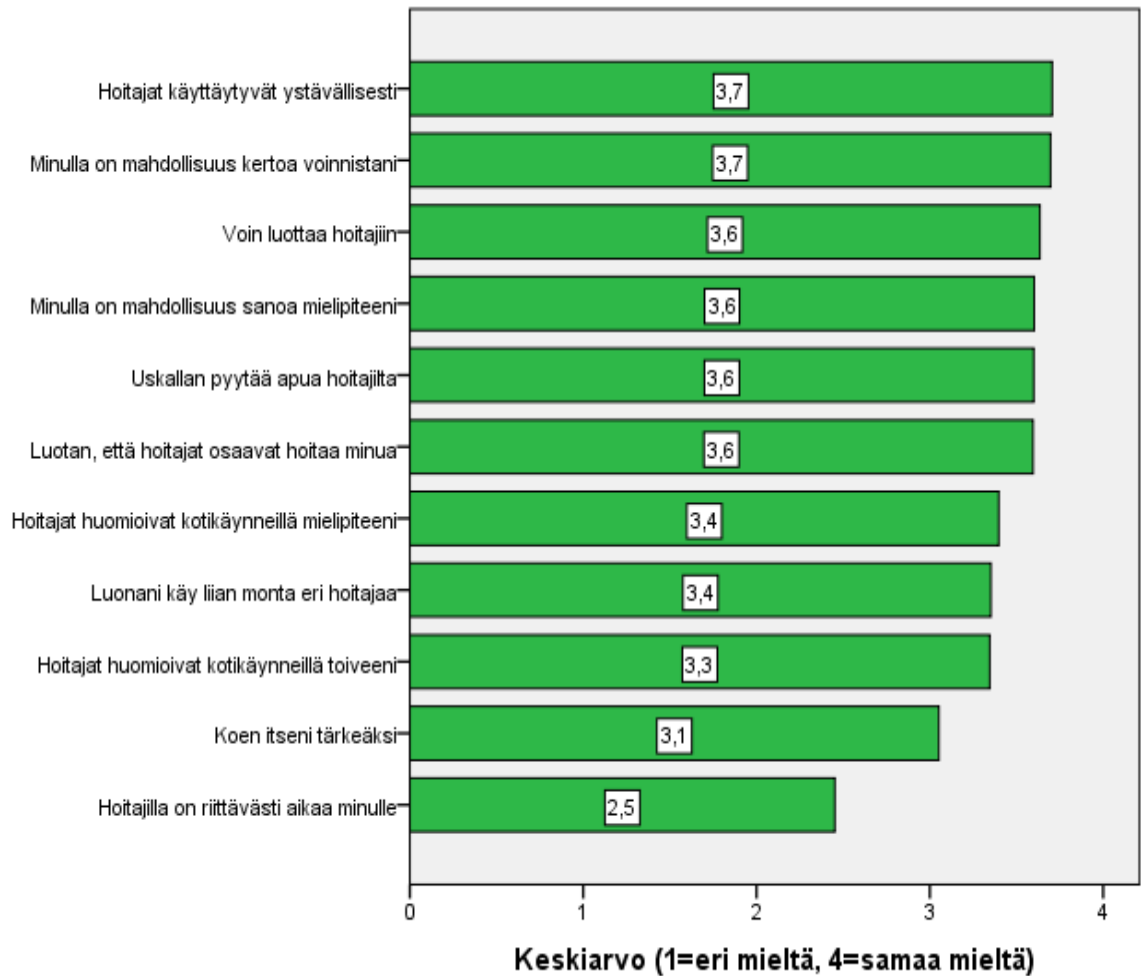
Asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen väittämällä haluttiin saada tietoa, kuinka vastaajat ovat kokeneet kohtaukset hoitajien kanssa. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Tämän kappaleen lukumääriin ja suhteellisiin prosenttiosuuksiin on laskettu yhteen melko samaa mieltä ja samaa mieltä väittämien vastaukset. Prosenttiosuuksiin on laskettu kunkin väittämän vastaukset

Vastaajista 77 (92 %) koki mielipiteensä ja 83 (93 %) vointinsa kertomisen mahdolliseksi hoitajille. Vastaajista 79 (95 %) kertoi hoitajien huomioivan heidän mielipiteensä ja 75 (92 %) koki hoitajien huomioivan heidän toiveensa. Hoitajien käytöksen koki ystävälliseksi 82 (96 %) vastaajaa ja 77 (91 %) koki uskaltavansa pyytää apua heiltä. Hoitajiin luotti 82 (97 %) vastaajaa ja hoitajien ammattitaitoon kertoi luottavansa 80 (95 %). Hoitajien kotikäyntiajan koki riittäväksi 41 (48 %) vastaa, mutta 71 (83 %) kertoi luonaan käyvän liian monta hoitajaa. Itsensä koki tärkeäksi 54 (71 %) vastaajaa. Taulukossa 8 on asiakkaan ja työntekijän kohtaamisen kokemusten lukumäärät ja suhteelliset prosenttiosuudet.

Kohtaaminen	Eri mieltä	Melko eri mieltä	Melko samaa mieltä	Samaa mieltä	n
Minulla on mahdollisuus sanoa mielipiteeni	0 0 %	6 7 %	21 25 %	56 67 %	83
Minulla on mahdollisuus kertoa voinnistani	0 0 %	6 7 %	15 17 %	68 76 %	89
Hoitajat huomioivat kotikäyneillä mielipiteeni	2 2 %	2 2 %	40 48 %	39 47 %	83
Hoitajat huomioivat kotikäyneillä toiveeni	2 2 %	4 5 %	39 48 %	36 44 %	81
Hoitajat käyttäytyvät ystävällisesti	1 1 %	2 2 %	18 21 %	64 75 %	85
Uskallan pyytää apua hoitajilta	1 1 %	7 8 %	17 20 %	60 71 %	85
Voin luottaa hoitajiin	3 4 %	0 0 %	22 26 %	60 71 %	85
Luotan, että hoitajat osaavat hoitaa minua	1 1 %	3 4 %	25 30 %	55 65 %	84
Hoitajilla on riittävästi aikaa minulle	21 25 %	22 26 %	23 27 %	18 21 %	84
Luonani käy liian monta eri hoitajaa	9 11 %	5 6 %	18 21 %	53 62 %	85
Koen itseni tärkeäksi	6 8 %	16 21 %	22 29 %	32 42 %	76

Taulukko 8. Asiakkaan ja työntekijän kohtaamisen kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet.

Kuvassa 4 on vastaajien kokemusten keskiarvot asiakkaan ja työntekijän kohtaamiseen liittyvien kokemusten vastaukset. Kyselyn väittämien vastausvaihtoehdot olivat 1 = eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = melko samaa mieltä ja 4 = samaa mieltä. Vastaajien kokemus hoitajien ystävällisestä käytöksestä ja mahdollisuudesta kertoa voinnista saivat keskiarvoiksi 3,7. Kokemus hoitajien luotettavuudesta, helposti lähestyttävyydestä, luottamuksesta ammattitaitoon sekä mahdollisuudesta kertoa mielipide saivat keskiarvon 3,6. Hoitajien koettiin huomioivan asiakkaan mielipide ja toive keskiarvolla 3,3 - 3,4. Väittämä koen itseni tärkeäksi sai keskiarvon 3,1. Hoitajien ajan riittävyys sai 2,5 ja hoitajien vaihtuvuus sai keskiarvon 3,4.



Kuva 4. Vastaajien kokemusten keskiarvot asiakkaan ja työntekijän kohtaamisesta

7.6 Avoimet palautteet ja kehittämisehdotukset

Asiakkaiden ja omaisten kirjoittamia palautteita tuli 40. Palautteet ja mielipiteet analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen. Kotihoidon asiakkaat ja omaiset olivat tyytyväisiä hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutumiseen, hoitajien ammattitaitoon sekä luottivat kotihoidon toimintaan. Erityisen tyytyväisiä oltiin hoitajiin, jotka tuntevat asiakkaat. Myös kotihoidon toimintaan kokonaisuudessaan oltiin tyytyväisiä. *Kiitos kun olette olemassa. Ei voisi olla muuten kotona yksin. Kiitos!*

Suurimmat tyytymättömyyden aiheet kotihoidon toiminnassa olivat hoitajien vaihtuvuus ja koettu ammattitaidottomuus sekä asiakkaille välittyvä kiireen tuntu. Hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutumattomuus sekä tiedonkulun kangertelu ai-

heuttivat tyytymättömyyttä asiakkaille ja omaisille. *Hoitajien vaihtuvuus ja käyntiaikojen epäsäännöllisyys iso miinus. Ainainen kiire estää keskustelut. Osa kohtelee minua kuin lasta.*

Asiakkaat ja omaiset esittivät myös kehittämissuhteita ja toiveita kotihoidolle. Muun muassa kotihoidon palveluihin ehdotettiin lisättäväksi lääkäri-, ulkoilu- sekä asiointi- ja saattopalveluja. Lisäksi toivottiin ilmoitusta asiakkaalle ja/tai omaiselle, jos kotikäyntiaika muuttuu äkillisesti. Sosiaalisten suhteiden ylläpidon avustamista ja omaisten iltojen järjestämistä myös toivottiin. Yhtenä toiveena esitettiin huomioitavaksi omaishoitajan fyysiset voimavarat hoitotilanteissa, esimerkiksi suihkutuksissa. *Kesä aikana toivoisin hoitajien vievän minua ulkoilemaan...*

8 Yhteenveto ja pohdinta

Ennen tutkimusraportin kirjoittamista tulee arvioida tulosten luotettavuutta ja virhelähteiden vaikutusta tuloksiin. Johtopäätöksiä kirjoitettaessa on avoimesti ja rehellisesti pohdittava mahdolliset virhelähteet. (Heikkilä 2010, 72.) Seuraavissa luvissa on asiakastytyväisyyskyselyn tulosten yhteenveto, pohdinta ja jatkotutkimusaiheita.

8.1 Tulosten yhteenveto

Asiakastytyväisyyskyselyn tuloksista voidaan tehdä seuraavia tulkintoja. Suurin osa vastaajista oli omaisia tai läheisiä, mutta yli puolet vastauksista oli asiakkaan mielipiteitä. Tyypillisin vastaaja oli 83-vuotias kerrostalossa yksin asuva nainen, joka oli säännöllisen kotihoidon asiakas. Hän tarvitsi avustamista lääkehoidon toteuttamisessa, hygienian hoidossa ja ruokailussa. Hän oli ollut kotihoidon asiakas 1 – 5 vuotta ja hoitajat kävivät hänen luonaan 2 – 4 kertaa vuorokaudessa.

Vastaajista 24 % oli asiakkaita. Tähän tulokseen voidaan olla tyytyväisiä, koska palaute saatiin suoraan asiakkailta. Omaisen tai läheisen vastasi 37 %:ssa asiakkaan puolesta ja 38 % vastauksista oli omaisen tai läheisen mielipiteen mukaan. Mietimme, kuinka hyvin asiakas on kyennyt ilmaisemaan oman mielipiteensä. Alentunut kognitio tai muistisairaus on voinut vaikuttaa heidän vastauksiinsa.

Asiakkaiden ikäluokat muodostettiin siten, että alimmassa ikäluokassa olivat 70-vuotiaat tai sitä nuoremmat. Näin estettiin asiakkaiden tunnistettavuus iän perusteella. Yllättävää oli se, että yli puolet asiakkaista kuului ikäluokkaan 81 - 90 -vuotiaat. Kyselyyn vastanneiden asiakkaiden keski-ikä oli 83 vuotta. Imatran kotihoidon ikä- ja sukupuolijakauma noudattaa valtakunnallista linjaa (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2017.) Enemmistö vastaajista oli yksinasujia. Yksinasujilla ei välttämättä ole omaisia tai muita tukihenkilöitä avustamassa päivittäisissä toiminnoissa, jolloin kotihoidon tarpeellisuus korostuu. Yli puolet vastaajista asui kerrostaloissa. Toimintakyvyn alentuessa ihmiset hakeutuvat helpompaan asumismuotoon.

Vastaajista yli puolet oli ollut Imatran säännöllisen kotihoidon asiakkaina 1 - 5 vuotta. Näin ollen vastaajilla on ollut kokemusta ja asiantuntijuutta Imatran kaupungin ja Eksoten järjestämistä kotihoidoista. Yleisin kotihoidon käyntien määrä oli 2 – 4 kertaa vuorokaudessa, joka osaltaan kertoo kokemuksesta kotihoidon asiakkuudesta. Imatran kotihoitoalueista vastaukset jakaantuivat epätasaisesti. Eniten vastauksia tuli Imatrankosken ja Vuoksenniskan alueilta. Kotihoitoalueiden vastausten eroista ei kuitenkaan voi tehdä johtopäätöksiä, johtuen pienestä aineistosta.

Yhtä lukuun ottamatta vastaajat olivat säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Syy tähän oletetaan olevan kyselylomakkeiden lähettämisen viivästyminen. Kyselylomakkeita ja kirjekuoria jouduttiin odottamaan useita viikkoja, koska Eksoten painatuskeskus ei pystynyt aikaisemmin lomakkeita toimittamaan. Otannan päivämäärästä oli ehtinyt kulua neljä viikkoa, joka on kuntouttavan arviojakson enimmäiskesto. Koska kuntouttavan arviojakson aikana asiakkaille ei tehdä hoito- ja palvelusuunnitelmaa, kuntouttavan arviojakson asiakkaat olisi voitu näin ollen jättää otannasta pois. Toisaalta arviojaksoasiakkaat olivat saattaneet saada säännöllisen kotihoidon päätöksen viivästymisen aikana.

Asiakkaiden eniten tarvitsemia kotihoidon palveluja olivat avustaminen lääkehoidon toteutumisessa, päivittäisessä hygienian hoidossa ja suihkutuksissa, sekä ruokailuissa. Neljänneksellä asiakkaista oli yhtenä kotihoidon sisältönä haava-hoito, mitä voidaan pitää korkeana tuloksena. Syinä runsaaseen haavojen esiin-

tymiseen voivat olla ravitsemuksen heikentyminen, hoitamaton diabetes ja verenkierron ongelmat, ihon huono kunto, useat samanaikaiset sairaudet tai liikkumattomuus.

Kyselyyn osallistuneista asiakkaista valtaosa oli osallistunut hoito- ja palvelusuunnitelmansa laatimiseen ja he tunsivat sen sisällön. He tiesivät vastuuhoidajansa ja kotihoidon yhteystiedot. Asiakkaat kokivat hoitajat ystävällisiksi ja luotettaviksi. Asiakkaat kokivat, että hoitajat kuuntelivat ja ottivat huomioon heidän toiveensa sekä mielipiteensä. Kotihoidon käynnit toteutuivat oikea-aikaisesti, riittävän usein ja sovittuina ajankohtina. Asiakkaat kokivat kotihoidon käyntien ja tuki- ja palveluiden tukevan kotona asumistansa. Heillä oli käytössään tarvitsemansa apuvälineet.

Osallistuminen hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan -osion korkeimmat keskiarvot tulivat kirjallisesta hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja sen sisällön tiedoksi saattamisesta, kotihoidon yhteystiedoista, hoitoneuvottelun järjestämisestä sekä vastuuhoidajan tuntemisesta. Vastaajista joka viides koki, ettei heidän mielipiteensä tullut kuulluksi kotihoidon palveluja suunniteltaessa. Laatusuosituksen ja Eksoten kotihoidon tavoitteet asiakkaan kuulluksi tulemisen osalta ovat toteutuneet osittain. Vaikka asiakkaan mielipide kotihoidon järjestämisestä olisi epärealistinen ja ristiriidassa esimerkiksi hänen turvallisuutensa vuoksi, tulee asiakkaalla olla mahdollisuus tulla kuulluksi. Kotihoidon tulee Eksoten arvojen mukaisesti huomioida asiakkaan ja omaisten toiveet. Asiakkaat voivat esittää toiveen esimerkiksi hoitajan sukupuolesta tai henkilöstä, kuitenkin Eksote on linjannut, ettei asiakkaat eivätkä hoitajat saa valita ”toisiaan”. Kotihoidolla ei ole mahdollisuutta vastata kaikkiin asiakkaiden palvelutoiveisiin.

Avustamisessa kodin ulkopuoliseen toimintaan vastausten keskiarvoksi muodostui 1,9. Tähän väittämään oli vastannut vain 50. Vähäiseen vastausten määrään saattoi vaikuttaa asiakkaiden alentunut toimintakyky tai haluttomuus osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan. Väitöskirjassaan Valta oli jo vuonna 2008 saanut samansuuntaisia tuloksia kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisesta. Kyselyn tulosten mukaan lähes kymmenessä vuodessa kokemus osallisuuden tukemisesta ei ole lisääntynyt, vaikka aiemmin kotihoidon asiakkaiden toimintakyky on ollut tämän hetkistä parempi.

Väittämä, joka koski omaisten iltojen järjestämisen tärkeyttä, sai vastausten keskiarvoksi 2,9. Väittämään oli vastannut 40. Voidaan ajatella, että vastaamatta jättäneet eivät pitäneet omaisten iltojen järjestämistä tärkeänä tai heillä ole omaisia tai läheisiä. Väittämään, jolla kysyttiin avustavatko hoitajat yhteyden pidossa läheisiin, saatiin keskiarvoksi 2,8. Sosiaalisten suhteiden ylläpito edistää toimintakykyä, parantaa elämänlaatua ja ehkäisee yksinäisyyttä. Sosiaalisten suhteiden tukeminen on yksi ikääntyneiden itsensä kuvaama kotihoidon laatuominaisuus. Kaikilla asiakkaille ei ole läheisiä tai omaisia, joihin pitää yhteyttä. Imatran kaupungin Vanhuspoliittisen ohjelman vuosille 2014 – 2020 ja Valtan (2008) väitöskirjan mukaan kotihoidon tarkoituksena on tukea ikääntyneen sosiaalisia suhteita.

Ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn tukeminen mahdollistaa iäkkäiden osallisuuden yhteiskunnassa, parantaa elämänlaatua ja vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24). Terveyden ja toimintakyvyn tukemisen -osiossa väittämän hoitajat huolehtivat tarvittavista mittauksista keskiarvoksi saatiin 3,7. Tuloksista voidaan päätellä hoitajien toteuttavan lääkärin seurantaohjeita. Vain tarvittavat toimenpiteet mittaustulosten perusteella edistävät terveyttä, ei ainoastaan mittaaminen.

Asiakkaan asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään on kotihoidon tavoite. Se mahdollistaa ikääntyneelle parhaiten itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja antaa mahdollisuuden ikääntyneelle elää oman näköistä laadukasta elämää. Ikääntyneiden terveyden ja toimintakyvyn edistäminen tukee kotona asumista ja myöhäistää laitoshoidon tarvetta. Väittämä, jolla kysyttiin, tukeeko hoitajan käynnit kotona asumista, keskiarvoiksi tuli 3,6. Saadun tuloksen mukaan Eksoten tavoite ”Toimintakykyisenä kotona” toteutuu. Kuitenkin vaikeasti muistisairaalla kotona asuminen voi olla turvallisuusriski. Toimintakyvyn vähetessä ja sairauden edetessä kotona asumista tulisi harkita tarkkaan.

Väittämään, jolla kysyttiin, onko asiakkaalla käytettävänä tarvitsemansa apuvälineet, keskiarvoksi muodostui 3,5. Tulosta voidaan pitää hyvänä. Kotihoidon henkilöstö osaa arvioida apuvälineiden tarvetta tai konsultoida fysioterapeuttia, kun asiakkaan fyysisessä toimintakyvyssä ilmenee vajaus. Erilaisten tukipalveluiden

järjestämisen väittämän keskiarvo oli 3,5. Apuvälineiden hankinta ja kodin muutostöiden tekeminen sekä tarvittavien tukipalveluiden järjestäminen voi estyä, jos asiakas tai omainen ei motivoitu niihin, vaikka ammattihenkilöstö olisi tarpeen arvioinut. Apuvälineiden käytön voi estää myös asuntojen toimimattomuus. Asiakkaiden taloudellinen tilanne voi olla syynä tukipalveluiden käyttämättömyyteen.

Kotihoidossa painopiste on siirtynyt kuntoutukseen ja kuntouttavaan työtöteeseen. Vain 13 % vastaajista ilmoitti kotihoidon sisältävän kuntoutusta. Jokaiselle kotihoidon asiakkaalle fysioterapeutti tekee kuntoutussuunnitelman yhdessä vastuuhoidajan kanssa. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen mahdollistavat kotona asumisen.

Väittämistä, jotka käsittelivät tiedottamista asiakkaan lääkityksestä tai ohjauksen antamisesta asiakkaan sairauksiin, tuli keskiarvoksi alle 3. Tepposen väitöksen mukaan tietojen riittämättömyys ja tiedottamisen monimutkaisuus olivat muun muassa kotihoidon laatua heikentäviä tekijöitä (Tepponen 2009, 192 – 193). Asiakkaan tiedottaminen ja ohjaaminen ovat kaikkien hoitoon osallistuvien ammattilaisten tehtävä.

Räsänen totesi 2015 kuntouttavan työtöteen lisäävän asiakkaan toimintakykyä, mutta hoitajilla ei välttämättä ole osaamista tai asennetta toimintatavan toteuttamiseen. Pitkälän mukaan ikääntyneiden hoitotyön tulee olla kuntouttavaa sekä moniammatillisesti suunniteltu prosessi. Imatran kaupungin vanhuspoliittiseen ohjelmaan on kirjattu kotihoidon yhdeksi palvelusisällöksi kotiaskareissa avustaminen. Sitä tulee toteuttaa asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Kyselyn perusteella Eksoten arvo ”Yhdessä asiakkaan kanssa” toteutui odotettua huonommin. Väittämiin, joissa kysyttiin kotiaskareiden tekemistä yhdessä hoitajan kanssa sekä fysioterapeutin tai kuntohoitajan antamien harjoitteiden toteuttamista hoitajan kanssa, saatiin keskiarvoksi 1,6. Syynä alhaiseen tulokseen voi olla hoitajien asenne tai koettu kiire. Esimerkiksi äkillisiin hoitajien poissaoloihin ei aina saada sijaista varahenkilöstöstä tai palkattua lyhytaikaista sijaista. Näin ollen asiakaskäynnit jaetaan vuorossa olevien hoitajien kesken, mikä aiheuttaa kiireistä työskentelytapaa. Kuitenkin terveyden ja toimintakyvyn tukeminen on käytännössä päivittäisten toimintojen toteuttamista ja kotiaskareiden tekemistä joko itsenäisti, ohjattuna tai avustettuna.

Laadukas kotihoito tarkoittaa palvelulupauksen toteutumista. Kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä hoidon oikea-aikaisuuteen mitattaessa tulosten keskiarvot olivat hyviä. Tulosten mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmalla sovitut kotikäyntimäärät sekä palvelun sisällöt toteutuvat ja asiakkaat saavat tarvitsemansa avun. Alhaisimmat keskiarvot tulivat väittämiin, jotka koskivat käyntien toteutumista sovittuina aikoina ja käyntien kestoja. Kotihoidon toiminnassa ennalta arvaamattomat akuutit tilanteet asiakaskäynneillä, henkilöstön äkilliset poissaolot aiheuttavat aikataulusiirtymiä. Kiireinen työskentelytapa estää ikääntyneen omatoimisuutta, koska kuntouttava työote jää toteutumatta hoitajan tehdessä asiakkaan puolesta. Pitkittyessään kiireinen työskentelytapa voi jäädä tavaksi. Tämä aiheuttaa ongelman myös asiakasmaksuihin, koska maksun perusteena on kotikäyntien kesto.

Väittämään, joka koski turvahälytyksien vastausnopeutta, keskiarvo oli 3,5. Tuloksesta voidaan päätellä asiakkaiden saavan avun nopeasti äkillisissä tilanteissa. Turvalaitteet osoittautuvat tarpeellisiksi. Tähän väittämään oli vastannut 56 asiakasta. Kaikilla kotihoidon asiakkailla ei ole käytössä turvalaitteita.

Tyytymättömmimpiä asiakkaat olivat hoitajien vaihtuvuuteen. He kokivat liian monen eri hoitajan käyvän heidän luonaan, ja väittämän keskiarvoksi tuli 3,4. Hoitajien vaihtuvuus on yksi laadun mittari, Groopin (2012) mukaan ikääntyneen luona tulisi käydä enintään viisi eri hoitajaa. Kotihoidon henkilöstön poissaolot aiheuttavat hoitajien vaihtuvuutta ja vastuuhoidajuuden toteutumattomuutta. Hoitajien vaihtuvuus voi aiheuttaa tyytymättömyyttä, epäluottamusta ja turhautumista. Asiakkaat ja omaiset "väsyvät" kertomaan tarpeista, hoitokäytännöistä ja tottumuksista. Epäluottamus voi kohdistua myös koko organisaatiota kohtaan. Vastaajat kokivat hoitajien antaman ajan riittämättömäksi keskiarvolla 2,5. Väittämällä haluttiin saada tietoa asiakkaan kokemasta ajan riittävydestä, ei tarpeeseen perustuvasta ajan käytöstä.

Laadultaan hyvä kotihoito edellyttää asiakaskeskeistä toimintatapaa, joka ilmenee asiakkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Ikääntyneiden kuvamia kotihoidon laatuominaisuuksia ovat muun muassa ystävällisyys, luottamus ja asiakkaan huomioiminen. Hyvä käytös ja asiakkaan kokemus arvostus nousevat Eksoten arvoista. Tulosten mukaan hoitajat käyttäytyvät ystävällisesti ja toimivat luotettavasti. Asiakkaalla on mahdollisuus kertoa voinnistaan ja mielipiteistään

sekä pyytää apua tarvittaessa. Edellä mainittujen väittämien keskiarvot olivat 3,6 – 3,7. Väittämään, joka käsitti asiakkaiden mielipiteiden huomioimista, keskiarvo laski hieman, 3,4. Hoitajalla ei aina ole mahdollisuutta toteuttaa asiakkaan toivetta tai huomioida mielipidettä esimerkiksi asiakkaan turvallisuuden vuoksi.

Koen itseni tärkeäksi -väittäjä saattoi olla vaikeasti ymmärrettävä. Yksi vastaajista oli kommentoinut kysymyksen olevan outo. Vastaukset hajaantuivat kaikille vastausvaihtoehdoille ja keskiarvoksi muodostui 3,1.

8.2 Kehittämisehdotuksia

Kyselyn tuloksista nousi esiin muutamia selkeitä kehittämiskohteita Imatran koti-hoidon toimintaan. Seuraavissa kappaleissa on esitelty kehittämisehdotukset.

Laatusuositus ja Eksoten arvot velvoittavat kuulemaan ja kirjaamaan asiakkaan mielipiteen hänen hoitoa suunniteltaessa. Kyselyn tulosten mukaan vain joka viides vastaajista koki tulleen kuulluksi. Näin ollen Laatusuositus ja Eksoten arvot eivät täysin toteutuneet. Henkilöstön koulutus ja hoidon suunnittelun tarkistuslistan käyttöönotto voivat parantaa asiakkaan mielipiteen kuulemistä ja kirjaamista.

Kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistuminen lisää ikääntyneen elämänlaatua ja sosiaalisia suhteita. Osallistumista voitaisiin lisätä yhteistyöllä palveluohjauksen kanssa. Palveluohjauksesta saa tietoa paikallisista ikääntyneille suunnatuista tapahtumista tai toimintakerhoista, joihin asiakkaita tai omaisia kotihoidon henkilöstö voisi ohjata ja avustaa osallistumaan.

Toimintakyvyn ylläpitäminen edellyttää harjoitteita, niin fyysisiä kuin kognitiivisia taitoja. Keinoja fysioterapeutin suunnitteleminen harjoitteiden toteuttamista tulee kehittää. Harjoitteet tulisi integroida päivittäisten toimintojen ja arkiaskareiden tekemiseen. Aikaresurssi harjoitteiden ja askareiden tekemiseen tulisi löytää päällekkäisten toimintojen karsimisella ja teknologian hyödyntämisellä. Hoitajien vaihtuvuus koettiin tulosten mukaan liian suureksi. Suositusten mukaan ikääntyneen luona tulisi käydä enintään viisi eri hoitajaa. Eksoten tulisi turvata riittävä vakituinen henkilöstö, joka sisältää yksikön oman varahenkilöstön.

Kyselyn avoimista palautteista nousivat seuraavat toiveet. Asiakkaat ja omaiset toivoivat kotihoidon palvelusisältöön kattavampia palveluja. Muun muassa lääkäri-, ulkoilu-, asiointi- ja saattopalveluita. Toivottiin myös tiedottamista äkillisissä aikataulumuutoksissa ja sosiaalisten suhteiden ylläpidossa.

8.3 Pohdinta

Kaiken tieteellisen toiminnan lähtökohta on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikan periaatteita ovat ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, kunnioitus, luottamus sekä haitan välttäminen. (Kylmä ym. 2012, 147; Kankkunen ym. 2010, 172.) Tutkimukseen osallistujien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista ja perustua tietoiseen suostumukseen. Vastaajien anonymiteetti eli tunnistamattomuus on tutkimuksen eettisyyden ydin. Palauttaessaan kyselylomakkeen asiakas antaa suostumuksensa. (Kankkunen ym. 2010, 177 – 179.) Tutkimuksen eettisyyttä tulee arvioida koko tutkimusprosessin ajan aiheen valinnasta julkaisuun asti (Kylmä ym. 2012, 137). Tulee myös pohtia, kuinka tutkimuksesta saatavalla tiedolla voidaan kehittää hoitotyön laatua (Kankkunen ym. 2010, 177).

Opinnäytetyön aihe saatiin Imatran vanhusneuvostolta. Kotihoidon laatu on ollut keskustelun aiheena julkisuudessa, joten asiakkaiden ja omaisten mielipiteen kuuleminen on tarkoituksenmukaista. Imatran vanhusneuvosto odotti tuloksia jo talvella 2016. Imatran kaupungin sosiaali- ja terveystalvet siirtyivät Eksoten tuottamiksi vuoden 2016 alussa ja Imatran kaupunki oli teettänyt kotihoidon asiakkaille asiakastyytyväisyyskyselyn syksyllä 2015 ennen yhdistymistä. Ylikosken (2001) mukaan palautteen jatkuva pyytäminen ei tee asiakasta tyytyväisemmäksi. Mielestämme asiakastyytyväisyyden mittaaminen oli tarkoituksenmukaista vuoden 2017 aikana, jolloin asiakkaille oli tullut riittävä kokemus Eksoten kotihoidosta. Asiakastyytyväisyyskyselyn vastausten perusteella Imatran kotihoidolla on mahdollisuus kehittää toimintaansa asiakaslähtöisemmäksi ja toteuttaa Eksoten strategian mukaista jatkuvaa parantamista ja saada tietoa toiminnan ja käytännön kehittämiseen.

Läpi opinnäytetyön prosessin tiedostettiin toisen opinnäytetyön tekijän asema Imatran kotihoidon toimipisteen vastaavana. Opinnäytetyötä tarkasteltiin ja arvioitiin objektiivisesti niin teoriaosaa kuin tuloksiakin. Tapauksissa, joissa vastaajat olivat merkinneet kaksi vastausta samaan väittämään, kautta linjan valittiin arvoltaan heikompi vaihtoehto. Näin tietoisesti vältettiin tulosten parantelu.

Teoreettisessa viitekehityksessä eettisyys ilmenee lähdekriittisyytenä ja lähdeviitemerkintöinä (Hirsjärvi ym. 2010, 113; Kankkunen ym. 2010, 182). Opinnäytetyön viitekehitykseksi valittiin Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton julkaisu 11 vuodelta 2013 Laatusuositus ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi sekä Eksoten arvot. Laatusuositus kattaa toimintakyvyltään erilaiset ikääntyneet. Teoriaosaan valikoitui Laatusuosituksesta ne osiot, jotka parhaiten olivat sovellettavissa kotihoidon asiakkaisiin. Lisäksi lähteiksi hyväksyttiin mahdollisimman tuoreita kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia kotihoidosta, verkkolähteitä sekä alan kirjallisuutta.

Kyselylomakkeen eettinen lähtökohta on laaja tutkimuksen aiheeseen tutustuminen ja johdattelevien kysymysten välttäminen (Heikkilä 2010, 47; KvantiMOTV 2010). Lähteiden löytäminen tietokannoista osoittautui haasteelliseksi. Verkkokirjaston toimintamalli muuttui kesken opintojen ja uuteen toimintamalliin perehtyminen jäi heikoksi. Valtaosa lähteistä löydettiin käsihaulla. Imatran kaupungin kirjasto ja Saimaan ammattikorkeakoulun Linnalan kampuksen kirjasto auttoivat lähteiden saannissa.

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin suunnitelmaseminaarissa. Tutkimuslupahakemus lähetettiin sähköisesti Eksoten kirjaamoon. Eksoten eettinen työryhmä puolsi tutkimuslupaa, jonka myönsi kotihoidon tulosyksikön palvelupäällikkö viikolla 18 ja lähetettiin opinnäytetyöntekijöille viikolla 26. Eksote myönsi luvan käyttää Eksoten logoa, postimaksulla varustettuja kirjekuoria sekä väritulosteita kyselyn toteuttamiseksi.

Kyselylomakkeiden lähettämisen jälkeen huomattiin virhe kotihoidon asiakkaiden kestoja koskevissa vaihtoehdoissa. Vaihtoehdoista puuttui asiakkuuden

kesto yhdestä kahteen kuukauteen. Kysymykseen oli vastannut vain 87 asiakasta, mikä saattoi johtua siitä, ettei vastaamatta jättäneille ollut sopivaa vastausvaihtoehtoa.

Vastauslomakkeet säilytettiin toisen opinnäytetyön tekijän toimipisteessä lukitussa kaapissa, ja kyselylomakkeita käsittelivät ainoastaan opinnäytetyön tekijät. Vastausten tallennuksen ja analysoinnin jälkeen lomakkeet tuhottiin asiakirjasilppurilla. Näin varmistettiin, että vastaajien anonymiteetti säilyi, eivätkä lomakkeet joutuneet ulkopuolisten nähtäväksi. Vastausprosentiksi muodostui 35,5 %, jota voidaan pitää hyvänä. Mielestämme se osaltaan kertoo palautteen antamisen tarpeellisuudesta. Muistuttamista kyselyyn vastaamisesta ei katsottu tarpeelliseksi.

Läpi opinnäytetyön prosessin tiedostettiin toisen opinnäytetyön tekijän asema Imatran kotihoidon toimipisteen vastaavana. Opinnäytetyötä tarkasteltiin ja arvioitiin objektiivisesti niin teoriaosaa kuin tuloksiakin. Tapauksissa, joissa vastaajat olivat merkinneet kaksi vastausta samaan väittämään, kautta linjan valittiin arvoltaan heikompi vaihtoehto. Näin tietoisesti vältettiin tulosten parantelu.

Kyselylomakkeen loppuun vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa lisätietoja, tarkennuksia tai muita mielipiteitä kotihoidosta. Vapaata tekstiä oli kirjoitettu 40 lomakkeeseen ja ne olivat suurimalta osalta saman sisältöisiä. Osa palautteista ei käsitellyt asiakastytyväisyyttä. Asiakkaat tai omaiset olivat tyytyväisiä asiakkaan ja hänen hoito- ja palvelusuunnitelmansa tunteviin hoitajiin. Toiminnanohjausjärjestelmä jakaa asiakaskäynnit ensisijaisesti vastuuhoitajuuksien mukaan ja näin pyritään turvaamaan hoidon jatkuvuus. Tyytymättömyyttä aiheutti hoitajien vaihtuvuus ja kiireen kokemus sekä hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumattomuus. Kotihoidolla on suhteellisen paljon vakituisen henkilöstön poissaoloja. Siten varahenkilöstöä ja sijaisia palkataan lyhyisiin työsuhteisiin, eikä hoitajien vaihtuvuutta pystytä välttämään. Koettu hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumattomuus voi olla asiakkaan toiveen toteutumattomuus. Kehittämisehdotukset, jotka käsittelivät toiveita kotihoidon palvelusisältöjen lisäämiseksi, eivät ole toimintayksikön ratkaistavissa. Eksoten hallitus ja lain säädäntö päättävät palvelujen sisällöstä.

Opinnäytetyön pääpaino oli määrällisessä tutkimuksessa ja aineiston sisällyksen analyysi jäi tietoisesti ohueksi. Vapaan tekstin sisällöt olivat saman sisältöisiä niin positiivisten kuin negatiivisten palautteiden osalta. Kaikki kirjaukset eivät olleet luokiteltavissa asiakastytyväisyyttä mitattaessa.

Tämän asiakastytyväisyyskyselyn perusteella asiakkaat olivat tyytyväisiä kokonaisuudessaan Imatran kotihoitoon. Kuten Ylikoski (2001) toteaa, asiakkaat voivat olla tyytyväisiä palvelun kokonaisuuteen, vaikka olisivatkin tyytymättömiä johonkin osa-alueeseen. Imatran kotihoito on suurten haasteiden keskellä asiakkaiden lisääntyessä ja hoitohenkilöstön vähetessä, kuitenkin asiakkaat ovat tyytyväisiä tämän kyselyn perusteella. Kyselylomakkeen loppuun olisi voitu lisätä väittämä, joka koskee asiakkaan tyytyväisyyttä kokonaisuudessaan kotihoidon toimintaan. Pienen otoksen vuoksi aineistosta ei voida tehdä yleistäviä johtopäätöksiä vastauksiin vaikuttavista tekijöistä.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämän kyselyn tuloksista nousi esille asiakkaiden haavahoitojen runsaus. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla selvittää lähemmin haavojen syntymiseen vaikuttavia syitä ja paranemisprosesseja. Haavat ja haavahoidot aiheuttavat asiakkaille kärsimystä, toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, sosiaalisuuden vähenemistä sekä kustannuksia.

Imatran kotihoidossa on keväällä 2018 aloitettu tiimimalli -toimintatapa. Tiimimallin tavoitteena on ollut ottaa niin kutsutusti asiakkuudet haltuun. Kotihoidon alue on jaettu tiimeihin ja tiimissä toimivat tiiminvetäjä sairaanhoitaja ja tiimin sairaanhoitaja sekä vastuulähihoitajat. Tiimimallilla pyritään vähentämään myös hoitajien vaihtuvuus. Hoitajien työajan kohdistamiseksi enemmän asiakkaalle tullaan ottamaan käyttöön mobiilikirjaaminen. Näin hoitaja voi kirjata asiakkaan tiedot ja käytintapahtumat potilastietojärjestelmään asiakkaan luona ja asiakkaalla on mahdollisuus osallistua kirjaamiseen. Myös uusia hoitajatoimia perustetaan vuoden 2018 aikana. Näiden kehittämistoimenpiteiden jälkeen asiakastytyväisyyskyselyn uusiminen kertoo, ovatko asiakkaat tyytyväisempiä. Tulevien sote- ja maakuntamalliuudistusten vaikutuksia kotihoidon asiakastytyväisyyteen on tar-

koituksenmukaista mitata. Tämän opinnäytetyön kyselylomaketta käytetään Eksoten kotihoidon asiakastyytyväisyyden mittaamiseen vuoden 2018 aikana kaikilla kotihoitoalueilla.

Kuvat

Kuva 1. Vastaajien kokemusten keskiarvot osallistumisesta hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, s.33

Kuva 2. Vastaajien kokemusten keskiarvot terveyden ja toimintakyvyn tukemisesta, s.35

Kuva 3. Vastaajien kokemusten keskiarvot kotihoidon oikea-aikaisuudesta, s. 37

Kuva 4. Vastaajien kokemusten keskiarvot asiakkaan ja työntekijän kohtaamisesta, s.39

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki positiivisen palautteen luokittelusta, s. 28

Taulukko 2. Esimerkki negatiivisen palautteen luokittelusta, s. 28

Taulukko 3. Vastaajien perustaustatiedot, s.29

Taulukko 4. Kotihoitoa koskevat taustatiedot, s. 30

Taulukko 5. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan osallistumisen kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet, s. 32

Taulukko 6. Terveyden ja toimintakyvyn tukemisen kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet, s. 34

Taulukko 7. Kotihoidon oikea-aikaisuuden kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet, s. 36

Taulukko 8. Asiakkaan ja työntekijän kohtaamisen kokemusten lukumäärät ja vastausten suhteelliset prosenttiosuudet, s. 38

Lähteet

Andersson S., Haverinen R. & Malin M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69 (5), 481- 494.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. 2017. Eksoten arvot. Strategia 2014 – 2018.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. 2016. Kotihoidon myöntämisperusteet 1.4.2016.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. 2016. <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/kotiin-annettavat-palvelut>. Luettu 1.9.2016.

Faria N. & Mendes L. 2013. Organizational image's partial mediation role between quality and users' satisfaction. The Service Industries Journal. 33(13-14), 1275 – 1293.

Finne-Soveri H. 2017. LT& Tutkimusprofessori THL. Imatran kaupunki. Vanhusneuvosto. Myötätuulta ikäihmisille seminaari. Luento 16.3.2017.

Groop, J. 2012. Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations. Doctoral Dissertations. Aalto University. Department of Industrial Engineering and Management.

Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttökustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Heikkilä T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heinola, R. 2007. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Huda F. 1995. Service quality management in residential and nursing care homes. The TQM Magazine. 7(6), 43 – 51.

Imatran kaupunki. 2016. Hyvinvointikertomus 2014 – 2016. www.imatra.fi. Luettu 4.10.2016.

Imatran kaupunki. 2014. Vanhuspoliittinen ohjelma vuosille 2014 – 2020.

Imatran kaupunki. 2016. Imatran kaupungin vanhusneuvosto Toiminta- ja taloussuunnitelma vuodelle 2016. www.imatra.fi/sites/default/files/toimintasuunnitelma_2016_paivitetty.pdf. Luettu 10.12.2016.

Imatran kaupunki. 2017. Imatran väestökehitys v. 2000 - 2016 ja Tilastokeskuksen ennuste v. 2015 -2030. https://www.imatra.fi/sites/default/files/atoms/files/imatra_ikaryhmat_ennuste_2000-2030.pdf. Luettu 7.4.2018.

Iso-Aho, M. & Niemelä, A-L. 2009. Muistisairauksien hoito – kotihoidon uusin haaste. Teoksessa Engström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito – Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 165 – 199.

Jyrkämä, J. 2014. Etiikkaa elämämme porteilla- periaatteita, kannanottoja ja näkemyksiä. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010 – 2014. ETENE –julkaisu nro 44. www.etene.fi/documents/1429646/1555962. Luettu 6.9.2016.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012.

KvantiMOTV. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>. Luettu 18.3.2017.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812.

Newman, K. & Maylor, U. 2002. Empirical evidence for "the nurse satisfaction, quality of care and patient satisfaction chain". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 15(2), 80-88.

Ott, M. & van Dijk, H. 2005. Effects of HRM on client satisfaction in nursing and care for the elderly. *Employee Relations: Emerald Group Publishing Limited*. 27(4), 413-424.

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

Pitkälä, K., Savikko N., Routasalo P. 2005. Kuntoutuspolun solmukohta. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus – ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Päivärinta, E., Haverinen R. 2003. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Stakes oppaita 52. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. WS Bookwell Oy: Juva, 117 – 136.

Räsänen, P. 2016. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Hoitotieteen keskitason teorian ydinrakenteen testaaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Räsänen, R. 2015. Kiirettä pitää vai pidetäänkö kiirettä? Kiire vanhusten hoitotyötä värittämässä. Gerontologia. 29(1), 41 – 44.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito- palvelut. www.stm.fi. Luettu 10.10.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö 2013:11.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennuudistus. Luettu 7.4.2018.

SotkaNet. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. www.sotkanet.fi. Luettu 4.10.2016.

Tekes. 2014. Kotihoito 2020. 10 askeleen ohjelma kotihoitoon.

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Väitöskirja. Lapin yliopisto yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 42/2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135607/Tr42_17.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Luettu 27.3.2018.

Tilastokeskus. Väestöennuste. Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä. http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html. Luettu 15.3.2017.

Vaarama, M., Luomahaara J., Peiponen A., Voutilainen P. 2002. Koko kunta ikääntyneiden asialla. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Raportti 259. Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi. <http://hanna.vilka.fi>. Luettu 12.11.2016.

Virkola, E. 2014. Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksin asuvan naisen arjessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Ylikoski, T. 2001. Unohtuiko asiakas? Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Öresland, S, Määttä, S, Nordberg, A & Lützén K. 2009. Patients as 'Safeguard' and Nurses as 'Substitute' in Home Health Care. *Nursing Ethics*. 16(2) 219 – 230.



Arvoisa kotihoidon asiakas tai asiakkaan omainen

Eksoten kotihoidon tavoitteena on parantaa jatkuvasti toimintaansa ja siksi Teidän mielipiteenne on tärkeä. Vastaamalla tähän asiakastyytyväisyyskyselyyn Teillä on mahdollisuus vaikuttaa kotihoidon toiminnan kehittämiseen. Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa Eksotelta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen vastataan **nimettömänä**. Tietoja käsitellään ehdottoman **luottamuksellisesti**. Teidän henkilötietonne ja antamanne vastaukset eivät ole tunnistettavissa missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksen tekijöillä on **salassapitovelvollisuus**, joka koskee kaikkea tutkimukseen ja asiakkaisiin liittyvää tietoa.

Kyselylomakkeeseen vastataan valitsemalla Teidän mielestänne sopivin vaihtoehto. Lomakkeen loppuosassa Teillä on mahdollisuus kirjoittaa lisätietoja, tarkennuksia tai muita mielipiteitänne kotihoidosta. Kysymyksiin ei ole oikeita tai väärinä vastauksia, vaan olemme kiinnostuneita Teidän näkemyksistänne. Vastausaikaa Teillä on 5.11.2017 asti.

Tämä asiakastyytyväisyyskysely toteutetaan Saimaan ammattikorkeakoulun ylemmän AMK-tutkinnon sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman opinnäytetyönä.

Olkaa hyvä ja palauttakaa täytetty kyselylomake mukana tullessa kirjekuoressa. Postimaksu on valmiiksi maksettu. Vaihtoehtoisesti Te voitte antaa suljetun kirjekuoren kotihoidon henkilökunnalle toimitettavaksi.

Kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin

Susanna Andronoff
sairaanhoitaja
YAMK-opiskelija
s-andronoff@student.saimia.fi
p. 0405468664

Taina Miesperä
sairaanhoitaja
YAMK-opiskelija
t-miespera@student.saimia.fi
p. 0405468664



Olkaa hyvä ja merkitkää rasti kohtaan, joka kuvaa roolianne täyttäessänne tätä kyselyä.

Taustatiedot

- Olen asiakas
- Olen asiakkaan omainen/läheinen, vastaan asiakkaan mielipiteen mukaan
- Olen asiakkaan omainen/läheinen, vastaan oman näkemykseni mukaan

Asiakkaan taustatiedot

Sukupuoli Nainen Mies

Syntymävuosi _____

Asun yksin
 toisen/toisten kanssa

Asumismuoto omakotitalo
 paritalo
 rivitalo
 kerrostalo
 palvelutalo

Kotihoitoalue Imatrankoski
 Rajapatsas
 Sienimäki
 Vuoksenniska
 Mansikkala



Olen kotihoidon kuntouttavalla arviojaksolla

Olen kotihoidon säännöllisen kotihoidon asiakas

Kotihoito avustaa minua/omaistani/läheistäni
(yksi tai useampi vaihtoehto)

ruokailuissa
lääkehoidossa
hygienianhoidossa
suihkussa
kuntoutuksessa
asioinneissa avustamisessa
haavahoidossa
avanteenhoidossa
katetroinnissa

muussa, missä _____

Olen ollut kotihoidon asiakkaana

alle 1 kuukauden
2-11 kuukautta
1-5 vuotta
6-10 vuotta
11 tai yli vuotta

Kotihoidon hoitaja käy luonani _____ kertaa vuorokaudessa

_____ kertaa viikossa



Ympyröikää sopivin vastausvaihtoehto

1=eri mieltä, 2= melko eri mieltä, 3=melko samaa mieltä, 4= samaa mieltä,
0=ei kokemusta

Osallistuminen hoito – ja palvelusuunnitelman laadintaan

Olen osallistunut kotihoitoni palvelun suunnitteluun	1	2	3	4	0
Tiedän hoito- ja palvelusuunnitelmani sisällön	1	2	3	4	0
Olen saanut hoito- ja palvelusuunnitelmani kirjallisena	1	2	3	4	0
Mielipiteeni tuli kuulluksi palveluja suunniteltaessa	1	2	3	4	0
Hoitajat avustavat yhteydenpidossa läheisiini	1	2	3	4	0
Tiedän vastuuhoidtajani (omahoitajani)	1	2	3	4	0
Tiedän kotihoidon yhteystiedot	1	2	3	4	0
Pidän omaisteniltojen järjestämistä tärkeänä	1	2	3	4	0
Hoitajat avustavat kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumisessa esim. päivätoimintaan	1	2	3	4	0
Sain hoitoneuvottelussa tietoa kotihoidon maksusta	1	2	3	4	0
Kotihoitomaksuni on sopiva	1	2	3	4	0
Sain hoitoneuvottelussa tietoa kotihoidon tukipalveluista	1	2	3	4	0
Sain hoitoneuvottelussa tietoa turvalaitteista	1	2	3	4	0
Hoitoneuvottelu järjestettiin riittävän nopeasti	1	2	3	4	0

Terveys ja toimintakyky

Saan hoitajilta ohjausta sairauksieni hoitoon	1	2	3	4	0
Saan hoitajilta tietoa lääkityksestäni	1	2	3	4	0
Hoitajat huolehtivat tarvittavista mittauksista esim. verenpaine, verensokeri	1	2	3	4	0
Hoitajien käynnit tukevat kotona asumistani	1	2	3	4	0
Teen yhdessä hoitajan kanssa kotiaskareita	1	2	3	4	0
Teen yhdessä hoitajan kanssa fysioterapeutin tai kuntohoitajan antamia harjoitteita	1	2	3	4	0
Minulla on käytössäni tarvitsemi apuvälineet	1	2	3	4	0
Asuntooni on tehty tarvittavat muutostyöt esim. asennettu nousukahvat, poistettu kynnykset	1	2	3	4	0
Kotihoidon tukipalvelut ovat edistäneet kotona pärjäämistäni esim. ateria-, turva-, kylvety-, kuljetus- tai päiväkeskuspalvelu	1	2	3	4	0



1=eri mieltä, 2= melko eri mieltä, 3=melko samaa mieltä, 4= samaa mieltä,
0=ei kokemusta

Oikea-aikaisuus

Hoitajat käyvät luonani riittävän usein	1	2	3	4	0
Hoitajat käyvät sovittuina ajankohtina	1	2	3	4	0
Hoitajat ovat luonani sovitun ajan	1	2	3	4	0
Hoitajat avustavat minua käynneillä sovitusti	1	2	3	4	0
Jos hälytän turvarannekkeella, saan apua nopeasti	1	2	3	4	0

Asiakkaan ja työntekijän kohtaaminen

Minulla on mahdollisuus sanoa mielipiteeni	1	2	3	4	0
Minulla on mahdollisuus kertoa voinnistani	1	2	3	4	0
Hoitajat huomioivat kotikäynneillä mielipiteeni	1	2	3	4	0
Hoitajat huomioivat kotikäynneillä toiveeni	1	2	3	4	0
Hoitajat käyttäytyvät ystävällisesti	1	2	3	4	0
Uskallan pyytää apua hoitajilta	1	2	3	4	0
Voin luottaa hoitajiin	1	2	3	4	0
Luotan, että hoitajat osaavat hoitaa minua	1	2	3	4	0
Hoitajilla on riittävästi aikaa minulle	1	2	3	4	0
Luonani käy liian monta eri hoitajaa	1	2	3	4	0
Koen itseni tärkeäksi	1	2	3	4	0

Tähän voitte kirjoittaa lisätietoja tai mielipiteitänne kotihoidon palveluista.

Kiitos vastauksistanne!