



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

”EI NY NIIN KIIRETTÄ TARTTE PITÄÄ”

Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitajien ajankäytöstä

Niina Rustari

Mari Sikala

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

RUSTARI, NIINA & SIKALA, MARI:
”EI NY NIIN KIIRETTÄ TARTTE PITÄÄ”

Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitajien ajankäytöstä

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Huhtikuu 2018

Opinnäytetyössä tarkasteltiin kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitajien ajankäytöstä yhden pirkanmaalaisen kunnan kotihoidossa. Kotihoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona pärjäämistä ja mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään, joten ajankäytön tutkiminen kotihoidossa on tärkeää.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja ajatuksia hoitajien ajankäytöstä, ajan riittävydestä ja sen tehokkuudesta. Tavoitteena oli tuoda esiin asiakkaiden mielipiteitä hoidon laadusta ja oikea-aikaisuudesta, sekä toiveista ajankäyttöön liittyen. Tavoitteena oli lisäksi selvittää kehittämisen tarpeet sekä saada vahvistusta hyviksi havaittuihin palveluihin. Työn avulla työelämätaho toivoi saavansa tietoa asiakkaan kokemuksista hoidon laadusta suhteessa ajan käyttöön, sekä sen myötä tärkeää tietoa tulevaisuuden kotihoidon kehittämistä varten.

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla ja tulokset analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Haastattelut toteutettiin kuudelle kotihoidon asiakkaalle ja ne tehtiin heidän omissa asuinympäristöissään. Tulosten laadun varmistamiseksi muistisairaat suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan kotihoidon asiakkaat arvostavat hoitajien ajankäytössä hoitajan ammattitaitoa, työkokemusta, joustavuutta sekä heidän tuomaansa turvallisuuden tunnetta. Asiakkaan näkökulmasta kotihoidon ajankäyttöön vaikuttivat monet seikat, kuten hoitajien kiire, erilaisuus hoitajien ominaisuuksissa ja toimintatavoissa, sekä muiden asiakkaiden vaikutus hoitajalla käytettävissä olevaan aikaan. Ajankäyttö kotihoidossa olikin haastateltavien mielestä monitahoinen seikka ja haastatteluista löytyi niin hyviä kuin huonojakin kokemuksia ajankäytöstä.

Kotihoidon ajankäytön kehittämishaasteena on asiakkaan ja hoitajan välinen kommunikointi. Myös palvelujen täsmällisyys, sekä tiedonkulku vaikuttavat asiakkaan kokemukseen hoitajan ajankäytöstä, joten näiden kehittäminen on tärkeää. Hoitajien vaihtuvuuden vähentäminen on myös yksi työssä esille tullut kehitettävä alue. Jatkotutkimuksena voisi syventyä asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien kehittämiseen, sekä tutkia asiakkaan näkemystä itsestään ja tarpeistaan sosiaali- ja terveystalouden palvelujen asiakkaana, sekä niiden tärkeyttä suhteessa toisiin potilaisiin ja asiakkaisiin.

Asiasanat: asiakas, kotihoito, kiire, ajankäyttö, laatu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

RUSTARI, NIINA & SIKALA, MARI:

“EASY DOES IT”

Experiences of Home Care Customers on Nurses' Use of Time.

Bachelor's thesis 50 pages, appendices 5 pages

April 2018

The purpose of this study was to survey the experiences about nurses' use of time from the viewpoint of home care customers. Particularly, sufficiency of time and efficiency were in focus. The aim of home care is to enable elderly people to live at home, which emphasizes the importance of this study.

The study aimed at depicting the experiences of home care customers about the quality of care. Opinions on the timing of the care and wishes regarding the care were included. Moreover, the purpose was to indicate any need for development and to further strengthen the services that have received positive feedback. The results were intended to be used for improving home care in the future.

In this study, qualitative methods were used. The data were gathered through interviews with six people and the results were analysed by means of an inductive content analysis. For quality reasons, customers suffering from memory disorders were excluded.

According to the results, a home care customer values professionalism, experience, flexibility and the feeling of safety. Factors affecting the care were hurry, individual differences of nurses, and other customers. In consequence, the use of time in home care is a complex matter, resulting in both positive and negative experiences.

In conclusion, nurse-customer communication should be addressed. Additionally, improving punctuality and communication is important, and there should be fewer changes of nurses. A future study could be conducted on the means enhancing a customer's ways to affect things, the care received. Another area of interest could be the customers' self-image, and the customers' needs in relation to other customers of home care services.

Key words: customer, home care, hurry, use of time, quality of care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Kotihoidon asiakas ja kotihoito	8
3.1.1	Kotihoito yleisesti	9
3.1.2	Kotihoidon asiakas.....	10
3.1.3	Kotihoidon suunta ja tulevaisuus	11
3.2	Hoidon laatu	12
3.3	Aika ja ajankäyttö kotihoidossa.....	14
3.4	Kiire.....	15
3.4.1	Kiireen historiaa työelämässä	16
3.4.2	Kiire ja kotihoito.....	16
3.4.3	Mitä kiireestä aiheutuu?.....	17
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	19
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	19
4.2	Kirjallisuuskatsaus.....	20
4.3	Aineiston keruu	20
4.4	Sisällönanalyysi	22
5	TULOKSET.....	25
5.1	Kokemuksia hoitajan käyttämän ajan merkityksistä	25
5.2	Kokemuksia ajan riittävydestä.....	27
5.3	Kokemuksia hoidon laadusta.....	28
5.4	Ajankäyttöön liittyviä toiveita	30
6	POHDINTA	32
6.1	Tulosten tarkastelua.....	32
6.2	Eettisyys	35
6.3	Luotettavuus	37
6.4	Johtopäätöksiä ja ideoita kehittämistyöhön.....	38
6.5	Pohdintaa opinnäytetyön prosessista	40
	LÄHTEET.....	43
	LIITTEET	47
	Liite 1. Lomake kotihoitoon	47
	Liite 2. Kirje haastatteluun osallistujalle	48
	Liite 3. Suostumuslomake.....	49
	Liite 4. Sisällönanalyysi.....	50
	Liite 5. Haastattelurunko.....	51

1 JOHDANTO

“Keräsellä on jo kiire seuraavaan kotiin, joten hän riisuu siniset kengänsuojukset ja toivottaa hyvät päivänjatkot” (Yle uutiset, 2017).

Kotihoidon resurssit ja hoitajien ajankäyttö herättää paljon huomioita mediassa. Hoitajien ajankäyttö kotihoidon käynneillä tuo usein mieleen myös kiireen. Johtuuko tuo miellelyhtymä sitten median luomasta käsityksestä, hoitajien kertomasta, yksittäisistä tunnetiloista, annetuista aikatauluista vai asiakkaiden kokemuksista? Kiire on monella lailla läsnä hoitotyössä ja ajankohtainen aihe usealla suunnalla. Ritva-Liisa Lehtinen tutkimuksessaan *Kiire haasteena, aika mahdollisuutena* (2006), löysi kiireelle neljä eri teoreettista käsitettä, jotka kuvaavat kiirettä hoitotyössä; yleistynyt mielentila, toiminnan hallitsemattomuus, yhteistyön toimimattomuus, sekä ammatillinen vastuu. Tutkimuksessa on myös moneen otteeseen todettu, että kiireen kokemuksella on tapana levitä hoitajasta toiseen, vaikka vain yhdellä olisi kiireen kokemus. (Lehtinen 2006, 50.)

Kotihoidossa hoitajan työpäivä muodostuu kohtaamisista asiakkaiden kanssa. Asiakkas-kunta muodostuu yhä vanhenevammasta väestöstä ja kotihoidon palveluja säännöllisesti käyttävien määrä kasvaa vuosittain (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017:a). Työ on haastavaa ja vastuullista, sekä työpäivät aikataulutettuja. Hoitajat haluavat huomioida asiakkaiden yksilöllisyyden, tarjota inhimillisyyttä ja aitoja kohtaamisia. Mielipiteitä ja sanottavaa tehdystä työstä kuitenkin riittää, ja kotihoidon tilanne aiheuttaa paineita monella suunnalla, kuten voidaan todeta Superin tiedotteesta (2015) ”Kotihoito on kriisissä – hoidon laadusta ollaan huolissaan aiempaa enemmän” (Super 2015).

Hoitajien ajankäytöstä ja kiireen tunteesta sekä vanhusten asemasta ja kohtelusta on puhuttu paljon. Monissa hoitotyön tutkimuksissa on tuotu esiin hoitajien ajanpuute ja hoitotyön vajavainen toteutuminen potilaan kannalta (Duffield, Gardner & Cattling-Paull 2008; Räsänen 2017). Kotihoito on yhteiskunnallisesti vahvasti esillä. Aihe herättää monenlaisia ajatuksia ja tunteita sekä työyhteisöissä että mediassa. Kiire on tiedostettu aihe ja sitä on tutkittu hoitajien näkökulmasta (Helminen 2010; Salonen & Tiira 2017), mutta oma mielenkiintomme heräsi ottaa asia käsittelemään asiakkaan näkökulmasta. Mielestämme asiakkaiden oma ääni on jäänyt vähemmälle huomiolle. Molemmilla opinnäyte-työntekijällä on työtaustaa kotihoidosta, joten on luontevaa, että hoitajien ajankäytön ja

mahdollisen kiireen kokemuksen tutkiminen kohdentuu juuri kotihoitoon. Aihe rajattiin kotihoidon asiakkaiden kokemuksiin hoitajien ajankäytöstä. Kotihoidon asiakkaiden kokemukset ja niiden merkitysten esiin tuominen mahdollisimman tarkasti on tärkeää tällaisessa aiheessa, joten kvalitatiivisen tutkimusmenetelmä on sopiva tämänkaltaisen tiedon hankkimiseen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä hoitajan käyttämä aika merkitsee kotihoidon asiakkaille. Tarkoituksena on lisäksi selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemus hoitajien käyttämän ajan riittävydestä, oikea-aikaisuudesta ja hoidon laadusta.

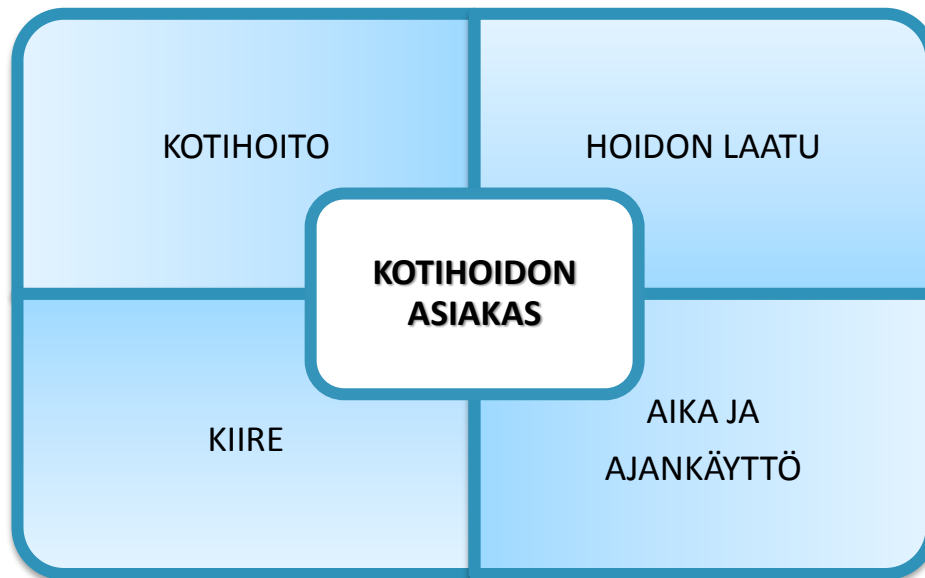
Tämän opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä hoitajan käyttämä aika merkitsee asiakkaalle?
2. Miten ajan riittävyys näkyy asiakkaan kokemuksessa?
3. Minkälaisia toiveita ajankäyttöön liittyy?
4. Miten hoidon laatu näkyy ajankäytössä?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda näkyviin asiakkaan näkökulmaa ja ajatuksia hoidon laadusta sekä kokemuksia ajasta ja ajankäytöstä kotihoidon kohtaamisissa. Tavoitteena on myös asiakkaan kokemusten pohjalta tuoda esiin kehitettäviä asioita ajankäytössä sekä niissä asioissa, jotka koetaan hyväksi ja toimiviksi asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kohtaamisissa. Asiakkaiden kokemusten selvittäminen työmme avulla koetaan tärkeäksi tulevaisuuden kotihoidon ja asiakkaiden hyvinvoinnin kehittämistä varten.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeisten käsitteiden ja teoreettisten lähtökohtien avulla näytämme työmme keskiössä olevat asiat, sekä tuomme esiin tiiviin näkökulman hoitajan ajankäytöstä ja sen merkityksestä suhteessa asiakkaan hyvinvoinnille. Keskeiset käsitteet työssämme ovat kotihoidon asiakas, kotihoito, hoidon laatu, kiire, aika ja ajankäyttö (Kuvio 1.).



Kuvio 1. Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet valikoituivat sen pohjalta mitkä asiat ovat keskiössä kotihoidon asiakkaan ja henkilökunnan kohtaamisissa. Keskeiset käsitteet tukevat ymmärrystä kotihoidon asiakkaan kokemusmaailmasta ja liittyvät oleellisesti kotihoidon ajankäyttöön.

3.1 Kotihoidon asiakas ja kotihoito

Griffin (2015) kirjoittaa aiheesta työntekijän ja hänen taitojensa kautta, jotka ovatkin tärkeässä roolissa kotihoidon toteutumisessa sekä asiakkaan hyvinvoinnissa. Tärkeitä asioita asiakkaan kannalta ovat muun muassa, että asiakas saa osakseen empatiaa, luottamuksellisuutta, hyvän kuuntelijan vaikeisiin tilanteisiin, sekä vastaamista asiakkaan erilaisiin tarpeisiin erilaisissa tilanteissa. Kotihoidon toimivuuden kannalta työntekijän hyviin ominaisuuksiin kuuluu myös hyvä ajanhallintakyky, hyvät taidot potilaan kokemusten tulkintaan ja hyvät organisointikyvyt. Tilanteet kotihoidossa ja asiakkaiden parissa vaativat

lisäksi ennakkointia, sekä hyviä yhteistyökyky taitoja asiakkaan, omaisten ja koko kotihoiton tiimin kesken. (Griffin 2015, 108.)

3.1.1 Kotihoito yleisesti

Sosiaali- ja terveysministeriön määrittelee kotihoiton kuntien järjestämänä palveluna asiakkaille, joiden kotona selviytymistä tuetaan sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon turvin (STM 2015a). Kotihoitoa tukevat muut julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, erilaiset tulonsiirrot, kotihoitoa tukeva kolmas sektori sekä kotihoitoa tuottavat yksityiset yritykset (Ikonen & Julkunen 2007, 15). Kotipalvelun tukipalvelut ja kotisairaanhoido täydentävät muuta kotipalvelua. Tukipalveluilla asiakas saa esimerkiksi apua hygieniasta huolehtimiseen kuten kylvetykseen, apua kodin siivoukseen, tai kuljetuspalveluina apua liikkumiseen kodin ulkopuolelle. Kotisairaanhoido toteuttaa sairaanhoidollisia toimenpiteitä sairaalan ulkopuolella, asiakkaan kodiksi lukeutuvassa ympäristössä. Kotisairaanhoido voi olla tilapäistä tai pitkäaikaista. Lääkärin määräämät kotisairaanhoidolliset toimenpiteet voivat olla esimerkiksi näytteenottoa, lääkkeiden antoa tai kotiin järjestettävää saattohoitoa. Kun kunta on yhdistänyt kotipalvelut ja sairaanhoidon, tätä kutsutaan kotihoitoksi. Tärkeimmät kotipalveluja ohjaavat lait ovat sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki. (STM 2015b.)

Kotihoiton maksu määräytyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksen säästösten (912/1992) mukaisesti (Kuntaliitto 2018). Maksut määräytyvät sen mukaan, onko palvelujen tarve tilapäistä vai jatkuvaa. Palvelujen maksuun vaikuttaa myös palvelujen laatu, perheen tulot sekä perhesuhteet. Asiakas sopii yhdessä kunnan kanssa asiakkaan tarpeita vastaavan yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman. (STM 2015b.)

Tutkimuksessa Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoitossa (Hautsalo, Rantanen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2016, 5) korostavat iäkkäiden kuulemisen tärkeyttä palvelusopimusta suunniteltaessa. Näin oikeanlaiset tukimuodot saataisiin kohdennettua asiakkaiden tarpeita vastaamaan, palveluita voitaisiin kehittää kotona selviytymistä tukevaksi ja näin ollen kotona viihtyvyys lisääntyisi. Kotihoiton tuloksina positiivisen elämänasenteen ja itseluottamuksen lisääntyminen saattaisi siirtää laitokseen siirtymisen tarvetta myöhemmäksi. (Hautsalo ym. 2016, 5.)

1900-luvulla alkoi maassamme kotihoidon integrointikehitys. Tämän myötä kotihoito käsitteenä alkoi yleistymään. (Paljärvi 2012,19.) Vuonna 2010 Valtiontalouden tarkastusviraston lausunnossa ilmeni, että kotihoito on edelleen käsitteenä epämääräinen, epäyhtenäinen, epäselvä ja epätarkoituksenmukainen sekä määrittely muutoinkin puutteellista. Tämä johti siihen, että ikäihmisten saama hoito oli alueellisesti eritasoista, eikä valtakunnalliset tilastot kotipalveluista, niiden määrästä ja laadusta, olleet vertailukelpoisia keskenään. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 60, 115.) Valtiontalouden tarkastusviraston (2010) mielestä sosiaali- ja terveysministeriön tulisi määrittellä täsmällisesti, mitä kotihoidolla tarkoitetaan. Täsmällisen määrittelyn avulla asiakkaat saisivat yhdenvertaista hoitoa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 115.)

3.1.2 Kotihoidon asiakas

Kotihoidon asiakasryhmään kuuluvat ikääntyneet, vammaisasiakkaat, päihdeongelmaiset ja mielenterveyskuntoutujat (Ikonen & Julkunen 2007,15). Asiakasryhmä muodostuu kaiken ikäisistä, mutta suurin ikäryhmä on 75 vuotta täyttäneitä pitkäaikaissairauksia potevia ikääntyneitä ihmisiä (Ikonen, 2015, 42). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2016 marraskuussa yhteensä noin 73500, joista noin 56700 (77%) oli 75 vuotta täyttäneitä. Kaikista asiakkaista 66% oli naisia. (THL 2017a.) Yli puolella asiakkaista hoitosuhde alkaa, kun hoidon tarve kotona kasvaa fyysisen toimintakyvyn heiketessä, tai kun asiakas ei muutoin kykene kaikissa määrin huolehtimaan itsestään (Keskinen 2015, 6).

Kotihoidon palveluita tarjotaan niitä eniten tarvitseville, kokonaistilanne ja palvelun tarve arvioiden (Ikonen, 2015, 30). Hyvä kotihoito tarkoittaa asiakkaalle juuri sitä, että hoito on kokonaisvaltaista ja keskittyy koko elämään, eikä vain yksittäisiin toimenpiteisiin ja tehtäviin (Reubsaet, Salonen, Walmsley, Cervera, Sirotkina, Jensen & Aron 2009, 12). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (2015) mukaan, kotipalvelu tukee ja auttaa tilapäisesti tai pitkäaikaisesti asiakkaita ja perheitä, kun kotona pärjääminen tai perus arjesta selviytyminen on vaikeutunut ja avuntarve täyttää palvelulle vaadittavat kriteerit. (Valvira 2015.) Asiakkaan elämäntilannetta ja toimintakykyä tuetaan ja vahvistetaan fyysisin, psyykkisin ja sosiaalisin keinoin niin, että arki ja asuminen sujuisivat omassa kodissa mahdollisimman pitkään (Van De Weerd & Baratta 2012, 1; Thl 2017). Asiakkaan näkökulmasta tärkeitä asioita kotihoidossa ovat luottamuksellinen suhde hoitajaan, sekä mahdollisuus keskustella hänelle tärkeistä asioista (Reubsaet ym. 2009, 58)

Asiakas on kotihoidossa kanssatoimija ja häntä ei pitäisi asettaa siis toiminnan kohteeksi. Tärkeää on vuorovaikutuksellinen suhde hoitajien kanssa ja se, että asiakas on itse luomassa tavoitteet kotihoidon toiminnalle. (Myllymäki, 2014, 55.)

Asiakas tai perhe on oikeutettu kotipalvelun saamiseen esimerkiksi sairauden tai muun vastaavan toimintakykyä alentavan syyn tai perhetilannetta kuormittavan asian vuoksi (Valvira 2015). Jokaisen asiakkaan tilanne on yksilöllinen ja voi muuttua päivästä toiseen. Asiakkaan tarpeisiin vaikuttaa myös monet tekijät liittyen asiakkaan persoonaan ja ympäristöön, kuten odotukset, kokemukset ja rutiinit. (Reubsaet ym. 2009, 57.)

Lapsiperheet ovat myös oikeutettuja kotipalveluihin, kun se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Useimmilla paikkakunnilla kotihoidon palveluja tarjotaan myös iltaisin ja viikonloppuisin. Joillakin paikkakunnilla on mahdollisuus yöllä tapahtuvaan hoitoon. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto tiedottaa kunkin paikkakunnan palveluista. (STM 2015a.)

3.1.3 Kotihoidon suunta ja tulevaisuus

Ikääntyvän ja kasvavan vanhusväestön myötä kotihoidon asiakasmäärät ja hoidon tarpeet tulevat lisääntymään (Genet 2011,1; THL:n 2017c). THL:n tutkimuksessa myös osoitetaan, kuinka henkilöstön määrää kotihoidolta on vähennetty. Samaan aikaan ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevien hoivapaikkoja on vähennetty 2800:lla asiakaspaikalla. (THL 2017c.) Hallituksen kärkihankkeella ” Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omahoitoa (I&O)” otetaan kantaa kotihoidon parantamiseen. I&O-hankkeella tavoitellaan kotihoidolle palveluja 24 tuntia vuorokaudessa viikonloput mukaan lukien, keskitytään kuntoutuksen tehostamiseen ja teknologian mukaan ottamiseen asiakkaan omatoimisuutta tukemaan. Teknologiassa painotus on turvalaitteissa, kuten turvarannekkeissa. (THL 2017c.)

Kotihoidon kehittäminen on kansainvälinen ilmiö, ja esimerkiksi EU-maissa kotihoito palvelualana kasvaa kiihtyvää tahtia (Paljärvi 2012, 13). Paljärven mukaan kotimaassa toimivan ja laadukkaan kotihoidon toteuttaminen tulevaisuudessa vaatii työntekijöiltään täydennys- ja lisäkoulutuksia osaamisen ja palvelujen laadun takaamiseksi. Tärkeiksi asioiksi nousee varhainen mukaantulo, ehkäisevä, ennakkoiva ja kuntouttava työote sekä tiedonkulun ja yhteistyön saumattomuus eri toimijoiden välillä. (Paljärvi 2012, 35,53.)

Esille nousee myös yksilöllinen kohtaaminen, tarpeita vastaava hoito sekä vuorovaikutus (Hautsalo ym. 2016, 4).

3.2 Hoidon laatu

Hoidon laatu ei käsitteenä ole yksiselitteinen. Useissa tutkimuksissa käy esiin, kuinka hoidon laatua arvioitaessa määritelmä riippuu siitä mistä ja kenen näkökulmasta määritelmää tehdään. Hoidon laatu on useiden tekijöiden tulosta, mutta hoidon laatua ei voi arvioida huomioimatta potilaan näkökulmaa. Määrittelyyn ei ole olemassa yhtä ainoaa kriteeriä, kansallista koordinaatiota tai vertailupohjaa. Laadun mittaus riippuu yleensä yksiköiden ja johdon aktiivisuudesta. (Tepponen 2009, 32 -33; Helminen 2010,5; Koivuranta-Vaara 2011, 5; Niittymäki 2015,17,19.) Myöskään kotihoidon laadusta ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä ja vakiinnuttua määritelmää (Tepponen 2009, 32).

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteistyöllä julkistetussa ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 -2019”, laatua määritellään seuraavasti: ”Laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden tunnistettuihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, luotettavasti, vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti” (STM 2017:6, 35-36). Laadukkaassa palvelussa huomioidaan asiakkaan tarpeet, toimintakyky, hyvinvointi ja terveyshyöty, arvioidaan onnistumista asiakkaan palautteen mukaan, vastataan asiakkaiden tarpeeseen oikea aikaisesti oikeanlaisella palvelukokonaisuudella (STM 2017).

Hoidon laatua on Suomessa tutkittu runsaasti. Julkisen hallinnon laatuajattelu on kehittynyt 1900-luvulta lähtien, eri puolilla maailmaa terveydenhuollon henkilöstön kiinnostus laatuajattelua kohtaan on kehittynyt jo 1960-luvulta lähtien (Paljärvi 2012, 29). Hoidon laatua on tutkittu eri menetelmillä, kuten MAUT- menetelmällä (Multi Attribute Utilization Tecnology = Monia ulottuvuuksia käyttävä arviointimenetelmä), valtakunnallisella asiakastytyväisyysmittauksella, Sosiaali- ja terveysministeriön KASTE-tutkimuksella vuosina 2008-2011 sekä THL:n ASLA-tutkimuksella vuosille 2015-2020, joka tutkii koettua hoidon laatua asiakkaan näkökulmasta. (Tepponen 2009, 33; THL 2016). Valmistilla oleva Sote-uudistus kehittää hoitotyön laatua entisestään. Kun asiakkailla on mahdollisuus valita hoitopaikka, on hoidon laadun esille tuominen entistäkin merkittävämpää. (THL 2018.)

Stm:n ja Suomen Kuntaliiton laatusuositus on säädetty vanhenevan väestön vuoksi ja korvaa aiemmat vuosien 2001, 2008 ja 2013 suositukset. Laatusuosituksessa nousee esille viisi keskeisintä hoidon laadulle asetettua tavoitetta:

1. Turvataan yhdessä mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä

Tämä tarkoittaa, että julkisen talouden kestävyttä lisätään tukemalla tervettä ikääntymistä ja sen myötä työurien pidentymistä. Mahdollistetaan iäkkäiden täysivaltainen osallisuus yhteiskunnassa, parannetaan heidän elämänlaatuaan, jonka myötä tarve sosiaali- ja terveystaloukselle mahdollisesti vähenee.

2. Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön

Käytetään ns. yhden luukun periaatetta. Keskitetyssä palveluohjauksessa asiakkaan ei tarvitse itse tietää, mitä ja mistä palvelua haetaan. Keskitetyllä asiakas- ja palveluohjauksella helpotetaan tukien ja palveluiden hakemista, koordinointia ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista.

3. Laadulla on tekijänsä

Riittävä määrä osaavaa henkilöstöä on edellytys turvallisen ja laadukkaan hoidon takaamiseksi iäkkäille henkilöille.

4. Ikäystävällinen palvelujen rakenne

Lisätään iäkkäiden kotona asumisen mahdollisuuksia. Tuetaan, kehitetään ja edistetään kotona asumisen mahdollisuutta.

5. Teknologiasta kaikki irti

Robotiikan, automatiikan ja uudenlaisen teknologian hyödyntäminen ja huomattava lisääminen kaikilla toimialoilla. (STM 2017:6)

Ikäihmisen hyvän elämän edistämissä kyse on muustakin kuin hoivasta ja huolenpidosta. Keskeisiä eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, osallisuus, kokonaisvaltaisuus ja tasavertaisuus. Myös ikäihmisillä tulisi olla mahdollisuus asettaa voimavarojensa mukaisesti kiinnostuksen kohteet ja tavoitteet. (Järnström 2011, 255; STM 2017:6,15.) Samaan asiaan viittaa Louise Reeve (2008) tutkimuksessaan, jonka mukaan kotihoidon asiakkaiden autonomian säilyminen lisää tunnetta elämänhallinnasta ja vaikuttamisen mahdollisuudesta (Reeve 2008, 46).

Laatusuosituksen tarkoitus on tukea kuntia ja varautua ikääntyvien lisääntyvään avuntarpeeseen sekä lisääntyvään paineeseen terveydenhuollossa (STM 2017:6,7). Hoidon laatu ikäihmiset huomioiden on ajankohtainen aihe, sillä Jaatisen (2017) tutkimuksessa ilmenee, että Suomen väestörakenteen on ennustettu muuttuvan vuoteen 2030 niin, että yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa 25,6%. (Jaatinen 2017, 1)

3.3 Aika ja ajankäyttö kotihoidossa

Aika ja ajankäyttö on oleellista kotihoidon työssä, koska jo hoitajan työpäivän suunnittelu vaatii tietyn aikakehyksen. Myös asiakkaan kanssa on voitu sopia käynnin ajankohdasta, eikä esim. aamupäivälle sovittua käyntiä voi näin ollen siirtää mihin vain ajankohtaan päivästä. Jotkin toimenpiteet saattavat myös olla sellaisia, jotka pitää tehdä tiettyyn aikaan päivästä ja tällöin kyseessä olevat käynnit ovat aikakriittisiä. (Ikonen 2015, 162.) Tällaisia aikakriittisiä käyntejä ovat mm. aamukäynnit, jolloin annetaan asiakkaan aamulääkkeet. Myös verikokeet on otettava aamulla, jos vastaus halutaan saada seuraavaksi päiväksi. Aika liittyy myös asiakkaalta perittävään maksuun siten, että säännöllisen kotihoidon asiakasmaksun yksi määräävä tekijä on kotihoidon käyntien määrä (STM 2015 c).

Hoitajan työaika jaetaan välilliseen ja välittömään työaikaan. Välitön työaika tarkoittaa sitä aikaa, jonka hoitaja on läsnä asiakkaan luona. Välillinen työaika kattaa kaiken sen työajan, jonka hoitaja tekee muualla kuin asiakkaan luona. Tällaisia töitä voivat olla mm. siirtymiset, kirjaaminen, asiointi, tauot, palaverit. (Kaustinen 2011, 71.) Koko maan kattavassa kotihoidon tutkimuksessa välillinen työaika sairaanhoitajilla oli 35% ja lähihoitajilla 60% työajasta (Alastalo, Vainio & Sarivaara 2016, 18).

Räsänen (2017) on tutkinut hoitajien työajan merkityksiä liittyen vanhusten elämänlaatuun. Tutkimuksen mukaan vanhusten ja hoitajien kohtaamisissa pelkästään annettu aika ei ole sidoksissa hoidon laatuun ja asiakkaan kokemaan tyytyväisyyteen, vaan asiakkaille merkityksellisempää on se mitä tuon ajan sisällä tapahtuu. Myös Duffield ym. on päätenyt samaan olettamukseen, että hoitohenkilökunnan määrää lisäämällä ei silti pystytä takaamaan hoidon laadun kasvamista (Duffield ym. 2008.) Voidaankin todeta, että jos hoitajan tekemät toimet ovat laadukkaita ja oikeanlaisia, niin pienemmälläkin ajankäytöllä potilas voi saada enemmän, kuin sillä että hoidon taso on huonoa ja aikaa asiakkaalle annetaan

enemmän. Asiakkaat arvostavat siis enemmän palvelun laatua, kuin siihen käytettyä aikaa. (Räsänen 2017, 122.)

Aika on yksi tärkeä kokemuksen ulottuvuus ja sitä on tutkittu eri tieteen aloilla runsaasti ja se herättääkin paljon mielenkiintoa. Jokainen kokee ajan eri tavalla ja yleisesti erilaiset aikasuhteet onkin jaettu kolmeen aikaan: kellon aika, rytmisen aika, joka liittyy luonnon rytmitykseen ja jaksoihin, sekä kokemuksellinen aika, joka tarkoittaa, että eletään hetkessä, tässä ja nyt. (Lampikoski 2009, 45 & Salminen 2006, 118.) Jokaisella on oma henkilökohtainen ajantaju ja myös kulttuurilliset seikat vaikuttavat siihen. Tietoa ajan merkityksistä ihmisille voidaan saada esimerkiksi haastatteleamalla tai havainnoimalla. (Salminen 2006, 1.)

Ajassa on menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus ja ihminen peilaa kokemuksiaan ja odotuksiaan tämän hetkiseen todellisuuteen. Ajantaju syntyykin siitä aikavälistä, joka jää toiveiden ja niiden toteutumisen väliin. Nykyhetkeen keskittyneenä ei ajankulua huomaa, mutta kun liitämme nykyhetken kokemuksen johonkin menneeseen kokemukseen tai vastaavasti tulevaan odotukseen, niin tällöin ajankulun tunne tulee todelliseksi. (Salminen 2006, 121.) Kotihoidon asiakkailla näitä odotuksen tunteita liittyy hoitajien käynteihin, koska hoitaja kuuluu vahvasti mukaan kotihoidon asiakkaan päivärytmiin ja sosiaaliseen elämään ja lisäksi asiakas viettää kotonaan suurimman osan päivästä (Salonen, 2011, 163 & Myllymäki, 2014, 10). Joskus asiakas joutuu odottamaan pitkäänkin hoitajan käyntiä ja voi käydä niin, että hoitaja ei tulekaan sovittuna aikana. Tämä aiheuttaa huolta ja stressiä asiakkaalle ja hän voi luulla, että hänet on unohdettu. Joskus taas aikataulu on liian aikainen ja hoitaja tulee aiemmin kuin on sovittu, tämä taas aiheuttaa harmia, jos asiakas autetaan nukkumaan aikaisemmin kuin asiakkaan rytmiin olisi sopinut. (Groom & Sykes 2011, 22.)

3.4 Kiire

Kiire on ajankohtainen aihe ja se usein liitetään vahvasti hoitotyön ja kotihoidon arkeen. Kiire on moniulotteinen käsite ja ennen kaikkea se on tunnetila. Kiire ilmiönä ja käsitteenä rakentuukin monesta eri tekijästä. Hoitotyössä onkin usein tapana suhtautua kiireeseen siten, että se ikään kuin kuuluu työhön. Kiire voi näyttäytyä hoitotyössä jopa asiaan kuuluvana asenteena. (Lehtinen 2006, 46.) Määrittelyä hankaloittaa myös se, että jokai-

nen voi kokea kiireen eri tavoin. Kielitoimistonsanakirja (2018) määrittelee kiireen substantiivina seuraavasti; käytettävissä olevan ajan niukkuus tai puute, hoppu tai hätä. Adjektiivina kiireinen, kiireellinen, esim. on ollut kiireinen päivä. (Kielitoimistonsanakirja 2018.)

3.4.1 Kiireen historiaa työelämässä

Lehdon & Sutelan Tilastokeskukselle tekemässä tutkimuksessa (2008) todetaan, että kiirettä työoloihin liittyvänä tekijänä on raportoitu ensimmäisiä kertoja vasta 1980-luvulla. Tällöinkään kiirettä ja sen lisääntymistä ei vielä pidetty uskottavana, vaan vasta vuoden 1997 tutkimuksissa kiireen lisääntyminen ja vaikutukset ovat alkaneet nostattaa keskusteluja ja ne ovat alkaneet kiinnostamaan tutkijoita. Kiireen haittaavuutta on kuitenkin tutkittu työolotutkimuksessa jo 1977 alkaen, jolloin 18 % palkansaajista koki kiireen aiheuttavan haittaa työntekoon. Vuonna 2008 samainen tutkimus antoi tulokseksi 31 %, joten kasvua on tullut selkeästi. (Lehto & Sutela 2008, 67.)

Vertailtaessa eri ammattien kiireen haittaavuutta voidaan todeta, että vuoden 2008 tutkimuksessa eniten haittaa kiireestä kokee terveydenhoitoalalla työskentelevät, jossa 46 % vastaajista kokee kiireen haittaavan työtä. (Lehto & Sutela 2008, 67.) Kun tarkastellaan asiaa kotihoidon näkökulmasta, niin Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisusta (2017) käy ilmi, että kotihoidontyöntekijöistä jopa puolet kokee usein tunnetta, että kiireen takia ei ehdi tekemään töitään kunnolla. Samaisessa tutkimuksessa on todettu, että kiire näkyy huolestuttavasti myös kaikissa vanhuspalveluissa, mutta kotihoidossa ongelmia on eniten (Vehko, Sinervo & Joseffson 2017, 2-3.)

3.4.2 Kiire ja kotihoito

Kotipalvelutyön tapaustutkimuksessa (2006) kotihoidon kiirettä määritellään hoitajien näkökulmasta. Hoitajat kokevat, että olemassa oleva aika aiheuttaa kiirettä, koska tietyt asiat pitää saada tehtyä aikarajojen puitteissa. Kiire syntyy käytettävissä olevan ajan ja tehtävänä olevien töiden epätasapainosta. Niemelä (2006) kuvaa kiireen määrittelyn ai-nekset alla olevassa kaaviossa, jossa kiire syntyy toiminnassa, kiire koetaan ja kiireellä on vaikutuksensa. (Niemelä 2006, 125.)



Kuva1. Kiiremärittelyn ainekset (Niemelä 2006, 125).

Kotihoidossa olevien työntekijöiden kiirettä voidaan kuvata Niemelän (2006) mukaan ajoittaisena tai jatkuvana kiireenä. Viikonloppuisin hoitajat kokivat kiireen olevan jatkuvaa ja arjen kiire oli ajoittaista. Niemelä (2006) jakaa kiireen vielä tiedossa olevaan kiireeseen ja ennakoimattomaan kiireeseen. Tiedossa olevaa kiirettä aiheuttavat mm. palaverit, opiskelijan läsnäolo ja tiedossa oleva asiakkaan lisähoito. Ennakoimatonta kiirettä taas aiheuttavat asiakkaan terveydentilan muutokset, asiakkaan ylimääräiset toiveet, työntekijän inhimillinen unohtelu ja asioiden päällekkäin sopiminen. (Niemelä 2006, 152.)

Ruokosen (2009) mukaan kiireinen ihminen ei useinkaan ole nopea, vaan toiminta muistuttaa ryntäilyä. Nopeus ja kiire eivät olekaan sama asia ja jatkuvan kiireen syytä olisikin hyvä selvittää ja ratkaista niitä tehokkuuden ja nopeuden parantamiseksi. (Ruokonen 2009, 29.) Ajoittainen kiire ei ole vakavaa, vaan se saattaa jopa olla tarpeellistakin ja se saa tuottamaan hyviä tuloksia, mutta jatkuva kiire taas vähentää tehokkuutta (Lampikoski 2009, 31; Ruokonen 2009, 25). Myös MEADOV-tutkimuksessa (2012) on päädytty samankaltaisiin tuloksiin; Jos työntekijä pystyy itse vaikuttamaan työn tekemiseen ja saa työyhteisön tuen, niin rajatun ajan kestävät kiirekokemukset tehostavat työskentelyä. Jatkuvana koettu kiire taas heikentää hyvinvointia, tuottavuutta ja turvallisuutta. (Puttonen, Sasu & Pahkin 2016, 11.)

3.4.3 Mitä kiireestä aiheutuu?

Jokainen kotihoidon kohtaaminen luo asiakkaalle jonkinlaisen kokemuksen. Asiakkaan ja hoitajan väliset kohtaamiset ovatkin tärkeitä hetkiä luomaan käsitystä siitä, onko palvelu hyvää, huonoa vai keskinkertaista. (Berry, Carbone & Hackel 2002.) Kotihoidon työssä ajanpuute näkyy hoitajien kiirehtimisellä ja tämä vaikuttaa asiakkaiden saamaan

kokemukseen ja hoitoon. Kun hoitajat ovat kiireisiä, niin asiakkaat eivät voi kertoa huolistaan tai pyytää apua tarpeellisiin tehtäviin. Lisäksi riittävä keskustelu ja kuulumisten vaihto jää puuttumaan. (Hautsalo ym. 2016, 7.) Kiire aiheuttaa ongelmia myös vuorovai-
kutuksessa. Kun tekee työtä nopeasti ja kiireessä, niin asiakkaan kohtaaminen ja hänen kanssaan juttelu ja tutustuminen jäävät vähälle. Tämä aiheuttaa ulkopuolisuudentunteita, joka usein johtaa välittämisen ja huolenpitämisen niukkuuteen. (Hämäläinen 2009, 78.) Vanhukset ovat kertoneet kokevansa myös turvattomuutta hoitajien kiireen vuoksi (Ikonen 2011, 58).

Tilastokeskuksen työolotutkimuksen (2008) mukaan työssä olevan kiireen vuoksi aiheutuu myös seuraavia ongelmia:

- Virheet työssä
- Työuupumus
- Työilmapiirin ongelmat
- Sairauspoissaolot
- Ei ehdi tekemään töitä niin hyvin kuin haluaisi
- Ei aikaa suunnitella
- Ei aikaa kouluttautua
- Tapaturmavaara
- Ei aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen
- Vaikeus paneutua asiakkaan ongelmiin
- Ahdistus työasioista myös vapaa-ajalla

(Lehto & Sutela 2008, 75.)

Kaija Ikonen tutkimuksessa (2011) haastateltiin kahdeksaa vanhusta. Tutkimuksessa vanhukset toivoivat kotihoidolta kiireettömyyttä, selkeätä tiedottamista, sekä tuttuja hoitajia, jotka paneutuvat huolella asioihin ja ongelmiin. Vanhukset eivät olleet kuitenkaan tyytyväisiä nykyiseen palvelutasoon ja suurimpana palvelujen laatua heikentävänä tekijänä koettiin olevan hoitajien kiire. (Ikonen, 2011, 59.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä käytetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimustyyli sopii hyvin niiden asioiden tutkimiseen, joista löytyy vain vähän tietoa ja teoriaa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena onkin tuottaa uutta tietoa kotihoidon kehittämistä varten. (Kylmä & Juvakka 2012, 30.)

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmän lähtökohtana on kuvata ihmisen kokemuksia ja merkityksiä omassa elämismaailmassaan (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 82). Tällä lähestymistavalla tuomme esiin kotihoidon asiakkaan kokemuksia hoitajien ajankäyttöön liittyen. Kiinnostuksen kohteena on haastatteluun osallistujien näkökulma hoitajien heidän luonaan käyttämästä ajasta, siitä mitä se heille merkitsee ja miten he kokevat todellisuuden kotihoidon asiakkaana. (Kylmä & Juvakka 2012, 22.) Kiire peruskäsitteenä on käytössä vain teoriaosuudessa ja sitä ei käytetä haastattelujen yhteydessä, jos osallistuja ei sitä itse ota esiin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen erityisiin piirteisiin kuuluu tapa tutkia ilmiötä ja asioita niiden luonnollisissa ympäristöissä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 66). Onkin luontevaa, että osallistujat ovat heidän kodeissaan, kun haastattelut tapahtuvat. Luonnolliseksi ympäristön tekee myös se seikka, että koti on kotihoidon työympäristö. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 17.)

Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan kerätä monella eri tavalla, kuten havainnoinnalla, haastatteluin tai videoimalla. (Kylmä & Juvakka 2012, 27.) Tässä työssä menetelmäksi on valittu haastattelu. Osallistujien määrä on laadullisessa tutkimuksessa usein pieni ja tällä pyritään siihen, että aineisto olisi mahdollisimman laadukas kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. Tässä työssä haastattelu tehtiin kuudelle kotihoidon asiakkaalle. Ominaista on myös, että haastateltavien määrä ei ole aina alussa selkeä. Aineistoa pyritään keräämään niin kauan, että saavutetaan saturaatio ja uutta tietoa ei enää tule. (Kylmä & Juvakka 2012, 27.) Tämän opinnäytetyön toteuttamiseen haettiin lupa kymmenelle osallistujalle, joten tarpeen mukaan haastatteluja olisi voinut jatkaa, jos saatu aineisto ei olisi ollut riittävä.

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kirjallisuuskatsauksen pääasiallinen tarkoitus on luoda kuvaa tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen-Vehviläinen 2012, 92). Läpi työn käytimme monipuolista ja kriittistä lähdeaineistoa. Tiedonhaussa käytimme erilaisia tietokantoja, kuten Medic, Tamk Finna, STM, THL, EBSCO, PubMed ja Cinahl. Hakusanoina käytimme Mesh ja FinnMesh palvelun avulla tuotettuja asiasanoja teoreettisista lähtökohdistamme. Käytettyjä hakusanoja olivat mm. Ajanhallinta, ajankäyttö, kiire, kiireettömyys, kiireellisyys, kotihoito, avohoito, asiakassuhde, potilaslähtöisyys, asiakaskokemukset, asiakasyytyväisyys, palvelutaso ja -laatu. Englannin kielisiä hakusanoja olivat mm. urgency, hurry, rush, time use, time management, home care, nursing, health care, customer satisfaction, quality, service level. Käytimme hauissa apuna Boolean operaattoreita. Hakutulosten perusteella valikoimme työhömmä soveltuvat teokset. Laajensimme hakua etsimällä lisäksi manuaalisesti muuta kirjallisuutta ja tutkimuksia.

Hoitotyön käytännöt muuttuvat nopeasti ja emme halunneet työhömmä vanhentuneita tietoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2012, 93.) Hakukriteereinä pidimme sitä, että valitut lähteet saivat olla pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhoja. Jotkut lähteet eivät täyttäneet tätä kriteeriä, mutta katsoimme tiedon näissä olevan edelleen ajantasaista. Asetimme työhömmä valittaville lähteille kriteeriksi, että niiden piti olla vähintään pro gradu tasoisia. Työn teoreettiset lähtökohdat perustuvat kirjallisuuskatsaukseen.

4.3 Aineiston keruu

Keräsimme aineiston itse haastattelemalla osallistujia. Aineistonkeruun menetelmänä käytimme yksilöhaastatteluja (Kylmä & Juvakka 2012, 77). Haastatteluun osallistujat valittiin prosessissa, jossa ensin kotihoidon työntekijät valitsivat mahdollisia haastateltavia antamillamme kriteereillä. (Liite 1). Kriteerien avulla poissuljettiin esimerkiksi se, että haastateltavien joukkoon ei tullut muistisairautta sairastavia. (Puusa & Juuti 2011, 76.) Tämän jälkeen varsinaiset haastateltavat valittiin arpomalla tästä joukosta. Haastatteluun osallistujat informoitiin etukäteen ja etukäteisinformointina käytettiin tekemäämme saatekirjettä. (Liite 2.) Osallistujat antoivat suullisen ja kirjallisen suostumuksen haastatteluun osallistumiseen (Liite 3). (Kylmä & Juvakka 2012, 70.)

Haastattelutilanteessa paikalla oli toinen haastattelijoista, sekä osallistuja. Haastattelut jaettiin siten, että molemmat työn tekijät haastattelivat kolme kotihoidon asiakasta. Yhteensä haastatteluja tehtiin kuusi. Yhteen haastatteluun oli varattu aikaa tunti ja tämä aika riitti hyvin kaikkien haastatteluiden kohdalla. Keskimäärin yhden haastattelun kesto oli noin 30-40 minuuttia.

Haastattelumenetelmänä käytimme teemahaastattelua, jonka avulla saatiin hyvin esiin haastateltavien kokemukset, subjektiiviset käsitykset ja kokemusmaailma. Haastattelun teemat ja tarkentavat kysymykset valittiin etukäteen. Haastattelut rakentuivat haastattelutilanteen mukaan ja haastatteluja ohjattiin teeman mukaan kontrolloimatta kuitenkaan liikaa niiden etenemistä. Teimme haastattelurungon hyvin avoimeksi, että vältyimme haastattelun liialta ohjaukselta ja osallistujien vastausten rajaamiselta. (Puusa & Juuti 2011, 81-82; Kylmä & Juvakka 2012, 78-80.) Haastattelut etenivät teemahaastatteluun ominaisella tyyllillä. Haastatteluissa käytiin läpi laatimamme haastattelurunko (liite 5) mutta haastattelun laajuus ja kysymysten järjestys ja kysymistapa vaihtelivat haastateltavien välillä. (Puusa & Juuti 2011, 82.) Käytimme haastatteluiden taltioinneissa apuna nauhuria. Ennen haastatteluiden alkua nauhuri sijoitettiin siten, että haastateltavien ääni saatiin puhtaasti taltioitua (Kylmä & Juvakka 2012, 90-91).

Otimme huomioon haastatteluissa Kankkusen & Vehviläinen- Julkusen teoksessa (2015) mainitut haastattelun kymmenen käskyä; kiinnitimme huomiota asialliseen pukeutumiseen, selkeään kommunikointiin, sekä kehonkieleen ja sanattomaan viestintään. Haastattelut aloitettiin jutustelemalla hieman lämmittelykysymysten avulla ja näin luotiin tilanne mahdollisimman luontevaksi ja miellyttäväksi. Haastateltavat puhuivat asioita myös tutkimuskysymysten ulkopuolelta, mutta kokonaisuudessaan haastattelutilanteet pysyivät haastatteluteeman ympärillä. Haastateltavien koti oli ympäristönä hyvä paikka haastateltaville ja haastateltavat pysyivät rentoina haastattelujen ajan. Haastateltavat toimivat työn tiedonantajina ja heidän kunnioitus ja asianmukainen tiedotus on oleellista läpi työn. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2015, 127.)

Aineiston analyysia varten aineisto muokattiin tekstimuotoon. Huomioimme aikataulussa nauhoitetun aineiston tekstiksi kirjoittamisen. Teksti kirjoitettiin auki tarkkaan siten, että jokainen sana kirjoitettiin niin kuin ne oli sanottu. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2015, 164.) Kirjoittamalla haastatteluaineiston tekstiksi eli litteroimalla pääsimme samalla perehtymään ja syventymään aineistoon. Litteroimme aineistot pian

haastattelujen jälkeen, että haastattelut olivat vielä tuoreessa muistissa. (Puusa & Juuti 2011, 120.) Litteroitua aineistoa saatiin yhteensä 31 sivua.

4.4 Sisällönanalyysi

Aineiston käsittelyssä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistona tässä työssä toimi yksilöhaastatteluilla hankkimamme aineisto. Sisällönanalyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla kuvataan analyysin kohteena olevaa tekstiä. Laadulliselle tutkimukselle ominaiseen tapaan aihetta käsiteltiin ja tarkasteltiin mahdollisimman avoimesti. Aineiston analyysissa haastatteluissa saatu aineisto tiivistyi ja aineisto muuttui haastatteluaineistosta tutkittavan ilmiön teoreettiseksi kuvaukseksi. (Kylmä & Juvakka 2012, 112-113.)

Aloitimme analyysin hakemalla tekstistä tutkimuskysymyksiin vastaavia osia. Tekstit luettiin läpi useaan kertaan ja niistä alleviivattiin kaikki tutkimuskysymyksiin liittyvät osat eli alkuperäisilmaisut. Löydetyt ilmaisut tiivistettiin siten, että niiden alkuperäinen ajatus säilyi. (Kylmä & Juvakka 2012, 117.) Tutkimuskysymyksiin vastaavia tiivistettyjä ilmaisuja löydettiin yhteensä 171 kappaletta.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä tiivistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Tiivistetty ilmaus
<i>Mä en oo koskaan sitä ajatellu, että oisko minulla asiakkaana edes mahdollisuutta puuttua siihen, että vaikuttaisin jotenkin heidän ajankäyttöön</i> (M2)	Ei ole ajatellut, että olisi vaikutusmahdollisuus hoitajien ajankäyttöön
<i>Ja sitten on semmonen turvallisuuden tunne, se on nyt kyllä yks hyvin tärkeä asia, että mä tiedän, että sieltä aina joku tulee aina joka aamu</i> (N3)	Syntyy turvallisuuden tunne hoitajien käynneistä
<i>Se on tietysti aina nämä ajat sitte, aamulla tullaan kymmeneltä ja illalla niin, että ne ei pidä yhtään paikkaansa ne tulot ja menot</i> (M1)	Hoitajien käyntiajat ei toteudu asiakkaan toivomalla tavalla

Kun aineisto saatiin tiivistettyä, aloitettiin aineiston ryhmittely ja tulkinta. Ryhmittely tehtiin aineiston ja tutkimuskysymysten ohjaamana siten, että tiivistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia. Samaa tarkoittavat tiivistykset yhdistettiin alaluokiksi.

(Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2015, 169.) Alaluokkia muodostui yhteensä 19 kpl.

TAULUKKO 2. Esimerkkejä alaluokkien muodostamisesta

Tiivistetty ilmaus	Alaluokka
Ajankäyttö riippuu hoitajasta Hoitajien ajankäyttö monimutkainen asia, koska ihmiset erilaisia Eri henkilöt käyttäytyvät eri tavalla Toisilla hoitajilla menee enemmän aikaa kuin toisilla	Hoitajan ominaisuuksien merkitys ajankäytössä
Hoitajat varmistavat tarvitseeko apua Aina saa apua kun pyytää Hoitajilla on palveluallttiutta Hoitaja tekee sellaisia asioita kuin asiakas toivoo	Asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden huomioiminen
Kun asiakas huomauttaa virheestä, hoitaja ei ota kritiikkiä vastaan Hoitaja ei tullut, vaikka oli sovittu Asiakasta jää vaivaamaan hoitajan tekemät pienet virheet Hoitajilla on ollut huolimattomuutta	Asiakkaille aiheutuneet haitat hoitotyössä

Seuraavassa vaiheessa tiivistämistä jatkettiin edelleen ja mukaan tuli myös abstrahointia, eli yleiskäsitteen muodostamista. Tässä vaiheessa etsittiin jo muodostuneista alaluokista samankaltaisuuksia ja kaikki samansisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi. Yläluokkia muodostui yhteensä neljä kappaletta. Pääluokka muodostui näistä neljästä yläluokasta. (Kylmä & Juvakka 2012, 118-119; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 167.) Aineiston analysointi ilman pelkistyksiä löytyy taulukkona työmme liitteistä (Liite 4).

TAULUKKO 3. Esimerkkejä yläluokkien ja pääluokan muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Hoitajien työkokemuksen merkitys Asiakkaalle aiheutuneet haitat hoitotyössä	Laatu hoitajan ajankäytössä	Hoitajan ajankäytön merkitykset asiakkaalle
Ajankäyttö riippuu muista asiakkaista Hoitajan ominaisuuksien merkitys Kokemus kiireestä	Ajan riittävyys	
Kommunikointi asiakkaan kanssa Asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa ajankäyttöön Käyntien ajankohdat	Ajankäyttöön liittyvät toiveet	

5 TULOKSET

Tässä kappaleessa kuvataan haastatteluaineistoa ja tuodaan esille ajankäytön merkityksiä haastateltaville analyysin pohjautuen, sekä tuodaan esille kotihoidon asiakkaan näkökulma ja kokemukset ajankäytöstä kotihoidon kohtaamisissa ja sen vaikutuksista hoidon laatuun, ajan riittävyteen ja toiveisiin. Aineisto on jäsennelty neljään keskeiseen näkökulmaan, jotka muodostuivat aineiston yläluokista. Näkökulmat kuvaavat ajankäytön merkityksiä aineistossa ja antavat vastauksen tutkimustehtäväämme. Alaluokat näkyvät tekstissä lihavoituna tekstinä.

5.1 Kokemuksia hoitajan käyttämän ajan merkityksistä

Turvallisuuden tunne hoitajan ajankäytössä. Hoitajan mukanaan tuoma turvallisuuden tunne ilmeni tuloksista. Turvallisuus liittyi hoitajan tietämykseen asiakkaan asioista ja tilanteesta. Kokemus siitä, että hoitaja tietää asiakkaan sairauksista ja elämäntilanteesta, sekä päivittäisistä hoidon tarpeista, toivat turvallisuuden tunteita asiakkaille. Luottamus siihen, että hoitaja tulee sovitulle käynnille, oli myös yksi turvallisuuden tunnetta luova tekijä. Haastateltavat toivat esiin, että hoitajien käynnit olivat odotettuja ja ne toivat turvallisuutta asiakkaan elämään kokonaisuudessaan. Yksin olemineenkaan ei tuntunut niin voimakkaalta ja yksinäiseltä kun on tieto siitä, että hoitaja on tulossa käymään.

”Ja sitten on semmonen turvallinen tunne, se on nyt kyllä hyvin tärkeä asia, että mä tiedän, että sieltä aina joku tulee, aina joka aamu.”

Turvallisuuden tunnetta voimisti hoitajan keskittyminen sen hetkiseen asiakkaaseen ja tilanteeseen, sekä se, että hoitajan kanssa voi näyttää tunteensa ja olla erilaisissa tunnetiloissa.

Riippuvuus toisen avusta. Haastattelun tuloksista ilmeni, että haastateltavilla oli tunteita, että he ovat riippuvaisia hoitajan käyttämästä ajasta. Haastateltavilla oli halu pärjätä ja tehdä mahdollisimman paljon itse. Mitä enemmän potilas kykeni tekemään itse asioita, niin sen pienempänä haittana tämä riippuvuuden tunne koettiin. Asiakkaat kokivat tärkeänä oman toimintakyvyn ja osallistumisen oman hyvinvoinnin edistämiseen ja heille oli tärkeää olla osallistumassa itse omaan hoitoonsa. Hyvä toimintakyky ja sen mukana tuoma oman osallisuuden suuri määrä koettiin mielekkäänä ja riippuvuutta vähentävänä

seikkana. Tilanteissa joissa toimintakyky oli heikentynyt, riippuvuuden tunteet tulivat voimakkaammiksi ja ne koettiin avuttomuutena ja toisten vaivoina olemisena. Halu auttaa hoitajaa ja päästää hoitaja vähemmällä työllä ja ajankäytöllä tuli vastauksissa esiin. Vaikka hoitajien käyttämä aika ja heiltä saatu apu koettiin tärkeänä, niin samalla sen koettiin rajoittavan oman elämän hallintaa.

Joustavuus ajankäytössä. Tuloksissa ajankäytön joustavuutta pidettiin positiivisena seikkana hoitajien ajankäytössä. Vastaajat pitivät siitä, että käyntiaikoja pystyi muuttamaan esimerkiksi jonkun asiakkaan oman menon vuoksi myöhäisemmäksi tai aikaisemmaksi.

”Siinä pystyy vähä sitten, jos on jotain sovittua jotain, niin ei se oo aina niin sidottua siihen kellonaikaan.”

Myös hoitajien koettiin toimivan joustavasti ajankäytön suhteen. Jos asiakkaalla oli jotain ylimääräistä avun tarvetta, niin hoitajat pystyivät joustamaan ja tekemään myös näitä ylimääräisiä asioita. Hoitajien koettiin myös ilman pyytämättä tekevän asioita, jotka eivät kuuluneet tavanomaisiin asioihin. Hoitajien koettiin tarjoavan apuaan erilaisiin asioihin ja tilanteisiin liittyen, jotka helpottaisivat asiakkaan arkea. Asiakkaat kokivat, että jos oma toimintakyky yllättäen heikkenee tai tulee jotain muuta, joka poikkeaa asiakkaan normaaleista arkikuvioista, niin apua saa tällöin enemmän. Tämä tuntui asiakkaista hienolta, että tiesi saavansa aina apua, kun sitä tarvitsi.

Kun joustavuus tapahtui asiakkaan tarpeista lähtöisin, niin se koettiin positiivisena, mutta kun se johtui hoitajan näkökulmasta, niin se koettiin negatiivisena. Haastateltavat toivat esiin aikataulujen pitämisen tärkeyden. Heille oli tärkeää, että hoitaja tulee silloin kun on sovittu. Aikataulujen pitävyys koettiin tärkeänä ja hyvän olon ja positiivisen mielen tuojana. Haastateltavat kertoivat, että sovituissa käyntiajoissa oli poikkeavuuksia ja niistä aiheutui paljon odottamista ja muutoksia asiakkaan päivärytmiin. Pahimmillaan esimerkiksi asiakkaan aamutoimet venyivät lounasaikaan saakka.

Odottamiseen suhtauduttiin siten, että kun ei ole mitään muutakaan menoa ja sen tietää niin se ei haittaa, mutta odottaminen ei kuitenkaan ollut miellyttävää ja se ei tuntunut hyvältä. Haastateltavat kokivat saavansa lepoa odottamiselta esimerkiksi niissä tilanteissa, kun omaisia oli paikalla ja tiesi, ettei ketään tarvitse silloin odotella.

5.2 Kokemuksia ajan riittävydestä

Kokemus kiireestä. Kiireen kokeminen jakaantui aineistossa siten, että ne jotka eivät tarvinneet kovin paljon kotihoidon apua, eivät kokeneet niin paljon kiireen kokemuksia, kuin ne jotka tarvitsivat paljon apua. Kiireettömyyden tunteet tulivat siitä, että hoitaja ehti tekemään kaiken tarvittavan, sekä kysyi sen lisäksi, että olisiko vielä muuta mitä asiakas toivoisi hoitajan tekevän. Kiireettömyys näkyi asiakkaalle siten, että hoitaja olisi tarvittaessa valmis vielä viipymään, jos asiakas niin toivoisi. Kiireettömyytenä koettiin myös sellaiset asiakkaan hyväksi tehtävät ylimääräiset asiat, joita hoitaja teki ilman pyytämättä.

”Vaikken mä pyytäny kynsiäni leikkaan, mutta se sano, että on niin terävät kynnet, että otetaan tosta vähä.”

Kun haastateltavat olivat kokeneet kiireen tunteita, ne nähtiin sellaisena, että ne on hyväksyttävä eikä asiakas voi niihin vaikuttaa. Vastaajat kuvasivat hoitajien kiirettä tunteena ja kokemuksena, että hoitaja on kiireinen. He myös mainitsivat, että aikaa on liian vähän ja hoitaja ei viivy kauaa. Myös ajallisesti lyhyt käynti koettiin kiireisenä, esimerkiksi 5-10 minuutin käynti koettiin kiireiseksi käynniksi. Vastaajat kertoivat kokevansa viikonloppuisin enemmän kiireenkokemuksia kuin arkena.

Hoitajan ominaisuuksien merkitys ajankäytössä. Haastattelujen pohjalta havaittiin, että hoitajien ominaisuuksilla on paljon merkitystä asiakkaan kokemuksiin ajankäyttöön liittyvissä asioissa. Haastatteluissa tuli esiin, että toiset hoitajat käyttävät säännöllisesti enemmän aikaa asiakkaan luona kuin toiset. Ajankäyttö koettiin olevan siis usein yhteydessä hoitajan ominaisuuksiin ja toimintatapoihin. Toisten hoitajien kanssa kiireenkokemusta ei tule ja toiset taas ovat niin kiireisiä, että heille olisi tarve siitä huomauttaa.

”On siinä pari semmosta mitkä on vähä, saa toppuutella, että ei ny niin kiirettä tartte pitää.”

Ajankäytön katsottiin olevan monimutkainen selittää, koska eri hoitajilla oli niin erilaiset tyylit toimia. Haastateltavien näkemyksiä kiireen aiheuttavista tekijöistä oli myös se, että

osa hoitajista kiirehti päästäkseen kotiin aikaisemmin. Myös viivyttely matkalla asiakkaiden väleillä mietitytti haastateltavia ja he arvelivat tällaisten seikkojen aiheuttavan kiirettä asiakkaan hoidossa.

Muiden asiakkaiden vaikutukset ajankäyttöön. Yhtenä vaikuttavaksi koettu tekijä hoitajien ajan puutteeseen koettiin olevan muilla kotihoidon asiakkailta. Haastateltavat kokivat, että muiden asiakkaiden tarpeet olivat tärkeämpiä kuin heidän tarpeet ja näin asetsivat omat tarpeensa toissijaisiksi. Haastattelijat toivat esiin, että eivät voi vaatia hoitajilta omaan hoitoonsa liittyviä asioita, koska on paljon muitakin asiakkaita. Kokemus oli, että suuri hoidettavien määrä rajoittaa hoitajien ajankäyttöä ja toisilla asiakkailta voi olla enemmän tarvetta hoitajien ajankäytölle. Koettiin myös, että ne jotka olivat olleet palvelujen piirissä jo pitkään, olivat myös toissijaisia. Etusijalla koettiin olevan kotihoidon uudet asiakkaat ja heidän koettiin tarvitsevan enemmän aikaa hoitajilta.

”Ne jotka on jo sisällä, niin niiden täytyy tyytyä vähempään kun on uusia tulokkaita.”

Kokemus siitä, että hoitajalla on paljon asiakkaita ja hän ei sen vuoksi voi tulla ajoissa tai viipyä pitkään näkyi asiakkaan kokemuksessa. Haastateltavat kokivat ymmärrystä tilanteita kohtaan, jossa ajankäytön ongelmat liittyivät muiden asiakkaiden tarpeisiin.

5.3 Kokemuksia hoidon laadusta

Tyytyväisyys hoitajiin ja palveluihin. Tyytyväisyyttä ilmaistiin aineistossa paljon ja vastaajat olivatkin pääosin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Tuloksien perusteella ne asiakkaat olivat tyytyväisimpiä, jotka oman kokemuksensa mukaan pystyivät vielä tekemään paljon itse, eivätkä niin paljon tarvitse hoitajan apua. Tyytyväisyys koettiin mm. siten että maksamalleen rahalle saa vastinetta, paikat tulevat siisteiksi ja sovittujen asioiden koettiin hoituvan hyvin. Tyytyväisyyttä vastaajille toi myös pelkästään jo se, että oli mahdollisuus saada kotihoidon palveluita käyttöönsä.

”Siittä mä oon ikionnellinen, että tuli tämmönen mahdollisuus, että mua käydään täällä joka aamu kotihoidosta kattomas.”

Hoitajien käynnit olivat odotettuja ja monien hoitajien käynneistä jäi hyvä mieli. Hoitajien läsnäolo ja reippaus koettiin positiivisina piirteinä. Vastaajat toivat esiin hoitajien työn hoitopainotteisuutta ja hoitajilta kaivattiin myös muitakin ulottuvuuksia.

Hoitajan ammatillisuuden ja työkokemuksen merkitys ajankäyttöön. Kotihoidon asiakkaat odottavat hoitajilta ammatillista käytöstä. Haastattelujen perusteella ammatillinen hoitaja tekee työn huolellisesti. Asiakkaan kokemus ammatillisen hoitajan toimista on sellainen, että päämäärään ei pyritä millä keinoilla tahansa vaan käytetään laadukkaita ja asiakkaan kannalta hyväksi havaittuja tapoja. Osa haastateltavista kertoi hoitajien toimivan siten, että hoitamisen tavoista ei välitetä, kunhan työt tulevat tehtyä.

Vastaajien kokemus ammatillisesta käytöksestä on sellaista, että hoitajat pystyisivät ottamaan asiakkaan negatiivistakin palautetta vastaan siten, että se ei vaikutta potilaan saamaan hoidon laatuun ja kohteluun negatiivisesti. Osa asiakkaista oli kokenut hoitajien taholta ammatillisuuden katoamista tällaisissa palautteenantotilanteissa. Vastaajat kokivat myös, että heidän oma asenteensa ja käytöksensä riippui myös hoitajan ammattitaidosta. Jos hoitaja toimii ammattitaidottomasti, niin asiakkaatkin saattavat tällaisissa tilanteissa turhautua ja käyttäytyä huonommin, mitä yleensä vastaavissa tilanteissa.

”Jos mulle ollaan kohteliaita, niin minäkin olen heille.”

Kokeneempien ja vanhempien hoitajien koettiin osaavan toimia ammatillisemmin kuin kokemattomien ja nuorien hoitajien. Myös vakituisten hoitajien ammatillisuuteen oltiin tyytyväisempiä kuin sijaisten.

Vakituisten hoitajien koettiin olevan huolellisia toimissaan ja heidän käynnit saivat aikaan enemmän tyytyväisyyden tunteita kuin sijaisten käynnit. Kokemattomuus nähtiin ongelmina käyttäytymiseen liittyvissä asioissa sekä siinä, että kokemattomille sattui enemmän hoitovirheitä. Nuorien hoitajien ei koettu olevan niin läsnä hoitotyössä kuin vanhempien hoitajien ja nuorten koettiin olevan myös välinpitämättömpiä asiakkaan asioita kohtaan.

Hoitajien koulutusta pidettiin tärkeänä. Tuloksista ilmeni, että vastaajat epäilivät osan hoitajista olevan kouluttamattomia ja tämä aiheutti vastaajissa epävarmuutta hoidon laadun suhteen.

Asiakkaan kokemus aiheutuneista haitoista hoitotyössä. Aineistosta löytyi paljon kokemuksia, joissa asiakkaat olivat kokeneet haittaa hoitajien toimista. Aineistosta ilmeni, että vastaajat kokivat näiden haittatapahtumien johtuneen ajanpuutteesta, sekä huolimattomuudesta ja kokemattomien hoitajien tavoista toimia. Haittatapahtumat aiheuttivat asiakkaille mm. ylimääräisiä sairaalakäyntejä, palvelujen viivästymistä, palvelutta jäämistä, tunteita että on unohdettu sekä ylimääräistä vaivaa, huolta ja mielipahaa. Tuloksien perusteella nämä aiheutuneet haitat olivat useimmiten jääneet käsittelemättä ja keskustelematta asiakkaan kanssa ja tämä oli yksi asia, joka aiheutti asiakkaille harmia. Useassa tapauksessa tapahtuneen haitan käsittely olisi poistanut asiakkaalta tunteen, että haittaa on tapahtunut. Tapahtuneet virheet ja haitat vaivasivat asiakkaita vielä pitkään, jos asiaa ei oltu käsitelty ja selvitetty asiakkaan ja hoitajan välillä.

5.4 Ajankäyttöön liittyviä toiveita

Asiakkaan toiveet ja vaikutusmahdollisuudet ajankäyttöön. Moni haastateltava kokee, että lääkäri määrää hoidon tason jota hoitajat toteuttavat. Asiakkaan kokemus onkin, että hoitoon ja ajankäyttöön ei juurikaan ole asiakkaan mahdollista vaikuttaa.

”Se on sitten hyväksyttävä mitä lääkäri on määrännyt.”

”Minä en tiedä olisiko siinä mitään mahdollisuutta vaikuttaa tai muuttaa.”

Haastateltavat toivoivat, että sovitut käyntiajat pitäisivät enemmän paikkansa. Osa myös koki, että eivät voi vaatia tällaista täsmällisyyttä hoitajilta pienien resurssien ja muiden hoidettavien vuoksi. Tuloksista ilmeni, että jotkut haastateltavat toivoivat hoitajien käyttävän enemmän aikaa käynneillään ja osa toivoi muutosta käyntiaikoihinsa.

Vuorovaikutuksen merkitys. Aineistosta käy ilmi, että vuorovaikutus koetaan tärkeäksi asiaksi hoitajan ajankäytössä. Tärkeiksi asioiksi kommunikaatiossa nousevat arkisista asioista juttelu, helppo yhteydenpito hoitajiin ja hoitoon liittyvistä asioista keskusteleminen. Aineiston perusteella osa asiakkaista kokee, että juttelu ei kuulu kotihoidon työhön ja että hoitajille on vaikea puhua hoitoon liittyvistä asioista.

”Sellainen rupatteluhenki ei käy oikein tämmöisessä hoitolakodissa.”

Aineiston perusteella asiakkaat haluavat hoitajien keskustelevan niin hoitoon liittyvistä kuin arkisistakin asioista. Asiakkaan kokemus on, että heidän tarvitsemansa keskustelu ei vie niin paljon aikaa, etteikö se olisi mahdollista käynneillä toteuttaa toimivalla tavalla. Tärkeänä kommunikaatiossa koettiin myös se, että mahdollisista poikkeamista hoidossa juteltaisiin mm. aikataulumuutoksista, sekä toivottiin asiallista keskustelua, jos hoitajan taholta on tapahtunut jotain, joka aiheuttaa haittaa asiakkaalle.

”Hän sano sitten vaan, että hän katso kenenkä olis ollu vuoro, ja mikä on syy, mutta en mä saanu ikinä sitä tietoa, että mikä syy oli.”

Osa asiakkaista koki, että hoitajien kommunikointi oli tylyä varsinkin, jos asia koski jotain mitä asiakas kritisoi. Inhimillisyyttä toivottiin hoitajien toimiin ja kommunikointiin, että asiakkaan olisi helpompi ottaa asioita puheeksi ja lähestyä hoitajia vaikeissakin asioissa.

6 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohditaan haastatteluaineistojen pohjalta saatuja tuloksia. Avaamme myös opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta, sekä esitämme kehittämis- ja jatko-tutkimusehdotuksia. Lopuksi on pohdintaa opinnäytetyömme tärkeimmistä vaiheista.

6.1 Tulosten tarkastelua

Tämän työn tulosten perusteella voidaan ensimmäiseksi todeta, että haastateltavat olivat monilta osin tyytyväisiä kotihoidon palveluihin ja hoidon laatuun, hoitajien ajan riittävyteen sekä oikea-aikaisuuteen. Voimme siis ajatella tulevamme tässä samaan tulokseen kuin Paljärvi (2012) tutkimuksessaan, jossa yleinen tyytyväisyys kotihoidon palveluihin oli joko melko tai erittäin hyvää (Paljärvi 2012, 82). Tyytyväisetkin asiakkaat mainitsivat kuitenkin asioita, joissa olivat kokeneet tyytymättömyyttä. Opinnäytetyössämme nousi esille, kuinka asiakkaan tyytyväisyyden tunne hoitajien ajankäyttöön sekä palveluiden laatuun oli sidoksissa suhteessa kiireen kokemukseen. Myös Hautsalon ym. (2016) tutkimuksessa ilmenee, kuinka asiakkaat kokevat hoitajien kiireen vaikutuksen kokemukseen hoidosta (Hautsalo ym 2016, 7). Haastattelujen pohjalta esiin noussut kiireettömyyden tunne syntyi hoitajan keskustellessa muistakin kuin hoidollisista asioista. Jos taas haastateltava koki hoitajan hoitavan vain ennalta määritellyt hoitotoimenpiteet ja keskusteluiden jäävän vähäisiksi, lisääntyi asiakkaan kokemus ja tunne kiireen tunteesta. Hoitajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen tärkeys ilmenee myös sekä Lehtisen (2006, 34), Hämäläisen (2009, 78) että Hautsalon ym. (2016, 7) tutkimuksissa. Mäkisalo -Ropponen mukaan vuorovaikutuksen puute taas on yleisin valituksia aiheuttava tilanne sosiaali- ja terveysalan virastolle (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168). Myös tässä työssä todettiin vuorovaikutuksen olevan yksi tärkeimmistä asioista hoitajan ajankäytössä asiakkaan näkökulmasta.

Myllymäen tutkimuksessa (2014) todetaan, että vanhus kokee avun vastaanottamisen usein tilanteiden tuomana pakkona ja sellaisena seikkana, jota ei olisi, jos ei olisi menettänyt omaa toimintakykyään (Myllymäki 2014, 45). Tässä tutkimuksessa tyytyväisyyttä kotihoidon palveluiden laatuun kokivatkin voimakkaammin ne haastateltavat, jotka kokivat omat voimavarat hyväksi ja avuntarpeet vähäisiksi. Oma osallisuus koettiin yhtenä hyvinvoinnin tekijänä ja mitä enemmän sitä oli, sitä enemmän koettiin riippumattomu-

den tunteita. Nämä seikat voidaan tulkita siten, että asiakkaiden vähäistenkin toimintakykyjen korostaminen ja osallistaminen omaan hoitoon liittyviin asioihin on tärkeää. Myös Hautsalon ym. (2016, 5) tutkimuksessa korostuu asiakkaiden omien käsityksien tärkeys toimintakyvystään asiakaslähtöisen hoidon suunnittelussa (Hautsalo ym. 2016, 5).

Turvallisuuden tunne oli yksi työssämme esiin nousseista seikoista hoitajien ajankäytössä. Turvallisuuden tunnetta loivat hoitajien saapuminen käynneille sovitusti, hoitajien ammattitaito ja tieto asiakkaan asioista. Haastatteluissa myös hoitajien pitkä kokemus hoitotyöstä tulkittiin turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Kun haastateltavat kokivat hoitajan käynnin kiireettömäksi, tämä lisäsi myös asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Kiireetömyyttä tuntiessaan asiakkaille jäi hoitajan käynnin jälkeen turvallinen tunne. Tätä tukee myös Ikonen (2011) tutkimus, jossa asiakkaiden kokema turvattomuus on yhteydessä hoitajan kiireeseen (Ikonen 2011, 58).

Haastatteluissa ilmeni myös hoitajan persoonallisuudella olevan merkitystä ajankäyttöön liittyvissä kokemuksissa. Kun hoitaja sovittujen toimenpiteiden lisäksi tarjosi apua vielä muissakin asioissa, jäi asiakkaalle tällaisen hoitajan käynnin jälkeen tunne kiireetömyydestä. Usein kiireetömän kokemuksen syntyyn riitti pelkästään sanallinen avun tarjoaminen ja avuntarpeen varmistaminen. Voidaankin ajatella, että samojen hoitotoimenpiteiden tekeminen ja ajallisesti saman verran aikaa käyttävien hoitajien käynneistä voi asiakkaalle jäädä erilaiset vaikutelmat esimerkiksi kiireen tunnusta. Räsänen (2017) tutkimuksen mukaan hoitajan toiminta vaikuttaakin asiakkaan tunteeseen myös omasta elämänlaadustaan. Räsänen tutkimuksessa ilmeni asiakkaan kokevan oman elämänlaatunsa sitä paremmaksi, mitä onnistuneemmaksi hoitajien toiminta on arvioitu. (Räsänen 2017, 122.)

Työssämme haastattelujen pohjalta nouseva kokemus ajankäytöstä ja palvelujen laatua heikentävistä tekijöistä noudatti aiempien samankaltaisten tutkimusten käsityksiä. Ikonen tutkimuksen (2011) mukaan vanhuksat toivoivat hoitajikseen tuttuja hoitajia (Ikonen 2011, 59). Työssämme ilmenikin, kuinka osa haastateltavista koki sijaisten sekä nuorten hoitajien käyntien lisäävän tunnetta hoitajien ammattitaidottomuudesta. Useimmissa tapauksissa sijaisten ja nuorten hoitajien käynneistä jäi asiakkaalle myös kiireen ja turvattomuuden tunne. Asiakkaan kokema tunne hoitajan ammattitaidottomuudesta oli selkeä palvelujen laatua heikentävä kokemus. Palvelujen laatua heikentävänä tekijänä nousi haastatteluissa esiin myös tilanteet, joissa asiakas oli kokenut kotihoidon työntekijän ta-

holta puutteita hoitotoimissa tai selkeitä hoitotilanteisiin liittyviä virheitä. Myös Mikko-nen (2015) mainitsee tutkimuksessaan hoitajien huolimattoman työnjäljen sekä ammatti-taidon puutteen olevan selkeästi kotihoidon palvelujen laatua heikentävä tekijä (Mikko-nen 2015, 65).

Tyytymättömyyttä koettiin tilanteista, joissa haastateltavat kokivat, etteivät voi itse vai-kuttaa hoitajien käyntiaikojen pituuteen. Osa haastateltavista kuvaili tämän johtuvan siitä, että hoitajat viipyvät asiakkaan luona vain sen ajan, mikä on ennalta suunniteltu sekä sovittu. Osa haastateltavista myös koki, että ennalta sovittujen käyntien pituus oli mää-räytynyt muilta tahoilta kuin hänen oman toivomuksensa tai tarpeidensa perusteella. Mai-nittiin, että hoitoaika määräytyy lääkärin määräämään lausunnon mukaan, eikä siihen ole mahdollisuutta vaikuttaa. Kuitenkin myös Hautsalon ym. (2016) tutkimuksessa korostuu asiakkaan oman osallisuuden tärkeys hoitonsa suunnittelussa (Hautsalo ym. 2016,5). Haastatteluissamme ilmeni, että käyntiajat koettiin usein ajallisesti liian lyhyiksi. Lyhyi-den hoitoaikojen aikana hoitajan kiire oli näkyvää ja koettiin jopa loukkaavana. Osalle haastateltaville jäi tunne, että hoitajat haluavat vain nopeasti hoitaa tehtävänsä ja siirtyä seuraavaan paikkaan. Tällöin osalle haastateltavista jäi myös tunne, että hoitajia joutui toppuuttelemaan kiireen kanssa.

Laitisen, Kaunosen ja Åstedt-Kurjen (2011) tutkimuksessa asiakas kertoi, ettei viitsinyt häiritä hoitajaa omilla kysymyksillään, koska koki hoitajan olevan niin kiireinen asiak-kaiden kanssa. (Laitinen ym. 2011, 391.) Tuloksia, joissa asiakas kokee toiseutta, ilmeni myös tämän työn tuloksissa. Haastatteluissa ilmeni haastateltavien omien hoidontarpei-den vähättelyä sekä tuntemuksia, että muiden asiakkaiden tarpeet olivat suurempia ja tär-keämpiä kuin asiakkaan omat. Asiakasaikojen ajankohtaisuuden katsottiin johtuvan mui-den asiakkaiden tarpeista riippuvaksi. Osalla haastateltavilla oli myös kokemus, että aina asiakaskäyntien oikea-aikaisuus ei vastannut hänen omia tarpeitaan, vaan että asiakas-käynnit määräytyivät sen mukaan, kuinka hoitajat vapautuivat muilta asiakkailta. Haas-tateltavat ilmaisivat ymmärryksensä siitä, että hoitajat ovat kiireisiä muiden asiakkaiden, varsinkin uusien asiakkaiden, vuoksi. Toiseuden tunteminen muiden asiakkaiden rinnalla ilmeni erään haastattelun kohdalla myös siten, että haastateltava ei omien sanojensa mu-kaan ollut edes ajatellut millaisia toiveita voisi itse esittää ajankäytöstä tai hoitajien teke-mästä työstä. Haastateltavat epäroivät omia vaikutusmahdollisuuksiaan asiakasaikojen ja ajankäytön suhteen ja kokivat, että muiden asiakkaiden vuoksi heidän täytyy tyytyä

vähempään. Näihin seikkoihin liittyen Myllymäki (2014) on tutkinut vanhusten itsemääräämisoikeutta kotihoidossa. Tutkimuksessa ilmenee itsemääräämisoikeuteen liittyen myös vanhusten sopeutuminen ja tyytyminen siihen palvelujen laatuun mitä on tarjolla. Tutkimuksesta ilmenee, että sopeutuminen on vanhuksille itsestään selvyyttä ja he kokevat, että palveluihin ja saamaansa apuun täytyy olla tyytyväinen. (Myllymäki 2014, 52.)

Kotihoidon yksikössä, missä haastattelut toteutettiin, on eritasoista hoitoa vaativia sekä eri elämäntilanteita eläviä asiakkaita. On siis selvää, että hoidon tarpeet sekä toiveet hoitajien ajankäyttöön liittyen vaihtelevat asiakkaista riippuen. Opinnäytetyössämme korostuu kuitenkin haastateltavista riippumatta asiakkaiden toiveet inhimillisyydestä, ystävällisyydestä sekä arvostavasta käytöksestä. Usealle haastateltavalle hoitajien käynnit olivat tuttuja ja rutinoituja, arkeen kuuluvia tapahtumia. Monissa haastatteluissa ne koettiin odotetuiksi sekä miellyttäväksi kohtaamisiksi ja niihin suhtauduttiin kiitollisin mielin. Kiireettömyyden tunne, hoitajan läsnäolo ja aito ystävällisyys oli selkeästi yhteydessä koettuun laadukkaaseen hoitoon. Haastatteluissa korostui myös kohtaamisen tärkeys. Itse kohtaamiset koettiin useassa haastattelussa tärkeämmäksi kuin hoitotoimenpiteet. Asiakkaan ja hoitajan väliset kohtaamiset ovatkin tärkeitä hetkiä luomaan käsitystä siitä, onko palvelu hyvää, huonoa vai keskinkertaista (Berry ym. 2002).

6.2 Eettisyys

Opinnäytetyöprosessimme alkoi tarvittavien tutkimuslupien hankkimisella lupakäytäntöiden mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6) sekä ajankohtaisen aiheen valinnalla. Koimme aiheen yhteiskunnallisesti ajankohtaiseksi, sekä toivoimme, että työemme avulla voisimme tuottaa opinnäytetyön kohteena olevalle yksikölle hyödyllistä tietoa kotihoidon tilasta. Kylmä & Juvakan (2012) mukaan eettisyyden pohdinta koko työn prosessin ajan on merkittävimpiä seikkoja ja eettisyyden toteutumisen varmistuminen alkaakin jo tutkimusaiheen valinnalla ja sen aiheellisuuden pohdinnalla. Tutkimukselle täytyy olla tieteellisesti ja yhteiskunnallisesti järkevät perustelut. Vaikka tieteellä on yhteiskunnassa vapaa asema, ei tiede voi asettua inhimillisen elämän ulkopuolelle. (Kylmä & Juvakka 2012, 137, 144.)

Haastateltavien valinta noudatti eettisiä normeja. Haastateltavien pätevyyden opinnäytetyössämme varmistimme rajaamalla muistisairaat haastattelujen ulkopuolelle. Näin toi-

mien varmistimme, että haastateltavat täyttivät laadulliselle tutkimukselle vaaditut osallistujien kriteerit. (Kylmä & Juvakka 2012, 150.) Osallistujien valinnassa oli mukana kotihoidon edustajia, jotta haastateltavia saatiin eri alueilta. Haastattelut noudattivat eettisiä periaatteita. Haastattelutilanteissa eettisyyden oikeudellisuus korostui, kun haastateltavat mainitsivat olevansa tyytyväisiä saadessaan antaa haastattelun ja siten omalta osaltaan kehittää tutkittavaa aihetta. Haastateltaville toimitettiin etukäteen saatekirje (Liite 2.), jossa kerroimme työstämme ja työmme vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeet toimitettiin kotihoidon toimistolle toisen opinnäytetyön tekijän toimesta. Haastateltavat saivat saatekirjeet kotihoidon työntekijöiden välityksellä. Haastateltaville kerrottiin myös haastattelun arvioitu kesto sekä mihin tarkoitukseen haastatteluja hyödynnetään. Ennen haastattelun alkamista kerroimme vielä suullisesti opinnäytetyöstämme, sekä pyysimme haastateltavilta kirjallisen suostumuksen (Liite 3.) haastatteluun osallistumisesta. (Kylmä & Juvakka 2012, 148-150.)

Haastattelun pääkysymyksiä oli vain kolme, mikä mahdollisti haastattelutilanteen keskustelevan tyylin tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 79). Laadullisessa tutkimuksessa haastattelukysymysten vähäisyys jättää tutkijoille runsaasti väljyyttä, jota on mahdollisuus käyttää parhaaksi katsomallaan tavalla. Tämä huomioiden haastattelijoiden tulee olla erityisen tarkkana avainkysymysten asettelussa. Avainkysymykset eivät saa olla millään tavoin johdattelevia tai manipuloivia. Tämän huomioimme haastatteluissamme siten, että esimerkiksi emme maininneet kysymyksissä kiire- sanaa lainkaan, ellei haastateltavat itse sitä maininneet. Jos haastateltava itse mainitsi kiireen, emme lähteneet johdattelemaan keskustelua sen myötä, vaan annoimme asiakkaan itse määrätä haastattelun sisällön ja etenemisen. (Kylmä & Juvakka 2012, 151.) Kerroimme myös eettisten käytänteiden mukaisesti, että haastateltavilla on mahdollisuus keskeyttää haastattelu sekä vetäytyä pois opinnäytetyöhömmme osallistumisesta missä tahansa vaiheessa. Haastattelujen päätteeksi keskustelimme haastateltavien kanssa, millainen olo heille jäi haastattelusta. Kerroimme heille mahdollisuudesta tavoittaa meidät koska tahansa haastattelun jälkeen lisäkysymysten merkeissä. Haastateltavat saivat yhteystietomme suostumuskirjeessä. (Kylmä & Juvakka 2012, 149, 151.)

Kerroimme sekä saatekirjeessä että haastattelutilanteissa miten haastateltavien henkilötiedot säilyvät salaisina opinnäytetyömme kaikissa vaiheissa. Hyvien eettisten käytänteiden mukaisesti huolehdimme työssämme luottamuksellisuudesta sekä haastateltavien

anonymiteetistä siten, että esimerkiksi emme maininneet työssämme minkä alueen kotihoidon piiriin haastateltavat kuuluivat. (Kylmä & Juvakka 2012, 149.) Pohdimme tuloksissa ilmenneiden asioiden vaikuttavuutta haastateltavien anonymiteetin säilymiseen ja esitimme asiat siten, että henkilöiden anonymiteetti säilyi.

Työn kaikissa vaiheissa kunnioitimme hyviä eettisiä käytänteitä, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tarkkuus ilmeni haastattelujen nauhoittamisella. Näin pystyimme varmistamaan haastattelujen kulun, eikä tulokset muodostuneet pelkästään omien muistiinpanojen mukaisesti. Haastattelujen nauhoituksiin kysyimme haastateltavien suostumuksen. Opinnäytetyön valmistuttua haastattelut hävitettiin asianmukaisesti. Rehellisyyden ja huolellisuuden huomioimme muun muassa siten, että kunnioitimme lähteiden alkuperäistekstejä muuttamatta niiden sanomaa. Rehellisyyden huomioimme myös siten, ettemme plagoineet muiden tutkijoiden tekstejä.

6.3 Luotettavuus

Tässä työssä tarkastelimme luotettavuutta koko opinnäytetyön prosessin ajan. Kaikissa tieteellisissä tutkimuksissa tutkimuksia arvioidaan niiden luotettavuuden kautta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus kriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys sekä siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2012, 127-128.)

Opinnäytetyössämme uskottavuutta osoitimme kuvaamalla opinnäytetyön vaiheet sekä työn tulokset selkeästi. Näin toimien varmistimme, että lukijan on mahdollista arvioida työmme uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Työssämme käy ilmi haastattelujen toteutustavat ja toteutusympäristöt. Kerätty aineisto käsiteltiin huolellisesti ja työn tulokset esitettiin rehellisesti. Aineiston analysoinnissa kiinnitettiin erityisesti huomiota luokittelujen tekemiseen. Tulosten tulkinnoissa käy ilmi, millä perusteella luokituksiin päädyttiin. Työtä reflektoidessa käytimme apuna opinnäytetyöseminaareissa saamiamme palautteita. Aloitimme työn keväällä 2017, työn parissa vietetty riittävän pitkä aika lisäksi opinnäytetyön uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2012, 128).

Työmme vahvistettavuutta osoitimme kuvailemalla työn kulkua siten, että toisen tutkijan on mahdollista seurata työmme vaiheita pääpiirteittäin (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Opinnäytetyömme vahvistettavuutta osoitimme kuvailemalla päättelyt ja lopputulokset niin tarkasti, että lukijan on mahdollista seurata millä tavoin lopputuloksiin päädyimme

ja sen myötä lukijalla on myös mahdollisuus arvioida lopputuloksen luotettavuutta. Litteroidun aineiston alkuperäisilmauksien esittäminen lopputuloksien tueksi helpottaa lukijaa tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa.

Tämä työ oli molempien tekijöiden ensimmäinen korkeakoulutasoinen opinnäytetyö. Tiedostimme molemmat sen, että toimimme haastattelijoina ensimmäistä kertaa. Haastattelutilanteiden aiemman kokemuksen puutteen vuoksi pidimme jokaisen haastattelun välissä yhteisen tauon, jonka aikana arvioimme haastattelujen kulkua ja omaa onnistumista haastattelijoina. Omien lähtökohtien arvioinnin myötä toimimme esiin tutkimuksen refleksiivisyyttä. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Tulosten siirrettävyyden arvioinnin tueksi olemme työssämme antaneet tarpeeksi kuvailevaa tietoa tutkimuksestamme (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Tulosten siirrettävyyttä voi uhata se, että vastaavanlaisia tutkimuksia on vähäisessä määrin olemassa. Näin tulosten arvioiminen muihin samanlaisiin tutkimuksiin jää vähäiseksi. Toisaalta laadullisessa tutkimuksessa on myös hyväksyttyä, että toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tutkimustulokseen toisen tutkijan samankaltaisessa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2012,129).

Tutkimuksen pieni otos (n=6) saattaa heikentää tulosten yleistettävyyttä. Myös kotihoitoon toimintatapojen eroavaisuudet paikallisesti saattavat vaikuttaa yleistettävyyteen heikentävästi. Toisaalta työn tulosten avulla tuotettua tietoa voidaan hyödyntää pienten yksiköiden kotihoidon kehittämisessä huomioiden hoidon laatu sekä asiakkaiden toiveet hoitajien ajan käytössä. Tutkimustulosten hyödyntämistä puoltaa se seikka, että kunnallisen kotihoidon tilanne on valtakunnallisesti sama: väestö ikääntyy, monisairaiden määrä kasvaa, ympärivuorokautisia laitospaikkoja on vähennetty koko maassa sekä kotihoidon tarkoitus valtakunnallisesti on tukea asiakkaiden kotona pärjäämistä mahdollisimman pitkään. Lisäksi haastattelijoiden vastauksissa oli paljon samankaltaisuuksia, joka kertoi siitä, että saatu tieto saturoitui pienestä otoksesta huolimatta.

6.4 Johtopäätöksiä ja ideoita kehittämistyöhön

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kotihoidon asiakkaita haastatteleamalla saada selville kokemuksia ja ajatuksia hoitajien kiireestä ja ajankäytön tehokkuudesta, sekä selvittää

kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitajien käyttämän ajan riittävydestä, oikea-aikaisuudesta ja hoidon laadusta. Osoittautui, että haastateltavat kokivat monilta osin tyytyväisyyttä kotihoidon hoitajien ajankäyttöön sekä palveluiden laatuun. Haastattelujen pohjalta ilmeni myös kehittämissuhteita kotihoidon yksikön sisällä. Käyntiaikojen ennalta sovittu noudattaminen koettiin tärkeäksi. Haastateltavien mielestä hoitajan myöhästymisestä ei koituisi ongelmaa, jos siitä ilmoitettaisiin asiakkaille. Näin asiakkaiden ei tarvitsisi turhaan odotella hoitajaa saapuvaksi sovittuna aikana. Kotihoidon yksikön sisällä voitaisiin kehittää tiedotusta, kuinka asiakas saisi tiedon ennalta sovitun ajan peruuntumisesta tai hoitajan käynnin ajankohdan siirtymisestä myöhäisemmäksi. Myös hoitajan toimesta asiakkaalle koituneesta haitasta hoitotyössä tulisi keskustella asiakkaan kanssa avoimesti. Haastattelujen mukaan koettiin loukkaavaksi, jos hoitaja ei ota kritiikkiä vastaan tapahtuneesta haitasta, tai jos asiakas ei pyynnöstä huolimatta saa selvitystä tapahtuneesta haitasta. Tässä korostuu avoimen kommunikoinnin tärkeys.

Hoitajien ammatillinen koulutus koettiin myös tarpeelliseksi. Vanhemmat ja kokeneemmat hoitajat koettiin ammattitaitoisiksi, kun taas nuorempien hoitajien ammattitaitoa kyseenalaistettiin. Kehittämissuhteena olisikin ammatillisen koulutuksen tärkeyden esiin tuominen hoitoyksikössä ja mahdollisesti saattaa se myös asiakkaiden tietoisuuteen. Tämä voisi hälventää asiakkaiden omaa epävarmuutta hoitajien ammattitaidon suhteen. Myös uusien työntekijöiden perehdytyksen tarpeellisuus ilmeni haastatteluissa. Haastateltavat mainitsivat kokevansa turvallisuuden tunnetta, kun tulee tuttu hoitaja, joka tuntee asiakkaan tarpeet. Nostammekin uusien työntekijöiden perehdytyksen yhdeksi tärkeäksi kehittämishaasteeksi.

Haastatteluissa ilmeni myös, että haastateltavat kokivat vaikeaksi puhua hoitajien tahoilta kohtaamastaan vääryydestä. Haastatteluissa tämä ilmeni siten, että haastateltavat olisivat kokeneet tarpeelliseksi puhua mieltään painavista asioista. Usein asioista oli keskusteltu omaisten kanssa, mutta haastateltavat kokivat kritiikin antamisen hoitajille vaikeaksi. Väärinymmärrysten selvittelyyn toivottiin aloitteellisuutta hoitohenkilökunnan taholta. Usein kritiikki asiakkaan taholta jäikin antamatta. Mahdollisuus jakaa kokemuksia muiden asiakkaiden kanssa sekä hoitajien kanssa voisi vahvistaa asiakkaan tunnetta kuulluksi tulemisesta. Koettiin myös ymmärrystä, että virheitä hoitajien taholta sattuu, kun hoitajilla on niin kiire muiden asiakkaiden luokse. Omat tarpeet koettiin vähäisemmiksi esimerkiksi verrattuna uusiin kotihoidon asiakkaisiin.

Asiakkaan toiveita ajankäytön suhteen kysyttäessä ilmeni, että asiakkaat eivät juurikaan ajatelleet voivansa itse esittää toiveita tai voivansa itse vaikuttaa ajankäyttöön tai hoitajien käynteihin. Mielestämme olisi tärkeää huomioida asiakkaiden kuulluksi tulemista sekä huomioida asiakkaiden asioihin vaikuttamisen mahdollisuutta. Tämä olisi erityisen tärkeää asiakaslähtöisen hoidon kehittämisen kannalta.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi tutkimus siitä, mistä johtuen asiakkaat kokevat muut asiakkaat tärkeämmiksi suhteessa itseensä. Olisi mielenkiintoista saada selville, onko asiakkaan kokema toiseuden tunne lähtöisen itsestä, vai onko tunne lähtöisin ulkopuolisista tekijöistä. Voisiko hoitaja käytöksellään vaikuttaa asiakkaan oman arvon ymmärtämisen tärkeyden vahvistamiseen.

Kotihoidon tilanteesta, palvelujen laadusta ja ajan riittävydestä on tehty useita tutkimuksia. Meidän työssämme kuuluu asiakkaiden ääni. Toivomme, että tutkimustuloksia tarkastellaan kotihoidon sisällä. Toivomme myös, että hyväksi havaittuja asioita vahvistetaan ja erityisesti toivomme, että asioita, joihin ehdotimme kehitystä, tarkasteltaisiin avoimin mielin ja kehitysehdotuksia pyrittäisiin viemään käytännön hoitotyöhön.

6.5 Pohdintaa opinnäytetyön prosessista

Opinnäytetyö oli pitkä ja haastava prosessi. Koettu haaste oli molemmille tutkijoille ensimmäinen ammattikorkeakoulutasoinen opinnäytetyö. Oma innostuksemme työtä kohtaan alkoi heti aiheen valinnasta. Molempien paneutuminen tehtävään oli intensiivistä, koska koimme ikääntyneiden palveluiden kehittäminen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi aiheeksi. Aiheen kiinnostavuutta ja halua työn tekemiseen lisäsi myös aiheen ajankohtaisuus yhteiskunnallisesti.

Teimme opinnäytetyötä sekä yhteisten istuntojen aikana, että yksin eri osioita muokaten ja tietoa etsien. Itsenäisten työskentelyjen jälkeen kävimme tekstiosuudet yhdessä läpi, varmistimme, että olimme asiasta samaa mieltä ja että molemmat olimme ymmärtäneet asian samalla tavalla. Opinnäytetyön aihe muokkautui omien kiinnostusten pohjalta. Yhteistyötaho löytyi eräästä pirkanmaalaisesta kotihoidosta. Työelämätaho lähti kiinnostuneena yhteistyöhön opinnäytetyöprojektiimme. Työelämäyhdyshenkilö auttoi meitä aluksi aiheen rajauksessa ja kertoi omat toiveensa työelämän taholta. Tämän jälkeen työ-

elämäyhdyshenkilö antoi meille vapaat kädet tutkimuksen toteutuksen ja aikataulun suhteen. Haastattelujen järjestäminen asiakkaiden kotona toteutui helposti työelämäyhdyshenkilön sekä tutkimuksemme kohteena olevan kotihoidon työntekijöiden avustamana. Yhteistyö työelämätahon kanssa olikin kaikilta osin vaivatonta ja helppoa ja tämä vahvisti näitä kokemuksia.

Työn etenemistä helpotti heti varhaisessa vaiheessa laadittu tutkimussuunnitelma, jossa kävi ilmi työn suuntaviivat sekä aikataulu. Opinnäytetyön aihe valittiin keväällä 2017. Aiheen valinnan jälkeen aloitettiin tiedon haku ja teoretiedon hankkiminen ja lukeminen. Suunnitelma valmistui syksyllä 2017 ja lupa tutkimukselle saatiin joulukuussa 2017. Haastattelut toteutimme tammikuun 2018 aikana. Tämän jälkeen alkoi aineiston analysointi, tutkimustulosten kirjoittaminen ja opinnäytetyön raportti valmistui aikataulun mukaisesti huhtikuussa 2018. Valmiin tutkimussuunnitelman mukaisesti työtä oli helppo kuljettaa eteenpäin. Odottamattomilta yllätyksiltä vältyttiin sekä aikataulujen että työn sisällön suhteen. Opinnäytetyön suuntaviivoja sekä teoriaosuuksia hioimme opinnäytetyötä ohjaavan opettajamme sekä opinnäytetyöhön kuuluvien ohjausseminaareissa saatujen ohjeistuksien ja ehdotuksien mukaisesti. Etenkin ohjauskeskustelut opettajan kanssa vahvisti luottamustamme siitä, että työmme eteni oikeaan suuntaan ja aikataulun mukaisesti.

Laadullinen tutkimusmenetelmä valikoitui heti parhaaksi mahdolliseksi tutkimustyyliksi työllemme. Haastatteluista saimme tarpeeksi kattavaa tietoa tutkimuskysymyksiimme. Tutkimuksen toteuttaminen esimerkiksi kyselylomakkeilla olisi luultavimminkin ohjannut tutkimusta liikaa. Lisäksi haastattelujen toteuttaminen haastateltavien omissa asuinympäristöissä oli niin mieleenpainuva kokemus, että sen myötä vahvistui entisestään tunne, että tutkimustulosten kannalta tämä oli paras mahdollinen vaihtoehto tutkimuksen suorittamiselle. Asiakkaat olivat mielissään, kun heidän ääni tuli kuulluksi ja alkujännitys nauhuria kohtaankin lieveni kaikilla. Asiakkaan kokemus haastattelusta oli kaikin puolin positiivinen. Asiakkaiden positiiviset kokemukset haastatteluista vahvistivat työmme tarpeellisuutta. Koimme, että haastattelut ja aineiston analysointi olivatkin innoittavin ja antoisin osuus opinnäytetyön toteutuksessa.

Työn edetessä opimme koko ajan uutta tieteelliseen tutkimuksen tekoon liittyen. Lähdekriittisyys, kvalitatiivisen tutkimuksen luonne, tieteellisten lähteiden hakeminen sekä kansainvälisten tutkimusten hyödyntäminen osana tutkimusta on nyt aiempaa tutumpaa.

Lisäksi kotihoito osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää tuli tutummaksi. Myös teoreettisten lähtökohtien tiedonhaun kautta saatu teoria tieto oli mielenkiintoista ja opettavaista. Ennen kaikkea opinnäytetyö avasi entisestään ymmärrystä kotihoidon asiakkaan kokemusmaailmasta. Ymmärrys kotihoidon asiakkaan kokemusmaailmasta auttaa hoitotyössä muidenkin asiakasryhmien parissa työskentelyä.

LÄHTEET

- Alastalo, H., Vainio, S. & Sarivaara, S. 2016. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat, henkilöstö ja johtaminen 2016. THL. Helsinki.
- Berry, L., Carbone, L. & Haeckel, S. 2002. Managing the total customer experience. MIT Sloan management review 43 (3). USA.
- Duffield, C., Gardner, G. & Gatling-Paul, C. 2008. Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing* 17(24), 3269–3274.
- Genet, N. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research* 11 (207), 1–14.
- Griffin, J. 2015. Quality care in home health: Improving patient outcomes and agency scores. HCpro, a division of BLR. USA.
- Groom, C. & Sykes, W. 2011. Older people's experiences of home care in England. Equality and human rights commission. Manchester.
- Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva hoitotyö* 14 (1). Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Helminen, S. 2010. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja hoidon laadunhallinta pienissä, yksityisissä vanhainkodeissa - esimiesten näkökulma. Tampereen yliopisto. Pro gradu.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., Ivanoff-Lahtela, P. 2007. *Hoitotyö kotona*. WSOY, Helsinki.
- Hämäläinen, P. 2009. Sinulla on vain yksi elämä. Minervakustannus. Juva.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Otava Oy, Keuruu.
- Ikonen, E- R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Edita Prima. Helsinki.
- Ikonen, K. 2011. Ikääntyvien kokemuksia kotipalvelun laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu.
- Jaatinen, M. 2017. Iäkkään muistisairaana terveyteen liittyvä elämänlaatu tehostetussa palveluasumisessa. Tampereen yliopisto. Pro gradu.
- Järnström, Sanna. 2011. "En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2012. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Keskinen, T. 2015. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden osallisuus omaan lääkehoitoonsa. Itä-Suomen Yliopisto. Pro gradu.

Kielitoimiston sanakirja. www.kielitoimistonsanakirja.fi

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki. Luettu 19.1.2018 file:///C:/Users/Mari/Downloads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf

Kuntaliitto.fi 2018. Kotihoidon maksut. Luettu 17.1.2018. <https://www.kuntaliitto.fi/asi-antuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmak-sut/kotihoidon-maksut>

Kylmä, J., Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki

Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt- Kurki, P. 2011. When time matters: The reality of patient care in acute care settings. International Journal of Nursing Practice 2011, 17, 388-395.

Lampikoski, T. 2009. Hidasta. Bookwell OY. Juva.

Lehtinen, R-L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena – Hoitajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu. Kuopion yliopisto.

Lehto, A-M. & Sutela, H. 2008. Työolojen kolme vuosikymmentä. Tilastokeskus. Helsinki.

Mikkonen, H-M. 2015. Kotihoidon laadun pirulliset ongelmat ja pohdintoja ongelmien ratkaisuksi. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto.

Niemelä, A-L. 2006. Kiire ja työn muutos - tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Niittymäki, M. 2015. Hoidon laadun kehittäminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon akuutilla avo-osastolla. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto.

Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Helsinki.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat. Johtamista idon opisto. Vantaa.

Reeve, Louise. 2008. Dignity, older people and home care in New Castle. University of New Castle.

Reubsaet, H., Salonen, K., Walmsley, B., Cervera, B., Sirotkina, R., Jensen, A.M. & Aron, J. 2009. Home care for older people; good practices and education in six european countries. EQUIP Project 2007-2009. Turku.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2012. Tutkimuksen Voimasanat. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Ruokonen, J. 2009. Nopeammin. Talentum. Helsinki.

Räsänen, R. 2017. Hoitajien työajan merkitys asiakkaiden elämänlaadulle vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. Gerontologia 31 (2) 116-132.

Salminen, A. 2006. Minne menet, aika? Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Sieppi, J. 2017. Kotihoidossa vanhusta voi hoitaa kuusi eri hoitajaa. Yleisradio. Päivitetty 7.4.2017. Luettu 12.10.2017. <https://yle.fi/uutiset/3-9>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2015. Kotiin annettavat palvelut. Luettu 17.1.2018. <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/kotiin-annettavat-palvelut>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015: a. Kotihoito. Luettu 16.1.2018. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kotihoito?_101_INSTANCE_yr7QpNmlJmSj_redirect=%2Fhaku%2F-%2Fq%2Fkotihoito

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015: b. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 16.11.2018. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015: c. Kotipalvelu- ja kotisairaanhoidomaksut. Luettu 17.10.2017. <http://stm.fi/maksut-kotipalvelu-kotisairaanhoido>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Julkaisuja 2008:6. Luettu 20.1.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111764/julkaisu_2008_6_Kaste_verkko.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Julkaisuja 2017:6. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf

Suomisanakirja. www.suomisanakirja.fi

Super. 2015. Tiedote. Luettu 25.1.2018 <https://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/tiedote-superin-selvitys-kotihoidosta-kotihoito-on-kriisissa-hoidon-laadustallaan-huolissaan-aiempaa-enemman/>

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Integration and Quality of Home care. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja -talouden laitos. Väitöskirja.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Koettu hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta. Päivitetty 2.12.2016. Luettu 19.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/asla>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2017: a. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Päivitetty 25.9.2017. Luettu 17.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheetain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017: b. Kotihoito ja muu kotiin tarjottava tuki. Päivitetty 23.8.2017. Luettu 18.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017: c. Kotihoidon asiakasmäärä kasvanut, mutta henkilöstön määrä vähentynyt. Luettu 18.1.2018. <https://www.thl.fi/fi/-/kotihoidon-asiakasmaara-kasvanut-mutta-henkiloston-maara-vahentynyt>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2018. Tiedote 8.3.2018. Luettu 18.3.2018. <https://thl.fi/fi/-/sote-laeissa-on-edelleen-puutteita-jotka-korjattava-eduskuntakassilyssa>

Tolppanen, M. 2017. Kirjallinen kysymys lähihoitajien ajankäytöstä vanhusten kotipalveluissa. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/KK_464+2017.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 17.10.2017. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. <http://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/vanhustenhuolto>
Päivitetty 29.7.2016. luettu 3.3.2018.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2010): Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Edita Prima Oy, Helsinki. http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_nettti.pdf. (12.4.2011).

Van De Weerd, C. & Baratta, R. 2012. New working conditions and consequences on activity of home healthcare workers. INRS. Paris.

Vehko, T., Sinervo, T. & Josefsson, K. 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa- kotihoidon kehitys huolestuttavaa. THL. Helsinki.

LIITTEET

Liite 1. Lomake kotihoitoon

Hei!

Teemme sairaanhoitajaopintoihin liittyvän opinnäytetyön, jonka tavoitteena on kotihoiton kehittäminen. Tutkimuksen toteuttamiseen tarvitsemme kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja ajatuksia, joita on tarkoitus kerätä yksilöhaastattelujen avulla. Haastattelut toteutamme asiakkaiden kodeissa ja yksi haastattelu kestää noin tunnin. Valmiissa tutkimuksessa yksittäisen osallistujan vastauksia ei pysty yhdistämään tiettyyn asiakkaaseen tai sijaintiin vaan saadut tulokset ovat yleistettävissä koko kotihoidon asiakaskuntaan.

Haastatteluun osallistujan kriteerit:

- säännöllinen kotihoidon asiakas
- kykenee ilmaisemaan oman mielipiteensä ja ajatuksensa
- ei muistisairautta tai vain lievä muistisairaus, joka ei estä itsensä ilmaisua
- kuulovaikeudet eivät häiritse kommunikointia

Alla olevaan listaan toivomme hoitajien valitsevan kriteerit täyttäviä asiakkaita (noin 1-2/asiakaslista).

alue 1	alue 2	alue 3	alue 4
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.
6.	6.	6.	6.

Yhteistyöterveisin:

Niina Rustari ja Mari Sikala

sairaanhoitajakoulutus

Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 2. Kirje haastatteluun osallistujalle

Hyvä kotihoidon asiakas

Kotihoidon palvelujen ja hoidon laatua on tutkittu paljon. Useimmissa tutkimuksissa kiinnostus on kohdistunut hoitajien näkökulmaan. Tämän työn näkökulma on selvittää kotihoidon asiakkailta mielipidettä hoitajien käyttämän ajan riittävydestä, oikea-aikaisuudesta ja hoidon laadusta.

Keräämme tutkimusaineiston yksilöhaastatteluilla kotihoidon asiakkailta. Pyydämme osallistumistasi tähän haastatteluun, jossa ollaan kiinnostuneita näkemyksistäsi hoitajien käyttämästä ajasta luonasi ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Haastatteluaineistoa käsitellään luottamuksellisesti. Henkilöllisyytesi salataan työn kaikissa vaiheissa ja ainoastaan tekijät ovat selvillä henkilöllisyydestäsi. Tekijöiden toimesta tutkimusaineisto hävitetään analyysin valmistuttua. Mikäli haluat tarkempaa tietoa haastatteluista ja opinnäytetyöstä, vastaamme mielellään kysymyksiisi.

Mikäli haluat osallistua haastatteluihin, otamme sinuun yhteyttä lähiaikoina joko puhelimitse tai hoitajan kotikäynnin yhteydessä tapahtuvalla käynnillä, niin voimme sopia haastatteluajankohdan.

Opinnäytetyö liittyy Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan opintoihimme. Opinnäytetyömme on tarkoitus valmistua ensi keväänä. Työtä ohjaa Tampereen ammattikorkeakoulun lehtori Heleena Laitinen TtT.

Ystävällisin terveisin:

Niina Rustari
niina.rustari@health.tamk.fi

Mari Sikala
mari.sikala@health.tamk.fi

Liite 3. Suostumuslomake

KIRJALLINEN SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Osallistun vapaaehtoisesti haastateltavaksi Niina Rustarin ja Mari Sikalan opinnäytetyöhön kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitajien ajankäytöstä.

Olen saanut haastatteluista tietoa etukäteen ja tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja raportissa voidaan käyttää haastattelusta suoria lainauksia. Olen tietoinen työn luottamuksellisuudesta ja minulle on selvitetty, ettei henkilöllisyyttäni pystytä tunnistamaan työssä missään vaiheessa. Tiedän myös voivani keskeyttää työn omalta osaltani milloin tahansa.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi kappaletta, joista toinen jää itselleni ja toinen työn tekijöille Niina Rustarille ja Mari Sikalalle.

Paikka _____

Aika _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Sairaanhoitajaopiskelijat

Niina Rustari ja Mari Sikala

Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 4. Sisällönanalyysi

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaille aiheutuneet haitat hoitotyössä • tyytyväisyys hoitajiin • hoitajan ammatillisuus • Hoitajien työkokemuksen merkitys • Tyytyväisyys palveluihin 	Laatu hoitajan ajankäytössä	Hoitajan ajankäytön merkitykset asiakkaalle
<ul style="list-style-type: none"> • Kokemus kiireestä • Hoitajan ominaisuuksien merkitys ajankäytössä • Ajankäyttö riippuu muista asiakkaista • Erot hoitajien ajankäytössä 	Kokemuksia ajan riittävyydestä	
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan toiveet • Asiakkaan vaikutusmahdollisuudet ajankäyttöön • Odotusajat • Vuorovaikutus • Käyntien ajankohdan sopivuus 	Ajankäyttöön liittyvät toiveet	
<ul style="list-style-type: none"> • Riippuvuus toisen avusta • Turvallisuus hoitajien käynneistä • Sovittujen aikataulujen pitävyys • Asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden huomioiminen • Ajankäytön joustavuus 	Kokemus hoitajan käyttämän ajan merkityksistä	

Liite 5. Haastattelurunko

HAASTATTELURUNKO

Lämmittelykysymykset:

- Minkä ikäinen olet?
- Kauanko olet asunut tässä kodissa?
- Kauanko olet käyttänyt kotihoidon palveluja?
- Minkälaiseksi koet tämänhetkisen elämäntilanteesi?

Pääkysymykset:

- Miten hoitaja käyttää ajan luonasi?
- Mitä tuntemuksia hoitajan ajankäyttö herättää?
- Minkälaisia toiveita liittyy hoitajien käyttämään aikaan?

Apukysymykset:

- Miten toivoisit hoitajien käyttävän ajan luonasi?
- Mitä ajatuksia hoitajien käynneistä herää?
- Miltä hoitajien käyttämän ajan pituus tuntuu?