

Niina Närhi ja Tiia Tiihonen

KANGASNIEMEN KOTIHOIDON ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Maaliskuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 8.3.2011				
Tekijä(t) Niina Närhi ja Tiia Tiihonen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma				
Nimeke Kangasniemen kotihoidon asiakastyytyväisyys					
Tiivistelmä <p>Yhdeksänkymmentäluvun alussa sosiaali- ja terveydenhuolto on muuttunut avohuoltopainotteiseksi, koska ikääntyneiden määrä on kasvanut ja laitospaikkoja on vähennetty. Kehittämällä avohoitoa pyritään taloudellisuuteen ja tehokkuuteen sekä mahdollistamaan kotona asuminen sairaudesta huolimatta. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys syntyy, kun asiakas vertaa odotuksiaan saamaansa palveluun. Tyytyväisyys on asiakkaan käsitys saamastaan hoidosta. Tyytyväisyyteen ei kuitenkaan sisälly asiakkaan terveydentilaan vaikuttaneet hoidon tulokset tai hänen saamansa hoidon tarkoituksenmukaisuus hänen terveydentilansa kannalta.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tutkimustietoa Kangasniemen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyydestä saamiinsa palveluihin sekä tuoda esille asiakkaiden ehdottamia kehittämissuunnitelmia Kangasniemen kotihoidon käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Kangasniemen kotihoidolle kotihoidon laadusta, kysymällä asiakkailta heidän tyytyväisyyttään saamiinsa palveluihin, henkilöstön ammattitaitoon sekä palveluiden saatavuuteen ja riittävyteen.</p> <p>Opinnäytetyön tilaajana ja toimeksiantajana toimi Kangasniemen kotihoito. Tutkimusongelmia olivat miten kotihoito toimii ja miten sitä tulisi kehittää. Kyselyyn osallistui 75 säännöllistä kotihoitoa saavaa asiakasta. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää. Kyselykaavake oli vakioitu eli standardoitu ja saadut tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla.</p> <p>Tulosten mukaan kyselyyn vastanneet olivat pääosin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja enemmistö heistä antaisi arvosanaksi hyvän tai jopa kiitettävän. Kehittämisehdotuksina tuli esille, että hoitajalla tulisi olla enemmän aikaa asiakkaalle. Lisäksi hoitajan tulisi olla ystävällisempi ja kuunnella enemmän asiakkaan mielipiteitä häntä koskevasta hoidosta.</p> <p>Jatkotutkimuksena olisi hyvä tehdä uusi asiakastyytyväisyyskysely noin viiden kuluttua ja tutkia lisäksi Kangasniemen kotihoidon laatua.</p>					
Asiasanat (avainsanat) Kotihoito, kotisairaanhoido, kotipalvelu, Kangasniemi, asiakastyytyväisyys					
Sivumäärä 34+7	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Kieli</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">URN</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Suomi</td> <td style="padding: 5px;">http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103173285</td> </tr> </table>	Kieli	URN	Suomi	http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103173285
Kieli	URN				
Suomi	http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103173285				
Huomautus (huomautukset liitteistä) Liitteet 3kpl					
Ohjaavan opettajan nimi Vappu Martikainen, Niina Kaukonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Kangasniemen kunnan kotihoito				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 8.3.2011
Author(s) Niina Närhi and Tiia Tiihonen		Degree programme and option Nursing programme
Name of the bachelor's thesis Customer satisfaction in the municipality of Kangasniemi		
Abstract <p>At the beginning of the nineties social and health care has changed to non-institutional social care orientated because the number of the elder has increased and the number of inpatient places has been reduced. Developing outpatient care aims to be economic and effective and also to enable living at home despite sickness. Satisfaction or dissatisfaction arises when clients compare their expectations with the service they receive. Satisfaction is the customer's opinion of the treatment they have received. Satisfaction does not include the client's health status influenced by the treatment outcome, or the appropriateness of treatment they have received in their state of health.</p> <p>The purpose of this thesis was to produce research to Kangasniemi's home care unit about the client's satisfaction of the service they receive and take out the developing plans that clients have suggested, so that Kangasniemi's home care unit could improve their function. The goal of this thesis was to get information about municipality of Kangasniemi home care unit's quality by asking the clients about their satisfaction of the service they get, the workmanship of the employees and also the availability and sufficiency of the services.</p> <p>The thesis was commissioned by Kangasniemi home care unit. Research problems were how home care works and how it should be developed. This survey involved 75 clients who receive regular home care. As the data collection method we used a quantitative method. The questionnaire was standardized and the results were analyzed by using SPSS software.</p> <p>The results showed that respondents were generally satisfied with the services and the majority of them would give a grade of good or even excellent. Developmental ideas showed that the nurses should have more time to clients and they should be friendlier and listen more to the client's opinions on treatment.</p> <p>As a further research, it would be good to make a new customer satisfaction survey about after five years from now. It would be also good to do a research about the quality of the home care unit in the municipality of Kangasniemi.</p>		
Subject headings, (keywords) Home care, home nursing, Kangasniemi, customer satisfaction		
Pages 34+7	Language Finnish	URN http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201103173285
Remarks, notes on appendices 3 appendices		
Tutor Vappu Martikainen and Niina Kaukonen		Bachelor's thesis assigned by Home care in the municipality of Kangasniemi

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	2
2	KOTIHOITO	3
2.1	Kotihoidon määrittelyä	3
2.2	Kotihoidon kokeilulaki	4
2.3	Kotihoidon kriteerit	5
2.4	Kotihoidon asiakkaat	5
2.5	Hyvän kotihoidon malli	6
2.6	Hyvä kotihoito asiakkaan näkökulmasta	8
3	KANGASNIEMEN KOTIHOITO.....	9
3.1	Kangasniemen kotihoidon toiminta.....	9
3.2	Kangasniemen kotihoidon kriteerit.....	12
4	KOTIPALVELU	14
5	KOTISAIRAANHOITO	15
6	ASIAKASTYYTYVÄISYYS.....	16
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA	17
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
8.1	Tutkimuksen kohdejoukko	18
8.2	Aineiston keruumenetelmä	18
8.3	Aineiston analyysi	20
9	TUTKIMUKSEN TULOKSET	20
10	POHDINTA	27
10.1	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa.....	27
10.2	Tutkimustulosten pohdintaa.....	29
10.3	Opinnäytetyöprosessin pohdintaa.....	30
10.4	Jatkotutkimusaiheet	31
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

1990-luvulla sosiaali- ja terveydenhuolto on muuttunut avohuoltopainotteiseksi, koska ikääntyneiden määrä on kasvanut ja laitospaikkoja on vähennetty. Kehittämällä avohoitoa pyritään taloudellisuuteen ja tehokkuuteen sekä mahdollistamaan kotona asuminen sairaudesta huolimatta. (Paasivaara 2004, 29.) Kangasniemen kotihoidolle tekemämme asiakastytyväisyyskysely on siis tällä hetkellä ajankohtainen, koska kotihoidon asiakkaiden määrä kasvaa koko ajan. Tämän vuoksi on hyvä tietää, kuinka kotihoito toimii nyt, ja miten sitä voitaisiin tulevaisuudessa kehittää. Aiheen tekee ajankohtaiseksi myös se, että lakiuudistus mahdollistaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen kotihoidoksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kangasniemen kunnan kotihoidon laatua asiakkaiden kuvaamana. Tutkimus antaa tietoa Kangasniemen kunnan kotihoidon laadusta kysymällä asiakkailta asiakastytyväisyyttä, henkilöstön ammattitaitoa, palveluiden saatavuutta ja riittävyttä.

Työn kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan kotihoitoa ja sitä ohjaavaa lainsäädäntöä. Tutkimus on määrällinen eli kvantitatiivinen ja aineisto kerätään strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksen perusjoukkona ovat kaikki Kangasniemen kunnan kotihoidon asiakkaat, jotka kuuluvat säännöllisen kotihoidon piiriin. Kyselylomakkeet käsitellään SPSS-ohjelman avulla. Tutkimuksen hyöty Kangasniemen kunnalle on saada palautetta kotihoitonsa toiminnasta ja palveluista asiakkaidensa näkökulmasta, ja mahdollisesti kehittää Kangasniemen kotihoidon toimintaa.

Kangasniemi kuuluu Itä-Suomen lääniin ja Etelä-Savon maakuntaan (Kangasniemi-info). Asukkaita Kangasniemellä oli vuoden 2008 lopussa 6131. Väestöstä yli 64-vuotiaita oli vuonna 2007 26.9 %. (Tilastokeskus 2010.) Kangasniemen asukkaista 140 kuului vuonna 2010 säännöllisen kotihoidon piiriin.

2 KOTIHOITO

2.1 Kotihoidon määrittelyä

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jonka tavoitteena on antaa mahdollisuus hyvään ja turvalliseen elämään omassa kodissaan sairauksista tai toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Tavoite mahdollistetaan moniammatillisen työryhmän avulla, johon kuuluu terveydenhoidon, sairaanhoidon, kotipalvelun, sosiaalityön ja kuntoutusohjauksen työntekijät. Kotihoito sisältää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut sekä kotipalvelun tukipalvelut ja omaishoidon tuen, joka mahdollistaa kotihoidon omaisen ollessa hoitajana. Yksi kotihoidon järjestelytapa on palveluseteli. Lisäksi muut julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, erilaiset tulonsiirrot ja kolmas sektori sekä yksityiset palveluntuottajat tukevat kotihoidon palveluita. (Ikonen & Julkunen 2007, 15–47.)

Kotihoidon tarkoituksena on vähentää vanhusten, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten pitkäaikaishoitoa laitoksissa ja tukea heidän kotona tai palvelukodeissa selviytymistä. Kotihoito mahdollistaa viiveettömän sairaalasta kotiutumisen ja turvaa kotona tapahtuvan jatkohoidon. Asiakasta autetaan niin, että hän pystyy omaisten ja muiden auttajien avulla selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan. Kotihoidon painopiste on nykyään henkilökohtainen hoito ja huolenpito. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.)

Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon kuuluu perushoiva, terveyden edistäminen ja sairaanhoito, psykososiaalinen tuki asiakkaalle ja omaisille, kuntouttavien toimien suunnittelu ja toteutus moniammatillisen työryhmän kanssa. Perushoivaan kuuluu päivittäisissä toiminnoissa avustaminen, kuten peseytyminen ja hygienia, ruokailu, liikkuminen, kodin siistiminen ja vaatehuolto. Terveyttä edistävät toimet pitävät sisällään toimintakykyä ylläpitävää ja kuntoutukseen liittyviä tehtäviä ja ennakoivaa työtä eli palvelutarpeen kartoitusta, sosiaalityötä, terveydenhoitoa, neuvontaa sekä ohjausta. Lisäksi asiakkaille tarjotaan sairaanhoidollisia toimenpiteitä ja saattohoitoa. (Ikonen & Julkunen 2007, 17.)

2.2 Kotihoidon kokeilulaki

Sosiaalihuoltolaissa 1982 määrätään, että sosiaalihuollon määrittelemät kotipalvelut ja kansanterveyslain määrittelemät kotisairaanhoidontehtävät voidaan kotihoidon kokeilussa järjestää osittain tai kokonaan yhdistettyinä kotihoidoksi (Sosiaalihuoltolaki 82/710). *Tämä on kotihoidon kokeilulaki, joka on alkanut vuonna 2005, ja se voi loppua vuoden 2010 loppuun. Sen tarkoituksena on ollut kartoittaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisen tapoja että uusia vanhusten palvelujen organisoimismalleja. Kokeilulaki on mahdollistanut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toteuttamisen saman toimielimen alaisuudessa riippumatta siitä, kuinka sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen on muuten toteutettu. Yhdistettyä kotihoitoa on voitu kokeilla sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymissä kunnissa.* (Edilex 2008.)

Kotihoidon kokeilulakiin sisältyy säännöksiä kotihoidon henkilökäsitereistä, joiden tarkoituksena on helpottaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä. Yhteen rekisteriin voidaan koota kaikkien asiakkaiden ja potilaiden tiedot kotihoidon yksikössä ja kaikilla yksikön työntekijöillä on käyttöoikeus näihin tietoihin. Terveyskeskuksen ja kotihoidon yksikön välinen tiedonkulku on varmistettu sosiaalihuoltolakiin 2a lukuun 12 g § ja kansanterveyslakiin 2a lukuun 13 h § sisältyvillä säännöksillä. (Edilex 2008.)

Kokeilun toteuttamisen kannalta suuri merkitys on edelleen kokeilulakeihin sisältyvillä säännöksillä kotihoidon henkilökäsitereistä. Niiden tarkoituksena on ollut helpottaa yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välillä. Asiakkaiden ja potilaiden tiedot voidaan kotihoidon toimintayksikössä koota yhteen rekisteriin, joka on kaikkien kotihoidon työntekijöiden käytössä. Tiedonkulku terveyskeskuksen ja kotihoidon toimintayksikön välillä on varmistettu sosiaalihuoltolain 12 g §:ään ja kansanterveyslain 13 g §:ään sisältyvillä säännöksillä. Sosiaalihuoltolain 12 h §:ssä ja kansanterveyslain 13 h §:ssä säädetään kotihoidon toimintayksikön ja terveyskeskuksen mahdollisuudesta avata toisilleen tekninen käyttöyhteys rekisteriensä salassa pidettäviin tietoihin. (Edilex 2008.)

2.3 Kotihoidon kriteerit

Kunnallinen kotihoito on pääasiassa tarkoitettu paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville vanhuksille. Kotihoidon palveluihin voi olla oikeutettu esimerkiksi sairauden, vamman tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.) Lähtökohtana on asiakkaiden tasavertaisuus ja oikeudenmukaisuus palvelujen järjestämisessä. Kotihoidon kriteerien myötä palvelut kohdennetaan eniten apua tarvitseville henkilöille. (Mikkelin kaupunki 2008.)

Kotihoidon asiakkaaksi voi päästä jos toimintakyky on selkeästi alentunut, eli henkilö tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa kuten esimerkiksi pukeutuminen, ruokailu ja muu perushoito sekä lääkehoito. Henkilö, joka tarvitsee sairauksiensa vuoksi sairaanhoitoa eikä voi käyttää kodin ulkopuolisia terveyspalveluita sekä sairaalasta kotiutuva apua tarvitseva henkilö on myös oikeutettu kotihoitoon. Omaisten hoidossa olevat henkilöt voivat myös saada kotihoidon apua, jotta omaisten jaksaminen ei kärsi. (Mikkelin kaupunki 2008.)

Kotihoidon asiakkuus voidaan lopettaa, jos asiakas käyttäytyy uhkaavasti tai ei ole yhteistyökykyinen, ei halua ottaa palveluita vastaan tai on poissa kotoa kotihoidon käydessä siellä. Mikäli työntekijän turvallisuus vaarantuu toistuvasti, on asiakkuuden lopettamista harkittava. Asiakasta tai hänen edustajaansa tulee kuulla ennen lopettamis päätöksen tekoa. Asiakkaalla on myös oikeus tehdä oikaisuvaatimus lautakunnalle, jos hänen palvelujensa lopettamisesta on tehty päätös, johon hän ei ole tyytyväinen. Häntä ei myöskään saa jättää hoidotta, vaan hoito tulee järjestää muulla tavoin. (Mikkelin kaupunki 2008.)

2.4 Kotihoidon asiakkaat

Suurin kotihoidon asiakaskunta on vanhukset, joilla voi olla useita terveysongelmia ja pitkäaikaissairauksia. Muita asiakasryhmiä ovat mielenterveyskuntoutujat, päihdeongelmaiset ja vammaiset. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.) Lähes puolet kotihoidon asiakkaista on 75–84-vuotiaita, ja joka kolmas on 85-vuotias tai yli. Naisia on enemmän kuin miehiä säännöllistä kotihoitoa saavista asiakkaista. (Heinola 2007, 18–20.)

Kotihoidon asiakasrakenteesta kertoo se, kuinka monta kertaa kuukaudessa asiakkaan luona käydään. 41 käyntiä kuukaudessa kertoo siitä, että asiakkaan avun tarve on suuri. Arvion mukaan 26,8 % kotihoidon asiakkaista saa yli 40 käyntiä kuukaudessa, eli he tarvitsevat paljon apua päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Alle yhdeksällä käynnillä kuukaudessa pärjää noin 42,4 % asiakkaista. Asiakasrakennetta voidaan myös kuvata asiakkaiden hoidon tarpeen mukaan. Omatoimisia tai lähes omatoimisia asiakkaita on 8,3 %, kun taas ympärivuorokautista apua tarvitsee 7 %. Kahden edellä mainitun lisäksi asiakasrakennetta kuvaavat hoidon tarpeen syyt. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on suurin syy (60,6 %) säännöllisen kotihoidon saamiseen ja vähiten on psyykkis-sosiaalisten syiden (9,7 %) takia hoitoa saavia asiakkaita. (Heinola 2007, 18–20.)

2.5 Hyvän kotihoidon malli

Kotihoidon hyvä malli sisältää tavoitteet, toimintaperiaatteet, ydintehtävät ja tulokset. Tavoitteet ja periaatteet on mietitty sekä asiakkaan että palvelujärjestelmän kannalta. Kotihoidon ydintehtävät on jaettu asiakasryhmien mukaan ja tulokset on esitetty sekä kotihoitoasiakkaan että järjestelmän ja yhteisön kannalta. (Tepponen 2009, 165–166.)

Tavoitteena asiakkaan kannalta on mahdollistaa kotona asuminen, hyvä elämänlaatu eli hyvinvointi, toimintakyky ja terveys sekä tyytyväisyys elämään. Vanhusten kotona asumista korostetaan myös taloudellisista syistä, hyvällä kotihoidolla pyritään ehkäisemään ja vähentämään kalliin erikoissairaanhoidon käyttöä tai ainakin siirtämään vanhusten joutumista pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Mallin tarkoituksena on rajoittaa kustannusten kasvua ja parantaa kustannusvaikuttavuutta. (Tepponen 2009, 167–168.)

Hyvän kotihoidon toteuttamisen ohjaaja on eheyttämisen eli integroinnin periaate. Kotisairaanhoidon kannalta se tarkoittaa sitä, että toimintaa organisoidaan ja johdetaan eheyttämällä ja sovittamalla yhteen monitoimiamaisen palvelujärjestelmän toiminnot. Tämä tapahtuu häivyttämällä organisaatioiden palvelujen, ammattiryhmien ja muiden toimijoiden rajapinnat. Asiakkaan kannalta tämä tarkoittaa sitä, että muodostetaan palvelukokonaisuus, joka on eheä ja asiakkaan tarpeita vastaava. Hyvää kotihoitoa ohjaava periaatteisto sisältää ennakoinnin, ongelmien ehkäisyn ja varhaisen puuttumisen periaatteet. Edellä mainitut periaatteet velvoittavat estämään ja ehkäisemään hoidon ja avuntarpeen. Ongelmiin tulee puuttua varhaisessa vaiheessa käyttäen ennakoi-

van, ehkäisevän ja kuntouttavan työn otteita. Priorisointi on yksi yksilöä, yhteiskuntaa ja palvelujärjestelmää koskeva periaate. Priorisoinnin mukaan säännöllinen kotihoito tulee kohdentaa kaikkein huonokuntoisimmille, iäkkäimmille tai muuten avuttomimmille asiakkaille, unohtamatta kuitenkin ennakoivien ja ehkäisevien palveluiden kohdentamista hyväkuntoisille ja nuoremmille asiakkaille. Asiakkaille tulee taata heidän tarpeidensa mukainen kotihoidon riittävyys, eli heille tulee antaa heidän tarvitsemansa palvelut. (Tepponen 2009, 168–169.)

Kotihoito tulee olla saatavilla oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti sitä tarvitseville asiakkaille, kuitenkin taloudellisten mahdollisuuksien rajoissa. Kotihoidon tulee olla yksilöllistä ja asiakkaan tarpeiden mukaista. Standardipalveluiden sijasta kotihoito tulee sovittaa asiakkaille ja asiakasryhmille heidän toiveidensa ja vaatimustensa mukaiseksi. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja vapautta valita tulee korostaa. Ikäihmisellä tulee olla mahdollisuus osallistua yhteiskuntaan ja vaikuttaa palveluiden suunnitteluun, esimerkiksi vanhusneuvostojen ja muiden kanavien kautta. Ikäihmisen omia voimavaroja tulee aktivoida ja tukea fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Tepponen 2009, 169.)

Ikäihmisten hyvän kotihoidon ydintehtävät jaetaan neljään asiakasryhmään, joita ovat ennakoiva ja ehkäisevä kotihoito, yksittäiset palvelut ja tilapäinen kotihoito, jatkuva kotihoito ja tehostettu kotihoito. Ennakoivaan ja ehkäisevään kotihoitoon kuuluu muun muassa erilaiset harrastustoiminnat ja asunnonmuutostyöt, ehkäisevät kotikäynnit ja seniorineuvolat. Tähän asiakasryhmään kuuluvat omatoimiset iäkkäät ihmiset, joiden asiakkuus on kertaluontoista. Kolmannen sektorin toimijat, esimerkiksi eläkeläis-, kulttuuri- ja liikuntajärjestöt ovat keskeisiä palveluneuvonnan toteuttajia. Lisäksi seurakunnat, paikallisradio ja lehdet toteuttavat tätä toimintaa. Neuvonnan yksi tärkeä osa-alue on ikäihmisten taloudellisten etuuskien haussa neuvominen. Ehkäisevillä käynneillä tarkastellaan ikäihmisen toimintakykyä ja terveydentilaa. (Tepponen 2009, 166–170.)

Yksittäisen ja tilapäisen kotihoidon asiakkaita ovat vähän apua tarvitsevat iäkkäät ihmiset, joiden asiakkuussuhteet ovat lyhytaikaisia. Erilaiset tukipalvelut, siivous ja ateriapalvelu sekä päivätoiminta ja lääketieteelliset hoidot ja tutkimukset kuuluvat muun muassa tässä ryhmässä oleville asiakkaille. Jatkuvan kotihoidon asiakkaita ovat paljon apua tarvitsevat henkilöt, joiden asiakkuussuhde on jatkuva. Yksilökohtainen palve-

luohjaus, tukipalvelut, kodinhoitoapu, hoiva-apu päivittäisessä elämässä, lääketieteelliset tutkimukset ja hoidot sekä toimintakyvyn tuki ja kuntoutus ovat tarjolla tämän ryhmän asiakkaille. Tehostetun kotihoidon piiriin kuuluvat erityisen paljon apua tarvitsevat iäkkäät henkilöt ja heidän asiakkuussuhteensa on jatkuva. Kotisairaanhoido ja tehostettu kotisairaanhoido, jatkuva hoiva, tehostettu kuntoutus, saattohoito ja harrastukset ovat osa tälle ryhmälle tarjottavista palveluista. (Tepponen 2009, 166.)

Hyvän kotihoidon mallia käyttäen saadaan tuloksiksi asiakkaalle parempi elämänlaatu, tyytyväisyys elämään, fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyminen tai parantuminen sekä heidän terveytensä säilyy hyvänä tai jopa paranee. Järjestelmän ja yhteiskunnan kannalta hyvällä kotihoidon mallilla saadaan kustannusvaikuttavat palvelut ja pystytään hillitsemään kustannusten kasvua, saadaan eheä palvelukokonaisuus sekä hyvinvoivat työntekijät. (Tepponen 2009, 166.)

2.6 Hyvä kotihoito asiakkaan näkökulmasta

Hyvän kotihoidon toteutumisen edellytyksenä on, että asiakas tai häntä edustava henkilö ja kotihoidon työntekijät noudattavat yhdessä laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Asiakkaalla tulee olla sellaiset asumisolosuhteet, että ne tukevat hänen kotona asumistaan. Lisäksi hoidon kannalta tärkeät apuvälineet kuten sairaalasänky tai nostolaite tulee olla asiakkaan käytettävissä, jolloin sekä asiakkaan että työntekijän turvallisuus on taattu. (Mikkelin kaupunki 2008.)

Asiakkaille tärkeitä asioita ovat humaniset ominaisuudet, joita esimerkiksi ovat ystävällisyys, miellyttävyys ja myötäelämisen kyky. Mikäli hoitotyöntekijä on asiakkaan mielestä hyvä, myös hoitoa pidetään hyvänä. Ammattitaitoa pidetään tärkeänä, ja siihen liitetään myös ominaisuuksia kuten täsmällisyys ja taitavuus sekä vuorovaikutustaidot, havaintojentekokyky, intuitiivisuus ja kyky kriittiseen arviointiin. Hoitotyöntekijällä tulee olla myös erilaisia luotettavuuteen liittyviä tekijöitä. Helposti lähestyttäviin ja kiinnostusta tekemäänsä työhön osoittaviin hoitotyöntekijöihin asiakkaat ovat tyytyväisiä. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 11–12.)

Asiakkaiden kohtelu ei ole aina vastannut asiakkaiden odotuksia, sillä esimerkiksi hoitajien liian lyhyet ja harvat käynnit sekä hoitajien kiire vaikuttavat asiakkaiden tyytymättömyyteen. Ylimääräisiä käyntiaikoja on vaikea saada, ja asiakkaat eivät ole

tyytyväisiä siihen. Asiakkaiden tyytyväisyyttä lisää asiakkaan mahdollisuus osallistua itse oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaista on tärkeää myös se, että hoitaja on huolellinen, tarkka ja luotettava, ja että hoitajalla on ammattitaitoa. (Paasi-vaara 2004, 31.)

3 KANGASNIEMEN KOTIHOITO

Kangasniemi kuuluu Itä-Suomen lääniin ja Etelä-Savon maakuntaan. Sen naapurikuntia ovat Mikkeli, Pieksämäki, Hankasalmi, Hirvensalmi, Joutsa ja Toivakka. Kangasniemi on kolmanneksi suurin Etelä-Savon kunnista ja se on valittu Suomen kauneimmaksi kunnaksi vuonna 1997. (Kangasniemi-info.) Asukkaita Kangasniemellä oli vuoden 2008 lopussa 6131. Väestöstä yli 64-vuotiaita oli vuonna 2007 26,9 %. Väestöennusteen mukaan vuonna 2015 Kangasniemellä on 5663 asukasta. Suomessa on tällä hetkellä 17 % yli 65-vuotiaita. Heidän osuutensa väestöstä arvioidaan nousevan 27 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Työikäisten määrä alkaa vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään. (Tilastokeskus 2010.)

3.1 Kangasniemen kotihoidon toiminta

Kangasniemen kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät kotihoidoksi jo vuonna 1999, mutta käytännössä ne toimivat hyvin erillisinä. Vuonna 2007 aloitettiin tiimityöskentelykokeilu, joka otettiin virallisesti käyttöön vuonna 2008. Tiimejä on neljä, kuhunkin tiimiin on nimetty tiimivastaava ja varavastaava. Tiimivastaava organisoii muun muassa tiiminsä jäsenien työtehtäviä yhdessä tiimin työntekijöiden kanssa. (Kaukonen 2009.)

Kangasniemen kotihoidon lähtökohta palvelujen järjestämiselle on asiakkaiden tasa-vertainen ja oikeudenmukainen kohtelu. Kotihoidolla on kriteerit, joiden avulla he kohdistavat palvelut henkilöille, jotka tarvitsevat eniten tukea kotona selviytymiseen alentuneen toimintakykynsä vuoksi. Painopistealueena Kangasniemen kotihoidolla on kotona asumisen mahdollisuuden tukeminen. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kotihoidon asiakkaaksi haluavat ottavat yhteyttä kotihoitoon. Myös omaiset, terveyskeskus, naapurit, viranomaiset tai muut vastaavat tahot voivat ottaa yhteyttä tulevan

asiakkaan puolesta. Hoivatakuun mukaisesti yli 80-vuotiaat ja Kelan erityishoitotukea saavat pääsevät halutessaan palvelutarpeen arviointiin ei-kiireellisissä tapauksissa viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta. Kiireellisissä tapauksissa kaikkien palvelutarve on arvioitava iästä riippumatta viipymättä. Yhteydenottopyynnön jälkeen järjestetään ensikäynti, jossa arvioidaan hoito- ja palvelutarve. Tämä tapahtuu joko asiakkaan kotona tai terveyskeskuksessa, jossa mukana palaverissa ovat kotihoiton ohjaaja ja tiimin sairaanhoitaja, tai kotiutushenkilö ja kotihoiton ohjaaja. Jos katsotaan, että asiakas tarvitsee apua kotona asumisesta selviytymiseen, hänelle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Tätä ei kuitenkaan tehdä satunnaista apua saaville, kuten ompeleiden poistoa tai lyhyttä haavahoitoa tarvitseville. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan aina yhteistyössä asiakkaan ja tämän omaisen kanssa, mikäli se on mahdollista. Asiakkaalle nimetään omahoitaja, joka päivittää tietoja ja tekee säännöllisesti arviointia. (Kangasniemen kunta 2010.)

Asiakkaan kanssa laaditaan hoito- ja palvelusitoumus, jossa asiakas joko suostuu tai kieltää tietojensa luovuttamisen mahdollista jatkohoitoa varten toiseen toimintayksikköön tai organisaatioon. Sopimuksessa on tarkkaan laadittu, mitä tietoja ja kenelle niitä saa luovuttaa missäkin tilanteessa. Kotihoiton palveluita voi saada heti, kun palvelutarve on arvioitu. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kotihoitoa saavien asiakkaiden hoidon lähtökohtana on asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen, tukeminen sekä ohjaaminen, jotta asiakas suoriutuisi mahdollisimman itsenäisesti arjen askareista ja hoitotoimenpiteistä. Resurssien puitteissa pyritään noudattamaan tasa-arvoa. Kotihoiton tavoitteena on tiimeittäin tuottaa toimintakykyä ylläpitävää, laadukasta ja turvallista sairaanhoitoa ja huolenpitoa asiakkaan kodissa. Kotihoito tukee ja auttaa asiakasta, jos tämä ei itse suoriudu jostain tehtävästä. Tavoitteena on siis mahdollistaa asiakkaalle mahdollisimman hyvä arki omassa kodissaan kuntouttavaa työtettä käyttäen. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kangasniemen kunta järjestää ennaltaehkäiseviä käyntejä, joissa kaikki 75-vuotiaat kutsutaan terveydenhoitajan vastaanotolle ikäihmisten kuntoneuvolaan. Siellä kartoitetaan terveydentila ja palvelutarve. 80-vuotiaille tehdään maksuton kotikäynti, jotta voidaan kartoittaa terveydentila ja palvelutarve. Muistihoidajan vastaanotolle voivat hakeutua kaikki ne kuntalaiset, jotka epäilevät sairastavansa muistisairautta. Vastaa-

otolla tehdään muistikartoitus ja tarvittaessa asiakas ohjataan eteenpäin. Käynti on asiakkaalle maksuton. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kangasniemen kotihoidon palvelut muodostuvat kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta ja kotihoidon tukipalveluista. Tukipalveluita ovat turvapuhelinpalvelu, perusterveydenhuollon muistipoliklinikka, omaishoitajien tuki- ja virkistystoiminta, SAS-yhdys henkilön palveluohjaus, kotikuntoutus ja ehkäisevät kotikäynnit. Kotihoitoa tukevat vanhusten päivätoiminta, lyhytaikaispaikat ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut. Kotiin annettavia palveluita voidaan täydentää palvelusetelin avulla. (Kangasniemen kunta 2010.) Palvelusetelin avulla asiakkaat voivat hankkia sosiaali- ja terveyspalveluita yksityisiltä palvelun tuottajilta. Se on tarkoitettu kaikille sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitseville ja sen saa oman asuinkunnan terveysasemalta, sosiaalivirastosta ja muista kunnan palveluyksiköistä. Setelin saaminen edellyttää kuitenkin sitä, että kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon edustaja arvioi henkilön palvelun tarpeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Kangasniemen kotipalvelu tarjoaa hoiva- ja hoitotyötä, asiakaspalvelua, ateriapalvelua, palvelusetelitoimintaa ja asiointipalvelua. Palveluita suunniteltaessa kotiutusohjaaja toimii palveluohjaajana ja koordinoijana. Palveluiden käytännön toiminnasta vastaavat tiimivastaavat yhteydessä kotihoidon ohjaajan ja henkilöstöstä vastaavan sairaanhoitajan kanssa. (Kangasniemen kunta 2010.)

Tilapäiskäyntejä järjestetään asiakkaille vain, jos he eivät pääse itse kulkemaan palvelupisteeseen edes saattajan avustamana. Iltaisin (klo 15–21) tehdään vain välttämättömmät perus- ja sairaanhoidolliset tehtävät. Jos iltakäynnin syy on ainoastaan lääkityksen anto, täytyy asiasta neuvotella lääkärin kanssa, jotta lääkkeenantoaikaa voitaisiin mahdollisesti muuttaa. (Kangasniemen kunta 2010.)

Ilta- ja viikonlopputyössä tehdään vain välttämättömmät työt. Sairaalasta kotiutuvat asiakkaat otetaan kuitenkin vastaan, jos heille on tehty kotiutuspäätös ennen kello 14.00 tai päivystyksestä kotiutuessa ennen kello 18.00. Uudet asiakkaat otetaan vastaan virka-aikana. Yöllä tehtäviä tarkastuskäyntejä voidaan myöntää sairaalasta kotiutuvalla tai kotihoidon kokeilussa olevalle, jos se tukee kotona selviytymistä ja auttaa itsenäistymään laitoshoidon jälkeen. Kotihoidon vastuulääkäri päättää asiasta kotiutushoitajan tai SAS-työryhmän esityksestä. Edellytyksenä on kuitenkin asiakkaan

suostumus. Kangasniemellä yöhoito toteutuu vartiopalveluyrittäjän kanssa tehdyn sopimuksen pohjalta. Yöhoidon tehtäviin kuuluu wc-käynneissä avustaminen, vaipan vaihtamiset, katetroiminen, asentohoidon toteuttaminen, turvapuhelinhälytyksiin vastaaminen, voimien seuranta, turvallisuuden tunteen lisääminen sekä lääkehoito, johon kuuluu esimerkiksi i.v. - ja kipulääkkeet. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kotisairaanhoidajan tehtäviin kuuluu vastata tiimin sairaanhoidollisista tehtävistä joko itsenäisesti tai yhdessä koulutettujen työntekijöiden kanssa. Tarvittaessa asiakas käy itse tai saatettuna laboratoriossa antamassa verinäytteen, jos tämä ei onnistu, kotisairaanhoidaja tulee ottamaan näytteen asiakkaan kotona. Haavahoidot toteutetaan lääkärin ohjeistuksen mukaan. Mikäli haavahoito kestää yli 3 kuukautta, asiakas saa tarvikkeet maksutta lääkärin päätöksellä. Asiakasta opastetaan esimerkiksi diabeteksen hoidossa ja verenpaineen mittaamisessa, jotta hän selviytyisi mahdollisimman itsenäisesti niistä. Pääsääntöisesti yksittäisiä hoidollisia toimenpiteitä tarvitseva asiakas ohjataan terveyskeskuksen vastaanotolle. Asiakkaan on mahdollista saada saattohoitoa tarvittaessa. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kotisairaaloiminta kuuluu kotihoidon palveluihin, ja se tarjoaa tehostettua kotisairaanhoidoa. Tätä palvelua annetaan asiakkaille, jotka eivät välttämättä tarvitse sairaalan osastohoitoa ja seurantaa, ja selviytyvät kotona kotihoidon yöpartion, tukihenkilöiden ja omaisten turvin sekä saavat tarvittavan hoidon kotona. Tehostettua kotisairaanhoidoa annetaan muun muassa i.v.-hoitoa, saattohoitoa, isoja haavahoitoja tarvitseville asiakkaille. Lisäksi myös insuliinialoitukset ja diabeteksen tasapainotus, syöpäpotilaiden hoito, sydämen vajaatoimintapotilaat ja infektioapotilaat ovat mahdollisia asiakkaita. (Kangasniemen kunta 2010.)

Asiakkaat, joita ei voida hoitaa kotisairaaloiminnan avulla, ovat vaikeasti dementoituvat yksinasuvat, lääkkeiden ja muiden päihteiden väärinkäyttäjät sekä aggressiivisesti käyttäytyvät ja hoitoon sitoutumattomat henkilöt (Kangasniemen kunta 2010).

3.2 Kangasniemen kotihoidon kriteerit

Kotihoidon palvelun piiriin ottamisen kriteerit Kangasniemellä ovat palvelun tarpeen arviointi, säännöllisen kotihoidon tarve, kotihoidon palveluiden käynnistyminen, hoi-

van, huolenpidon ja/tai sairaanhoidon tarve, kotiavun tarve, palvelu- ja hoitosuunnitelma, tilapäinen palveluntarve ja oma halukkuus (Kangasniemen kunta 2010).

Palvelun tarpeen arvioinnissa käytetään apuna RaVa-toimintakykymittaria ja tarvittaessa MMSE-muistitestiä. Lisäksi kartoitetaan kotona selviytymistä heikentävät sairaudet, asuinolosuhteet ja sosiaalinen verkosto. Säännöllisen kotihoidon piiriin voidaan ottaa henkilö, joka ei pysty selviytymään arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelujärjestelmien avulla. Hoidon pitää vaatia sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstön ammattiosaamista. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kotihoidon ohjaaja ja tiimin sairaanhoitaja tekevät kartoituskäynnin asiakkaan kotiin, jossa he arvioivat palvelun tarpeen ottaen huomioon asiakkaan omat voimavarat. Palveluiden suunnitteluun otetaan mukaan asiakas ja hänen omaisensa tai muu lähipiirin jäsen. Palveluntarvetta arvioidessa otetaan huomioon yksityiset palvelut, vapaaehtoistyö ja lähipiirin mahdollisuus osallistua. Hoivan, huolenpidon ja/tai sairaanhoidon tarpeen tulisi olla päivittäistä tai useita kertoja viikossa tapahtuvaa. Asiakas ohjataan ensisijaisesti yksityisille palveluntuottajille, jos tarve on tilapäistä. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kartoituskäynnin jälkeen kotihoidon ohjaaja ja tiimin sairaanhoitaja arvioivat palvelun tarpeen ja päättävät palvelun aloittamisesta. Päätöksiä tehdessä tulee ottaa huomioon kuntalaisten yhdenvertaisuus ja noudattaa hallintokäytäntöä. Kotihoidon asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään hoidon toteuttaminen. Tämä suunnitelma tulee tarkistaa tilanteen muuttuessa, kuitenkin vähintään kerran vuodessa. Palveluja voidaan muuttaa tai lopettaa kokonaan asiakkaan toimintakyvyn tai kokonaistilanteen muuttuessa. (Kangasniemen kunta 2010.)

Säännöllistä kunnallista kotihoitoa voidaan kuitenkin antaa tilapäisasiakkaille, jos asiakkaalla ei ole taloudellisia edellytyksiä hankkia palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta, jos asiakas on muistihäiriöinen tai mielenterveysongelmainen ja hänen perushoitonsa tai lääkehoitonsa vaarantuu ilman kotihoidon apua tai jos henkilön omaishoitaja tarvitsee tukea hoitaessaan asiakasta. Lisäksi jos asiakas ei pysty terveydellisistä syistä käymään terveyskeskuksessa hoidossa, hänelle voidaan myöntää tilapäistä palvelua. (Kangasniemen kunta 2010.)

Kotipalvelua pyritään antamaan tukipalvelujen turvin, joita ovat ateriapalvelu, kylvelytys sekä siivous- ja pyykkipalvelut. Mikäli asiakas tarvitsee tarkistuskäyntejä vointinsa vuoksi, hänen suositellaan hankkivan turvapuhelimen. Asiakkaan tarvitessa vain turvapuhelinpalvelua, hänet ohjataan käyttämään yksityisiä palveluntuottajia. Asiakasta, joka ei halua kotihoidon palveluita, ei voida ottaa kotihoidon asiakkaaksi, jos hän itse ymmärtää hoidon tärkeyden kotona selviytymisen kannalta. Päihteiden vaikutuksen alaiselta, aggressiiviselta asiakkaalta tarkastetaan yleisvointi ja palataan asiaan myöhemmin. Tarvittaessa kuitenkin paikalle hälytetään apua. Mikäli tilanne toistuu useasti, tulee neuvotella hoitokäytännöistä lääkärin kanssa. (Kangasniemen kunta 2010.)

4 KOTIPALVELU

Kotipalvelulla tarkoitetaan tavanomaiseen elämiseen liittyvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja avustamista niissä. Tehtävät voivat liittyä asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä lasten hoitoon ja kasvatukseen. (Sosiaalihuoltolaki 1982/710, 20§.) Sosiaalihuoltolain 3. luvun 21§:n mukaan kotipalveluja annetaan henkilöille, jotka tarvitsevat apua rasittuneisuuden, perhetilanteen, sairauden, synnytyksen, vamman, heikentyneen toimintakyvyn tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella apua selviytyäkseen sosiaalihuoltolain 20§:ssä tarkoitetuista tehtävistä ja toiminnoista. (Sosiaalihuoltolaki 1982/710).

Kotipalvelu on sosiaalipalvelu, jota asiakas hakee asuinkunnaltaan. Myös asiakkaan omaiset tai SAS-ryhmä sekä sairaalan työntekijät voivat anoa asiakkaalle kotipalvelua. Kotipalvelua voidaan saada, kun laissa määrätyt ehdot täyttyvät. Lisäksi kunnalla täytyy olla resursseja, jotta se voi myöntää anotun palvelun. Palvelun hakemisen jälkeen asiakkaalle tehdään ensikäynti, jossa kartoitetaan asiakkaan avun tarve ja tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma on sopimus, johon asiakkaan palvelut perustuvat. Suunnitelmaa tulee myös päivittää. Ensimmäinen suunnitelma tehdään asiakkaan, kotipalvelun esimiehen ja mahdollisen tulevan omaishoitajan tai muun lähiomaisen kanssa. Asiakas maksaa palveluista asiakasmaksulakeihin perustuvan summan, joka määräytyy hänen tulojensa perusteella. (Ikonen & Julkunen 2007, 44–46.)

Kotipalvelun tehtäviin kuuluu lääkehuolto, peseytymisapu, ruuan valmistus ja syömisessä avustaminen, kodin siistiminen, vaatehuolto, liikkumisessa avustaminen, asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella sekä avustaminen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, keskusteluissa ja virkistyksessä. Kotipalvelut ovat kuntakohtaisia, ja esimerkiksi ruokia valmistetaan vain poikkeustapauksissa, ja ateriat voidaan järjestää ateriapalvelun kautta. Kotipalvelun henkilökuntaan kuuluvat kodinhoitajat, perushoitajat, lähihoitajat, sosionomit (AMK), sosiaalihoajaajat ja fysioterapeutit. Asiakkaan kotona työskenteleminen asettaa työlle erityisiä haasteita, ja työ perustuu asiakkaan kunnioittamiseen, ehdottomaan luottamukseen ja asiakaslähtöisyyteen. Kotipalvelun työntekijät voivat työskennellä asiakkaiden kotien lisäksi myös palvelukeskuksissa. (Ikonen & Julkunen 2007, 46–47.)

Kotipalveluun kuuluu lisäksi erilaisia tukipalveluja, jotka on määritelty sosiaalihuoltolaissa. Näistä palveluista tavallisimpia ovat ateriapalvelu, siivouspalvelu, turvallisuuspalvelut, kuljetuspalvelut, vaatehuolto, kylvetyspalvelut, päivätoimintapalvelut, virkistys- ja asioimispalvelut ja saattajapalvelu. Tukipalveluita voi hakea, vaikka ei olisi-kaan kotihoidon asiakas, tai vaikka ei tarvitsisi kotipalvelun apua muuten. (Ikonen & Julkunen 2007, 45.)

5 KOTISAIRAAHOITO

Kotisairaanhoito on kotona tapahtuvaa terveydenhuollon ammattilaisten antamaa sairaanhoitoa, joka on kansanterveyslaissa määrättyä. Kotisairaanhoidon palvelut ovat tarkoitettu ihmisille, jotka eivät voi käyttää muita avoterveydenhuollon sairaanhoitopalveluita vammansa, sairautensa tai toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi. Kotona annettavan hoidon saamisesta päättää kotisairaanhoidosta vastaava lääkäri, joka päättää myös, milloin asiakkuus päättyy. Hoito tapahtuu lääkärin valvonnan alaisena ja on suunnitelmallista hoitoa. Kotisairaanhoito on moniammatillista yhteistyötä muun muassa fysioterapeuttien kanssa. (Ikonen & Julkunen 2007, 47.)

Kotisairaanhoito suorittaa lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia, kuten ottaa verinäytteitä, valvoo lääkehoidon toteutumista ja seuraa asiakkaan vointia. Myös saattohoitoa voidaan järjestää kotona kotisairaanhoidon antaman tuen avulla. Näiden li-

säksi kotisairaanhoidon tehtävänä on tukea omaisia. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010.)

6 ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Asiakastyytyväisyys voidaan määritellä niin, että se on yhtenäinen, tajunnallinen ja tunteisiin liittyvä reaktio palvelusuhdetta tai yhtä yksittäistä palvelutapahtumaa kohtaan. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys syntyy, kun asiakas vertaa odotuksiaan saamaansa palveluun. (Isotalo 2002, 16.) Tyytyväisyys on asiakkaan käsitys saamastaan hoidosta. Tyytyväisyyteen ei kuitenkaan sisälly asiakkaan terveydentilaan vaikuttaneet hoidon tulokset tai hänen saamansa hoidon tarkoituksenmukaisuus hänen terveydentilansa kannalta. Tyytyväisyys kuvastaa positiivista asennetta hoitoa kohtaan ja asiakas tekee myönteisiä arvioita terveydenhuollon eri ulottuvuuksista. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 25.)

Palvelutilanteissa voidaan aina kohdata tyytymättömiäkin asiakkaita vaikka heitä pyrittäisiin palvelemaan mahdollisimman hyvällä tavalla. Kaikissa palvelutehtävissä voi olla tilanteita, jotka tuntuvat tavallista haastavammilta. Tällöin ei tule puhua hankalista asiakkaista, vaan haastavista palvelutilanteista. Kiire ja haastavat palvelutilanteet kuuluvat palvelutyöhön. Työntekijän kiire ei ole hyväksyttävä syy asiakkaan huonoon kohteluun palvelutilanteessa. Mikäli haastavia palvelutilanteita on usein samalla työntekijällä, on hänen hyvä tarkastella omaa asennoitumistaan ja työskentelytapaansa. (Lahtinen ym. 1991, 75.)

Asiakkaiden valitusten syynä on usein se, että heidän odotuksensa ja toiveensa eivät täyty kaikilta osin. Asiakkaan tyytymättömyyttä voivat aiheuttaa palveluiden puutteellisuus, palveluiden saatavuuden heikkous ja toteutumisaika, henkilökunnan käyttäytyminen sekä palveluiden ominaisuudet ja laatu. Asiakkaan tyytymättömyyteen liittyy tunne, että hänet on petetty ja hänelle on annettu katteettomia lupauksia. Tyytymätön asiakas on myös turhautunut ja vihainen. Tapa, jolla työntekijä hoitaa asiakkaan tyytymättömyyden, vaikuttaa siihen, pystyykö työntekijä säilyttämään asiakassuhteen tai jopa lujittamaan jo olemassa olevaa yhteistyötä. Asiakkaalle on harvoin merkitystä, mistä tai kenestä virhe johtuu, vaan eniten merkitystä asiakkaalle on sillä, että virhe korjataan välittömästi. (Lahtinen ym. 1991, 75.)

Nykyaikaiseen laatukäsitykseen kuuluu asiakaskeskeisyys. Palvelutilanteen aikana tulisi varmistaa asiakkaan tyytyväisyys, tai se tulisi tehdä viimeistään tapahtuman lopussa. Asiakkaan tyytyväisyyttä voidaan selvittää kysymällä, keskustelemalla ja kuuntelemalla. Mikäli palvelusuhteessa on jotain korjattavaa, voidaan se vielä tässä vaiheessa korjata. Myös asiakkaan tyytyväisyys on tärkeä tietää. Kyselylomakkeet ovat yleinen tapa selvittää asiakkaiden tyytyväisyyttä, joiden avulla saadaan hyvin tietoa, mutta joka ei korvaa henkilökohtaisia keskusteluja. (Kangas 1994, 75–76.)

Hoidon laadun arvioinnissa on kolme mahdollista kuvaajaa asiakastyytyväisyydelle. Tyytyväisyys voi olla laadukkaan hoidon tunnusmerkkinä, oikeutettuna ja toivottuna hoidon tuloksena, jota ilman hoito ei ole hyvää. Toisaalta se voi olla laadukkaan hoidon osoittimena, jolloin se heijastaa potilaiden näkemyksiä saamansa hoidon eri näkökohdista. Kolmanneksi tyytyväisyys on ehto tai edellytys hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi, koska tyytyväisien asiakkaiden oletetaan noudettavan paremmin heille annettuja hoito-ohjeita. Nämä asiakkaat hakeutuvat myös helpommin hoidon piiriin jatkossakin. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 25.)

Raija Hirvonen selvitti pro gradu -tutkielmassaan kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin ja luottamusta työntekijöihin. Lisäksi selvitettiin, onko kotihoidon toiminta vastuullista ja ammattitaitoista. Asiakkailta kysyttiin myös hoidon laadusta. Tutkimus suoritettiin teemahaastatteluna, ja tyytyväisyyttä selvitettiin erillisellä tyytyväisyyskysymyksellä. 91 % tutkimukseen osallistuneista vanhuksista oli erittäin tai melko tyytyväisiä saamaansa palveluihin. Vanhukset kokivat tyytymättömyyttä kotipalvelun tasoon ja siihen, että he joutuivat alistumaan palveluiden riittämättömyyteen. Kotisairaanhoidon antamiin palveluihin vanhukset olivat hyvin tyytyväisiä. Suurin osa luotti henkilökuntaan ja piti heitä ammattitaitoisina ja vastuullisina. Työntekijät koettiin usein ystävinä tai jopa perheenjäseninä. (Hirvonen 1995, 51–52.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka tyytyväisiä Kangasniemen kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa ovat kotihoitoon ja miten palvelua voitaisiin kehittää. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa tutkimustietoa kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyydestä Kangasniemen kotihoidon käyttöön sekä tuoda esille asiakkaiden ehdottamia parannusehdotuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkimustuloksia, joita

Kangasniemen kunnan kotihoito voi käyttää apunaan kehittäessään palveluitaan paremmiksi ja korjatessaan toiminnassaan olevia epäkohtia.

Tutkimusongelmia ovat:

1. Miten kotihoito toimii asiakkaiden mielestä?
2. Miten toimintaa tulisi asiakkaiden mielestä kehittää?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Tutkimuksen kohdejoukko

Kohdejoukkona tutkimuksessamme olivat kaikki Kangasniemen kotihoidon piirissä olevat säännöllistä kotihoitoa saavat asiakkaat. Kyselylomakkeen sai täyttää myös omaisen kanssa tai omainen voi täyttää lomakkeen asiakkaan sijasta. Kyselylomakkeita lähetettiin 140 henkilölle, joista 75 vastasi. Yksi vastauslomakkeista oli kuitenkin puutteellinen, eikä sitä voida käyttää tässä tutkimuksessa. Vastausprosentti oli näin ollen 52.9 %.

8.2 Aineiston keruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmämme on määrällinen eli kvantitatiivinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41). Kvantitatiivisen kyselyn etuna on se, että sillä voidaan saada laaja tutkimusaineisto. Kyselyyn voidaan saada mukaan useita vastaajia ja heiltä voidaan kysyä useita asioita samalla kertaa. Kyselymenetelmä säästää myös tutkijan aikaa ja työtä. Huolella suunnitellusta lomakkeesta asia on helppo käsitellä ja tallentaa sekä analysoida tietokoneen avulla. Tällaisella tavalla kerätyn tiedon käsittelyyn on kehitetty valmiiksi tilastollisia analyysitapoja ja raportointimuotoja. Tulosten tulkinta voi kuitenkin olla ongelmallista. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Heikkouksina tässä tutkimustavassa on aineiston pinnallisuus ja tutkimuksen teoreettinen vaatimattomuus. Lisäksi ei ole mahdollista selvittää, kuinka vakavasti tutkittavat ovat vastanneet kyselyyn, ovatko he vastanneet huolellisesti ja rehellisesti, ovatko he

ymmärtäneet kysymykset tutkijan tarkoittamalla tavalla tai ovatko vastaajat perehtyneet asiaan, jota heiltä kysytään. Hyvän lomakkeen luominen vaatii sen tekijältä aikaa ja tietoa sekä taitoa. Vaarana on myös suuri vastaamattomien joukko. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.)

Kangasniemen kotihoidolla oli valmis kyselylomake, josta muokkasimme oman yksinkertaisemman version. Muokkasimme avoimet kysymykset suljetuiksi tulosten analysoinnin helpottamiseksi. Jätimme kuitenkin yhden avoimen kysymyksen, koska parannusehdotukset tulevat paremmin esille avoimen kysymyksen avulla. Kyselylomake oli standardoitu eli vakioitu, joka tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysytään sama asiasisältö samalla tavalla. Kysymykset valitsimme niin, että ne kartoittaisivat mahdollisimman hyvin asiakkaiden mahdollista tyytymättömyyttä kotihoidon heille tarjoamiin palveluihin ja henkilökunnan kohteluun ja ammattitaitoon. Tämän menetelmän etuna on se, että se soveltuu suurelle ja hajallaan olevalle ihmisjoukolle. Lisäksi vastaaja jää anonymiksi, joka on erittäin tärkeä asia mielipiteitä käsittelevissä tutkimuksissa, jos halutaan saada totuudenmukaisia vastauksia. Huonoja puolia ovat vastausten mahdollinen viipyminen ja alhainen vastausprosentti. Nämä seikat vaikuttavat aikatauluihin negatiivisesti. (Vilkkä 2005, 73–74.) Marraskuussa lähetimme kyselylomakkeet Kangasniemen kotihoidolle, jonka tehtävänä oli toimittaa kyselylomakkeet asiakkailleen. Vastauksia ei kuitenkaan tullut ensimmäisellä kerralla, koska kyselylomakkeita ei ollut toimitettu kohdejoukolle Kangasniemen kotihoidon toimesta. Kangasniemen kotihoito toimitti kuitenkin kyselylomakkeet uudelleen asiakkailleen 18.1.2010, ja silloin vastauksia palautettiin 75 kappaletta.

Kvantitatiiviset tutkimukset voidaan jakaa pitkittäisiin ja poikittaisiin tutkimuksiin. Pitkittäisissä tutkimuksissa aineistoa kerätään useamman kerran, ja tutkimusilmiö säilyy samana. Poikittaistutkimuksessa aineisto kerätään vain kerran, eikä samaa tutkimusilmiötä ole tarkoitus tarkastella suhteessa ajalliseen etenemiseen. Suurin osa hoitotieteellisistä tutkimuksista on poikittaistutkimuksia, kuten tämäkin tutkimus. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.)

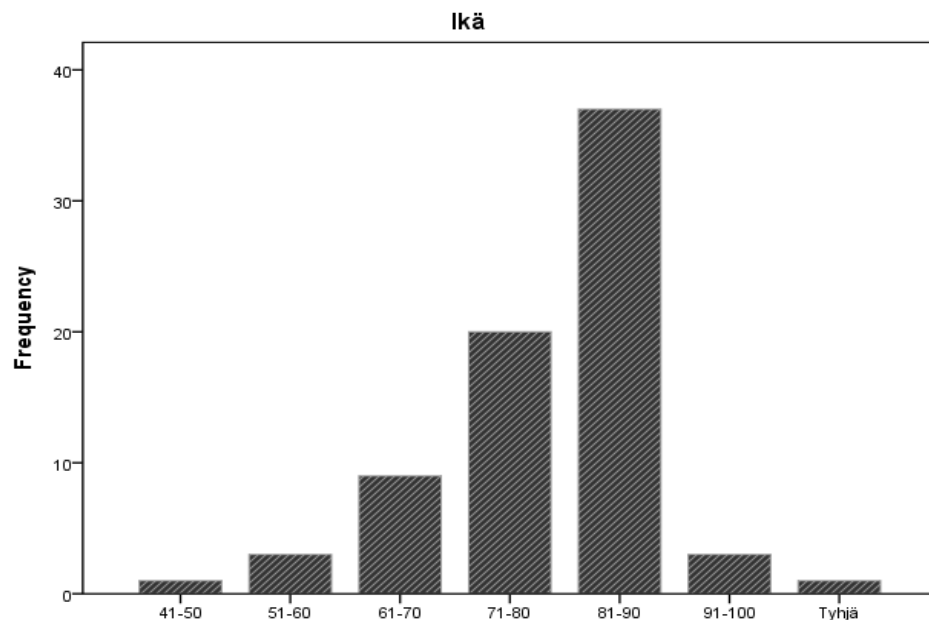
8.3 Aineiston analyysi

Analysoimme aineiston käyttämällä SPSS-ohjelmaa. Tämä ohjelma on suunniteltu erityisesti kvantitatiivisen aineiston analysointiin, minkä vuoksi päätimme käyttää tätä ohjelmaa (Metsämuuronen 2000, 3).

Kyselykaavakkeet järjestettiin tiedon tallentamista ja analysointia varten. Tutkimusaineisto numeroitiin valmiiksi analysoinnin helpottamiseksi. Tulokset esitettiin taulukoina sekä ilmoitettiin prosentteina ja frekvensseinä. Kyselylomakkeet hävitettiin opinnäytetyön tekemisen jälkeen.

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Vastanneista puolet (n=37) oli 81–90-vuotiaita, 27 % (n=20) oli 71–80-vuotiaita, 12,2 % (n=9) 61–70-vuotiaita. Alle 61-vuotiaita oli 5,4 % (n=4) ja yli 90-vuotiaita 4,1 % (n=3) (kuvio 1.) Tyhjiä vastauksia oli yksi. Vastaajista naisia oli 71,6 % (n=53) ja miehiä 28,4 % (n=21).



Kuvio 1

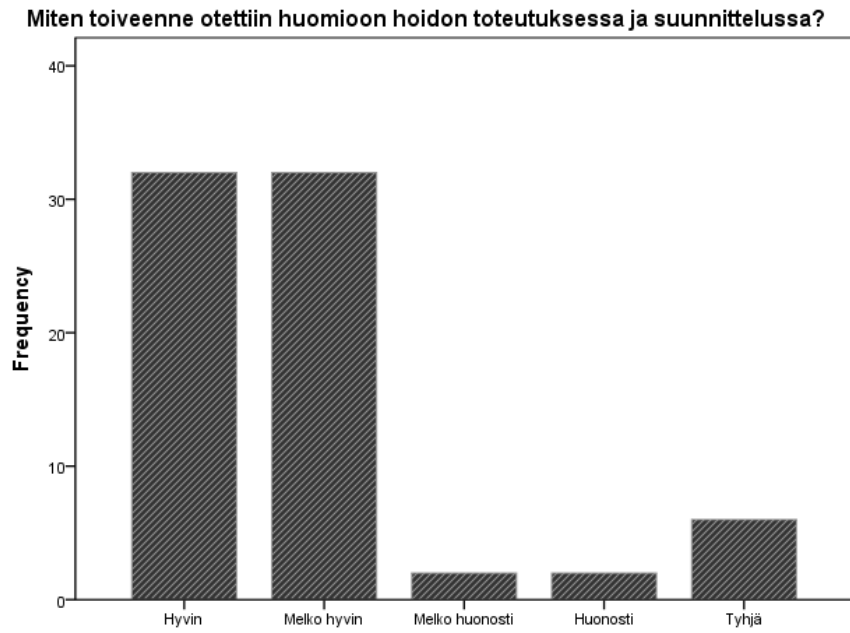
Vastaajilta kysyttiin, mitä apua he tarvitsivat. Eniten apua tarvittiin seurannoissa (kuten verensokeri ja verenpaine) ja lääkkeiden jaossa. Vähiten apua asiakkaat tarvitsivat ruokailussa ja ulkoilussa.

Yli puolet asiakkaista (n=40) koki saavansa hyvin apua kotihoidolta arkipäivästä selviytymiseen. Melko hyvin apua sai 40,5 % (n= 30), melko huonosti 4,1 % (n=3) ja huonosti 1,4 % (n=1) (kuvio 2.)



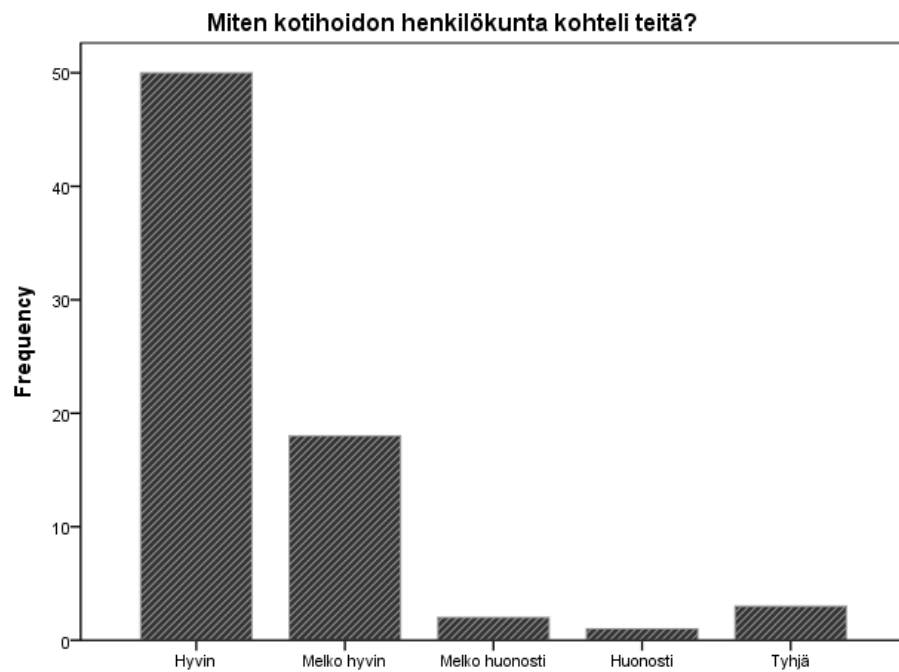
Kuvio 2

Vastanneista 43,2 % (n=32) koki, että heidän toiveensa otettiin hyvin huomioon. 2,7 % (n=2) vastanneista koki, että heidän toiveensa otettiin huonosti huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tyhjiä oli 8,1 % (n=6) (kuvio 3.)



Kuvio 3

Yli puolet (n=50) oli sitä mieltä, että henkilökunta kohteli heitä hyvin. Melko hyvää kohtelua ilmoitti saavansa 24,3 % (n=18) ja huonoa kohtelua 1,4 % (n=1). Tyhjiä oli 4,1 % (n=3) (kuvio 4.)



Kuvio 4

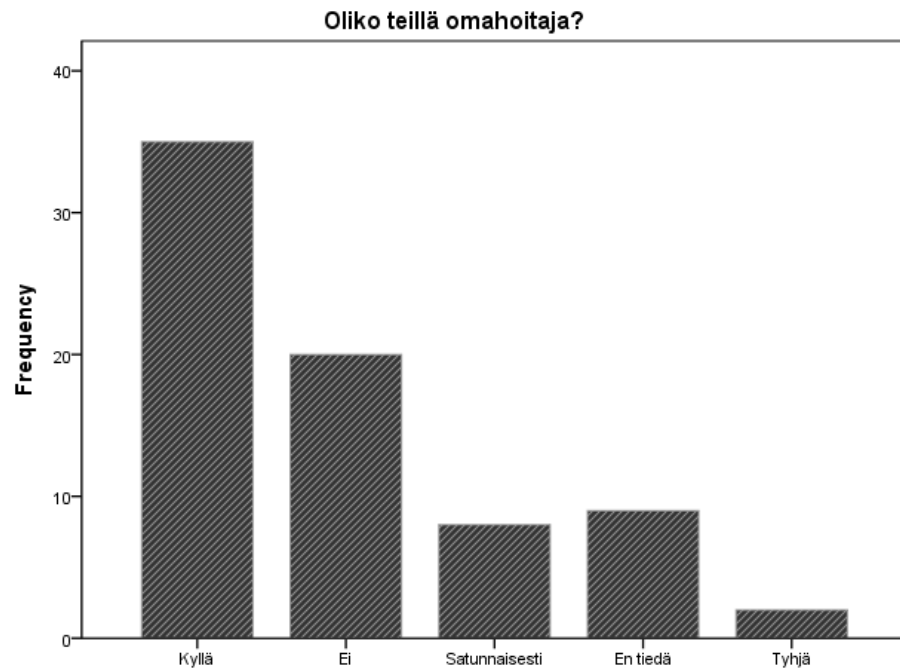
Vastanneista 6,8 % (n=5) oli sitä mieltä, että henkilökunnan tulisi kuunnella heitä paremmin. 4,1 %:n (n=3) mielestä kohtelun tulisi olla ystävällisempää. Enemmän aikaa kotikäyntiä varten toivoi 32,4 % (n=24). 5,4 % (n=4) kyselyyn osallistuneista haluisi henkilökunnan olevan kunnioittavampia heitä kohtaan.

Enemmistön mielestä (n= 63) henkilökunta oli osaavaa ja ammattitaitoista. Yksi vastanneista oli sitä mieltä, ettei henkilökunta ole ammattitaitoista tai osaavaa. 8,1 % (n=6) ei osannut sanoa mielipidettään asiaan, ja 5,4 % (n=4) jätti vastaamatta kysymykseen (kuvio 5.)



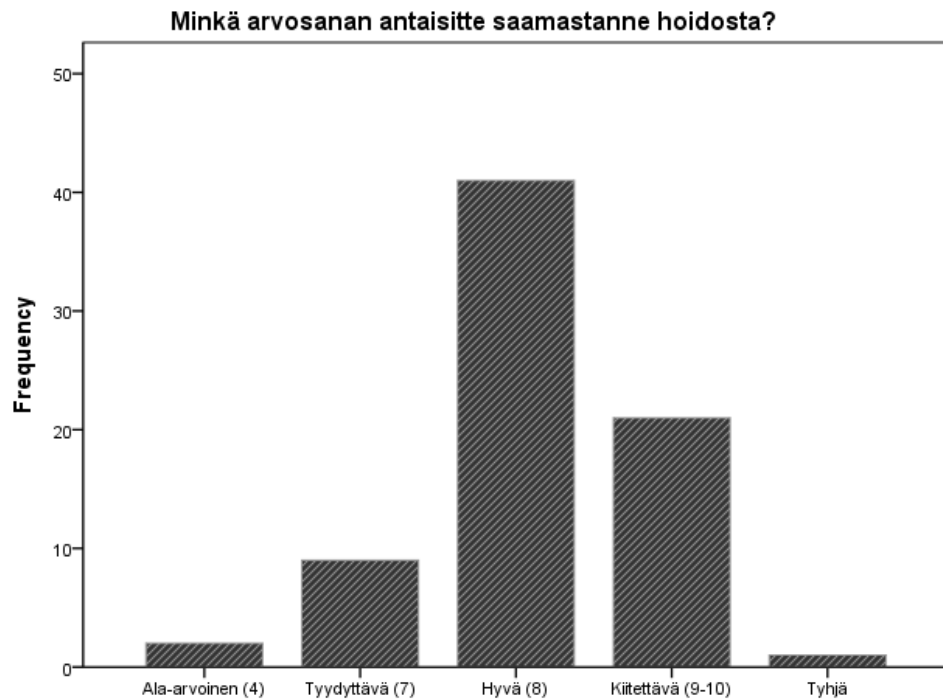
Kuvio 5

Lähes puolella (n=35) vastanneista oli omahoitaja, 27 %:lla (n=20) ei ollut. 12,2 % (n=9) ei osannut kertoa, oliko heillä nimettyä omahoitajaa. 2,7 % (n=2) vastasi tyhjän. Mikäli asiakkaalla oli omahoitaja, hänen toiveensa otettiin huomioon melko hyvin 48,6 %:n mielestä (n=17). Puolet asiakkaista (n=10), joilla ei ollut omahoitajaa, vastasi, että heidän toiveensa otettiin hyvin huomioon (kuvio 6.)



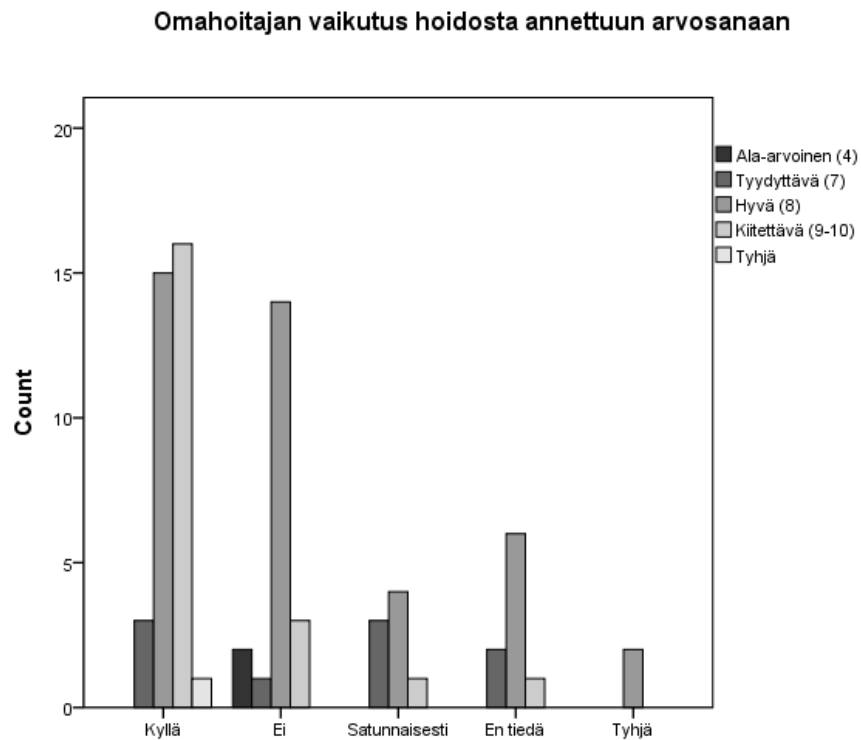
Kuvio 6

Vain 2,7 % (n=2) antaisi saamastaan kotihoidosta arvosanaksi ala-arvoisen. Yli puolet (n=41) hyvän arvosanan ja kiitettävän arvosanan antaisi 28,4 % (n=21). Tyydyttävän arvosanan antaisi 12,2 % (n=9) vastanneista (kuvio 7.)



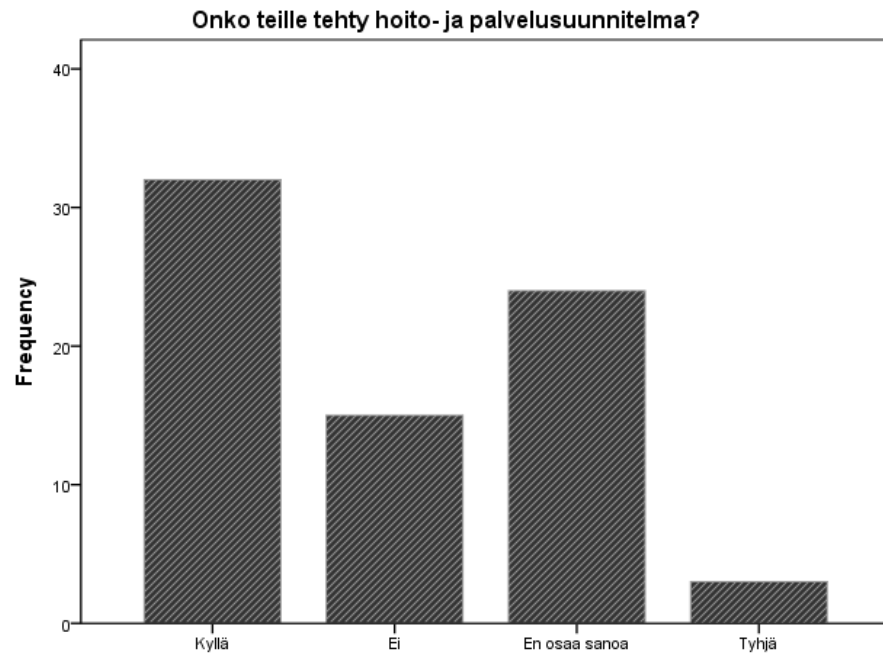
Kuvio 7

Niistä vastanneista, joilla oli omahoitaja, kiitettävän arvosanan antoi 45,7 % (n=16). Kyselyyn vastanneista asiakkaista, joilla ei ollut omahoitajaa, hyvän arvosanan antaisi 70 % (n=14) (kuvio 8.)



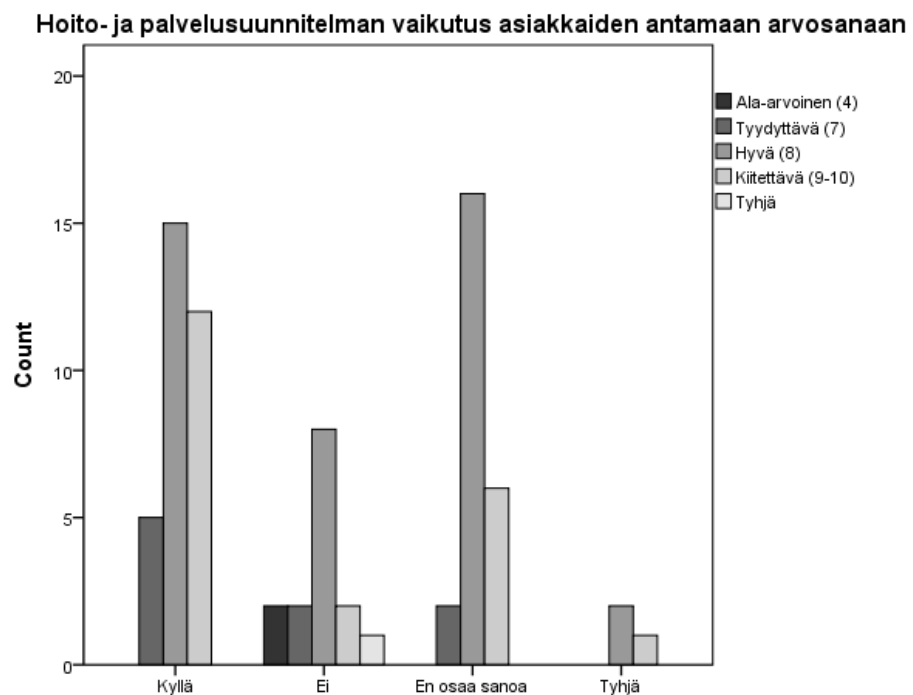
Kuvio 8

Lähes puolelle (n=32) oli tehty hoito- ja palvelusuunnitelma. Iso osa (n=24) vastanneista ei osannut vastata siihen, oliko heille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma. Jopa 20,3 % (n=15) oli sitä mieltä, ettei heille ole tehty hoito- ja palvelusuunnitelmaa (kuvio 9.)



Kuvio 9

Asiakkaista, joille oli tehty hoito- ja palvelusuunnitelma, 46,9 % (n=15) antaisi hyvän arvosanan. Myös niistä asiakkaista, joille ei ollut tehty hoito- ja palvelusuunnitelmaa, 53,3 % (n=8) antaisi hyvän arvosanan. Osa vastanneista ei kuitenkaan tiennyt, oliko heille tehty hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (kuvio 10.)



Kuvio 10

Yli puolet (n=43) asiakkaista vastasi itse kyselyyn. Omaisen kanssa kyselyyn vastasi 36,5 % (n=27) ja omainen vastasi asiakkaan puolesta 4,1 %:ssa (n=3) tapauksista.

Kyselykaavakkeessa oli yksi avoin kysymys, jossa haluttiin selvittää tyytymättömien asiakkaiden mielipidettä siitä, mitä parannettavaa heidän saamassaan hoidossa olisi. Usean vastanneen asiakkaan mielestä ajanpuute oli suurin ongelma. Heidän mielestään kotihoidon työntekijöillä tulisi olla enemmän aikaa olla asiakkaan luona. Vastanneiden mielestä myös aikataulujen noudattamisessa olisi parantamisen varaa. Myös ulkoiluapu oli toivottua (liite 3.)

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdintaa

Tutkimuksen luotettavuus eli reliabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, eli tulokset pysyvät samana mittauksesta toiseen. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessa tulee huomioida ennen kaikkea mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteuttamisessa. Arvioinnin kohteena ovat vastausprosentti, mahdolliset mittausvirheet, otoksen edustavuus ja muuttujia koskevien tietojen huolellinen syöttö. (Vilka 2007, 149–150.) Tämän tutkimuksen voi myös toistaa jossain toisessa ympäristössä samoja menetelmiä käyttäen.

Tutkimuksen pätevyys eli validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Joskus tutkija kuvittelee tutkivansa oikeaa asiaa, vaikka mittarit ja menetelmät, joita tutkija käyttää eivät vastaa todellisuutta. Esimerkiksi kyselylomakkeisiin vastanneet ovat voineet käsittää kysymykset aivan eri tavalla kuin mitä tutkija on ajatellut. Mittari aiheuttaa tuloksiin virheitä, jos tutkija käsittelee tuloksia alkuperäisen ajattelumallinsa mukaisesti. Tällöin tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Tutkimukseen vastasi hieman yli puolet (52,9 %) Kangasniemen kotihoidon asiakaskunnasta. Tutkimusta voidaan pitää luotettavana, koska kyseessä on määrällinen tutkimus ja yli puolet kyselykaavakkeen saaneista asiakkaista vastasi kyselyyn. Hirsjär-

ven mukaan valikoimattomalle yleisölle lähetetty kyselylomake voi parhaimmillaan tuottaa 30–40 % tuloksen. Erityisryhmille (esimerkiksi sairaanhoitajille, kotihoidon asiakkaille) lähetetty kyselylomake voi tuottaa suuremman vastausprosentin. (Hirsjärvi ym. 2007, 191.)

Asiakastyytyväisyyskysely tehtiin nimettömänä, jotta saataisiin realistisempia vastauksia kuin haastattelemalla. Vastaajat uskaltavat sanoa paremmin mielipiteensä kun he saavat tehdä sen nimettömänä. Tutkimuksen luotettavuutta tukee myös se, että kysely toteutettiin kirjallisessa muodossa, näin ollen vastaajilla on enemmän aikaa miettiä ja muotoilla vastauksiaan. Haastattelutilanteessa rehellinen mielipide saattaisi jäädä sanomatta, koska haastattelijan läsnäolo voi vaikuttaa siihen, uskaltaako haastateltava sanoa rehellisesti mitä ajattelee. Kysymykset voivat tulla yllättäen haastattelutilanteessa, jos haastateltavalla ei ole ollut mahdollisuutta tutustua niihin aikaisemmin.

Kyselyyn saivat vastata myös omaiset ja se saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, koska omaisilla voi olla erilainen näkemys läheisensä saamasta hoidosta tai palvelusta. Kuitenkin omaisista kyselyyn vastasi vain 4,1 %, joten tällä on vain vähäinen vaikutus tulosten luotettavuuteen. Omaisen vastasi yhdessä asiakkaan kanssa 36,5 % tapauksista. Tämä saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, koska omaisen saattaa vaikuttaa asiakkaan omiin mielipiteisiin joko negatiivisesti tai positiivisesti. Tutkimus pyrittiin toteuttamaan eettisesti ajatellen oikealla tavalla vastaajien kannalta. Tutkimusta varten anottiin tutkimuslupa Kangasniemen kotihoidolta. Haastateltavien osallistuminen oli vapaaehtoista, ja vastaaminen tapahtui nimettömänä. Haastattelulomakkeita ei näytetty ulkopuolisille henkilöille, millä varmistettiin vastanneiden yksityisyydensuoja. Ne myös tuhottiin tutkimusprosessin lopuksi.

Etelä-Savon alueella on tehty aikaisemmin kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyitä ainakin Savonlinnan ja Kerimäen kunnissa. Vuonna 2007 Kerimäellä tehdyssä kyselyssä on haastateltu yhdeksää Kerimäen kotihoidon asiakasta. Heidän mielestään kotihoito ei tarjoa heille riittävästi ulkoiluapua. Tutkimuksessamme myös Kangasniemen kotihoidon asiakkaat toivat esille parannusehdotuksissaan ulkoiluavun riittämättömyyden. Kiire on koettu molemmissa kunnissa negatiivisena asiana. (Lyyra & Manninen 2007, 14–21.)

Savonlinnassa tutkimus on tehty vuonna 2006 ja siinä on haastateltu 31 kotihoidon asiakasta. Savonlinnassa asiakkaat ovat pääosin olleet tyytyväisiä henkilökuntaan ja sen työotteeseen samoin kuin Kangasniemen kotihoidon asiakkaat. Saatuihin palveluihin oltiin tyytyväisiä molemmissa kunnissa. Molemmissa tutkimuksissa kävi ilmi, että osa vastaajista on ollut kuitenkin sitä mieltä, ettei kotihoito tarjoa apua riittävästi tarpeisiin nähden. (Kapanen & Makkonen 2006, 19–24.)

10.2 Tutkimustulosten pohdintaa

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kangasniemen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä heidän saamiinsa palveluihin. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten kotihoito toimii ja miten sen toimintaa voitaisiin kehittää.

Pääosin asiakkaat olivat tyytyväisiä heille tarjottuihin palveluihin. Enemmistö antaisi arvosanaksi hyvän tai jopa kiitettävän. Kyselyyn vastanneista suurin osa koki saavansa hyvin apua arkipäivästä selviytymiseen. Heidän toiveensa otettiin hyvin huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi asiakkaat olivat tyytyväisiä siihen, kuinka kotihoidon henkilökunta heitä kohteli. Asiakkaat kokivat henkilökunnan olevan ammattitaitoisia ja asiansa osaavia. Suurella joukolla vastanneista ei omasta mielestään ollut omahoitajaa. Omahoitajasta tiedottamiseen olisi hyvä panostaa. Omahoitajan tai hoito- ja palvelusuunnitelman puuttuminen ei kuitenkaan vaikuttanut mitenkään asiakkaan tyytyväisyyteen tämän saamasta hoidosta.

Kyselyssä tuli ilmi, että asiakkaat toivoisivat, että hoitajilla olisi enemmän aikaa heille ja että heitä kuunneltaisiin enemmän ja kohdeltaisiin ystävällisemmin. Moni tutkimukseen osallistunut oli sitä mieltä, ettei heille ole tehty hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Asiakkaiden tietoisuuteen heille tehdyistä suunnitelmista olisi hyvä panostaa.

Kyselyyn vastasi vain vähän yli puolet, joten mietimme, oliko kyselylomakkeessa epäselviä kysymyksiä, oliko se liian pitkä vai eivätkö esimerkiksi tyytymättömät asiakkaat halunneet kertoa mielipiteitään saamastaan hoidosta, vaikka sen olisikin voinut tehdä nimettömänä. Vastaamattomuuteen on voinut olla syynä myös viitsimättömyys tai se, ettei asiakas ollut itse kykenevä täyttämään kyselyä, eikä saanut keneltäkään apua sen täyttämiseen.

10.3 Opinnäytetyöprosessin pohdintaa

Valitsimme tämän aiheen opinnäytetyöpankista, koska se vaikutti mielenkiintoisimmalta. Otimme yhteyttä ohjaavaan opettajaan saadaksemme lisätietoa aiheesta. Työssä tehtävä asiakastytyväisyyskysely herätti mielenkiintomme. Lisäksi aihe oli mielestämme ajankohtainen, koska vanhusten hoito on siirtymässä mahdollisimman avohoitopainotteiseksi. Ajankohtaisen siitä tekee myös se, että lakimuutos mahdollistaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisen kotihoidoksi, ja monissa kunnissa on alettu toteuttaa sitä.

Aloitimme opinnäytetyöprosessin syksyllä 2009, jolloin pidimme ideaseminaarin ja aihe hyväksyttiin. Marraskuussa 2009 teimme asiakastytyväisyyskyselyt, jotka lähettimme Kangasniemen kotihoidolle, jonka olisi tullut toimittaa ne asiakkaille. Tammi-kuun alussa kävimme tiedustelemassa ohjaavalta opettajalta, ovatko kyselyn vastaukset tulleet. Saimme kuitenkin tietää, että kyselyt olivat unohtuneet Kangasniemen kotihoidon toimistoon, eikä niitä ollut lähetetty asiakkaille. 18.1.2010 kyselyt oli toimitettu asiakkaille. Olimme tehneet alkuperäiseen kyselyyn mukaan saatekirjeen, jota Kangasniemen kotihoito ei kuitenkaan käyttänyt, vaan he olivat laittaneet oman saatekirjeen kyselyiden mukaan.

Toukokuussa 2010 pidimme suunnitelmaseminaarin, jonka jälkeen aloimme analysoida tarkemmin tuloksia ja kirjoittamaan teoriaosuutta. Kesän ja syksyn aikana prosessin etenemistä hankaloitti se, että olimme eri paikkakunnilla, emmekä pystyneet tapaamaan toisiamme opinnäytetyön merkeissä kovin usein.

Yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa sujui kohtalaisen hyvin, hänellä oli tietoa ja henkilökohtaista kokemusta Kangasniemen kotihoidosta, mistä oli meille hyötyä. Emme kuitenkaan saaneet kovin paljon rakentavaa palautetta työstämme. Olisimme kaivanneet lisää tietoa siitä, mitä työstä puuttuu tai olisiko siinä pitänyt tehdä jotain toisin. Suurin osa yhteydenpidosta tapahtui sähköpostin välityksellä eriävien aikataulujen vuoksi. Saimme kuitenkin järjestettyä myös muutaman tapaamisen. Tammikuussa 2011 ohjaava opettajamme vaihtui, hänen kanssaan yhteistyö sujui hyvin, ja saimme häneltä uusia näkökulmia ja vinkkejä työn tekemiseen.

Alun perin olimme ajatelleet, että työ olisi valmis marraskuussa 2010, mutta aikataulu venyi yhteisen ajan puutteen ja muiden opintojen vuoksi. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme saaneet lisää kokemusta tieteellisestä kirjoittamisesta ja asiakastytyväisyyskyselyn tekemisestä. Työn tekeminen on kasvattanut ammatti-identiteettiämme ja työtä tehdessä olemme oppineet kärsivällisyyttä ja aikatauluttamista.

10.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena olisi hyvä tehdä uusi asiakastytyväisyyskysely viiden vuoden päästä. Asiakastytyväisyyskyselyitä olisi hyvä tehdä säännöllisin väliajoin, jotta voidaan varmistaa asiakkaiden saavan hyvää hoitoa ja toteuttaa asiakkaiden esille tuomia parannusehdotuksia. Asiakastytyväisyyden lisäksi olisi myös hyvä tutkia Kangasniemen kotihoidon laatua, sillä asiakastytyväisyys on osa laadun tutkimusta, mutta se ei kerro laadusta kaikkea koska laatu on käsitteenä laajempi kuin tyytyväisyys. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 26). Laatua voisi tutkia omaisten, asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmasta.

LÄHTEET

Edilex 2008. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännösten muuttamisesta. WWW-dokumentti.

<http://www.edilex.fi/virallistieto/he/20080188>. Päivitetty 4.6.2010. Luettu 4.6.2010.

Heinola, Reija (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoiton laatuun. Helsinki: Stakes.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, Raija 1995. ”Kuin köyhä hevonen, kaura-annokseen tyytyväinen” kotihoitoa saavan vanhuksen arki. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Pro gradu-tutkielma.

Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Isotalo, Hanna 2002. Palvelujen laatu asiakkaiden arvioimana. Jyväskylän yliopisto Taloustieteiden tiedekunta. Markkinoinnin koulutusohjelma. Pro gradu-tutkielma.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoy.

Kangas, Pirkko 1994. Tavoitteena tyytyväinen asiakas. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Kangasniemi-info. WWW-dokumentti. <http://www.kangasniemi.fi/>. Päivitetty 15.12.2010. Luettu 15.12.2010.

Kangasniemen kunta 2010. Kotona selviytymistä tukevat kotihoiton palvelun kriteerit ja sisältö. WWW-dokumentti.

http://www.kangasniemi.fi/kunta/perusturva/lomakkeet/kotihoito/Kotihoidon_palvelut_Perustltk24.8.2010.pdf. Päivitetty 24.8.2010. Luettu 22.09.2010.

- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoy.
- Kapanen, Piia & Makkonen, Jonna 2006. Savonlinnan kotihoidon toimivuus asiakkaiden näkökulmasta. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kaukonen, Niina 2009. Sähköpostikeskustelu 23.9.2009. Tiedottaja. Kangasniemen kotihoito.
- Lahtinen, Jukka, Isoviita, Antti & Hytönen, Kari 1991. Markkinointiviestintä. Tampere: Avaintulos Oy.
- Leino-Kilpi, Helena & Vuorenheimo, Jaana 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Lyyra, Jaana & Manninen, Terhi 2007. Kotihoidon tyytyväisyys Kerimäellä. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Metsämuuronen, Jari 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Helsinki: International Methelp.
- Mikkelin kaupunki 2008. Kotihoidon kriteerit. WWW-dokumentti.
http://www.mikkeli.fi/fi/liitteet/02_palvelut/05_terveys_sosiaalipalvelut/29_vanhusten_hoivapalvelut/kotihoidon_kriteerit.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 16.6.2010.
- Paasivaara, Leena 2004. Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. Tutkiva hoitotyö 2.
- Sosiaalihuoltolaki WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Päivitetty 21.09.2010. Luettu 21.09.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Palveluseteli.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli

Luettu 23.11.2010. Päivitetty 23.11.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. WWW-dokumentti.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut. Päivitetty 22.09.2010. Luettu 22.09.2010

Tilastokeskus 2010. WWW-dokumentti. <http://www.tilastokeskus.fi>. Päivitetty 15.12.2010. Luettu 15.12.2010.

Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.



KANGASNIEMEN KUNTA
Perusturvapalvelut/Kotihoito
Sairaalantie 13
51200 Kangasniemi

SAATEKIRJE KYSELYLLE

18.1.2010

Mikkelin ammattikorkeakoulun sairaanhoito-opiskelijat Niina Närhi ja Tiia Tiihonen tekevät asiakastytytvyisyyskyselyn kotihoidon asiakkaille ja heidän omaisilleen ajalla 25.1.2010 – 7.2.2010.

Toivomme, että kyselyyn vastaa asiakas itse tai yhdessä omaisen kanssa tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi.

Pyydämme vastaamaan kyselyyn ja laittamaan kyselyn ohessa olevaan kirjeeseen ja palauttamaan kotihoidon toimistoon joko postitse tai kotihoidon työntekijän mukana.

Yhteystiedot

Tiia Tiihonen
Sairaanhoidon opiskelija MAMK
tiia.tiihonen@mail.mamk.fi

Niina Närhi
Sairaanhoidon opiskelija MAMK
niina.narhi@mail.mamk.fi

Niina Kaukonen
johtavahoitaja

puh. 040 520 6690
niina.kaukonen@kangasniemi.fi

Kangasniemen kotihoidon asiakaskysely kotihoidon asiak- kaille ja omaisille

Päivämäärä _____

Asiakkaan ikä _____

Asiakkaan sukupuoli 1. nainen 2.mies

1. Millaista apua tarvitsette kotihoidolta? Voitte valita useamman vaihto-
ehdon.

1. kaupassakäynti
2. apteekkiasiat
3. lääkkeiden jako
4. siivous
5. peseytyminen
6. erilaiset seurannat (esim. verensokeri, verenpaine)
7. laboratoriokokeiden otto kotona
8. injektiot/lääkehoito
9. ateriapalvelu
10. ruokailussa avustaminen
11. ulkoiluapu
12. mitä muuta

2. Miten saitte kotihoidolta apua arkipäivästä selviytymiseen?

1. hyvin
2. melko hyvin
3. melko huonosti
4. huonosti

3. Mikäli ette ole tyytyväinen saamaanne apuun, mitä parannettavaa siinä Teidän mielestänne olisi?

4. Miten toiveenne otettiin huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa?

1. hyvin
2. melko hyvin
3. melko huonosti
4. huonosti

5. Miten kotihoidon henkilökunta kohteli teitä?

1. hyvin
2. melko hyvin
3. melko huonosti
4. huonosti

6. Mikäli ette olleet tyytyväisiä henkilökunnan kohteluun, valitkaa seuraavista vaihtoehtoista asioita, joita heidän pitäisi parantaa.

1. hoitaja kuuntelisi asiakasta paremmin
2. hoitaja olisi ystävällisempi
3. hoitajalla olisi enemmän aikaa
4. hoitaja kunnioittaisi asiakkaan omia tapoja

7. Onko kotihoidon henkilökunta mielestänne ammattitaitoista ja osavaa?

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

8. Oliko teillä omahoitaja?

1. kyllä
2. ei
3. satunnaisesti
4. en tiedä

9. Minkä arvosanan antaisitte saamastanne hoidosta?

1. ala-arvoinen (4)
2. välttävä (5-6)
3. tyydyttävä (7)
4. hyvä (8)
5. kiitettävä (9-10)

10. Onko teille tehty hoito- ja palvelusuunnitelma?

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

11. Kuka vastasi?

1. asiakas itse
2. omainen
3. asiakas yhdessä omaisen kanssa

Mikäli asiakas ei itse vastannut, niin kuka vastasi?

Kiitos palautteestanne!

Asiakkaiden parannusehdotukset

Mikäli ette ole tyytyväinen saamaanne apuun, mitä parannettavaa siinä teidän mielestänne olisi?

”Liian paljon vaihtuvat hoitajat, vanhukset kokevat hoitajan vaihtumisen usein kiusalliseksi asiaksi. Tuttu hoitaja olisi vanhukselle parempi vaihtoehto”

”Enemmän aikaa asiakkaalle. kodinhoitajien työnkuva tarkkaan rajattua. (Ei käydä kaupassa, ei pientäkään siivousta, ei pyykinpesua jne.)”

”Käyntiajat päivittäin samoihin aikoihin. (Esim. viisi käyntiä väliajat tasaisemmin)”

”Enemmän aikaa. ulkoilu jäänyt olemattomiin”

”Ulkoiluapua kesäaikaan.”

”Joskus kiireessä vaipat eivät ole paikoillaan yhtä hyvin”

”Enemmän aikaa.”

”Että saisin dosetistani lääkkeit ja pistää itse sokeritautipistokset. Haluaisin itse hoitaa kaikki asiani. Hakisin lääkkeet apteekista. Eivät muista milloinkaan yms. ajallaan. Teenhän kaikki työni yms. itse. 20 paria annoin uusia sukkia joulun. Haluaisin aina kaikille vaan tehdä hyvää.”

”Paljonkin -> vanhan ajan kodinhoitajat takaisin.”

”Apua pitäisi tulla nopeammin”

”Sopiva hoito aika 7-8 välillä.”

”Joskus hoitajien aikataulut pettävät. Eivät tule ajoissa.”

”Ulkoiluapua edes joskus. Saunotusapua myös.”

Asiakkaiden parannusehdotukset

”Olisi enemmän aikaa /asiakas. Pesulla käynti useammin kuin kerran viikossa.”

”Enemmän aikaa.”

”Ikää tulee lisää, vaivat pahenee.”

”Kotihoidolta oli vain tarkistuskäynti tilapäisesti. Vointi koheni niin muutettu vain kotisairaanhoidon käynniksi 2vk:n välein. Olisin toivonut kotihoitajien enemmän juttelevan kanssani.”

”Avustaminen talon lämmityksessä.”

”Yleisesti ottaen tekemistä asiakkaalla on vähän. Sängyn petaus, vähäiset astiat pestävänä, ei aina näitäkään hommia. Kuitenkin hyvä että käydään edes katsomassa mikä on vointi.”