

Anu Jokinen

IÄKKÄIDEN SÄÄNNÖLLISEN KOTIHOIDON HENKILÖIDEN
ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY RAISION JA RUSKON
YHTEISTOIMINTA-ALUEELLA

Hoitotyön koulutusohjelma

2016

IÄKKÄIDEN SÄÄNNÖLLISEN KOTIHOIDON HENKILÖIDEN
ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY RAISION JA RUSKON
YHTEISTOIMINTA-ALUEELLA

Jokinen, Anu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2016
Ohjaaja: Ajanko, Sirke
Sivumäärä: 50
Liitteitä: 4

Asiasanat: kotihoito, iäkkäät henkilöt, hyvä hoito, asiakastyytyväisyys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin ja hoitoon. Tavoitteena oli saada luotettavaa tietoa, jota voidaan hyödyntää suunnitella, toteuttaessa ja kehitettäessä kotihoidon palveluja Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella.

Tutkimusmetodi oli kvantitatiivinen kysely kotihoidon asiakkaiden kokemuksista saamiinsa palveluihin ja hoitoon. Kohderyhmä oli kaikki säännöllisen kotihoidon iäkkäät asiakkaat (n=302). Vastausprosentti oli 59,3 %. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, mikä kehitettiin tätä kyselyä varten. Aineisto analysoitiin Tixel- ja Excel-ohjelmistolla, ja tulokset esitetään prosentteina ja kuvioina.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että raisiolaiset ja ruskolaiset ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä alueensa kotihoidon järjestämiseen ja kokevat kotihoidon palvelut hyviksi. Kotihoidon henkilökunnan käytös koettiin ystävälliseksi ja ammattitaitoiseksi. Suurimmat puutteet löytyivät kotihoidon henkilökunnan ajan riittävyudessa kotikäynneillä ja oman hoidon suunnitteluun osallistumisessa. Hoitajilla on käytettävissä liian vähän aikaa asiakkaille.

Tulokset antavat aihetta jatkotutkimuksille kotikäyntien ajan riittämiseksi ja hoitosuunnitelmien tekoon. Jatkotutkimuksena asiakastyytyväisyyttä olisi hyvä tutkia säännöllisesti, esimerkiksi 2-3 vuoden välein.

CUSTOMER SATISFACTION SURVEY FOR REGULAR ELDERLY PEOPLE CUSTOMERS AT HOME CARE IN RAISIO AND RUSKO

Jokinen, Anu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

May 2016

Supervisor: Ajanko, Sirke

Number of pages: 50

Appendices: 4

Keywords: home care, elderly people, good care, client satisfaction

The aim of this study was to find out customers' opinions regarding the home care services and nursing care in Raisio and Rusko. The goal was to gather reliable information that could be used in the process of planning, implementing and developing home care services in Raisio and Rusko.

The used method was quantitative in which customers were asked about their experiences on home care services and nursing care. The target group was the elderly people at home care, which were all regular customers (n=124). The response rate was 69%. The data were collected by structured questionnaire which was developed for this questionnaire. The data was analyzed using the Tixel- and Excel- program, and the results are presented in percentages and diagrams.

According to the results customers in Raisio and Rusko are mainly satisfied with the arrangements of home care in their home area. The personnel's behavior was seen as friendly and professional. The biggest drawbacks were thought to be the insufficiency of the personnel's time at home visits and the clients' inability to plan their own homecare. Home care professionals have too little time for customers.

The results of the study lead to the conclusion that there is a need for development, for example regarding the usage of time and planning his or her own home care. For further investigation it would be useful to examine customer satisfaction regularly, such as every 2-3 years.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 IÄKÄS HENKILÖ	6
3 KOTIHOITO JA SÄÄNNÖLLINEN KOTIHOITO	7
4 HYVÄ HOITO KOTIHOIDOSSA	7
4.1 Hoitotyötä ohjaavat eettiset arvot	12
5 ASIAKASTYYTYVÄISYYS	15
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	19
7.1 Tutkimusmenetelmä.....	19
7.2 Kohderyhmä.....	20
7.3 Kyselytutkimuksen mittarin laatiminen.....	21
7.4 Kohdeorganisaatio Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alue	23
7.5 Aineiston keruu	24
7.6 Aineiston analysointi	25
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	26
8.1 Tutkimusjoukon kuvaus.....	26
8.2 Asiakkaan kunnioittaminen hoitotyössä	29
8.3 Kotihoidon palvelut	32
8.4 Tulosten vertailua.....	36
8.5 Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon alueittain	39
9 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELYN TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	43
9.1 Tutkimuksen eettisyys	43
9.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	44
9.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	47
LÄHTEET.....	49
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Vanhuspalvelulain edellyttämä laadun seuranta ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista velvoittaa kunnan arvioimaan iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen riittävyttä ja laatua alueellaan, jolloin kunnan on kerättävä palautetta palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan sekä kunnan henkilöstöltä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012, 6§.)

Vanhuspalvelulaki asettaa selkeän tarpeen selvittää kotihoidon asiakkaiden mielipiteitä saamastaan hoidosta. Opinnäytetyön aiheeksi muodostui asiakastytyväisyyskysely kotihoidon asiakkaille. Kyselyn tekemisestä sovittiin Raision kaupungin johtavan hoitajan Sari Tannisen kanssa keväällä 2015. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen iäkkäiden asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluiden laatuun. Tavoitteena on, että tulosten pohjalta kotihoito pystyisi kehittämään palveluja paremmiksi ja asiakaslähtöisemmiksi.

Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, sillä kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet suuresti. Asiakastytyväisyyskyselyn tulokset tulevat antamaan tärkeätä tietoa palvelujen laadusta asiakkaiden näkökulmasta ja resurssien riittävydestä kotihoidossa.

2 IÄKÄS HENKILÖ

Iäkäs henkilö määritellään Finlex lainsäädännössä seuraavasti: *iäkkäällä henkilöllä* tarkoitetaan ikääntynyttä vanhuuseläkkeeseen oikeutettua yli 63 vuotiasta henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012, 3§.) Merkittävä osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä (Kunnat, 2015.)

3 KOTIHOITO JA SÄÄNNÖLLINEN KOTIHOITO

Kotihoidon tarkoituksena on tukea eri-ikäisiä kotona asuvia asiakkaita selviytyäkseen kotona toimintakyvyn ollessa joko osittain, tilapäisesti tai kokonaan huonontunut. Kotihoito sisältää sosiaalihuoltolain 20 §:n ja sosiaalihuoltoasetuksen 9 §:n mukaiset kotipalvelut ja kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohtaan sisältyvän kotisairaanhoidon. Kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon sekä muihin tavanomaiseen arkeen kuuluvien toimintojen suorittamista ja avustamista. Asiakkaita avustetaan hygienian hoidossa, pukeutumisessa, ruokailuissa ja erilaisissa siirtymätilanteissa. Kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan tai tilapäistä terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Siihen kuuluvat esimerkiksi lääkkeiden jakaminen ja antaminen, insuliinihoito, verikokeiden ottaminen ja haavanhoidon hoito. (Ikonen 2015, 15–18.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaalla on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma saaden kotihoidon palvelua vähintään kerran viikossa. (Ikonen 2015, 16.) Suurin osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä. Vanhuspalvelulain 14 §:n mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Pitkäaikaista laitoshoidon voidaan 14 a §:n perusteella järjestää vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuden tai potilasturvallisuuden liittyvät perusteet. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 14§.)

4 HYVÄ HOITO KOTIHOIDOSSA

Ihmisyhteisön perusvälittämistä toisesta ihmisestä kutsutaan humanisuudeksi. Hoitotyö on hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitamista, jota toteuttavat ammatillisen koulutuksen saaneet hoitotyöntekijät. Sen perustehtävänä on tukea potilaita heidän oman terveyshyvänsä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa, ja siten edistää terveyttä ja

hyvinvointia yhteiskunnassa. Hoitotyön perustehtävinä on myös sairauksien ehkäiseminen, kuntoutumisen edistäminen, kärsimyksen lievittäminen, sairastuneen ihmisen hoitaminen ja parantaminen sekä kuolevan auttaminen. Hoitaminen taas on inhimillistä toimintaa, jonka avulla pyritään hyvään, eli tavoiteltavaan terveyteen. Hoitaminen on inhimillistä toisen ihmisen auttamista, jossa pohjimmiltaan on pyrkimys toisen ihmisen hyvään, jolloin hoitotyöhön sisältyy eettisesti hyväksyty toiminta. (Leino-Kilpi 2008, 23–25.)

Hoitotyön ammatillisessa toiminnassa on hoitotyöntekijällä kaksi vastuuta: vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Ihmisvastuu korostaa ihmisen ainutlaatuisuuden huomioimista ammattilaisen tekemässä hoitotyössä, ja tehtävävastuuta ohjaavat koulutuksen ja kokemuksen ammatilliset periaatteet ja ammattilaisten keskinäinen arvonanto. (Thompson, Melia, Boyd & Horsburgh 2006, 104, Leino-Kilpi 2008, 28–29.) Eettisesti hyväksyty toiminta noudattaa sekä ihmis- että tehtävävastuuseen liittyviä periaatteita. (Leino-Kilpi 2008, 29.) Kotihoidon tulee tarjota laadukkaita ja turvallisia kotihoidon palveluja, jolloin henkilökunnalla ja johdolla on hyvä ammattitaito, jota ylläpidetään ja kehitetään ajan tasalla olevaksi. (Raision ja Ruskon yhteistoimintalueen omavalvontasuunnitelma 2015, 3.) Kotihoidon henkilökunnalta edellytetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaista oikeutta harjoittaa terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan ammattia tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (608/2005) mukaista oikeutta käyttää lähihoitajan, perushoitajan tai apuhoitajan nimikettä tai sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (272/2005) mukaista lähihoitajan tai mainitun lain siirtymäsäännösten mukaista vastaavaa pätevyyttä. Sijaisilla tulee olla riittävä sosiaali- ja/tai terveysalan koulutus. Henkilökunnan osaamisen tulee olla asiakkaiden hoidontarpeen edellyttämällä tasolla ja henkilökunta sitoutuu yhteistyöhön asiakkaan omaisten/läheisten kanssa. Toimintayksikön on huolehdittava henkilöstönsä ammattitaidon säilymisestä ja kehittämisestä sekä riittävästä täydennyskoulutuksesta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Sitran kotihoidon sääntökirja, 2011.)

Elorannan (2009, 29, 35) tutkimuksessa tarkasteltiin ikäihmisten kotona asumista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavaroista arjesta selviytymi-

sen näkökulmasta, ja tutkia miten asiakkaiden hoito sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutuu. Tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, jossa tutkimusaineisto kerättiin yhden länsisuomalaisen kunnan kotihoidon asiakkailta (≥ 65 v.) ja heitä hoitavilta ammattihenkilöiltä. Kotihoidon 21 iäkästä asiakasta kuvasivat omia voimavarojaan arjesta selviytymisen näkökulmasta sekä kokemuksiaan hoidon toteutumisesta ammattihenkilöiden yhteistyönä. Aineisto kerättiin fokusryhmähaastattelulla ja analysoitiin sisällön analyysillä. Näiden tulosten sekä aikaisemman kirjallisuuden perusteella laadittiin strukturoitu kyselylomake, jolla analysoitiin ja vertailtiin asiakkaiden ja ammattihenkilöiden näkemyksiä siitä, miten asiakkaiden hoito sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutui. Iäkkäiden asiakkaiden kuvauksissa voimavarat muodostuivat elämänhallinnan tunteesta ja toimintatahdon säilymisestä. Tulokset osoittivat, että ammattihenkilöiden toiminta oli osittain ristiriidassa ikäihmisten omien odotusten kanssa, eikä se kaikilta osin tukenut asiakkaiden omia voimavaroja. Ammattihenkilöt tekivät hoitoon liittyviä päätöksiä ja toimintoja asiakkaiden puolesta, vaikka asiakkaille itselleen oli tärkeää elämänhallinnan tunne ja toimintatahdon säilyminen.

Hallströmin, Hellbergin ja Perssonin tutkimuksessa (2004, 584–593) tarkasteltiin kotona asuvien vanhusten elämänlaatua ja selviytymistä kotona päivittäisissä toiminnoissa, ilman apua ja kotiavun avustuksella. Tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, jossa satunnaisotantana kysely lähetettiin postitse Etelä-Ruotsissa 1866 75-vuotiaalle tai vanhemmalle. Kyselyn 1248 vastaajasta 448 sai kotonaan apua päivittäisissä toiminnoissa, ja 793 ei saanut. Ne, jotka saivat kotiin apua olivat hyvin iäkkäitä, useimmiten naisia, useita lapsia omaavia naisia, yleensä leskiä tai yksin asuvia, heillä oli paljon erilaisia sairauksia ja niiden oireita, heillä oli suurempi kyvyttömyys olla yksin kotona ja heillä oli matalampi elämänlaatu. Matala elämänlaatu oli selkeästi yhdistetty niihin iäkkäisiin henkilöihin jotka saivat kotonaan apua. Syinä matalaan elämänlaatuun oli yksin asuminen, kyvyttömyys yksin asumiseen ja väsymys. Sairauksien lukumäärä ja niiden moninaiset oireet olivat syynä huonompaan elämänlaatuun. Niillä, jotka eivät saaneet kotiapua, heidän matalan elämänlaatunsa syitä olivat sairaudet ja univaikeudet. Molemmilla ryhmillä, niin kotiavun saaneilla kuin ilman kotiapua olevilla matalan elämänlaadun syitä olivat yksinäisyys, masentuneisuus ja vatsakipu. Molempien ryhmien psyykkiset ja fyysiset asiat yhdessä johtivat huonompaan elämänlaatuun. Kotihoidossa tulisi huomioida tätä asiaa säännöllisillä arvioinneilla ja tutkimuk-

silla huomioiden iäkkäiden henkilöiden erityisoirot, jolloin voitaisiin edesauttaa parantamaan heidän elämänlaatuaan. Tärkeää olisi arvioida vanhusten yksinäisyyttä ja masentuneisuutta ja huomioida myös sosiaalisen yhteyden merkitys. Tutkimuksen tulokset myös osoittivat, että mitä enemmän heidän toimintakykynsä rajoittuu, sitä huonommaksi heidän elämänlaatunsa tulee. Toiminnallisten kykyjen heikkoudet heijastuvat vanhusten autonomiseen kykyyn selviytyä ja riippuvuuteen toisista ihmisistä.

Turjamaa (2014, 20, 23, 26, 37) tutki iäkkäiden ihmisten yksilöllisiä voimavaroja ja niiden huomioimista kotihoidossa. Voimavaralähtöisen työskentelyn toteutuksen arviointi on vähäistä, joten tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavarojen tunnistamista ja tukemista kotihoidossa asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmista.

Tutkimus koostui neljästä osatutkimuksesta: iäkkäiden voimavaroja käsittelevistä tieteellisistä artikkeleista, kotihoidon henkilökunnan (n=32) ryhmähaastatteluista, kotihoidon asiakkaiden palvelu- ja hoitosuunnitelmista (n=437) ja videoinneista, joissa oli kotihoidon hoitajia (n=14) sekä heidän asiakkaitaan (n=23). Iäkkäiden mielestä mielekkään arjen elementtejä luonnehtivat kokonaisvaltainen toimintakyky, mahdollisuus selviytyä päivittäisistä toiminnoista, kyky vaikuttaa omaan elämäänsä sekä positiivinen elämänasenne ja itseluottamus. Voimavaroja tukevia tekijöitä olivat kotihoidon palvelut sekä ympäristön turvallisuus ja toimivuus. Päivittäisessä hoitotyössä voimavarojen huomioiminen ja tukeminen oli melko vähäistä. Asiakkaan luona tapahtuvaa työskentelyä ilmensi kiireisyys ja asiakkaan puolesta tekeminen. Lisäksi työskentely keskittyi päivittäisten toimintojen ja lääkehoidon rutiininomaiseen suorittamiseen sekä välttämättömiin hoitotoimenpiteisiin. Myös hoito- ja palvelussuunnitelmissa oli nähtävissä sama suorituskaskeisyys eikä asiakkaan voimavaroja huomioitu. Kotihoidon henkilökunnan ja asiakkaiden molempien mielipiteiden pohjalta tulisikin tulevaisuudessa ottaa enemmän yksilön voimavaroja huomioon suunniteltaessa hoitosuunnitelmaa, jotta asiakas pystyisi elämään virikkeellisesti ja turvallisesti kotonaan mahdollisimman kauan.

Kansainvälisessä tutkimuksessa tutkittiin dementiapotilaiden kotihoitoa ja niiden palveluita. Tutkimuksessa oli mukana kahdeksan valtiota osana eurooppalaista tutkimusta *Right Time Place Care*. Mukana olivat Viro, Suomi, Ranska, Saksa, Hollanti, Espanja,

Ruotsi ja Iso-Britannia. Jokaisen kahdeksan maan tutkija teki omassa maassaan karvoittavaa tutkimusta dementiapotilaiden hoidosta ja palveluista kotona. 50:stä kotiin ulottuvasta hoidosta valittiin 16 palvelujärjestelmää tähän tutkimukseen. Ne jaettiin perushoittoon, terveydenhuollon hoitotoimenpiteisiin ja erikoistuneisiin dementian hoidon toimenpiteisiin ryhmittäen dementian eri asteiden ja eri maiden toimintatapojen mukaan. Tarkoituksena oli kuvata saavutettavissa ja hyödynnettävissä olevaa virallista hoitoa ja palvelua, jota on olemassa dementikoille diagnoosin saamisesta elämän viimeisille hetkille kahdeksassa Euroopan kaupungissa. Tutkimuksessa raportoitiin saavutettavuuden olevan parempaa kuin hyödynnettävyyden, ja tulokset osoittivat enemmän samanlaisuuksia kuin erilaisuuksia niiden kahdeksan maan kesken, jotka olivat mukana. Useimmissa tutkimuksen maissa oli useita saatavilla olevia perushoidon ja -palveluiden sekä terveydenhuollon toimintoja, jotka oli osattu hyödyntää. Dementiaan sairastuneisiin erikoistunut hoito ja palvelut olivat harvoin saatavilla ja vielä harvemmin hyödynnettyinä osallistujamaissa. Tutkimus osoitti, että dementikot Euroopassa saavat virallista hoitoa ja palvelua yleisesti perustasolla, mutta harvemmin heidän erikoistarpeensa otetaan huomioon. Tämä tutkimus osoitti aukon palveluiden säännöissä ja palveluiden hyödynnettävyydessä: hoitajien tulisi kehittää yksilöllisesti suunnitellut hoitosuunnitelmat dementiaa sairastavalle sairauden eri vaiheisiin. Tuloksissa ei käsitelty hoidon laatua ja hoidon organisointia, mutta tulokset antoivat kuitenkin tietoa mitä parannuksia voidaan tehdä hoidossa dementiaa sairastavan kotona. (Bokberg, Ahlström, Leino-Kilpi, Soto-Martin, Cabrera, Verbeek, Stephan, Sutcliffe & Karlsson 2015, 407–416.)

Kanadalainen tutkimus (Kadowaki, Wister & Chappell 2015, 75–89) antoi vahvaa näyttöä kotiin annettavien lääkkeellisten ja hoidollisten palveluiden hyödyistä ja eduista ikääntyneille. Tutkimuksessa kerättiin tietoja Kanadan terveydenhuollon tilastoista vuosilta 2008–2009 käyttäen satunnaisotokseen erilaisia maantieteellisiä alueita ja erilaisia talouksia ja niistä valittuja henkilöitä. Tutkimukseen valituille lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta kerätä tietoa eri tekijöiden vaikutuksesta ja niiden prosesseista. Tietoa kerättiin 3244:ltä yli 65 vuotiaalta, jotka olivat saaneet kotihoidon palveluita, tai heillä oli tarve saada niitä. Mitattavia tekijöitä olivat elämänhallinta, yksinäisyys ja stressi, joihin persoonalliset tekijät vaikuttavat. Erityisesti persoonalliset luonteenpiirteet ja geneettiset tekijät vaikuttavat hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen elämässä. Tutkimus osoitti näyttöä olevan kotihoidon

antamasta positiivisesta vaikutuksesta perinteisen lääkehoidon ja terveydenhoidon lisäksi. Sillä on psykososiaalinen vaikutus kohottaa asiakkaiden mielenterveyttä ja ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä.

4.1 Hoitotyötä ohjaavat eettiset arvot

Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet, jotka ovat: ihmisarvon kunnioittamisen periaate, pahan välttämisen ja hyvän tekemisen periaate ja oikeudenmukaisuuden periaate. Ihmisarvon ja itsenäisten ratkaisujen kunnioittaminen kuuluvat olennaisena osana ihmisten peruseriaatteisiin. Pahan välttämisen periaatteeseen kuuluu kaikenlaisen vahingollisen tuottamisesta pidättäytyminen. Periaate juontaa juurensa Hippokrateen valasta, jossa tulevaa lääkäriä vannotetaan hyvän tekemiseen ja vahingonteon välttämiseen. Hyvän tekemisen periaate velvoittaa myös muun potilaiden hoitotyön lisäksi sairauksien ehkäisemiseen ja terveyden edistämiseen. Oikeudenmukaisuus kuuluu hoitotyön arvoihin, sillä hoidon saaminen ei ole vain lottovoitto arpajaisissa vaan jokaisen oikeus. Hoitoon pääseminen, hoidon saavutettavuus ja sen laatu kuuluvat terveystoimittisiin yhteiskunnallisiin pohdintoihin, joissa tulee huomioida oikeudenmukaisuus. (Beauchamp & Childress 2009,101,150, 202, 249.)

Ihmisarvon kunnioittamiseen kuuluvat totuuden kertominen, toisten yksityisyyden kunnioittaminen, vaitiolovelvollisuuden noudattaminen, saada lupa tutkimuksiin ja auttaminen vaikeiden päätösten tekemisessä. Hoitotyön etiikan mukaista on, että hoitotyössä potilaat hoidetaan yhteisymmärryksessä potilaiden kanssa, ja hoidon lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, potilaan itsemääräämisoikeus ja yksilölliset hoitosuunnitelmat. (Beauchamp & Childress 2009, 107.) Kunnioittamiseen liittyy usein myös sellaiset arvot kuin autonomia, integriteetti, yksityisyys, herkkyys ja elämänlaatu. Jokainen potilas on yksilö. Hänen ominaisuudet, taidot, tarpeet ja odotukset ovat luonteenomaisia vain hänelle. Käyttäytyminen on tarkoituksellista, ymmärrettyä ja itse päätettyä, ei kenenkään muun kontrolloimaa. (Beauchamp & Childress 2009, 101–105.) Kunnioittaminen ihmisiä kohtaan on rehellisyyden ja oikeuksien kunnioittamista niin toisia kuin itseäänkin kohtaan, jolloin voidaan voimaantua moraalisisissa asioissa. Älä tee toisille sitä mitä et haluaisi itsellekään tehtävän. Heikommassa ja haa-

voittuvassa asemassa olevalle täytyy muistaa hyvän kohtelun antaminen, sillä sairaudet ja hoitoriippuvaisuus voivat vaikuttaa haitallisesti ihmisen kykyyn tehdä päätöksiä. Tämä valta on hyvä tiedostaa, jotta sitä ei käytettäisi hoitotilanteissa väärin joko fyysisesti tai ihmisyyttä loukaten. Potilaan korkeatasoinen hoito riippuu siitä, minkälaiset käsitykset hoitotyön arvoista hoitohenkilökunnalla on ja miten he toteuttavat käytännön hoitotyötä. (Thompson, Melia, Boyd & Horsburgh 2006, 79–84.) Vanhusten hoidossa eettiset ohjeet kehottavat ottamaan vanhusten mielipiteet huomioon ja häntä on kohdeltava yksilönä, jolloin eettisesti hyvä hoito toteutetaan vanhusten toiveet huomioiden. (ETENE 2008, 17.)

Suhosen, Stoltin, Launiksen ja Leino-Kilven kirjallisuuskatsaus vanhusten eettisiin asioihin hoitotyössä osoitti eettisten tilanteiden ja ongelmien tärkeyden ja niihin vaadittavan tutkimustyön. Kirjallisuuskatsaus suuntautui Medline- ja Cinahl- hakutiedostoihin internetissä, josta 71 artikkelia otettiin lähteiksi tutkien iäkkäitä ihmisiä, heidän omaisiaan, hoitohenkilökuntaa, terveydenhuollon johtavaa henkilökuntaa ja opiskelijoita. Tutkimus pyrki laajalti etsimään erilaisia artikkeleja ja tietoa liittyen iäkkäiden ihmisten hoitotyön eettisyyteen. Vanhusten hoitotyöhön liittyvät ongelmat liittyvät potilaan autonomiaan, itsemääräämisoikeuteen, tietoiseen suostumukseen, integriteettiin ja erilaisiin ongelmallisiin hoitotilanteisiin missä on jonkinlainen eettinen ongelma. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimustyötä ja kehittelyä eettisistä asioista, jotta iäkkäiden potilaiden asemaa ja oikeuksia voidaan suojella. Kehitystyö ulottuu hoitajien työhön sairaaloihin, pitkäaikaislaitoksiin ja kotihoitoon. Nähtäväksi tulevaisuudessa jää, kuinka paljon vastuutetaan ja osallistutetaan omaisia, ja kuinka paljon jää hyvinvointivaltion tehtäväksi. (Suhonen, Stolt, Launis & Leino-Kilpi 2010, 347–348.)

Koskenniemen, Leino-Kilven ja Suhosen tutkimus osoitti, että on tärkeää ottaa huomioon omaisten mielipiteet iäkkäiden potilaiden hoidossa. Tutkimus tehtiin sairaalan akuuttiosastolla, jossa vanhojen ja sairaiden potilaiden on vaikeampaa aktiivisesti puolustaa oikeuksiaan kiireisellä osastolla. Tutkimuksessa haastateltiin 10 potilasta ja 10 omaista. Omaiset antoivat tärkeää tukea ja huolenpitoa potilaille, jotka ovat vaarassa masentua tai menettää toivonsa. Tutkimuksen mukaan tarkasteltaessa vanhusten kunnioittamista hoitotyössä, on se eroteltavissa hoitotyöhön, joka liittyy joko hoitajiin, omaisiin tai hoitoympäristöön. Kunnioittaminen liittyy hoitajien käytökseen, ystävälliseen puhetapaan, ilmaisuihin, eleisiin, potilaiden ja omaisten huomioon ottavassa

käytökseen ja osaavaan kuunteluun. Iäkkäät potilaat kokivat tärkeänä, että hoitaja kuuntelee, ja on aidosti kiinnostunut siitä mitä heillä on sanottavana. Tutkimuksen mukaan he kokivat, että heidän mielipiteensä otettiin huomioon ja sitä kunnioitettiin. Joidenkin potilaiden mielestä hoitajat tekivät työnsä liian nopeasti ja välttivät keskustelua. Hoitajien kunnioittavaa käytöstä potilasta kohtaan on myös rauhoittelu, tiedonanto, perushoito, kivunhoito, ajan antaminen ja toiveiden toteuttaminen. Omaisten kautta välittyvä kunnioitus on tukemista, ohjaamista, tiedonantoa ja asioidenajoa. Ympäristön kautta tuleva kunnioitus on yhteiskunnan kunnioitusta vanhempia ihmisiä kohtaan, terveydenhuolto-organisaatioiden johto, hoitokulttuuri, informaatiotulva ja potilaiden sijoittelu. Ympäristöön liittyvien asioiden tulisi osoittaa potilaille, että heistä välitetään ja huolehditaan. Tutkimukseen osallistujien mielipide oli, että hoitokulttuuri on muuttunut viime vuosikymmeninä parempaan suuntaan, sillä hoitajien auttamishalu ja motivaatio työhön on kasvanut. (Koskenniemi, Leino-Kilpi & Suhonen 2012, 8, 14–15.)

Syksyllä 2009 tehtyyn tutkimukseen osallistui potilaita (n=1537) ja sairaanhoitajia (n=1148) kuudesta Euroopan maasta: Kyprokselta, Tšekkoslovakiasta, Suomesta, Kreikasta, Unkarista ja Italiasta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitajien ja potilaiden välisiä eroja kunnioituksen ja läsnäolon merkityksessä kliinisessä hoitotyössä. Tuloksellisesti ilmeni käsityksissä hoitajien ja potilaiden välillä merkittäviä eroja: hoitajat ilmoittivat kunnioittavaa käytöstä ilmenevän enemmän mitä potilaat olivat havainneet, ja potilaat ilmoittivat havainnoissa enemmän negatiivisia asioita kuin hoitajat. Myös tutkittu kirjallisuus tukee tätä tutkimustulosta samankaltaisine tuloksineen. Potilaat kärsivät kommunikaation puutteesta heidän potilaiden ja hoitajien välillä. Persoonallisen luonteen, kulttuurisen ja koulutuksellisen taustan ohella monet tekijät vaikuttavat saatuihin tuloksiin: ympäristön ja organisaation vaatimukset vaikuttavat hoitajien käytökseen. Taloudellinen kriisi ja hoitajien puute vaikuttavat siihen, ettei hoitajilla enää ole aikaa viipyä potilaiden luona. Tekniset tehtävät, esimerkiksi kirjaaminen ovat töitä mitkä vievät hoitajan kauemmaksi potilaan luota. Tutkimuksessa neljännes vastanneista olivat sitä mieltä, että hoitajat puhuivat heidän kanssaan liian harvoin. Hoitajien puhuminen potilaiden kanssa omaa tärkeän hoidollisen merkityksen: huolehtiva suhtautuminen potilaisiin saa potilaat ilmaisemaan huoliaan ja tunteitaan, ja hoitaja pystyy tarkkailemaan potilaan kuntoa ja ennakoimaan muutoksia siinä, ja hoitaja pystyy kehittämään itseään kommunikoinnissa. Se lujittaa hoitosuhdetta ja saa

potilaat osallistumaan paremmin omaan hoitoonsa. Tulosten vaikutukset luovat hoitajille tavoitteita olemaan herkkiä huomaamaan potilaiden tarpeita, organisaatiolle tavoitteet luomaan strategioita miten tämän voi saavuttaa, ja koulutukselle eettiset kompetenssit ja standardit. Hoitaminen on kaiken kaikkiaan monimutkainen prosessi, missä niin potilaiden kuin hoitajienkin näkemykset tulee tuntea, jotta voidaan kehittää hoitotyötä. (Papastavrou ym. 2012, 369–370, 375–378.)

Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tutkimustyötä ja kehittelyä eettisistä asioista, jotta iäkkäiden potilaiden asemaa ja oikeuksia voidaan suojella. Kehitystyö ulottuu hoitajien työhön sairaaloihin, pitkäaikaislaitoksiin ja kotihoitoon. Nähtäväksi tulevaisuudessa jää, kuinka paljon vastuutetaan ja osallistutetaan omaisia, ja kuinka paljon jää hyvinvointivaltion tehtäväksi. (Suhonen ym. 2010, 347–348.)

5 ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Asiakaspalvelu, palvelun laatu ja palveluodotukset ovat kaikki suorassa yhteydessä asiakastytyväisyyteen. Asiakkaiden odotukset on tärkein määrittävä tekijä asiakastytyväisyyden toteutumisessa. Mitä korkeammat odotukset ovat, sitä vaativampaa niitä on täyttää. (Pakkanen, Korkeamäki & Kiiras 2009, 176–178.)Terveystieteiden tutkimuslaki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Keskeisimpiä niistä ovat tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus sekä oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3-6§.) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ovat antaneet laatusuosituksen, jonka tavoitteena on turvata hyvä ikääntyminen ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2015.)Hoito on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, ja se on suunniteltava kokonaisvaltaisesti. Kotihoidossa asiakastytyväisyyden kriteereitä ovat kotipalveluun ja kotisairaanhoidon liittyvä ammattitaidollinen osaaminen, hoitajan vuorovaikutus ja käyttäytyminen, potilasohjaukseen

ja tiedonsaantiin, sekä itsemääräämisoikeuteen ja yksityisyyden kunnioitukseen liittyvät asiat ja käyntien sovitut ajat ja niihin annettu aika. (Ikonen 2015, 173, 175, 179–180.)

Asikaisen ja Paunosen kehittämistyön (2012, 1, 40, 44, 57–58) tarkoituksena oli selvittää Juvan kunnan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä kotihoitoon. Tavoitteena oli mitata heidän elämänlaatuaan kehittämällä laatumittari. Tavoitteena oli myös kartoittaa kotihoidon asiakkaiden ja henkilöstön sekä muiden ikäihmisten edustajien mielikuvia hyvästä kotihoidosta ja toiveita tulevaisuuden kotihoitopalveluista. Kysely toteutettiin 116 säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Vastausprosentiksi muodostui 80 %. Tulokset analysoitiin PSPP-ohjelmiston avulla. Vastajien alentunut toimintakyky huomioiden, täytyy tuloksiin suhtautua kriittisesti. Vastajat eivät välttämättä ymmärtäneet kysymyksiä tai selvillä ei ole, vaikuttiko tuloksiin se, että yli puolessa lomakkeista oli käytetty avustajaa. Asiakkaiden osallistuminen oman hoidon ja palvelun suunnitteluun tulisi varmistaa. Jatkossa tulisi huomioida, että työntekijöitä on tarpeeksi, palveluun saadaan kiireettömyyden tuntu ja omahoitajuutta kehitetään. Mittariin tulisivat kysymykset kotihoidon ammatillisesta laadusta, asiakkaiden tyytyväisyydestä palveluun ja niiden myönteisistä vaikutuksista elämänlaatuun.

Opinnäytetyössä (Majuri & Toivo 2013,) selvitettiin Järvi- Pohjanmaan yhteistoiminta- alueen kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin ja tuotiin esiin mahdollisia kehittämistarpeita kotihoidon palveluissa. Tavoitteena oli saada luotettavaa tietoa, jota voitaisiin hyödyntää suunnitellessa, toteuttaessa ja kehitettäessä kotihoidon palveluja Järvi- Pohjanmaan yhteistoiminta- alueella. Opinnäytetyönä tehty asiakastyytyväisyyskyselyn aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli yksi avoin kysymys. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 215, kaikille säännöllisen kotihoidon asiakkaille Alajärvellä, Lehtimäellä, Soinissa ja Vimpelissä. Kyselylomakkeita palautui 112. Vastausprosentti oli 52,1 %. Tutkimuksessa nousi esiin kotihoidon asiakkaiden tyytyväisyys henkilökunnan toimintaan ja ammatillisuuteen. Asiakkaat suhtautuivat kuitenkin kriittisemmin henkilökunnan ajankäyttöön, sillä lähes 17 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi aikaa työskennellessään. Riittävästä tiedonsaannista ja ohjeiden ymmärrettävyydessä koettiin hieman puutteita. Lähes 90 % oli tyytyväisiä tiedonsaantiin ja ohjeiden ymmärret-

tävyyteen, mutta noin joka kymmenes olisi kaivannut lisää tietoa palveluista tai ymmärrettävämpiä ohjeita. Avoimeen kysymykseen muutama vastaajista oli perustellut, miksi koki, että tiedon saannissa oli puutteita. Huono kuulo ja muistisairaudet koettiin tiedon saannissa heikentävinä tekijöinä. Kotihoito tuottaa hyvää palvelua, vaikka palautteen perusteella hoitohenkilökunnalla on käytettävissään liian vähän aikaa asiakkaille. Järvi- Pohjanmaan yhteistoiminta- alueen kotihoidon asiakkaat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Kotihoidon henkilökunnan käytös koettiin ystävälliseksi ja ammattitaitoiseksi. Asiakkaat kokivat, että heidän asioitaan käsitellään luottamuksellisesti. Suurimmat puutteet löytyivät kotihoidon henkilökunnan ajan riittävydessä kotikäynneillä ja oman hoidon suunnitteluun osallistumisessa. Kotihoito tuottaa hyvää palvelua, vaikka palautteen perusteella hoitohenkilökunnalla on käytettävissään liian vähän aikaa asiakkaille. Ajan riittävyys kotikäynneillä näyttäisi olevan yksi suurimmista kehittämiskohteista. Jatkotutkimusaiheita olisivat asiakkaiden lisäpalvelujen tarpeiden kartoitus ja myöhemmin tehtävä uusi asiakastyytyväisyyskysely. Lisäpalvelujen tarpeen kartoitusta voisi tehdä yhdessä Järvi- Pohjanmaan alueen yksityisten palvelujen tuottajien ja kolmannen sektorin kanssa.

Keipilän (2008, 4, 28–29, 37, 64) pro gradu tutkielmassa selvitettiin, millaista vanhus-tenhuollon kotihoito on vanhusasiakkaiden mielestä. Asiakasnäkökulmaan liittyy palvelujen laatu ja asiakastyytyväisyys. Tutkielman tarkoituksena on antaa suuntaviivoja yhdistetyn kotihoidon vanhusasiakkaiden näkökulmasta hoivapalvelujen kehittämiseksi. Tähän, ei -kokeellista tutkimustyyppiä edustavaan tapaustutkimukseen (case studies) liittyy kokonaisvaltainen ongelmien käsittely ja kuvaus. Tutkimusaineiston koontiin sopi hyvin haastattelu. Tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla kahdeksaa Hyvinkään kaupungin säännöllisen palvelun piirissä olevaa kotihoidon 75 vuotta täyttäneitä vanhusasiakasta. Tutkimustulos kotihoidon palvelujen laadusta muodostui asiakkaan kokemasta hoitoneuvottelun ja palvelutarpeen arvioinnin sujumisesta, kotona asumisen tuesta sekä asiakkaan palveluodotusten toteutumisesta. Asiakasnäkökulman mukaan puutteita ilmeni muun muassa hoitohenkilökunnan hyvinvoinnin ja kotihoidon resurssoinnin eli riittävän henkilöstömäärän suhteen. Lisäksi ilmeni työn-teen organisoimisen suhteen parantamisen varaa, koska työn-teen rajaamista ilmeni ja kotikäynneillä oli hoitajien runsasta vaihtumista. Myös huoli kotihoidon työntekijöiden jaksamisesta nousi esiin useammassakin haastattelussa. Henkilöstö oli haastateltavien mielestä työnsä osaavaa, mutta heillä oli työn rajauksia, joten he eivät saaneet

toteuttaa asiakkaan toiveita yksilöllisesti. Vanhuksen omista voimavaroista on psyykkisen toimintakyvyn ulottuvuus tärkein, koska ilman sitä turvattomuus olisi ilmeinen eikä kotona asuminen enää onnistuisi. Haastateltavat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä elämäänsä, koska kotihoidon hoitajat olivat heidän tukenaan. Yksilöllisiä turvattomuuden kokemuksia kuitenkin ilmeni asiakkaiden vaikeiden sairauksien vuoksi.

Ruotsissa vanhustenhoitoon liittyvä kansallinen tutkimus keräsi yli 65-vuotiaista julkisen terveydenhuollon piirissä olevista iäkkäistä henkilöistä tietokoneelta dataa. Tutkimukseen valittiin Skånesta, Etelä-Ruotsista 166 yli 65-vuotiaista säännöllisen ja tilapäisen kotihoidon asiakasta. Heiltä pyydettiin lupa tutkimukseen osallistumiselle, josa sairaanhoitajat haastattelivat heitä heidän kotonaan. Tutkimus osoitti, että yli 65-vuotiaiden tyytyväisyys kotihoidon palveluihin oli suurempaa niiden keskuudessa jotka asuivat kotona kuin niillä jotka asuivat palveluasunnoissa. Se näkyi tutkimuksessa vertailtaessa hoidon jatkuvuutta, hoitosuhdetta, hoitoon käytettyä aikaa ja henkilökunnan luotettavuutta. Tutkimuksessa 32 % tyytymättömistä esitti sen johtuvan kotihoidon henkilökunnan kyvystä tehdä kodinhoitotöitä. Tyytyväisyys oli verrannollinen henkilökunnan pätevyyteen ja tutkimuksessa todettiin tärkeäksi kunnallisten kotihoitajien kouluttamisen. (Karlsson, Edberg, Jakobsson & Hallberg 2013, 328.)

Kuvaja ja Nyyssönen (2014,) tutkivat millaisena asiakkaat kokivat kotihoidon palvelut Varkaudessa. Tutkimus toteutettiin Varkauden kotihoidossa strukturoidulla kyselyllä, joka lähetettiin kaikille (N=246) kotihoidon asiakkaille. Vastausprosentti oli 74,8 %. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisiksi asiakkaat kokivat kotihoidon palvelut. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita kotihoidon palveluihin. Yleensä ottaen vastaajat olivat tyytyväisiä kotihoidon palveluihin. Kotihoidon henkilökunnan käytös koettiin ystävälliseksi ja ammattitaitoiseksi. Tuloksien mukaan suurimmat puutteet löytyivät lääkäripalvelujen riittävydestä, kotihoitohenkilökunnan ajan riittävydestä kotikäynneillä sekä oman kotihoidon suunnitteluun osallistumisessa. Asiakkaat toivovat hoitosuunnitelmissa otettavan enemmän huomioon yksilölliset tarpeet. Toivottiin hoidon yksilöllisyyttä, psyykkistä tukemista ja vuorovaikutusta.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen iäkkäiden asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluiden laatuun. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa ja kuulla asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta säännöllisen kotihoidon piirissä Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueella. Tiedon avulla seurataan kotihoidon laatua ja kehitetään kotihoidossa tapahtuvaa hoitotyötä. Opinnäytetyöntekijän henkilökohtaisena tavoitteena on oppia tutkimuksen tekemistä yleisesti ja kvantitatiivisen tutkimuksen erityispiirteitä.

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Onko Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoitotyö asiakasta ja omaisia kunnioittavaa?
2. Ovatko Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaat tyytyväisiä saamiinsa kotihoidon palveluihin?
3. Ovatko Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaat tyytyväisiä saamaansa hoitoon kotihoidossa?

7 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen tutkimus, jota voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi voi selvittää lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Se edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Kvantitatiivinen tutkimus kuvaa ilmiötä numeerisen tiedon pohjalta ja tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuviain. (Heikkilä 2014, 15).

Poikkileikkaustutkimuksessa aineisto kerätään kerran, eikä ilmiötä tarkastella suhteessa ajalliseen etenemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42.) *Survey*-tutkimus on suunnitelmallinen kysely- tai haastattelututkimus, joka perustuu tutkimusaineiston keräämiseen valmiiksi jäsennellyillä lomakkeilla. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 21.) *Survey* tarkoittaa sellaista kyselyä, jossa kaikilta vastaajilta asiat kysytään täsmälleen samalla tavalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 182.) Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen, koska se parhaiten sopi kyseisen tutkimusilmion tutkimiseen ja tutkimusongelmien selvittämiseen. Aikaperspektiivin suhteen opinnäytetyö on poikkileikkaustutkimus. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin etukäteen suunniteltua ja jäsennettyä kyselylomaketta.

7.2 Kohderyhmä

Kokonaistutkimuksessa tutkitaan jokainen perusjoukon jäsen. (Heikkilä 2014,31.) Joissain tapauksissa saattaa olla tarpeellista tutkia koko perusjoukko, jolloin kyseessä on kokonaistutkimus (Hirsjärvi ym. 2009, 179–181; Metsämuuronen 2006, 51). Kokonaistutkimuksessa tutkitaan jokainen perusjoukon jäsen ja se kannattaa tehdä, jos perusjoukko on pieni. Varsinkin kyselytutkimuksissa tämä on suositeltavaa jopa 200–300:n suuruisesta perusjoukosta puhuttaessa. (Heikkilä 2014, 31.)

Tähän kyselytutkimukseen otettiin mukaan kaikki Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaat. Opinnäytetyössä tarkastelen kotihoidon laatua ikääntyneen asiakkaan näkökulmasta, jolloin kyseessä ovat vanhuuseläkkeeseen oikeuttavat asiakkaat, eli yli 63-vuotiaat. Kotihoidon asiakkaat ovat iäkkäitä henkilöitä, jotka tarvitsevat kotihoidon hoitoa ja palveluita, ja tässä opinnäytetyössä mukana ovat Raision ja Ruskon säännöllisen kotihoidon piirissä olevat yli 65-vuotiaat asiakkaat. Asiakastytyväisyyskyselyyn on rajattu ainoastaan kotihoidon tuottamat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut. Kotona asumisen tukipalveluita, kuten ateriapalvelua, ikäihmisten päivätoimintaa, omaishoitoa, turvapalvelua, kuljetuspalvelua tai lyhytaikaishoitoa ei ole sisällytetty asiakastytyväisyyskyselyyn. Yhtenä kyselytutkimuksen heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei kyselytutkimuksessa ole mahdollista varmistua siitä, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Eli ovatko he

pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Kyselytutkimuksissa myös kato, eli vastaamattomuus, nousee joissakin tapauksissa suureksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 195; Burns & Grove 2005, 401.) Vastaamattomuus aiheuttaa aina harhaa tuloksiin, sillä vastaamatta jättäneet ovat aina ainakin joiltakin ominaisuuksiltaan erilaisia kuin kyselyyn vastanneet (Heikkilä 2014, 42). Tässä kyselytutkimuksessa katoa pyrittiin minimoimaan motivoimalla kotihoidon hoitajia pyytämään asiakkaitaan vastaamaan ja muistuttamalla asiasta.

7.3 Kyselytutkimuksen mittarin laatiminen

Kyselylomake on kyselytutkimuksen olennainen osatekijä, joten kyselylomakkeen laadintavaihe on tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Hyvän tutkimuslomakkeen tunnuspiirteitä ovat selkeys ja vastaamaan houkutteleva ulkonäkö. Teksti ja kysymykset tulee olla hyvin aseteltuja, lisäksi vastausohjeiden tulee olla selkeitä. Kysymyksissä tulee kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan. (Heikkilä 2014, 45–46.) Tulokset vääristyvät, jos kysymysten muodoissa on virheitä ja vastaaja ei ajattele samoilla tavoin. Kysymysten täytyy olla siis yksiselitteisiä, ja niistä täytyy poistaa väärinymmärtämisen mahdollisuus. Mitä miellyttävämpi lomakkeen ulkoinen muoto on, ja mitä helpompi se on täyttää, sitä enemmän vastauksia saadaan, eli vastausprosentti kasvaa. Myös kysymysten loogiseen etenemiseen ja vastausohjeiden selkeyteen kannattaa paneutua huolellisesti. Valmiit vastausehdot kannattaa numeroida. Kysymysten järjestyksestä mietittäessä helpot kysymykset on hyvä laittaa ensin, ja arkaluontoiset lomakkeen loppupuolelle. Johdattelevia kysymyksiä tulee välttää. Kyselylomaketta laatiessa tulee huomioida lomakkeen pituus ja kysymysten lukumäärä. Vastaajan tulisi säilyttää mielenkiintonsa lomakkeen alusta loppuun asti. Lomakkeen ollessa pitkä vastaajat voivat jättää helposti vastaamatta kokonaan tai vastaavat huolimattomasti. Kohderyhmän ja aiheen mukaan usein jo viisi sivua on maksimipituus. On huomioitava, ketkä lomakkeeseen vastaavat, millainen on heidän lukutaitonsa, aikataulunsa ja muut valmiutensa vastaamiseen. (Valli 2015, 41–43.) Vastaajien taustatiedot kysytään vastauslomakkeen alussa, sillä on havaittu, että koulutuksen ja työkokemuksen kysyminen hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tärkeää. Opinnäytetyön tai tutkimuksen tekijä arvioi mitä taustatietoja vastaajalta on perusteltua kysyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42, 87.)

Kyselylomake perustuu teoreettiselle pohjalle ja luotettavaan ja kattavaan kirjallisuuskatsaukseen. Mittausväline suunnitellaan opinnäytetyössä käytettävien käsitteiden määrittelyllä. Määritellyt käsitteet operationalisoidaan mitattavaan muotoon. Teoreettisista käsitteistä tulee muuttujia, joilla tutkittavaa ilmiötä voidaan mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Strukturoidut eli suljetut kysymykset ovat sellaiset, joissa annetaan valmiit vastausvaihtoehdot joista valitaan ympyröimällä tai rastittamalla sopiva. Kysymysten järjestys ja sisältö ovat kaikille samat. (Heikkilä 2014, 51.) Likert-asteikkoa käytetään usein mielipidetiedusteluissa ja hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Asteikkoihin perustuvat kysymykset ovat väittämien muodossa, joista vastaaja valitsee vaihtoehdon joka on hänen mielipidettään lähimpänä. Asteikon perusidea on, että asteikon keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan samaa mieltä oleminen kasvaa, ja toiseen suuntaan vähenee. Toisena ääripäänä on useimmiten *täysin samaa mieltä* ja toisena ääripäänä *täysin eri mieltä*. Väliin jäävät vaihtoehdot ovat *melko samaa mieltä*, *en osaa sanoa* ja *melko eri mieltä*. (Grove, Burns & Gray 2013, 430; Vilka 2007, 46.) Keskimmäisen vaihtoehdon pois jättäminen pakottaa vastaamaan ja ottamaan kantaa, jolloin mietittäväksi jää, ovatko kaikki vastaajat sellaisia joilla on kokemusta kysyttävästä asiasta. Harkinnan varaan jää säilyttääkö *en osaa sanoa*-vaihtoehdon vai ottaako pois. (Heikkilä 2014, 52.)

Opinnäytetyöhön ei löytynyt valmista kyselylomaketta, jota olisi voitu käyttää, joten opinnäytetyöntekijä teki kyselylomakkeen itse (Liite 1). Kyselylomakkeen taustatietokysymyksiä oli viisi. Kyselyn seuraavat kuusi kysymystä liittyivät asiakkaan kunnioittamiseen hoitotyössä ja kahdeksan kysymystä liittyivät kotihoidon palveluihin. Laadittu kyselylomake (Liite 1) on strukturoitu, ja se sisältää väittämiä Likertin tyyppistä 5-portaista asteikkoa käyttäen. Asteikon ääripäinä ovat vastakkaiset väittämät, ja vastausvaihtoehdot oli viisi. Vastausvaihtoehto yksi tarkoitti vastaajan olevan täysin eri mieltä väittämän kanssa ja vaihtoehto viisi tarkoitti vastaajan olevan täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Keskimäinen neutraali vaihtoehto oli ”en osaa sanoa”-vaihtoehto, koska kyselyn tekijä ei halunnut pakottaa vastaamaan, koska oletettavaa oli, ettei kaikilla iäkkäillä vastaajilla välttämättä olisi selkeää vastausta jokaiseen kysymykseen. Mittaria laadittaessa oli huomioitava vastaajien korkea ikä ja toimintakyky. Kyselyssä annettiin vaihtoehdoksi täyttää lomake myös jonkun toisen avustuksella, koska muutoin vastausprosentti olisi muodostunut pieneksi. Kyselylomakkeen piti olla

selkeä, ei liian pitkä, ja silti väittämien tulisi kartoittaa ja kysyä niitä asioita mitä halutaan tietää. Kysymykset eivät olleet monimutkaisia, ne eivät sisältäneet vierasperäisiä sanoja eivätkä olleet liian pitkiä. Kysymyksistä kuusi koostui hoitotyötä ohjaavista eettisistä arvoista, ja kahdeksan kysymystä kartoitti vastaajien tyytyväisyyttä kotihoidon palveluihin. Opinnäytetyön tekijän laatimaa kyselylomakkeen väittämiä muokattiin eri järjestykseen ja opinnäytetyön tekijä hyödynsi ohjaavan opettajan ohjeita ja kehittämissuhteita.

Mittarin esittäminen tarkoittaa, että tutkimusotosta vastaava pienempi vastaajajoukko testaa mittarin luotettavuutta ja toimivuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154.) Lomakkeen testaamiseen riittää 5-10 henkeä, kunhan tulee ilmi, miten kysymykset ja ohjeet ymmärretään, miten lomakkeen sisällöllinen toimivuus esiintyy, ja miten vastaamisen raskaus ja pituus näyttäytyy. (Heikkilä 2014, 58.) Kyselylomakkeen kokeileminen on välttämätöntä. (Hirsjärvi ym. 2009, 193; Burns & Grove 2005, 400; Metsämuuronen 2006, 58.) Pieni ryhmä tilapäisen kotihoidon asiakkaita testasi ja täytti kyselyn. Kysymykset olivat ymmärrettäviä ja selkeitä ja kyselyn täyttäminen ei vienyt aikaa liikaa. Kysely säilyi muuttamattomana.

7.4 Kohdeorganisaatio Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen kotihoito

Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen kotihoito on 25 000 asukkaan Raision kaupungin ja 6000 asukkaan kunnan Ruskon yhteistoiminta-alueen kotihoito, josta on mahdollista saada kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluja. Vuonna 2013 oli Raision kaupungissa yhteensä sekä säännöllisen, että tilapäisen kotihoidon piirissä yhteensä 692, ja Ruskolla 94 asiakasta. Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alue on jaettu kahdeksaan alueeseen. Kotihoidon palveluita on mahdollista saada arkipäivinä ja viikonloppuisin, aamu- ja iltavuorojen ajan. Yhteistoiminta-alueella kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn tukemisen apuna toimii kotihoidon kuntoutustiimi, johon kuuluu fysioterapeutti, kotikuntoutusavustajat, psykiatrinen sairaanhoitaja sekä toimintaterapeutti. Asiakkaita, joilla on kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma, hoitaa kotihoitoalueen lääkäri. Kotihoidon palvelumuotoja ovat kotipalvelun henkilökohtaiseen hoitoon ja arjen toimintoihin liittyvä avustaminen, kuten hygienian hoito, pukeutuminen,

ruokailut ja erilaiset siirtymätilanteet. Kotisairaanhoidon kuuluvat esimerkiksi lääkkeiden jakaminen ja antaminen, insuliinihoito, verikokeiden ottaminen ja haavanhoito. (Raision kaupungin www-sivut 2014.)

7.5 Aineiston keruu

Kyselylomakkeet ovat yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Tutkimuslomakkeeseen sisältyy kaksi osaa: saatekirje ja varsinainen lomake. Saatekirjeeksi määritellään yhden sivun mittainen teksti, joka sisältää tietoa tutkimuksesta, ja motivoi vastaajaa täyttämään lomakkeen. Sen tulee olla kohtelias, mutta ei liian pitkä. Saatekirjeen perusteella tutkittava voi päättää tutkimukseen osallistumisesta tai kieltäytymisestä. (Heikkilä 2014, 59, Vilka 2007, 80.) Kotihoidon asiakkaille opinnäytetyön tekijä liitti kyselylomakkeen mukana saatekirjeen, missä kohteliaasti pyysi heidän mielipidettään asiakastyytyväisyyskyselylle, kertoi kyselyn taustaa, kyselyn toteuttajat, kertoi kyselyn luottamuksellisuudesta, antoi palautusohjeet, ja mihin mennessä tulisi vastata kyselyyn (Liite 2). Kotihoidon hoitajille opinnäytetyön tekijä antoi heidän esimiestensä kautta saatekirjeen, jossa kerrottiin kyselyn taustaa, sen toimittamisesta asiakkaille, kyselyn palauttamisesta täytettynä kirjekuoressa kotihoidon toimistolle ja kyselyn aikataulusta (Liite 3). Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön tekijän kohtelias pyyntö viedä kysely kotihoidon asiakkaille, ja toimittaa se suljetussa kirjekuoressa takaisin. Opinnäytetyön tekijä kertoi hoitajille, että he eivät luotettavuuden takia olisi mukana kyselyyn vastaamisessa. Tutkimuslupa anottiin kohdeorganisaation, eli Raision kaupungin johtavalta hoitajalta Sari Tanniselta (Liite 4), joka antoi myöntävän päätöksen 3.12.2015. Tutkimussuunnitelma esiteltiin suunnitteluseminaarissa, ja opinnäytetyön ohjaaja lehtori Sirke Ajanko hyväksyi sen 18.12.2015. Kyselylomake ja saatekirje asiakkaalle laitettiin kirjekuoreen, jonka hoitajat veivät asiakkaille 20.–23.12.2015. Asiakkaat täyttivät kyselyn itse, tai omaisen tai läheisen avustamana. Kysely haluttiin jättää ennen joulua asiakkaille, koska ajateltiin vastausprosentin nousevan paremmaksi, kun asiakkaat näkisivät joulun pyhinä läheisiään, jotka voisivat auttaa kyselyyn vastaamisessa. Vastausaika annettiin 10.1.2016 asti. Kysely palautettiin suljetussa kirjekuoressa hoitajan mukana toimistolle opinnäytetyöntekijän tekemään palautuslaatikkoon. Organisaation toiveena oli, että hoitajat vievät ja tuovat kyselyt,

sillä tällä tavoin organisaatio säästyy postimaksuista. Hyvä puoli asiassa oli myös se, että hoitajat käynneillään pystyivät muistuttamaan kyselyyn vastaamisesta.

7.6 Aineiston analysointi

Aineiston käsittely alkaa, kun kyselyllä kerätty aineisto on saatu koottua. Aineiston käsittely tarkoittaa, että lomakkeilla saatu aineisto tarkistetaan, tiedot syötetään ja tallennetaan sellaisenaan muotoon tietokoneelle, että sitä voidaan tutkia numeraalisesti käyttäen apuna taulukko- tai tilasto-ohjelmia. Käsittely aloitetaan, kun aineisto on saatu kerättyä esimerkiksi kyselyn avulla. Vastausajan umpeuduttua tutkimusaineisto käydään läpi. Tutkija käy läpi lomakkeet kysymys kerrallaan ja tarkistaa vastausten tiedot sekä arvioi vastausten laatua. Jo tässä vaiheessa tutkija saa esitietoa siitä, miten onnistuneita kyselylomakkeen väittämät ovat olleet. (Vilkkä 2007, 106.) Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti Tixel-ohjelman avulla. Tixel on Excelin toimintaympäristöön tehty tilasto-ohjelmisto, jolla voidaan laskea esimerkiksi tunnuslukuja, jakaumia ja ristiintaulukointia.

Kyselylomakkeen tiedot syötetään havaintomatriisiin muotoon. Havaintomatriisi on taulukko, jossa vaakariveillä ovat tilastoyksiköt, ja pystysarakkeilla muuttujat. Muuttujat ovat teoreettisen käsitteen operationalisoituja, mitattavia ominaisuuksia. Muuttujat muodostuvat kysymyksistä, joihin kyselyssä on vastattu. (Heikkilä 2014, 120, 127.) Asiakastyytyväisyyskyselyssä kysymykset 1-5 muodostivat kyselyn taustamuuttujat. Taustatiedoissa kysyttiin sukupuolta, ikää, pohjakoulutusta, kenen kanssa asuu ja kenen kanssa vastasi kyselyyn. Ikä luokiteltiin viiteen luokkaan, jotka ovat 65–72 vuotta, 73–80 vuotta, 81–88 vuotta, 89–96 ja 97–104 vuotta täyttäneet. Pohjakoulutus oli luokiteltu viiteen luokkaan, jotka ovat kansakoulu, keskikoulu, ylioppilas, ammatillinen tutkinto ja korkeakoulututkinto tai yliopisto. Muuttujat 6-11 liittyvät kysymyksiin asiakkaan kunnioittamisesta hoitotyössä. Kysymykset olivat hoitajien käytöksen ystävällisyydestä, tiedonsaannista kotihoidossa, hoitajien kunnioituksesta asiakkaan kotia kohtaan, asiakkaan mielipiteen huomioimista kotihoidossa, hoitajien käytöksestä omaisten kanssa kotihoidossa ja hoitajien asiakkaan kohtelusta. Muuttujat 12–19 käsittelevät kotihoidon palveluja. Kysymykset liittyivät hoito- ja palvelusuunnitelman

tekoon, hoitajien luotettavuuteen, lääkehoidon toteutukseen, hoitajien ammattitaitoon, hoitotyön turvalliseen suorittamiseen, lääkäripalveluiden toteutukseen, hoitajien riittäviin käynti aikoihin ja asiakkaan tyytyväisyyteen saamaansa hoitoa kohtaan. Kyselylomakkeet olivat numeroituja siten, että tietyt numerosarjat vastasivat eri kaupungin alueita, jolloin opinnäytetyön tekijä pystyi analysoimaan alueellisia tuloksia asiakas-tyytyväisyydessä.

Aineiston kuvailuun käytettiin frekvenssejä, prosenttijakaumia ja ristiintaulukointia. Frekvenssi tarkoittaa kuhunkin luokkaan kuuluvien tilastoyksiköiden lukumäärää. Sitä voidaan kuvata numeroina esimerkiksi taulukoissa tai kuvioina. Ristiintaulukointi on kaksiulotteinen frekvenssitaulukko, jossa tarkastellaan kahden luokittelu- tai järjestysasteikollisten muuttujan välistä yhteyttä. (Heikkilä 2014, 83–84.)

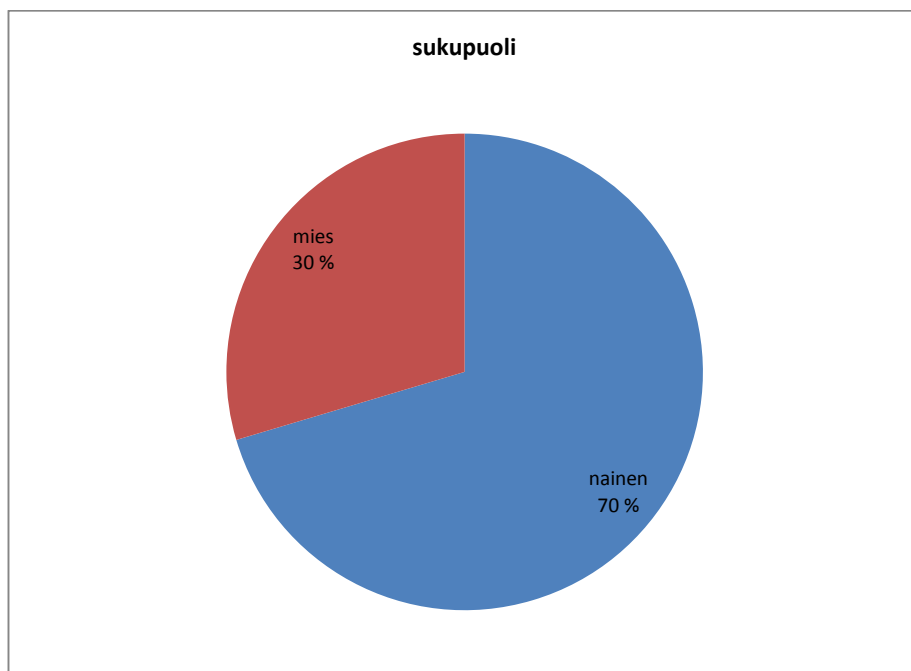
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

8.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Asiakastytyväisyyskysely vietiin kaikille Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon 302 asiakkaalle. Kaiken kaikkiaan kyselyn vastauksia tuli 188 kappaletta, joista jouduttiin hylkäämään yhdeksän. Vastausten määrä 179 kappaletta on vastausprosenttina 59,3 %. Alueittain vastausprosentit jakautuivat seuraavasti:

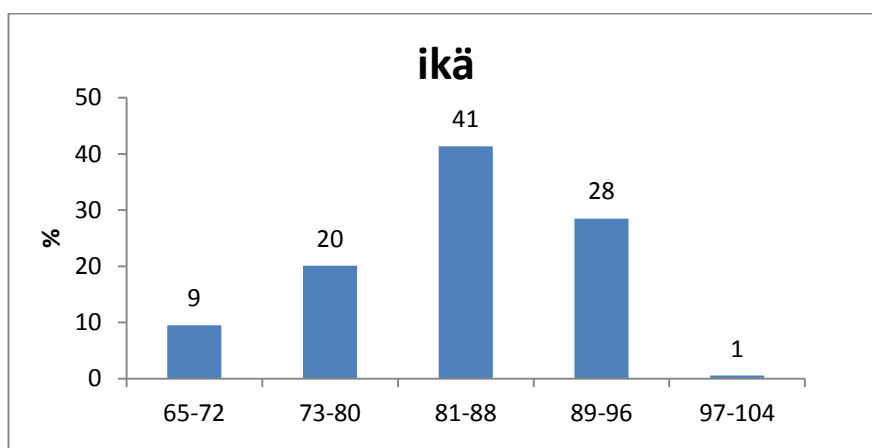
Etelä	21 kpl	55,3 %
Hulvela	24 kpl	57,1 %
Itä	17 kpl	47,2 %
Keskusta	19 kpl	52,7 %
Länsi	27 kpl	79,4 %
Pohjoinen	27 kpl	61,4 %
Rusko	20 kpl	66,6 %
Sentteri	24 kpl	57,1 %
Kaikki	179 kpl	59,3 %

Vastaajien antamia taustatietoja tarkasteltiin frekvenssianalyysin avulla. Vastaajien sukupuoli jakaantui kaikkien vastaajien kesken siten, että naisia oli 70 % ja miehiä 30 %.



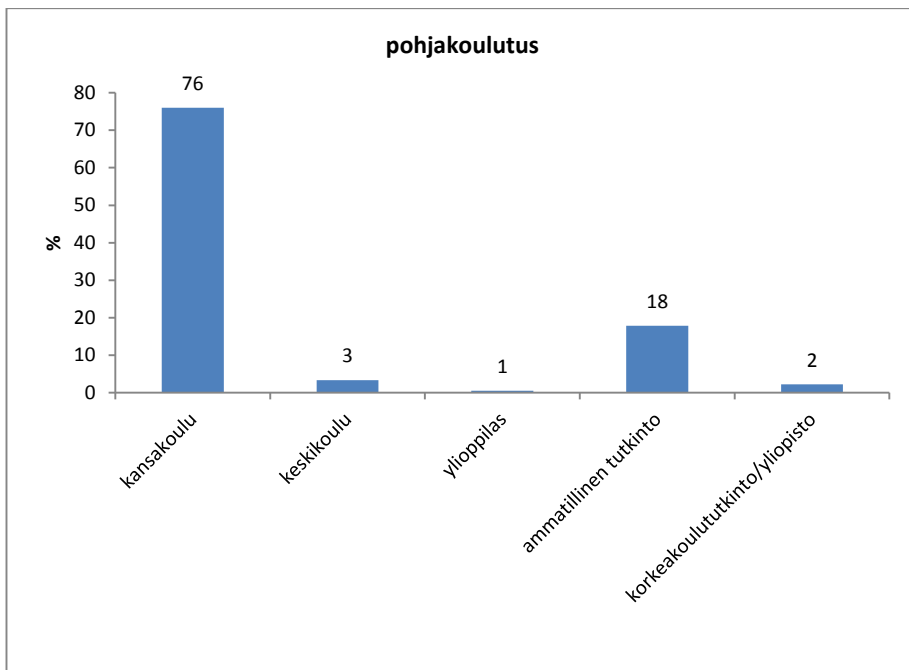
Kuvio 1. Vastaajien sukupuoli

Vastaajien ikä jakaantui niin, että 65–72-vuotiaita on 9 %, 73–80-vuotiaita 20 %, 81–88-vuotiaita 41 %, 89–96-vuotiaita 28 % ja 97–104-vuotiaita 1 %.



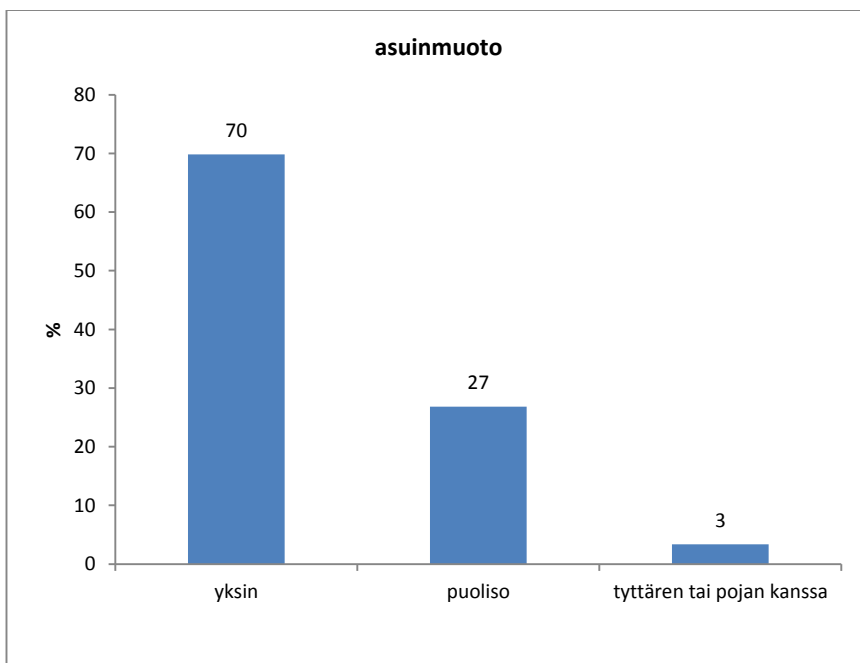
Kuvio 2. Vastaajien ikä

Vastaajien pohjakoulutus jakaantui prosentuaalisesti siten, että kansakoulun käyneitä oli 76 %, keskkoulun käyneitä 3 %, Ylioppilaita 1 %, ammatillisen tutkinnon suorittaneita 18 % ja korkeakoulututkinnon tai yliopiston käyneitä 2 %.



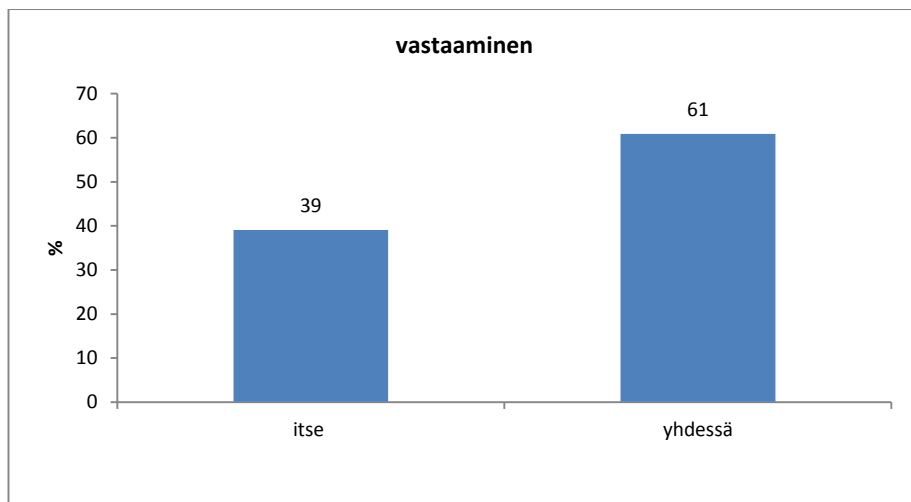
Kuvio 3. Vastaajien pohjakoulutus

Kyselyssä kysyttiin asuuko yksin, puolison tai kumppanin kanssa tai tyttärensä tai poikansa kanssa. 70 % asui yksin, 27 % puolison tai kumppanin kanssa ja 3 % tyttären tai pojan kanssa.



Kuvio 4. Vastaajien asuminen yksin, puolison tai kumppanin, tai tyttären tai pojan kanssa.

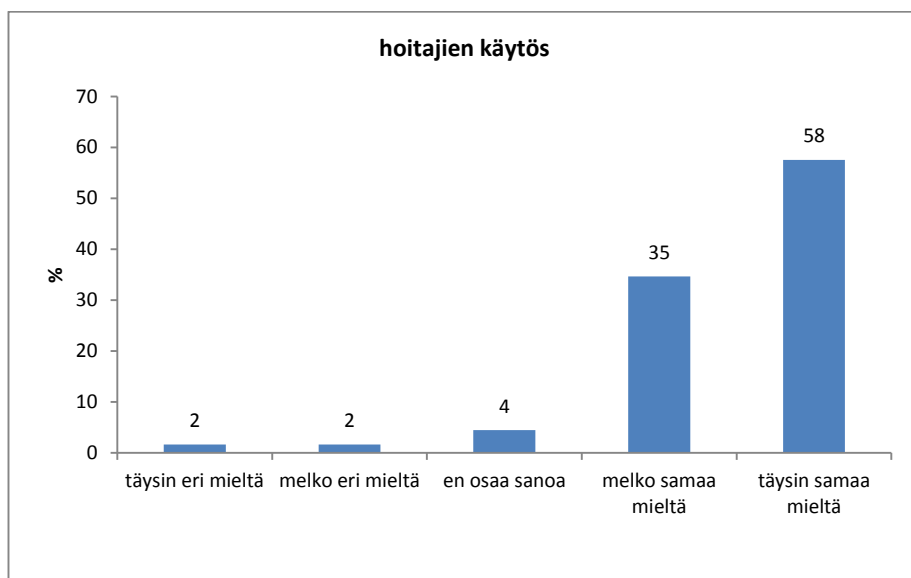
Viimeisenä taustatietokysymyksenä oli kysymys kyselyyn vastaamisesta, vastasiko siihen yksin, vai omaisen tai läheisen kanssa yhdessä. 39 % vastasi kyselyyn itse, ja 61 % vastasi omaisen tai läheisen kanssa yhdessä.



Kuvio 5. Kyselyyn vastaaminen yksin tai omaisen/läheisen kanssa yhdessä.

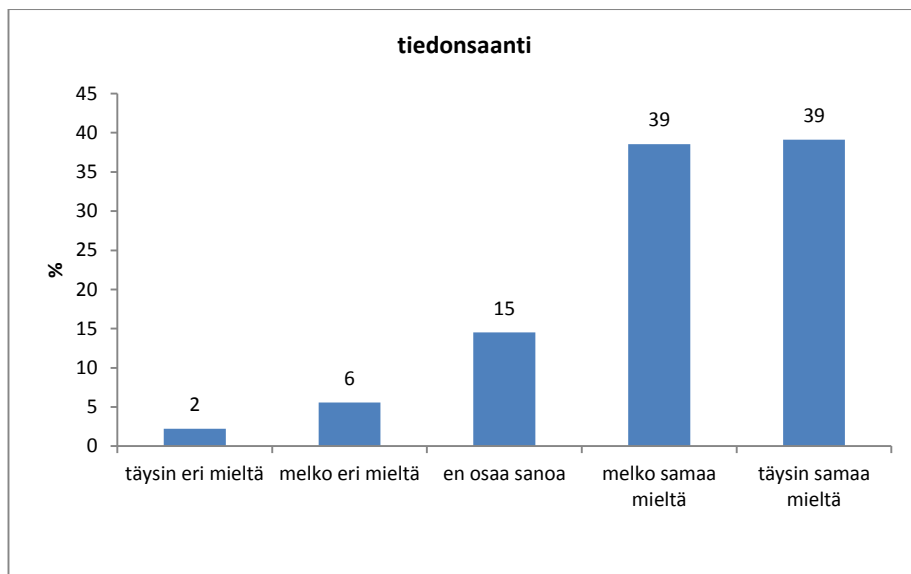
8.2 Asiakkaan kunnioittaminen hoitotyössä

Asiakkaan kunnioittamiseen liittyvistä kysymyksistä ensimmäisenä kysyttiin hoitajien ystävällisestä käytöksestä. 58 % oli täysin samaa mieltä, 35 % melko samaa mieltä, 4 % ei osannut sanoa, 2 % oli melko eri mieltä, ja 2 % täysin eri mieltä siitä, että hoitajien käytös on ystävällistä.



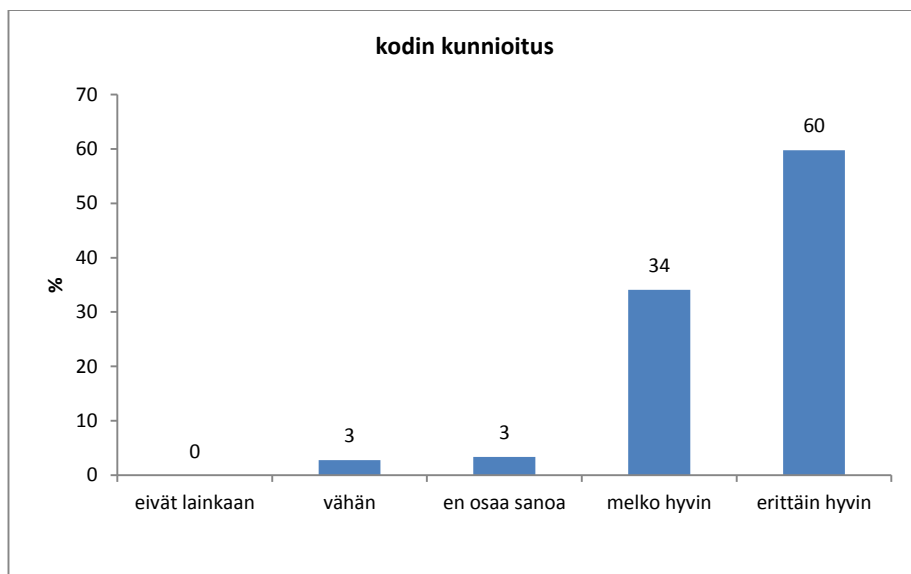
Kuvio 6. Hoitajien ystävällinen käytös

Riittävään tiedonsaantiin kotihoidossa vastasi 39 % ollen täysin samaa mieltä, 39 % melko samaa mieltä, 15 % ei osannut sanoa, 6 % oli melko eri mieltä, ja 2 % täysin eri mieltä.



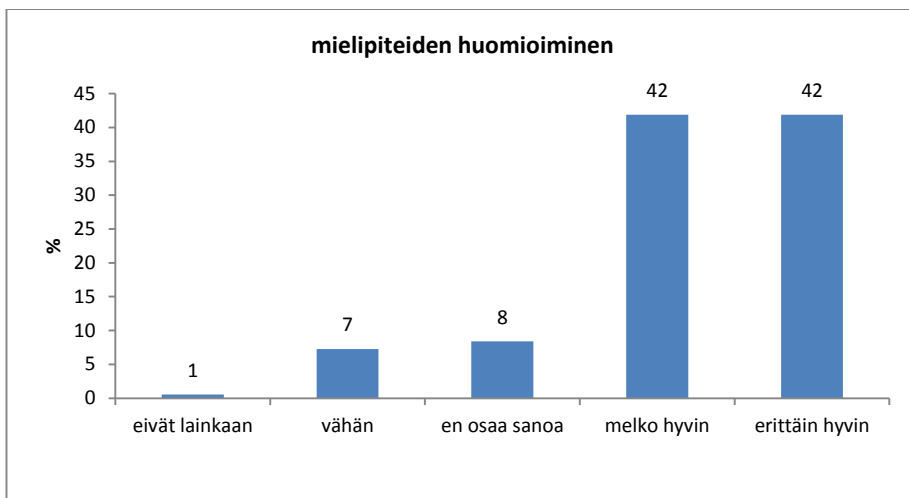
Kuvio 7. Riittävä tiedonsaanti kotihoidossa

Kysyttäessä olivatko hoitajat kunnioittaneet riittävästi kotia, vastaukset jakaantuivat niin, että 60 % oli täysin samaa mieltä, 34 % melko samaa mieltä, 3 % ei osannut sanoa, 3 % oli melko eri mieltä, ja 0 % täysin eri mieltä.



Kuvio 8. Hoitajien kunnioitus kotia kohtaan työssään.

42 % oli täysin samaa mieltä, 42 % melko samaa mieltä, 8 % ei osannut sanoa, 7 % oli melko eri mieltä, ja 1 % täysin eri mieltä siitä, olivatko hoitajat ottaneet hoidossa huomioon asiakkaan mielipiteet.



Kuvio 9. Asiakkaan mielipiteen huomioiminen hoidossa

Hoitajien käytös ottaa omaiset ja läheiset huomioon kysymykseen 45 % oli täysin samaa mieltä, 35 % melko samaa mieltä, 16 % ei osannut sanoa, 4 % oli melko eri mieltä, ja 0 % täysin eri mieltä.

Taulukko 1. Hoitajien käytös ottaa omaiset ja läheiset huomioon työssään kotihoidossa

hoitajat ja omaiset				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
täysin eri mieltä	0	0	0	0
melko eri mieltä	8	4	8	4
en osaa sanoa	29	16	37	21
melko samaa mieltä	62	35	99	55
täysin samaa mieltä	80	45	179	100
Yht.	179	100	179	100

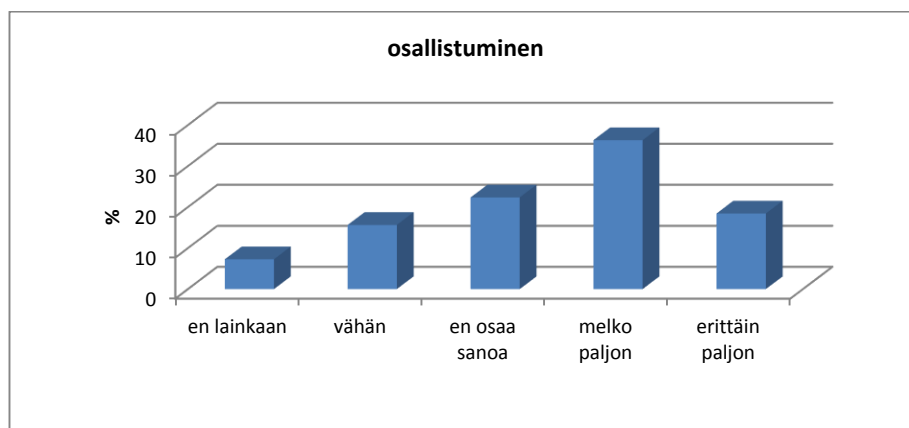
”Kotihoidon henkilökunta kohtelee asiakasta hyvin”- kysymykseen 68 % oli täysin samaa mieltä, 24 % melko samaa mieltä, 7 % ei osannut sanoa, 1 % oli melko eri mieltä, ja 0 % täysin eri mieltä.

Taulukko 2. Kotihoidon henkilökunnan kohtelu asiakasta kohtaan

kohtelu				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum- %</i>
täysin eri mieltä	0	0	0	0
melko eri mieltä	1	1	1	1
en osaa sanoa	13	7	14	8
melko samaa mieltä	43	24	57	32
täysin samaa mieltä	122	68	179	100
Yht.	179	100	179	100

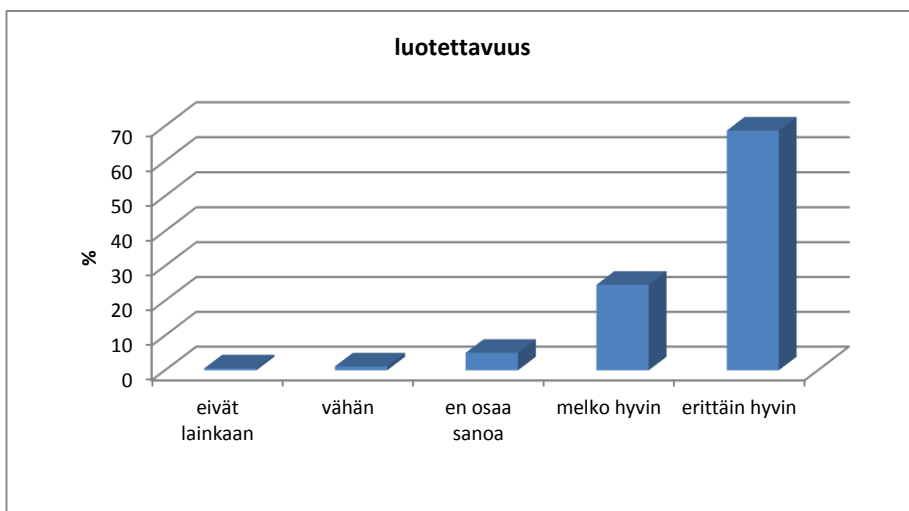
8.3 Kotihoidon palvelut

Kotihoidon palveluihin liittyvissä kysymyksissä vastattiin saamisesta hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon seuraavasti: 18 % oli täysin samaa mieltä, 36 % melko samaa mieltä, 22 % ei osannut sanoa, 16 % oli melko eri mieltä, ja 7 % täysin eri mieltä.



Kuvio 10. Olen saanut osallistua hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon

Hoitajien luotettavuuteen vastattiin siten, että 69 % oli täysin samaa mieltä, 25 % melko samaa mieltä, 5 % ei osannut sanoa, 1 % oli melko eri mieltä, ja 1 % täysin eri mieltä.



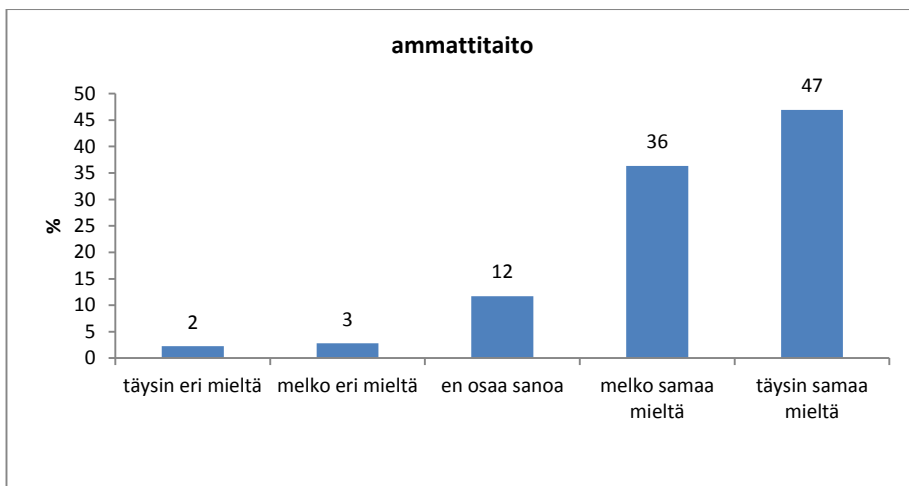
Kuvio 11. Hoitajien luotettavuus

Lääkehoidon hyvään toteutukseen vastattiin siten, että 58 % oli täysin samaa mieltä, 23 % melko samaa mieltä, 15 % ei osannut sanoa, 3 % oli melko eri mieltä, ja 1 % täysin eri mieltä.

Taulukko 3. Lääkehoito on toteutettu hyvin

lääkehoito				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum- %</i>
täysin eri mieltä	2	1	2	1
melko eri mieltä	6	3	8	4
en osaa sanoa	27	15	35	20
melko samaa mieltä	41	23	76	42
täysin samaa mieltä	103	58	179	100
Yht.	179	100	179	100

Hoitajat työskentelevät ammattitaitoisesti kysymykseen vastattiin siten, että 47 % oli täysin samaa mieltä, 36 % melko samaa mieltä, 12 % ei osannut sanoa, 3 % oli melko eri mieltä, ja 2 % täysin eri mieltä.



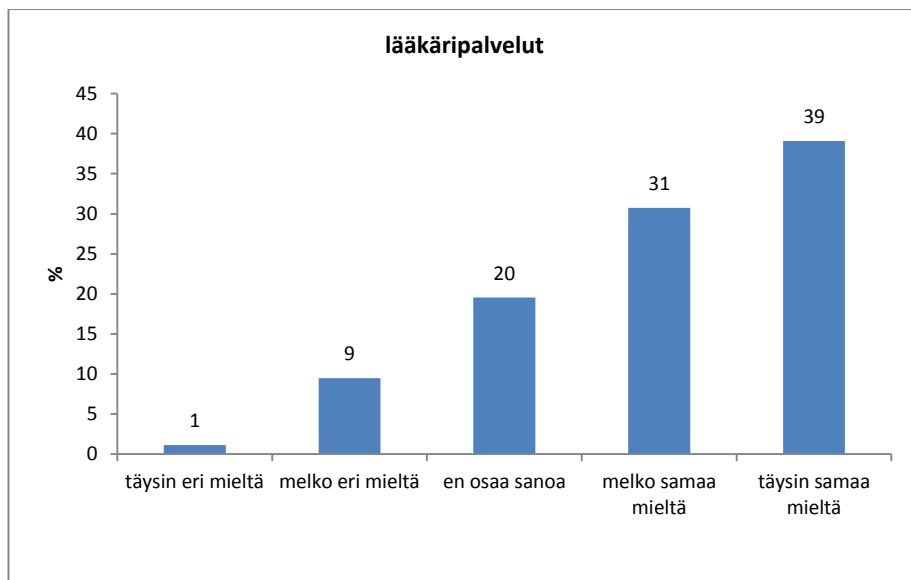
Kuvio 12. Hoitajien ammattitaito

Hoitotyötä on suoritettu turvallisesti kysymykseen vastattiin siten, että 63 % oli täysin samaa mieltä, 23 % melko samaa mieltä, 11 % ei osannut sanoa, 2 % oli melko eri mieltä, ja 0 % täysin eri mieltä.

Taulukko 4. Hoitotyön turvallisuus

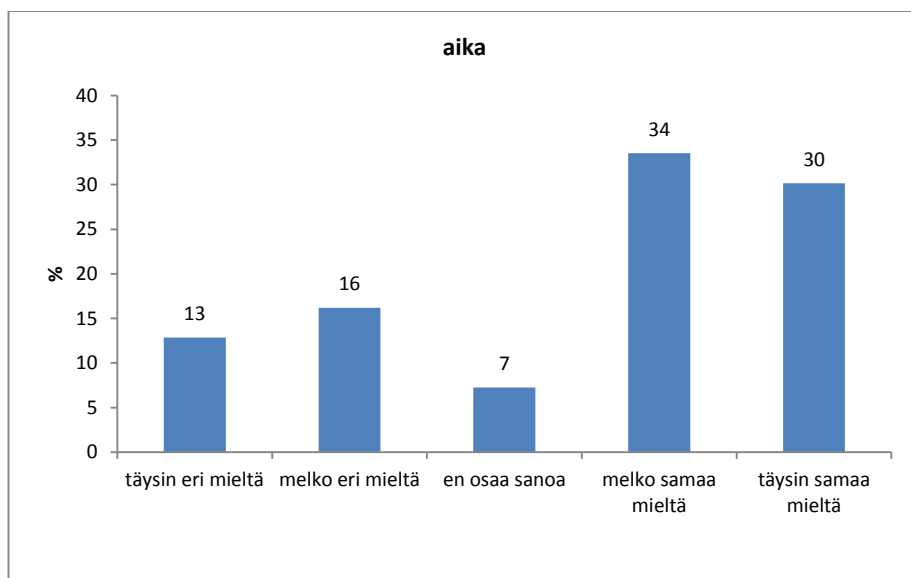
turvallisuus				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum- %</i>
täysin eri mieltä	0	0	0	0
melko eri mieltä	4	2	4	2
en osaa sanoa	20	11	24	13
melko samaa mieltä	42	23	66	37
täysin samaa mieltä	113	63	179	100
Yht.	179	100	179	100

Kotihoidon lääkäripalveluiden hyvään toteutukseen vastattiin siten, että 39 % oli täysin samaa mieltä, 31 % melko samaa mieltä, 20 % ei osannut sanoa, 9 % oli melko eri mieltä, ja 1 % täysin eri mieltä.



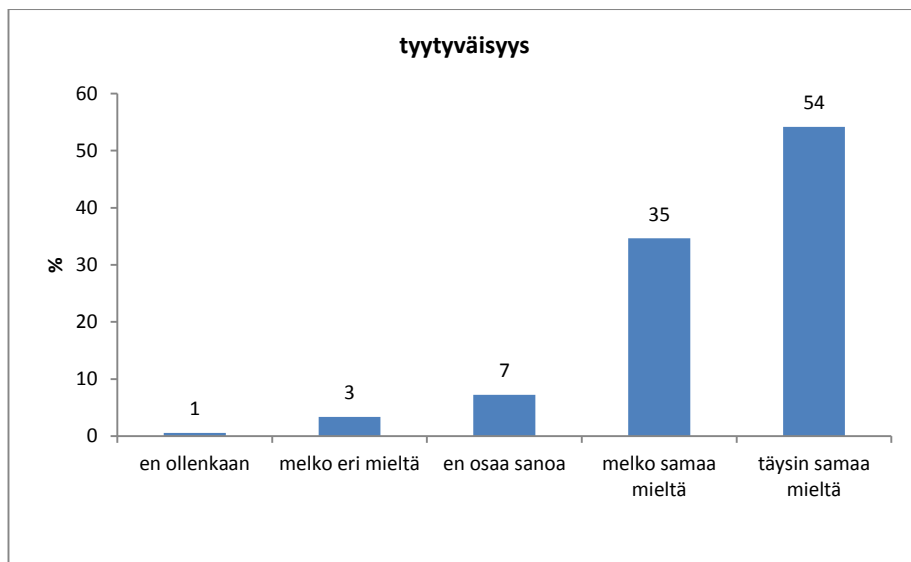
Kuvio 13. Kotihoidon lääkäripalveluiden hyvä toteutus

Hoitajilla on käynneillä riittävästi aikaa kysymykseen vastattiin siten, että 30 % oli täysin samaa mieltä, 34 % melko samaa mieltä, 7 % ei osannut sanoa, 16 % oli melko eri mieltä, ja 13 % täysin eri mieltä.



Kuvio 14. Hoitajilla on käynneillään riittävästi aikaa

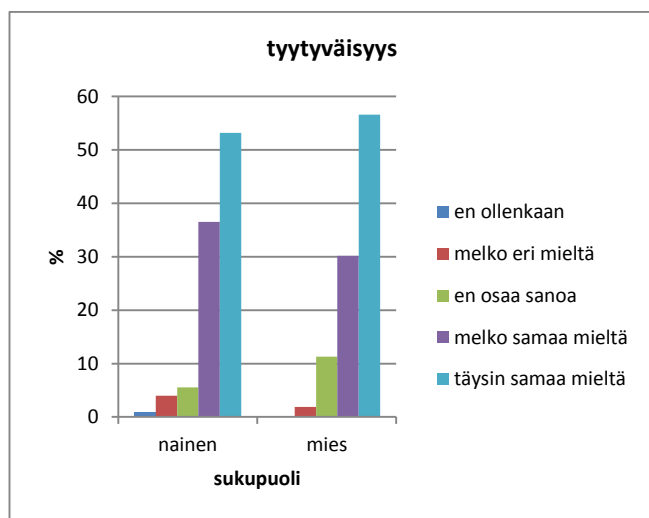
Olen tyytyväinen kotihoidossa saamaani hoitoon vastattiin siten, että 54 % oli täysin samaa mieltä, 35 % melko samaa mieltä, 7 % ei osannut sanoa, 3 % oli melko eri mieltä, ja 1 % täysin eri mieltä.



Kuvio 15. Tyytyväisyys kotihoidossa saatuun hoitoon

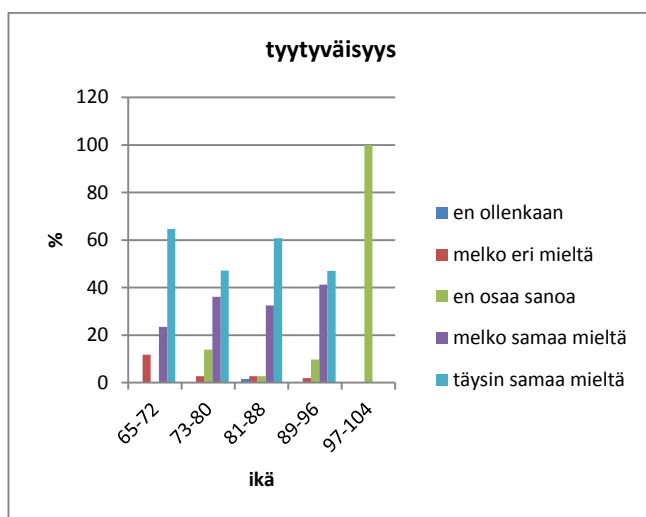
8.4 Tulosten vertailua

Vertailtaessa naisten ja miesten tyytyväisyyttä kotihoidon palveluihin ovat naisista 53 %, ja miehistä 57 % täysin samaa mieltä siitä, että ovat tyytyväisiä kotihoidon palveluihin.



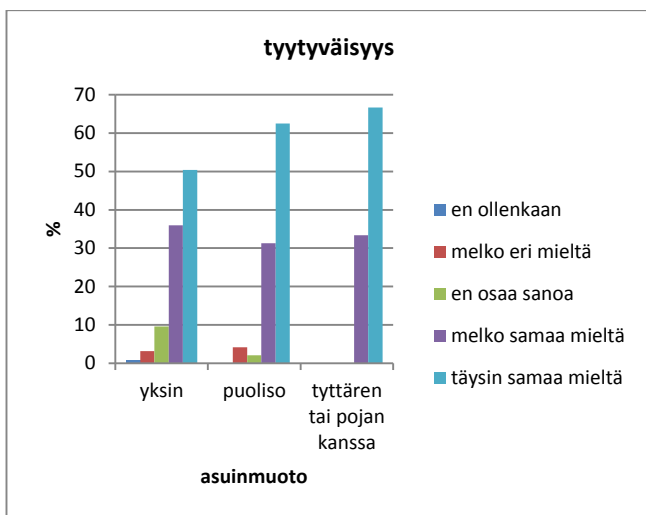
Kuvio 16. Naisten ja miesten tyytyväisyys kotihoitoon

Vertailtaessa ikää ja kotihoitoon tyytyväisyyttä keskenään 97–104 vuotiaat eivät osanneet sanoa asiasta mitään, 89–96 vuotiaista 47 % olivat täysin samaa mieltä, ja 41 % melko samaa mieltä, 10 % ei osannut sanoa ja 2 % oli melko eri mieltä. 81–88 vuotiaista 61 % olivat täysin samaa mieltä, ja 32 % melko samaa mieltä, 3 % ei osannut sanoa ja 3 % oli melko eri mieltä. 73–80 vuotiaista 47 % olivat täysin samaa mieltä, ja 36 % melko samaa mieltä, 14 % ei osannut sanoa ja 3 % oli melko eri mieltä. 65–72 vuotiaista 65 % olivat täysin samaa mieltä, ja 24 % melko samaa mieltä, 0 % ei osannut sanoa ja 12 % oli melko eri mieltä. Ikäryhmistä 65–72 vuotiaat, 73–80 vuotiaat, 89–96 vuotiaat ja 97-104 vuotiaat luokassa ”ei ollenkaan tyytyväinen kotihoidon palveluihin” oli 0 %, ja 81-88 vuotiaissa heitä oli 1 %.



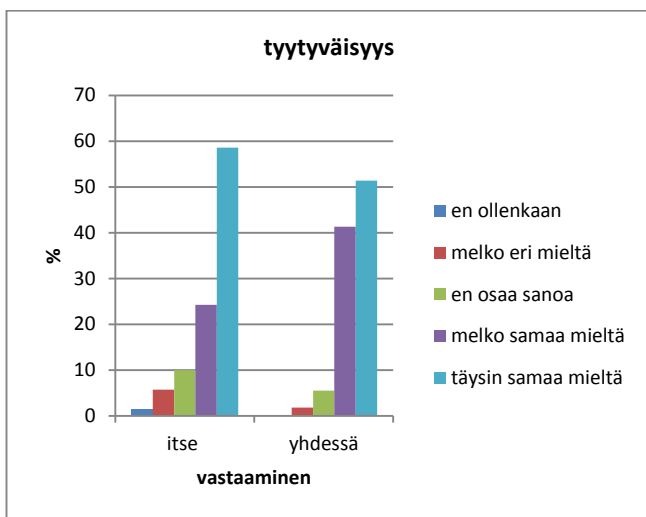
Kuvio 17. Eri-ikäisten vastaajien tyytyväisyys kotihoidon palveluihin.

Vertailtaessa vastaajien asuinmuotoa ja tyytyväisyyttä keskenään, olivat tulokset seuraavat tyytyväisyydessä kotihoidon palveluihin: yksin asuvat täysin samaa mieltä 50 %, melko samaa mieltä 36 %, ei osannut sanoa 10 %, melko eri mieltä 3 % ja ei ollenkaan tyytyväinen 1 %. Puolison tai kumppanin kanssa asuvat tyytyväisyydessä kotihoidon palveluihin täysin samaa mieltä 63 %, melko samaa mieltä 31 %, ei osannut sanoa 2 %, melko eri mieltä 4 % ja ei ollenkaan tyytyväinen 0 %. Tyttären tai pojan kanssa asuvat tyytyväisyydessä kotihoidon palveluihin täysin samaa mieltä 67 %, melko samaa mieltä 33 %, ei osannut sanoa 0 %, melko eri mieltä 0 % ja ei ollenkaan tyytyväinen 0 %.



Kuvio 18. Yksin, omaisen tai lastensa kanssa asuvien tyytyväisyys kotihoitoon.

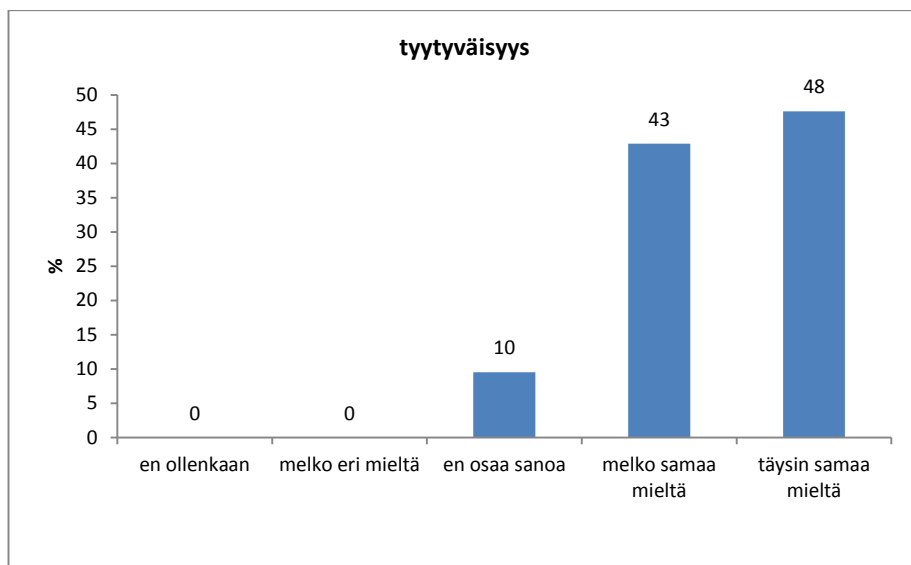
Vertailtaessa vastaajien kyselyyn vastaamista ja tyytyväisyyttä keskenään, olivat tulokset seuraavat tyytyväisyydessä kotihoiton palveluihin: yksin kyselyyn vastanneet täysin samaa mieltä 59 %, melko samaa mieltä 24 %, ei osannut sanoa 10 %, melko eri mieltä 6 % ja ei ollenkaan tyytyväinen 1 %. Omaisen tai läheisen kanssa kyselyyn vastanneet täysin samaa mieltä 51 %, melko samaa mieltä 41 %, ei osannut sanoa 6 %, melko eri mieltä 2 % ja ei ollenkaan tyytyväinen 0 %.



Kuvio 19. Vastaaminen yksin tai yhdessä verrattuna tyytyväisyyteen kotihoitossa.

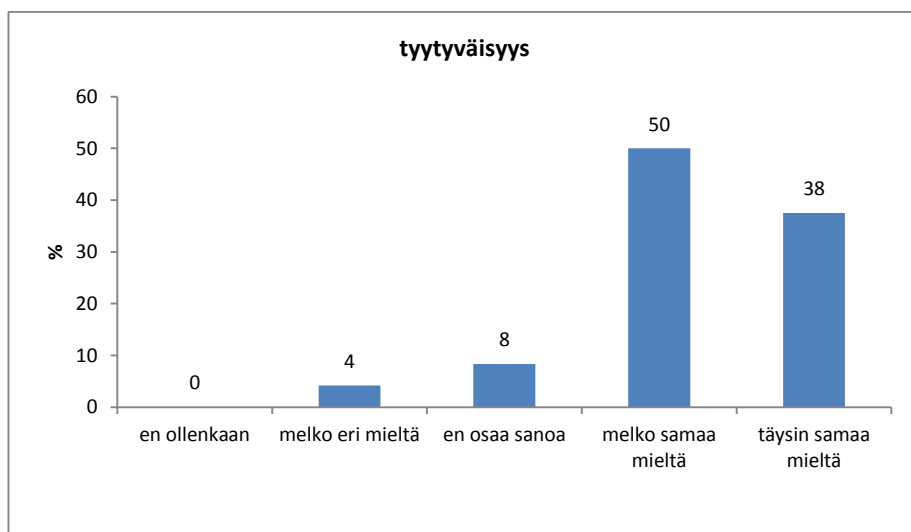
8.5 Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon alueittain

Alueelliset tyytyväisyserot ovat mitattuina prosentuaalisesti. Etelän alueella väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 48 % olevan täysin samaa mieltä, 43 % melko samaa mieltä, 10 % ei osannut sanoa, 0 % melko eri mieltä ja 0 % oli täysin eri mieltä.



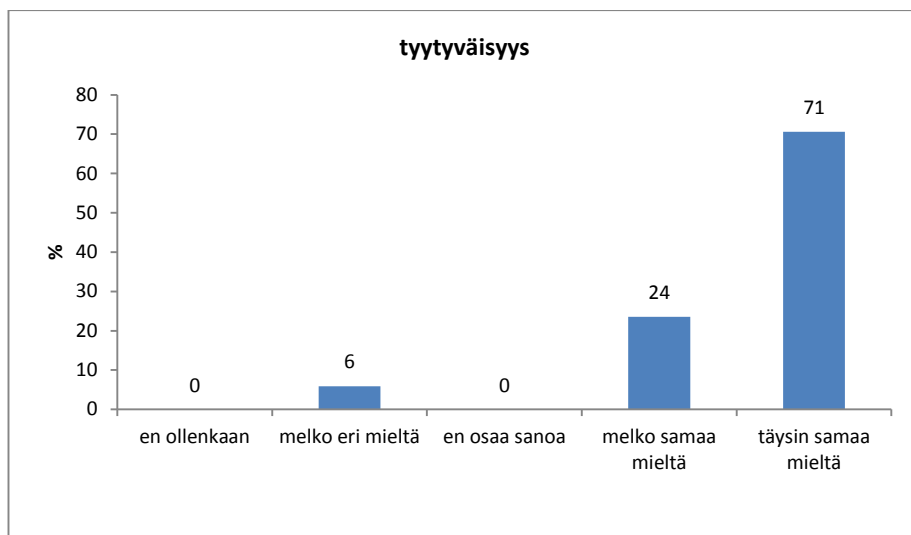
Kuvio 20. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon etelän alue

Hulvelassa väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 38 % olevan täysin samaa mieltä, 50 % melko samaa mieltä, 8 % ei osannut sanoa, 4 % melko eri mieltä ja 0 % oli täysin eri mieltä.



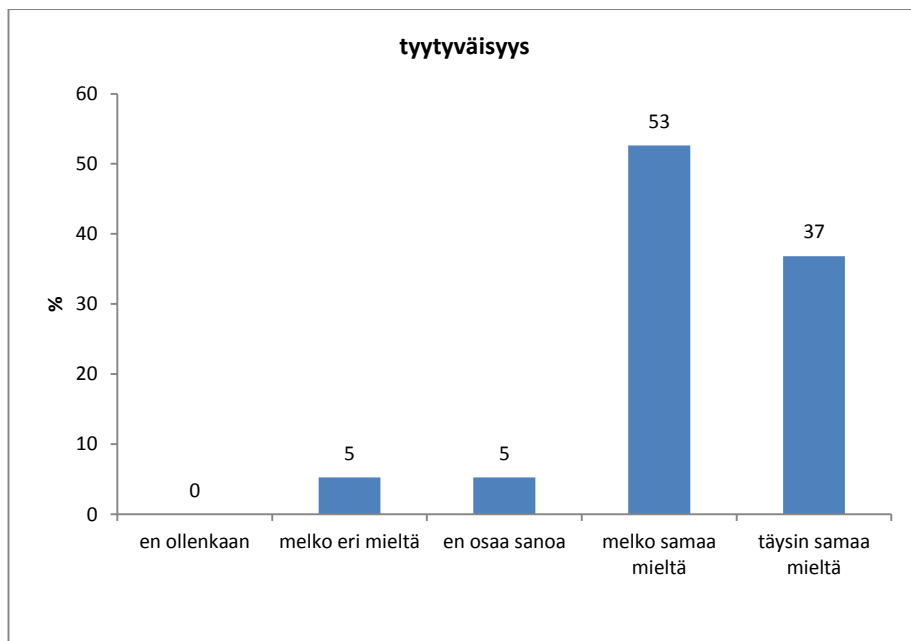
Kuvio 21. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon Hulvela

Idän alueella väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 71 % olevan täysin samaa mieltä, 24 % melko samaa mieltä, 0 % ei osannut sanoa, 6 % melko eri mieltä ja 0 % oli täysin eri mieltä.



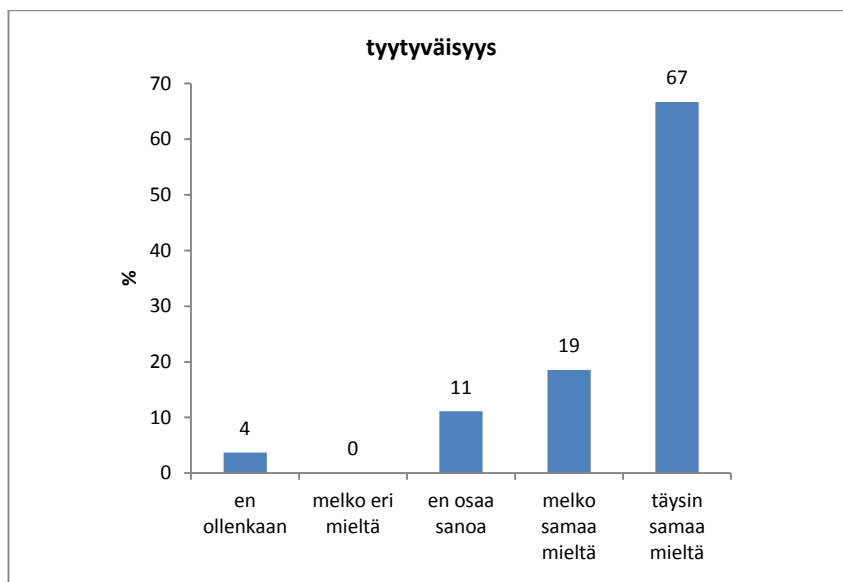
Kuvio 22. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon Idän alue

Keskustan alueella väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 37 % olevan täysin samaa mieltä, 53 % melko samaa mieltä, 5 % ei osannut sanoa, 5 % melko eri mieltä ja 0 % oli täysin eri mieltä.



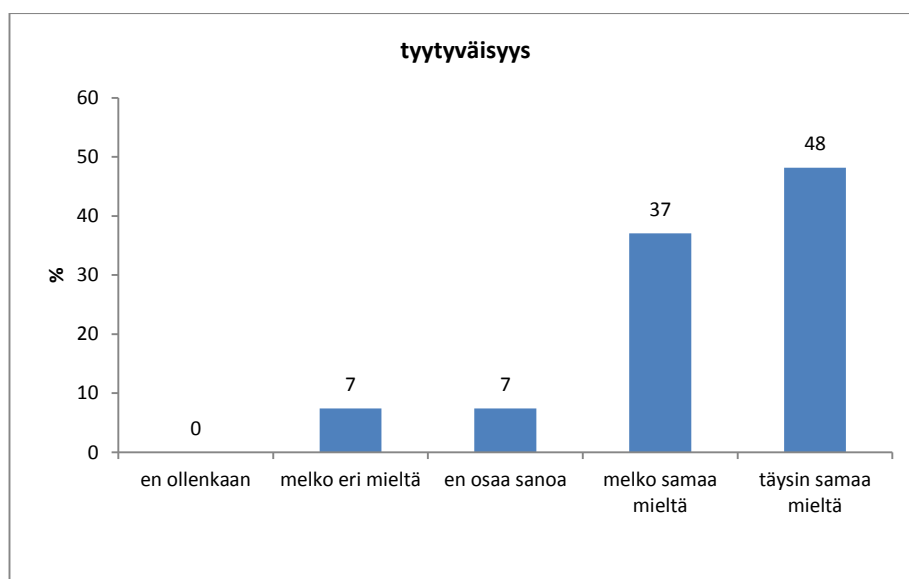
Kuvio 23. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon Keskustan alue

Lännen alueella väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 67 % olevan täysin samaa mieltä, 19 % melko samaa mieltä, 11 % ei osannut sanoa, 0 % melko eri mieltä ja 4 % oli täysin eri mieltä.



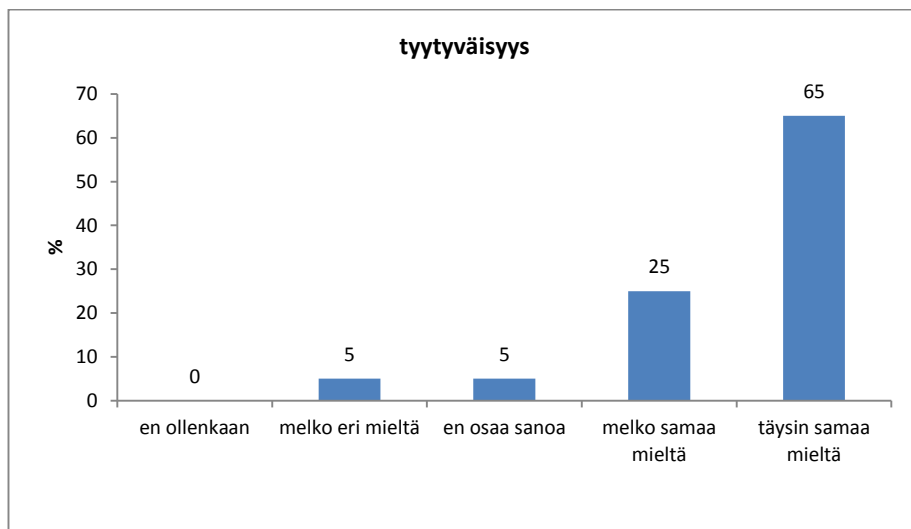
Kuvio 24. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon Lännen alue

Pohjoisen alueella väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 48 % olevan täysin samaa mieltä, 37 % melko samaa mieltä, 7 % ei osannut sanoa, 7 % melko eri mieltä ja 0 % oli täysin eri mieltä.



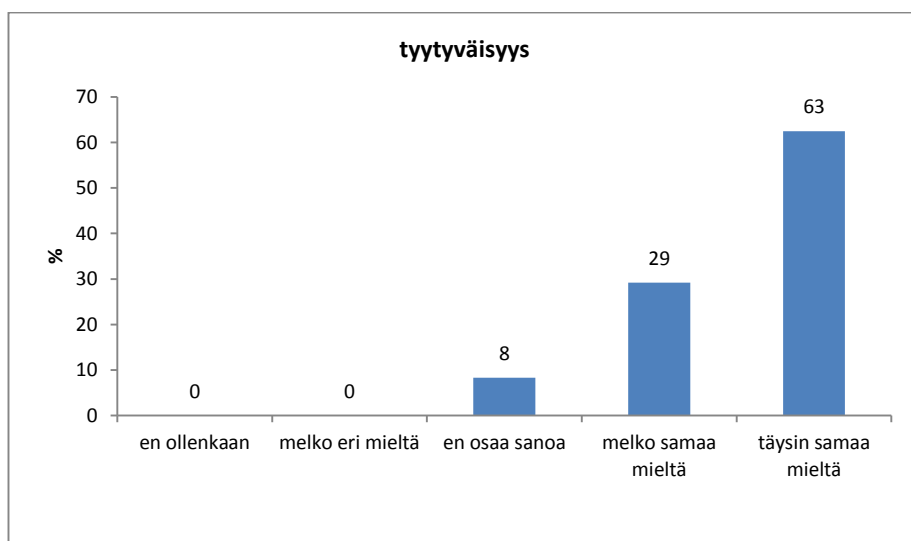
Kuvio 24. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon Pohjoisen alue

Ruskon alueella väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 65 % olevan täysin samaa mieltä, 25 % melko samaa mieltä, 5 % ei osannut sanoa, 5 % melko eri mieltä ja 0 % oli täysin eri mieltä.



Kuvio 25. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon Ruskon alue

Sentterin alueella väitteeseen ”olen tyytyväinen kotihoitossa saamaani hoitoon” vastasi 63 % olevan täysin samaa mieltä, 29 % melko samaa mieltä, 8 % ei osannut sanoa, 0 % melko eri mieltä ja 0 % oli täysin eri mieltä.



Kuvio 26. Asiakkaiden tyytyväisyys kotihoitoon Sentterin alue

9 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELYN TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

9.1 Tutkimuksen eettisyys

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja: rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, ja käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden työt otetaan huomioon ja määritellään heidän asemansa, oikeutensa, vastuunsa ja velvollisuutensa. Kohderyhmä otetaan huomioon ettei heitä loukata tutkimuksen missään vaiheessa kysymyksenasettelulla, tavoitteissa, aineiston keräämisessä ja säilyttämisessä sekä tulosten esittämisessä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy myös se, että tutkija on hankkinut tutkimusluvan. Tulosten julkaisemisessa noudatetaan avoimuutta ja kerrotaan rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2016.) Opinnäytetyössä viitattiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen käytettyyn kirjallisuuteen, ja opinnäytetyön tekijä hankki tarvittavat tutkimusluvut. Tutkimuseettiset kysymykset tulee tutkijan ottaa huomioon koko tutkimusprosessin ajan tutkimusongelman määrittämisestä aina tutkimustulosten raportointiin saakka (Grove, Burns & Gray 2013, 191.) Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittaville on annettava mahdollisuus kysymysten esittämiseen. Tutkijan saatekirjeen on oltava asiallinen ja neutraali. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 211, 219.) Opinnäytetyön tekijä lähetti asiakkaille kyselyn mukana saatekirjeen, missä kertoi vapaaehtoisuudesta vastata kyselyyn taaten anonymiteetin vastaajalle. Anonymiteetti tarkoittaa nimen salassa säilymistä. Kyselylomakkeeseen ei tullut kenenkään nimeä eikä osoitetta. Analysoinnin avuksi kyselylomakkeet olivat numeroitu eri alueiden perusteella, ja alueiden numeroinnin tiesi vain opinnäytetyön tekijä. Osallistuneiden anonymiteetin säilymisestä huolehdittiin, sillä hoitohenkilöstö palautti vastatut kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa sisäisessä postissa palautuslaatikkoon. Opinnäytetyöntekijä ei ollut ollenkaan kotihoidon työntekijänä kyselyyn vastaamisaikana, joten vastauksiin ei ole millään tavoin voitu vaikuttaa. Kyselylomakkeet olivat tutkimuksen kaikissa vaiheissa vain opinnäytetyön tekijän käytössä, kerätty aineisto käsiteltiin ja säilytettiin luottamuksellisesti. Organisaation taholta tuli tieto uusista asiakasluvuista perusjoukon kokonaisuudessa, mutta opinnäytetyöntekijä ei käyttänyt näitä lukuja

kyselyn tuloksissa, vaan niitä mitkä olivat tiedossa silloin, kun kysely jaettiin asiakaille. Opinnäytetyö on kirjoitettu asiatyyliin ketään loukkaamatta. Luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonyymiteettisuojusta tulee pitää huolta myös tietoja julkistettaessa. (Vehviläinen-Julkunen 2013, 221, 227; Heikkilä 2014, 31; Grove ym. 2013, 191.)

Tässä opinnäytetyössä käytetyt tiedonkeruu- ja analyysimenetelmät esitettiin hyvän tutkimuskäytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimustulokset on raportoitu avoimesti ja rehellisesti sellaisina kuin ne ilmenivät. Opinnäytetyön tulokset toimitetaan ja esitetään Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen kotihoidolle ja Raision kaupungin johdettavalle hoitajalle Sari Tanniselle.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelemalla. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä haluttiin mitata. Reliabiliteetti merkitsee tulosten pysyvyyttä. (Vilka 2005, 161; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189, 191; Kananen 2011, 118.) Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta, ja ulkoinen validiteetti liittyy saatujen tulosten yleistettävyyteen. Tutkimuksessa käytetyn mittarin tulee tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Sen tulee mitata sitä ilmiötä, jota on tarkoitus mitata ja riittävän kattavasti. Käsite- eli rakennevaliditeetti liittyy myös aiheen teoriaan ja siitä johdettuihin mittareihin. Rakenne- ja sisältövaliditeettikäsitteet ovat hyvin lähellä toisiaan. Teoreettiset käsitteet tulee operationalisoida luotettavasti muuttujiksi. Teoreettisen käsitteen operationalisoinnin onnistuessa on mittarin käsitevaliditeetti hyvä. Teoreettisen rakenteen arviointi on erityisesti tärkeää, jos tutkimusta varten tehdään uusi mittari. Tällöin esitestaaminen on tärkeää tai, jos mittari on kansainvälinen eikä aiemmin testattu suomalaisilla. Vastaajien pitää käsittää kyselylomakkeen kysymykset samalla, jotta tutkimusta voidaan pitää validina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–232; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190–

191,194-195; Kananen 2011, 121–122.) Kyselyn luotettavuutta madaltaa se, että kyselyyn vastaaminen oli annettava toteuttaa myös jonkun toisen kanssa, sillä joidenkin kyselyyn osallistujien toimintakyky ei olisi riittänyt kyselyyn vastaamiseen. Tällöin vastausprosentti olisi jäänyt kovin pieneksi. Vastaaminen jonkun toisen kanssa on saattanut muuttaa vastauksia joko positiivisesti tai negatiivisesti. Kriteerivaliditeetissa tarkastellaan esimerkiksi muiden vastaavien tutkimusten tuloksia. Niiden ollessa yhteneväisiä ja tulosten viitatessa samaan on tutkimuksen kriteerivaliditeetti hyvä. (Kananen 2011, 123.) Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat reliabelius ja validius. Kokonaisluotettavuus tehdystä tutkimuksesta on hyvä, kun otoksessa on edustettuna perusjoukko ja satunnaisvirheiden määrä mittauksessa on mahdollisimman vähäinen. Satunnaisvirhe on sellainen virhe, jota ei missään tutkimuksessa voida välttää, sillä siihen tutkija ei voi vaikuttaa. Satunnaisvirhe tarkoittaa yksittäisten mitaustulosten epätarkkuutta. Reliaabiliteetin avulla tarkastellaan tutkimuksen toteutuksen tarkkuutta ja mittaukseen liittyviä asioita. Arvioitaessa reliabiliteettia kiinnitetään huomiota seuraaviin asioihin: otoksen edustavuus, vastausprosentti, havaintoyksikköjen huolellinen syöttäminen ja mittarin mittausvirheet. (Vilka 2007, 149–152; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 131–132, 140–141.) Edustavuudella tarkoitetaan sitä tapaa, jolla kerätty aineisto jakaumiltaan vastaa perusjoukkoa. Tilastollinen yleistäminen voidaan tehdä silloin, kun otanta on tehty asianmukaisesti, otos on riittävän suuri ja perusjoukkoa edustava eikä siinä ole systemaattista virhettä. (Ronkainen ym. 2011, 149–150.)

Opinnäytetyössä on tutkittaviksi valittu koko perusjoukko, eli kaikki säännöllisen kotihoitoon asiakkaat, joka kooltaan vastasi hyvin kvantitatiiviseen tutkimukseen soveltuvaa tutkittavien määrää. Vastausprosentiksi tuli 59,3 %, jolloin edustavuus ja yleistettävyyden suhteessa perusjoukkoon ovat perusteltua. Kyselyä varten laadittua mittaria opinnäytetyöntekijä teki harkitusti käyttäen teoriaa, ja operationalisti käsitteitä saadakseen mittarin mittaamaan tutkittavia asioita. Mittari testattiin etukäteen valikoidulla joukolla, ja aineiston laatu oli tutkimusongelmien ja tavoitellun tiedon kannalta sopiva ja perustellusti valikoitu. Aineiston analysoinnissa opinnäytetyöntekijä oli huolellinen ja tiedot syötettiin havaintomatriisiin tarkasti. Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt olemaan koko prosessin aikana huolellinen, systemaattinen ja asiaan syventynyt. Opinnäytetyön tulokset ovat koeteltuja ja perusteltuja, niiden yleistettävyyden on perusteltua ja kunnossa, ja opinnäytetyössä on pyritty loogisuuteen ja johdonmukaisuuteen.

9.3 Asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä tehdyn asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten avulla saatiin tietoa siitä miten kotihoidon asiakkaat ovat kokeneet hoidon ja palvelut. Vastausprosentiksi tuli varsin hyvä, eli 59,3 %. Asiaan vaikutti se, että vastaamiseen annettiin myös mahdollisuus vastata jonkun toisen kanssa, ja se, että hoitajat olivat muistuttaneet asiakkaita vastaamisesta. Kyselyyn oli itse vastannut ainoastaan 39 %, joten vastausprosentti olisi jäänyt hyvin pieneksi.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, onko Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoitotyö asiakasta ja omaisia kunnioittavaa. Kotihoidon hoitajat koettiin ystävällisiksi, sillä 58 % oli täysin samaa mieltä, 35 % melko samaa mieltä. Tiedonsaannissa asiakkaat eivät olleet täysin vakuuttuneita saamaansa tietoon tai sen määrään, sillä 39 % oli täysin samaa mieltä, 39 % melko samaa mieltä, mutta 15 % ei osannut sanoa asiasta mitään, 6 % oli eri mieltä ja 2 % täysin eri mieltä. Kun verrataan tulosta yhdessä kysymykseen saamisesta osallistua hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, ovat kysymyksessä tulokset 18 % täysin samaa mieltä, 36 % melko samaa mieltä, 22 % ei osannut sanoa, 16 % oli eri mieltä ja 7 % täysin eri mieltä. Voidaan arvioida, että asiakkaat eivät ole tiedneet osallistuneensa hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, eivät ole tiedneet että neuvottelussa on siitä kysymys, tai eivät osanneet arvioida mitä kysymys tarkoitti, koska kaikille säännöllisen kotihoidon asiakkaille on tehty hoito- ja palvelusuunnitelma. Vertailtaessa tuloksia Majuri & Toivon (2013) opinnäytetyöhön, on havaittavissa yhteneväisyyksiä oman hoidon suunnitteluun osallistumisessa. Saman huomion opinnäytetyön tuloksissaan olivat tehneet Kuvaja ja Nyysönen (2014). Asiakkaiden mielestä hoitajat olivat kunnioittaneet kotia varsin hyvin ja huomioineet omaisia ja läheisiä varsin hyvin. Asiakkaan mielipiteen huomioimisessa hoitajat olivat onnistuneet keskimääräisesti.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää, ovatko Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaat tyytyväisiä saamiinsa kotihoidon palveluihin. Asiakkaiden mielestä hoitajat olivat luotettavia, sillä 69 % oli täysin samaa mieltä, ja 25 % melko samaa mieltä. Lääkehoito, hoitajien ammattitaito ja hoidon turvallisuus

oli luokiteltu varsin hyväksi. Lääkäripalveluita eivät kaikki olleet varmaankaan saaneet, sillä 20 % ei osannut sanoa mitään lääkäripalveluiden riittävydestä, ja 9 % oli melko eri mieltä lääkäripalveluiden riittävydestä. Kotihoidon palveluista huonoiten toteutui käyntien riittävä aika, sillä siihen asiakkaat eivät olleet täysin tyytyväisiä, sillä 16 % oli melko eri mieltä, ja 13 % täysin eri mieltä. Majuri & Toivo (2013) ja Kuvaja & Nyssönen (2014) olivat tehneet opinnäytetöissään samoja huomioita ajan riittämättömyydessä opinnäytetöidensä tulosten perusteella.

Kolmas tutkimuskysymys kartoitti ovatko Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaat tyytyväisiä saamaansa hoitoon kotihoidossa. Asiakkaat ovat tyytyväisiä hoitoonsa, sillä ainoastaan 3 % oli melko eri mieltä, ja 1 % täysin eri mieltä. Alueellisia tai sukupuolen mukaan olevia eroja ei juurikaan ollut.

9.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen kotihoitoa. Jatkotutkimusaiheena olisi kehittää asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa, jotta asiakas saataisiin siihen enemmän osalliseksi ja tietoiseksi. Tulosten mukaan voidaan arvioida puutteita olevan asioiden tietämisessä tai niitä ei ole tiedostettu riittävästi. Asiasta ilmoitettaisiin myös omaisille, jotta nämä voisivat halutessaan osallistua mukaan. Kyselyn mukaan asiakkaat toivoivat myös enemmän aikaa hoitajien käynneille. Tätä asiaa olisi hyvä kehittää, vaikkakin asiassa tulevat usein resurssit vastaan, ajankäyttö on rajallista.

9.5 Opinnäytetyöntekijän oppiminen

Opinnäytetyöntekijä koki opinnäytetyön tekemisen haastavana, koska opinnäytetyöntekijällä ei ollut aiempaa kokemusta kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisestä. Aiheen valinnasta lähtien opinnäytetyöntekijä koki aiheen mielenkiintoiseksi ja tarpeelliseksi, koska oli aikaisemmin työskennellyt kotihoidossa. Opinnäytetyöntekijän tarkoituksena oli kehittää tiedonhaun taitojaan ja kykyä analysoida tilastollista tietoa ja tehdä siitä johtopäätöksiä. Tavoitteena oli oppia tutkimuksen tekemisen eri vaiheet ja saada

aikaan opinnäytetyö, mistä olisi hyötyä yhteistyökumppani organisaatiolle, jotta kotihoitotyöhön saataisiin kehittämistyöideoita ja parannuksia tehdyn asiakastytyväisyyskyselyn perusteella.

Opinnäytetyöntekijä kehittyi koko prosessin aikana, sillä opinnäytetyön tekemisen myötä tieteellinen kirjoittaminen ja tutkimuksen tekemisen eri vaiheet tulivat tietoisemmiksi ja ymmärrettävämmäksi.. Tiedon etsiminen eri internetin sivustoilta tuli tutuksi ja lähdekriittisyys kehittyi hakujen myötä. Tixel-ohjelmiston käytön opettelu alkoi havaintomatriisin tekemisestä ja päättyi tulosten analysointiin. Johtopäätösten teko oli haastavaa ja mielenkiintoista. Opinnäytetyön tekeminen vaati kovasti työtä ja asiaan perehtymistä, ennen kuin se oli valmis. Opinnäytetyöntekijä otti kiitollisena vastaan ohjauksen aihe- ja suunnitteluseminaareissa työn ohjaajalta, opponoijalta ja muulta yleisöltä, ja arvioi ehdotuksia tehdessään omaa opinnäytetyötään. Opinnäytetyöntekijä syventyi aiheeseen, pohti tuloksia, reflektoi omaa työskentelyään prosessin aikana ja oli itselleen kriittinen. Lopputulemana opinnäytetyöntekijä on tyytyväinen voidessaan todeta työn valmistuneen, sen olevan hyödyllinen ja opinnäytetyöntekijä on onnistunut tavoitteissaan.

LÄHTEET

- Asikainen, S. & Paunonen A-M. 2012. Kotihoidon palvelujen laadun arviointimene-
telmän kehittäminen. Kysely kotihoidon asiakkaiden asiakastyytyväisyydestä ja elä-
mänlaadusta. YAMK-opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Beauchamp, T & Childress, J. 2009. 7th edition. Principles of biomedical ethics. Ox-
ford, UK: Oxford University Press.
- Burns, N. & Grove, S. K. 2005. The practice of nursing research: conduct, critique
and utilization. Fifth Edition. Missouri: Elsevier Saunders.
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through so-
cial and health care collaboration. Turku: Turun yliopisto.
- Grove SK, Burns N & Gray JR. 2013. The Practice of Nursing Research; Appraisal,
Synthesis, and Generation of Evidence. 7th edition. Philadelphia: W.B. Saunders
Comp.
- Hellström, Y., Persson, G. & Hallberg, I.R. 2004. Journal of Advanced Nursing 48
(6), 584–593
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gumme-
rus Kirjapaino Oy.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita
- Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön
opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kadowaki, L., Wister, A.V. & Chappell, N.L. 2015. Influence of Home Care on Life
Satisfaction, Loneliness, and Perceived Life Stress. Canadian Journal on Aging / La
Revue canadienne du vieillissement 34 (1): 75– 89(2015)
- Keipilä, L-M. 2008. Asiakasnäkökulma kotihoidon palvelujen laatuun. Pro gradu-työ.
Tampereen yliopisto, Porin yksikkö.
- Karlsson, S, Edberg, A-K., Jakobsson, U. & Hallberg I R. 2013. Care satisfaction
among older people receiving public care and service at home or in special accomo-
dation.

Koskenniemi, J, Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2012. Respect in the care of older patients in acute hospitals. *Nursing Ethics*. 20 (1), 5-17

Kotihoidon sääntökirja. 2011. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitran julkaisu. Viitattu 11.4.2016. <http://www.sitra.fi/julkaisu/2011/kotihoidon-saantokirja>

Kuntien www-sivut. 2015. Viitattu 21.11.2015. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntija-palvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/ikaantymispoliittiset-strategiat/Sivut/default.aspx>

Kuvaja, A-M. & Nyysönen, T. 2012. Asiakkaiden kokemuksia kotihoidon palveluista Varkaudessa. Opinnäytetyö. Pieksamäki: DIAK, Pieksamäen Diakonia-ammattikorkeakoulu.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992.17.8.1992/785

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 2000. 22.9.2000/812

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. 28.6.1994/559

Leino-Kilpi, H. 2010. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa: Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. 5.-6. painos. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOYpro Oy. 23–25, 28–29.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. 5.-6. painos. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Majuri, J. & Toivo, J. 2013. Oma koti kullaa kallis: Asiakastyytyväisyyskysely kotihoidon asiakkaille Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueella. AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Vaajakoski: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Pakkanen, R., Korkeamäki, A. & Kiiras, H. 2009. *Palvelun taitajaksi*. Helsinki: WSOY

Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R. Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Palese, A., Tomietto, M., Jarosova, D. & Merkouris, A. 2012. Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: a comparative study. *Nursing Ethics* 19 (3): 369–379.

Raision kaupungin www-sivut. 2014. Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen oma-valvontasuunnitelma. 2015. Viitattu 18.8.2015. <http://www.raisio.fi/palvelut-a-o/perhe-ja-sosiaalipalvelut/ikaihmisten-palvelut/>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY pro.

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2015. Viitattu 19.8.2015. <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2015. Viitattu 11.1.2016. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Suhonen, R., Stolt, M., Launis, V. & Leino-Kilpi, H. 2010. Research ethics in nursing care for older people: A literature review. *Nursing Ethics* 17(3), 337-352.

Thompson, IE, Melia, KM, Boyd, KM & Horsburgh, D. 2006. *Nursing Ethics*. 5th edition. Elsevier, UK: Churchill Livingstone.

Turjamaa, R. *Older people's individual resources and reality in home care*. 2014. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. 2012. Viitattu 28.4.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Valli, R. 2015. *Johdatus tilastolliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) www-sivut. Viitattu 22.11.2015. http://etene.fi/hoito_ja_huolenpito

Vilka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2007. *Tutki ja mittaa*. Helsinki: Tammi.

KOTIHOIDON ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY

Pyydän Teitä rastittamaan oikean vaihtoehdon.

1. Taustatiedot**1. Sukupuoli**

1 Nainen 2 Mies

2. Ikä

1 65-72

2 73-80

3 81-88

4 89-96

5 97-104

3. Pohjakoulutus

1 kansakoulu

2 keskikoulu

3 ylioppilas

4 ammatillinen tutkinto

5 korkeakoulututkinto/yliopisto

4. Asutteko

1 yksin

2 puolison tai kumppanin kanssa

3 tyttärenne tai poikanne kanssa

5. Kyselyyn vastasitte

1 itse

2 omaisen tai läheisen kanssa yhdessä

2. Asiakkaan kunnioittaminen hoitotyössä

6. Hoitajien käytös on ystävällistä

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

7. Olen saanut kotihoidossa riittävästi tietoa hoitooni liittyen

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

8. Hoitajat ovat työskennellessään riittävästi kunnioittaneet kotiani

- 1 eivät lainkaan
- 2 vähän
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko hyvin
- 5 erittäin hyvin

9. Hoitajat ottavat hoidossani huomioon mielipiteeni

- 1 eivät lainkaan
- 2 vähän
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko hyvin
- 5 erittäin hyvin

10. Hoitajien käytös ottaa huomioon omaiseni /läheiseni työssään kotihoidossa

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä



11. Kotihoidon henkilökunta kohtelee minua hyvin

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

2. Kotihoidon palvelut

12. Olen saanut osallistua oman hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon

- 1 en lainkaan
- 2 vähän
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

13. Hoitajat ovat luotettavia

- 1 eivät lainkaan
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

14. Lääkehoito on toteutettu hyvin

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

15. Arvioin, että hoitajat työskentelevät hoitotyössään ammattitaitoisesti

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

16. Hoitotyötä on suoritettu turvallisesti

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

17. Kotihoidon lääkäripalvelut ovat toteutettu hyvin

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

18. Hoitajilla on käynneillään riittävästi aikaa

- 1 täysin eri mieltä
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

19. Olen tyytyväinen kotihoidossa saamaani hoitoon

- 1 en ollenkaan
- 2 melko eri mieltä
- 3 en osaa sanoa
- 4 melko samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

KIITOS VASTAUKSISTANNE

**Raision**
KAUPUNKIRaision sosiaali- ja terveystakeskus
Hoito- ja hoivapalvelut**ARVOISA KOTIHOIDON ASIAKAS**

Asiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa hoitotyön palveluihin pidetään tärkeänä asiana hoito- ja hoivapalveluissa.

Haluaisimme saada Teidän mielipiteenne saamastanne kotihoidon hoitotyön palveluista ja toivoisimme, että vastaisitte tähän asiakastyytyväisyyskyselyyn. Mielipiteenne auttaa meitä kehittämään kotihoitoa asiakasnäkökulmaa hyödyntäen.

Asiakastyytyväisyyskysely toteutetaan Satakunnan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Anu Jokisen opinnäytetyönä, jonka ohjaajana toimii lehtori Sirke Ajanko. Kyselyyn on Raision hoito- ja hoivapalvelujen johtavan hoitajan Sari Tannisen lupa.

Asiakastyytyväisyyskysely tehdään nimettömänä ja kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa.

Te voitte vastata kyselyyn itse tai yhdessä omaisen tai muun läheisen kanssa.

Vastauksenne kyselyyn voitte palauttaa kirjekuoressa, jossa saitte kyselylomakkeen. Sulkekaa kuori ja antakaa hoitajalle, joka palauttaa sen toimiston vastauslaatikkoon opinnäytetyön tekijälle.

Toivomme, että vastaatte kyselyyn ja annatte vastauskuoren hoitajalle **10.1.2016** mennessä.

SUURET KIITOKSET VASTAUKSESTANNE

Sari Tanninen
Johtava hoitaja
Hoito- ja hoivapalvelut
Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alue

Anu Jokinen
Sairaanhoitajaopiskelija



HYVÄT KOTIHOIDON HOITAJAT

Sairaanhoitajaopiskelija Anu Jokinen Satakunnan ammattikorkeakoulusta tekee opinnäytetyönään Raision Kaupungin kanssa yhteistyössä asiakastyytyväisyyskyselyn Raision ja Ruskon yhteistoiminta-alueen säännöllisen kotihoidon asiakkaille.

Jokaisen alueen hoitajat vievät asiakastyytyväisyyskyselyn heidän kotiinsa.

Asiakas itse tai asiakas yhdessä omaisen tai läheisen kanssa vastaavat kyselyyn. Asiakkailla on aikaa vastata kyselyyn **10.1.2016** asti.

Kysely on vastauskuoressa, jonka asiakkaat sulkevat vastattuaan kyselyyn.

Kotihoidon asiakas palauttaa vastauskuoren antamalla sen hoitajille, joten pyydän teitä toimittamaan vastauksen Raision tai Ruskon kotihoidon toimistolla olevaan palautuslaatikkoon.

Toivon, että voitte auttaa asiakastyytyväisyyskyselyn onnistumisessa viemällä kyselyn heille, muistuttamalla heitä vastaamaan kyselyyn ja palauttamalla vastauskuoren toimistolle.

Kiitos yhteistyöstä!


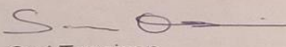
Terveisin,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Sari Tanninen".

Sari Tanninen
Johtava hoitaja

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Anu Jokinen".

Anu Jokinen
Sairaanhoitajaopiskelija

 Raision KAUPUNKI	Päätöspöytäkirja	1 (2) Tehtävä 00.02.04 Asianro 28/2015
Hoito- ja hoivapalvelut	3.12.2015	
	Muut asiat	
Tutkimuslupa/Anu Jokinen		
Asianosaiset	Anu Jokinen	
Selostus asiasta	Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat (hoitotyön koulutusohjelma) anoo tutkimuslupaa opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön aiheena on säännöllisen kotihoidon asiakkaiden asiakastyytyväisyys Raision ja Ruskon yhteisellä toiminta-alueella.	
Päätös	Tutkimuslupa myönnetään. Tutkimuksen yhteyshenkilöinä toimivat osaston hoitaja Tuire Nikkari ja johtava hoitaja Sari Tanninen.	
Perustelut		
Allekirjoitus	 Sari Tanninen johtava hoitaja	
Liitteet		
Tiedoksi		
Postiosoite	PL 100, 21201 Raisio	Puhelin +358 2 434 3111
Käyntiosoite	Nallinkatu 3, 21200 Raisio	Faksi +358 2 435 4376
Sähköpostiosoite	sosiaali.terveys@raisio.fi	Internet www.raisio.fi