

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Annika Astikainen
Kaisu Korhonen

**HOITOTYÖN LAATU KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN KOKEMANA
JOENSUUN KAUPUNGIN, KONTIOLAHDEN KUNNAN JA OUTO-
KUMMUN KAUPUNGIN SOSIAALI -JA TERVEYSPALVELUJEN
YHTEISTOIMINTA-ALUEELLA**
Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö
Tammikuu 2017



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
Puh 050 4054816

Tekijät

Annika Astikainen, Kaisu Korhonen

Nimeke: Hoitotyön laatu kotihoidon asiakkaiden kokema Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alueella,— Kvantitatiivinen tutkimus

Toimeksiantaja: Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alue

Tiivistelmä

Hoitotyönlaatu on mittari hoitotyön palveluiden onnistumiselle. Aiheena hoitotyön laatu on sellainen, että se ei koskaan vanhene, vaan aina tarvitaan uusia tutkimuksia ja uutta näkökulmaa. Mittaamalla säännöllisesti hoitotyönlaatua voidaan kehittää eteenpäin terveydenhuollon palveluita.

Kvantitatiivisena tutkimuksena toteutetussa opinnäytetyössä selvitettiin, miten kotihoidon asiakkaat kokevat hoitotyön laadun kotihoidossa, onko kotihoidon hoito laatusuosituksen mukaista ja mitä kehitettävää hoitotyön laadussa on. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alue. Aineisto kerättiin kahdelta kotihoidon alueelta syksyllä 2016. Toinen kotihoidon alue sijaitti maaseudulla ja toinen kaupungissa. Vastauksia saatiin yhteensä 18 kappaletta. Molemmilta kotihoidon alueilta vastauksia tuli saman verran eli 9 kappaletta. Aineisto analysoitiin ristiintaulukoinnilla Windows Exelin 2013-talulukkolaskentaohjelman avulla.

Opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi, että suurin osa kotihoidon asiakkaista koki hoitotyön laadun kotihoidossa hyvänä ja kotihoidon hoito oli laatusuosituksen mukaista. Merkittävimmät kehittämisen kohteet kotihoidon hoitotyön laadussa olivat päivittäisen liikunnan ja kuntoutumisen ylläpitämisessä, asiakkaiden ulkoilemisessa sekä kotihoidon ajan riittävydessä asiakkaille. Ristiintalukoinneissa vertailimme keskenään alle 80-vuotiaita ja yli 80-vuotiaita, sekä kaupungissa ja maaseudulla asuvia asiakkaita. Eroja muuttajien kesken oli havaittavissa. Tutkimuksen avulla toimeksiantaja voi kehittää hoitotyön palveluitaan entistä asiakasystävällisemmiksi. Tutkimusta voisi syventää vielä kvalitatiivisella haastattelututkimuksella, joka antaisi lisää näkökulmaa tutkimuksen tuloksiin.

Kieli
suomi

Sivuja
Liitteet 6
Liitesivumäärä 13

Asiasanat

hoitotyön laatu, kotihoito, kotihoidon asiakkaat, kvantitatiivinen tutkimus



THESIS
January 2017
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Authors
Annika Astikainen, Kaisu Korhonen

Title:
Experiences of Homecare Clients on Quality of Nursing Care in Co-Operation District of Social Services and Health Care Services in Joensuu City, Kontiolahti Municipality and Outokumpu City — Quantitative Research

Commissioned by:
Co-Operation District of Social Services and Health Care in the City of Joensuu, Municipality of Kontiolahti and City of Outokumpu

Abstract

The quality of nursing care measures the success of nursing services. The subject of nursing quality never ages and there is always a need for new studies and perspectives. By measuring the quality of nursing regularly health care services can be developed.

This study explored how homecare clients experience the quality of nursing, is nursing quality in line with the quality recommendations and what improvements are needed in the quality of nursing. The thesis was commissioned by the co-operation district of social services and health care in the cities of Joensuu and Outokumpu and the municipality of Kontiolahti. The data was collected from an urban and rural homecare area in the autumn of 2016. A total of 18 responses were received. Both areas gave an equal number, that is, nine replies. The data was analysed by using cross tabulation with the Windows 2013 Excel spreadsheet program.

According to the results, most clients experienced the quality of nursing as good and nursing was in line with the recommendations. The most important development areas in the quality of nursing were the maintenance of daily physical activity and rehabilitation, the possibility for outdoor recreation and the sufficiency of time allotted for homecare clients. In cross tabulations under and over 80-year-old clients both in urban and rural areas were compared. Differences between variables were observed. The client may use this thesis to develop more client-friendly nursing services. The research could be expanded by implementing a qualitative survey, which would provide additional perspective on the results.

Language
Finnish

Pages 48
Appendices 6
Pages of Appendices 13

Keywords
quality of nursing care, home care, home care clients, quantitative research

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Kotihoito ja sen tehtävät.....	6
2.1	Kotihoidon määritelmä.....	6
2.2	Kotihoidon asiakkaiden palveluntarve.....	7
2.3	Kotihoidon myöntämisen kriteerit Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alueella.....	8
2.4	Kotihoidon toimintaa ohjaavat lait ja asetukset.....	9
2.5	Palveluntarpeen arvioiminen.....	10
3	Hoitotyön laatu kotihoidossa.....	12
3.1	Hoitotyön laadun määritelmä.....	12
3.2	Laadun merkitys kotihoidossa.....	13
3.3	Laadun arvioiminen kotihoidossa.....	15
4	Laatusuositukset hyvän ikääntymisen ja palveluiden parantamiseksi.....	17
4.1	Laatusuositusten keskeinen sisältö.....	17
4.2	Osallisuus ja toimijuus.....	17
4.3	Asuminen ja elinympäristö.....	18
4.4	Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen.....	18
4.5	Oikea palvelu oikeaan aikaan.....	19
4.6	Palveluiden rakenne.....	20
4.7	Hoidon ja huolenpidon turvaajat.....	20
4.8	Johtajuus.....	21
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	22
6	Opinnäytetyön toteutus.....	22
6.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	22
6.2	Kohdejoukko.....	23
6.3	Kyselylomakkeen suunnittelu ja käyttö.....	24
6.4	Aineiston keruu ja analysointi.....	26
7	Tutkimustulokset.....	27
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	27
7.2	Asiakkaiden kokemukset hoitotyön laadusta kotihoidossa.....	28
7.3	Laatusuositusten toteutuminen kotihoidossa.....	30
7.4	Kotihoidon kehittämiskohteet hoitotyönlaadussa.....	33
8	Pohdinta.....	36
8.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	36
8.2	Tulosten pohdinta.....	39
8.3	Opinnäytetyö prosessina ja ammatillisen kasvun välineenä.....	45
8.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämisisideat.....	47
	Lähteet.....	49

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Kyselylomake
Liite 5	Esimerkiksi kyselytutkimuksen kysymyksistä tutkimuskysymyksittäin
Liite 6	Esimerkiksi ristiintaulukoinneista

1 Johdanto

Potilailla on oikeus saada laadukasta hoitoa. Potilasta on kohdeltava hyvin ja hänen hoitonsa on tehtävä asianmukaisesti ilman ihmisarvoa loukkaavaa käytöstä. Terveystieteiden ammattihenkilöiden on kunnioitettava potilaan yksityisyyttä ja vakaamusta. Hoitoa toteuttaessa on huomioitava potilaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, § 3.) Kiireellisissä tapauksissa, joissa ei voi saada selville potilaan omaa tahtoa; on tehtävä tarpeellinen, henkeväpelastava hoito. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, § 8.)

Ensimmäiset sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton antamat ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevat laatusuositukset on annettu vuonna 2003. Niitä on päivitetty vuonna 2008, ja nykyiset voimassa olevat suositukset on tehty vuonna 2013. Vuoden 2013 laatusuositukset perustuvat toiminta- ja ohjausympäristössä meneillään oleviin muutoksiin sekä uusimpaan tutkimustietoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 3.) Tästä voimme päätellä, että kyseessä on melko tuore hoitotyön suuntaus.

Opinnäytetyömme toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena hoitotyön laadusta kotihoidon asiakkaiden kokemana. Toimeksiantajana meillä toimii Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden yhteistoiminta-alue. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitotyön laadusta kotihoidon palveluista sekä saada tietoa, ovatko kotihoidon palvelut laatusuositusten mukaisia. Tutkimuksemme pääsääntöisesti vertailimme kaupungissa asuvia ja maaseudulla asuvia keskenään, sekä alle 80-vuotiaita ja yli 80-vuotiaita. Tutkimustulosten tarkoitus on tuoda tietoa, miten laadukkaana asiakkaat pitävät kunnallista kotihoitoa ja miten toimeksiantajamme voi kehittää kotihoidon palveluita entistä asiakaslähtöisemmäksi.

2 Kotihoito ja sen tehtävät

2.1 Kotihoidon määritelmä

Kotihoidosta on olemassa monissa maissa erilaisia käsitteitä, sekä määritelmiä. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt kotihoidon olevan joukko erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluita, jotka tuotetaan asiakkaiden kotona. Kotona tuotetut sosiaali- ja terveyspalvelut voidaan määritellä toiminnan, sisällön ja toimijoiden kautta. Kun määritellään toiminnan näkökulmasta kotihoidon palveluita, niiden pääasiallinen tarkoitus on mahdollistaa kotona asuminen sekä parantaa asiakkaan elämänlaatua. (Hammar 2008, 21 - 24.)

Home care can be conceived of as any care provided behind someone's front door or, generally, referring to services enabling people to stay living in their home environment. In some countries, -"some front door" can include a home for the elderly. As regards the type of services, home care may refer to care given only by professionals or in combination with care given by a spouse or relative (personal care or housekeeping) (WHO 2012, 9.)

Kotihoito voi saada alkunsa mistä tahansa hoidosta mikä tapahtuu jonkun etuoven takana tai yleisesti viitataan palveluihin, jotka mahdollistavat ihmisten asumisen heidän kotiympäristössään. Joissakin maissa – ”jonkun etuovi” voi sisältää vanhainkodin. Mitä tulee tyypillisiin palveluihin, kotihoitoon voidaan viitata vain ammattilaisten antamana hoitona tai siihen voidaan yhdistää puolison tai sukulaisen antama hoito (henkilökohtainen hoito tai kodinhoito). (WHO 2012, 9.)

Kotihoidon palveluiden sisältö määrittää, minkälaista apua ja palveluita asiakas tarvitsee. Kotihoidon palvelut vaihtelevat asiakkaan tarpeen mukaan ennaltaehkäisevästä ja kuntouttavasta toiminnasta aina saattohoitoon asti. Palvelut on eroteltu usein sairaanhoidollisiin tehtäviin, perushoittoon, kodinhoitoapuun, tukipalveluihin (kuten ateria- ja kuljetuspalveluihin) sekä omaishoidon tukeen. Kotihoidon tehtäviin kuuluvat tämän lisäksi asiakkaiden apuvälinehankinta sekä kodin muutostöiden organisoiminen. Toimi-

joiden näkökulmasta kotihoitoa voidaan määritellä organisaatioiden, näiden alayksiköiden ja ammattiryhmien mukaan. Sosiaalihuoltolain mukaan kunnissa ja kaupungeissa on pakko järjestää kotihoidon palvelut. Kotihoidon palvelut tulee järjestää kunnan omina palveluina, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palvelut yksityisiltä tai kolmannen sektorin palveluntarjoajilta. (Hammar 2008, 21 - 24.) Tässä työssä käsittelemme kunnallisen kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitotyön laadusta.

Sweden Sverige sivuston mukaan Ruotsissa useat kunnat ovat ottaneet osittain yksityisiä kotihoidon palveluntarjoajia mukaan heidän vanhustenhuoltoon. Vuonna 2013 yksityisen kotihoidon palvelujen piirissä oli 24 % kaikista kotihoidon asiakasta. Ruotsissa kotihoidon asiakkaat voivat itse valita ottavatko he kunnallisia vai yksityisiä palveluja. Kunnilla on kuitenkin kokonaisvastuu palvelujen myöntämisestä ja rahoituksesta. (Sweden Sverige 2017.) Suomessa kotihoidon asiakkailla on myös mahdollista ottaa yksityisiä palveluja kunnallisen kotihoidon rinnalle. Asiakkaan on mahdollista vähentää yksityisten palvelujen maksut verotuksessa kotitalousvähennyksenä. Yksityiset kotihoidon palvelut ovat usein turvallisia, luvan varaisia ja vastaavien toimielimien valvomaa toimintaa. Monesti kunnallisen kotihoidon asiakkaille voidaan suositella yksityisiä palveluita esimerkiksi suurempiin siivoustöihin. (Suomi.fi 2017.)

Monissa kunnissa kotihoito on järjestetty yhdessä tai erikseen kotisairaanhoidon kanssa. Kansanterveyslain mukaan kotisairaanhoidon on terveystieteiden, sairaanhoitajien ja lähihoitajien tuottamaa hoitoa ja palveluita henkilöille, jotka sairaudestaan huolimatta kykenevät asumaan kotona. (Hammar 2008, 23–24.) Kotisairaanhoidon tehtävä on viestiä potilaalle kotiin sairaanhoidollisia palveluita. Sen tarkoitus on auttaa asiakkaan kotona selviytymistä, helpottaa sairaalasta kuntoutumista ja tukea omaisia asiakkaan kotihoidossa. Kotisairaanhoidon sisältävät lääkärin määräämät sairaanhoidolliset tehtävät, kuten lääkityksen valvominen, näytteenotot, mittaukset, kivun hoitaminen ja voimien seuraminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

2.2 Kotihoidon asiakkaiden palveluntarve

Kotihoidon asiakkailta on ongelmia selviytyä päivittäisistä toiminnoista (Kattainen & Luoma 2007, 18). Usein on käytetty ADL (Activities of daily living)- mittaristoa, kun

iäkkään toimintakykyä on tutkittu (Valta 2008,18). Näihin päivittäisiin toimintoihin kuuluvat muun muassa pukeutuminen, peseytyminen, wc-toiminnot sekä ulkona liikkuminen. Dementoivat sairaudet ja kognition alentuminen ovat yleisimmin syy kotihoidon tarpeelle. (Kattainen & Luoma 2006, 18–19.) Iäkkään ihmisen päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä on myös kehitetty välineellisistä toiminnoista selviytymisen käsite. Välineelliset toiminnot kuvaavat miten, iäkäs selviytyy oman taloutensa hoidosta ja miten hän pystyy toimimaan omassa elinympäristössään. (Valta 2008, 17.) Perustoimintojen luokittelu IAD (instrumental or intermediate actives of daily living) on edelleen kehitetty mittaristo välinetoiminnoista. Mittaristo koostuu kahdeksasta osa-alueesta kuten pyykin pesu, puhelimen käyttö, ruuan valmistus, raha-asioiden hoitaminen, liikkuminen paikasta toiseen sekä lääkityksestä huolehtiminen. (Valta 2008, 17.) Tutkimusten mukaan iäkkäillä kotihoidon asiakkaila on lähes kaikilla välinetoimintoihin liittyviä ongelmia (Kattainen & Luoma 2006, 18–19).

Ikäihmisillä, jotka tarvitsevat kotihoidon palveluita, on yleensä monia kroonisia sairauksia. Kotihoidon asiakkaila yleisimpiä pitkäaikaisia sairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit, liikuntaelimestön sairaudet, aineenvaihduntahäiriöt, hengityselinten ongelmat, syöpä ja erilaiset vammat. Kotihoidon asiakkaila on käytössään keskimäärin 3-4 lääkevalmistetta eri sairauksien hoitoon. Tämän lisäksi vanhusten yksinäisyys ja masennus ovat merkittävä syy kotihoidon palveluiden tarpeelle. (Hammar 2008, 41.)

2.3 Kotihoidon myöntämisen kriteerit Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alueella

Kotihoidon myöntämisen perusteena on valtakunnallisesti annettu tavoitteeksi palvelujen kohdentuminen erityisesti yli 75-vuotialle ja kotihoitoa ennakoivat talvelut yli 65-vuotialle. Talvelut on tarkoitettu iäkkäille ihmisille, monisairaille sekä muistiongelmaisille, joiden kotona selviytyminen ei onnistu itsenäisesti tai omaisen tukemana. Tämän lisäksi kotihoidon talvelut on tarkoitettu sotainvalideille, joiden haitta-aste on vähintään 15 %, vammaisille jotka tarvitsevat kotihoidon apua selviytymiseen kotona, sairaalasta kotiutuville potilaille kuntoutumisen ajaksi sekä muille asiakkaille riippuen talveluntarpeesta. (Karukannas & Pesonen 2016, 2-3.)

Palvelujen myöntäminen Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta- alueella edellyttää, että asiakas asuu Joensuun, Outokummun tai Kontiolahden alueella. Vaihtoehtoisesti asiakkaalla on maksusitoumus omasta kotikunnastaan. Kotihoidon palveluilla voidaan taata asiakkaalle inhimillinen hoito ja mahdollisemman pitkään kotona selviytyminen (Karukannas & Pesonen 2016, 2-3.)

Hoito - ja palvelusuunnitelman tekemiseen osallistuvat asiakas, omainen ja tahot jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon (Heinola 2007, 26–27). Tällä suunnitelmalla pyritään suunnittelemaan kotihoidon toteutusta sekä arvioimaan sitä. Suunnitelmassa näkyvät eri tahojen antama hoito ja palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla asiakkaan hoitoon osallistuvat kotihoidon työntekijät ovat tietoisia asiakkaan tarpeista ja niitä vastaavista yhtenäisistä tavoitteista. Suunnitelmaan tulee kirjata asiakkaan yksilölliset tavoitteet sairauksien hoidolle. Tämän lisäksi suunnitelmaan kirjataan asiakkaan fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ja elämänlaadun tavoitteiden keinot. Hoito- ja palvelusuunnitelma takaa asiakkaalle yksilöllisten palveluiden saannin sekä sujuvuuden. (Heinola 2007, 26–27.) Hoito- ja palvelusuunnitelma tullaan tarkistamaan kolmen kuukauden välein ja sitä päivitetään aina tarvittaessa. Suunnitelmaan voidaan lisätä tai vähentää asiakkaan tarvitsemia palveluita. (Karukannas & Pesonen 2016, 4-5.)

2.4 Kotihoidon toimintaa ohjaavat lait ja asetukset

Kotihoidon sisältöä on määritelty kansanterveyslaissa, sosiaalihuoltolaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa. Kotihoito varsinaisesti muodostuu sosiaalihuoltolain 20.§:n ja sosiaalihuoltoasetuksen 9.§:n määrittelemistä kotihoidon palveluista, sekä kansanterveyslain 14. § 1. momentin toiseen kohtaan sisältyvästä kotisairaanhoidosta. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010,18.)

Kotihoidon toimintaa ohjaa muun muassa. vanhuspalvelulaki. Vanhuspalvelulain mukaan kunnan tehtävä on vastata siitä, että ikäihmisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, sekä muut ikäihmisten terveyttä, hyvinvointia, itsenäisyyttä ja toimintakykyä tukevat palvelut tullaan selvittämään kattavasti. Kotihoidon palvelujen tarpeen selvittämi-

nen tulee tapahtua yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tarvittaessa näiden selvittäminen voi tapahtua omaisen tai muun ikäihmiselle valtuutetun edunvalvojan kanssa. Palvelujen tarpeen arvioimisesta vastaa terveydenhuollon ammattihenkilö (lain 559/1994 2. §: n mukaan) tai sosiaalihuollon ammattihenkilö (lain 817/2015 3. §: n mukaan). Palvelujen tarpeen arvioijalla tulee olla laaja-alaista ammattitaitoa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.)

2.5 Palveluntarpeen arvioiminen

Kotihoidon asiakkaiden palveluntarvetta mitataan erilaisilla toimintakykymittareilla, jotka antavat tietoa vanhuksen toimintakyvystä (Keipilä 2008, 13). RAI (Resident assessment instrument) on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden seuranta- ja arviointijärjestelmä. Suomessa ja monissa muissa maissa standardoidun tiedon käyttökelpoisuus perustuu vahvistettuihin kysymyslomakkeisiin. Lomakkeiden avulla voidaan arvioida vammaisten, iäkkäiden tai psykiatristen potilaiden palveluntarve. Järjestelmään sisältyy kysymyslomakkeiden lisäksi niiden sisältöä tarkentavia käsikirjoja sekä apua yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)

Tiedon kerääminen on sähköistetty, joten järjestelmään sisältyvät mittarit ovat välittömästi niiden ammattilaisten käytössä, jotka tekevät hoito- ja palvelusuunnitelmia. RAIN voi rakentaa itse tai ostaa copyright-oikeudet voittoa tavoittelemattomasta tukijärjestöstä InterRAIsta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt RAI-järjestelmän kanssa sopimuksen Suomen puolesta. Sopimukseen ei kuulu lisenssimaksua. Koska järjestelmä sisältää monia mittareita, sen käyttö edellyttää tietokonesovellusta. Käyttäjä voi rakentaa veloituksetta sellaisen omaan käyttöön tai vaihtoehtoisesti ostaa kaupallisen sovelluksen. Kaupallisten sovelluksien tuottajilta on vaadittu sopimusta InterRAIn kanssa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.) Vuonna 2013 suomalaisista 49 % eli kunnissa, joissa RAI-järjestelmä on käytössä. (Finne-Soveri 2013).

RAI-järjestelmässä kotihoidon laatuun perustavat indikaattorit pohjautuvat asiakkaiden kunnossa tapahtuviin muutoksiin ja kunnan arviointiin. Muuttajat, jotka kuvastavat laatua, perustuvat hoitokäytäntöihin tai asiakkaisiin yhdistettäviin kielteisiin tiloihin, kuten

haavat tai kaatuilu. Nämä tekijät eivät suoraan perustu kotihoidon työntekijöiden toimintaan asiakkaiden kotona, mutta ne viestittävät hoitotoimien tuloksista. Laatuindikaattorit voivat kertoa myös ongelman esiintyvyydestä, kuten esimerkiksi kuinka monta asiakasta on kaatunut tiettyä ajankohtana. Osa laatuindikaattoreista puolestaan kuvaa ongelman ilmentymisestä, kuten kuinka monelle asiakkaalle on ilmennyt uusi haava tiettyä ajanjaksona. Kansanväliset fokus- ja asiantuntijaryhmät ovat kehittäneet laatuindikaattoreita. Indikaattoreiden testaus perustuu 11, 252 tuhannen yhdysvaltalaisen ja 3,041 tuhannen kanadalaisen asiakkaan RAI-arviointeihin. Laatuindikaattoreille on testattu ja kehitytty asiakas ja aluevakioinnit. 73:sta RAI- laatuindikaattoriehdokkaasta valikoitui 22 lopullisiin kotihoidon laatuindikaattoreihin. (Finne-Soveri & Noro 2006, 88.)

RAVA- toimintakykymittarin omistaa Suomen kuntaliitto, joka on myöntänyt ohjelman käyttö- ja lisensointioikeudet FCG- konsultoinnille. RAVAN alkuperäiset kehittäjät olivat Tapio Rajala ja Eero Vaissi. Mittarin tarkoitus on arvioida ikäihmisen toimintakykyä ja avuntarvetta. Mittaus selvittää kuitenkin ensisijaisesti ikäihmisen päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Mittaristo koostuu 12 kysymyksestä ja, siinä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista pitää valita eniten asiakkaan toimintoja kuvaava vaihtoehto. Asiakkaan toimintakykyä selvitetään seuraavien osioiden avulla: näkö, kuulo, puhe, suolen toiminta, liikkuminen, virtsaaminen, syöminen, pukeutuminen, lääkitys, muisti ja psyyke. Näistä vastauksista koostuu RAVA-indeksi ja-luokka. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b). Tämä RAVA- toimintakyky mittaristo on käytössä toimeksiantajallamme Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistoiminta- alueella.

RAVAN indeksi vaihtelee 1,29–4,03 välillä avuntarpeen mukaan. Mitä suurempi on luku, sitä suurempi ikäihmisen avuntarve on päivittäisissä toiminnoissa. Arvioinnin ikäihmisen avuntarpeesta RAVA- mittaristolla tekee aina hänet parhaiten tunteva hoitaja. Mittaristoa voidaan käyttää kotona, laitoksessa tai terveyskeskuksessa. (FCG konsultointi 2016.)

RAVA- indeksin on oltava vähintään 1,7 Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistoiminta- alueella, jolloin asiakkaalle voidaan myöntää kotihoidon palveluita (Karukannas & Pesonen 2016, 2-3.)

Ravan jäädessä alle tuon 1,7 asiakkaalle voidaan kuitenkin antaa palveluita kotiin. Tämä edellyttää, että asiakkaan sairaanhoidollinen tarve tai muut mittarit (kuten MMSE) osoittavat palvelun tarpeen välttämättömäksi. Kotihoitoa myönnetään, kun muut palvelujärjestelmän palvelut eivät enää riitä ja asiakkaan palveluiden tarve on toistuvaa. Kotihoidon palveluilla voidaan taata asiakkaalle inhimillinen hoito ja kotona mahdollisemman pitkään selviytyminen. (Karukannas & Pesonen 2016, 2-3.)

3 Hoitotyön laatu kotihoidossa

3.1 Hoitotyön laadun määritelmä

Laatu voidaan määritellä tuotetun palvelun kykynä vastata asiakkaiden palvelutarpeisiin säännösten pohjalta, vaikuttavasti, järjestelmällisesti ja kustannukset huomioiden. Laadua on mahdollista arvioida rakenne- ja prosessitekijöillä sekä lopputuloksilla. Rakenne-tekijät luovat toiminnalle edellytykset. Rakennetekijöihin voidaan luokitella esimerkiksi hoitoympäristö, johtaminen ja työnjakokäytännöt, henkilökunnan määrä ja rakenne sekä kaikki ne mahdolliset tekijät, jotka ovat edellytyksiä prosessin toimivuudelle ja vaikuttavat tuloksiin. (Sosiaali-ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013.)

Prosessitekijät kattavat koko toimintaprosessin: ne alkavat asiakkaan palveluiden alkaessa ja päättyvät asiakkaan palveluiden päättyttyä. Prosessi pystytään arvioimaan huomioimalla toiminta: onko toiminta sellaista, että se takaa vaikuttavan, laadukkaan ja kustannustehokkaan palvelun asiakkaalle. Prosessin lopputulosten arvioinnissa huomioidaan tavoitteet ja niiden saavuttaminen: saavutettiin palveluilla asiakkaan tilassa ja käyttäytymisessä se mihin tavoitteet asetettiin. Laadukkaan palvelun pitäisi lisätä terveyshyvinvointia sekä parantaa tai ylläpitää asiakkaan toimintakykyä. Pitkäaikaisissa palveluissa laatu on asiakkaan tarpeista lähtevää. Tarpeisiin vastaaminen on turvallista ja vaikuttavaa sekä hyvin koordinoitua. (Sosiaali-ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013.)

3.2 Laadun merkitys kotihoidossa

Merja Tepponen on tehnyt Kuopion yliopistossa vuonna 2009 väitöskirjan aiheesta kotihoidon integrointi ja laatu. Tässä Tepposen tutkimuksessa tutkimuskohteeksi valittiin vanhusten kotihoidon integroinnin toteutustavat sekä niiden keskinäiset yhteydet. Tämän lisäksi Tepponen tutkii integroinnin vaikutusta kotihoidon laatuun ja sisältöön. Haastatteluisia ja kyselyissä olivat mukana kahden vertailukaupungin (Lappeenranta ja Varkaus) kotihoidon asiakkaat (n=130), heidän omaisensa (n=126) ja kotihoidon työntekijät (n=127). Mittarina tutkimuksessa käytettiin yhdeksää keskeistä ikäihmisten toimintakykyä arvioivaa muuttujaa. Muuttujat olivat sellaisia arkielämän osa-alueita, joissa ikäihmiset yleensä tarvitsevat apua. (Tepponen 2009,5, 152.)

Tepponen kertoo tutkimuksensa tuloksissa, että kotihoidon laatu vaikuttaa kotona asuvan ikäihmisen avun, hoidon ja hoivan tarpeisiin. Asiakkaan saaman avun riittävyys kuvaa tarpeen tyydytystä eli hoitotyön laatua. Asiakkaat kokivat saavansa heikoimmin apua psykososiaalisen tuen tarpeessa, ja parhaiten he kokivat saavansa apua sairaanhoidollisissa tehtävissä. Asiakkaista 95–100 % ja työntekijöistä yhdeksän kymmenestä arvioi avun olevan riittävää hoitotoimenpiteissä ja lääkehoidossa. Omaisista 93–100% koki lääkehoidon olevan riittävää, mutta hoitotoimenpiteet saivat huonommat tulokset. Omaisista noin 85 % oli tyytyväisiä kotihoidon hoitotoimenpiteisiin. Toiseksi parhaimman tuloksen muuttujista sai ruokailussa avun saaminen. Lappeenrannassa olivat kaikki asiakkaat (100 %) ja Varkaudessa 85 % asiakkaista oli saanut riittävästi apua ruokailussa. Melko samalla tavalla ruokailussa avun riittävyyden olivat arvioineet omaiset. Tyytyväisiä ikäihmisten ruokailussa saamaan apuun oli Lappeenrannasta 83 % ja Varkaudesta 91 % omaisista.

Molemmissa kaupungeissa heikoimmin apua saatiin keskustelemisessä. Toiseksi riittämättömämmäksi muuttujaksi arvioitiin asiakkaiden saama apu fyysisessä toimintakyvyssä, paitsi Varkaudessa asuvien asiakkaiden mielestä. Siivous ja asiointiapu nousivat riittämättömäksi muiden, paitsi lappeenrantalaisten asiakkaiden mielestä. Lappeenrannassa 81 % asiakkaista koki saavansa riittävästi apua siivouksessa ja asioinnissa. Tepponen toteaaakin, että suurimmat tyydyttymättömät vanhusten avuntarpeet ovat siivouksessa, psykososiaalisessa tuessa ja liikkumisen avustamisessa. Tämän lisäksi tarvittaisiin lisää apua ikäihmisten asioinnin tukemisessa. (Tepponen 2009, 152.)

Angeta Öhlén Karoliinisesta instituutista on tehnyt lisensiaatin koulutuksen lopputyönään tutkimuksen aiheesta ”Tehostettu kotihoito on hoitajien jokapäiväistä toimintaa”. Tutkimuksessaan hän haastatteli hoitajia neljästä eri tehostetun kotihoidon yksiköstä sekä keräsi hoitotyön kertomuksia kahdesta muusta yksiköstä. Tutkimuksen analyysi tehtiin näistä kahdesta aineistosta. (Öhlén 2015, 7.)

Hoitajien haastattelut toteutettiin neljässä eri ryhmähaastattelutilanteessa. Haastatteluun osallistui yhteensä 21 hoitajaa, joista 17 oli naisia ja 4 miehiä. Jokaisessa ryhmähaastattelussa oli kerrallaan mukana viidestä-kuuteen rekisteröityä hoitajaa. Hoitajat saivat haastattelukysymykset etukäteen sähköpostitse luettavaksi. Hoitotyönkertomuksia kerättiin tutkimuksessa yhteensä 60kpl, kaupunki- ja esikaupunkialueilta isosta Ruotsin kaupungista. (Öhlén 2015, 11–13.)

Tutkimustulokset saatiin yhteensä kuudesta eri tehostetun kotihoidon yksiköstä, jossa mukana oli kaupunki, esikaupunki ja maaseudun alueita. Hoidon tarve yksiköissä oli akuuttia tai suunniteltua. Kuitenkin potilaiden diagnoosit eivät olleet yhtenäisiä alueiden välillä. Joissakin yksiköissä keskityttiin melkein pelkästään syöpäpotilaiden palliatiiviseen hoitotyöhön. Kaikilla työntekijöillä oli olemassa puhelimet, joilla he pystyivät tekemään hoitotyön arviointeja. Hoitajia työllistävät eniten muun muassa laskimo- infuusiot, verensiirrot, perifeeriset ja keskuslaskimokatetrit, virtsakatetrit, kehittyneet infuusiopumpputekniikat, näytteenotot, haavanhoito ja ravinto- ja lääkeaineiden antaminen (yleensä suonen sisäisesti). Potilaiden ja hoitajien vuoropuheluissa olivat yleensä esillä lääkitykset, kipujen hallinta, lääketieteelliset oireet ja tekniset toimenpiteet sekä ravintokysymykset. Hoitajien työhön kuuluvat potilaiden ja perheiden ohjeistus, koulutus, sekä hoidon koordinointi. (Öhlén 2015, 16–17.)

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitajat kokevat työn vapaana, antoisana, iloisen ja haasteellisen. Ryhmissä käydyissä keskusteluissa nousivat esille potilaiden ja perheiden kunnioitus ja autonomia. Potilaan persoona on helpompi nähdä kotona kuin sairaalan vuodeosastolla. Potilaiden perheet ovat tärkeä osa hoitotiimiä. Hoitajien pitää asettua potilaiden vaihteleviin tilanteisiin. He sallivat potilaille asioita mitä osastolla ei voinut sallia, kuten tupakan polttaminen ja lemmikit sängyssä. Hoitajien työ on usein itsenäistä, mutta he kuitenkin pystyvät soittamaan apua työkavereiltaan tai lääkäriltä. (Öhlén 2015, 17.)

Työn haasteena hoitajat toivat esille, että potilaan tilanne ja tarpeet on vaikea saada selville pelkän puhelimen kautta, jos potilaan luokse ei pystytä menemään. Vaaratilanteita tulee myös silloin, kun potilaan luota joudutaan lähtemään ja on jaettu isoja lääkeannoksia dosetteihin, annettu kipulääkkeitä tai ohjelmoitu infuusiopumppu. Hoitajat ovat joskus huolissaan potilaiden omasta vastuusta kipulääkkeiden annostelusta ja turvallisuudesta. Tämä ongelma voisi olla ratkaistu arvioivalla puhelinsoitolla potilaalle. Kaikki hoitajat ovat saaneet koulutuksen tekemään potilaan olon turvallisiksi. Heillä on valmiit yhteydet osastolle, minne potilas voi mennä, jos ei selviä kotona. Hoitajat ovat myös valmiita keskustelemaan vaihtoehtoisista hoidoista potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. (Öhlén 2015,17.)

Hoidon kirjaaminen on hoitajista tärkeä osa hoitotyötä. Dokumenteista pystytään varmistamaan potilasturvallisuus ja saamaan päivitettyä tietoa potilaan ongelmista. Tilanteissa, joissa dokumentointi oli riittämätöntä, saattoi tulla vaaratilanteita. Tutkimuksen dokumenteista oli havaittavissa kaksi selkeää alaluokkaa; suunniteltu hoitotyö ja akuutti hoitotyö. Suunniteltu hoitotyö toteutettiin hoitosuunnitelmien tai lääkärin ohjeiden mukaan, kun taas akuutti hoitotyö alkoi yleensä potilaan tai omaisen hätäsoitosta. Yleisimmät akuuttitilanteet olivat verenvuoto, kipu, kuume tai infektiot. Suunniteltua hoitotyötä hoitajat kirjasi lyhyesti ja yksinkertaisesti verrattuna akuuttiin hoitotyöhön. Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että suurin osa kirjauksista oli liian hajanaisia, arvioin-teja puuttui ja niitä oli vaikea löytää. (Öhlén 2015,18.)

Tutkimuksessa suurimmalla osalla hoitajista puuttui asiantuntijakoulutus. Melkein kaikilla oli kuitenkin pitkä kokemus hoitoalalta, ja haastateltavat pitivät tärkeänä henkilökohtaisia taitoja. Henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten kypsyyt ja elämäkokemus olivat, välttämättömiä hoitotyössä. Työpaikoilla järjestettiin usein koulutuksia, kuten lääkärin luentoja ja viestintäkursseja. Hoitajat opettivat myös paljon toinen toistaan. (Öhlén 2015,18.)

3.3 Laadun arvioiminen kotihoidossa

Laadun arviointia varten tulee määrittellä konkreettisesti, kenen näkökulmasta laatua kulloinkin arvioidaan. Tämä vaikuttaa olennaisesti laadun määrittelyyn. Kotihoidossa

laatua arvioidessa tärkeitä osapuolia ovat asiakkaiden ja palveluiden tuottajien lisäksi toimintaa johtavat sekä poliittisia päätöksiä tekevät tahot. (Voutilainen 2007, 13.) Laadun kehittäminen on yksi päätavoite hoivajärjestelmässä. Palveluiden laadun arviointi auttaa käsittämään, millaisia asioita tulisi parantaa. (Keipilä 2008, 20.)

Laatua on mahdollista määritellä eri tasoilla. Vuorovaikutuksen tasolla laatua arvioidaan asiakkaiden tarpeiden ja odotusten sekä työntekijän voimavarojen tasolta. Laatua voidaan myös arvioida organisaation tasolla, jolloin laatu määräytyy siten, miten kotihoidon asiakkaiden tarpeet ja työyksikön palveluiden tarjonta vastaavat toisiaan. Laatua pystytään mittaamaan palveluiden saatavuutta, kohdennettavuutta ja kattavuutta vertaamalla väestön tarpeeseen nähden. Yhteiskunnan tasolla laatua voidaan tarkastella ihmisten palveluiden odotusten sekä palvelutarpeiden vastaavuutta sosiaali- ja terveystieteisiin nähden. (Voutilainen 2007, 13.)

Kotihoidon palveluiden laatua voivat arvioida kotihoidon asiakkaat eli palveluiden käyttäjät, palveluiden tuottajat tai joku ulkopuolinen taho. Kotihoidossa erityispiirteitä laadun arvioinnille asettavat muun muassa eri tahojen odotukset, heterogeeniset asiakasryhmät, vuorovaikutukselliset tekijät sekä yhtenäisen laatukriteeristön säännöllinen käyttö. (Voutilainen 2007, 13-14.) Hoivapalveluiden saajia ei enää pidetä potilaina tai asiakkaina vaan kuluttajina. Kuluttajina heillä on oikeus valita ja kritisoida saamaansa hoitoa. (Keipilä 2008, 20.)

Eri osapuolten odotukset asettavat haasteita laadun arvioinnille, koska palveluiden käyttäjillä eli asiakkailla, omaisilla, tuottajilla ja poliittisia päätöksiä tekevillä johtajilla on oma näkemyksensä ja odotuksensa laadun suhteen. Kotihoidon asiakasryhmät ovat erilaisia fyysiseltä, kognitiiviselta, psyykkiseltä ja sosiaaliselta toimintakyvyltään ja, heidän palveluiden tarpeensa on vaihteleva. Vuorovaikutuksellisten tekijöiden, kuten palveluiden tuottajien ja kotihoidon asiakkaiden vuorovaikutuksen mittaaminen ei ole määrällisesti mittavissa. Laadun arviointiin vaikuttaa myös se, että Suomessa kotihoidossa ei ole yhtä yhtenäistä laatukriteeristöä, jonka avulla kotihoidon yksiköitä voitaisiin verrata keskenään. (Voutilainen 2007, 13-14.)

4 Laatusuositukset hyvän ikääntymisen ja palveluiden parantamiseksi

4.1 Laatusuositusten keskeinen sisältö

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton (2013,3) tekemissä laatusuosituksissa käydään läpi yksityiskohtaisesti eri alueita, missä hoidon laadukkuutta voidaan parantaa. Laatusuosituksissa on huomioitu tulevaisuuden väestönrakenteen muutos sekä kasvavat sosiaali- ja terveysalan kulut. Näitä laatusuosituksia käytetään kunnissa vanhustragedioiden pohjana eli hoidon perustana.

Laatusuosituksissa keskeisinä sisältöinä ovat osallisuus ja toimijuus, palveluiden rakenne, oikea palvelu oikeaan aikaan, asuminen ja elinympäristö, johtajuus, hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen vanhenemisen turvaaminen. Jokaiseen sisältöalueeseen on luotu omat laatusuosituksensa. Erityisesti huomioita kiinnitetty siihen, että jokaiselle suositeltavalle asiakokonaisuudelle on selkeä tietoon perustuva pohja. Tämän lisäksi on olemassa erilaisia mittareita, joiden tarkoituksena on arvioida suositusten toteutumista järjestelmällisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 3.)

4.2 Osallisuus ja toimijuus

Suosituksen mukaan ikäihmiselle on järjestettävä mahdollisuus osallistua yhteisölliseen toimintaan, vaikka hänen toimintakykynsä olisi heikentynyt. Käytännössä tämä tarkoittaa, että ikääntynyt saa tarvitsemansa tuen osallistumiseen. Tähän sisältyy erilaisten apuvälineiden huomioiminen kuten lukemisen, näkemisen, kuulemisen, kommunikoinnin, yhteydenpidon, liikkumisen ja muistamisen avuksi olevat apuvälineet. Tärkeänä pidetään myös, että turvataan ikäihmisen omaisten ja läheisten osallistuminen ikäihmisen elämään, jos hän sitä itse haluaa. Suosituksessa sanotaan, että kaikissa kunnan järjestämien toimintojen suunnittelussa pitää huomioida ikäihmisen mahdollisuus osallistumiseen ja mahdollisten esteiden poistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 20.)

Osallisuuden ja toimijuuden suosituksessa kerrotaan, että ikäihmisillä on oltava mahdollisuus päästä vaikuttamaan omien palveluidensa sisältöön, arviointiin ja toteutukseen. Tämän lisäksi vanhusneuvoston edellytyksiä ja roolia on vahvistettava ikääntyvien osallisuuden mahdollistajana. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 20.)

4.3 Asuminen ja elinympäristö

Vanhuspalvelulain mukaan kuntien on tehtävä toimiva suunnitelma ikääntyvän väestön elinympäristön asumisen ja palveluiden järjestämiseksi. Tähän palveluiden toimivaan kokonaisuuteen sisältyy, että ikäihmiset saavat palveluita omalla äidinkielellään. Kuntien suunnitelmien pitäisi sisältää myös yksilöllisen asumisen tukemisen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

Asumisen ja elinympäristön laatusuosituksen mukaan ikäihmisillä tämä tarkoittaa asumistarpeiden ennakkointia sekä tulevaisuudessa asunnon muutostöiden järjestämistä. Laatusuosituksen mukaan kuntien on varauduttava vanhusten tulevaisuuden tilan tarpeeseen ja asumisen edistämiseen. Näihin asioihin kuntien on kiinnitettävä huomiota ennakoivilla kotikäynneillä. Kotikäynneillä on tarkoitus kartoittaa esteettömyys ja turvallisuuskysymykset ikäihmisen kotona. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 23-24.)

4.4 Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen

Vanhuspalvelulaissa sanotaan, että kunnan on tehtävä suunnitelma, miten se tukee ikääntyneen ihmisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn, terveyden ja itsenäisen suoriutumisen. Tämän lisäksi kuntien on mietittävä, miten se kehittää ja järjestää ikäihmisten palveluita sekä omaishoitajuutta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen suositus korostaa, että terveydenhuollon ammattilaisten on tulevaisuudessa kiinnitettävä huomiota yleisen terve-

ysneuvonnan lisäksi seuraaviin ohjauksen ja neuvonnan sisältöalueisiin: aivoterveystiedon edistäminen Kansallisen muistiohjelman mukaisesti, ikäihmisten ravitsemussuositusten mukaisen ravitsemustiedon lisääminen, matalan kynnyksen liikuntaneuvonta ja liikuntatiedon lisääminen (tähän kuuluvat liikkumiskyvyn arvioinnin lisääminen terveydenhuollossa), henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin vahvistaminen, kattavien rokotusten lisääminen ikäihmisille sekä neuvonta omaehtoiseen ennakointiin ikäihmisillä kuten eläkkeelle siirtymisen ohjeistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 27-29.)

Laatusuosituksessa sanotaan, että kunnan on tuettava vanhenevan väestön terveyttä ja toimintakykyä toimenpiteillä, joilla vahvistetaan kuntien eri toimijoiden ja toimialojen yhteistyötä ikääntyneen väestön puolesta sekä tuetaan ikäihmisten omaehtoista toimintaa. Palveluvalikoimassa on oltava kohdennetusti palveluita riskiryhmille. Tavoitteena on ajoissa tunnistaa riskiryhmät ja tukea heitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 27.)

4.5 Oikea palvelu oikeaan aikaan

Oikea palvelu oikeaan aikaan laatusuosituksessa kerrotaan, että kunnan on tehtävä sellaiset palvelut mitkä ovat ikääntyneen väestön saavutettavissa ja ymmärrettävissä. Kuntien pitää tarkkaan määritellä millä perusteella asiakas tulee palveluita saamaan. Asiakkaiden palvelutarpeiden selvittäminen on tapahduttava monipuolisesti ja luotettavasti arvionteja käyttäen yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 31.)

Palveluiden tarpeita selvittäessä on erityisesti kiinnitettävä huomiota seuraaviin sisältöalueisiin: turvallisen lääkehoidon toteukseen, ravitsemukseen ja suun terveyteen, ihmisen mahdollisuuksiin ylläpitää sosiaalisia verkostojaan, turvallisuuteen ja hoitoon osallistuvien läheisten voimavaroihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 31.)

Ikäihmisten kuuluu saada ne palvelut, jotka ovat heille myönnetty (sosiaalihuollon hallintopäätös, terveydenhuollon hoitopäätös). Palvelut perustuu aina hyviin toiminta- ja

hoitokäytäntöihin sekä tutkimustietoon. Suosituksessa korostetaan ikäihmisten turvallista lääkehoitoa ja kuntoutumisen palveluita. Asiakkaan on oltava aidosti osallinen omista palveluista ja häntä on kuultava. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 33.)

Lääkehoito on toteuttava Turvallinen lääkehoito-oppaan tukemana. Tässä oppaassa on tavoitteena yhtenäistää lääkehoidon periaatteet, määrittellä vähimmäisvaatimukset lääkehoitoa toteuttavien yksiköiden kesken ja selkeyttää lääkehoidon vastuunjako. Lääkehoidon toteuttaminen asiakkaille perustuu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitoon liittyvät periaatteet ja ohjeet ovat samat kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisille ja julkisille toimijoille. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 34-35.)

4.6 Palveluiden rakenne

Palvelujen rakenteen laatusuosituksessa kerrotaan, että ihmisten kotona asumisen mahdollistaminen on tärkeää. Kuntien on tulevaisuudessa investoitava ikäihmisten kuntoutumisen lisäämiseen ja monipuolisuuteen sekä ihmisten terveen ja toimintakykyisen vanhentumisen tukemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 34.)

Laatusuosituksessa osoitetaan, että kuntien on huomioitava palveluvalikoima ja palveluiden rakenne ikääntyvien palvelutarpeiden mukaan. Ikääntyvästä väestöstä on tärkeä tunnistaa suuret palveluiden tarvitsijat kuten muistisairaat. Näiden erityisryhmien palveluiden rakennetta ja toimivuutta on seurattava erikseen. Ikäihmisten palveluissa on huomioitava kaikki palvelutarpeiden kannalta keskeiset palvelut. Ikäihmisten käyttämiä palveluita on osoitettu olevan ainakin tilapäinen kotihoito, perhehoito, hyvinvointia edistävät palvelut ja kuntouttamista edistävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 31-35.)

4.7 Hoidon ja huolenpidon turvaajat

Hoidon ja huolenpidon laatusuosituksessa paneudutaan kotihoidon työntekijöiden välittömän työajan eli asiakkaan luona vietettävän ajan seuraamiseen sekä työntekijöiden riittävään määrään. Kotihoidon henkilöstön vähimmäistarvetta lasketaan vertailemalla

asiakkaille myönnettyjen palveluiden tunteja ja henkilöstön työpäivien välitöntä työaikaa (eli asiakkaan luona vietettävien tuntien määrää päivässä). Kotihoidon asiakkaan palveluihin käytettävät tunnit määräytyvät palvelusuunnitelman mukaan. Palvelusuunnitelmaa päivitetään asiakkaan toimintakyvyn mukaan, mikä voi laskea tai nostaa asiakkaan tuntimäärää. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 47-50.)

Suosituksessa kerrotaan, että hyvällä työvuorosuunnittelulla ja toimivalla varahenkilöstöjärjestelmällä voidaan varautua kotihoidon asiakkaiden äkillisiin palveluntarpeen muutoksiin ja uusien asiakkaiden joustavaan vastaanottoon (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 47-50).

4.8 Johtajuus

Johtajuuden laatusuosituksen mukaan kunnissa on oltava vanhuspalvelulain lain edellyttämä suunnitelma ikäihmisten tukemisesta sekä selkeät tavoitteet iäkkäiden kuntalaisten tarpeisiin vastaavasta palvelurakenteesta ja valikoimasta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.)

Kunnassa olevan strategisen johdon tehtävänä on vastata iäkkäiden kuntalaisten palveluiden saatavuudesta sekä vastata palvelurakenteen toimivuudesta. Strategisen johdon avulla kunnassa voidaan kehittää palvelurakenteita niin, että kotona asumista turvataan. Kotihoidon toimivuuden pohjalla on tärkeää tukea omaisten ja läheisten edellytyksiä vastata iäkkäiden omaisten hoidosta ja huolenpidosta. Johtamisen tavoitteena on turvata riittävä määrä osaavaa henkilöstöä sekä varmistaa henkilöstön riittävä osaaminen. Johdon vastuulla kunnassa huolehditaan palveluiden tuottajien toimintayksiköiden asianmukainen arviointi, seuranta ja palautejärjestelmien toimivuus. Strategisen johdon tulee varmistaa, että kunnissa on käytettävissä tiettyä erityisosaamista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, geriatriasta, sosiaalityöstä, vanhustyöstä, ravitsemuksesta, kuntoutuksesta sekä suun terveydenhuollosta ja lääkehoidon asiantuntijuudesta. (Terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 51-54.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kotihoidon asiakkaiden kokemuksia hoitotyön laadusta kotihoidon palveluista sekä saada tietoa ovatko kotihoidon palvelut laatusuosituksen mukaisia. Tutkimuskysymystemme tarkoitus on tuoda tietoa miten, laadukkaana asiakkaat pitävät kunnallista kotihoitoa ja miten voi kehittää kotihoidon palveluita entistä asiakaslähtoisemmäksi.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kotihoidon asiakkaat kokevat hoitotyön laadun kotihoidossa?
2. Onko kotihoidon hoito laatusuositusten mukaista?
3. Mitä kehitettävää kotihoidon hoitotyön laadussa on?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Valitsimme opinnäytetyöhömmä kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska se mahdollistaa suurenkin kohderyhmän tutkimisen. Koska aiheemme käytännössäkin koskettaa isoa ihmisjoukkoa, kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä antoi omasta mielestämme aiheemme kannalta paremmin tietoa kuin laadullinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä antoi mahdollisuuden tutkia millä tavoin keskimäärin hoitotyön laatu on saatu toteutumaan opinnäytetyöhömmä valikoiduilla kotihoidon alueilla.

Kvantitatiivinen tutkimus kohdistuu tilastollisten menetelmien käyttämiseen sekä muuttujien mittaamiseen ja muuttujien välisten yhteyksien arviointiin. Muuttujat voivat olla riippuvia eli selitettäviä (kuten vastaajan tyytyväisyys hoitoon) tai riippumattomia eli selvittäviä (kuten vastaajan sukupuoli tai ikä). Muuttujat voivat tulla myös niin sanotusti väliin. Tästä esimerkkinä voidaan osoittaa klassinen asetelma, jossa jäätelön kulutusta ja hukkumiskuolemia verrataan keskenään. Tiedetään, että jäätelön syöminen itsessään ei

ole yhteydessä hukkumiskuolemiin, vaan väliin tuleva muuttuja on harvinaisen lämmin kesä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.)

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä voidaan pitää tärkeänä muutamaa osa-aluetta, mitkä vaikuttavat olennaisesti tutkimuksen onnistumiseen. Ratkaisevaa on luoda hyvä tutkimussuunnitelma, koska se ohjaa kyselomakkeen toteuttamista. Tutkimussuunnitelmassa on olennaista asettaa tutkimusongelma laajemmasta asiakokonaisuudesta sekä suunnitella tutkimusaineiston kerääminen ja analysointi tapa. Tutkimusprosessin keskeisiä asioita ovat johtopäätöksien luominen jo tehdyistä aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, tutkimusongelman asettaminen, käsitteiden ja teorian muodostaminen, aineiston keräämisen pohtiminen, takaisin saatujen kyselylomakkeiden kadon ja laadun tarkistaminen, aineiston laittaminen tilastollisesti havaittavaan muotoon eli taulukkoon, päätelmien muodostaminen pohjautuen saatuun tilastolliseen aineistoon, päätelmien suhteuttaminen aiheita koskevaan laajempaan keskusteluun sekä tutkimuksen raportointi. (Vilka 2015, 114.)

6.2 Kohdejoukko

Kohdejoukoksi valikoituivat Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alueen piirissä olevat kotihoidon asiakkaat, joille on tehty hoito- ja palvelusuunnitelma.

Vs. kotihoidon päällikön Tuija Kaltiaisen mukaan heinäkuussa 2016 tehdyn poikkileikkauksen mukaan Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden yhteistoiminta-alueella oli 2628 asiakasta, joista hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevia asiakkaita oli 1542. Nämä luvemat ovat kumulatiivisia ajalta: tammikuu 2016-heinäkuu 2016. (Kaltiainen, 2016.)

Tilastokeskuksen 2016 mukaan kumulatiivista muutosta laskettaessa tietyn kuukauden pistelukua verrataan aina edellisen vuoden joulukuun pistelukuun. Joulukuussa kumulatiivinen muutos on yhtä kuin 12 kuukauden muutos. Ku-

mulatiivista muutosta pitää verrata aina edellisten vuosien kumulatiivisiin muutoksiin. Tällöin voidaan havaita eri vuosien inflaatiokehitysten profiilien erot.

Tutkimus oli tarkoitus toteuttaa niillä kotihoidon alueilla, joissa ei ole juuri ollut vastaavaa kyselyä. Tällä rajauksella pyrimme siihen, että kohdejoukolla olisi enemmän mielenkiintoa kyselyämme kohtaan. Myöhemmin kuitenkin selvisi, että kaikilla Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystaluiden yhteistoiminta-alueen kotihoidon alueilla oli vasta tehty laatuun liittyviä kyselyitä. Tästä syystä vaihdoimme rajausta ja päätimme ottaa tutkimukseemme yhden kaupunki- ja yhden maaseutukotihoidon alueen. Meillä oli ajatuksena vertailla näitä alueita keskenään ristiintaulukoinneissa.

6.3 Kyselylomakkeen suunnittelu ja käyttö

Kyselylomakkeemme pohjautuu opinnäytetyön teoriaperustaan, jonka haimme opinnäytetyötämme varten. Teoriaperustamme tärkein aineisto ovat vuonna 2013 julkaistut ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevat laatusuositukset. Kyselylomakkeemme kysymykset perustuivat siihen, miten laatusuositukset näkyvät käytännössä ja kokevatko asiakkaat kotihoidon palvelut laadukkaina.

Koska kohderyhmässämme suurin osa ovat ikäihmisiä, tuli kysymysten olla riittävän selkeitä, helposti vastattavia ja ymmärrettäviä. Kaikille kyselyyn osallistuville annettiin samanlainen kyselylomake, missä asiat olivat samassa järjestyksessä. Kyselylomakkeen suunnittelussa kiinnitimme huomiota kyselyn selkeään ulkomuotoon ja kysymysten ymmärrettävyyteen. Tätä kävimme läpi yhdessä pienryhmäohjauksissa ohjaavan opettajan ja muiden opiskelijoiden kanssa. Esitestauslomakkeet laitoimme kotihoidon viidelle asiakkaalle, ja takaisin palautui kolme. Esitestauksen jälkeen lisäsimme kyselylomakkeeseen enemmän asiakkaiden taustatietoja kartoittavia kysymyksiä ja muokkasimme asuinpaikan kysymyskohtaa vielä selkeämmin vastaajan ymmärrettäväksi.

Lopullisen kyselylomakkeen alussa kysyttiin vastaajien taustatietoja kohdissa 1a ja 1b sekä 2a ja 2b. Taustatiedoissa kartoitimme, asuvatko vastaajat maaseudulla vai kaupun-

gissa, asuvatko he yksin vai puolison kanssa, miten paljon heillä on kotihoidon palveluita ja minkä ikäisiä he ovat.

Varsinaisia tutkimuskysymyksiä oli 24 kappaletta. Kysymyskohdat 2, 4-7,9,13-18 ja 22-23 esitettiin väittäminä, joihin vastaaja arvio numeraalisesti 5-portaisella likterasteikolla väitteen paikkansa pitävyyden. Asteikon merkitys kuvattiin seuraavasti ”1= Täysin erimieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä 3= Ei samaa, eikä eri mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä 5= Täysin samaa mieltä.” Kysyimme käyttäen 5-portaista likter-asteikkoa seuraavat kysymykset: ”Koetteko asuinympäristönne esteettömäksi ja turvalliseksi? Koetteko, että teillä on mahdollisuus vaikuttaa palveluidenne sisältöön? Ovatko kotihoidon työntekijät antaneet kattavasti neuvontaa ja ohjausta teille kuuluvista palveluista? Ovatko saamanne kotihoidon palvelut omasta mielestänne teillä riittäviä? Ovatko kotihoidon työntekijät mielestänne ammattitaitoisia ja osaavia? Koetteko saavanne tarpeeksi apua päivittäisissä hoitotoimenpiteissä ja arjen toiminnoissa? Saatteko tarpeeksi henkistä tukea ja keskustelu apua kotihoidon työntekijöiltä? Kunnioittaako kotihoidon henkilökunta teidän itsemääräämisoikeuttanne ja omia voimavarojanne? Osaako kotihoidon henkilökunta arvioida teidän päivittäisessä arjen toiminnoista selviytymistä asianmukaisesti? Osaako kotihoidon henkilökunta arvioida lääkkeidenne sopivuutta ja oikeaa vaikuttavuutta teidän kohdallanne? Saatteko omasta mielestänne riittävästi lääkärin palveluita? Saatteko riittävästi apua päivittäisen liikkumisen ylläpitämisessä ja kuntoutumisessa? Saatteko ulkoilla riittävästi viikoittain? Kohteleeke kotihoidon henkilökunta teitä mielestänne hyvin ja oikeudenmukaisesti?”

Kysymyskohdat 1,3, 11-12 ja 19-20 esitettiin väittäminä, joihin vastaaja antoi kyllä/ei-vastauksia käyttäen mielipiteensä väitteestä. Kysyimme käyttäen kyllä/ei väittämiä seuraavat kysymykset: ”Oletteko saaneet apua turvallisuuden ja esteettömyyden kartoitukseen kotonanne? Oletteko päässeet vaikuttamaan teille tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan? Tiedättekö onko teille nimetty asioistanne vastaava vastuhenkilö kotihoidossa? Onko kotihoidon henkilökunnalla tarpeeksi aikaa teille? Ohjaako kotihoidon henkilökunta teitä tarpeellisten rokotusten ottamisessa? Saatteko mielestänne tarpeelliset rokotukset vuosittain? Auttaako kotihoidon henkilökunta teitä käymään ulkona?”

Avoimia kysymyksiä meillä oli kohdat 8-9 ja 24. Käytimme seuraavissa kohdissa avoimia kysymyksiä: ”Missä asioissa haluaisitte kotihoidon työntekijöiden kehittävän am-

mattitaitoaan? Missä asioissa koette tarvitsevanne lisäapua tai neuvontaa kotihoidon henkilökunnalta? Voisiko kotihoidon henkilökunta jotenkin muuttaa toimintaansa teidän kohtelemisessa?”

Kyselylomake suunniteltiin etenemään loogisesti aiheesta toiseen. Yritimme tarkoituksella saada vastaajilta syvällistä tietoa käyttäen ensin kyllä/ei-väittämää ja seuraavassa kohdassa asteikollista väittämää tai käyttäen ensin asteikollista väittämää ja seuraavassa kohdassa aihetta täydennettiin avoimella kysymyksellä. Esimerkiksi ”Oletteko saaneet apua turvallisuuden ja esteettömyyden kartoitukseen kotonanne? Kyllä/Ei, Koetteko asuinympäristönne turvalliseksi ja esteettömäksi? 5-portainen asteikko.”

6.4 Aineiston keruu ja analysointi

Toteutimme kyselyn paperisena versiona, koska kohdejoukossamme oli suurin osa ikäihmisiä. Monet ikäihmiset eivät omista tietokonetta ja se olisi vaikuttanut tutkimuksen vastauksien saamiseen. Ennen varsinaista aineiston keruuta esitestasimme kyselylomakkeemme valikoidulla kotihoidon alueella viidellä vastaajalla. Esitestauksella halusimme saada selville onko kyselylomake tarpeeksi selkeä ja osaavatko ikäihmiset vastata siihen. Esitestauksen jälkeen päätimme vielä selkeyttää kyselylomaketta ja lisätä taustatekijöitä. Tästä johtuen esitestaustlomakkeita ei otettu varsinaiseen otantaan, vaan ne hylättiin.

Varsinainen aineiston keruu tapahtui 3.10–16.10.2016 ajalla. Ennen aineiston keruuta keskustelimme kotihoidon alueiden lähiesimiesten kanssa sopivasta määrästä lähteviä kyselomakkeita. Lähiesimiesten mielipiteet olivat niin erilaiset, että päätimme yhdessä lähettää saman verran lomakkeita molemmille alueille. Tämän perustelimme opinnäytetyön luotettavuudella ja eettisyydellä. Veimme kyselylomakkeet (yhteensä 30 kappaletta) kahteen toimeksiantajamme kotihoidon yksikköön. Toinen yksikkö oli maaseutualueella ja toinen kaupunginalueella. Kumpaakin kotihoidon yksikköön toimitimme vastaajille 15 kappaletta kyselylomakkeita. Tutkimuskyselyn mukaan tuli saatekirje, jossa oli selkeät ohjeet asiakkaalle aineiston täyttämiseen ja keräämiseen. Kotihoidon työntekijät veivät yksiköiden toimistoilta kyselylomakkeita asiakkaiden koteihin.

Kotihoidon henkilökunta avusti tarvittaessa asiakasta kyselylomakkeen täyttämässä. Vaihtoehtoisesti asiakkaat täyttivät kyselyn itsenäisesti tai omaisten avustuksella. Jokaiselle kyselylomakkeelle olimme varanneet suljettavan kirjekuoren, mihin asiakas pystyi laittamaan valmiin lomakkeen. Aineistolle järjestettiin kotihoidon toimistoihin omat isot palautuskirjekuoret mihin kotihoidon työntekijät palauttavat asiakkaiden valmiit kyselyt.

Kävimme hakemassa henkilökohtaisesti täytetyt lomakkeet kotihoidon toimistoilta. Palautuneita kyselylomakkeita oli 9 kaupunki alueelta ja 9 maaseutualueelta. Vastausprosentiksi saimme 60 % koko aineistosta. Päätimme kiireisen aikataulumme vuoksi, ettemme enää anna lisää vastausaikaa asiakkaille kyselylomakkeet saatuaamme. Päätimme myös, että emme vastaanota lomakkeita, jos niitä palautuisi myöhemmin kotihoidon toimistoille.

Aluksi jaottelimme tutkimuksemme tulokset tutkimuskysymyksittäin (liite 5) ja siitä aloimme taulukoida niitä Excel 2013- ristiintaulukointiohjelmalla. Tulosten tarkempaa analysointia teimme ristiintaulukoinnilla (liite 6). Taulukoinnit teimme absoluuttisina lukuina ja prosentteina. Teimme tuloksista muutamia kuvaajia, tulosten helpompaa havainnointia varten. Osan vastauksista jouduimme hylkäämään. Hylkäämisperusteena meille oli kaksi vastausta samaan väitteeseen ja ei ollenkaan vastausta väitteestä.

7 Tutkimustulokset

7.1 Vastaajien taustatiedot

Suurin osa kyselyyn vastanneista henkilöstä oli ikäjakaumaltaan 81- 90-vuotiaita, heitä oli 50 % (n=18). 61–70-vuotiaita oli seuraavaksi eniten eli 22 % (n=18). Vähiten oli yli 91-vuotiaita, eli 11 % (n=18). Alle 60-vuotias ei ollut kukaan. Kotihoidon palveluita sai päivittäin suurin osa eli 84 % (n=18). Parin päivän välein tai viikoittain kotihoidon palveluita sai 10 % (n=18). Kukaan ei saanut kotihoidon palveluita vain muutamaa kertaa kuukaudessa. Suurin osa asui yksin 83 % (n=18) ja vain 16 % (n=18) asui yhdessä puolisonsa kanssa. Kysyimme myös vastaajilta, asuvatko he maaseudulla vai kaupungissa.

Kaupungissa asuvia ja maaseudulla asuvia oli yhtä paljon eli 50 % (n=18) kummallakin alueella.

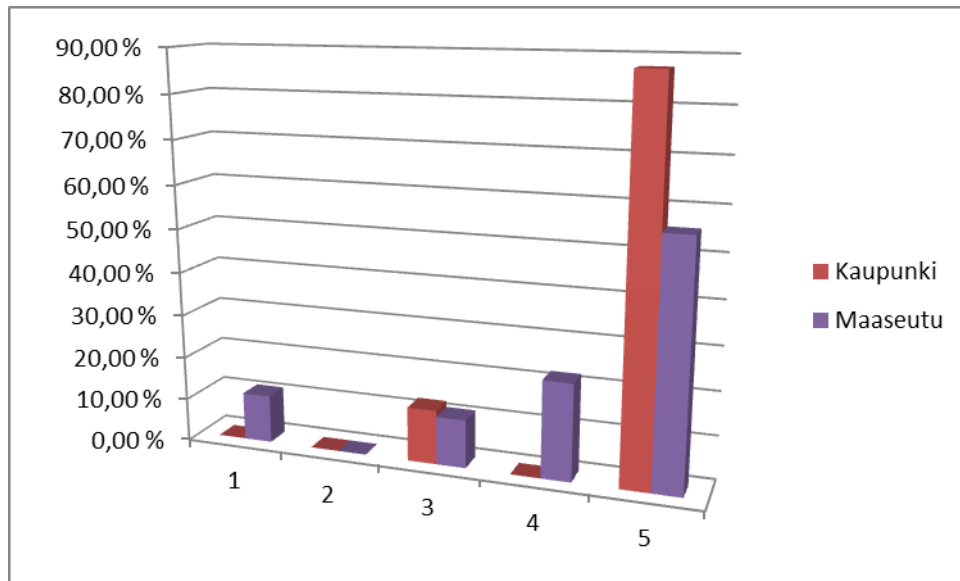
7.2 Asiakkaiden kokemukset hoitotyön laadusta kotihoidossa

Suurin osa kaikista vastaajista eli 47 % (n=17) oli sitä mieltä, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa kotihoidosta saamiensa palveluiden sisältöön. Melkein samaa mieltä oli 24 % (n=17). 24 % (n=17) ei osannut sanoa, onko heillä mahdollisuutta vaikuttaa kotihoidon palveluiden sisältöön. Ainoastaan 6 % (n=17) oli sitä mieltä, ettei heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa kotihoidosta saamiensa palveluiden sisältöön.

Kotihoidon palvelujen riittävyys arvioitiin toteutuneen hyvin. 65 % (n=17) kaikista vastaajista oli täysin samaa mieltä, kun kysyimme ”Ovatko saamanne kotihoidon palvelut Teille riittäviä?” 17 % (n=17) koki olevansa melkein samaa mieltä palveluiden riittävydestä. Täysin eri mieltä palvelujen riittävydestä oli 6 % (n=17).

Kotihoidon työntekijöiden koettiin olevan ammattitaitoisia ja osaavia. 71 % (n=17) kaikista vastaajista oli täysin samaa mieltä, kun kysyimme ”Ovatko kotihoidon työntekijät mielestänne ammattitaitoisia ja osaavia?”. Jokseenkin samaa mieltä kotihoidon ammattitaidosta ja osaavuudesta oli 12 % (n=17). Täysin eri mieltä kotihoidon työntekijöiden ammattitaidosta ja osaamisesta oli 6 % (n=17).

Vaihtelua kotihoidon ammattitaidosta ja osaavuudesta kaupungissa asuvien ja maaseudulla asuvien kesken oli jonkun verran (kuvio 1). Kaupungissa asuvista 88 % (n=8) oli sitä mieltä, että kotihoidon henkilökunta on ammattitaitosta ja osaavaa. Maaseudulla täysin samaa mieltä ammattitaidosta ja osaavuudesta oli 56 % (n=9). Melkein samaa mieltä kotihoidon ammattitaidosta ja osaavuudesta oli kaupunkilaisista 0 % (n=8) ja maaseudulla asuvista 22 % (n=9). Kaupungissa 13 % (n=8) ja maaseudulla 11 % (n=9) eivät tienneet mitä mieltä olivat kotihoidon ammattitaidosta ja osaavuudesta. Jokseenkin eri mieltä vastausvaihtoehtoon ei vastannut kukaan. Täysin eri mieltä kotihoidon ammattitaidosta ja osaavuudesta oli kaupungissa 0 % (n=8) ja maaseudulla 11 % (n=9).



Kuvio 1. ”Ovatko kotihoidon henkilökunta ammattitaitoisia ja osaavia?”

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä
4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

Tarpeeksi apua päivittäisissä hoitotoimenpiteissä ja arjen toiminnoissa sai kaikista vastaajista noin puolet eli 53 % (n=17). 24 % (n=17) koki saavansa melkein tarpeeksi apua. 18 % (n=17) ei osannut sanoa, saiko riittävästi apua päivittäisissä hoitotoimenpiteissä ja arjen toiminnoissa. 6 % (n=17) koki, että apu oli riittämätöntä.

Kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen numero kymmenen eli ”Missä asioissa koette tarvitsevanne lisääpua tai neuvontaa kotihoidon henkilökunnalta?” oli vastattu seuraavasti: ”Siivouksessa auttamisessa.”, ”Kodinhoidossa.”, ”Ulkoilussa ja virkistystoiminnassa.”, ”Asioimisessa ja aktivoimisessa.”, ”Lääkehuolto on tärkein, muuten koen pärjääväni.”, ”Koen, että aamuisin hoitajat tulevat liian myöhään paikalle.”, ”En toistaiseksi.”, ”Ei ole tällä hetkellä tarvetta.”

Kotihoidon henkilökunnan kunnioitus asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja omia voimavaroja kohtaan arvioitiin toteutuneen hyvin. 63 % (n=16) kaikista vastaajista koki, että väite pitää täysin paikkaansa, kun kysyimme ”Kunnioittaako kotihoidon henkilökunta Teidän itsemääräämisoikeuttanne ja omia voimavarojanne?” 25 % (n=16) oli melkein samaa mieltä väitteen paikkansa pitävyydestä. 6 % (n=16) ei osannut sanoa, onko väite paikkaansa pitävä, ja loput 6 % (n=16) kokivat olevansa väitteen kanssa erimieltä.

Kotihoidon asiakkaiden kohtelemisen hyvin ja oikeudenmukaisesti piti täysin paikkaansa 71 % (n=17) mielestä kaikista vastaajista. 12 % koki olevansa melkein samaa mieltä väitteestä. 12 % ei osannut sanoa, kohteleeeko kotihoidon henkilökunta heitä hyvin ja oikeudenmukaisesti. 6 % arvioi kunnioituksen ja oikeudenmukaisuuden olevan täysin paikkaansa pitämätöntä. Koko kyselylomakkeesta parhaimmat keskiarvot saivat väitteet kotihoidon henkilökunnan ammattitaidosta ja osaavuudesta (4,41 asteikolla 1-5) sekä kotihoidon asiakkaiden kohtelemisestä hyvin ja oikeudenmukaisesti (4,41 asteikolla 1-5).

7.3 Laatusuositusten toteutuminen kotihoidossa

Kaikista kyselyyn vastanneista 94 % (n=17) oli saanut apua turvallisuuden ja esteettömyyden kartoitukseen kotonaan. Ainoastaan 6 % (n=17) koki, ettei turvallisuutta ja esteettömyyttä oltu kartoitettu kotona.

Asuinympäristönsä turvalliseksi ja esteettömäksi kaikista vastaajista koki noin puolet eli 53 % (n=17). Melkein samaa mieltä turvallisuudesta ja esteettömyydestä oli 29 % (n=17). 6 % (n=17) ei osannut sanoa, onko heidän asuinympäristönsä turvallinen ja esteetön. Jokseenkin eri mieltä turvallisuudesta ja esteettömyydestä oli 12 % (n=17). Kukaan ei ollut täysin eri mieltä väitteestä.

Kysymykseen ”Oletteko päässeet vaikuttamaan teille tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan?” vastasi kaikista vastaajista 88 % (n=16) kyllä ja 12 % (n=16) ei.

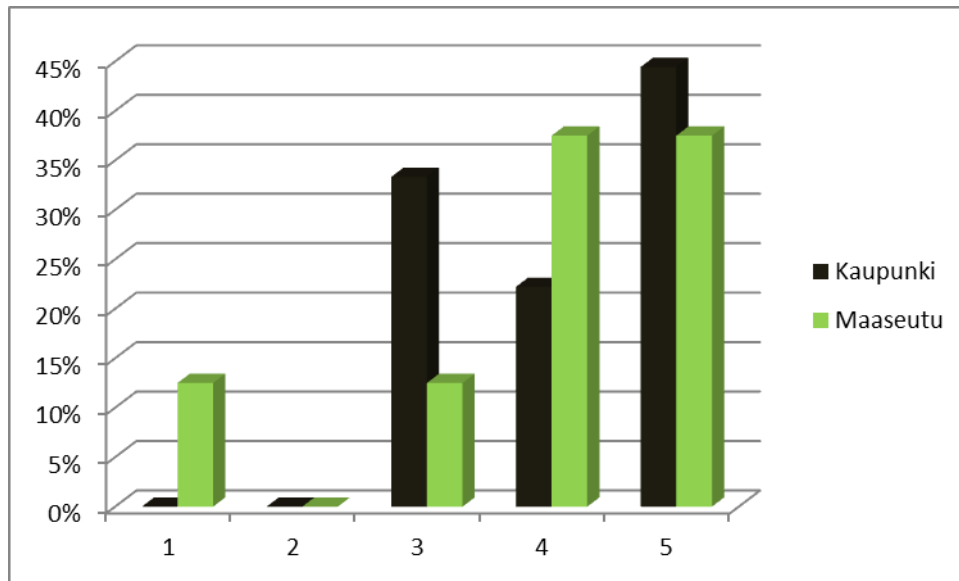
Kotihoidon neuvonta ja ohjaus asiakkaille kuuluvista palveluista (kuten etuisuudet, hoitotuki, kuljetuspalvelut, tutkimukset ja tarvittavien apuvälineiden hankinta) oli toteutunut melko hyvin. 65 % (n=17) kaikista vastaajista koki saaneensa riittävästi apua neuvontaa ja ohjausta heille kuuluvista palveluista. 18 % oli melkein samaa mieltä, että oli saanut tarpeeksi ohjausta ja neuvontaa. 6 % (n=17) ei osannut sanoa, onko saanut riittävästi neuvontaa ja ohjausta. Jokseenkin eri mieltä neuvonnan ja ohjauksen riittävydestä oli 6 % (n=17), ja 6 % (n=17) oli täysin eri mieltä väitteestä.

Kysymykseen ”Tiedätkö onko teille nimetty asioistanne vastaava vastuhenkilö kotihoidossa?” vastasi kaikista vastaajista 72 % (n=18) kyllä ja 28 % (n=18) ei.

Kotihoidon henkilökunnan osaavuus arvioida asiakkaiden selviytymistä päivittäisissä arjen toiminnoissa asianmukaisesti oli vaihtelevaa. 56 % (n=16) kaikista vastaajista koki, että päivittäisen selviytymisen arvioiminen oli asianmukaista. 19 % (n=16) oli melkein samaa mieltä väitteen kanssa. 12 % (n=16) ei osannut sanoa, onko arvioiminen asianmukaista. Jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 12 % (n=7).

Kotihoidon henkilökunnan arvioinnit lääkkeiden sopivuudesta ja oikeasta vaikuttavuudesta sai myös vaihtelevia vastauksia. Vähän alle puolet eli 41 % (n=17) kaikista vastaajista oli täysin samaa mieltä kotihoidon arviointien sopivuudesta lääkehoidossa. 29 % (n=17) oli väitteestä melkein samaa mieltä. 24 % (n=17) ei osannut sanoa onko henkilökunnan arvioinnit lääkkeiden sopivuudesta ja vaikuttavuudesta paikkaansa pitäviä. Jokseenkin eri mieltä väitteestä ei ollut kukaan. Täysin eri mieltä oli 6 % (n=17).

Vaihtelu kotihoidon henkilökunnan arvioinneista lääkkeiden sopivuudesta ja oikeasta vaikuttavuudesta kaupunkilaisten ja maaseutulaisten välillä oli samanlaista (kuvio 2). Täysin tyytyväisiä kotihoidon arviointeihin lääkehoidon osalta oli kaupungissa 44 % (n=9) ja maaseudulla 38 % (n=8). Melkein samaa mieltä väitteestä oli kaupungissa 22 % (n=9) ja maaseudulla 37 % (n=8). Kaupungissa 33 % (n=9) ja maaseudulla 12 % (n=8) ei tiennyt onko kotihoidon lääkehoidon arvioinnit paikkaansa pitäviä. Jokseenkin eri mieltä ei ollut kukaan. Täysin eri mieltä väitteestä oli kaupungissa 0 % (n=9) ja maaseudulla 12 % (n=8).



Kuvio 2. ”Osaako kotihoidon henkilökunta arvioida lääkkeidenne sopivuutta ja vaikutavuutta teidän kohdallanne?”

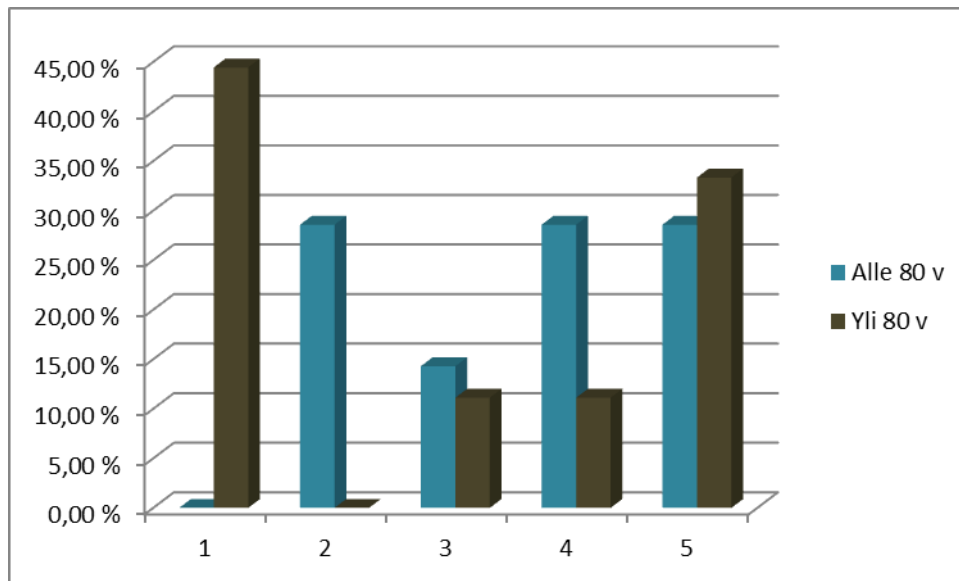
1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä
4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

Kaikista vastaajista 60 % (n=15) sai omasta mielestään riittävästi kotihoidon lääkärin palveluita. 20 % (n=15) oli melkein samaa mieltä lääkärin palveluiden riittävydestä. Täysin eri mieltä lääkärin palveluiden riittävydestä oli 20 % (n=15).

Kysymyskohta 18 eli ” Saatteko omasta mielestänne riittävästi apua päivittäisen liikunnan ylläpitämiseen ja kuntoutumiseen?” 33 % (n=15) kaikista vastaajista oli samaa mieltä väitteen paikkaansa pitävyydestä. 25 % (n=15) oli melkein samaa mieltä väitteestä. 19 % (n=15) ei osannut sanoa, saako riittävästi apua päivittäisen liikunnan ylläpitämiseen ja kuntoutumiseen. Jokseenkin eri mieltä oli 12 % (n=15) ja täysin eri mieltä väitteestä oli jopa 25 % (n=15).

Vaihtelu eri ikäryhmien välillä liikunnan ylläpitämisessä ja kuntoutumisessa oli huomattavaa (kuvio 3). Alle 80-vuotiaista 29 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista asiakkaista 33 % (n=9) oli täysin samaa mieltä väitteen kanssa. Melkein samaa mieltä oli alle 80-vuotiaista 29 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista 11 % (n=9). Alle 80-vuotiaista 14 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista 11 % (n=9) ei osannut sanoa, onko liikunnan ylläpitäminen ja kuntoutuminen riittävä. Jokseenkin eri mieltä väitteestä oli alle 80-vuotiaista 29 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista 0 % (n=9). Täysin eri mieltä päivittäisen liikunnan ylläpitämisestä ja kun-

toutumisesta oli alle 80-vuotiaista 0 % (n=7) ja yli 80-vuotiasta huomattava määrä eli 44 % (n=9).



Kuvio 3. ”Saattako omasta mielestänne riittävästi apua päivittäisen liikunnan ylläpitämisessä ja kuntoutumisessa?”

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä
4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

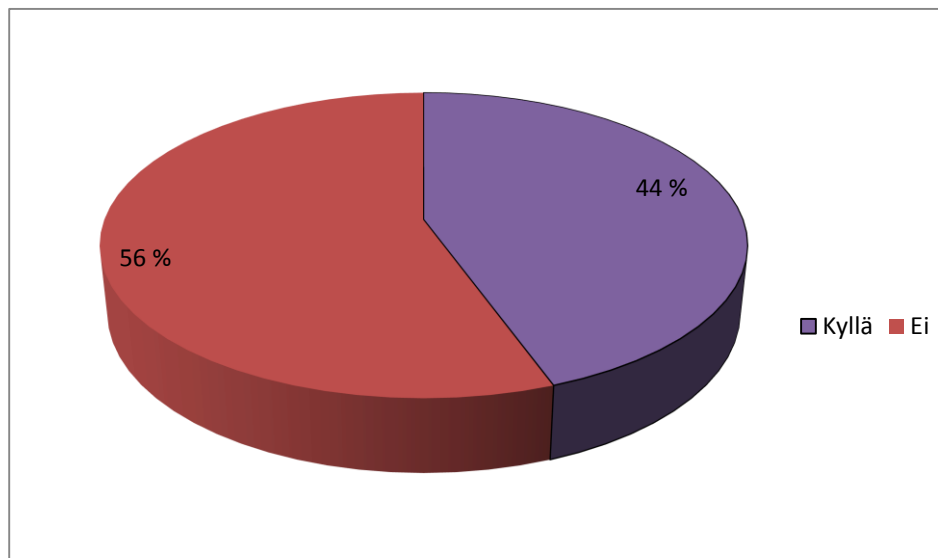
Tällä hetkellä ikäihmisten rokotukset terveydenhuollossa ovat hyvin ajankohtaisia. Niillä pyritään ennaltaehkäisemään sairastumista ja vuodeosastolla viettäviä päiviä sekä tätä kautta tarpeettomia terveydenhuollon kuluja. Kysymykseen ” Ohjaako kotihoidon työntekijät teitä tarpeellisten rokotusten ottamisessa?” vastasi kaikista vastaajista 81 % (n=16) kyllä ja 19 % (n=16) ei. Omasta mielestään vuosittain tarpeelliset rokotukset sai 83 % (n= 17), ja 18 % (n=17) ei saanut tarpeellisia rokotuksia vuosittain.

7.4 Kotihoidon kehittämiskohteet hoitotyönlaadussa

Avoimeen kysymykseen numero 8 eli ” Missä asioissa haluaisitte kotihoidon henkilökunnan kehittävän ammattitaitoaan?” saimme seuraavia vastauksia ” Olen kokenut, että hyvin on toiminut, ei voi moittia.”, ”Ovat ammattitaitoisia.”, ”Ei oikein missään, riittävän hyviä ovat.”, ” Diabeteksen hoitoon liittyvissä asioissa.”, ”Asiakkaan liikuttelemisessä, jos hänellä on jokin vamma.”, ”Opiskelijat eivät aina osaa.”, ”Ei erityistä”, ”Kä-

sihygienia.”, ”Voimakkaat hajusteet ja tupakan haju voi aiheuttaa haittaa astmaa sairastavalle.”

Kysymykseen ”Onko kotihoidolla tarpeeksi aikaa Teille?” (kuvio 4) vastasi kaikista vastaajista kyllä 44 % (n=18) ja ei 56 % (n=18).



Kuvio 4. ”Onko kotihoidolla tarpeeksi aikaa Teille?”

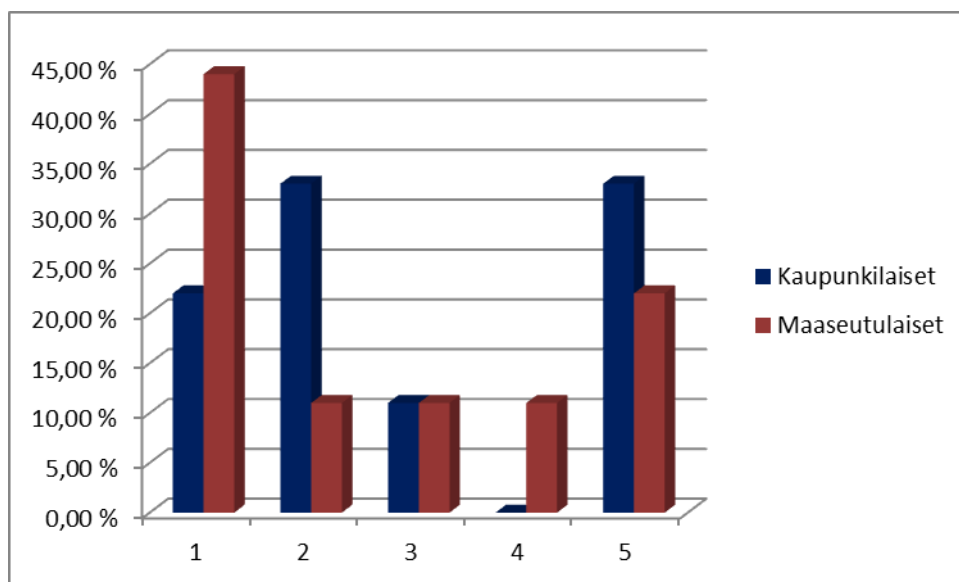
Vertailimme ajan riittävyyttä yksin ja puolison kanssa asuvien kesken. Vastaukset eivät kuitenkaan ole suhteessa toisiinsa, koska kaikista vastaajista yksin asuvia oli 15 ja puolison kanssa 3. Yksin asuvista 60 % (n=15) ei saanut riittävästi aikaa kotihoidolta, ja 40 % (n=15) yksin asuvista oli taas tyytyväisiä ajan riittävyyteen. Puolison kanssa asuvista 33 % (n=3) koki saavansa liian vähän aikaa kotihoidolta, ja 67 % (n=3) oli ajan riittävyyteen tyytyväinen.

Kotihoidon henkilökunnan henkistä tukea ja keskusteluapua sai riittävästi kaikista vastaajista puolet, 50 % (n=18). 17 % (n=18) oli melkein samaa mieltä henkisen tuen ja keskustelu avun riittävyydestä. 17 % (n=18) ei osannut sanoa, saiko riittävästi henkistä tukea ja keskusteluapua. Jokseenkin eri mieltä oli 6 % (n=18). Täysin eri mieltä väitteestä oli 11 % (n=18).

Kysymykseen ”Auttaako kotihoito Teitä käymään ulkona?” vastasi kaikista vastaajista kyllä 24 % (n=17) ja ei 77 % (n=17). Riittävästi viikossa ulkoilla sai kaikista vastaajista 28 % (n=18). Melkein riittävästi viikossa ulkoili 6 % (n=18). 11 % (n=18) ei osannut

sanoa mitä mieltä oli ulkoilun riittävydestä. Jokseenkin eri mieltä ulkoilun riittävydestä oli 22 % (n=18) ja täysin eri mieltä ulkoilun riittävydestä oli 33 % (n=18). Yhteensä jopa 55 % oli melkein tai täysin eri mieltä ulkoilun riittävydestä.

Maaseudulla asuvat olivat ulkoilun riittävyyteen tyytymättömpiä kuin kaupunkilaiset (kuvio 5). Maaseudulla täysin eri mieltä ulkoilun riittävydestä oli 44 % (n=9) ja kaupunkilaisista 22 % (n=9). Jokseenkin eri mieltä ulkoilun riittävydestä oli maaseudulla asuvista 11 % (n=9) ja kaupunkilaisista 33 % (n=9). Maaseudulla asuvista 11 % (n=9) ja kaupunkilaisista 11 % (n=9) ei osannut sanoa mitä mieltä oli ulkoilun riittävydestä. Melkein samaa mieltä ulkoilun riittävydestä oli maaseudulla 11 % ja kaupungissa 0 %. Tyytyväisiä ulkoilun riittävyyteen oli maaseudulla vain 22 % (n=9) ja kaupungissa 33 % (n=9) vastaajista.

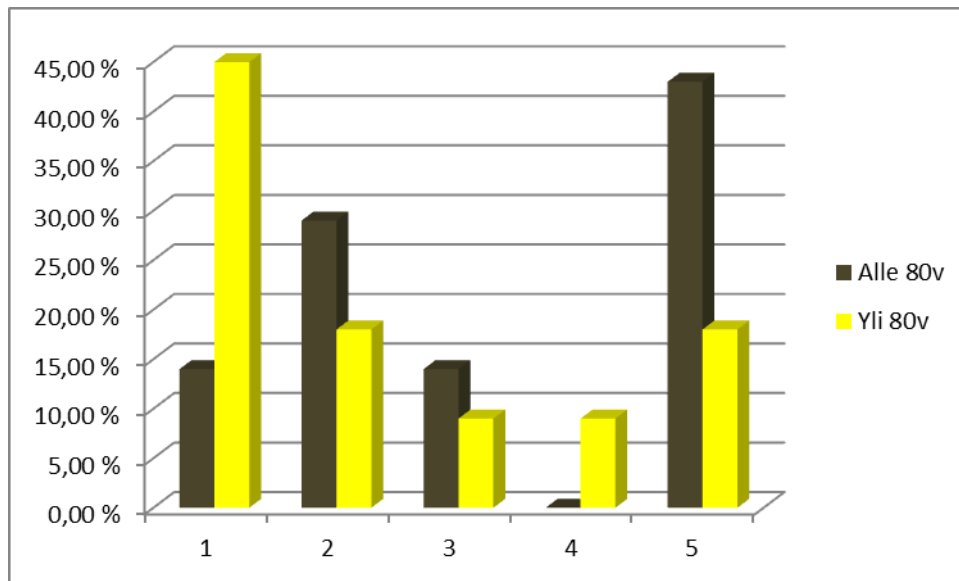


Kuvio 5. ”Saatteko mielestänne ulkoilla riittävästi viikoittain?”

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä
4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

Mielenkiintoista vastausten vaihtelua oli myös alle 80-vuotiaiden ja yli 80-vuotiaiden kesken (kuvio 6). Alle 80-vuotiasta täysin eri mieltä ulkoilun riittävydestä oli 14 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista 45 % (n=11). Jokseenkin eri mieltä ulkoilun riittävydestä oli alle 80-vuotiaista 29 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista 18 % (n=11). Alle 80 vuotiaista 14 % (n=7) ja yli 80 vuotiaista 9 % (n=11) eivät osanneet vastata onko ulkoilu riittävää. Melkein samaa mieltä ulkoilun riittävydestä oli alle 80 vuotiaista 0 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista 9 % (n=11). Alle 80-vuotiaat olivat ulkoilun riittävyyteen huomattavasti tyytyväi-

sempiä kuin yli 80-vuotiaat. Täysin samaa mieltä ulkoilun riittävydestä oli alle 80-vuotiaista 43 % (n=7) ja yli 80-vuotiaista 18 % (n=11).



Kuvio 6. ”Saatteko mielestänne ulkoilla riittävästi viikoittain?”

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä
4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

Kyselylomakkeen avoin kysymyskohta numero 24 eli ”Voisiko kotihoidon henkilökunta muuttaa jotenkin toimintaansa teidän kohtelemisessa?” oli vastattu seuraavasti ”Ei tule mieleen.”, ”Hyvin toimivat”, ”Olisi mukavaa, jos olisi enemmän aikaa”, ”Kohteleminen on ollut asiallista”, ”Enemmän aikaa keskustelulle”, ”Ei voi muuttaa, kohtelu on hyvää”, ”Jos voisivat käydä sovittuina aikoina. Joskus tulevat etuajassa, joskus täytyy odotella”, ”Minua on autettu paljon ja kohdeltu hyvin, kiitos paljon.”, ”Hyvää kohtelua”.

8 Pohdinta

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisen tutkimuksen laatua voi arvioida useista eri näkökulmista. Tulosten tulkinnassa voi miettiä tutkimuksen metodisia valintoja kriittisesti, vastaavuutta aikaisem-

pien tutkimusten kanssa, tutkimuksen rajoituksia, otoskokoa, tunnuslukujen merkitystä, tilastojen merkitsevyyttä, tulosten yleistettävyyttä, selviöitä ja tulosten tuottamaa sovel-lusarvoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,47–48.)

Opinnäytetyöprosessin alussa tutustuimme toimeksiantajamme jo tekemiin asiakastyy-tyväisyys kyselyihin, viimeisimmät tehdyt kyselyt olivat vuodelta 2015. Sovimme toi-meksiantajamme kanssa, että opinnäytetyömme hoitotyön laatu kysely korvaa tänä vuonna heidän oman versionsa. Kyselymme oli looginen osa tätä jo valmista jatkumoa. Opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä vahvistaa, että vastaajat pysyvät nimet-tömänä eikä heitä voida yhdistää antamiinsa vastauksiin. Haasteena kyselylomakkeen luomisessa oli tehdä oikeanlainen lomake kohdejoukolle, koska tiesimme jo etukäteen melkein kaikkien olevan ikäihmisiä ja heillä voi olla monenlaisia rajoitteita kyselyn täyttämässä. Omasta mielestämme kuitenkin onnistuimme tekemään tarpeeksi selkeän ja helposti vastattavan kyselylomakkeen. Lomakkeen luomisessa auttoi paljon esitesta-us, jonka myötä muutimme liian epäselvät kysymykset helpommin vastattavaksi. Tä-män opinnäytetyön tulokset ovat käyttökelpoisia sellaisenaan ja niillä toimeksianta-jamme voi parantaa oman toimintansa laatua entistä asiakaslähtöisemmäksi.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistetta-vuutta. Reliabelius tarkoittaa tutkimuksen tai mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toinen luotettavuuteen liittyvä käsite on validius. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmien mittaavan juuri sitä mitä mittauksessa/tutkimuksessa oli tarkoitettu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Tässä tutkimuksessa reliabelius näkyy siten, että tutkimusprosessi on pyritty kuvaamaan niin hyvin, että tarvittaessa sen voi tutkimuksen voi toistaa. Puolestaan validius näkyy tässä työssä siinä, että vastaajat osasivat vastata kyselylomakkeen kysymyksiin niin kuin oli suunniteltu.

Vilkan (2015, 31- 33) mukaan, tieteellisen tutkimuksen vaatimukset ja tavoitteet toimi-vat yhteistyössä työelämän tutkimusavusteisen kehittämisen kanssa. Ne tukevat positii-visesti toisiaan ja ovat siksi yhdistettäviä. Teorian ja uusien käytäntöjen tuottaminen parhaillaan tukevat toinen toistaan, koska teorian tulevat käytännöstä ja käytäntö sovel-taa teoriaa sekä käytännöt uudistuvat teorioiden avustuksella. Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on luoda uutta tietoa. Uudeksi tiedoksi kutsutaan sellaista tietoa, jossa tutki-

jat pystyvät näyttämään miten jo olemassa olevaa tietoa voidaan soveltaa jonkin toiminnan kehittämiseen tai miten aikaisempaa tietoa pystytään yhdistämään uusilla tavoilla.

Tämän opinnäytetyön tärkein teoria aineisto on vuonna 2013 tehdyt Sosiaali- ja terveysministeriön & Suomen kuntaliiton antamat ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevat laatusuositukset. Olemme myös käyttäneet teoriassamme kotimaisia ja ulkomaisia hoitotyön laatuun liittyviä tutkimuksia.

Kvantitatiivisen tutkimuksen ongelma on, että siihen yhdistetään useita rajoitteita. On periaatteessa mahdotonta arvioida, kuinka rehellisesti ja vakavasti tutkittavat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Tämän lisäksi, jos tutkimuksen vastausohjeet ovat olleet huonot, niitä on vaikea jälkikäteen kontrolloida. Joskus vastaajat saattavat vastata useammalla kuin yhdellä annetuista vastausvaihtoehdoista. Silloin tutkijan on mahdoton tietää oikea vastaus. Tutkijan on tärkeää antaa tarkat ja kohdennetut ohjeet vastauksien luomiseen. Tätä tutkija voi korostaa esimerkin antamisella ohjeissa. Kysymyslomakkeissa saattaa olla vastaamatta jääneitä kohtia, jolloin tutkittavan näkökulma jää epäluotettavaksi. Vastaajien omat tiedot tutkimusilmioistä voivat vaihdella, mikä näin ollen vaikuttaa heidän antamiinsa vastauksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 64-65.)

Meidän opinnäytetyössämme vastaamiseen annettujen ohjeiden merkitys oli suuri, koska kohdejoukkomme oli suurin osa ikäihmisiä. Hyvästä etukäteisvalmistelusta ja selkeistä ohjeista huolimatta, pieni osa vastaajista oli valinnut jossakin kohti kyselylomaketta usean eri vastausvaihtoehdon ja sutanneet ilmeisesti väärän vastausvaihtoehdon. Nämä vastaukset jouduimme hylkäämään, koska emme voi tietää mitä vastausvaihtoehtoa vastaaja tarkoitti. Hylkäsimme myös sellaiset väitteet joihin vastaaja ei ollut vastannut ollenkaan. Joistakin kyselylomakkeista puuttui kokonaisia sivuja, vaikka tarkistimme lomakkeet ennen niiden lähtemistä asiakkaille.

Kyselylomakkeen täyttämässä vastaaja sai pyytää apua hoitajalta tai omaiselta. Todellisuudessa emme voi tietää onko tämä vaikuttanut vastauksiin. Pohdimme yhdessä, onko vastaaja voinut rehellisesti vastata kaikkiin kohtiin, jos hoitaja avustanut kyselylomakkeeseen vastaamisessa. Luotettavuutta olisi voinut lisätä kysymällä taustatiedoissa auttoiko joku kyselytutkimukseemme vastaamisessa.

Tutkimuksesta ei pystytä keskustelemaan ilman käsitteiden tai lähtökohtien määrittelyä tai ymmärrystä tutkimuksen lähtökohdista. Tutkimuksen menetelmien pohdinta on keskeistä tutkimusta tehdessä. Tutkittava asia määrittää käytetyt menetelmät ja metodologiset sitoumukset. Käyttipä tutkija laadullisia tai määrällisiä menetelmiä, hänen on kerrottava sitoumuksensa ja lähtökohtansa. Tällöin tullaan pohtimaan julkisesti, millaiseen ihmiskuvaan sekä käsitykseen tiedosta (epistemologia) tai todellisuudesta (epistemologia) tutkija perustaa. Tutkijan käsitys todellisuudesta ja tiedosta vaikuttaa tutkittavan ja tutkijan suhteeseen, tutkittavaan ilmiöön suhtautumiseen sekä tulosten tulkintaan ja raportointiin. Tutkijan lähtökohtien ja taustojen julkaiseminen vahvistaa tutkimustulosten yleistettävyyttä sekä luotettavuuden arviointia. Se edistää tieteellisen tiedon karttumista ja tiedeyhteisön työskentelyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,15.)

Olemme molemmat aikaisemmalta koulutukseltamme lähihoitajia ja työskennelleet kotihoidossa. Meillä on jo valmiiksi kokemuksesta kotihoidon arjesta, minkä koemme olevan tässä työssä vahvuus ja pystyimme kohdentamaan teoriamme oikeisiin asioihin. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää, että haimme työllemme Karelia ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan tutkimusluvan (liite 2). Tämän lisäksi teimme toimeksiantosopimuksen (liite 1) mihin kirjattiin opiskelijoiden vastuualueet, toimeksiantajan vastuualueet ja muut yhteiset sopimukset.

8.2 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyössämme oli kolme keskeistä tutkimuskysymystä. Tutkimuskysymykset olivat ”Miten kotihoidon asiakkaat kokevat hoitotyön laadun kotihoidossa? Onko kotihoidon hoito laatusuosituksen mukaista? Mitä kehitettävää kotihoidon hoitotyön laadussa on?”

Kyselytutkimuksestamme nousi esiin selkeitä tuloksia. Suurin osa kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa kotihoidosta saamiensa palveluiden sisältöön. He myös kokivat kotihoidon palveluiden olevan riittäviä heidän tarpeisiinsa. Tämä tarkoittaa sitä, että kotihoidon tarjoamat palvelut on suunniteltu vastaamaan asiakkaiden tarpeita. Keipilän (2008, 20) mukaan hoivapalveluiden saajia ei enää pidetä

potilaina tai asiakkaina vaan kuluttajina. Kuluttajina heillä on oikeus valita ja kritisoida saamaansa hoitoa.

Osallisuuden ja toimijuuden laatusuosituksessa kerrotaan, että ikäihmisillä on oltava mahdollisuus päästä vaikuttamaan omien palveluidensa sisältöön, arviointiin ja toteutukseen. Tämän lisäksi vanhusneuvoston edellytyksiä ja roolia on vahvistettava ikään-tyvien osallisuuden mahdollistajana. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kunta-liitto 2013, 20.)

Kotihoidon työntekijöiden ammattitaito ja osaaminen sai keskiarvoltaan parhaimpia tuloksia kyselylomakkeesta (4,41 asteikolla 1-5). Kaupungissa asuvat olivat jonkun ver-ran enemmän tyytyväisempiä kotihoidon henkilökunnan osaamisen ja ammattitaitoon kuin maaseutualueella asuvat. Tulos kertoo, että kotihoitoon on valittu ammattitaitoisia ja osaavia työntekijöitä. Öhlerin tutkimuksessa (2015, 16–17) potilaiden ja hoitajien vuoropuheluissa olivat yleensä esillä lääkitykset, kipujen hallinta, lääketieteelliset oireet ja tekniset toimenpiteet sekä ravintokysymykset. Hoitajien työhön kuuluvat potilaiden ja perheiden ohjeistus, koulutus sekä hoidon koordinointi.

Tarpeeksi apua päivittäisissä hoitotoimenpiteissä ja arjen toiminnoissa sai kaikista vas-taajista noin puolet. Suurin osa heistä koki saavansa melkein tarpeeksi apua päivittäisis-sä toiminnoissa. Tulos kertoo, että asiakkaista suurin osa on tyytyväisiä avun riittävyy-teen selviytyäkseen mahdollisemman pitkään kotona. Tepposen (2009, 152) tutkimuk-sen tuloksissa tulee esille, että kotihoidon laatu vaikuttaa kotona asuvan ikäihmisen avun, hoidon ja hoivan tarpeisiin. Asiakkaan saaman avun riittävyys kuvaa tarpeentyy-dytystä eli hoitotyön laatua.

Kaikista kyselyyn vastanneista 94 % oli saanut apua turvallisuuden ja esteettömyyden kartoitukseen kotonaan. Heistä ainoastaan 6 % koki, ettei turvallisuutta ja esteettömyyt-tä oltu kartoitettu. Asuinympäristönsä turvalliseksi ja esteettömäksi tai melkein turvalli-seksi ja esteettömäksi koki kaikista vastaajista 82 %.

Asumisen ja elinympäristön laatusuosituksen mukaan kuntien on varauduttava vanhus-ten tulevaisuuden tilan tarpeeseen ja asumisen edistämiseen. Näihin asioihin kuntien on kiinnitettävä huomiota ennakoivilla kotikäynneillä. Kotikäynneillä on tarkoitus kartoit-

taa esteettömyys ja turvallisuuskysymykset ikäihmisen kotona. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 23-24.) Tutkimuksemme tulosten mukaan asiakkaiden turvallisuus ja esteettömyys ovat laatusuosituksien mukaisia.

Lisäapua kotihoidon asiakkaat kokivat tarvitsevansa eri asioissa ”Siivouksessa auttamisessa.”, ”Kodinhoidossa.”, ”Ulkoilussa ja virkistystoiminnassa.”, ”Asioimisessa ja aktivoimisessa.”, ”Lääkehuolto on tärkein, muuten koen pärjääväni.”, ”Koen, että aamuisin hoitajat tulevat liian myöhään paikalle.”, ”En toistaiseksi.”, ”Ei ole tällä hetkellä tarvetta.” Nämä vastaajien sanallisesti ilmaistut asiat ovat yhtenäisiä muiden tutkimuksemme tulosten kanssa. Varsinainen kodin siivous ei kotihoidon hoitotyön palveluihin kuulu, mutta päivittäiset pienet askareet hoitajat voivat auttaa asiakkaita tekemään.

Väite kotihoidon henkilökunnan arvioinneista lääkkeiden sopivuudesta ja oikeasta vaikuttavuudesta sai vaihtelevia vastauksia. Kaikista vastaajista 70 % oli melkein tai täysin tyytyväinen lääkehoitoon. 24 % heistä ei tiennyt mitä mieltä oli lääkehoidon toteutumisesta ja täysin eri mieltä oli vain 6 %. Tulosten mukaan kotihoidossa voidaan olla tyytyväisiä lääkehoidon toteutukseen.

Oikeat palvelut oikeaan aikaan laatusuosituksessa sanotaan, että asiakkaiden lääkehoito on toteuttava Turvallinen lääkehoito-oppaan tukemana. Tässä oppaassa on tavoitteena yhtenäistää lääkehoidon periaatteet, määrittellä vähimmäisvaatimukset lääkehoitoa toteuttavien yksiköiden kesken ja selkeyttää lääkehoidon vastuunjako. Lääkehoidon toteuttaminen asiakkaille perustuu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitoon liittyvät periaatteet ja ohjeet ovat samat kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisille ja julkisille toimijoille. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 34-35.)

Tutkimuksemme merkittävimmät kehittämisen kohteet kotihoidon hoitotyön laadussa olivat päivittäisen liikunnan ja kuntoutumisen ylläpitämisessä, asiakkaiden ulkoilemisessa sekä kotihoidon ajan riittävydessä asiakkaille.

Tuloksista tuli esille, että kaikista vastaajista 37 % oli päivittäisen liikunnan ylläpitämiseen ja kuntoutumiseen jokseenkin tyytymättömiä tai täysin tyytymättömiä. Alle 80-vuotiaista täysin tyytymätön ei ollut kukaan, mutta 29 % oli jokseenkin tyytymätön. Yli

80-vuotiaista jopa 44 % oli täysin tyytymättömiä päivittäisen liikunnan ylläpitämisen ja kuntoutumisen riittävyyteen.

Palvelujen rakenteen laatusuosituksessa kerrotaan, että ihmisten kotona asumisen mahdollistaminen on tärkeää. Kuntien on tulevaisuudessa investoitava ikäihmisten kuntoutumisen lisäämiseen ja monipuolisuuteen sekä ihmisten terveen ja toimintakykyisen vanhentumisen tukemiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 34.)

Kaikista vastaajista riittävästi tai melkein riittävästi ulkoili viikossa 34 %. 55 % oli täysin tai jokseenkin eri mieltä ulkoilun riittävyydestä. Maaseudulla asuvat olivat ulkoiluun tyytymättömämpiä, kuin kaupungissa asuvat. Maaseudulla jokseenkin tai täysin eri mieltä ulkoilun riittävyydestä oli 55 % ja kaupungissa 50 %. Tuloksista meille tulee mieleen, että vaikuttaako niihin entistä huonokuntoisempien asiakkaiden hoitaminen kotona. Pelottaako asiakkaita lähteä yksin ulos kotoaan, jos he kaatuvat? Miten saisimme asiakkaita paremmin liikkeelle ja kuntoutumaan kotihoidossa? Pitäisikö olla enemmän kohdennettuja liikuntapalveluja erityisryhmille? Pitäisikö kotihoidon työntekijöiden tehdä enemmän kuntouttavaa toimintaa asiakkaiden kotona päivittäin?

Opinnäytetyömme tutkimustulokset ovat samanlaisia Tepposen väitöskirjan (Kotihoidon integrointi ja laatu) tulosten kanssa. Tepposen (2009, 152) tutkimuksessa molemmissa osallistujia kaupungeissa heikoimmin apua saatiin keskustelemisessä. Toiseksi riittämättömämmäksi muuttujaksi arvioitiin asiakkaiden saama apu fyysisessä toimintakyvyssä, paitsi Varkaudessa asuvien asiakkaiden mielestä. Siivous ja asiointiapu nousivat riittämättömäksi muiden, paitsi lappeenrantalaisten asiakkaiden mielestä. Lappeenrannassa 81 % asiakkaista koki saavansa riittävästi apua siivouksessa ja asioinnissa. Tepponen toteaaakin, että suurimmat tyydyttymättömät vanhusten avuntarpeet ovat siivouksessa, psykososiaalisessa tuessa ja liikkumisen avustamisessa. Tämän lisäksi tarvittaisiin lisäapua ikäihmisten asioinnin tukemisessa.

Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen laatusuosituksessa korostetaan, että terveydenhuollon ammattilaisten on tulevaisuudessa kiinnitettävä huomiota yleisen terveysneuvonnan lisäksi muun muassa, matalan kynnyksen liikuntaneuvonnan

ja liikuntatiedon lisäämiseen (tähän kuuluvat liikkumiskyvyn arvioinnin lisääminen terveydenhuollossa). (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 27-29.)

Huomattavaksi kyselylomakkeemme väitteeksi nousi kotihoidon ajan riittävyys asiakkaille. Kaikista vastaajista 44 % prosenttia koki kotihoidon ajan olevan riittävää ja 56 % koki ajan olevan riittämätöntä. Eli yli puolet asiakkaista oli sitä mieltä, että kotihoidon aika oli heille riittämätöntä.

Hoidon ja huolenpidon laatusuosituksen mukaan kotihoidon henkilöstön vähimmäistarvetta lasketaan vertailemalla asiakkaille myönnettyjen palveluiden tunteja ja henkilöstön työpäivien välitöntä työaika (eli asiakkaan luona vietettävien tuntien määrää päivässä). Kotihoidon asiakkaan palveluihin käytettävät tunnit määräytyvät palvelusuunnitelman mukaan. Palvelusuunnitelmaa päivitetään asiakkaan toimintakyvyn mukaan, mikä voi laskea tai nostaa asiakkaan tuntimäärää. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 47-50.)

75 % (n=16) kaikista vastaajista oli täysin samaa mieltä tai melkein samaa mieltä kyselylomakkeemme väitteestä kotihoidon henkilökunnan osaavuudesta arvioida asiakkaiden selviytymistä päivittäisistä arjen toiminnoista asianmukaisesti. 12 % (n=16) vastaajista ei osannut sanoa, onko päivittäisen selviytymisen arvioiminen asianmukaista. Jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä heistä oli 12 % (n=7).

Kyselylomakkeen kysymyskohdassa ”Saatteko tarpeeksi kotihoidon henkilökunnalta henkistä tukea ja keskustelu apua?” vastasi kaikista vastaajista 67 % olevan täysin tyytyväisiä tai melkein tyytyväisiä henkilökunnan henkiseen tukeen ja keskustelu apuun.

Näistä opinnäytetyön tuloksista on melkein mahdotonta vetää johtopäätöksiä mitä tarvittaisiin lisää, että kotihoidon aika olisi sopiva asiakkaille. Vastaustausten mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä kotihoidon palveluihin, kotihoito osasi arvioida asiakkaiden toimintakyvyn asianmukaisesti päivittäin sekä keskustelu apua ja henkistä tukea oli vastaajien mielestä riittävästi. Laatusuositusten näkökulmasta asiakkaiden palveluihin käytettävä aika määräytyy ihmisen toimintakyvyn mukaan. Se on tosiasia, että monelle ikäihmiselle kotihoito voi olla melkein ainoita ihmiskontakteja päivittäin. Onko vanhus-ten yksinäisyys lisääntynyt viime aikoina? Vaikuttaako maailman digitalisoituminen

ikäihmisten kokemukseen jäädä yhteiskunnan ulkopuolelle ja sosiaalisten verkkojen katoamiseen? Tarvittaisiinko ikäihmisille lisää yhteisöllistä toimintaa?

Osallisuuden ja toimijuuden laatusuosituksen mukaan ikäihmiselle on järjestettävä mahdollisuus osallistua yhteisölliseen toimintaan, vaikka hänen toimintakykynsä olisi heikentynyt. Käytännössä tämä tarkoittaa, että ikääntynyt saa tarvitsemansa tuen osallistumiseen. Tähän sisältyy erilaisten apuvälineiden huomioiminen, kuten lukemisen, näkemisen, kuulemisen, kommunikoinnin, yhteydenpidon, liikkumisen ja muistamisen avuksi olevat apuvälineet. Tärkeänä pidetään myös, että turvataan ikäihmisen omaisten ja läheisten osallistuminen ikäihmisen elämään, jos hän sitä itse haluaa. Suosituksessa sanotaan, että kaikissa kunnan järjestämien toimintojen suunnittelussa pitää huomioida ikäihmisen mahdollisuus osallistumiseen ja mahdollisten esteiden poistaminen. (Sosi- aali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2013, 20.)

Avoimeen kysymykseen ”Missä asioissa haluaisitte kotihoidon henkilökunnan kehittä- vän ammattitaitoaan?” saimme seuraavia vastauksia; ”Olen kokenut, että hyvin on toi- minut, ei voi moittia.”, ”Ovat ammattitaitoisia.”, ”Ei oikein missään, riittävän hyviä ovat.”, ” Diabeteksen hoitoon liittyvissä asioissa.”, ”Asiakkaan liikuttelemisessa, jos hänellä on jokin vamma.”, ”Opiskelijat eivät aina osaa.”, ”Ei erityistä”, ”Käsihygieniä.”, ”Voimakkaat hajusteet ja tupakan haju voi aiheuttaa haittaa astmaa sairastavalle.”. Täs- sä tutkimuksemme kohdassa nousi esille kotihoidon työntekijöiden perusasioiden hal- linta ja asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden huomioonotto. Näitä asioita ei voi korostaa liikaa hoitotyössä.

Kotihoidon henkilökunnan asiakkaiden kohtelemisen hyvin ja oikeudenmukaisesti tuli tuloksissa esiin erinomaisena. Tämä tulos kertoo miten kotihoidon henkilökunta osaa käsitellä asiakkaita ammattitaidolla ja huolella. Öhlén (2015,17) kertoo tutkimukses- saan, miten potilaan persoona on helpompi nähdä kotona kuin sairaalan vuodeosastolla. Potilaiden perheet ovat tärkeä osa hoitotiimiä. Hoitajien pitää asettua potilaiden vaihte- leviin tilanteeseen. He sallivat potilaille asioita mitä osastolla ei voinut sallia, kuten tu- pakan polttaminen ja lemmikit sängyssä. Hoitajien työ on usein itsenäistä, mutta he kui- tenkin pystyvät soittamaan apua työkavereiltaan tai lääkäriltä.

Avoimeen kysymykseen ”Voisiko kotihoidon henkilökunta muuttaa jotenkin toimintaansa teidän kohtelemisessa?” oli vastattu seuraavasti; ” Ei tule mieleen.”, ”Hyvin toimivat”, ”Olisi mukavaa, jos olisi enemmän aikaa”, ”Kohtelevinen on ollut asiallista”,

”Enemmän aikaa keskustelulle”, ”Ei voi muuttaa, kohtelu on hyvää”, ”Jos voisivat käydä sovittuina aikoina. Joskus tulevat etuajassa, joskus täytyy odotella”, ”Minua on autettu paljon ja kohdeltu hyvin, kiitos paljon.”, ”Hyvää kohtelua”. Vastauksista ei nousut esille merkittävää palvelujen kehittämisen kohdetta, vaan asiakkaan kokivat henkilökunnan toiminnan hyvänä.

Yhteenvedona opinnäytetyön tuloksista meille selvisi, että suurin osa kotihoidon asiakkaista koki hoitotyön laadun kotihoidossa hyvänä ja kotihoidon hoito oli laatusuosituksen mukaista. Merkittävimmät kehittämisen kohteet kotihoidon hoitotyön laadussa olivat päivittäisen liikunnan ja kuntoutumisen ylläpitämisessä, asiakkaiden ulkoilemisessa sekä kotihoidon ajan riittävydessä asiakkaille.

8.3 Opinnäytetyö prosessina ja ammatillisen kasvun välineenä

Opinnäytetyöprosessimme alkoi tammikuussa 2016, kun saimme listan toimeksiantajien antamista aiheista ja ilmoittauduimme opinnäytetyön tekijöiksi. Aikataulullisesti meillä oli tarkoitus saada opinnäytetyömme valmiiksi ennen vuotta 2017, jolloin Siun Sote lähtee käyntiin.

Aiheeksi valikoitui hoitotyön laatu kotihoidossa, koska meillä molemmilla oli ennestään työkokemusta kotihoidosta. Aiheen varmistuttua olimme yhteydessä toimeksiantajan edustajaan. Helmikuussa 2016 keskustelimme toimeksiantajan toiveista opinnäytetyön toteutuksen suhteen sekä aikataulusta. Toimeksiantaja antoi alusta lähtien vapaat kädet toimeksiannon toteuttamiseen, joten päätimme tehdä kvantitatiivisen kyselytutkimuksen perustuen olemassa oleviin ikäihmisten hyvän hoidon ja palveluiden laatusuosituksiin. Kevään 2016 aikana etsimme teoritietoa opinnäytetyömme aiheesta ja teimme opinnäytetyö suunnitelman. Suunnitelman esittelimme ja saimme hyväksytyksi ohjaavan opettajan taholta toukokuussa 2016. Kesän 2016 pidimme opinnäytetyömme teosta taukoa.

Elokuussa 2016 koulujen alkaessa jatkoimme opinnäytetyön työstämistä ja olimme yhteydessä toimeksiantajaan tutkimusluvan tiimoilta. Tässä vaiheessa oli toimeksiantajan puolelta yhteyshenkilö vaihtunut ja hänellä oli parannus ehdotuksia opinnäytetyö suunnitelmaan ja muihin tarvitseviimme lupiin. Lopullisen tutkimusluvan saimme toimeksiantajan kanssa tehtyä syyskuussa 2016. Tässä vaiheessa olimme jo tehneet opinnäytetyömme alustavan kyselylomakkeen ja esitelleet sen pienryhmässä.

Esitestasimme kyselylomakkeemme syyskuun lopussa viidellä vastaajalla. Esitestauksen vastauksista keskustelimme pienryhmässä ja päätimme muokata vielä kyselylomaketta. Varsinaisen kyselytutkimuksemme toteutimme 3.10.2016-16.10.2016 kahdella eri toimeksiantajan kotihoidon alueella. Toinen alue oli maaseudulla ja toinen kaupungissa. Molempiin kotihoidon yksiköihin toimitimme 15 kappaletta kyselylomakkeita. Yhteensä kyselylomakkeitamme oli 30 kappaletta. Jokaisen kyselylomakkeen mukana oli saattekirje ja tyhjä vastauskirjekuori.

Vastausajan päätyttyä kävimme henkilökohtaisesti hakemassa täytetyt kyselylomakkeet kotihoidon toimistoilta. Palautuneita kyselylomakkeita oli 9 kaupunkialueelta ja 9 maaseutualueelta. Vastausprosentti oli 60 % koko aineistosta. Vastausten tuloksia aloimme yhdessä työstämään taulukoiksi Windows Excel 2013 ohjelmalla, samalla teimme ristiintaulukointia ja analysoimme tuloksia. Tämän jälkeen teimme opinnäytetyön pohdinnan, tiivistelmän ja johdannon. Kaikki tämä tapahtui loka-marraskuussa 2016. Marrasjoulukuun 2016 vielä syvensimme ja viimeistelimme opinnäytetyötämme.

Opinnäytetyöprosessi kesti meillä kokonaisuudessaan vuoden verran. Prosessissa opimme yhteistyön merkitystä, sekä yhteistyötaitoja. Opinnäytetyömme tekeminen parityökentelynä oli antoisaa, koska pystyimme jakamaan prosessin eri vaiheet, pohtimaan yhdessä asioita sekä täydentämään toisiamme. Opinnäytetyöprosessin aikana haasteita aiheutti toimeksiantajan edustajan vaihtuminen, joka aiheutti pientä viivästystä aikatauluihin. Se kuitenkin opetti meille kärsivällisyyttä.

8.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat

Siun Sote alkaa Pohjois-Karjalassa tammikuussa 2017 alkaen. Olisi mielenkiintoista tehdä tämän jälkeen samanlainen kvantitatiivinen kyselytutkimus ja vertailla näitä tutkimuksia keskenään. Tulevan Siun Soten aikaiset palvelujen määritykset on jo tehty, joten haluaisimme tulevaisuudessa tietää miten nämä palvelut ovat toteutuneet ja vaikuttaneet asiakkaisiin. Ovatko kansalaiset tasavertaisia maakunnittain saamissaan palveluissa? Onko hoitotyön laatu samanlaista Siun Soten palveluissa paikasta riippumatta?

AVOT- hanke (Arvokasta Vanhemista Omatoimisuutta tukemalla) on kehitetty tulevan Siun Soten alueella yhteen sovittamaan sekä yhdenvertaistamaan ikäihmisten palveluiden kokonaisuutta. Hankkeen tarkoituksena on turvata ikäihmisille tasa-arvoiset palvelut asuinpaikkakunnasta riippumatta. Hankkeessa ovat mukana Siun Sote, Karelia- ammattikorkeakoulu, Pohjois-Karjalan koulutusyhtymä sekä muita yhteistyökumppaneiksi sitoutuneita järjestöjä, seurakuntia, koulutusorganisaatioita ja yrityssektorin edustajia. Yhdenvertaisten palveluiden avulla pyritään vahvistamaan ikäihmisten turvallisuutta, arjen hallintaa, sekä elämisen miellekyyttä. (Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä Siun Sote 2016, 2, 5.)

Tulevassa Siun Sotessa on ajatus integroiduista asiakaslähtöisistä palveluista. Palveluiden taloudelliseen, moraaliseen ja sosiaaliseen kehittämiseen tarvitaan potilas ja asiakas tietojen siirtymistä, hyvää johtamista ja hyvinvointiteknologian hyödyntämistä. Muutokset lähtevät henkilöstöstä, organisaation johdosta ja yhteiskunnasta. On osattava hyödyntää paremmin kuntien asukkaiden kokemustieto ja voimavarat, jotta saadaan parempia palvelukokonaisuuksia. (Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä Siun Sote 2016, 2.)

AVOT- hankesuunnitelman sivuilla kerrotaan, että toimivassa kotihoidossa palvelut ovat saatavilla vuorokauden ympäri, akuuttitilanteiden toimintamalleja on kehitettävä ja asiakkaiden kuntoutumista on tuettava ja luotava yhteisiä käytäntöjä. Toinen merkittävä kehittämisen kohde on ikäihmisten omais- ja perhehoito, jossa halutaan lisää palveluiden vaihtoehtoja ja valinnanmahdollisuuksia. (Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä Siun Sote 2016, 2.)

Opinnäytetyömme tutkimusta voisi myös syventää vielä kvalitatiivisella haastattelututkimuksella, joka antaisi lisää näkökulmaa tutkimuksen tuloksiin. Laatu on aiheena sellainen, että se ikinä vanhenee vaan aina tarvitaan uutta tietoa, uusia tutkimuksia ja uutta näkökulmaa. Laatu on mittari hoitotyön onnistumiselle. Säännöllisesti mittaamalla hoitotyön laatua voidaan kehittää eteenpäin terveydenhuollon palveluita.

Lähteet

- FCG konsultointi 2016. RAVA-lomake.
<https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/ar01s04.html>. 11.11.2016.
- Finne-Soveri, H. 2013. RAI-vertailukehittäminen. Potilasturvallisuuspäivät 2013.
<http://www.slideshare.net/THLfi/harriet-finne-soveriraivertailukehittminen18032013>. 4.3.2016.
- Finne-Soveri, H & Noro, A. 2006. Teoksessa Björkgren, M., Vähänkangas, P. (toim.). Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu-RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö, sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Vaajakoski: Gummerus.
- Heinola R. 2006. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa Konttinen, M., Björkgren, M., Heinola, R. & Heinola, R. (toim.) Asiakslähtöinen kotihoito, opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino. s 26-29.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki : Tammi.
- Kaltiainen, T. Vs kotihoidon päällikkö. Joensuun, Kontiolahden ja Outokummun sosiaali- ja terveystalouden yhteistoiminta- alue. 9.8.2016.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki : WSOYpro.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki : Sanoma Pro Oy.
- Karukannas, S. & Pesonen, A. 2016. Kotihoidon palveluiden myöntämisen perusteet ja sisältö Joensuun, Kontiolahden ja Outokummun sosiaali-terveyspalveluiden yhteistoiminta- alueella 1.3.2016 alkaen. Joensuun Kaupunki.
<http://www.joensuu.fi/documents/11127/174101/Kotihoidon+my%C3%B6nt%C3%A4misen+perusteet/a81efcda-4280-441b-8443-cc8ab6cdca50>. 10.4.2016.
- Kattainen & Luoma. 2006. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinola, R (toim.) Asiakslähtöinen kotihoito, opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus.s 18-21.
- Keipilä L. 2008. Asiakasnäkulma kotihoidon palvelujen laatuun., Tampereen yliopisto. Sosiaalityö. Pro-gradu tutkielma.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79046/gradu02530.pdf?sequence=1>. 8.11.2016.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 980/2012.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä, Siun Sote 2016. AVOT–Siun Sote. Arvokasta Vanhenemista Omatoimisuutta Tukemalla. Hankesuunnitelma.
http://www.siunsote.fi/files/2016/10/hankesuunnitelma_avot_310816.pdf.
- Sweden Sverige. 2017. Elderly care in Sweden. <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>. 21.1.2017.
- Sosiaali- ja terveystaloudenministeriö. 2016. Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon.
<http://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalahoidon>, 11.5.2016.
- Sosiaali- ja terveystaloudenministeriö & Suomen kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyväni kääntymisen ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveystaloudenministeriön julkaisuja 2013:11.

- https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1. 9.11.2015.
- Suomi.fi. 2017. Kansalaisten palvelut yhdessä osoitteessa.
http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/asumiseni/kotona_asujalle/yksityiset_palvelut_ja_vapaaehtoisapu/index.html?style=print.21.1.2017.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Kuopion yliopistojulkaisuja e.yhteiskuntatieteet 171. Kuopio: Kopijyvä
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Mikä on RAI?
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/mika-on-rai>. 4.3.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. RAVATM -mittari.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>, 11.5.2016.
- Tilastokeskus. 2016. Indeksit.
http://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql?page_type=sisalto&course_id=tkoulu_inde&lesson_id=4&subject_id=5. 25.8.2016.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2010. Vanhuspalvelut, säännöllinen kotihoito.
https://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf. 15.8.2016.
- WHO. 2012. Home Care across Europe.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf. 8.11.2016.
- Valta,A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteet. Akateeminen väitöskirja.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Öhlén, A. 2015. Advanced home care nurses' everyday practice. Karoliininen instituutti. Neurobiologian, hoitotieteen ja yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lisensiaatin lopputyö.
<http://www.stockholmssjukhem.se/Documents/AAdvanced%20home%20care%20-%20Nurses%60everyday%20practice%20-%20Agneta%20%C3%96hl%C3%A9n.pdf> 14.11.2016.

Toimeksiantosopimus

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistoiminta-alue
Toimeksiantajan edustaja:	Tuija Kaltiainen
Osoite:	Torikatu 18A 4 krs
Puhelinnumero:	050 342 5827
Sähköposti:	Tuija.Kaltiainen@jns.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot		
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma	
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1400136 Annika Astikainen	1400063 Kaisu Korhonen
Puhelinnumero:	0504961283(Annika), 0409651400 (Kaisu)	
Sähköposti:	Annika.Astikainen@edu.karelia.fi Kaisu.Korhonen@edu.karelia.fi	

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Kvantitatiivinen tutkimus hoitotyön laadusta kotihoidon asiakkaiden kokemana Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistoiminta-alueella
Toteutusmuoto	Kvantitatiivinen tutkimus
Aikataulu	1.1.2016-31.1.2017
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Opiskelijat kustantavat itse opinnäytetyöhön tarvittavat materiaalit.

Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja tukee opiskelijoita opinnäytetyön suorittamisessa antamalla työnsuorittamiseen tarvittavia tietoja ja sisäisiä aineistoja tarpeelliseksi katsomallaan tavalla. Toimeksiantaja sitoutuu auttamaan aineiston keräämisessä kohderyhmältä. Yhteyshenkilönä toimeksiantajan puolelta toimii Tuija Kaltiainen	

Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelijat laativat kvantitatiivisen tutkimuksen hoitotyönlaadusta Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistoiminta-alueen hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevien kotihoidon asiakkaiden kokemana. Opinnäytetyö toteutetaan Karelia-ammattikorkeakoulun eettisiä periaatteita noudattaen. Opinnäytetyön tekijän- ja käyttöoikeudet säilyvät tekijöillä. Toimeksiantaja saa rinnakkaiskäyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat esittelemään opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle. Kyselyt toteutetaan syksyn 2016 aikana, jonka jälkeen opiskelijat analysoivat aineiston ja esittelevät tulokset.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Helena Ikonen helena.ikonen@karelia.fi +358 50 354 3938

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Kaisu Korpunen Kaisu Korpunen
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Anni Astikainen Annika Astikainen 9.9.2016 Tuija Kattainen Tuija Kattainen
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys 8.9.2016 Helena K. Helena Kananen

Tutkimuslupahakemus



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haen/haemme lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus

Opinnäytetyön aihe:

Kvantitatiivinen tutkimus hoitotyön laadusta kotihoidon asiakkaiden kokemana Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoiminta-alueella

Tutkimuksen toteutuspaikka/-yksikkö:

Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoiminta-alue

Tutkimuksen:

- a) kohde/kohdejoukko: Joensuun kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoiminta-alueen hoito- ja palvelusuunnitelman piirissä olevat kotihoidon asiakkaat
- b) aineiston keruumenetelmä: Kvantitatiivinen kyselylomake
- c) aineiston keruun ajankohta: Syyskuu/ Lokakuu 2016

Opinnäytetyön tekijä/t:

Annika Astikainen

Annika Astikainen 1400136

Kaisu Korhonen

Kaisu Korhonen 1400063

Opinnäytetyön ohjaaja/t:

Helena Ikonen

Helena Ikonen
Tuntiopettaja, Karelia-ammattikorkeakoulu

Työelämäohjaaja:

Tuija Kaltiainen

Tuija Kaltiainen

9 / 9 20 16

Saatekirje

Hei, kotihoidon asiakas

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia-ammattikorkeakoulusta.

Teemme opinnäytetyötä hoitotyönlaadusta teidän asiakkaiden kokemuksiin pohjautuen. Opinnäytetyömme tutkimus toteutetaan kyselynä, johon voitte vastata nimettömänä. Tämä tarkoittaa, että henkilöllisyytenne pysyy salassa. Kysely sisältää väittämiä kotihoidon palveluista ja laadusta, johon vastaatte oman kokemuksenne mukaan 1-5 asteikkoa ja kyllä/ei vastauksia käyttäen. Muutamassa kyselylomakkeen kohdassa toivomme parin sanan kirjallista vastausta. Tarvittaessa voitte pyytää apua kotihoidon henkilökunnalta tai omaisilta kyselylomakkeen täyttämässä, kunhan vastaukset ovat teidän omia kokemuksianne.

Toivomme, että vastaatte kaikkiin kyselylomakkeessa oleviin kysymyksiin. Kun olette saaneet kyselylomakkeen täytettyä, laittakaa kyselylomake mukana tulleeeseen kirjekuoreen ja palauttakaa kirjekuori suljettuna kotihoidon työntekijälle.

Täyttämänne kyselylomake tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja hävittämään asianmukaisesti opinnäytetyömme valmistuttua. Osallistumisenne kyselyyn on vapaaehtoista, mutta tietenkin toivomme teidän osallistuvan. Opinnäytetyömme tarkoitus on tuoda tietoa miten laadukkaana asiakkaat pitävät kunnallista kotihoitoa ja miten Joensuu kaupungin, Kontiolahden kunnan ja Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoiminta-alue voi kehittää kotihoidon palveluita entistä asiakaslähtöisemmäksi. Valmis opinnäytetyö on julkinen asiakirja, jonka tulokset ovat luettavissa Theseus-tietokannasta.

Ystävällisen terveisin

Annika Astikainen

Annika.Astikainen@edu.karelia.fi

Kaisu Korhonen

Kaisu.Korhonen@edu.karelia.fi

Kyselylomake

KYSELYLOMAKE KOTIHOIDON ASIAKKAILLE

Vastatkaa kysymyslomakkeen jokaiseen kohtaan. Rastittakaa tai ympyröikää teidän mielestä oikea vaihtoehto, viivoitettuihin kohtiin toivomme teiltä parin sanan kirjallista vastausta.

Numeroiden merkitys:

1= Täysin erimieltä 2=Jokseenkin eri mieltä 3= Ei samaa, eikä eri mieltä

4= Jokseenkin samaa mieltä 5= Täysin samaa mieltä

(Taustatiedot 1-2)

1 a) Asutteko?

Joensuun Kaupungissa (Rantakylä, Mutala, Utra) Maaseudulla (Eno, Uimaharju)

1 b) Asutteko?

Yksin Puolison kanssa

2 a) Ikänne?

alle 60 vuotta 61–70 vuotta 71–80 vuotta 81–90 vuotta yli 91 vuotta

2 b) Saatteko kotihoidon palveluita?

Päivittäin Parin päivän välein Viikoittain Muutaman kerran kuussa

(Kysymykset 1-24)

1) *Oletteko saaneet apua turvallisuuden ja esteettömyyden kartoitukseen kotonanne?*

Kyllä Ei

2) *Koetteko asuinympäristönne turvalliseksi ja esteettömäksi?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 *(Täysin samaa mieltä)*

3) *Oletteko päässeet vaikuttamaan teille tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan?*

Kyllä Ei

4) *Koetteko, että teillä on mahdollisuus vaikuttaa kotihoidosta saamienne palveluiden sisältöön?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 *(Täysin samaa mieltä)*

5) *Ovatko kotihoidon työntekijät antaneet kattavasti neuvontaa ja ohjausta teille kuuluvista palveluista? (esimerkiksi etuisuudet, hoitotuki, kuljetuspalvelu, tutkimukset ja tarvittavien apuvälineiden hankinta)*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 *(Täysin samaa mieltä)*

6) *Ovatko saamanne kotihoidon palvelut omasta mielestänne teille riittäviä?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 *(Täysin samaa mieltä)*

7) *Ovatko kotihoidontyön työntekijät mielestänne ammattitaitoisia ja osavia?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

8) *Missä asioissa haluaisitte kotihoidon työntekijöiden kehittävän ammattitaitoaan?*

9) *Koetteko saavanne tarpeeksi apua päivittäisissä hoitotoimenpiteissä ja arjen toiminnoissa (esimerkiksi wc-avut, pukeutuminen, ruokailu, lääkehuolto, peseytyminen ja asunnon siistiminen)?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

10) *Missä asioissa koette tarvitsevanne lisäapua tai neuvontaa kotihoidon henkilökunnalta?*

11) *Tiedättekö onko teille nimitetty asioistanne vastaava vastuuhenkilö kotihoidossa?*

Kyllä Ei

12) *Onko kotihoidon henkilökunnalla tarpeeksi aikaa teille?*

Kyllä Ei

13) *Saatteko tarpeeksi henkistä tukea ja keskustelu apua kotihoidon työntekijöiltä?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

14) *Kunnioittaako kotihoidon henkilökunta teidän itsemääräämisoikeuttanne ja omia voimavarojanne?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

15) *Osaako kotihoidon henkilökunta arvioida teidän päivittäisistä arjen toiminnoista selviytymistä asianmukaisesti?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

16) *Osaako kotihoidon henkilökunta arvioida lääkkeidenne sopivuutta ja oikeaa vaikuttavuutta teidän kohdallanne?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

17) *Saatteko omasta mielestänne riittävästi kotihoidon lääkärin palveluita?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

18) *Saatteko riittävästi apua päivittäisen liikkumisen ylläpitämisessä ja kuntoutumisessa?*

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

19) *Ohjaako kotihoidontyöntekijät teitä tarpeellisten rokotusten ottamisessa?*

Kyllä Ei

20) *Saatteko mielestänne tarpeelliset rokotteet vuosittain?*

Kyllä Ei

21) Auttaako kotihoito teitä käymään ulkona?

Kyllä Ei

22) Saatteko mielestänne ulkoilla riittävästi viikoittain?

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

23) Kohtelee kotihoiton henkilökunta teitä mielestänne hyvin ja oikeudenmukaisesti?

(Täysin eri mieltä) 1 2 3 4 5 (Täysin samaa mieltä)

24) Voisiko kotihoiton henkilökunta jotenkin muuttaa toimintaansa teidän kohtelemisessa?

Kiitos vastauksista, aurinkoista syksyä! Kaisu & Annika

Esimerkki kyselytutkimuksen kysymyksistä tutkimuskysymyksittäin**Esimerkki kyselytutkimuksen kysymyksistä tutkimuskysymyksittäin**

Tutkimuskysymykset	Kysymyslomakkeen kysymykset numerojärjestys
1. Miten kotihoidon asiakkaat kokevat hoitotyön laadun kotihoidossa?	<p>4) Koetteko, että teillä on mahdollisuus vaikuttaa palveluidenne sisältöön?</p> <p>6) Ovatko saamanne kotihoidon palvelut omasta mielestänne teillä riittäviä?</p> <p>7) Ovatko kotihoidon työntekijät mielestänne ammattitaitoisia ja osaavia?</p> <p>9) Koetteko saavanne tarpeeksi apua päivittäisissä hoitotoimenpiteissä ja arjen toiminnoissa?</p> <p>10) Missä asioissa koette tarvitsevanne lisäapua tai neuvontaa kotihoidon henkilökunnalta?</p> <p>14) Kunnioittaako kotihoidon henkilökunta teidän itsemääräämisoikeuttanne ja omia voimavarojanne?</p> <p>23) Kohtelee ko kotihoidon henkilökunta teitä mielestänne hyvin ja oikeudenmukaisesti?</p>
2. Onko kotihoidon hoito laatusuosituksen mukaista?	<p>1) Oletteko saaneet apua turvallisuuden ja esteettömyyden kartoitukseen kotonanne?</p> <p>2) Koetteko asuinympäristönne esteettömäksi ja turvalliseksi?</p> <p>3) Oletteko päässeet vaikuttamaan teille tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan?</p> <p>5) Ovatko kotihoidon työntekijät antaneet kattavasti neuvontaa ja ohjausta teille kuuluvista palveluista?</p> <p>11) Tiedättekö onko teille nimetty asioistanne vastaava vastuuhenkilö kotihoidossa?</p> <p>15) Osaako kotihoidon henkilökunta arvioida teidän päivittäisessä arjen toiminnoista selviytymistä asianmukaisesti?</p> <p>16) Osaako kotihoidon henkilökunta arvioida lääkkeidenne sopivuutta ja oikeaa vaikuttavuutta teidän kohdallanne?</p> <p>17) Saatteko omasta mielestänne riittävästi lääkärin palveluita?</p> <p>18) Saatteko riittävästi apua päivittäisen liikkuamisen ylläpitämisessä ja kuntoutumisessa?</p> <p>19) Ohjaako kotihoidon henkilökunta teitä tarpeellisten rokotusten ottamisessa?</p> <p>20) Saatteko mielestänne tarpeelliset rokotukset vuosittain?</p>

Esimerkki kyselytutkimuksen kysymyksistä tutkimuskysymyksittäin

<p>3. Mitä kehitettävää kotihoidon hoitotyön laadussa on?</p>	<p>8) Missä asioissa haluaisitte kotihoidon työntekijöiden kehittävän ammattitaitoaan? 12) Onko kotihoidon henkilökunnalla tarpeeksi aikaa teille? 13) Saatteko tarpeeksi henkistä tukea ja keskustelu apua kotihoidon työntekijöiltä? 21) Auttaako kotihoidon henkilökunta teitä käymään ulkona? 22) Saatteko ulkoilla riittävästi viikoittain? 24) Voisiko kotihoidon henkilökunta jotenkin muuttaa toimintaansa teidän kohtelemisessa?</p>
---	---

Esimerkki ristiintaulukoinneista

Väite numero 22 ” Saatteko mielestänne ulkoilla riittävästi viikoittain?”

Kaikki vastaajat	n=18	luvut	prosentit
<i>1 täysin eri mieltä</i>		6	33,00 %
<i>2 jokseenkin eri mieltä</i>		4	22 %
<i>3 ei samaa eikä eri mieltä</i>		2	11,00 %
<i>4 jokseenkin samaa mieltä</i>		1	6,00 %
<i>5 täysin samaa mieltä</i>		5	28,00 %
<i>hylätty</i>		0	

	Kaupunkilaiset n=9		Maaseutulaiset n=9	
<i>1 täysin eri mieltä</i>	2	22,00 %	4	44,00 %
<i>2 jokseenkin eri mieltä</i>	3	33,00 %	1	11,00 %
<i>3 ei samaa eikä eri mieltä</i>	1	11,00 %	1	11,00 %
<i>4 jokseenkin samaa mieltä</i>	0	0,00 %	1	11,00 %
<i>5 täysin samaa mieltä</i>	3	33,00 %	2	22,00 %
<i>hylätty</i>	0			0,00 %

	alle 80 n=7		yli 80 n=11	
<i>1 täysin eri mieltä</i>	1	14,00 %	5	45,00 %
<i>2 jokseenkin eri mieltä</i>	2	29,00 %	2	18,00 %
<i>3 ei samaa eikä eri mieltä</i>	1	14,00 %	1	9,00 %
<i>4 jokseenkin samaa mieltä</i>	0	0,00 %	1	9,00 %
<i>5 täysin samaa mieltä</i>	3	43,00 %	2	18,00 %
<i>hylätty</i>	0			