



# **Tehostetun palveluasumisen laatu Nokialla asiakasnäkökulmasta**

Sosiaali- ja terveysalan  
kehittäminen ja johtaminen  
Geronomi ylempi AMK  
Opinnäytetyö  
Joulukuu 2010

---

Eeva-Maria Niemelä

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen		Geronomi (ylempi AMK)	
Tekijä/Tekijät			
Eeva-Maria Niemelä			
Työn nimi			
Tehostetun palveluasumisen laatu Nokialla asiakasnäkökulmasta			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Syksy 2010	44
TIIVISTELMÄ			
<p>Tämän selvityksen tarkoituksena oli selvittää millaisena tehostetun palveluasumisen asiakkaat ja heidän omaisensa kokevat palvelun laadun. Työn tavoitteena oli saada kaupungille palvelun ostajana heidän tarvitsemaansa tietoa palveluiden laadusta. Laatukriteerinä olivat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys sekä turvallisuus.</p> <p>Aineisto kerättiin tutkimusta varten laaditulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeita jaettiin 111 ja niitä palautui 65. Vastausprosentti oli 58,6. Tehostetun palveluasumisen laatua mitattiin 30 strukturoidulla kysymyksellä sekä seitsemällä avoimella kysymyksellä. Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS 13.0 for Windows -ohjelman avulla. Aineiston kuvailussa käytettiin prosentti- ja frekvenssijakaumia. Strukturoidusta kysymyksistä muodostettiin viisi summamuuttujaa ja taustatekijöiden yhteyttä niihin selvitettiin Kruskal-Wallis testin avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä ja raportoitin yhdessä määrällisen aineiston kanssa.</p> <p>Selvityksen tulosten perusteella laadun kriteerit täyttyivät Nokialla hyvin. Osa-alueet saivat arvosanoja 3,49-3,77 asteikon ollessa yhdestä neljään. Selvityksen mukaan parhaiten toteutuu oikeudenmukaisuus, kun vastaavasti huonoimman arvosanan sai itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Yksilöllisyyden kokemisessa tuli esiin tilastollisesti merkittävä ero miesten ja naisten välillä: miehet kokevat yksilöllisyyden toteutuvan huonommin kuin naiset. Lisäksi vastauksista nousi selkeästi esiin kiitollisuus. Asukkaat ja omaiset olivat kiitollisia henkilökuntaa kohtaan, omaiset olivat kiitollisia läheisensä hyvästä hoidosta ja asukkaat olivat kiitollisia omasta hyvästä hoidostaan sekä hoitopaikastaan.</p> <p>Puutteeksi palvelussa koettiin viriketoiminnan vähyys. Mielekäästä toimintaa, kuten kauppa-reissuja, ulkoilua, jutustelua ja laulamista toivottiin lisää joka hoivakodissa. Lisäksi toivottiin hoitajilta lisää aikaa asukkaille. Huomiota tulisi kiinnittää huoneiden lämpötilaan sekä turvallisuuteen mm. poistamalla turhia kynnyksiä ja varmistamalla kaiteiden riittävyys.</p>			
Avainsanat			
Tehostettu palveluasuminen, palvelun laatu, laatukriteerit			

Degree Programme in		Degree
Social Services and Health Care Development and Management		Master of Social Services
Author/Authors		
Eeva-Maria Niemelä		
Title		
The Quality of Enhanced Residential Care Housing in the City of Nokia from Customer Point of View		
Type of Work	Date	Pages
Master's thesis	Autumn 2010	44
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to find out how customers and their relatives experienced the quality of enhanced residential care housing in the city of Nokia. The aim was to get information what the city, as the buyer of the service, needs from the quality of the services. The quality criteria used in this study were self-determination, fairness, participation, individuality and safety.</p> <p>The material was gathered by a questionnaire that was particularly made for this study. Altogether 111 questionnaires were delivered and 65 of them were returned (58.6%). The quality of enhanced residential care housing was measured by using 30 structured questions and seven open questions. The quantitative data were analyzed with SPSS 13.0 for Windows. The data were described by percentage and frequency tables. The structured questions were formed into five sum variables and they were compared to background information with the Kruskal-Wallis test. All the open questions were analysed with deductive content analysis and were reported with quantitative results.</p> <p>According to the results, the quality criteria were met well in Nokia. The quality criteria areas got grades between 3.49 and 3.77 on the scale from one to four. The experience of fairness achieved the best result, whereas the fulfillment of self-determination got the worst grades. Furthermore, there was a statistically significant difference between men and women in experiencing individuality: men felt that the individuality criterium was fulfilled worse. Additionally, gratitude arose clearly from the replies of the open questions. The customers and their relatives were grateful towards the staff, the relatives were grateful of the good care of their beloved ones, and the customers were grateful of good care and housing they received.</p> <p>The lack of stimulating activities was experienced as a shortage in the care. In every nursing home the customers hoped for more meaningful activities like shopping trips, going outdoors, talking and singing. They also hoped for more time from the staff. Moreover, the results showed that attention should be paid to the temperatures of rooms, and also to safety, for example by removing additional doorsteps and by ensuring the adequacy of handrails.</p>		
Keywords		
enhanced residential care housing, the quality of the service, quality criteria		

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PALVELUN JA LAADUN MÄÄRITTELY	2
2.1 Palvelu	2
2.2 Laatu	3
2.2.1 Laatu käsitteenä	3
2.2.2 Laadun ulottuvuudet	4
2.2.3 Laatukriteerit	6
2.2.4 Pitkäaikaishoidon laatu	8
2.2.5 Asiakas palvelun laadun arvioijana	9
3 HOIDON LAATUA ARVIOIVIA MITTAREITA	10
3.1 Työntekijälähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita	11
3.2 Asiakaslähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita	12
3.3 Monitahoarviointi laadun mittarina	15
4 TOIMINTAYMPÄRISTÖ	16
4.1 Tehostetun palveluasumisen palvelut Nokialla	16
4.2 Tehostetun palveluasumisen yksiköt	17
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
6 OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUU JA –ANALYYSI	20
6.1 Tutkimusasetelma	20
6.2 Aineiston keruu	21
6.3 Aineiston analyysi	23
6.3.1 Strukturoidut kysymykset	23
6.3.2 Avoimet kysymykset	24
7 TULOKSET	25
8 POHDINTA	31
8.1 Tutkimuksen eettisyys	32
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	33
8.3 Tutkimustulosten pohdinta	36
8.4 Käytettyjen menetelmien pohdinta	38
LÄHTEET	40
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Valtion ja kuntien yhteisessä intressissä on ikäihmisten hoidon ja palvelujen jatkuva kehittäminen ja suomalaisen vanhustenhuollon pitäminen tasoltaan hyvänä ja laadukkaana. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. (Sosiaali- ja terveysministeriö - Suomen kuntaliitto 2008: 7–10.)

Valtakunnallisen suosituksen mukaan 5–6 % vanhuksista asuu tehostetun palveluasumisen piirissä. Sen mukaisesti Nokialla on tässä palvelumuodossa vuonna 2017 noin 300 vanhusta. Painopiste on nimenomaan tehostetussa palveluasumisessa, koska ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevien vanhusten määrä lisääntyy eniten. Vanhukset siirtyvät tehostettuun palveluasumiseen silloin, kun eivät enää selviydy kotihoidon turvin kotona. (Kotoisa ehto 2007: 9.)

Tehostetun palveluasumisen lisääminen on kotiin tuotettavien palveluiden ohella Nokian kaupungin vanhuspalveluohjelman tärkein painopistealue. Palveluasumisen suositusten mukainen lisääminen on välttämätön keino pitää yksikkökustannuksiltaan huomattavasti kalliimpi laitoshoidon suunnilleen nykyisessä laajuudessaan. Palveluasuntojen määrä Nokialla on täysin riittämätön, mikä vaikeuttaa vanhusten koko muun palveluketjun toimivuutta. (Kotoisa ehto 2007: 9.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisena tehostetun palveluasumisen asiakkaat ja heidän omaisensa kokevat palvelun laadun. Tarkoituksena on myös selvittää, onko palvelussa joitain puutteita tai kehitettävää. Vanhusten palveluiden kehittäminen edellyttää olemassa olevien palveluiden arviointia. Asiakkaiden näkemys palveluista on oleellista kehitettäessä palveluita asiakaslähtöisiksi.

Työn tavoitteena on saada palvelun ostajille heidän tarvitsemaansa tietoa palveluiden laadusta. Myös palvelun tuottajat saavat palautetta asiakaskyselyjen pohjalta, ja voivat palautteen avulla kehittää toimintaansa.

Palvelun laadun arviointia tarvitaan ensinnäkin siksi, että sen kokoaman tiedon avulla pystytään osoittamaan palvelun tuottamisen laadullisia vahvuuksia ja heikkouksia. Arviointi-informaatio toimii pohjana laadulliselle suunnittelulle ja kehittämistavoitteiden asettamiselle, antaa perusteita palkkiojärjestelmien käytölle ja on väline palvelujärjestelmien kehittämisessä. Se myös toimii peilin tavoin uudistusten arvioinnissa. (Lumijärvi 1994:11.)

## **2 PALVELUN JA LAADUN MÄÄRITTELY**

### **2.1 Palvelu**

Palvelut ovat aineettomia, erottamattomia ja heterogeenisiä, eikä niitä voi varastoida. Ne ovat aineettomiksi koettuja prosesseja, joissa tuotantoa ja kulutusta ei voida täysin erottaa ja joissa asiakas usein osallistuu aktiivisesti tuotantoprosessiin. (Grönroos 1998: 60; Rissanen – Kansanen 2003: 8.)

Palvelu ei ole asia, vaan se on sarja tekoja tai prosesseja jotka tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti. Useimmiten palvelu merkitsee jonkinlaista vuorovaikutusta palvelun tarjoajan ja asiakkaan välillä. Palvelu koetaan yleensä subjektiivisesti. Kun asiakkaat kuvailevat palveluja, he käyttävät ilmaisuja kuten kokemus, luottamus, tunne ja turvallisuus. Nämä ovat hyvin abstrakteja tapoja kuvata palvelua, syynä on palvelujen aineettomuus. (Grönroos 1998: 52–54.)

Stakes määrittelee palvelun seuraavasti: ”Organisoidun toiminnan tuloksena syntyvä aineeton hyödyke tarpeiden tyydyttämiseksi”. Hyödykkeellä tarkoitetaan sellaista tuotosta, joka tyydyttää ihmisen tarpeet joko välittömästi tai välillisesti. (Stakes 2002.)

Asiakkaan näkökulmasta katsottuna palvelua on kaikki se toiminta tai reaktiot, josta hän kokee maksavansa. Markkinoijan näkökulmasta palvelu pitää kuitenkin määritellä täsmällisemmin. Palvelu voidaan määritellä myös seuraavasti: ”Palvelu on teko, toiminta tai suoritus, jossa asiakkaalle tarjotaan jotain aineetonta, joka tuotetaan ja

kulutetaan samanaikaisesti ja joka tuottaa asiakkaalle lisäarvoa, kuten ajansäästöä, helppoutta, mukavuutta, viihdettä tai terveyttä.” (Ylikoski 1999:20.)

## **2.2 Laatu**

### **2.2.1 Laatu käsitteenä**

Laatu on käsitteenä laaja, ja sille on mahdotonta antaa yhtä ainoaa kattavaa määritelmää. Sanana laatu on kokenut jonkintasoisen inflaation, sillä sitä on käytetty esimerkiksi markkinoinnissa synonyymina useille eri tuotteiden tai palveluiden ominaisuuksille. Arkikielessä laatu usein merkitsee vain tuotteen laatua, sitä onko tuote hyvä vai huono. Johtamisfilosofioissa ja -malleissa termi laatu taas kattaa yrityksen koko toiminnan lopputuotteiden lisäksi. Voidaankin sanoa, että laatu on käsitteenä subjektiivinen, jokaisella on sille omanlaisensa määritelmä, ja sanan käyttö luo erilaisia mielikuvia vastaanottajasta riippuen. (Veini 2010.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun voisi myös määritellä kyvyksi täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaidolla, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Erityinen asiakasryhmä on palvelujen varassa elävät, kuten pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat vanhukset. Heidän kohdallaan kokemuksellinen laatu on erityisen merkittävä elämänlaadun kannalta. (Idänpää-Heikkilä – Outinen – Nordblad – Päivärinta – Mäkelä 2000: 11.)

Laatu on ominaispiirre, joka liittyy toiminnan, palvelun tai hoidon kykyyn täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset. Hyvä laatu vanhuspalveluissa tarkoittaa, että työyhteisöissä on tarkistettu ja myös otettu huomioon paitsi vanhusten odotukset ja palvelutarpeet myös muilta tahoilta tulevat odotukset ja vaatimukset. Muita tahoja ovat esimerkiksi omaiset ja lähipiiri, johto, päättäjät, lainsäädäntö, valtakunnalliset suositukset sekä tutkimuksen tuoma uusi tai täsmentynyt tieto. (Kunnat.net – Laatu vanhustyössä 2010.)

Koska palvelut eroavat tavartuotannosta, niiden laadulla on erilaisia ominaispiirteitä. Vaikka laatukäsitteeseen sisältyy yhtenä tavoitteena vaihtelun vähentäminen, se ei ole

käytännössä samassa mitassa mahdollista terveydenhuollon palveluissa kuin tavaratuotannossa. Vaihtelun vähentämiseen tulisi kuitenkin pyrkiä myös hoitotyössä. (Rissanen – Kansanen 2003: 8.)

### 2.2.2 Laadun ulottuvuudet

Palvelukäsitteen kaksijakoinen olemus (aineettomuus/aineellisuus) mahdollistaa erilaisia laadun määrittystapoja. Laatua voidaan pitää kokemuksellisena tai objektoituneena havaintona. Toisaalta laatua voidaan pitää enemmän tai vähemmän arvosidonnaisena käsitteenä. Laatukäsitteeseen saatetaan ottaa mukaan palvelun puitteisiin liittyvää arvostusta, asiakkaalle näkymättömissä olevia panos- ja prosessitekijöitä, henkilöstön ominaisuuksia jne. (Lumijärvi 1994: 15.)

Donabedian (1966) jakaa hoidon laadun kolmeen ulottuvuuteen: prosessi, rakenne ja lopputulos. Prosessi- ja rakennetekijät vaikuttavat lopputulokseen siten, että mitä soveltuvammat ja kehittyneemmät rakenteet ja toiminnot ovat, sitä paremmat ovat lopputulokset. Donabedianin mukaan laadun yksiselitteinen määrittelyminen on hyvin hankalaa, koska laatu voi merkitä eri asioita eri konteksteissa.

Myös Lumijärven (1994) mukaan laadullisuus pitää sisällään palvelun tuottamiseen sisältyviä komponentteja, jotka vaikuttavat sen arvostukseen. Komponentit voivat olla myös sellaisia, jotka liittyvät itse palveluun vain epäsuorasti, kuten tilojen viihtyisyys, asioinnin sujuvuus, palvelun saamiseen kuluva odotusaika sekä henkilökunnan ystävällisyys.

Lumijärvi (1994: 33–34) luettelee laadun pääalueiksi seuraavat:

1. palvelun sisältötekijöiden oikeellisuus (esim. virheettömyys, luotettavuus, turvallisuus)
2. palvelun aikatekijöiden toimivuus (mm. nopeus, sujuvuus, joustavuus)
3. palveluun liittyvän informaationvaihdon toimivuus (mm. tiedotus, ohjeiden selvyys)
4. palvelutapahtuman psyko-sosiaalinen toimivuus (mm. palveluhenkilöstön uskottavuus, asiantuntemus, ymmärtämys ja palvelualltius)



5. palvelun fyysiseen sijaintiin ja ympäristöön liittyvä toimivuus (esim. saavutettavuus, fyysiset puitteet)
6. kustannustekijöiden kohtuullisuus.

Ylikosken (1999: 127–129) mukaan kuluttaja muodostaa laatua arvioidessaan käsityksen seuraavista laadun ulottuvuuksista:

1. luotettavuus (palvelun johdonmukaisuus ja virheettömyys)
2. reagoitavuus (henkilöstön valmius ja halukkuus palvella asiakkaita)
3. pätevyys (palvelun tuottajilla on tarvittavat tiedot ja taidot)
4. saavutettavuus (helppo yhteydenotto)
5. kohteliaisuus (huomaavainen ja asiakasta kunnioittava käytös)
6. viestintä (ymmärrettävä kieli, asiakkaalle sopeutettu viestintä, tiedot hinnasta)
7. uskottavuus (asiakas voi luottaa, että organisaatio ajaa hänen etuaan)
8. turvallisuus (ei fyysisiä tai taloudellisia riskejä, luottamus)
9. asiakkaan ymmärtäminen / tunteminen (erityistarpeiden selvittäminen, yksilöllisyys)
10. palveluympäristö (asiakkaan näkemät konkreettiset asiat)

Saurén ja Haho ovat samoilla linjoilla edellisten kanssa. Heidän mukaansa palvelun kokonaislaatu muodostuu sekä *palveluprosessin* (toiminnallisen) laadun että *lopputuloksen* (teknisen) laadun summana. Palvelun laatu koostuu tarjonnan määrästä ja siihen läheisesti liittyvästä palvelun valinnanmahdollisuudesta, palveluprosessista ja palvelun lopputuloksesta. Sopivan laadukkaan palvelun avulla pyritään vastaamaan sekä loppuasiakkaan, palveluntuottajan että kunnan laatuodotuksiin. Palvelu on sopivan laadukas, kun se täyttää sille kohdistetut odotukset. (Saurén – Haho 2007: 4.)

Koetun palvelun kokonaislaadun näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää, että kaikki kolme osapuolta neuvottelevat palveluun kohdistuvista odotuksista, ja pyrkivät muodostamaan yhteisen näkemyksen toteutettavasta palvelusta. Tällaisia neuvotteluja ovat esimerkiksi palvelusopimusten tekeminen. Neuvottelussa kunta edustaa palvelun järjestäjän ja rahoittajan näkökulmaa, palvelun tuottaja palvelun tuottamisen näkökulmaa ja loppuasiakas palvelun saajan (ja maksajan) näkökulmaa. (Saurén – Haho 2007: 4.)

### 2.2.3 Laatuksriterit

Hoidon laatua mitattaessa on määriteltävä se, perustuuko laadullisesti hyväksyttävän toiminnan arviointi olemassa olevaan etukäteen määriteltyyn kriteeriin vai tiettyyn normiperustaiseen jakaumaan. Kriteeriperustainen arviointi ja mittaaminen tarkoittavat, että on olemassa jokin absoluuttinen kriteeri, johon todentuvaa toimintaa verrataan. Laatu on sitä parempi, mitä paremmin se vastaa asetettua kriteeriä. (Leino-Kilpi – Walta – Helenius – Vuorenheimo – Välimäki 1994: 6.)

Laatukriteeri on se mittaamisen perusta, joka kertoo meille, millaista tulosta ja laatutasoa tavoittelemme. Laatuindikaattoreiksi valitut laatukriteerit auttavat seuraamaan, onko tavoitteet saavutettu. On siis tärkeää määrittää laatukriteerit kaikelle keskeiselle toiminnalle. Jotta laatukriteerit toimisivat seurannan ja arvioinnin perustana, ne tulisi ilmaista niin selkeästi, että mittaamalla voidaan todeta, onko tavoitteet saavutettu. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000: 7.)

Laatukriteerit ovat apuna laadun sisällön konkretisoinnissa ja täsmentämisessä. Ne ovat palvelujen laadun arvioinnin apuvälineitä, laadun ominaisuuksia. Mittaamalla laatukriteerien täyttymistä voidaan arvioida, onko toiminta asetettujen tavoitteiden mukaista. Laatukriteerit toimivat myös suunnittelun apuna. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000: 7.) Laatukriteerin tulee kuvata sitä, mitä se on tarkoitettu kuvaamaan, eli sen ja sille valitun mittausmenetelmän tulee olla päteviä. Laatukriteerin tulisi perustua tutkittuun tietoon tai kyseisen palvelun asiantuntijoiden kokemukseen perustuvaan yhteiseen mielipiteeseen. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000: 14.)

Tässä selvityksessä laatukriteereinä käytetään ikäihmisten palvelujen laatusuosituksia. Ikäihmisten palvelujen laatusuositusten sisältöön vaikuttavat erityisesti oikeudet yhdenvertaisuuteen ja sosiaaliturvaan. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta, sekä hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Ihmisarvon turvaavia eettisiä periaatteita ovat esitetty taulukossa 1. (Sosiaali- ja terveysministeriö – Suomen kuntaliitto 2008: 12.)

TAULUKKO 1. Ihmisarvon turvaavia eettisiä periaatteita (Sosiaali- ja terveysministeriö – Suomen kuntaliitto 2008).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>itsemääräämisoikeus</b>, jonka toteutuminen edellyttää, että ikääntynyt ihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja ja että hän saa päätöksentekoaan varten tietoa ja muuta tukea. Itsemääräämisoikeutta voidaan edistää ikäihmisten voimavaroja tunnistamalla, vahvistamalla ja käyttämällä <i>voimavaralähtöisyyden</i> periaatteen mukaisesti.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>oikeudenmukaisuus</b>, joka liittyy inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää ikäihmisten yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa myös syrjinnän estämistä, epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista ja erilaisuuden hyväksymistä.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>osallisuus</b>, jota voidaan tarkastella sekä yksilön että laajemmin koko yhteiskunnan tasolla. Yksilön tasolla kyse on osallisuuden periaatteen tekemisestä näkyväksi ikääntyneiden palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisestä ja vahvistamisesta sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisesta niin, että ihminen on iäkkäänäkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Laajemmassa tarkastelussa sosiaalinen osallisuus merkitsee ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>yksilöllisyys</b>, joka korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena, yksilöllisenä persoonana. Palveluissa tehtäviä päätöksiä on arvioitava siltä kannalta, miten ne vaikuttavat ihmisen kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi yksilöksi ja tuntea elämänsä mielekkääksi. Yksilöllisyys on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuunottoa omasta elämästä.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>turvallisuus</b>, joka tarkoittaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomista. Turvallisuuden periaatetta toteutetaan muun muassa turvaamalla sosiaalisen tuen ja palvelujen saatavuus ja laatu sekä luottamus palveluntuottajien ja kuntalaisten välillä, huolehtimalla asuin ja hoitoympäristöjen palo- ja muusta turvallisuudesta sekä ehkäisemällä tapaturmia, väkivaltaa ja kaltoinkohtelua.</li> </ul>

Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen mukaan lukien oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. Ihmisarvoinen vanhuus edellyttää tietoisia arvovalintoja, jotka konkretisoidaan toimintasuunnitelmissa ja talousarviossa palveluiden määrällisiksi ja laadullisiksi tavoitteiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö – Suomen kuntaliitto 2008: 12.)

#### 2.2.4 Pitkääikaishoidon laatu

Pitkääikaisen hoivan tarjoaminen on haastavuudessaan vailla verta. Tavoitteena on mahdollistaa iäkkäälle, usein monisairaalle ja toiminnanvajeiselle henkilölle hyvä yksilöllinen elämä vielä sen viimevaiheessa. Tässä toiminnassa onnistuminen ja työn kehittäminen edellyttävät lukuisien eri palasten yhteensovittamista, joka puolestaan edellyttää systemaattista työtä ja tarkkoja arvioita yksilöiden tarpeista. Asukkaan ystävällinen ja asiallinen kohtaaminen aikuisella tasolla sekä henkilöstön ammattitaito ovat systematiikan lisäksi tarvittavia työvälineitä. (Lehtoranta – Luoma – Muurinen 2007: 53.)

Pitkääikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä, kuten tehostetussa palveluasumisessa, tavoitteena on, että asukashuoneet, yhteistilat ja käytävät ovat esteettömiä, turvallisia ja viihtyisiä. Fyysisen esteettömyyden ohella pitkääikaishoivan yksiköissä on panostettava siihen, että ympäristö on myös sosiaalisesti ja institutionaalisesti esteetön niin, että ikääntynyt ihminen toimintakyvyn rajoituksistaan huolimatta on ympäristössään täysivaltainen ihminen, jolla on oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja osallisuuteen. Turvallisuuden edistäminen on tärkeä osa palveluasumisyksiköiden ja laitosten toimintaa. Vastuu turvallisuudesta on palvelun tuottajilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö – Suomen kuntaliitto 2008: 41.)

Tavoitteena on että kaikissa pitkääikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä, dementia-ryhmäkodit mukaan lukien, jokaisella asukkaalla on oma huone ja siihen liittyvä hygieniatila, ellei asukas nimenomaan halua asua puolison tai muun yhteistä asumista toivovan asukkaan kanssa. Pitkääikaista hoivaa tarvitsevalle ihmiselle oma huone on koti ja sen tulisi näkyä kodikkuutena, viihtyisyytenä ja mahdollisuutena omiin kalusteisiin. Yhden hengen huoneet tukevat laadukkaan pitkääikaisen hoivan toteutusta turvaamalla asiakkaiden yksityisyyttä ja omaisten hoitoon osallistumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö – Suomen kuntaliitto 2008: 41.)

Pitkääikaishoivaa tarvitsevilla asukkailla on myös oltava mahdollisuus yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen: kodinomaisessa ympäristössä arkea eletään ja arjen askareita tehdään yhdessä, jolloin yhteistilojen viihtyisyys ja turvallisuus ovat tärkeitä. Osa

ikäntyneistä tuntee olonsa turvallisemmaksi ja viihtyisämmäksi yhteisessä huoneessa toisen asukkaan kanssa, johon on myös turvattava mahdollisuus. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö – Suomen kuntaliitto 2008: 42.)

Jos dementia-ryhmäkodin tai -yksikön asukkaiden määrä nousee yli 12–15 asukkaan, ryhmäkodin tilat on tarkoituksenmukaista jakaa pienempiin melko itsenäisiin kokonaisuuksiin. Pieni ryhmäkoko luo asukkaille turvallisuuden ja ympäristön hallinnan tunnetta ja työntekijöille mahdollisuuden perehtyä asukkaiden yksilölliseen tilanteeseen ja jakaa työ hallittaviin kokonaisuuksiin. Sisustettaessa tärkeitä ovat erilaiset orientoitumista helpottavat vihjeet sekä hahmottamista helpottavat tekijät, kuten selkeät pintamateriaalit ja heijastuksia minimoiva valaistus. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö – Suomen kuntaliitto 2008: 42.)

### **2.2.5 Asiakas palvelun laadun arvioijana**

Asiakas on palveluiden tai tuotteiden vastaanottaja. Asiakas voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Palvelujen tuottajan näkökulmasta asiakkaita ovat sekä todelliset että mahdolliset palvelujen vastaanottajat, sekä palvelun maksajat, kuten kunta tai valtio. (Stakes 2002.) Tässä selvityksessä asiakas on tehostetussa palveluasumisessa oleva vanhus.

Hoidon laadun arvioijina voivat olla asiakkaat, omaiset, tai yksikön sisäinen tai ulkopuolinen arvioija. Laadussa voi olla joko subjektiivinen eli asiakkaiden näkökulma tai objektiivinen eli ulkopuoliseen arviointiin perustuva näkökulma. Laatua voidaan tarkastella sekä palvelun tai hoidon aikana että sen jälkeen. Aina tulisi muistaa, että tärkeää on laatu sellaisena, kuin asiakas sen kokee. (Lehtoranta ym. 2007: 42; Grönroos 1998: 62.)

Organisaation toiminnan laadun arvioimisen pohjana käytettävien laatu- ja palvelutietojen keräämistä valintaan vaikuttaa keskeisesti se, halutaanko laatua kuvata välittömillä vai epäsuorilla mittareilla. Toinen tietojen hankintaa määrittävä seikka on, tukeudutaanko arvioinnissa ns. pehmeään tai kovaan aineistoon. Kovempia tietoja kerätään rekistereistä, virhetilastoista tai -listoista sekä kontrollilistoista. Mikäli

päädytään pehmeään aineistoon, se yleensä kerätään asiakastytyväisyysmittauksella. (Lumijärvi 1994: 88.)

Asiakastytyväisyysmittaus on hyvä väline kerätä tietoa asiakkaan näkökulmasta hoidon laatuun ja hoitoympäristöön. Kerättyä tietoa voidaan käyttää hoitoyksiköiden omaan kehittämistyöhön, hallinnolliseen päätöksentekoon sekä palvelujen suunnitteluun. Asiakkaan mielipide ja kokemus palvelujen laadusta tulisi olla vanhusten laitoshoidon kehittämisessä keskeisellä sijalla. (Lehtoranta ym. 2007: 31.)

Koska palvelun laadussa on primääristi kysymys palvelun sopivuudesta asiakkaan tarpeisiin, on luonnollista, että laadun arvioitsijoina käytetään juuri asiakkaita: laatu ilmenee asiakkaiden kokemusten kautta ja sitä myös mitataan asiakkaiden subjektiivisten arvioiden pohjalta. (Lumijärvi 1994: 65.)

Vaikka asiakkaiden itsensä suorittama laatu-arvio on luonnollisin tapa laatu-kokemusten kartoittamiseen, se on kuitenkin vain yksi mahdollisuus palvelun sopivuutta määriteltäessä. Asiakkaan omaisten tai läheisten tekemään arviointiin joudutaan turvautumaan niissä tapauksissa, joissa palvelun saaja ei psyykkisten tai fyysisten rajoitteiden vuoksi kykene tekemään arviota itse. Sijaisarvioija tekee arvionsa asiakkaan puolesta ja tietenkin myös hänen näkökulmastaan laatua arvioiden. (Lumijärvi 1994: 69.)

### **3 HOIDON LAATUA ARVIOIVIA MITTAREITA**

Hoivapalvelun laatua on tutkittu useasta eri näkökulmasta: hoitohenkilökunnan ja asiantuntijoiden, asiakkaiden sekä asiakkaan omaisten ja läheisten näkökulmista. Kokonaiskuvan saamiseksi osa laatu-tiedosta voidaan kerätä asiakas- ja henkilöstökyselyillä, osa saadaan hoito-olosuhteiden ulkoisella kartoittamisella, esimerkiksi keskimääräisiä odotusaikoja ja valitusten määriä kuvaamalla. Laadun yleinen kuva voidaan arvioida asiakastytyväisyyskartoituksella. Lisäksi laadun kuvaajina käytetään mahdollisesti sijaismittoja, kuten henkilöstön laatua ja määrää koskevia tietoja. (Lumijärvi 1994: 82–94).

### 3.1 Työntekijälähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita

Työntekijälähtöistä arviointia on perusteltu ensinnäkin sillä, etteivät asiakkaat kykene arvostelemaan hoidon laatua teknologian ja erikoistietojen puutteen vuoksi. On nähty, että arviointi edellyttää sellaista professiotietoutta, jota asiakkailta ei voida edellyttää. Yhtenä ongelmana on nähty myös se, ettei asiakkailta ole useinkaan vertailuperustaa laadun arvioinnille. Usein esitetty syy on myös se, että hoidossa olevien katsotaan kokevan liiaksi riippuvuutta hoitoprosessiin, pelkäävän arvioinnin mahdollisia seurauksia, minkä vuoksi he eivät uskalla antaa luontevaa arviota ja esittää kritiikkiä. (Lumijärvi 1994: 62–63.)

Laatua arvioivia työntekijälähtöisiä mittareita ovat mm.

- *Nursing Audit*, jonka tarkoituksena on arvioida hoidon laatua hoitotyön kirjallisten merkintöjen perusteella. Mittari soveltuu laadun arviointiin silloin, kun potilaan tila ja sen vaihtelut sekä annettu hoito on kirjattu papereihin viipymättä. Mittari koostuu 50 osiosta, jotka on ryhmitelty seitsemän ammatillista hoitotyötä kuvaavan laatuvaatimuksen alle. Laatuvaatimukset ovat: lääkärin määräysten soveltaminen, potilaan oireiden ja reaktioiden havainnointi, potilaan ohjaus, muiden hoitoon osallistuvien ohjaus, kirjaaminen, auttamismenetelmien soveltaminen ja toteutus sekä potilaan fyysisen ja emotionaalisen terveyden edistäminen ohjaamalla ja opettamalla. (Vertainen-Hiironen 2002: 7; Voutilainen 1992: 128–131.)

Voutilaisen mukaan Eine Lukander on arvioinut mittaria Helsingin yliopistollisen keskussairaalan neljällä syöpätautien vuodeosastolla vuonna 1986. Tutkimusaineiston muodosti 99 potilaan sairauskertomukset, joista tiedot kerättiin hoitotyön laadun arviointia varten. Lukanderin mukaan mittari soveltuu käytettäväksi hoitotyön laadun arviointiin Suomessa, mutta mittarin käytön edellytyksenä on, että sen idea, tavoitteet ja rajoitukset ymmärretään. (Voutilainen 1992: 130–131.)

- *QUALPACS (Quality Patient Care Scale, potilashoidon laatuasteikko)*, mittari arvioi potilaan saaman hoidon laatua sairaalajakson aikana erityisesti vuorovaikutuksellisissa hoitotilanteissa. Qualpacs arvioi kuinka hyvin potilaan hoidon tarpeet tulevat tyydytetyiksi verrattuna ennalta asetettuihin tavoitteisiin. Mittarin avulla kerätystä tiedosta voidaan osoittaa hoitotyön kehittämistä tarvitsevat alueet. Mittarissa on 68

osiota, jotka ovat jaettu kuuteen osa-alueeseen: yksilön psykososiaalinen hoito, ryhmän psykososiaalinen hoito, fyysinen hoito, psykososiaalinen ja fyysinen hoito, hoitotyöntekijöiden välinen potilaan hoitoa koskeva kommunikaatio ja hoitotyöntekijän ammatillisuus. (Vertainen-Hiironen 2002: 8; Voutilainen 1992: 131–132.)

Qualpacs-mittari mittaa hoitotyön laatua hoidon aikana. Sitä voidaan käyttää hoitotyön laadun mittaamiseen kaikkialla, missä potilas ja hoitotyön henkilöstö ovat vuorovaikutuksessa. Sen avulla voidaan arvioida myös erilaisten kehittämissohjelmien vaikutuksia. Mittaria käyttämällä voidaan myös määrittää heikkouksia ja vahvuuksia työyksikön hoitotyössä, jolloin koulutusta voidaan suunnata paremmin työyksikön tarpeita vastaavaksi. (Voutilainen 1992: 132.)

- *RAI (Resident Assessment Instrument)*, jonka tarkoituksena on kerätä potilaasta kokonaisvaltainen tiedosto, *Minimum Data Set (MDS)*, jota käytetään välittömästi ongelmien toteamiseen ja hoitosuunnitelmien laatimiseen. Kaavakkeen avulla arvioidaan mm. potilaan psykososiaalista hyvinvointia, fyysistä toimintakykyä, mielialaa, pidätyskykyä, ravitsemustilaa, aisteja ja kommunikaatiota. RAI:iin sisältyy useita pienempiä mittareita. *Quality Indicators (QI)* on hoidon laadun seurantaväline, *Social Engagement (SES)* mittaa tutkittavan sosiaalisen elämänlaadun ja sen aktiivisuuden ja *Cognitive Performance Scale (CPS)* kartoittaa dementian asteen. (Vertainen-Hiironen 2002: 9.)

Heikkilä ym. (2008:43–45) ovat arvioineet Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakennetta ja hoidon laatua RAI- järjestelmän avulla. Hoitotyön näkökulmasta suurin hyöty RAI arviointitiedoista on asukkaan tavoitteellisessa ja suunnitelmallisessa hoitosuunnitelmassa ja väliarviossa, näin vaikutetaan asukkaan hyvään vanhainkotielämään. RAI-arviointi on myös valaiseva tapa kertoa ulkopuolisillekin vanhainkotityön sisällöstä, eli siitä, mihin tarvitaan kaikkia niitä työntekijöitä, joita vanhainkodissa on työssä.

### **3.2 Asiakslähtöisiä hoidon laatua arvioivia mittareita**

Asiakkaiden käsitysten kartoittaminen on noussut tärkeäksi osaksi palvelukyvyyn arviointia myös hoitopalveluissa. Laatua ei enää haluta nähdä ainakaan puhtaasti



ammattillisena alueena, vaan siihen pyritään sisällyttämään asiakasarviointia. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta, aktiivisuutta ja osallisuutta korostetaan, ja pyritään arvioimaan millaisia mahdollisuuksia asiakkailla on vaikuttaa omien asioittensa hoitoon. (Lumijärvi 1994: 64.)

Asiakaslähtöisiä laatua arvioivia mittareita ovat mm.

- *PJS (Patient Judgements of Hospital Care)* -mittari kehitettiin mittaamaan asiakkaan näkemystä sairaalahoidosta ja sen laadusta. Mittarin tavoitteena oli löytää ne tekijät, joiden perusteella potilaat arvioivat hoidon laatua. Koko mittari sisältää 108 kysymystä neljältä aihealueelta: hoitoprosessin osatekijöiden laatu, potilaiden tyytyväisyys hoitoon, demograafinen ja kuvaileva informaatio sekä potilaiden yleinen hoitoon tyytyväisyys. (Vertainen-Hiironen 2002: 10–12.)

PJS-mittariin perustuvaa kyselyä on käytetty esimerkiksi Satakunnan sairaanhoitopiirissä toteutetussa laajassa potilaspalvelututkimuksessa. Potilaspalvelututkimus toteutettiin paperisin kyselylomakkein. Selvityksen osana toteutettiin myös sähköinen pilottikyselytutkimus. Potilaiden mielestä sairaanhoitopiirin hoito ja henkilökunnalta saatu kohtelu olivat pääsääntöisesti hyvällä tasolla. (Koivunen - Kuusela 2009: 5–6.)

- *15-D elämänlaatumittari* on Suomessa vuonna 1981 kehitetty viisitoistaulotteinen terveyteen liittyvä elämänlaadun mittari. Ulottuvuudet ovat: 1. hengitys, 2. henkinen toimintakyky, 3. puhekyky, 4. näkökyky, 5. liikuntakyky, 6. työkyky, 7. koettu terveys, 8. kuulo, 9. syöminen, 10. pidätyskyky, 11. nukkuminen, 12. ahdistuneisuus, 13. kipu ja särky, 14. sosiaalinen osallistuminen ja 15. masentuneisuus. Terveystilan arvioiminen toteutetaan kaksiosaisesti, ja mittarin täyttäminen vie potilaalta noin tunnin. (Vertainen-Hiironen 2002: 11.)

Sintosen (2009: 14–17) mukaan 15-D mittari antaa oivallisen mahdollisuuden terveyteen liittyvän elämänlaadun ja sen muutosten yhteismitalliseen mittaamiseen aikuisväestössä. Se on herkkä ja luotettava sekä profiilin että yhden indeksiluvun tuottava mittari, ja sen käyttö on helppoa. Mittari soveltuu myös erittäin hyvin kipupotilaiden elämänlaadun ja sen muutosten mittaamiseen.

- *HYVÄ HOITO -mittarilla* tutkimusaineisto kerätään kahdella kirjallisella, sairaalapotilaille osoitetulla, kyselylomakkeella. Potilaat vastaavat kyselylomakkeeseen tullessaan sairaalaan sekä lähtiessään sieltä. Lomakkeissa on 139 kysymystä, jotka on jaettu kuuteen yläkategoriaan: hoitavan henkilön ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö, hoitoprosessin eteneminen sekä hallintastrategiat. (Leino-Kilpi ym. 1994: 98–99.)

Hyvä hoito -mittaria on käytetty ja sovellettu hyvin erilaisissa hoitoympäristöissä. Esimerkiksi Kalam-Salminen (2005) tutki väitöskirjassaan hoidon laatua lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa, Ruotsalainen (2006) tutki väitöskirjassaan sisätautipotilaan hoidon laatua ja Saarinen (2007) Pro gradu -tutkielmassaan hoidon laatua päivystyspoliklinikalla.

Mittarin ongelmina ovat sen pituus ja sen tuottama hyvin positiivinen tulos. Saarisen mukaan Hyvä hoito -mittarilla tehtävään tutkimukseen olisi hyvä liittää myös muita suureita tai laadullisia menetelmiä, koska mittarilla saatavat prosenttiluvut antavat hieman kalpean kuvan tyytyväisyyttä koskevista asioista. (Saarinen 2007: 72–73.)

- *Bikva –asiakaslähtöinen arviointi- ja kehittämismenetelmä*. Bikvan tarkoituksena on olla asiakaslähtöinen arviointi- ja kehittämismenetelmä, jonka soveltamisen tuloksena saadaan aikaan oppimista, kehittymistä ja toimintatapojen muutosta työyhteisössä. Bikva-menettelyssä on neljä vaihetta:

- 1) ryhmähaastattelu, jonka avulla saadaan tietoa asiakkaiden kokemuksista ja heidän laatuarviointejaan,
- 2) asiakkaiden palaute esitellään työntekijöille, tavoitteena saada työntekijät pohtimaan omaa toimintaansa,
- 3) asiakkaiden ja työntekijöiden haastattelusta saatu palaute esitetään työyhteisön johdolle, pohditaan palautteen perusteita ja syitä,
- 4) asiakkaiden, työntekijöiden ja johdon ryhmähaastatteluista saatu palaute esitellään poliittisille päättäjille. (Koivisto 2007: 17.)

Bikva-menetelmää on käyttänyt esimerkiksi Paavilainen (2010) Pro gradu -tutkielmassaan, jossa hän pohti menetelmän soveltuvuutta aikuissosiaalityössä. Hänen mukaansa malli soveltuu aikuissosiaalityön eri näkökulmien esille nostamiseen,

mahdollistaen myös oppimisen. Högnabba (2007) on meta-arvioinut kahdeksaa Bikva-menetelmää käyttänyttä hanketta, ja hänen mukaansa menetelmä näyttäisi parhaimmillaan tuottavan ajatuksia ja välineitä pulmakohtien parantamiseksi. Erityisesti kehittämishankkeet pitivät menetelmää suoraan hyödyllisenä kehittämismielessä. Monessa hankkeessa koettiin selvästi, että menetelmä loi haastatelluille asiakkaille kokemuksen vertaistuesta ja yhteenkuulumisesta sekä jonkinasteista voimaantumista. Haastattelut madalsivat asiakkaiden kynnystä jatkossa osallistua palvelujen kehittämiseen ja arvioimiseen.

### 3.3 Monitahoarviointi laadun mittarina

Samalla kun on korostettu asiakkaan näkökulman esilleottamisen välttämättömyyttä, on todettu yhteisarviointien tärkeys. Tietoa pitäisi hankkia monipuolisesti sekä asiakkailta että henkilökunnalta. Usein hedelmällisin laadunarvioitsija-asetelma saadaan, kun laatu jaetaan osa-alueisiin siten, että kutakin piirrettä arvioivat juuri ne, jotka pystyvät arvioimaan kyseistä asiantilaa parhaimmin asiakkaan tarpeiden kannalta. (Lumijärvi 1994: 72–79.)

Toisinaan on perusteltua tehdä myös eri arvioitsijoiden päällekkäinen arviointi, jolloin voidaan tehdä päätelmiä siitä, missä määrin ja millaisia eroavaisuuksia esiintyy esimerkiksi hoitohenkilökunnan ja potilaiden tekemissä arvioissa. Kun käytetään useampaa kuin yhtä mittausta, voidaan samalla saada lisävarmistusta mittauksen oikeellisuudesta. (Lumijärvi 1994: 72–79.)

Monitahoarvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi *Senior Monitor –mittaria*. Mittari on monitoimijainen arviointimalli, eli siinä sekä potilaat, ulkopuolinen havainnoitsija että henkilökunta omalta osaltaan osallistuvat hoidon laadun arviointiin. Mittarin keskeistä sisältöä ovat inhimilliset perustarpeet sekä hoitotyön prosessi. Mittarin suomenkielinen versio sisältää 139 hoitotyötä kuvastavaa kriteeriä, jotka on jaoteltu hoitotyön prosessia noudattaen viiteen pääluokkaan: hoitotyön suunnittelu, potilaan fyysisten tarpeitten tyydytys, potilaan ei-fyysisten tarpeiden tyydytys, potilaan kuntouttaminen ja hoitotyön tavoitteiden arviointi. (Vertainen-Hiironen 2002: 12–14.)

Laaksonen (2001) on testannut käytännössä monitahoarvioinnin menetelmää pienen dementiayksikön laadun arviointiin. Vastaukset esitettiin kysymyksiin haettiin dokumentti- ja tilastoevaluoinnin, asiakasevaluoinnin sekä professioevaluoinnin avulla. Hänen mukaansa monitahoarvioinnin avulla voidaan tutkia kattavasti myös pienen yksikön palvelun laatua. Pelkästään jonkun osa-alueen yksittäinen tutkiminen ei olisi Laaksosen mukaan sellaista kokonaiskäsitystä, joka saatiin kolmen eri tahon arvioinnin kautta.

#### **4 TOIMINTAYMPÄRISTÖ**

Nokian kaupunki ostaa suurimman osan tehostetun palveluasumisen palveluistaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Ostopalvelua käytetään silloin, kun kunta ei toteuta palvelua kokonaan tai lainkaan itse oman henkilökunnan voimin. Ostopalveluja koskevat hankinnat toteutetaan noudattaen julkisista hankinnoista annettua lakia, joka edellyttää palveluyritysten kilpailuttamista. (Kunnat.net - Ostopalvelut 2010.)

Julkisia hankintoja koskevien säännösten pääperiaatteita ovat paitsi hankintojen avoin ja tehokas kilpailuttaminen myös tarjoajien tasapuolinen ja syrjimätön kohtelu. Avoimuuden periaate mm. edellyttää, että hankinnoista ilmoitetaan riittävän laajasti. Tasapuolisuuden ja syrjimättömyyden periaate puolestaan tarkoittaa tarjoajien yhdenvertaista kohtelua ja hankintapäätöksen tekemistä ennalta ilmoitettujen valintaperusteiden mukaisesti. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010.)

Saaduista tarjouksista on valittava joko kokonaistaloudellisesti edullisin tai hinnaltaan halvin. Jos tarjouksen valintaperusteena käytetään kokonaistaloudellista edullisuutta, otetaan tarjousten vertailussa huomioon ennalta ilmoitetut vertailuperusteet. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010.) Nokian kaupungin kilpailutuksessa käyttämät laatuvaatimukset on esitetty liitteessä 1.

##### **4.1 Tehostetun palveluasumisen palvelut Nokialla**

Nokian kaupunki tarjoaa tehostettua palveluasumista vanhuksille, jotka tarvitsevat runsaasti ympärivuorokautista hoivaa ja apua. Tehostetun palveluasumisen kriteerit

täyttyvät, kun vanhus on ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa eikä kotihoidon tai omaisten kautta saatavat runsaat päivittäiset avut riitä turvaamaan kotona asumista. Tehostettuun palveluasumiseen sijoittuva vanhus ei kuitenkaan vielä ole laitoshoidon tarpeessa, vaan selviää pääasiassa yhden henkilön avustamana. Tehostetussa palveluasumisessa on henkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden. Hoidon ja valvonnan lisäksi tehostettuun palveluasumiseen sisältyy päivittäiset ateriat. (Tehostetun palveluasumisen ohjeet 2008: 3.)

Palveluasumisen ja tehostettuun palveluasumiseen asukasvalinnat tehdään yhteistyössä moniammatillisessa työryhmässä (SAS työryhmä). SAS-työryhmä selvittää, arvioi ja sijoittaa. Tämä tarkoittaa, että työryhmä selvittää ja arvioi asiakkaan kokonaistilanteen, tarvittavat palvelut ja määrittelee asiakkaalle parhaiten soveltuvan hoitopaikan. SAS työryhmä tarkistaa, onko kotiin annettavia palveluja mahdollisuus lisätä ja näin mahdollistaa kotona asuminen. (Asumispalvelut 2009; Tehostetun palveluasumisen ohjeet 2008: 4.)

Moniammatilliseen SAS työryhmään kuuluvat vanhustyön sosiaalityöntekijä, geriatri, terveyskeskuksen vuodeosaston osastonhoitaja, kotihoitoalueiden esimiehet sekä Vihnuskodin lyhytaikaisosaston osastonhoitaja. Työryhmä arvioi jokaisen asiakkaan tilanteen yksilöllisesti sekä samalla tarkistaa täyttääkö hakija tehostetun palveluasumisen kriteerit. Mikäli kriteerit tehostettuun palveluasumiseen täyttyvät, jää asiakas odottamaan sopivan paikan järjestymistä, mikäli sellaista ei ole hänelle välittömästi tarjota. Siihen asti selviytyminen kotona pyritään turvaamaan kotihoidon palveluilla. Jokaiselle asiakkaalle pyritään järjestämään paikka juuri hänelle sopivanlaisessa yksikössä. (Tehostetun palveluasumisen ohjeet 2008: 4.)

## **4.2 Tehostetun palveluasumisen yksiköt**

### ***Järvikoto***

Järvikoto on Nokian kaupungin oma 16-paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö. Ihmisarvo ja siitä johdetut eettiset periaatteet ohjaavat toimintaa Nokian vanhuspalveluissa. Nokialaisen vanhuksen hyvässä hoidossa ja palveluissa korostetaan asiakkaan, yksilöllisten voimavarojensa ylläpitämistä (Kotoisa ehto: liite 2.)

### ***Vastamajan hoivakoti***

Vastamajan hoivakoti sisältää kaksi tehostettua palveluasumista tarjoavaa yksikköä: Vastamajan palvelutalon ja Kaarisiltakodin. Vastamajan hoivakoti siirtyi Attendo MedOnen omistukseen 18.5.2009, kun Suomen ensimmäinen säätiön ja yksityisen yrityksen välinen hoiva-alan kauppa toteutui Vihnusrinnesäätiön luovuttaessa Attendo MedOne Hoiva Oy:lle hoivapalvelutoimintansa kokonaisuudessaan. Vastamajan hoivakoti tarjoaa asiakkailleen 27 tehostetun palveluasumisen paikkaa, yhdeksänpaikkaisen ryhmäkodin dementoituneille asiakkaille, sekä kaksi päivätoimintaa tarjoavaa yksikköä.

Hoivapalveluiden toiminta-ajatuksena on taata mahdollisimman laadukas ja itsenäinen elämän jokaiselle asukkaalle. Itsenäisen elämän tueksi Vastamajassa tarjotaan ympärivuorokautista hoivaa, huolenpitoa ja tukipalveluita. Palveluiden sisältö määräytyy kunkin asukkaan yksilöllisistä tarpeista lähtien. Hoivakodeissa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että ne ovat kodikkaita ja viihtyisiä, mutta samalla turvallisia ja muunneltavia.

Hoidon tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt saisi hoivakodeista kodin loppuelämäkseen. Asukkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi korostetaan kaikissa hoidoissa ja palveluissa ehkäisevää, aktiivista ja kuntouttavaa otetta. Asukkaille tarjotaan turvallista asumista ja hoivaa sekä monipuolista, virikkeitä sisältävää palvelua. (Attendo MedOne Oy – Hoivapalvelut 2010.)

### ***Siunaukselakoti***

Siunauksela ry on perustettu vuonna 1912, jolloin Siunaukselakodin päärakennus Einola vihittiin orpokodiksi. Lastenkotitoiminnan loputtua vuonna 1987 yhdistys muutti toiminnan vanhusten hoito- ja hoivakodiksi 1988. Nykyisellään Siunaukselakoti tarjoaa eriasteista palveluasumista aina tuetusta asumisesta tehostettuun palveluasumiseen asti. 1.6.2005 alkaen palveluihin on kuulunut myös dementoituvien henkilöiden tehostettu palveluasuminen ryhmäkodissa.

Siunaukselakodin toimintaa ohjaavat kristilliset arvot, aito läsnäolo sekä asiakkaan toimintakykyä ylläpitävä työote. Periaatteisiin sitoutuneen henkilökunnan perustehtävä on mahdollistaa asukkaille turvallinen ja heidän yksilöllisyyttään kunnioittava,

rauhallinen ja mahdollisimman kodinomainen elämä Siunaukselakodissa. Yksilöllisyys toteutuu asukkaiden ja henkilökunnan keskinäisessä luottamuksessa; tietoon asukkaalle merkityksellisistä asioista, hänen kokemustensa kuulemisesta ja elämäntapojensa tunnistamisesta. Aito läsnäolo syntyy, kun työntekijä uskoo asukkaan mahdollisuuksiin, voimavaroihin ja samalla luo asukkaalle aidon välittämisen tunteen. (Siunaukselakoti 2010.)

### ***Hoitokoti Arwola***

Hoitokoti Arwola Oy tarjoaa vanhuksille ja apua tarvitseville ympärivuorokautista tehostettua asumispalvelua. Se toimii neljässä pisteessä, Nokiassa on kaksi toimipistettä, Lempäälässä ja Toijalassa kummassakin yksi. Yhteensä Hoitokoti Arwolot tarjoavat kodin 65 asukkaalle. Hoitokoti Arwolan toimintaperiaatteina on:

- antaa asiakkaillemme rakastava ja salliva koti
- saada asiakkaamme kokemaan olevansa tärkeä ja ainutlaatuinen osa yhteisöämme
- mahdollistaa jokaisen päivän olevan elämisen arvoinen ja virikkeellinen
- antaa toisillemme tukea ja lähimmäisen rakkautta
- saada asukkaat ja henkilökunta sekä omaiset viihtymään ”ketään ei jätetä” -periaatteella
- varmistaa turvallinen lääketieteellinen hoito Arwolan oman lääkärin toimesta

(Hoitokoti Arwola 2010.)

### ***Vire Koti Nokia***

Vire Koti Nokia on Mainio Vire Oy:n omistama hoivakoti, jossa on 40 tehostetun palveluasumisen paikkaa. Mainio Vire on valtakunnallisesti suurin hoivapalveluja tuottava yritys. Sen päämääränä on tarjota korkealaatuisia ja turvallisia hoivapalveluja kunnille ja yksityisille asiakkaille. Palvelut koostuvat asumispalveluista vanhuksille ja mielenterveyskuntoutujille, kotihoito-, turvapuhelin-, ateria- ja lasten päivähoitopalveluista.

Hoivapalvelut suunnitellaan aina yhdessä asiakkaan, palvelun saajan ja Mainion henkilökunnan kanssa. Kaikilla hoivatyöntekijöillä on sosiaali- tai terveysalan koulutus. Mainio Vire haluaa olla onnellisen vanhuuden puolestapuhuja, ja heidän toimintaansa ohjaavat seuraavat arvot: ”Ihminen ihmiselle”, ”onnellinen elämä” ja ”työmme on arvokasta”. (Mainio Vire –yritys 2010.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisena tehostetun palveluasumisen asiakkaat tai heidän omaisensa kokevat palvelun laadun. Työn tavoitteena on saada kaupungille palvelun ostajana heidän tarvitsemaansa tietoa palveluiden laadusta. Tulosten perusteella he saavat käsityksen, vastaako palvelun laatu sitä, mitä heille on tarjottu.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Millaista tehostetun palveluasumisen laatu on asiakkaiden tai heidän omaistensa kokemana?
- Millaisia kehittämistarpeita palveluissa on?

## **6 OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUU JA -ANALYYSI**

### **6.1 Tutkimusasetelma**

Opinnäytetyössä käytetään sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista lähestymistapaa, jolloin puhutaan metodisesta triangulaatiosta. Metodinen triangulaatio tarkoittaa useamman kuin yhden tutkimusmenetelmän tai aineistonkeruumenetelmän käyttöä yhden ilmiön tutkimisessa. Tutkimuksessa voidaan yhdistää kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen menetelmä jolloin tuloksia käytetään samanaikaisesti ja ne yhdistetään tutkimuksen lopussa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 58.)

Kyselytutkimus on yleisesti käytetty ei-kokeellinen tutkimusasetelma. Kyselytutkimukselle tyypillisesti havaintoyksiköinä on ihmisiä ja tieto kerätään strukturoituja kysymyksiä käyttäen haastattelemalla, havainnoimalla tai antamalla vastaajien täyttää kyselylomake. Kyselytutkimuksen avulla voidaan tutkia mm. asiakastyytyväisyyttä, yrityskuvaa, työilmapiiriä tai kuluttajien ostoaikeita. (Taanila 2009: 7.)



Ei-kokeellisen tutkimusasetelman avulla voidaan kuvailla miten erilaiset ominaisuudet, mielipiteet jne. ovat jakaantuneet tutkittavassa joukossa. Ajan suhteen tarkasteltuna kuvaileva asetelma voi olla joko poikkitaiteasetelma, jolloin havainnot kerätään tietynä ajankohtana, tai pitkätaiteasetelma, jolloin havaintojen keräämistä suoritetaan kahtena tai useampana ajankohtana tarkoituksena kuvailla ajan mukana tapahtuneita muutoksia. (Taanila 2009: 7.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään poikkitaiteasetelmaa. Poikkitaiteasetelma on ehkä kaikkein yleisin määrällisen yhteiskuntatieteen asetelma. Se koostuu yhdestä ainoasta mittauskerrasta, joka kohdistetaan useaan havaintoyksikköön. Havaintoyksiköt voivat olla esimerkiksi ihmisiä (kuten useimmiten kyselytutkimuksissa on) tai kuntia, joista selvitetään halutut muuttujien arvot. (KvantiMOTV - Tutkimusasetelma 2009.)

Ei-kokeellisessa asetelmassa voidaan tarkastella muuttujien välisiä riippuvuuksia. Tällöin asetelmaa voidaan kutsua korrelatiiviseksi. Korrelatiivisella asetelmalla voidaan esimerkiksi tutkia onko asiakkaan sukupuolella tai iällä yhteyttä asiakastyytyväisyyteen. (Taanila 2009: 7.)

Kun tutkimusasetelmana on kyselytutkimus, niin mittaaminen suoritetaan kyselylomaketta käyttäen. Kysymyksiä laadittaessa täytyy huomioida mitattavien käsitteiden ja ilmiöiden ulottuvuudet, jotka yleensä selviävät aiheeseen liittyvästä teoriasta. Jokaista ulottuvuutta varten tarvitaan yksi tai useampia kysymyksiä kyselylomakkeelle. (Taanila 2009: 21.)

## **6.2 Aineiston keruu**

Tehostetun palveluasumisen asiakkaina oli kyselylomakkeiden jakamisen aikaan 111 henkilöä. Koska perusjoukko ei ollut tämän suurempi, asiakastyytyväisyyskysely jaettiin heille kaikille. Oletuksena oli, että tämän tyyppisellä tutkimusjoukolla kato tulee olemaan kohtalaisen korkea, koska kaikkien kunto ei ole niin hyvä, että pystyisivät vastaamaan, eikä jokaisella ole omaisia jotka auttaisivat.

Kyselyn mukana lähetettiin vastaajille saatekirje (liite 2), jossa kerrottiin miksi tietoja kerätään, sekä vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja tietojen käsittelyn luotettavuudesta. Saatekirjeessä oli myös ohjeet kyselylomakkeen palauttamiseen, sekä yhteystiedot mahdollisten lisätietojen tarpeen varalle.

Tutkimuslupa haettiin kaupungin ohjeitten mukaan avoterveydenhuollon ylilääkäriltä, ja se myönnettiin 5.1.2010.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin asiakaskyselyllä, jossa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kysely jaettiin palautuskuorineen kaikille hoivakotien asukkaille. Kyselyyn voi vastata joko hoivakodin asukas itse, tai mikäli hän ei tähän kykene, hänen omaisensa. Kysymyslomake laadittiin mahdollisimman yksinkertaiseksi vastata, sekä mahdollisimman vähän aikaa vieväksi.

Taustatiedoissa kartoitettiin asukkaiden sukupuoli sekä missä hoivakodissa ja miten pitkään hän on asunut. Taustatiedoissa ei kysytty hoidon määrää, koska kaikki asukkaat ovat ympärivuorokautisen hoivan piirissä, ja saavat päivittäin paljon apua. Myöskään terveydentilasta ei ollut kysymystä, koska kaikki asukkaat täyttävät tehostettuun palveluasumiseen pääsyn ehdot.

Kysymyslomakkeen taustalla ovat Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaiset laatukriteerit (ks. taulukko 1). Kriteerien pohjalta etsittiin laatusuosituksista sekä aikaisemmista tutkimuksista ja selvityksistä alueita, jotka kuuluvat kunkin kriteerin piiriin. Näiden alueiden pohjalta muodostettiin kysymykset.

Strukturoiduissa kysymyksissä on käytetty 5-portaista Likertin asteikkoa. Likertin asteikkoa käytettäessä esitetään väite ja 3-7-portainen vastausasteikko, josta vastaaja valitsee mielipiteensä väitteestä. Kun laadun sopivuutta kuvataan esimerkiksi asiakastyytyväisyysmittarilla, ei yleensä tiedustella pelkästään sitä, tyydyttääkö palvelu asiakkaan tarpeita, vaan kysytään mieluummin sitä, missä määrin palvelu tyydyttää asiakkaan tarpeita. (Lumijärvi 1994: 59.)

Avoimessa kysymyksessä ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja valittavaksi, vaan vastaaja saa itse muotoilla vastauksensa. Avoin kysymys on paikallaan, jos tutkija ei

ennakkoon tiedä tai osaa luokitella mahdollisia vastausvaihtoehtoja. Avoimen kysymyksen avulla voidaan saada yllättäviä ja käyttökelpoisia mielipiteitä. (Taanila 2009: 24.)

Kyselylomaketta testattiin esitutkimuksella, jonka jälkeen kysymysten järjestystä hieman muutettiin. Esitutkimuksessa kyselylomake täytettiin avustettuna, ja sen täyttäminen vei aikaa viidestä minuutista puoleen tuntiin.

### **6.3 Aineiston analyysi**

Kun kaikki lomakkeet oli palautettu, niiden tiedot siirrettiin SPSS-ohjelmistoon. Avoimet vastaukset kirjattiin ohjelmaan juuri samoin, kuin ne oli kirjoitettu vastauslomakkeille. Tämän jälkeen analyysi eteni kaksivaiheisesti, ensin analysoitiin strukturoitujen kysymysten tiedot, sitten avointen kysymysten vastaukset. Tuloksiin yhdistettiin molemmista vaiheista saatu tieto.

#### **6.3.1 Strukturoidut kysymykset**

Aineiston kuvailua varten tarkasteltiin muuttujien frekvenssitaulukoita ja tunnuslukuja, joista nähtiin kunkin vastauksen lukumäärät, puuttuvat vastaukset, sekä muuttujien pienimmät, suurimmat ja keskiarvot. Muuttujien normaalijakautuneisuutta tutkittiin Kolmogorov-Smirnovin testin ja graafisen tarkastelun avulla. Tarkastelun perusteella muuttujien jakaumat eivät noudattaneet normaalijakaumaa, joten normaalijakaumaoletukseen perustuvia parametrisiä testejä ei voitu käyttää niiden tarkastelussa.

Summamuuttujien muodostamista varten muuttujien koodausta muutettiin siten, että ”en samaa enkä eri mieltä” vastaukset määriteltiin puuttuviksi. Tämän jälkeen vastaukset saivat seuraavat arvot:

Täysin eri mieltä = 1

Jokseenkin eri mieltä = 2

Jokseenkin samaa mieltä = 3

Täysin samaa mieltä = 4

Puuttuvat vastaukset sekä ”en samaa enkä eri mieltä” saivat arvon 0. Nolla ei vaikuta summamuuttujan arvoon, mutta ohjelma voi laskea summamuuttujan.

Muuttujien uudelleen koodauksen jälkeen laskettiin kunkin mittarin osa-alueen: itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus, summamuuttujat. Summamuuttujat saadaan laskemalla yhteen samaa alakategoriaa mittaavien muuttujien vastauskoodit ja jakamalla saatu summa muuttujien määrällä. Tämän jälkeen summamuuttujat ristiintaulukoitiin taustatietojen muuttujien kanssa, ja tutkittiin taustamuuttujien luokkien välisiä tasoeroja summamuuttujien suhteen Kruskal-Wallis -testillä ja Mann-Whitney U-testillä. (Valli 2001: 77–78; Heikkilä 2001: 234.)

Summamuuttujien reliabiliteetin arviointiin käytettiin item-analyysia ja Cronbachin  $\alpha$ :a. Tavoitteena oli selvittää summamuuttujien toimivuutta eli analysoida sitä, miten yksittäiset yhteenlaskettavat (item) korreloivat summan kanssa (Laippala – Paavilainen – Koponen 2006: 77). Osioissa osallisuus ja yksilöllisyys  $\alpha$ :n arvo jäi alle 0,7, muissa osioissa arvo oli yli 0,75. Kertoimen tulisi olla uudella mittarilla vähintään 0,70 ja jo testatulla mittarilla 0,80–0,90. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 118.)

### 6.3.2 Avoimet kysymykset

Avoimet kysymykset olivat:

- Mitä muuta haluatte kertoa vuorovaikutuksen toteutumisesta?
- Mitä muuta haluatte kertoa turvallisuuden toteutumisesta?
- Mitä muuta haluatte kertoa hoivakodin ympäristöstä?
- Mitä muuta haluatte kertoa henkilökunnasta?
- Mitä muuta haluatte kertoa yksilöllisyyden toteutumisesta?
- Mitä muuta haluatte kertoa itsemääräämisoikeuden toteutumisesta?
- Mitä muuta haluatte kertoa hoivakodista tai palveluistanne?

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135). Tässä tapauksessa päättelyn lähtökohtina olivat laatusuosituksen mukaiset osa-alueet (ks. taulukko 1). Analyysiyksikköinä olivat yksittäiset vastaukset, jotka olivat pituudeltaan kahdesta sanasta kahteen lauseeseen. Tarkistelin materiaalista vain sen ilmisisältöä.

Samaa merkitsevät vastaukset yhdistin kategorioihin, joiden nimet kuvaavat sisältöä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen yhdistin kategoriat ja muodostin niistä yläkategorioita. Aineistosta nousi laatusuositusten mukaisten osa-alueiden lisäksi esiin kiitollisuus. Kuvaus analyysin vaiheista on liitteessä 4.

## 7 TULOKSET

### *Taustatiedot*

TAULUKKO 2. Taustatiedot.

Taustatiedot		n	%
Vastaaja	Asukas	38	59,4
	Omainen	25	39,1
Sukupuoli	Nainen	46	71,9
	Mies	18	28,1
Hoivakoti	Järvikoto	10	15,6
	Vastamaja	24	37,5
	Siunaukselakoti	6	9,4
	Arwola	12	18,8
	Virekoti	5	7,8
	Kaarisiltakoti	7	10,9
Asumisaika	alle 1 vuosi	23	35,9
	1-2 vuotta	13	20,3
	3-5 vuotta	13	20,3
	yli 5 vuotta	12	18,8

Kyselyyn vastasi 65 henkilöä, vastausprosentti oli täten 58,6. Vastaajista 38 (59,4%) oli hoivakotien asukkaita, 25 (39,1%) heidän omaisiaan. 46 vastauksessa asukas oli nainen, 18 mies. Useimmat asukkaat olivat asuneet hoivakodissa alle vuoden, heitä oli 23 (35,9%). 1-2 vuotta ja 3-5 vuotta asuneita oli kumpiakin 13 (20,3%). Yli 5 vuotta hoivakodissa asuneita oli 12 vastaajista (18,8 %). Yhteenvedo taustatiedoista on taulukossa 2.

### *Itsemääräämisoikeus*

Itsemääräämisoikeuden vastaajan kokivat toteutuvan hyvin. Eri mieltä väittämistä oli 3 vastaajaa (4,6%), samaa mieltä oli 54 vastaajaa (83,1%). Taustatietojen muuttujien ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen välillä ei ollut riippuvuutta, mutta kuvailevien taulukoiden perusteella vain Vastamajan hoivakodin asukkaat olivat toteutumisesta eri mieltä (ks. taulukko 3).

TAULUKKO 3. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen hoivakodeittain.

		Itsemääräämisoikeus				Yht.
		Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
<b>Hoivakoti</b>	Järvikoto	0	0	7	2	9
	Vastamaja	2	1	6	15	24
	Siunaukselakoti	0	0	3	2	5
	Arwola	0	0	2	8	10
	Virekoti	0	0	2	3	5
	Kaarisiltakoti	0	0	1	3	4

Useat asukkaat ovat jo niin pitkälle dementoituneita, että itsemääräämisoikeutta koskeviin kysymyksiin vastaaminen koettiin hankalaksi. Itsemääräämisoikeuden koettiin toteutuvan asioihinsa vaikuttamisessa. Päätösten tekeminen oli monelle asukkaalle vaikeaa tai mahdotonta, omaiset tai hoitohenkilökunta teki päätökset asiakkaan puolesta.

*”Asukas on jo niin pitkälle dementoitunut, ettei pysty itse määräämään hoidostaan.”*

*”Äidillä ei ole suurta tarvetta vaikuttaa hoitoonsa, hän luottaa hoitajiinsa.”*

*”Ei esim ole pakko syödä jotain ruokaa jos ei sellainen ole mieluisaa tai maistu”.*

### *Oikeudenmukainen kohtelu*

Oikeudenmukaisuuden toteutumiseen vastattiin ainoastaan myönteisesti. Jokseenkin samaa mieltä oli 15 vastaajaa (23,1%) ja täysin samaa mieltä väittämistä oli 50 vastaajaa (76,9%). Taustatietojen muuttujilla ei ollut vaikutusta toteutumiseen. Avoimista kysymyksistä nousi kuitenkin esiin epäkohtia oikeudenmukaisuuden toteutumisesta. Näitä olivat hoitajien tapauskohtainen käyttäytyminen, henkilökunta ei tullut paikalle aina vaikka oli luvannut eikä kaikille asukkaille riittänyt tarpeeksi aikaa. Henkilökunta myös lisäsi oikeudenmukaisuuden kokemista, mm. uskonnon harjoittamista kohtaan löytyi ymmärrystä ja henkilökunta ymmärtää myös sanatonta viestintää. Oikeudenmukainen kohtelu koettiin henkilökunnan käytöksen ja resurssien pohjalta.

*”Henkilökunta tarvitsisi enemmän aikaa, jotta voisivat olla enemmän asiakkaiden kanssa.”*

*”Välillä henkilökunta lupaa tulle paikalle, mutta ei tulekaan.”*

*”Ovat aina ystävällisiä, vaikka asukkaat eivät ole helpoimmasta päästä. Pitkää pinnaa heiltä löytyy aina!”*

### *Osallisuus*

Osallisuuden toteutumisesta oli jokseenkin eri mieltä 2 vastaajaa (3,1%). Jokseenkin samaa mieltä oli 24 vastaajaa (37,5%) ja täysin samaa mieltä 38 (59,4%). Kuvailevien ristiintaulukoiden perusteella Vastamajan hoivakoti sai huonoimmat arviot osallisuuden toteutumisesta (ks. taulukko 4.), mutta tilastollisesti merkittävää eroa kotien välillä ei ollut.

TAULUKKO 4. Osallisuuden toteutuminen hoivakodeittain.

		Osallisuus				Yht.
		Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	
<b>Hoivakoti</b>	Järvikoto	0	0	5	4	9
	Vastamaja	0	2	10	12	24
	Siunaukselakoti	0	0	3	3	6
	Arwola	0	0	1	11	12
	Virekoti	0	0	3	3	6
	Kaarisiltakoti	0	0	2	5	7

Vuorovaikutusta ja viriketoimintaa oli joidenkin vastaajien mielestä riittävästi, toiset olisivat toivoneet sitä enemmän. Omaiset otettiin mukaan toimintaan. Hoivakotien ympäristöt ja yleiset tilat koettiin pääasiassa hyvinä ja viihtyisinä, ja kulkeminen paikasta toiseen sujui ainakin avustettuna.

*”Juttuseuraa voisi olla aina hieman enemmänkin.”*

*”Lisää yhdessäoloa. lukemista, laulamista!”*

*”Kynnyksiä voisi olla vähemmän.”*

#### *Yksilöllisyys*

Yksilöllisyyden koettiin toteutuvan hyvin. Yksi vastaajista (1,5%) oli jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä oli 23 (35,4%) vastaajista ja täysin samaa mieltä 41 (63,1%). Sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkittävä ero yksilöllisyyden kokemisessa (Mann-Whitney U –testi, p-arvo 0,019). Miehet kokivat yksilöllisyyden toteutuvan huonommin kuin naiset.

Yksilöllisyyden kokemisen esteiksi koettiin yhteiset aikataulut ja uskonnollisen toiminnan vähyys. Edistäviä tekijöitä olivat totuttujen tapojen ja toiveiden huomioiminen hoidossa sekä omat kokemukset sairaudesta ja sen hoidosta. Huoneiden



ja oleskelutilojen lämpötila jakoi mielipiteitä, joidenkin mielestä huoneissa oli liian kylmä, joidenkin mielestä liian kuuma.

*”Haluaisi saada enemmän vaikuttaa siihen, moneltako aamu- ja iltatoimet tehdään.”*

*”Toivoisin, että uskontoon liittyviä vapaaehtoisia kävisi enemmän.”*

*”Täällä uskaltaa sanoa ja minua totellaan.”*

*”Asukkaat pyritään ottamaan huomioon yksilöinä (...) Vanhat totutut tavat huomioidaan.”*

### *Turvallisuus*

Turvallisuuden toteutumisesta yksi vastaajista (1,5%) oli jokseenkin eri mieltä. Jokseenkin samaa mieltä oli 13 (20%), ja täysin samaa mieltä 49 (75,4%) vastaajista. Eroa eri ryhmien välillä ei ollut, mutta kuvailevien ristiintaulukoiden mukaan Vastamajan palvelukodissa oli eniten jokseenkin erimieltä sekä jokseenkin samaa mieltä vastauksia (7 vastausta, muissa kodeissa 1–2).

Hoivakodit koetaan turvallisina, mutta avun kutsuminen on usein hankalaa. Hoitajien tarkistuskäyntejä toivottaisiin lisää. Turvallisuutta vähentäväksi tekijäksi koetaan myös toiset asukkaat, jotka saattavat metelöidä, tönäistä tai tulla liian lähelle. Suurin osa asukkaista kokee olonsa turvalliseksi, eikä heidän tarvitse pelätä hoivakodissa. Ympäristö koettiin muuten turvalliseksi, mutta kulkemisessa oli esteitä.

*”Omaiseni ei osaa käyttää soittokelloa, joten avun pyytäminen ei toteudu kuin hoitajien käynneillä.”*

*”Turvallisuus vaatisi enemmän henkilökuntaa, eli hoitajilla pitää olla aikaa kiertää katsomassa asukkaita huoneissaan sekä päivällä että yöllä.”*

*”Hoivakodissa on turvallista.”*

*”Asiakas tuntee olonsa monin tavoin turvalliseksi.”*

### *Kiitollisuus*

Avoimista vastauksista nousi selkeästi esiin kiitollisuus. Kiitollisuus jakautuu kolmeen tyyppiin: kiitollisuus henkilökuntaa kohtaan, kiitollisuus omaisen hyvästä hoidosta sekä kiitollisuus omasta hoitopaikasta. Henkilökunta sai kiitosta ystävällisyydestä ja hyvin tehdystä työstä sekä siitä, että he tekevät työtään suurella sydämellä.

*”Olen pannut merkille, että he kohtelevat kärsivällisesti, ymmärtäväisesti hankaliakin hoivattaviaan.”*

*”Henkilökunta harvinaisen ystävällistä, avuliasta, pitkämielistä täällä - siitä tunnustus kaikille!”*

*”Suurin osa hoitajista tekee työnsä suurella sydämellä.”*

Omaisen hyvästä hoidosta oltiin kiitollisia, ja omaiset olivat tyytyväisiä ja helpottuneita hyvästä hoitopaikasta. Hoitoon ja palveluihin oltiin hyvin tyytyväisiä.

*”Olemme olleet erittäin tyytyväisiä ja alusta asti huojentuneita siitä että isämme on ”hyvissä käsissä”.*

*”koen valtavan helpotuksen, kun äitini on päässyt näin ihanaan hoivapaikkaan”*

*”olen hyvin tyytyväinen äidin saamaan hoitoon/palveluihin”*

Myös asukkaat olivat kiitollisia omasta hyvästä hoitopaikastaan. Hoivakodit koettiin ihanana paikkana, ja parhaana mahdollisena asuinpaikkana.

*”Ihanaa asua täällä. Paras mahdollinen paikka.”*

*”Missään ei ole niin hyvä olla kuin täällä.”*

*”Ei sen parempaa hoitopaikkaa ole.”*

### *Yhteenveto tuloksista*

Taulukossa 5 on yhteenveto tuloksista summamuuttujittain. Kaikkien osa-alueiden koettiin toteutuvan hyvin, vastausten keskiarvo asteikolla yhdestä neljään oli 3,49–3,77. Kysymyskohtaiset tulokset ovat kuvailtu liitteessä 5.

TAULUKKO 5. Tulokset summamuuttujittain.

<b>Summamuuttuja</b>	<b>Vastauksia</b>	<b>Minimi</b>	<b>Maksimi</b>	<b>Keskiarvo</b>
<b>Itsemääräämisoikeus</b>	57	1	4	3,49
<b>Oikeudenmukaisuus</b>	65	3	4	3,77
<b>Osallisuus</b>	64	2	4	3,56
<b>Yksilöllisyys</b>	65	2	4	3,62
<b>Turvallisuus</b>	63	2	4	3,76

Tulosten mukaan oikeudenmukaisuus toteutuu parhaiten, kaikki vastanneet olivat jokseenkin tai täysin samaa mieltä väittämistä. Itsemääräämisoikeuden koettiin toteutuvan huonoiten. Itsemääräämisoikeutta koskeviin kysymyksiin vastattiin heikoiten, avointen kysymysten vastauksissa osa-alueen kerrottiin olevan vaikein vastata, koska useat asukkaat eivät enää osanneet ilmaista omia tarpeitaan.

## **8 POHDINTA**

Tämä selvitys sai alkunsa Nokian kaupungin tehostetun palveluasumisen laadun asiakasnäkökulman puutteesta. Sain vanhustyön johtajalta vapaat kädet selvityksen toteuttamiseen. Koska tavoitteena oli selvittää asiakkaiden mielipiteitä, oli ilmeistä että tietoa kannattaa hakea asiakkailta itseltään. Vaikka hoidon laatu on asiakkaan kannalta keskeisin tekijä saadun palvelun vaikuttavuutta arvioitaessa, keskittyminen kokonaan asiakkaan hoidon laadun arvioimiseen ei riitä silloin, kun palveluita ostetaan ja kilpailutetaan, jolloin tarvitaan kokonaiskuva koko toiminnan organisoinnista ja sitä kautta palvelun hintaan vaikuttavista tekijöistä. (Peiponen 2004: 9.)

Tässä työssä tarkastellaan vanhuspalvelujen toimintoja ja niiden laatua pitäytymällä asiakkaiden ja heidän omaistensa arvioissa siitä, minkälainen palvelu on hyvää ja

laadukasta. Ympäri vuorokautista hoivaa ja palvelua tarvitsevat vanhukset ovat kuitenkin niin huonokuntoisia, että vain harva heistä kykenee ilmaisemaan oman mielipiteensä hoidosta. Omaisten näkemysten hyväksikäyttöä palvelun laadun arvioinnissa rajoittaa se, että heidän kokemuksensa on välillinen, he eivät itse ole arvioitavan hoidon ja palvelun kohteena. (Peiponen 2004: 10.)

## 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta koskevat eettiset periaatteet jaetaan kolmeen osaluokkaan:

1. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen,
2. Vahingoittamisen välttäminen ja
3. Yksityisyys ja tietosuojat. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 4.)

Itsemääräämisoikeuteen kuuluvat osallistumisen vapaaehtoisuus sekä tutkimuksesta tiedottaminen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 4–6). Eettisissä ohjeissa on moraalinen vaatimus siitä, että tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään asiaan perehtyneesti annettu suostumus (informed consent), millä halutaan estää ihmisten manipulointi tutkimushankkeissa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 28.)

Osa tämän selvityksen kohdejoukosta ei ollut fyysiseltä ja psyykkiseltä kunnoltaan sellaisia, jotka pystyvät ymmärtämään selvityksestä annetun informaation tai tekemään rationaalisia valintoja. Tämä seikka on otettu huomioon siten, että hoitohenkilökunta, joka tuntee kohderyhmän yksilöt, on arvioinut ja valinnut puolestani ne, jotka kykenevät vastaamaan. Muiden kohdalla kyselylomake osoitettiin omaiselle.

Osallistumisen vapaaehtoisuus on tuotu esiin asiakaskyselyn saatekirjeessä. Kyselyyn vastaaminen osoittaa tutkittavan suostuneen tutkittavaksi. Saatekirjeessä on myös tietoa tutkimuksen aiheesta, aineiston käyttötarkoituksesta, tutkimuksen luottamuksellisuudesta sekä tutkijan yhteystiedot.

Vahingoittamisen välttämiseen kuuluu henkisten, taloudellisten sekä sosiaalisten haittojen välttäminen. Henkisten haittojen välttämiseen kuuluu tutkittavia arvostava kohtelu sekä tutkittavia kunnioittava kirjoittamistapa tutkimusjulkaisuissa. Tutkittavien

osallistuessa tutkimukseen vastaamalla kyselylomakkeeseen he säätelevät osallistumistaan omaehtoisesti välttämällä vahingollisiksi ja haitallisiksi kokemiaan aiheita ja kysymyksiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 7.)

Yksityisyyden suoja kuuluu Suomen perustuslailla suojattuihin oikeuksiin ja on myös tutkimuseettisesti tärkeä periaate. Tutkimusaineistojen keruun, käsittelyn ja tulosten julkaisemisen kannalta tärkein yksityisyyden suojan osa-alue on tietosuojaa. Yksityisyyden suoja koskevat tutkimuseettiset periaatteet jaetaan kolmeen osaan:

1. tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus
2. tutkimusaineiston säilyttäminen tai hävittäminen
- ja 3. tutkimusjulkaisut.

(Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009: 8.)

Kyselylomakkeissa ei kysytty henkilötietoja, eikä tuloksista voinut selvittää vastaajan henkilöllisyyttä. Kyselylomakkeet palautettiin suljetuissa kirjekuorissa, jolloin ulkopuoliset eivät saaneet vastauksia tietoonsa. Tutkimusaineisto säilytettiin lukollisessa kaapissa, ja kun vastaukset oli siirretty SPSS-ohjelmaan ja tarkistettu, ne hävitettiin asianmukaisesti. Opinnäytetyön raportoinnissa kyselyn tulokset esitettiin pääasiassa tilastollisina, tulokset eivät siten sisällä yksittäisten henkilöiden tunnistamisen mahdollisuutta. Laadullisen analyysin tuloksissa on käytetty suoria lainauksia, joista ei kuitenkaan ole mahdollista tunnistaa vastaajaa.

## **8.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta mittaamisen ja aineiston keruun suhteen, toisaalta tulosten luotettavuutena. Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen, ja sen tulee olla herkkä eli erotella käsitteistä eri tasoja. Sen tulee olla myös täsmällinen, eli sen pitäisi kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 2006: 206.)

Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä se, mittaako mittari todella sitä mitä sen tulisi mitata. Esitutkimuksella on huomattava rooli mittareiden validiteetin arvioinnissa. Sen avulla tutkija voi varmistaa mittarin toimivuuden, loogisuuden, ymmärrettävyyden ja helppokäyttöisyyden. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 2006:

207.) Tässä työssä esitutkimuksen perusteella joitain kysymyksiä tarkennettiin, ja kysymysten järjestystä muutettiin niin, että ensimmäisiksi tulivat ne kysymykset, joihin esitutkimuksen perusteella oli helpointa vastata.

Tarkastelin aikaisempia tutkimuksia hoitotyön laadun asiakasnäkökulmasta löytääkseni valmiin mittarin. Kaikki löytämäni mittarit oli kuitenkin tarkoitettu lyhytaikaisen hoidon tarkasteluun, ja monet olivat niin pitkiä, että en uskonut tehostetun palveluasumisen asiakkaiden jaksavan niihin vastaila. Päädyin luomaan oman mittarin, jonka laatukriteeristönä käytin Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksia (ks. taulukko 1).

Mittarin validiteettia ja yleistettävyyttä testattiin samaan aikaan toisella tutkimusjoukolla tehdyllä kyselyllä. Tutkimusjoukko oli pienempi (n=12) ja vastaajat kykenivät kaikki itse vastaamaan kyselyyn. Kyselyn tulokset olivat hyvin samansuuntaisia tämän selvityksen tulosten kanssa.

Mittarin validiteettia voidaan arvioida myös sisältövaliditeetin, käsitevaliditeetin sekä kriteerivaliditeetin perusteella. Sisältövaliditeetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan mitattavaksi. Tässä tapauksessa laatu on jaettu kriteerien mukaisiin osa-alueisiin, joita on vielä avattu kysymysten avulla mitattaviksi määreiksi. Käsitevaliditeetti ilmaisee, missä laajuudessa mittari mittaa tarkasteltavaa käsitettä. Käsitevaliditeettia voidaan arvioida käyttäen esimerkiksi käsiteanalyysiä, faktorianalyysiä ja rinnakkaismittauksia tai vertaamalla saatuja tuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin. Käsitevaliditeettia tarkasteltiin mm. faktorianalyysin sekä toisella ryhmällä tehdyn selvityksen avulla. Kriteerivaliditeetti kuvaa mikä yhteys on mittarilla saadulla ja nykyisyyttä kuvaavalla tai tulevaisuutta ennustavalla kriteerillä. Vertailussa vastaaviin mittareihin kriteereistä löytyi huomattavasti samankaltaisuuksia. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 2006: 207–208).

Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin reliabiliteettia voidaan arvioida mittarin pysyvyytenä, vastaavuutena ja sisäisenä johdonmukaisuutena. Pysyvyys tarkoittaa sen herkkyyttä ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille. Vastaavuus ilmoittaa mittaustuloksen samanlaisuuden asteen. Sisäinen johdonmukaisuus kuvaa mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 2006: 209–210.)

Mittarin reliabiliteettia testattiin arvioimalla summamuuttujien reliabiliteettia item-analyysin ja Cronbachin  $\alpha$ :n avulla. Samalla testillä arvioin koko kysymyslomakkeen reliabiliteettia. Tavoitteena oli selvittää miten yksittäiset kysymykset korreloivat kaikkien vastausten summan kanssa. Tällöin  $\alpha$ :n arvoksi tuli 0,926, mikä on erittäin hyvä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on syytä tarkastella myös suhteessa tuloksiin. Tällöin puhutaan sisäisestä ja ulkoisesta validiteetista. Sisäisesti validi tutkimus on sellainen, jossa tulokset johtuvat vain ja ainoastaan tutkimuksen asetelmasta, ei sekoittavista tekijöistä. Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin kuuluu erittäin tärkeänä osana tutkimustulosten yleistettävyys. (Vehviläinen-Julkunen – Paunonen 2006: 210–211.)

Tässä selvityksessä sisäistä validiteettia vähentää hoitajien osallistuminen lomakkeiden täyttämiseen. Tutkimustulokset eivät ole myöskään laajalti yleistettäviä, koska kyseessä ovat yhden kunnan tietyn palvelun piirissä olevien mielipiteet. Yleistettävydestä kuitenkin kertoo se, että samalla mittarilla eri palvelunsaajille tehty selvitys antoi yhteneviä tuloksia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden perusteella. Uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tässä työssä olen kuvannut laadullisen analyysin vaiheet mahdollisimman tarkasti liitteessä 4. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.)

Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tämä on tarpeen siltä varalta, että toinen tutkija haluaa seurata prosessia. Tässä työssä on esitelty tutkimusasetelma, aineiston keruun sekä analyysin vaiheet mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.)

Mielipiteitä, asenteita, uskomuksia ja aikeita koskevat kysymykset ovat erityisen alttiita luotettavuus- ja pätevyys-ongelmille. Vastaaja ei välttämättä ole selvillä omista tuntemuksistaan tai ei ehkä ole ennen kysymyksen esittämistä koskaan pysähtynyt miettimään tuntemuksiaan kyseiseen asiaan. Vastaajan tulkinta omasta mielipiteestään voi vaihdella mielentilan, ympäristön ja ajankohdan mukaan. On kyseenalaista, pystyykö ihminen arvioimaan ja tulkitsemaan tuntemuksiaan objektiivisesti ja valitsemaan tämän perusteella tuntemuksia vastaavan arvon numeeriselta asteikolta. (Taanila 2009: 23.)

Tulokset saattavat vääristyä myös sen vuoksi, että vain hyvin tyytyväiset tai tyytymättömät ovat todennäköisimpiä vastaajia. Vastausta valitessaan vastaaja saattaa ajatella myös vastauksen sosiaalista hyväksyttävyyttä tai kyselyn tekijän odotuksia. Kyseenalaista on sekin, pystyykö ihminen arvioimaan ja tulkitsemaan tuntemuksiaan objektiivisesti ja valitsemaan tämän perusteella oikean arvon numeeriselta asteikolta. (Hopkins 1991: 56–57; Taanila 2009: 23.)

### **8.3 Tutkimustulosten pohdinta**

Tulosten pohjalta tehostettu palveluasuminen Nokialla näyttää täyttävän Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaiset kriteerit hyvin. Sekä asukkaat että heidän omaisensa kokevat palvelut laadukkaina, eikä mitään suuria epäkohtia tullut esiin.

Samankaltaisia tuloksia hoidon laadusta ovat saaneet mm. Laaksonen (2001: 77–78) tutkiessaan dementiayksikön palvelun laatua monitahoarvioinnin avulla. Hänen tutkimuksessaan omaiset antoivat laatutekijöille arvosanoja 9–9,5 asteikolla 4–10. Voutilaisen (2005) väitöstutkimuksessa omaiset arvioivat hoitotyön laadun varsin hyväksi. Tutkimukseen osallistui 474 omaista neljästä eri vanhainkodista, heidän antamiensa hoitotyön laatutasoa kuvaavien arvosanojen keskiarvo oli 8,1.

Myös Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehdyssä potilaspalvelututkimuksessa potilaiden antamat arvosanat laadusta olivat hyviä. Henkilökunnan ammattitaito, käytös ja kohtelu lähentelivät jokaisella tulosalueella arvosanaa 4,5, asteikon ollessa yhdestä viiteen. Myös muiden kysymysten keskiarvot lähentelivät tai ylittivät arvosanan 4. Heikoimmat arvosanat annettiin sairaalan ulkoisiin olosuhteisiin liittyviin kysymyksiin;



sairaalarakennus yleensä, tilojen sisustus ja toimivuus sekä osastojen viihtyvyys. Näidenkin osalta tulosaluekohtaiset keskiarvot vaihtelivat kuitenkin välillä 3,7–4,1. (Koivunen - Kuusela 2009: 5–6.)

Hyvän hoidon kriteerien täyttymisessä hoitotyössä löytyy useita muitakin tutkimuksia niin asiakaslähtöisesti että työntekijänäkökulmasta. Kaikissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet positiivisia. Henkilökunnan näkemykset saattavat olla hieman negatiivisempia kuin hoitotyön asiakkaiden tai heidän omaistensa. Muissa tutkimuksissa ei kuitenkaan tullut esiin samankaltaista eroa miesten ja naisten yksilöllisyyden kokemusten välillä kuin omassa selvityksessäni.

Osaltaan eroa miesten ja naisten yksilöllisyyden kokemisessa selittänee miesten vähyys hoivakodeissa. Valtaosa asukkaista on naisia, ja miltei kaikki henkilökunnastakin ovat naisia. Ehkä miesten ”omat jutut” jäävät tällaisessa yhteisössä liian vähälle, ja toiminta ohjautuu naisnäkökulmasta. Tässä selvityksessä vastaajista 72% oli naisia, mikä vastannee sukupuolirakennetta myös hoivakodeissa.

Kesän aikana paikallislehdessä oli kirjoittelua Vastamajan palvelukodin oloista. Lehtikirjoitusten mukaan kodissa on henkilöstövajetta, suuri henkilöstön vaihtuvuus sekä puutteita esimiestyöskentelyssä. Myös tämän selvityksen tulokset viittaavat siihen, että kodissa on joitain ongelmia, jotka heijastuvat asukkaisiin asti. Toisaalta tulosta saattaa vääristää se, että Vastamajan hoivakodissa työntekijät olivat, vastoin antamaani ohjeistusta, avustaneet asukkaita kyselylomakkeen täyttämässä.

Kehitysehdotuksina selvityksestä nousi ensimmäisenä viriketoiminnan lisääminen. Tavalliset arkiset puuhastelut, kuten kaupassa käynti, ulkoilu, juttelu ja laulaminen ovat asukkaiden mieleen, ja sitä niitä toivottaisiin lisää. Mielekästä tekemistä toivottiin lisää joka kotiin. Hoitajilta toivottiin myös lisää aikaa olla asukkaiden kanssa.

Myös turvallisuuden toivottaisiin kiinnitettävän huomiota. Turhat kynnykset pitäisi poistaa, ja kaiteiden riittävyys tarkistaa. Huoneiden lämpötila pitäisi voida säätää asukkaan toivomusten mukaiseksi. Yksilöllisyys tulisi ottaa paremmin huomioon sekä hoidossa että ympäristössä.

Koska osa hoivakodeista oli hiljattain aloittanut toimintansa, ja suuri osa (35,9%) vastaajista oli asunut hoivakodeissa alle vuoden, olisi mielenkiintoista tehdä uusi selvitys vuoden – kahden kuluttua. Se antaisi viitteitä siitä, voisiko näin hyvät tulokset johtua siitä, että elinolot ovat selvästi parantuneet kun on muutettu kotoa palvelujen pariin. Tuloksia vertaamalla näkisi, mitkä osa-alueet on otettu nykyistä paremmin tai huonommin huomioon, sekä saisi viitteitä siitä, mihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, kun käynnistele uuden hoivakodin toimintaa.

#### **8.4 Käytettyjen menetelmien pohdinta**

Saatuani selvityksen aiheen vanhustyön johtajalta lokakuussa 2009, täytyi ensimmäiseksi valita millä menetelmällä saisi kattavan kuvan hoivapalvelun laadusta. Päädyin asiakaskyselyyn, koska se sopii hyvin menetelmäksi, kun halutaan saada laaja ja kattava aineisto. Kyselylomake osoittautui hyväksi menetelmäksi. Strukturoidut kysymykset antoivat yleisen kuvan laatukriteereiden toteutumisesta ja avoimet kysymykset tukivat aineiston tuloksia ja syvensivät niiden antia.

Hain kirjallisuudesta valmista kyselylomaketta, mutta sopivaa ei löytynyt. Päädyin laatimaan oman kyselyn tekemäni kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Valitut laatukriteerit on tarkoitettu juuri ikäihmisten palvelujen kehittämistyön ja arvioinnin välineeksi. Lisäksi vierailin jokaisessa Nokialaisessa tehostettua palveluasumista tarjoavassa hoivakodissa saadakseni pohjatietoa kyselylomaketta varten.

Tämän selvityksen kanssa samankaltaisia laatukriteereitä löytyy useista tutkimuksista. Paavola (2009) käytti pro gradu -tutkielmassaan kriteereinä potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen, jotka määrittellään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Saarinen (2007) käytti pro gradu -tutkielmassaan viitekehyksenä Johanssonin ym. luomaa teoriaa potilastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Tarkastelun kohteena olivat ennen kaikkea potilaiden käsitykset hoitajien ammattitaidosta, potilaiden ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta ja hoitajien antamasta ohjauksesta ja opettamisesta. Lisäksi selvitettiin potilaiden tyytyväisyyttä fyysiseen hoitoympäristöön ja hoito-organisaation toimintaan.

Niemi (2006) selvitti pro gradu -tutkielmassaan asiakaslähtöisyyden käsityksiä. Tutkielman mukaan asiakaslähtöisyyttä kuvaavat pääkategoriat ovat yksilöllisyys, valinnanvapaus, perhekeskeisyys, vuorovaikutus ja osallistuminen. Valinnanvapaus perustui itsemääräämisoikeuteen ja asiakkaan periaatteelliseen oikeuteen tehdä valintoja. Nämä kategoriat ovat hyvin yhteneviä käyttämäni laatukriteereiden kanssa.

Kyselylomakkeen sain esitutkimusvaiheeseen tammikuun alussa 2010. Esitutkimuksesta nousseiden epäkohtien korjaamisen jälkeen sain kyselylomakkeet jakoon helmikuussa. Vastausaikaan annoin huhtikuun loppuun, koska halusin vastausprosentin mahdollisimman suureksi. Käsitykseni mukaan joidenkin tehostetun palveluasumisen asiakkaiden omaiset kävivät vierailulla hyvin harvoin, mutta halusin antaa heillekin mahdollisuuden osallistua selvitykseen. Vappuaattona sain aloittaa tietojen käsittelyn. Analyysivaihe vei koko kesän, tutkimustulokset olivat valmiina elokuussa.

Koska pitkäaikaishoidon laadun asiakaslähtöiseen arvioimiseen ei ole olemassa valmista mittaria, aion jatkaa tätä selvitystä varten tekemäni mittarin kehittämistä. Mittari toimii hyvin pitkäaikaishoidon laadun mittaamiseen asiakasnäkökulmasta, vaikkakin jotkin osa-alueista jäivät kovin suppeiksi, ja joitakin oleellisia kysymyksiä jäi vielä puuttumaan. Mittarin luominen oli suuri osa tätä selvitystä, mutta samalla tämä selvitys oli suuri osa mittarin kehittämistyötä.

## LÄHTEET

- Asumispalvelut 2009. Nokian kaupungin vanhuspalvelut 2009. Verkkodokumentti.  
<[http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/perusturva\\_ja\\_terveys/vanhukset/asumispalvelut/](http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/perusturva_ja_terveys/vanhukset/asumispalvelut/)>. Luettu 28.11.2009
- Attendo MedOne Oy – Hoivapalvelut 2010. Verkko-esittely. <[http://www.medone.fi/cms/page.php?page\\_id=155](http://www.medone.fi/cms/page.php?page_id=155)>. Luettu 18.01.2010.
- Donabedian, Avedis 1966. Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quarterly 2005;83(4):691-729.
- Grönroos, Christian 1998. Nyt kilpaillaan palveluilla. 4. uudistettu painos. Porvoo: WSOY
- Heikkilä, Rauha – Finne-Soveri, Harriet – Ripsaluoma, Jussi – Parikka, Anja – Suojalehto, Ella – Noro, Anja 2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006-2007. Stakesin raportteja 13/2008. Helsinki: Stakes.
- Heikkilä, Tarja 2001. Tilastollinen tutkimus. 3., uudistettu painos. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. 5. painos. Helsinki: Tammi.
- Hoitokoti Arwola 2010. Verkko-esittely. <[www.arwola.net](http://www.arwola.net)> . Luettu 18.01.2010.
- Hopkins, Anthony 1991. Measuring the quality of medical care. Royal College Of Physicians Of London.
- Högnabba, Stina 2007. Asiakkaan ääntä etsimässä. Kahdeksan BIKVA-menetelmää käyttäneen hankkeen meta-arviointi. Koulutus- ja kehittämiskeskus PALMENIA. Helsingin Yliopisto.
- Idänpää-Heikkilä, Ulla – Outinen, Maarit – Nordblad, Anne – Päivärinta, Eeva – Mäkelä, Marjukka 2000. Laatukriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita-monistesarja 20/2000. Stakes.

- Kalam-Salminen, Ly 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa. Näkökulmia asiakaskeskeiseen laatuun ja sen kehittämiseen. Väitöskirja. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.
- Koivisto, Juha 2007. Kuinka paljon asiakkaan sana painaa? Bikva-menetelmän relationaalinen arviointi. Stakesin raportteja 21 / 2007. Helsinki: Stakes.
- Koivunen, Marita – Kuusela, Marjaana 2009. Laadukasta hoitoa ja hyvää kohtelua. Satakunnan sairaanhoitopiirin henkilöstö- ja sidosryhmälehti Vinkkeli 2/2009.
- Kotoisa ehtoo. Nokian kaupungin vanhuspalveluohjelma 2007 – 2017.
- Kunnat.net – Laatu vanhustyössä 2010. Verkkodokumentti. <[http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;78167](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;78167)>. Luettu 5.10.2010.
- Kunnat.net – Ostopalvelut 2010. Verkkodokumentti. <[http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;55264;55275;121698;121700;117363;117367](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;121698;121700;117363;117367)>. Luettu 23.8.2010.
- KvantiMOTV – Tutkimusasetelma 2009. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/asetelma.html>>. Luettu 18.01.2010.
- Laaksonen, Hannele 2001. Pienen dementiayksikön palvelun laadun monitahoarviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 80. Vaasan yliopisto.
- Laippala, Pekka – Paavilainen, Eija – Koponen, Hannu 2006. Kuvailevaa tilastotiedettä – summamuuttujien rakentamisen tarkastelua. Teoksessa: Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.
- Lehtoranta, Heini – Luoma, Minna-Liisa – Muurinen, Seija (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Helsinki: Stakes.

- Leino-Kilpi, Helena – Walta, Leena – Helenius, Hans – Vuorenheimo, Jaana – Välimäki, Maritta 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO –mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 151.
- Lumijärvi, Ismo 1994. Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 186. Hallintotiede 17.
- Mainio Vire – Yritys 2010. Verkko-esittely. < <http://mainiovire.fi/yritys>>. Luettu 18.01.2010.
- Niemi, Annukka 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto: yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, terveys- hallinnon ja talouden laitos.
- Paavilainen, Päivi 2010. Asiakkaan ääni – kuuluviin? Bikva-arviointimenetelmän soveltaminen erään kaupungin aikuissosiaalityössä. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.
- Paavola, Piia 2009. Ikääntyneiden potilaiden oikeuksien toteutuminen laitoshoidossa – omaisten / läheisten näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Peiponen, Arja 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatuvaatimukset. Tutkimuksia 2004:2. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.
- Rissanen, Viljo – Kansanen, Martti 2003: Laadunhallinta terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Ruotsalainen, Taru 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Väitöskirja. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Saarinen, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Saurén, Leena – Haho, Päivi 2007: Palvelun laadun osatekijät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkostossa. <<http://kimppa.tkk.fi/kimppa/files/Palvelun%20laadun%20osatekij%C3%A4t%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20palveluverkostossa.pdf>>. Luettu 19.11.2009

Sintonen, Harri 2009. 15D-mittarin käyttö elämänlaadun arvioinnissa – kivunhoidon näkökulma. Kipuviesti 1/2009.

Siunaukselakoti 2010. Verkko-esittely. <[www. siunauksela.fi](http://www.siunauksela.fi)>. Luettu 18.01.2010.

Stakes 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Verkkodokumentti. <[http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-C92DA1D38B9/4017/http\\_\\_\\_wwwstakesfi\\_oske\\_terminologia\\_sanastot\\_kasi.pdf](http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-C92DA1D38B9/4017/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf)>. Luettu 09.01.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Yliopistopaino, Helsinki.

Taanila, Aki 2009. Määrällisen aineiston kerääminen. Verkkodokumentti. <<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>>. Luettu 18.01.2010.

Tehostetun palveluasumisen ohjeet 2008. Nokia: Perusturvalautakunta.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf>>. Luettu 25.4.2010.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2010. Mitä julkiset hankinnat ovat? Verkkodokumentti. <<http://www.tem.fi/julkisethankinnat>>. Luettu 23.8.2010.

Valli, Raine 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vehviläinen-Julkunen, Katri – Paunonen Marita 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Veini, Mervi 2010. Laadunhallinnan lyhyt oppimäärä. Verkkodokumentti. <<http://www.veini.net/laatu.html>>. Luettu 5.10.2010.

Vertainen-Hiironen, Anne 2002. Hoitotyön laatu Äänekosken terveyskeskuksen vuodeosastolla Senior Monitor –mittarilla arvioituna. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteiden laitos.

Voutilainen, Päivi 2005. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sairaanhoitaja-lehti 3/2005. Verkkolehti. <[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3\\_2005/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2005/)>. Luettu 19.9.2010.

Voutilainen, Päivi 1992. Hoitotyön laadun arviointiin kehitetyt mittarit. Teoksessa Pelkonen, Marjaana - Perälä Marja-Leena(toim.) 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ylikoski, Tuire 1999. Unohtuiko asiakas. Toinen uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.



## Liite 1. IKÄIHMISTEN YMPÄRIVUOROKAUTISET ASUMISPALVELUT

### EHDOTTOMAT LAATUVAATIMUKSET

Palvelun tuottaja .....

Yhteyshenkilö .....

Postiosoite .....

Puhelinnumero ..... Sähköpostiosoite .....

Tarjouksen on täytettävä **kaikki alla mainitut laatutekijät viimeistään sopimuskauden alkaessa**. Eivastaus johtaa tarjouksen hylkäämiseen. Merkinnän kyllä/ei puuttuminen johtaa tarjouksen sulkemiseen pois tarjouskilpailusta.

Mikäli palveluntuottaja jättää tarjouksen vain toisesta palvelukuvauksen tuotteesta, voi ei-tarjottavaa tuotetta koskevat kysymykset jättää tyhjiksi. Nämä kysymykset on merkitty lomakkeisiin erillisellä \*)-merkillä.

### HENKILÖSTÖ JA OSAAMINEN

Henkilökunnan tulee täyttää ammatilliset ja lakisääteiset vaatimukset. Hoitomitoitukseen laskettavalla henkilöstöllä tulee olla sosiaali- ja terveysalan koulutus, jota mitataan suhteessa lääninhallituksen vahvistamaan asumispalveluyksikön paikkalukuun.

Ateria- ja siivouspalveluhenkilöstöllä tulee olla alan pätevyysvaatimukset täyttävä

koulutus (esimerkiksi ravitsemustyöntekijä, laitoshuoltaja).

Hoitohenkilömitoitukseen lasketaan lisäksi:

- Lähiesimiehet siltä osin kun he osallistuvat varsinaiseen hoitotyöhön
- Toimintayksikön vastuuhenkilöt lasketaan henkilöstömitoitukseen siltä osin kun he tekevät varsinaista hoitotyötä (enintään 50%)
- Kuntoutus- ja terapiahenkilöstö siltä osin kun ne ovat yksikön asukkaiden käytössä
- Muu hoitotyöhön osallistuva ammatillinen henkilöstö heidän hoitoon osallistuvan työpanoksensa verran

Henkilökunnan osaamisen tulee vastata asukkaiden hoivan- ja huolenpidon tarvetta

	kyllä	ei
*) Hoitohenkilöstömitoitus on tehostetussa palveluasumisessa vähintään 0,5.		
*) Hoitohenkilöstömitoitus on vaativassa tehostetussa palveluasumisessa vähintään 0,6.		
Mitoitukseen lasketusta henkilöstöstä on opisto-/ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita vähintään 20 %.		
Toimintayksikön palvelujen vastuuhenkilöllä on kelpoisuuslain 10 §:n 4 momentin mukainen soveltuva korkeakoulututkinto, kolmen vuoden työkokemus vanhustyöstä sekä		

esimieskokemusta tai esimies-koulutus. (liitteeksi henkilöstöluettelo).		
Toimintayksikön vastaavalla henkilöllä (lähiesimies) tulee olla tehtävän edellyttämä ammattikorkeakoulututkinto tai vastaavasti vanhamuotoinen opistotason tutkinto (esim. lääkinnällisestä hoidosta vastaavalla soveltuva terveydenhuollon koulutus) sekä vähintään kolmen vuoden työkokemus vanhustyöstä ja vähintään vuoden työkokemus esimiestehtävistä (liitteeksi henkilöstöluettelo).		
Mitoitukseen laskettava henkilöstö on palveluntuottajan omaa.		
Henkilökunnan mitoituksessa vuorokauden eri aikoina on huomioitu asukkaiden tarpeet.		
Jokaisessa vuorossa on nimetty vähintään kouluasteen sosiaali- ja/tai terveydenhuollon koulutuksen omaava vastuuhenkilö, joka vastaa mm. lääkehoidosta (liitteeksi henkilöstöluettelo).		
Sairaanhoitaja on asukkaiden käytettävissä arkipäivisin.		
Dementian erityisosaaminen vähintään 50%:lla työntekijöistä (liitteeksi henkilöstöluettelo).		
Geriatrisen kuntoutuksen osaaminen vähintään 10 %:lla työntekijöistä (liitteeksi henkilöstöluettelo).		
*) Vaativassa tehostetussa palveluasumisessa psykiatrisen osaaminen (esim. psykiatrisen sairaanhoitaja) vähintään 10 %:lla työntekijöistä (liitteeksi henkilöstöluettelo).		
Siivous- ja keittiötöistä vastaavilla työntekijöillä on tehtäviin soveltuva koulutus (ravitsemustyöntekijä, laitoshuoltaja; liitteeksi henkilöstöluettelo).		
Toimintayksiköllä on käytössä varahenkilöjärjestelmä henkilöstön sairauslomien ja muiden (myös äkillisten) poissaolojen varalle.		
Toimintayksikössä on päivitetty lista henkilöstöstä, joka toimitetaan palvelutilaajalle puolivuositain.		
Koko henkilöstöllä on riittävä suomen kielen taito.		
Toimintayksikössä on työnjakosuunnitelma, jolla henkilöstö sitoutetaan. Työntekijöillä on nimetyt vastuualueet.		
Hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua lakisääteiseen täydennyskoulutukseen (vähintään 3 pvää/vuosi).		
<b>(Huom! Tähän eivät kuulu lakisääteiset palo- ja ensiapukoulutukset)</b>		
Toimintayksikössä on kirjallinen koulutussuunnitelma, joka toimitetaan tilaajalle kerran vuodessa. Tilaajalle toimitetaan toimintakertomuksen yhteydessä lisäksi kirjallinen selvitys edellisen vuoden toteutuneesta koulutuksesta.		
Esimies käy henkilöstön kanssa kehityskeskustelut vähintään kerran vuodessa. Keskustelut dokumentoidaan ja niiden pohjalta laaditaan koulutussuunnitelma sekä muut työyksikön kehittämissuunnitelmat.		
Henkilöstölle järjestetään työnohjausta.		

Henkilöstön tehdään kerran vuodessa työtyytyväisyyskysely. Palautteista ja toimenpiteistä tehdään yhteenveto, joka toimitetaan tilaajalle kerran vuodessa (toimintakertomuksen yhteydessä).		
Toimintayksiköllä on kirjallinen ohjelma henkilöstön työkyvyn ylläpitämisestä ja henkilöstölle järjestetään säännöllisesti työkykyä ylläpitävää toimintaa.		
Uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttämiseen on olemassa riittävän kattavat ja ajantasaiset ohjeet (perehdytysuunnitelma). Perehdyttämiseen on nimetty vastuuhenkilö. Perehdyttämisen onnistumista seurataan säännöllisesti ja sitä kehitetään jatkuvasti.		
Toimintayksikössä käytetään yleisesti hyväksytyjä hoito-ohjeita, kuten Käypä hoito-suosituksia, Sairaanhoidajan käsikirjan ohjeita ja KTL:n ohjeita.		
Toimintayksiköllä on kirjallinen lääkehoitosuunnitelma (STM opas 2005:32) ja nimetty lääkehuollosta vastaava henkilö.		
Käytössä on dokumentoitu tiedonsiirtojärjestelmä työntekijältä toiselle (mm. työvuorojen vaihtuessa).		
<b>Henkilökunnalla on yhteinen hoitopalaveri. vähintään 1 krt/viikko. Palaverit dokumentoidaan.</b>		

#### TOIMINNALLISET EDELLYTYKSET

	kyllä	ei
Palveluntuottajalla on käytössä dokumentoitu laadunhallintajärjestelmä viimeistään 31.12.2010 (liitteeksi selvitys käytössä olevasta järjestelmästä tai sen suunnitteluaiakataulusta).		
Toimintayksikön arvot ja toimintaperiaatteet sekä johtamisen vastuut ja valtuudet on kirjallisesti määritelty ja ne ovat asukkaiden sekä omaisten tiedossa ja näkyvillä.		
Palvelun sisällöstä on laadittu kuvaus, joka sisältää kirjalliset menettelyohjeet ja tarvittavat työohjeet		
Asiakaspalaute kerätään ja dokumentoidaan vähintään kerran vuodessa ja se hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Palautteista ja toimenpiteistä tehdään yhteenveto, joka toimitetaan tilaajalle kerran vuodessa (toimintakertomuksen yhteydessä).		
Palveluntuottaja osallistuu tarvittaessa kaupungin toteuttamaan asiakastytyytyväisyysarviointiin.		
Palveluntuottaja toimittaa tilaajalle vuosittain toimintakertomuksen. Toimintakertomus sisältää yhteenvedon toiminnasta ja liitteenä tulee olla tässä laatulomakkeessa mainitut tilaajalle toimitettavat dokumentit.		
Toimintayksikössä on käytössä hoidon tason arviointijärjestelmä, joka tukee asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista ja arviointia (esim. RAI tai vastaava).		

Asukkaalle laaditaan yhteistyössä asukkaan, omaisen ja sijoittavan kunnan edustajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Siihen kirjataan kuvaus asiakkaan tilanteesta, hänen lähipiiristään sekä elämänhistoriastaan, asiakkaan tarvitsemat palvelut (myös kuntoutus ja virkistys), hoidon tavoitteet, suunnitellut toimenpiteet, vastuuhenkilöt ja aikataulu sekä asiakkaan hoitotahto.		
Hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutumista sekä ajantasaisuutta seurataan säännöllisesti. Tarkistaminen tehdään vähintään kolmen kuukauden välein ja aina hoidon tarpeen muuttuessa.		
Tehostetussa palveluasumisessa asiakastiedot kirjataan päivittäin. Kirjaaminen on toimintakykyä kuvailevaa ja arvioivaa sekä perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmassa esitettyihin yksilöllisiin tavoitteisiin ja keinoihin.		
Asukkaan yksityisyys turvataan hoitotoimenpiteiden aikana.		
Asukkaalle on nimetty omahoitaja, joka on asiakkaan ja omaisten tiedossa.		
Palveluntuottaja huolehtii yhdessä asukkaan asioidenhoitajan kanssa siitä, että asukas saa hänelle kuuluvat etuudet (esim. KELA)		
Asukasta avustetaan tarvittaessa hänen hoidon vaatimien hoitotarvikkeiden ja apuvälineiden hankinnassa.		
Toimintayksikkö vastaa palvelukuvauksessa mainituista erikseen sovittavien hoitotarvikkeiden hankinnasta (mm. vaipat, haavahoitotarvikkeet).		
Asukkaan päivittäisissä toiminnoissa otetaan huomioon asukkaan toimintakyky ja kaikissa toiminnoissa pyritään toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen.		
Asukkaille sallitaan pienet nautinnot (esim. ”yömyssy”, erityisruoat).		
Asukkaalla on mahdollisuus ulkoilla halutessaan päivittäin ympäri vuoden. Ulkoilussa tulee varmistaa asukkaan turvallisuus.		
Toimintayksiköllä on ohjeet liikkumisvapauden rajoittamisesta.		
Toimintayksikössä on sovittu asukkaiden kaltoin kohteluun puuttumisen menettelytavoista.		
Asukkaalla on mahdollisuus osallistua tarpeensa ja halunsa mukaan virkistys-/päivätoimintaan sekä liikuntaryhmiin. Virkistystoiminnasta on olemassa kirjallinen ohjelma, joka on asukkaiden ja omaisten nähtävillä.		
Asukkaiden omaisille järjestetään omaisteniltoja/-yhteistyötuokioita vähintään kerran vuodessa. Omaisilta kerätään palaute vähintään kerran vuodessa ja se dokumentoidaan sekä hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Palautteista ja toimenpiteistä tehdään yhteenveto, joka toimitetaan tilaajalle kerran vuodessa (toimintakertomuksen yhteydessä).		
Toimintayksikössä on mahdollisuus ja tarvittava osaaminen hoitaa asukas loppuun asti. Toimintayksiköllä on saattohoito-ohjeistus.		

Asukkaan kunnan huononemisesta ilmoitetaan omaiselle ja omaisen/läheisen on mahdollista olla ympärivuorokautisesti asukkaan luona viimeisten päivien aikana.		
Asukkaat käyvät säännöllisesti (vähintään 6 kk välein) lääkäritarkastuksessa.		
Toimintayksikössä osataan ehkäistä painehaavaumien syntymistä ja tästä on kirjalliset ohjeet.		
Palveluntuottaja vastaa asiakkaan kuljetuksen ja tarvittavan saattoavun järjestämisestä sosiaali- ja terveystieteisiin.		
Asukkaan ravitsemusta nesteytystä sekä painoa seurataan säännöllisesti ja poikkeamiin reagoidaan (painon seuranta vähintään 3kk välein). Seuranta dokumentoidaan.		
Eriyisruokavalio järjestetään niitä tarvitseville asukkaille.		
Aterioista kootaan monipuolinen 4-6 viikon kiertävä ruokalista, joka on asukkaan ja omaisten nähtävillä.		
Aterioiden suunnittelussa ja valmistuksessa huomioidaan iäkkäiden ravitsemuksesta annettuja ohjeita ja huomiota kiinnitetään myös esteettisyyteen.		
Asukkailta kerätään vähintään 2 kertaa/vuosi palaute ruoan laadusta ja maistuvuudesta. Saatu palaute hyödynnetään ja siitä laaditaan yhteenveto tilaajalle vuosittain (toimintakertomuksen yhteydessä).		
Toimintayksikölle on laadittu kirjallinen siivoussuunnitelma.		
Toimintayksikössä on kirjalliset hygieniaohjeet .		
Toimintayksikkö huolehtii asukkaan liinavaatehuollosta ja tavanomaisesta vaatehuollosta.		
<b>Toimintayksikölle on laadittu omavalvontasuunnitelma.</b>		

#### TILAT, LAITTEET JA VÄLINEET

	kyllä	ei
Asukas sijoitetaan yhden hengen huoneeseen ja toimintayksikön yhden hengen asukashuoneet ovat kooltaan ilman WC-/pesutiloja vähintään 12 m <sup>2</sup> .		
Toimintayksikössä on asukkaiden käytössä vähintään 1 WC/ neljä asukasta.		
Asukashuoneessa (sisältäen WC-/peseytymistilan) pääsee liikkumaan esteettömästi myös pyörätuolilla.		
Toimintayksikön yhteistilat ovat kodinomaiset, rauhalliset ja viihtyisät ja niissä on huomioitu esteettömyysnäkökulmat.		
Asukashuoneen peruskalustukseen kuuluu, sänky, patja, peitto, tyyny, yöpöytä, tuoli, vaatekaappi, valaisin ja ikkunaverhot, ellei asukas halua kalustaa huonettaan itse.		

Asukkaalla on mahdollisuus tuoda omia tavaroitaan huoneeseen ja käyttää omia vaatteitaan.		
<b>Palveluntuottaja järjestää asukkaiden käyttöön yleisimmät päivittäisissä toiminnoissa tarvittavat apuvälineet (esim. tukikaiteet, WC-korottimet, nostolaitteet).</b>		

### TURVALLISUUS

	kyllä	ei
Toimintayksikössä on ajan tasalla oleva pelastussuunnitelma ja turvallisuus selvitys.		
Toimintayksiköllä on kirjalliset ohjeet sisäisen ja ulkoisen uhan varalle. Toimintaohjeet ovat osa henkilöstön perehdyttämistä.		
Riskikartoitukset tehdään säännöllisesti ja korjaavat toimenpiteet dokumentoidaan.		
Toimintayksiköllä on kirjalliset ohjeet erityistilanteiden varalle. Henkilökunta harjoittelee toimimista säännöllisesti (esim. ensiaputilanteet, kadonneen henkilön etsintä, uhkaavat tilanteet). Harjoitukset ja korjaavat toimenpiteet dokumentoidaan.		
Yöhoitaja kiertää yksikössä asukkaiden kunnan ja toimintakyvyn edellyttämällä tiheydellä. Kierron havainnot kirjataan ja seuraava työvuoro käy läpi kirjallisen raportin.		
Toimintayksikössä on aina läsnä henkilökuntaa (myös palaveri- ja ruokailuajat yms.).		
Asukkaalla on käytössä hoitokutsujärjestelmä (esimerkiksi hälytyspainike, turvaranneke, puhelimen yhteydessä oleva hälytysmahdollisuus)  Asukkaan luona käydään säännöllisesti kunnan ja toimintakyvyn arvioimiseksi.		
Toimintayksikön ulko-ovissa on kulunvalvontajärjestelmä.		
Toimintayksiköllä on turvallinen (aidattu) ja viihtyisä piha liikkumiseen.		
<b>Palveluntuottaja on sopinut menettelytavoista, miten asukkaan raha-asioiden hoito järjestetään. Asukkaan käteisvarojen säilyttäminen tapahtuu asianmukaisesti ja kirjanpidosta on käytäntö ja ohjeistus, jonka avulla varoista vastataan asukkaalle tai hänen asianhoitajalleen.</b>		

### YMPÄRISTÖASIAT

	kyllä	ei
<b>Palveluntuottajalla on suunnitelma siitä, miten hän ottaa toiminnassaan huomioon ympäristöasiat.</b>		

## ASIAKASKYSELY

## TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN ASIAKKAILLE

**Arvoisa kyselytutkimukseen osallistuja**

Tehostetun palveluasumisen asiakkaan ja hänen omaistensa tyytyväisyys hoitoon on tärkeä osa hoivapalvelun laatua. Nokian kaupunki haluaakin tietää, millaisena **Te** koette saamanne palvelun.

Vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen annatte arvokasta kokemukseen perustuvaa tietoa hoitonne laadusta. **Vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään täysin luottamuksellisesti.** Lomakkeessa ei kysytä henkilötietoja, eikä tutkimustuloksista näin pystytä päättelemään, kuka niihin on vastannut. Kyselylomake on laadittu helpoksi täyttää, jotta sen täyttäminen ei veisi paljon Teidän aikaanne. Jos ette itse kykene täyttämään lomaketta, toivoisin, että joku omaisistanne voisi tehdä sen. Omaisenne voi tällöin täyttää lomakkeen omien mielipiteidensä mukaisesti.

Kyselylomake on osa opinnäytetyötäni. Olen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötäni asiakasnäkökulmasta hoidon laatuun tehostetussa palveluasumisessa Nokialla. Työn ohjaajana toimii Nokialla vanhustyön johtaja Katja Uitus-Mäntylä, ja Metropolia Ammattikorkeakoulussa Arja Laakkonen.

Toivon, että täytätte lomakkeen, laitatte sen kirjekuoreen, suljette sen, ja annatte henkilökunnalle perjantaihin 30.4. mennessä.

Yhteistyöstä kiittäen

Eeva-Maria Niemelä

## Liite 3. Laatuksiteerit ja niitä mittaavat kysymykset

<b>Itsemääräämisoikeus</b>	<b>Oikeudenmukaisuus</b>	<b>Osallisuus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voin vaikuttaa omaan hoitooni</li> <li>- Saan toimia omien tapojeni mukaan</li> <li>- Saan tietoa ja tukea tekemiini päätöksiin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoitajat kohtelevat minua ystävällisesti</li> <li>- Hoitajat kohtelevat minua kunnioittavasti</li> <li>- Hoitajat kuuntelevat minua</li> <li>- Henkilökunta on ystävällistä</li> <li>- Henkilökunta on kiireetöntä</li> <li>- Henkilökunta osoittaa arvostusta minua kohtaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minulla on tarpeeksi juttuseuraa</li> <li>- Saan olla yksin niin halutessani</li> <li>- Omaisilleni kerrotaan halutessani asioistani</li> <li>- Pääsen kulkemaan esteettömästi paikasta toiseen</li> <li>- Yhteiset tilat ovat miellyttävät oleskella</li> <li>- Hoivakodin piha-alueella on helppo kulkea</li> <li>- Hoivakodissa on tarpeeksi mielekästä tekemistä</li> </ul>
<b>Yksilöllisyys</b>	<b>Turvallisuus</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoivakodissa on kodikasta ja viihtyisää</li> <li>- Hoivakodissa on rauhallista</li> <li>- Hoivakodissa on sopivan lämmin</li> <li>- Hoivakodin ruoka on maittavaa</li> <li>- Yksilölliset tarpeeni huomioidaan hoidossani</li> <li>- Kokemukseni ja menneisyyteni huomioidaan hoidossani</li> <li>- Tunnen itseni arvokkaaksi ihmiseksi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tunnen oloni hoivakodissa turvalliseksi</li> <li>- Hoitaja tulee kutsuessani nopeasti</li> <li>- Hoitajat osaavat työnsä hyvin</li> <li>- Saan apua aina kun sitä tarvitsen</li> <li>- Saan tarpeeksi tietoa minua askarruttavista asioista</li> <li>- Voin luottaa henkilökuntaan</li> <li>- Henkilökunta on ammattitaitoista</li> </ul>	



Liite 4. Laadullisen analyysin vaiheet

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<p>” Ei esim ole pakko syödä jotain ruokaa”</p> <p>” Asukas kokee saavansa itse vaikuttaa asioihinsa”</p> <p>”hoidettava ei ole kyennyt enää juurikaan itseään tai tarpeitaan ilmaisemaan”</p> <p>” Asukas on jo niin pitkälle dementoitunut, ettei pysty itse määräämään hoidostaan”</p> <p>” Äidillä ei ole suurta tarvetta vaikuttaa hoitoonsa”</p> <p>” Ei ole paljon päätöksiä itse”</p> <p>” Omaiset päättävät monista asioista”</p>	<p>Ei ole pakko syödä</p> <p>Voi vaikuttaa asioihinsa</p> <p>Ei pysty ilmaisemaan itseään</p> <p>Ei pysty määräämään hoidostaan</p> <p>Ei tarvetta vaikuttaa hoitoonsa</p> <p>Ei päätä itse</p> <p>Omaiset päättävät asioista</p>	<p>Asioihinsa vaikuttaminen</p> <p>Päätösten tekeminen</p>	<p>Itsemääräämisoikeus</p>
<p>” Välillä henkilökunta lupaa tulle paikalle, mutta ei tulekaan”</p> <p>” Henkilökunnan toiminta aika tapauskohtaista”</p> <p>” Työntekijöitä on liian vähän vuorossa, eikä kaikki heistä ole ammattitaitoisia.”</p> <p>” Ovat aina ystävällisiä, vaikka asukkaat eivät ole helpoimmasta päästä. Pitkää pinnaa heiltä löytyy aina!”</p> <p>”Henkilökunta ystävällistä ja ”kiireetöntä”. Vaikuttavat motivoituneilta ja omistautuneilta”</p> <p>” Henkilökunta tarvitsisi enemmän aikaa, jotta voisivat olla enemmän asiakkaiden kanssa”</p> <p>” olisi kiva jos ehtisi jutella asukkaan kanssa enemmän”</p> <p>” Vuorovaikutus dementiapotilaan kanssa vaatisi paljon aikaa ja resursseja siihen -&gt; enemmän henkilökuntaa.”</p> <p>”Arvostan, kun henkilökunta ei ole jatkuvasti vaihtuvaa”</p>	<p>Lupausten täyttymättömyys</p> <p>Henkilökunnan toiminta</p> <p>Liian vähän henkilökuntaa, eikä kaikilla ammattitaitoa</p> <p>Henkilökunnalla pitkä pinna</p> <p>Henkilökunta kiireetöntä ja motivoitunutta</p> <p>Liian vähän aikaa asiakkaille</p> <p>-”-</p> <p>-”-</p> <p>Henkilökunta ei vaihdu jatkuvasti</p>	<p>Henkilökunnan käytös</p> <p>Henkilökunnan resurssit</p>	<p>Oikeudenmukainen kohtelu</p>

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<p>” Asukkaalle järjestetään mukavaa viriketoimintaa”</p> <p>” Ohjelmaa voisi olla enemmän”</p> <p>” Juttuseuraa voisi olla aina hieman enemmänkin”</p> <p>” Asiakas kaipaisi enemmän virikkeitä”</p> <p>” Haluaa käydä raveissa eli kaipaa tekemistä”</p> <p>” Kesäisin olisi kiva päästä uimaan”</p> <p>” voisi olla enemmän mielekästä tekemistä”</p> <p>” Lisää yhdessäoloa. lukemista, laulamista”</p> <p>” En ole nähnyt äitini tekevän mitään”</p> <p>” Kertoo omaisille kaikkea”</p> <p>” Asukkaan omahoitaja on pitänyt omaiseen yhteyttä tarvittaessa”</p> <p>” Yhteydenpito omaisiin on tosi kiitettävää”</p> <p>” Omaiset tuntevat olonsa aina tervetulleiksi paikalle”</p> <p>” Ympäristö on erityisen kaunis ja luonnonläheinen”</p> <p>” kaunis ympäristö”</p> <p>” kaunis paikka, hienoja puita”</p> <p>” Kaunis ympäristö, järvinäkymä.”</p> <p>” todella kodikas ja tilava oleskelutiloiltaan” ” kaunis ja "arvokas" sisustus”</p> <p>” On huvimajat, keinut ja pöydät alapihalla”</p> <p>” Heillähän on ihana ulkoterassi, joka on aivan mahtava oleskelualue”</p> <p>”Ulkoilumahdollisuudet hyvät. Iso terassi, jossa voi viettää aikaa”</p> <p>” Kodinomainen, ei laitospaistista tunnelmaa”</p> <p>” Hoivakoti on hieno paikkana”</p> <p>” Hoivakoti on hyvällä paikalla ja palvelut ovat lähellä”</p> <p>” Äiti pääsee liikkumaan hoivakodissa sisätiloissa”</p> <p>” Liikkuminen esim</p>	<p>Järjestetään viriketoimintaa</p> <p>Enemmän ohjelmaa</p> <p>Enemmän juttuseuraa</p> <p>Enemmän virikkeitä</p> <p>Enemmän tekemistä</p> <p>Haluaisi uimaan</p> <p>Enemmän tekemistä</p> <p>-”-</p> <p>Ei ole tehnyt mitään</p> <p>Kerrotaan asioista omaisille</p> <p>Pidetään yhteyttä omaisiin</p> <p>-”-</p> <p>Omaiset tervetulleita</p> <p>Kaunis ympäristö</p> <p>-”-</p> <p>-”-</p> <p>-”-</p> <p>Kodikas ja tilava</p> <p>Kaunista ja arvokasta</p> <p>Pihalla viihtyisää</p> <p>-”-</p> <p>-”-</p> <p>kodinomainen</p> <p>hieno paikkana</p> <p>Hoivakodin paikka hyvä</p> <p>Pääsee liikkumaan</p>	<p>Mielekästä tekemistä</p> <p>Omaiset mukana</p> <p>Ympäristö</p> <p>Liikkuminen</p>	<p>Osallisuus</p>

<p>rollaattorilla (avustaenkin) on aika hankalaa, koska "mäkinen" tie hankaloittaa”          ” Parvekkeelle vaikea päästä ja ovi ei aina toimi kunnolla”          ” Paremmat ulkoilumahdollisuudet olisivat tarpeen”          ” hoivakodissa esim kesällä pääsee hoitajien kanssa keskustan kahvilaan tai Nansoon ostoksille”</p>	<p>sisätiloissa</p> <p>Ulkona liikkuminen hankalaa</p> <p>Parvekkeelle vaikea päästä</p> <p>Paremmat ulkoilumahdollisuudet tarpeen Pääsee kesällä keskustaan</p>		
<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
<p>” Henkilökunta paneutuu asukkaiden persoonaan ja muistavat myös mm. omaisten mieltymykset”          ” Täällä uskaltaa sanoa ja minua totellaan”          ”Asukkaat pyritään ottamaan huomioon yksilöinä esim. kaikkien ei tarvitse herätä tiettyyn kellonaikaan”          ” Vanhat totutut tavat huomioidaan”          ” Haluaisi saada enemmän vaikuttaa siihen, moneltako aamu- ja iltatoimet tehdään”          ” Otetaan huomioon oma kokemus sairaudesta ja sen hoidosta”          ” Kukaan ei paljon kysele menneisyydestä”          ”Toivoisin, että uskontoon liittyviä vapaaehtoisia kävisi enemmän”          ” Henkilökunnalta löytyy ymmärrystä uskonnon harjoittamista kohtaan”          ” Äitini huone tuntuu viileältä. Kädet on kylmät”          ”Liian kuuma huoneissa ja yhteisissä tiloissa”          ” Illalla tulee kylmä”          ” aurinko paahtaa pihalle koko päivän”          ” Enemmän lämpöä voisi olla kodissa”</p>	<p>Henkilökunta huomioi yksilöllisyyden</p> <p>Uskaltaa sanoa</p> <p>Asukas otetaan huomioon yksilönä</p> <p>Vanhat tavat huomioidaan</p> <p>Haluaisi vaikuttaa omaan päiväryhtiinsä</p> <p>Kokemukset huomioidaan</p> <p>Ei kysytä menneisyydestä Toivoo lisää uskonnollista toimintaa</p> <p>Ymmärrys uskonnonharjoittamista kohtaan</p> <p>Huone tuntuu viileältä</p> <p>Liian kuuma</p> <p>Kylmä iltaisin liian aurinkoinen piha</p> <p>Enemmän lämpöä</p>	<p>Yksilöllisyyden huomioiminen</p> <p>Lämpötila</p>	<p>Yksilöllisyys</p>

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
”Pyytäessään saa apua (ku esim on saunassa). sanoo pystyvänsä pukeutumaan tai riisuuntumaan”	Tarvittaessa saa apua	Avun saaminen	Turvallisuus
” Apua saa tarvittaessa”	-”-		
” Omaiseni ei osaa käyttää soittokelloa, joten avun pyytäminen ei toteudu kuin hoitajien käynneillä.”	Avun kutsuminen vaikeaa		
”Hoitajaa hän ei osaa kutsua”	-”-		
” joutuu odottamaan toisinaan”	avun odottaminen		
”Yöhoitaja tulee hitaasti”	-”-		
” Ei ole hälytyskelloa, itse haettava apua”	-”-		
” Hoitajat auttavat siirtymisissä ylös sängystä ja rollaattorin avulla kulkemisiin tms.”	Hoitajat auttavat siirtymisissä		
” Asiakas sanoo, ettei hän ole pelännyt koko aikana”	Ei tarvitse pelätä	Pelkääminen	
” Äiti pelkää liian lähelle tulevia ja kovin äkkiä lähelle tulevia henkilöitä”	Pelkää lähelle tulevia ihmisiä		
” vaimoni alkaa tuntea olonsa turvalliseksi”			
” Asukas tuntee olonsa turvalliseksi ”	Tuntee olonsa turvalliseksi	Turvallisuuden tunne	
” Hoivakodissa on turvallista ”	-”-		
” Tuntee olonsa turvalliseksi ”	-”-		
” Asiakas tuntee olonsa monin tavoin turvalliseksi”	-”-		
” Hoivakodissa käy liikaa vierailuryhmiä, se horjuttaa turvallisuudentunnetta”	Turvallisuuden tunteen horjuminen		
” Turvallisuus vaatisi enemmän henkilökuntaa”	-”-		
” Huoneesta ja muusta hoitoympäristöstä on poistettu kaikki mahdollista vahinkoa aiheuttavat esineet ja asiat”	Vahingon aiheuttajia poistettu	Ympäristön turvallisuus	
” Kynnykset pois”			
” Kynnyksiä voisi olla vähemmän”			
” Kaide seinässä pitäisi saada ruokailutilaan saakka”	Esteitä kulkemisessa		
” Laitoksessa oloaikanaan kaatunut	-”-		
	-”-		

useita kertoja” ”Tärkeää on ettei putoa sängystä”	Kaatumisia  Ei pääse putoamaan		
<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
”Henkilökunta harvinaisen ystävällistä, avuliasta, pitkämielistä täällä - siitä tunnustus kaikille!” ” Tuntuu siltä että hoitajat tekeivät Järvikodossa työtään Suurella Sydämellä!” ” Suurin osa hoitajista tekee työnsä suurella sydämellä” ” Kaikki täällä on ystäviä, hoitavat hyvin ja tekevät työnsä” ” Olen kiitollinen siitä, että hänestä nyt pidetään huolta” ” koen valtavan helpotuksen, kun äitini on päässyt näin ihanaan hoivapaikkaan.” ”Olemme olleet erittäin tyytyväisiä ja alusta asti huojentuneita siitä että isämme on ”hyvissä käsissä”” ” olen hyvin tyytyväinen äidin saamaan hoitoon/palveluihin” ” Olen hyvin kiitollinen kaikille äitini hoivasta ja elämänlaadusta vastaaville!” ” Olen erittäin tyytyväinen äitini hoitoon hoivakodissa” ” Omaisena olen erittäin tyytyväinen, koen hoidettavan olevan turvallisessa ja hyvässä hoidossa ja näen hänestä kuitenkin että hänen on hyvä olla” ” Ihanaa asua täällä. Paras mahdollinen paikka” ” Ei sen parempaa hoitopaikkaa ole” ” Missään ei ole niin hyvä olla kuin täällä”	Ystävällinen henkilökunta  Hoitajat tekevät työtä suurella sydämellä  -”-  Tekevät työnsä hyvin  Kiitollisuus huolenpidosta  kokee helpotusta kun äidillä ihana hoitopaikka  Tyytyväisiä ja huojentuneita hyvästä hoitopaikasta  Tyytyväinen äidin saamaan hoivaan  Kiitollinen äidin saamasta hoivasta  Tyytyväinen äidin hoitoon  Tyytyväinen omaisen hoitoon ja hyvään oloon  Hoivakoti ihana paikka asua  Paras hoitopaikka  -”-	Kiitollisuus henkilökuntaa kohtaan        Kiitollisuus omaisen hyvästä hoidosta           Kiitollisuus omasta hoitopaikasta	Kiitollisuus

Liite 5. Kysymyskohtaiset tulokset

<b>ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS</b>					
	<b>Vastauksia</b>	<b>Minimi</b>	<b>Maksimi</b>	<b>Keskiarvo</b>	<b>Keski-hajonta</b>
<b>Voin vaikuttaa omaan hoitooni</b>	60	1	5	4,17	1,092
<b>Saan toimia omien tapojeni mukaan</b>	60	1	5	4,37	0,938
<b>Saan tietoa ja tukea tekemiini päätöksiin</b>	58	1	5	4,07	1,024

<b>OIKEUDENMUKAISUUS</b>					
	<b>Vastauksia</b>	<b>Minimi</b>	<b>Maksimi</b>	<b>Keskiarvo</b>	<b>Keski-hajonta</b>
<b>Hoitajat kohtelevat minua ystävällisesti</b>	63	2	5	4,79	0,513
<b>Hoitajat kohtelevat minua kunnioittavasti</b>	63	3	5	4,71	0,490
<b>Hoitajat kuuntelevat minua</b>	63	2	5	4,52	0,669
<b>Henkilökunta on ystävällistä</b>	65	3	5	4,80	0,474
<b>Henkilökunta on kiireetöntä</b>	62	1	5	3,74	1,2
<b>Henkilökunta osoittaa arvostusta minua kohtaan</b>	63	1	5	4,54	0,758

OSALLISUUS					
	Vastauksia	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keski-hajonta
Minulla on tarpeeksi juttuseuraa	63	1	5	4,06	1,061
Saan olla yksin niin halutessani	62	3	5	4,76	0,468
Omaisilleni kerrotaan halutessani asioistani	63	3	5	4,63	0,604
Pääsen kulkemaan esteettömästi paikasta toiseen	62	2	5	4,4	0,966
Yhteiset tilat ovat miellyttävät oleskella	64	1	5	4,27	0,996
Hoivakodin piha-alueella on helppo kulkea	62	1	5	3,95	1,062
Hoivakodissa on tarpeeksi mielekästä tekemistä	60	1	5	3,50	1,242

YKSILÖLLISYYS					
	Vastauksia	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keski-hajonta
Hoivakodissa on kodikasta ja viihtyisää	64	1	5	4,38	0,882
Hoivakodissa on rauhallista	64	1	5	4,52	0,873
Hoivakodissa on sopivan lämmin	64	2	5	4,36	1,060
Hoivakodin ruoka on maittavaa	64	2	5	4,50	0,816
Yksilölliset tarpeeni huomioidaan hoidossani	63	1	5	4,41	0,796
Kokemukseni ja menneisyyteni huomioidaan hoidossani	62	1	5	3,94	1,129
Tunnen itseni arvokkaaksi ihmiseksi	62	1	5	4,06	1,172

<b>TURVALLISUUS</b>					
	<b>Vastauksia</b>	<b>Minimi</b>	<b>Maksimi</b>	<b>Keskiarvo</b>	<b>Keski-hajonta</b>
<b>Tunnen oloni hoivakodissa turvalliseksi</b>	63	3	5	4,71	0,551
<b>Hoitaja tulee kutsuessani nopeasti</b>	61	2	5	4,23	0,902
<b>Hoitajat osaavat työnsä hyvin</b>	64	2	5	4,78	0,548
<b>Saan apua aina kun sitä tarvitsen</b>	63	2	5	4,48	0,737
<b>Saan tarpeeksi tietoa minua askarruttavista asioista</b>	63	1	5	4,16	1,181
<b>Voin luottaa henkilökuntaan</b>	62	2	5	4,66	0,651
<b>Henkilökunta on ammattitaitoista</b>	64	1	5	4,66	0,718