



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Teemu Gullman

ASIAKKAIDEN JA OMAISTEN
KOKEMUKSIA VAASAN KAUPUNGIN
PALVELUASUMISESTA

Sosiaaliala
2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaalialan koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Teemu Gullman
Opinnäytetyön nimi	Asiakkaiden ja omaisten kokemuksia Vaasan kaupungin palveluasumisesta
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	41 + 2 liitettä
Ohjaaja	Hans Frantz

Vanhustenhoito on Suomessa kehittynyt nykyiselleen melko lyhyessä ajassa. Vielä kahdeksankymmentä vuotta sitten vanhukset asuivat vaivaistaloissa muiden itsenäistä toimeentuloa vailla olevien kanssa. Vanhuus käsitettiinkin tuolloin vielä köyhyydeksi jos vanhuksella tai hänen lähisukulaisillaan ei ollut omaisuutta. 1900-luvun kuluessa yhteiskunta alkoi entistä enemmän tukea vanhuksia rahallisesti aineellisen tuen sijaan. Tämä vapautti vanhukset elämään entistä itsenäisempää elämää sekä päättämään itse asioistaan. Vaivaistalot muuttuivat kunnalliskodeiksi ja myöhemmin vanhainkodeiksi. Lisäksi yhteiskunta alkoi panostaa vanhusten kotihoitoon sekä kodinomaiseen asumiseen. 1980- ja 1990-luvulla palveluasumisesta tuli laitoshoidon vaihtoehto. Tulevina vuosikymmeninä Suomen huoltosuhde tulee muuttumaan kuitenkin nykyistä epäedullisemmaksi, jolloin vanhustenhoito on jälleen uuden haasteen edessä.

Tutkimuksessa oli kohteena Vaasan kaupungin palveluasumisen asiakkaiden sekä heidän omaistensa tyytyväisyys. Palveluasumisella tarkoitetaan vanhusten tuettua itsenäistä asumista. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena. Asiakkaille kysely tehtiin haastatteluna ja omaisille kyselykaavakkeet lähetettiin postitse. Asiakkaille esitettiin 11 kysymystä, joihin vastattiin asteikolla 1-5 sekä 1 avoin kysymys. Omaisille esitettiin 10 kysymystä asteikolla 1-5 sekä 1 avoin kysymys. Kysymykset eivät olleet täsmälleen samat asiakkaille ja omaisille, joten suoraan kyselyjen tuloksia ei voida verrata. Kysymysten aihepiirit sivusivat kuitenkin voimakkaasti toisiaan.

Asiakkaiden osalta vastaukset olivat suhteellisen positiivisia. Vastaajat jakautuivat kuitenkin voimakkaasti kahteen ryhmään: niihin, jotka olivat kaikilta osin tyytyväisiä hoitoon sekä niihin, jotka eivät olleet miltään osin tyytyväisiä. Omaisten vastauksissa hajonta oli suurempaa. Sama vastaaja saattoi arvioida jotkin hoidon osa-alueet erinomaisiksi ja toiset taas ala-arvoisiksi. Kaiken kaikkiaan asiakkaat olivat kuitenkin omaisia tyytyväisempiä palvelun laatuun.

Avainsanat vanhus, vanhustenhoito, palveluasuminen, palvelutalo

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaalialan koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Teemu Gullman
Title	The Clients´ and Their Relatives´ Experiences of Sheltered Housing in Vaasa
Year	2010
Language	Finnish
Pages	41 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Hans Frantz

Elderly care has developed in Finland to today's level in a quite short period of time. Less than 100 years ago old people lived in the same houses as other groups of people who could not earn their own bread. In those days being old was equal to being poor if the elderly person or his/her relatives did not have any possessions. During the 20th century society started to pay financial aid and pensions to elderly people and this made the life of the old people more independent and gave the control of their own lives to the elderly people themselves. The proportion of the elderly people will grow in the near future and this will give the elderly care new challenges.

The target group of this study included the clients of sheltered housing in Vaasa and their relatives. The study focused on how satisfied they are with the housing service. In sheltered housing elderly people live independently but support services are also available. The study was conducted with inquiry. The clients were interviewed and the relatives were sent a questionnaire. The interview included one open ended question and 11 questions which were answered on a scale 1-5. The relatives´ questionnaire had 10 questions and one open ended question. The questions for the clients and the relatives differed a bit and the results cannot thus be compared.

The clients´ answers were quite positive, but they could be divided in the two separate groups: to those who were satisfied with everything and to those that were dissatisfied with everything. There was more divergence in the relatives´ answers; the same respondent could give good feedback on something and criticize something else. On the whole it can be said that the clients were more satisfied with the quality of sheltered housing than the relatives.

Keywords Elderly person, elderly care, sheltered housing, service center

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	8
2 VANHUUDEN MÄÄRITELMÄ.....	9
3 VANHUSTEN ASEMAN KEHITTYMINEN SUOMEN TEOLLISTUESSA	12
3.1 Maatalousyhteiskunnasta kohti teollistumista	12
3.2 Köyhäinhoidon kehittyminen	14
3.3 Maatalousyhteiskunnasta teollisuusyhteiskuntaan.....	16
3.4 Vanhusten asumisolot tarkkailuun	17
4 PALVELUIDEN AIKAKAUSI	18
4.1 Köyhäinhoidosta palveluksi.....	18
4.2 Palvelu yksilöllistyy	19
4.3 Palvelutalot syntyvät	20
4.4 Vaasalainen näkökulma vanhusten hoidon kehitykseen	22
5 PALVELUASUMISEN LAATUTEKIJÄT.....	24
5.1 Palveluasumisen määritelmä.....	24
5.2 Laadukkaan vanhusten hoidon perusteet.....	25
5.3 Asiakaslähtöisyys.....	26
5.4 Kuntouttava työote	27
5.5 Omaisten tuki.....	28

6	ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY VAASAN PALVELUASUMISESSA ...	30
6.1	Tutkimuksen toteutus	30
6.2	Tutkimusjoukon kuvaus	30
6.3	Tutkimusmenetelmä ja toteutus	31
6.4	Tutkimuksen luotettavuus.....	31
7	TULOKSET	33
7.1	Asiakkaat	33
7.2	Omaiset.....	36
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	41
	LÄHTEET	43

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuva 1:	Suomalaisten ikäjakauma vuosina 1917 ja 2006.	s. 10
Kuva 2:	Suomalaisten eliniänodote 1750-2009	s. 11
Kuva 3:	Asiakkaiden vastausten keskiarvot kysymyksittäin	s. 31
Kuva 4:	Asiakkaiden vastausten keskiarvot yksiköittäin	s. 32
Kuva 5:	Omaisten vastausten keskiarvot kysymyksittäin	s. 34
Kuva 6:	Omaisten vastausten keskiarvot yksiköittäin	s. 36
Taulukko 1:	Omaisten osallistuminen hoitoon	s. 33

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Suomalaisen yhteiskunnan ikäjakauma 1900-2030**LIITE 2.** Asiakkaille ja omaisille esitetyt kysymykset

1 JOHDANTO

Palveluasumisesta on tullut merkittävä vanhustenhoitomuoto Suomessa 1980- ja 1990-luvuilla. Ensimmäiset palvelutalot valmistuivat 1980-luvun alussa sen aikaisen vanhustenhoidon ihanteen mukaisesti. Palvelutaloissa vanhukset saavat elää itsenäisesti mutta saavat tarvittaessa hoitoa ja hoivaa sekä apua arjen askareisiin. Palvelukeskuksissa myös kotona asuvat vanhukset saavat virikkeellistä toimintaa sekä solmia ja ylläpitää sosiaalisia kontakteja.

Kuitenkin 1990-luvun alussa kalliita vanhainkotipaikkoja supistettiin ja painopistettä vanhustenhoidossa siirrettiin kotihoidon suuntaan. Samalla menetetyt laitospaikat sekä vanhusten määrän kasvaessa tarvittut lisäpaikat siirrettiin keveämmän ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. Näin ollen palveluasumisesta ei tullutkaan laitoshoidon ennaltaehkäisevää palvelua, vaan sen korvaaja.

Tässä tutkimuksessa käsitellään Vaasan kaupungin palveluasumisen asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluun jota heille tarjotaan. Omaiset saavat myös arvioida omalta osaltaan miltä heidän mielestään vanhusten ja etenkin heidän oman sukulaisensa hoito vaikuttaa. Asiakkailta ja omaisilta on erilaiset näkökulmat hoitoon ja tutkimuksessa onkin tarkoitus vertailla asiakkaiden ja omaisten näkökulmia.

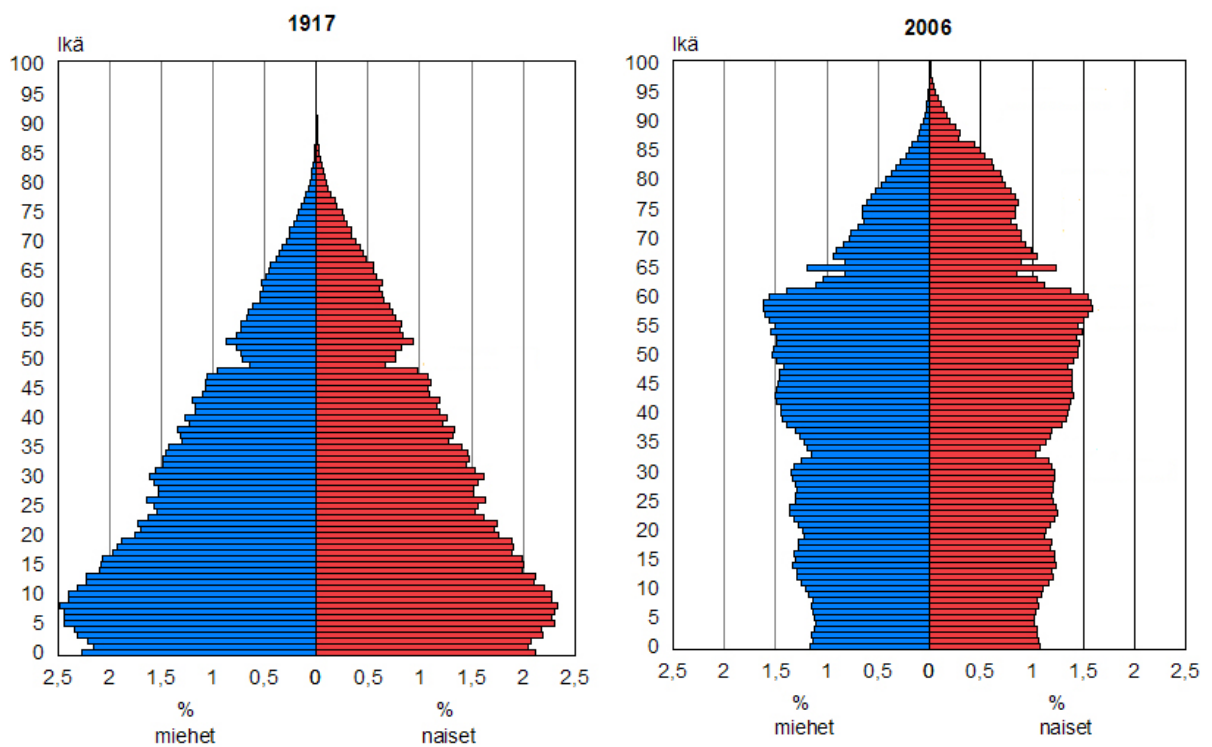
Tutkimus sisältää myös katsauksen vanhustenhoidon historiaan, joka laajentaa näkökulmaa koskemaan myös vanhuuden ja vanhusten arvostusta 1800-luvun lopulta aina nykypäivään asti. Lisäksi käsitellään laadukkaan vanhustenhoidon perusteita, jotta tutkimuksen aineistoa voitaisiin sen pohjalta tulkita.

2 VANHUUDEN MÄÄRITELMÄ

Väestön elinikä on Suomessa, kuten muuallakin Euroopassa kasvanut teollistumisen myötä. Ennen teollistumista, 1800 -luvun alussa, väestön odotettavissa oleva elinikä oli vain noin 40 vuotta, kun se vuonna 2008 oli 79 vuotta (Huttunen 2010). Nykyään Suomen väestö on ikääntynyt kokonaisuudessaan. Tästä kertoo yli 65 -vuotiaiden prosentuaalisen osuuden kasvu 1800 -luvun alun noin neljästä prosentista nykyiseen yli kymmenen prosentin osuuteen. (Koskinen 1983: 32637)

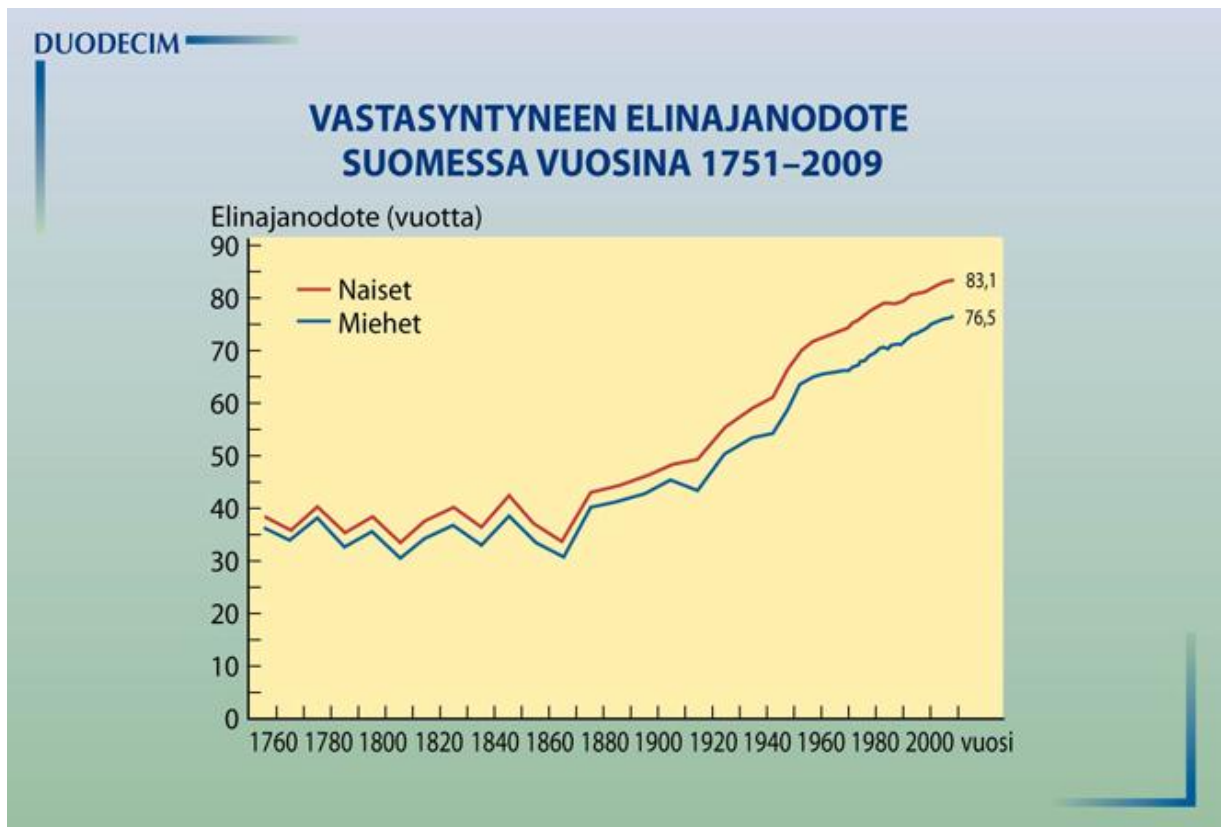
Suomen väestörakenne on muuttumassa tulevina vuosikymmeninä voimakkaasti, johon osittain iäkkäiden määrän kasvusta ja osittain alhaisesta syntyvyydestä. Suomen väkimäärän ennustetaan kokonaisuudessaan kasvavan vielä 2030-luvulle asti, jonka jälkeen se lähtee lievään laskuun. Kuitenkin ikärakenne tulee muuttuvan siten, että työikäisten sekä lasten ja nuorten osuus laskee ja väestö alkaa entistä enemmän painottua yli 65 ó vuotiaisiin. Vanhusten määrän kasvu ja työikäisen väestön pienentyminen johtaa väestön huoltosuhteen muuttumiseen ja sen ennustetaankin kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Huoltosuhteella tarkoitetaan 65 ó vuotiaiden määrää suhteessa työikäisten määrään. (Kuntaliitto 2006: 9-13)

Koko vanhuus ó käsite on muuttunut hyvin paljon viimeisen sadan vuoden aikana. Keskimääräinen elinikä on 1900-luvulle asti ollut alle 40 vuotta. Aiempina vuosisatoina yli 60-vuotias ihminen on ollut harvinaisuus ja korkea ikä on ollut synonyymi viisaudelle sekä merkki siitä että henkilö on jumalten erityisessä suojeluksessa. Keskimääräistä elinikää ovat laskeneet sairaudet sekä suuri lapsikuolleisuus. Kuitenkin ihminen joka on saavuttanut 60 vuoden iän, on todennäköisesti voinut elää jopa 80-vuotiaaksi. Nykyään kun valtaosa väestöstä elää yli 60 vuotta, on vanhuudesta tullut arkipäiväistä ja vanhusten arvostus on laskenut. (Koskinen 1983: 18619)



Kuva 1: Suomalaisten ikäjakauma vuosina 1917 ja 2006. (Tilastokeskus 2007)

Samaan aikaan kun vanhusten määrä sekä keskimääräinen eliniän odote on kasvanut, ovat vanhukset terveempiä kuin koskaan. Vielä muutama vuosikymmen sitten eläkkeelle siirtyminen tarkoitti vanhuudenpäivien alkamista. Kuitenkin vuosikymmenten kuluessa ovat eläköityminen ja varsinainen vanhuus erkaantuneet toisistaan. Enää vuosiin ei vastikään eläkeiän saavuttaneita ole kutsuttu vanhuksiksi, vaan korrektimpia ilmauksia ovat esimerkiksi ikäihminen tai seniorikansalainen. Lisäksi kieleen ovat vakiintuneet termit kolmas ikä ja neljäs ikä. Kolmannella iällä tarkoitetaan työvuosien ja varsinaisen vanhuuden väliin jäävää aikaa. Neljäs ikä sitä vastoin on varsinainen vanhuus, jolloin avuntarve on jo kohonnut huomattavasti. (Kuntaliitto 2006: 13615)



Kuva 2: Suomalaisten eliniänodote 1750-2009. (Huttunen 2010)

3 VANHUSTEN ASEMAN KEHITTYMINEN SUOMEN TEOLLISTUESSA

3.1 Maatalousyhteiskunnasta kohti teollistumista

Maatalousyhteiskunnassa, jossa Suomessa elettiin ennen 1800-lukua, vanhuksista huolehtivat pääasiassa perheet. Tuohon aikaan perheet eivät olleet varsinaisia ydinperheitä, vaan perheeseen saattoi kuulua jäseniä jopa kymmenestä eri ydinperheestä ja lisäksi täysin ulkopuolisia ottolapsia, joita otettiin työvoiman puutteen vuoksi. Suurperheissä ei ollut varsinaisia palkollisia, vaan kaikki tekivät työtä yhdessä ja varallisuus jaettiin kaikkien kesken. Tällöin myös vanhuksista huolehdittiin yhdessä. Suurperheiden kukoistusaika oli ohi 1800-luvun puoliväliin tultaessa. (Koskinen 1983: 37-44)

1700-luvun puolivälissä väestöstä talollisia oli kahdeksan kymmenestä. Talollisten osuus kuitenkin 1800-luvulla suuren väestönkasvun myötä pieneni siten että teollisen läpimurron alkaessa heitä oli enää alle neljä kymmenestä. Loppuosa väestöstä oli palkollisia, joiden jälkeläisillä ei enää ollut varaa huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan. Usein heillä ei ollut perhettä tai sukua lainkaan. Myöskään säästöjä vanhuksilla ei alhaisen tulotason vuoksi ollut. Tällöin suurin osa vanhuksista joutui köyhäinavun varaan. Kuitenkin talollisilla vanhuksilla olot olivat hyvät. Heillä kun oli varallisuutta kertynyt ja elintaso ei juuri vanhuuden koittaessa laskenut, siitä jälkeläisten tulot sekä heidän hallitsemansa omaisuus pitivät huolen. (Koskinen 1983: 37-44)

Syytinkijärjestelmä kehittyi vanhuuden turvaksi Länsi-Suomessa. Syytinkijärjestelmä oli kuitenkin vain talollisten vanhusten turva. Talottomat vanukset saivat tyytyä yhteiskunnan tarjoamiin köyhäinhoidon muotoihin. (Rintala 2003: 65) Syytinkijärjestelmällä olikin merkittävä rooli vanhuuden turvana ennen nykyisen eläkejärjestelmän kehittymistä. Syytinkijärjestelmän vanhimmassa muodossa syytingin ottaja, talollinen vanhus, asettui asumaan yleensä samaan taloon syytingin antajan, usein oman jälke-

läisensä, kanssa ja nautti tämän ruokapöydän antimista. Yleisimmin syytinki kuitenkin maksettiin saajalle tuotteina, kuten viljana. Tällöinkin syytingin ottaja asui antajan kanssa samassa tuvassa. Myöhemmin yleistyivät myös erilliset syytinkipirtit. Syytingille hakeuduttiin yleensä 55-60-vuotiaana. Syytinkijärjestelmä ei kuitenkaan ollut käytössä koko maassa, vaan keskittyi Länsi-Suomeen, Keski-Suomeen sekä Pohjois-Karjalaan. Savossa ja Etelä-Karjalassa syytinkiä ei tunnettu. (Koskinen 1983: 43-44)

Virkamiehillä on Suomessa ollut aina ollut hyvä palkka ja eläke. Virkamiehille alettiin jo Suomen autonomian alkuvaiheessa maksaa eläkettä julkisista varoista. Virkamiehen eläke saattoi olla yli puolet hänen aiemmasta palkastaan. (Koskinen 1983: 44-45)

Teollistumisen koittaessa väestö alkoi siirtyä maaseudun savupirteistä kaupunkeihin. Kaupungit eivät kuitenkaan mielellään ottaneet vastaan kaikkein köyhimmässä asemassa olevaan väestönosaan kuuluvia. Muutoinkaan kaupunkien tehdastyöläisten olot eivät olleet juuri parempia kuin maaseudulla asuvien palkkatyöläisten. Kaupunkien porvareiden keskuudessa heräsi kuitenkin jo varhain halu auttaa köyhemmissä oloissa asuvia vanhuksia. He alkoivatkin maksaa apurahoja köyhille vanhuksille. Työläiset alkoivat myös perustaa omia kassojaan sairauden tai vanhuuden varalle. Maatalousyhteiskunnasta peräisin olevan periaatteen mukaan työnantajan tuli huolehtia pitkäaikaisesta työntekijästään ja näin ollen tehtaan omistajat perustivatkin ötehtaankassoja, joihin jokaisen työntekijän oli pakko liittyä. Kuitenkin työntekijöiden vanhuuden turva oli melko heikko tehdastyöläisten huonon palkan vuoksi. (Koskinen 1983: 44-45) . Kassojen jäseniksi pääsivät vain kaupunkien työläiset. Kassat myös valikoivat ketä ne ottivat jäsenikseen ja osaltaan kassat myös hankaloittivat vanhusten, kuten muidenkin heikkokuntoisten työnsaantia. Rajoittamalla jo valmiiksi huonokuntoisten määrää kassat varmistivat sen että ne eivät heti joutuisi maksamaan suuria korvauksia. (Rintala 2003: 67)

3.2 Köyhäinhoidon kehittyminen

Seurakunnat ottivat köyhät hoteisiinsa jo 1600-luvulla, mutta pakolliseksi köyhäinhoito säädettiin seurakunnille vasta 1700-luvun lopulla. Köyhäinhoidosta säädettiin aiemmin eri asetuksissa, kunnes vuonna 1852 annettiin köyhäinhoitoasetus. Tämän asetuksen tarkoituksena oli yhdenmukaista köyhäinhoito koko maassa. Asetuksessa vanhuksset myös ensi kertaa erotettiin muusta aikuisväestöstä. (Rintala 2003: 67) Yksi varhaisen köyhäinhoidon muoto oli laillistettu kerjuu. Kerjääminen kielletty lailla, mutta se sallittiin esimerkiksi köyhille vanhuksille. Kerjäämisestä kehittyi vähitellen ns. pitäjänkierto, jossa vanhus asui vuorotellen jokaisessa kylän talossa ja talonväen oli hänestä huolehdittava. 1800-luvulla yleinen tapa huolehtia vanhuksista oli myös ruotuhoito, jossa kylän talot oli jaettu ruotuihin ja jokaisen ruodun tuli yhteistuumin huolehtia vanhuksistaan. Ruotuhoito kiellettiin 1916. Osaa vanhuksista hoidettiin myös elätehoidolla, jossa yksityisille annettiin korvausta vanhuksen hoitamisesta. Elätehoito oli kuitenkin yleisempää lasten kuin vanhusten kohdalla. Tässä hoitomuodossa elätettävä annettiin sille, joka hänet pienimmällä summalla suostui ottamaan. Oletettavasti siis hoito ei ollut aina laadullisesti parasta mahdollista. Elätehoito kiellettiin 1800-luvun lopulla. (Koskinen 1983: 45-48) . Samaan aikaan ruotuhoito muuttui elätehoidon vaihtoehdosta sen korvaajaksi. (Rintala 2003: 72)

1700- ja 1800-lukujen vaihteessa perustettiin ensimmäiset köyhäintalot Suomen kaupunkeihin, ainakin Turkuun, Helsinkiin, Vaasaan, Poriin, Ouluun ja Viipuriin. Laitoksissa hoidettiin tuohon aikaan kaikkein huonokuntoisimpia vanhuksia. Toisinaan etenkin maaseudulle perustettiin myös tarpeen mukaan väliaikaisia köyhäintaloja. Hoito laitoksissa oli puutteellista ja alkeellista. Samaan aikaan ensimmäisten laitosten kanssa toimivat etenkin maaseudulla edelleen myös varhaisemmat hoitomuodot. Köyhäinhoitotehtävät siirtyivät 1860- ja 1870-luvuilla seurakunnilta kunnille kuntalaitoksen perustamisen seurauksena. (Koskinen 1983: 50-53)

Kaupungistuminen tapahtui Suomessa 1800- ja 1900-lukujen vaihteessa. Kaupunkeihin muutti vuosien 1880 ja 1930 välisenä aikana yli 300 000 ihmistä. Tällöin muuttui

myös vanhuus maalaisvanhuudesta kaupunkilaisvanhuudeksi. Työläisvanhuksien määrä kasvoi suureksi ja heidän turvakseen täytyi luoda eläkejärjestelmä. (Koskinen 1983: 53-54)

Vuonna 1879 annettiin uusi vaivaishoitoasetus joka kiristi aiemman, liian löyhäksi koetun vuoden 1852 asetuksen säännöstöä. Köyhäinhoito jaettiin pakolliseen ja harkinnanvaraiseen. Harkinnanvaraisen avun piiriin kuuluivat yleensä työikäiset kansalaiset, jotka olivat esimerkiksi olosuhteiden muutoksen vuoksi joutuneet vaikeaan tilanteeseen. Muut avuntarpeessa olijat, kuten vanhukset, kuuluivat pakollisen avun piiriin. (Rintala 2003: 69) Asetuksen myötä ennen kaikille avoimet köyhäintalot muuttuivat suljetuiksi laitoksiksi. Niiden asukkaat eristettiin ulkomaailmasta ja kuri laitoksissa oli kova. Uusilla säännöksillä pyrittiin suuntaamaan köyhäinhoito niille, jotka todella olivat sen tarpeessa. Helppoa elämää vaivaistalossa tavoitelleet siirtyivät uudistuksen jälkeen työmarkkinoille. Köyhäintaloissa asui vanhuksien lisäksi mielisairaita, lapsia ja vammaisia. (Koskinen 1983: 50-53)

Vuoden 1879 köyhäinhoitoasetusta pyrittiin etenkin 1900-luvulla muuttamaan. Vuonna 1923 köyhäinhoitolaki korvasikin vanhan asetuksen. Kuitenkin monet lain uudistuksista olivat olleet käytössä jo vuosikymmeniä. Laki vain antoi jo olemassa oleville käytännöille eduskunnan siunauksen. (Rintala 2003: 73) 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa panostettiin aiemman kotona hoitamisen sijaan vaivaisten laitoshoidon. Köyhäinhoitolain tullessa voimaan 1923 köyhäintaloja olikin Suomessa jo miltei 300. Laki korosti avohuoltoa ja ensisijaisia vanhusten hoitomuotoja olivatkin kotiaavustus ja yksityiskotihoito, jotka periytyivät vanhasta ruotuhoitojärjestelmästä. Köyhäinhoitolain säätämisen jälkeen köyhäintalot muuttuivat kunnalliskodeiksi, ja laitoshoidosta tuli viimesijainen vaihtoehto. Kunnalliskodin perustamisesta tuli kunnan velvollisuus. Jo ennen lain säätämistä oli alettu kuntien yhteistyönä perustaa mielisairaaloita ja monissa köyhäintaloissakin oli erillinen osasto mielisairaille. Kunnalliskoteihin jäikin 1930-luvulla sosiaalihuollon erityislakien säätämisen jälkeen lähes pelkästään vanhuksia. (Koskinen 1983: 50-53) Köyhäinhoitolaki myös poisti harkinnanvaraisuuden köyhäinhoidosta. Apua saivat kaikki sitä tarvitsevat, aivan kuten

vuoden 1852 asetuksenkin aikaan. Kunnalliskodeissa vanhukset leimautuivat huomaamattomiksi ja vaatimattomiksi ihmisiksi, jotka viihtyivät hyvin omissa oloissaan eivätkä paljon ihmisten ilmoilla liikkuneet. (Rintala 2003: 74-79)

Työväenluokka halusi parantaa omaa vanhuuden turvaansa ja kampanjoi 1900-luvun alkuvuosina työväen vanhuus-, sairaus- ja tapaturmavakuutuksen puolesta. Vuonna 1937 säädettiin Suomeen kansaneläkelaki, yhtenä viimeisistä Euroopan maista. Kuitenkin Suomalainen laki oli huomattavasti laajempi kuin muualla Euroopassa, koskien kaikkia kansalaisia. Laki tuli voimaan 1939 ja ensimmäiset eläkkeet maksettiin 1949. Kansaneläkelaisissa vanhusten toimeentulo erotettiin ensimmäisen kerran muusta köyhäinhoidosta. Eläkeikäraja oli 65 vuotta. (Anttonen & Sipilä 2000: 69)

3.3 Maatalousyhteiskunnasta teollisuusyhteiskuntaan

Sotien jälkeen sotakorvaukset vauhdittivat Suomen siirtymistä maatalousyhteiskunnasta teollisuusyhteiskunnaksi. Kaupungistuminen kiihtyi ja oli erityisen voimakasta 1960- ja 1970-luvuilla. 1980-luvulle siirryttäessä koko väestöstä 60 % asui kaupungeissa. Vanhuksistakin kaupungeissa asui yli puolet. Samaan aikaan valtio alkoi entistä enemmän ohjata yhteiskuntaa sekä tukemaan heikko-osaisia. Tämän uskottiin lisäävän onnellisuutta ja siten yhteiskunnan tuottavuutta. Tässä kehityksessä vanhukset nähtiin aluksi passiivisina objekteina, kuluttajina, joille riitti kun heille maksettiin eläke sekä annettiin asunto jossa asua. Myöhemmin alettiin kiinnittää huomiota materiaalsen hyvinvoinnin lisäksi myös laadulliseen hyvinvointiin. Siihen miten vanhukset elivät ja miten he halusivat elää. (Koskinen 1983: 55-58) Kunnalliskodit havaittiin 1940-luvulla tarkoitukseensa sopimattomiksi. Niissä hoidettiin pitkäaikaista laitoshoittoa tarvitsevien vanhusten sijaan sellaisia potilaita, joita ei löytynyt muutakaan hoitopaikkaa. Sen sijaan laitoshoittoa tarvitsevia vanhuksia hoidettiin akuuttisairaanhoidon vuodepaikoilla. (Rintala 2003: 91-92)

3.4 Vanhusten asumisolot tarkkailuun

Vanhustenhuoltokomitea alkoi tehdä selvitystä vanhusten olojen parantamiseksi 1949. Komitea sai mietintönsä valmiiksi 1952. Komitean mukaan vanhusten asumistilannetta tuli parantaa, vanhuksat kun usein elivät jopa ala-arvoisissa oloissa varallisuuden puutteessa. Vanhuksille rakennettiin erityisiä asuntoja ja asuntoloita, joissa oli hyvä viettää vanhuudenpäiviä. Lisäksi komitean mielestä vanhuksille ei ollut sopivaa asua kunnalliskodeissa, joissa asui sekalaista väkeä. Parempi olisi asua erityisesti vanhuksille suunnatuissa kodinomaisissa laitoksissa. Vuosikymmenten mittaan vanhuksille alettiin järjestää omia laitoksia, ensin yksityisen sektorin toimesta ja lopulta kunnalliskoditkin alkoivat muuttua kunnallisiksi vanhainkodeiksi. (Koskinen 1983: 59-61)

4 PALVELUIDEN AIKAKAUSI

4.1 Köyhäinhoidosta palveluksi

1960-luvulta lähtien on Suomen sosiaalijärjestelmää uudistettu kehittämällä vanhaa köyhäinhoitojärjestelmää sosiaalipalvelujen suuntaan. Vuonna 1956 köyhäinhoitolaki korvattiin huoltoapulailla, jolloin köyhäinhoito muuttui sosiaalihuolloksi. Järjestelmän uudistuksessa pidettiin silmällä nimenomaan sosiaalihuollon palvelunomaisuutta ja pyrittiin pääsemään eroon rankaisevista käytännöistä. (Anttonen & Sipilä 2000: 64)

Vanhusten osalta uusi laki kiinnitti huomiota laitoshoidon tasoon. Se edesauttoi kunnalliskotien asukkaiden saamista itselleen tarkoituksenmukaisempaan hoitoon ja vauhditti kunnalliskotien muuttumista kunnallisiksi vanhainkodeiksi. Enää eivät laitoshoitoon tulevat vanhukset automaattisesti tulleet holhouksen alaisiksi, vaan riittävän hyväkuntoisista vanhuksista tuli maksavia asiakkaita vanhainkodeille. Tämän mahdollisti edellisinä vuosikymmeninä kehittynyt eläkejärjestelmä, joka vapautti vanhukset elämään itsenäisemmin omilla rahoillaan sen sijaan että heidän olisi pitänyt turvautua sukulaisten rahalliseen apuun (Anttonen & Sipilä 2000: 65). 1980-luvun alussa tehtiin huoltoapulakiin muutos, joka erotti elatuksen ja hoidon lopullisesti toisistaan. Tällöin jokaisesta vanhainkodin asukkaasta tuli hoitopalveluita ostava asiakas. (Koskinen 1983: 64-66)

Kunnallisen kodinhoitajatoiminnan ulottaminen koskemaan lapsiperheiden lisäksi myös vanhuksia vähensi kunnalliskotien asukkaita. Valtaosa asukeista kun oli ollut liikunta- ja osa jopa työkykyisiä. Jo 1940- ja 50- lukujen vaihteessa vahvistui myös ajatus siitä että täysihoidon järjestämisen sijasta vanhuksia tulisi auttaa ja tukea vain niissä toimissa, joista he eivät voi itsenäisesti suoriutua. Näin vanhuksen toimintakyky säilyy pidempään ja laitospaikkoja ei tarvita niin paljoa. (Rintala 2003: 94-95)

Moniin edeltävinä vuosikymmeninä mietityttäeneisiin vanhustenhuoltoa koskeviin kysymyksiin saatiin vastaus kun huoltoapulaki säädettiin 1956. Aiemmin avun saaminen oli määritetty avuntarvitsijalle määritettyjen kriteerien mukaan. Uudessa laissa sen sijaan hoidon tarve ratkaisi sen, annetaanko apua. Muilta osin uusi laki lähinnä jälleen virallisti jo olemassa olleita käytäntöjä. Suurimpiin kaupunkeihin rakennettiin lain säätämisen jälkeen myös kroonisesti sairaille tarkoitettuja sairaskoteja. Kunnalliskodit alkoivat myös entistä enemmän siirtyä sosiaalipalvelun muotoon. Esimerkiksi varakkaita, täysin itse hoitonsa maksavia vanhuksia voitiin ottaa asukkaiksi. Tämä muutti käsityksen kunnalliskodista vähävaraisten elatuspaikasta tarpeen mukaan saatavaksi palveluksi. Sairaaloiden vuodeosastojen ruuhkien purkamiseksi kunnalliskotien tehtäväksi alettiin lukea myös hoidon antaminen. Lain mukaan kaikkiin kunnalliskoteihin tuli rakentaa myös erillisiä sairaosastoja. (Rintala 2003: 97-100)

4.2 Palvelu yksilöllistyy

1960-luvulla alettiin kiinnittää huomiota vanhusten eriarvoisuuteen: kunta ei ollut velvollinen tarjoamaan apua varakkaille vanhuksille, joiden katsottiin pystyvän maksamaan itse oma hoitonsa. Laitoshoidon rinnalle kaivattiin myös avohoitoa jotta turhia laitossijoituksia voitaisiin estää. Koettiin myös tärkeäksi aktivoida vanhuksia ja lisätä heidän toimintaansa yhteiskunnassa. Eläkkeelle siirtyminen aiheuttaa monille ihmisille sosiaalisen tyhjön, joka jäädessään pysyväksi olotilaksi alentaa toimintakykyä. (Rintala 2003: 117-118) 1980-luvulla koettiin vanhuksille tarjotut palvelut liian yleistäviksi, niissä ei otettu tarpeeksi huomioon ihmisen yksilöllisyyttä. Edelleen vanhuksia käsiteltiin usein liian homogeenisenä väestöosana. (Rintala 2003: 135)

Vuonna 1982 säädettiin sosiaalihuoltolaki (L 710/1982), joka yhdisti aiemmat huoltoapulain (L 116/1956) ja lain kunnallisesta kodinhoitoavusta (L 270/1966). Jälleen uusi laki virallisti jo alalla vallitsevia käytäntöjä. 1980-luvulla vanhuksien oikeudet nousivat esille. Vanhoja ihmisiä ei enää käsitelty passiivisina objekteina, vaan heistä

tuli sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaita, joille annettiin tietoa hoidosta ja jotka aktiivisesti osallistuvat hoitoonsa. Vanhusten taloudellinen tilanne keskimäärin parantui, 80-luvulle tultaessa enää kolmasosa eläkeläisistä eli pelkän kansaneläkkeen varassa. Havaittiin kuitenkin että ongelmat kasautuvat yleensä vähävaraisille vanhuksille. Samaa aikaan vanhusten palveluita alettiin hinnoitella maksukyvyyn mukaan. (Rintala 2003: 121-127) Vuonna 1980 voimaan tulleella huoltoapulain muutoksella laitoshoido ja rahallinen tuki erotettiin toisistaan ja laitoshoidosta tuli pelkästään tarpeeseen perustuva palvelu. Samalla vanhainkotien ensisijaiseksi tehtäväksi määriteltiin kuntouttaminen. (Rintala 2003: 140)

Vanhusten kotona asumista alettiin 1980-luvulla tukea yhä enemmän. Koettiin että yksilö pysyy pidempään toimintakykyisenä tutussa ympäristössä. Kuitenkin toimintakyvyn alentuessa vanhusten todettiin tarvitsevan erityislaatuista asuntoja. Vuoden 1982 sosiaalihoitolaki oli tehnyt vanhusten palveluista keskenään tasa-arvoisia, toisiaan täydentäviä palveluita. Samalla avopalvelut tulivat täydentämään palveluvalikoimaa. (Rintala 2003: 132-135)

4.3 Palvelutalot syntyvät

Yksityisiä vanhuksille tarkoitettuja palvelutaloja oli Suomessa ollut esimerkiksi Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamana ja 1960-luvulla, mutta kunnallisten palvelutalojen aika koitti 1980-luvun alussa. Palvelutaloihin asukkaaksi otettiin lähinnä yksinasuvia, terveydentilaltaan huonokuntoisia vanhuksia. Palvelutaloissa kiteytyivät 1970-luvulla vanhustenhoidolle syntyneet kriteerit. Palvelukeskukset tarjosivat aktiivista toimintaa kaikille halukkaille. Palvelukeskukset tarjosivat myös avopalveluita kotona asuville vanhuksille. Näin yksinasuville vanhuksille tarjoutui mahdollisuus seurusteluun ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Palvelutalon asukkaat saivat valvotusti asua itsenäisesti, mutta kuitenkin sosiaalisia virikkeitä tarjoavassa ympäristössä. Vanhukset myös pääsevät helposti pois kotoaan palvelutalojen usein keskeisen si-

jainnin ansiosta. Näin vanhuksia ei eritetä muusta yhteiskunnasta, vaan he pääsevät osallistumaan yhteiskunnan toimintaan. Samalla päivähoidossa käyvien vanhusten terveydentilaa ja vanhenemismuutoksia kyetään seuraamaan ja voidaan tarvittaessa ryhtyä toimenpiteisiin terveydentilan laskiessa. (Rintala 2003: 137-141)

1990-luvulle tultaessa vanhustenhuollon näkökulma ei paljoakaan muuttunut 1980-luvulta. Lähinnä toimintakykyä ylläpitäviin palveluihin panostettiin entistä enemmän. Myös ajatus vanhustenhuollosta palveluna syventyi ja levisi entistä laajemmalle. Lainsäädännöllisiä muutoksia ei juuri tullut. Tässä mielessä 1990-luku muistutti hyvin paljon 1970-lukua, jolloin toki keskusteltiin paljon vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisestä, mutta lainsäädännölliset muutokset jäivät vähäisiksi. 1990-luvulla alettiin entistä enemmän panostaa laitoshoidon sijasta kotihoitoon sen kustannustehokkuuden vuoksi. Palvelukeskusten ansiosta vanhuksia saatettiin entistä enemmän ja pidempään myös hoitaa kotona. Uutena kotihoidon muotona alettiin käyttää omaishoitoa ja omaishoitajia alettiin tukea rahallisesti 1990-luvun alussa. (Rintala 2003: 144-167)

1990-luvun alun vaikea taloudellinen tilanne nopeutti siirtymistä laitospainotteisista hoitomuodoista avohoitoon. Vielä 1980-luvulla vanhusten asuttamista kotona mahdollisimman pitkään perusteltiin ideologisilla syillä, mutta 1990-luvulla tulivat relevanteiksi myös taloudelliset syyt. Tosin myöskään avopalvelut eivät vuosina 1988ó 1994 lisääntyneet, vaan niitä, muiden vanhustenhuollon palveluiden tavoin karsittiin. Palveluasuminen tosin yli kaksinkertaistui kyseisenä ajanjaksona. Osittain tämä johtuu tosin siitä että palveluasumisen epämääräisten määritelmien sekä sen aseman uutena palveluna johdosta vasta tuohon aikaan alettiin joitakin palveluyksiköitä tilastoida palveluasumisena. (Vaarama & Lehto 1996: 39-45) Useimmat Suomen palvelutaloista on rakennettu 1970- ja 1980-luvuilla, mutta erityisen voimakasta kehitys on, etenkin dementiaa sairastaville tarkoitettujen palvelutalojen kohdalla, ollut 1990-luvulla. 90-luvulle asti valtaosa palvelutaloista oli yksityisten säätiöiden ja yhdistysten hallinnassa. (Karjalainen & Kivelä 1995 a: 54-55)

4.4 Vaasalainen näkökulma vanhustenhoidon kehitykseen

Vaasa oli Suomen ensimmäisiä kaupunkeja, johon perustettiin vaivaistalo. Talon perustamisesta päätettiin vuonna 1886. Vaivaistalo perustettiin Klemetsögårdin kartanon alueelle, jossa jo aiemmin oli vapaaehtoistyönä hoidettu vähäosaisia. (Hietamäki 2007: 26-30) Myöhemmin alueelle rakennettiin lisärakennuksia koska alkuperäiset tilat havaittiin liian pieniksi ja tarpeisiin sopimattomiksi.

Vuoden 1923 köyhäinhuoltolain tultua voimaan muuttui Vaasankin vaivaistalon nimi kunnalliskodiksi. Samaan aikaan päätettiin rakentaa kunnalliskodille uusi päärakennus tiilestä vanhojen puurakennusten rinnalle. uusi rakennus valmistui vuonna 1925. (Hietamäki 2007: 49) 1950-luvulle tultaessa havaittiin että kunnalliskoti alkoi olla vanhentunut ja tarkoitukseensa sopimaton. Myös maataloustöiden teettäminen asukkailla, joista suurin osa ei ollut töihin kykeneviä, koettiin ongelmalliseksi. Vanhusten hoitamista kunnalliskodin yleisosastoilla alettiin paheksua, mutta tuohon aikaan ei Vaasassa ollut juuri muita vaihtoehtoja yksityisten Fylgian ja Carl och Carolinas hem:in lisäksi. Yksityisillä ei kuitenkaan hoitopaikkoja ollut kuin muutama kymmenen. (Hietamäki 2007: 54655)

1956 kaupunginvaltuusto päätti rakentaa alueelle erillisen sairaskodin, joka otettiin käyttöön vuonna 1959. Uusi talo oli 132-paikkainen ja nelikerroksinen. Samaan aikaan uuden rakennuksen valmistumisen kanssa koko kunnalliskoti uudistui ja nimi muuttui muotoon öVaasan kaupungin sairaus- ja vanhainkotiö. 1960-luvun alussa maatalous alueella lopetettiin. Vuonna 1963 alueelle päätettiin rakentaa erillinen vanhainkoti. Uusi rakennus valmistui 1966. Samalla vanhaan päärakennukseen sijoitettiin edelleen hoidossa olevat mielisairaajat. Vanhoja rakennuksia purettiin sitä mukaa kun ne tyhjenivät. Edelleen vanhusten kanssa samoissa tiloissa majaili kuitenkin jonkin verran alkoholisteja, joilla saatiin vasta 1970-luvun puolivälissä omia hoitopaikkoja ja vanhainkoti jäi vain vanhusten käyttöön. (Hietamäki 2007: 62671)

1970- luvulla vanhainkoti todettiin liian pieneksi ja jonot laitokseen kasvoivat. Alettiin suunnitella eläkeläisasuntolaa Klemetilän alueelle sekä vanhainkodin laajennusta. Vuonna 1981 valmistui vanhainkodin laajennus ja vuonna 1983 muutettiin kunnalliskodin vanhan päärakennuksen ensimmäisen kerroksen tilat eläkeläisten asuntolaksi. Toisen kerroksen tilat valmistuivat vuonna 1986. Vanhainkodin laajennus paransi myös vanhusten avohuollon tukipalvelujen tarjontaa. Vaasan ensimmäinen varsinainen palvelutalo Vuorikoti valmistui vuonna 1985, heti kun sille löytyi sopiva tontti. (Hietamäki 2007: 72679)

5 PALVELUASUMISEN LAATUTEKIJÄT

5.1 Palveluasumisen määritelmä

Palveluasumiselle ei ole olemassa virallista määritelmää. Yleensä palveluasumiseksi määritellään vanhusten itsenäinen mutta tuettu asuminen. Palveluasunnot sijaitsevat yleensä palvelukeskusten yhteydessä, joissa vanhuksille on tarjolla virikkeellistä toimintaa sekä kuntouttavia palveluita. Myös hoivapalveluita on saatavilla niitä tarvitseville. Ruokailu on myös järjestetty, joko oman keittiön kautta tai tuomalla ruoka lähellä sijaitsevasta keskuskeittiöstä.

öPalveluasumisesta ei ole olemassa virallista määritelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojen määritelmässä korostetaan, että palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen (vuokrasopimus) että siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut. Osa yksiköistä on palvelutaloja, joissa asiakkailla on omat huoneistot ja osa esimerkiksi dementiaoireisten ryhmäkoteja.ö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 52)

Etenkin 1990- luvun laman aikana kalliita vanhainkotien laitospaikkoja supistettiin voimakkaasti ja tilalle tulivat kustannustehokkaammat palveluasunnot ja niiden ympärivuorokautinen palveluasuminen, joka rinnastetaan laitospalveluihin. (Anttonen & Sipilä 2000: 119) Kotihoidosta on myös tehty vaihtoehto laitospalveluille viimeisten vuosikymmenten aikana. Alun perin lapsiperheille tarkoitettu palvelu on entistä enemmän suuntautunut vanhuksille laitospaikkojen määrän vähetessä. 1990-luvulle asti kotipalvelua sai suhteellisen helposti pieniinkin tarpeisiin. 1990-luvulla palvelua alettiin kuitenkin kohdistaa entistä harvemmillä, nimenomaan paljon apua tarvitseville asiakkaille. Näin saatiin pidettyä vanhuksia entistä pidempään kotona laitoshoidon sijaan. (Anttonen & Sipilä 2000: 117-118)

Edelleen etenkin syrjäisemmällä seuduilla ovat vanhukset kuitenkin suurelta osin omaistensa sekä naapureiden tuen ja avun varassa. Pietarsaareissa, Pederönessä ja Luodossa yli 75 óvuotiaista sai vuosina 2004-2006 noin 70 prosenttia tarvittaessa apua lapsiltaan, noin kymmenen prosenttia ystäviltä, tuttavilta tai naapurilta ja vain

muutama prosentti kunnan kotipalvelusta. (Staffans, Jungerstam-Mulders & Storbjörk 2006: 13)

5.2 Laadukkaan vanhustenhoidon perusteet

Suuren osan laadun arvioinnissa muodostaa henkilökunta, jonka toiminnasta laadukas hoito on suurimmalta osalta kiinni. Huonoissa puitteissa ei toki osaavinkaan henkilöstö pysty samaan laatuun kuin paremmissa olosuhteissa, mutta toisaalta osaamaton tai viitsimätön henkilökunta saa hyvänkin yksikön tason laskemaan nopeasti. Tärkeää on myös henkilökunnan riittävä mitoitus, jotta kaikki tarvittavat työtehtävät ylipäättään ehdittäisiin hoitaa. Tärkeä osa laadukkaassa hoidossa on myös asiakkaan kunnioittamisella.

Vanhukset ylipäättään toivovat henkilökunnalta hyväksyntää omalle tilanteelleen, mutta eivät halua että heihin suhtaudutaan kuin lapsiin, vaan he toivovat että he saisivat käyttää omaa toimintakykyään ja voimavarojaan niin paljon kuin mahdollista. He haluavat myös tietoa hoidostaan sekä osallistua mahdollisuuksien mukaan hoitonsa suunnitteluun. Myös henkilökunnan kiireetöntä työrytmiä ja hoitopaikan kodinomaisuutta arvostetaan yleisesti. Yhteydet sukulaisiin halutaan pitää mahdollisimman tiiviinä ja toivotaan myös että henkilökunnan ja omaisten yhteistyö toimisi mahdollisimman hyvin. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002: 39)

Hoitoyksikön fyysinen olemus on tärkeä asia erityisesti pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä. Esteettömyys hoitoyksikössä on tärkeää kun kyseessä on vanhusasiakkaista, joiden liikuntakyky on rajoittunut joko fyysisten tai psyykkisten vanhenemismuutosten vuoksi. Jokaisella asiakkaalla tulisi hänen niin halutessaan olla myös oikeus omaan huoneeseen, joka on varustettu hygieniatilalla. Asiakkaan halutessa asua yhdessä esimerkiksi puolisonsa kanssa, tulisi tähänkin olla mahdollisuus. Kaikki tilat tulisi mitoittaa niin, että niissä pääsee liikkumaan myös apuvälineiden kanssa. Mahdollisuus ulkoiluun on tärkeä asiakkaiden mielenterveyden vuoksi ja siksi ulkoilua

tulisi tukea esimerkiksi varustamalla hoitoyksiköt puistomaisilla piha-alueilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: 41-42)

Koska palveluasuminen sijoittuu suoranaisen laitoshoidon ja kotihoidon välimaastoon, on sen laatua arvioitaessa otettava huomioon osittain laitoshoidon ja osittain kotihoidon vaatimukset. On muistettava, että palveluasumisyksikön olisi tarkoitus olla kodikas ympäristö, jota liika laitospaisuus ei saisi peittää alleen. (Kotilainen 2002: 124)

Lähtökohta laadukkaaseen hoitoon on asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden hyvän elämänlaadun turvaaminen. Kuntouttaminen sekä toimintakyvyn ylläpito ovat henkilökunnan toiminnan lähtökohtia laadukkaassa hoidossa. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002: 115)

5.3 Asiakaslähtöisyys

Sosiaalihuollon muuttuessa palvelumuotoiseksi 1970- ja 80-luvuilla tuli keskeiseksi laatutekijäksi asiakaslähtöisyys. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijä pyrkii ajattelemaan eteen tulevia tilanteita asiakkaan näkökulmasta ja samaistumaan asiakkaan asemaan. Jotta asiakaslähtöisyys voisi toteutua, täytyy olla tiedossa, mitä asiakkaat odottavat palvelulta. Helpoin tapa selvittää asiakkaiden tarpeita ja toiveita on kerätä säännöllisin väliajoin palautetta sekä kartoittaa asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluun. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002: 38)

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu myös asiakkaiden oikeus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin, tai ainakin tulla tietoisiksi itseään koskevista päätöksistä. Ikääntyneen asiakkaan öpömpottelu hoitopaikasta toiseen ja asiakkaan jääminen oman onnensa nojaan ei myöskään edesauta hoitoa, vaan on sekä resurssien tuhlausta että saa asiakkaan kokemaan itsensä arvottomaksi. (Päivärinta 1996: 22-23)

Asiakaslähtöisessä työskentelyssä asiakas on laadun varmistaja, joka määrittelee, mikä on hyvää hoitoa. Vanhusten kohdalla ongelmalliseksi on kuitenkin havaittu se, että vanhukset eivät mielellään kerro heitä vaivaavista asioista, varsinkaan ulkopuolisille haastattelijoille. Syynä voi olla epäluulo haastattelijaa kohtaan, empatia kiireisiä hoitajia kohtaan tai se että asiakkaat ovat niin riippuvaisia henkilökunnasta että eivät pysty kohdistamaan näihin lainkaan negatiivisia tunteita. Tärkeää olisikin, että asiakkaat olisivat mukana toimintayksikön kehittämisen kaikissa vaiheissa: toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002: 40-41)

5.4 Kuntouttava työote

Kuntouttava työote tarkoittaa eri tilanteissa ja eri toimipisteissä hyvinkin eri asioita. Olennainen asia kuntouttavasta työotteesta puhuttaessa on kuitenkin, että sen avulla vanhuksen toimintakykyä pyritään parantamaan tai ainakin sen laskemista pyritään ehkäisemään hyödyntämällä asiakkaan kaikkia mahdollisia käytettävissä olevia voimavaroja ja valmiuksia. (Holma, Heinonen & Voutilainen 2002: 43-47)

Perinteisesti hoitoalalla kuntoutuksesta ovat vastanneet erityiset kuntoutustyöntekijät, kuten fysioterapeutit. Hoitajien rooli kuntoutuksessa on sen sijaan ollut hyvin epä-määräinen. Hoitajat kuitenkin toimivat asiakkaiden kanssa jatkuvasti arjen toimissa ja ovat usein ensimmäisiä jotka havaitsevat asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan niin arkisissa toimissa kuin virikkeellisissä ryhmissäkin tapahtuvaa toiminnan suhteuttamista asiakkaan toimintakykyyn. Asiakkaan tulisi tehdä asioita itsenäisesti niin paljon kuin mahdollista ja apua tarjotaan vain silloin kun se on välttämätöntä. Näin asiakkaan niin fyysinen kuin hen-

kinenkin toimintakyky säilyy luontevasti mahdollisimman pitkään. (Holma, Heinonen & Voutilainen 2002: 43-47)

On kuitenkin tärkeää, että kuntouttava työote erotetaan varsinaisesta kuntoutuksesta, joka on edelleenkin siihen perehtyneiden ammattilaisten tehtävä. Kuntouttavan työotteen periaatteet ja toimintatavat tulisikin määritellä jokaisessa työyhteisössä yhteisesti. Käytäntöjen ylläpitämiseksi tulisi niiden toteutumista sekä mahdollisesti asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia käydä säännöllisesti läpi. (Holma, Heinonen & Voutilainen 2002: 43-47)

5.5 Omaisten tuki

Ikääntyneen omaisilla on tärkeä rooli hänen elämässään etenkin kotona asuttaessa, mutta myös edelleen erityyppisiin laitoshoidon asiakkuuksiin siirtymisen jälkeenkin. Omaiset ovat hoitotyön tukena omien mahdollisuuksiensa mukaan. Tärkeää on kuitenkin, että omaisten ja hoitajien välinen yhteistyö ja tiedonkulku on toimivaa. Omaisten vastualueet on myös hyvä määritellä ja kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan jo hoidon alkaessa. Samoin tärkeää olisi henkilökunnan kesken sopia siitä, mitkä asiat kuuluvat hoitajille ja mitkä omaisille. Yleensä omaiset eivät kuitenkaan osallistu kovinkaan paljoa perushoittoon, vaan ennemminkin hoitoa tukeviin toimiin, kuten ulkoiluun, johon henkilökunnan resurssit eivät monesti riitä. On havaittu että mitä enemmän omaiset hoitoon osallistuvat, sitä myönteisemmin he myös suhtautuvat hoitoon. (Vaarama & Voutilainen 2002: 77-81)

Elisa Karjalaisen ja Sirkka-Liisa Kivelän tutkimuksesta Iäkkäiden palvelutaloasukkaiden terveys, toimintakyky ja elämänlaatu havaitaan, että suurimmalla osalla palvelutaloon muuttaneista yhteydenpito omaisiin, joko puhelimitse tai vierailujen muodossa, säilyi ennallaan tai joillain jopa lisääntyi. Viidesosa haastatelluista koki itsensä yksinäisemmäksi kuin ennen palvelutaloon muuttoa, mutta neljäsosa koki itsensä vähemmän yksinäiseksi kuin kotona asuessaan. (Karjalainen & Kivelä 1995 b: 60-63)

Toki yksinäisyyden kokemuksiin vaikuttavat myös muiden palvelutalon asukkaiden kanssa tapahtuva sosiaalinen kanssakäyminen.

6 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY VAASAN PALVELU-ASUMISESSA

6.1 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen aineistona on käytetty Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidossa vuoden 2010 aikana tehtyä asiakastyytyväisyyskyselyä. Kysely tehtiin palveluasumisen, kaupunginsairaalan ja kotihoidon asiakkaille sekä heidän omaisilleen.

Tutkimus on rajattu käsittelemään palveluasumisen asiakkaiden sekä heidän omaistensa tyytyväisyyttä hoitoon. Asiakkaiden ja omaisten vastaukset käsitellään erikseen, sillä kysymykset jotka heille on esitetty poikkeavat hieman toisistaan, johtuen vastaajien eri näkökulmista hoitoa kohtaan. Kuitenkin kysymysten aihepiirit ovat hyvin samankaltaisia keskenään.

Asiakkaiden osalta tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla vastaajia haastattelijan samalla täyttäessä kyselykaavaketta. Omaisille kyselykaavake lähetettiin postitse. Käyttämällä asiakkaiden kohdalla haastattelijaa voitiin varmistua siitä että mahdolliset fyysiset vaivat eivät estä kyselyyn vastaamista. Samalla aineiston keräämistä saatiin selkeytettyä niin ajallisesti kuin logistisestikin verrattuna asiakkaille jaettaviin itse täytettäviin lomakkeisiin. Omaisille kyselykaavake lähetettiin postitse sillä omaiset asuvat ympäri Suomea ja heidän tavoittamisensa henkilökohtaisesti olisi ollut lähes tulkoon mahdotonta.

6.2 Tutkimusjoukon kuvaus

Asiakkaista kyselyyn vastasi yhteensä 111 henkilöä. Kyselystä jätettiin pois Ruukinkartanon dementiayksikön asukkaat heidän oletetusti alentuneen arvointikykynsä vuoksi. Muilta osin kysely tehtiin kaikille palveluasumisen asiakkaille. Omaisille kysely tehtiin postitse. Kaikkien omaisten yhteystietoja ei tunnettu ja joidenkin osoite oli vaihtunut, jolloin kyselykaavake palautui takaisin. Ulkomailla asuville omaisille kyselyä ei myöskään lähetetty. Kokonaisuudessaan kysely lähetettiin 176 omaiselle

joista 82 vastasi kyselyyn. Yhteensä siis 47 prosenttia niistä omaisista joille kysely lähetettiin, vastasi siihen. Talokohtaiset vastausprosentit poikkesivat toisistaan jonkin verran, vaihdellen 33 ja 67 prosentin välillä. Talokohtaisissa vertailuissa Krannila täytyi jättää omaisten osalta arvioimatta, koska vastauksia tuli vain yksi.

6.3 Tutkimusmenetelmä ja toteutus

Asiakkaille esitettiin yhteensä 12 kysymystä, joista 11 vastaajat arvioivat asteikolla 1-5, arvosanan 1 ollessa huonoin ja arvosanan 5 paras (1= huono, 2= välttävä, 3= tyydyttävä, 4= hyvä, 5= erinomainen). Lisäksi oli yksi avoin kysymys. Omaisilla oli yhteensä 11 kysymystä, joista 10 oli asiakkaiden tapaan monivalintakysymyksiä asteikolla 1-5 ja yksi oli avoin kysymys. (ks. Liite 2)

Asteikolla 1-5 määritellyt vastaukset analysoitiin kahdella tavalla: Ensimmäisessä tavassa kaikkien yksiköiden vastaukset yhdistettiin ja ne jaettiin kysymyksittäin. Näin jokaiselle kysymykselle laskettiin keskiarvo. Näin voidaan vertailla koko kaupungin mittakaavassa kunkin kysymyksen saamia vastauksia. Toisessa tavassa kaikkien kysymysten vastaukset yhdistettiin ja tulokset jaettiin yksiköittäin, jolloin saatiin kullekin yksikölle kaikkien kysymysten keskiarvo. Näin voitiin vertailla yksiköiden välisiä tyytyväisyyseroja kokonaisuudessaan.

6.4 Tutkimuksen luotettavuus

Asiakkaiden osalta kysely toteutettiin haastatteluna, joka saattoi vaikuttaa siihen, että avoimiin kysymyksiin tuli hieman suppeahkoja vastauksia. On myös aina muistettava että kun kysytään vastaajalta välillisesti, saattaa vastaus helposti värittyä kysyjän olettusten mukaisesti. On myös mahdollista että kysyjä ja vastaaja ymmärtävät kysymyksen eri tavoilla jolloin vastaaja ei vastaakaan siihen asiaan jota kysyttiin.

Omaisille kysely postitettiin ja he saivat vastata siihen itse ja palauttaa kyselykaavakkeen takaisin postitse. Tässä tapauksessa vastauksia saattaa vääristää se, että kaikki

eivät kyselyyn vastaa. Tällöin jää arvailujen varaan, ketkä kyselyyn ovat vastanneet ja ketkä jättäneet vastaamatta. Voi olla että kyselyyn vastasivat tyytyväisimmät omaiset tai, mitä todennäköisimmin, ne omaiset, jotka eivät ole tyytyväisiä palveluihin.

7 TULOKSET

7.1 Asiakkaat

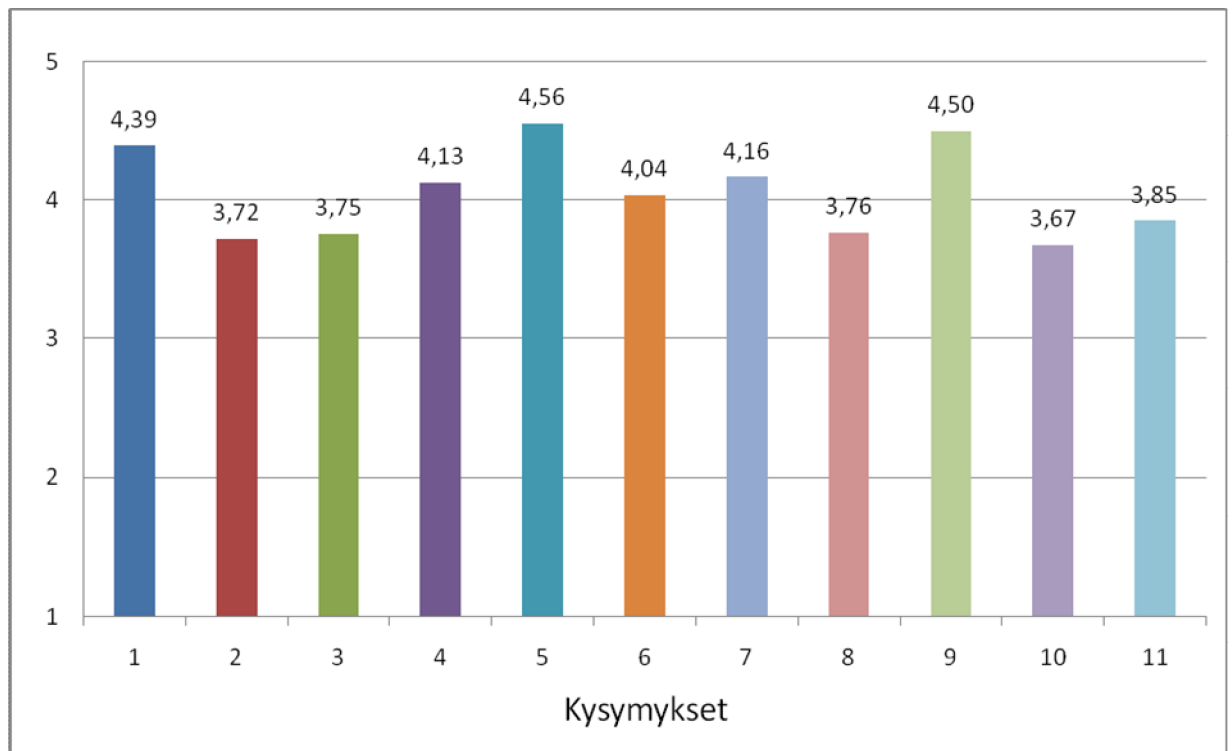
Kyselyyn vastasi asiakkaita yhteensä kahdeksasta palveluasumisen yksiköstä. Yksiköt ovat erikokoisia ja niiden asukaskunta poikkeaa hieman toisistaan. Kuitenkin tarkasteltaessa vastauksia yksiköittäin, ei kovin suuria eroja vastauksissa voida havaita. Joukosta kuitenkin erottuu muutamia yksityiskohtia. Kysymyksittäin jaettuna erot vastauksissa ovat huomattavampia. On myös merkillepantavaa että kysymyksiin vastattiin yksiköstä riippumatta hyvin samantyyppisesti.

Vastaukset jakoutuivat voimakkaasti siten, että osa vastaajista arvioi hoitoaan hyvin positiivisesti kun taas osa vastaajista oli hyvinkin kriittisiä. Kaikkiin kysymyksiin kuitenkin vastattiin kokonaisuudessaan laajalla skaalalla, joka kaikkia palveluasumisen yksiköitä tarkastellessa ulottuu useimmissa kysymyksissä arvosanasta 1 arvosaan 5. Poikkeuksen muodostavat kysymykset ömillainen on henkilökunnan kunnioitus teitä kohtaanö ja öovatko ruokailuasianne kunnossaö, joissa alhaisin arvosana oli 2. Osaan kysymyksistä jätettiin myös vastaamatta, jolloin arvosanaksi tulkittiin 0. Yleisin arvosana useimpiin kysymyksiin oli 5, pois lukien kysymykset ö hoidetaanko sairauksianne riittävästi ja oikeinö, ö millaiseksi arvioitte mahdollisuutenne virkistykseenö, sekä ö miten hyvin Vaasassa hoidetaan vanhuksiaö, joihin yleisin vastaus oli 4.

Asiakkaista vain noin 47 prosenttia vastasi kyselyn avoimeen kysymykseen. Vastanneista 83 prosenttia koki saavansa apua aina sitä tarvitessaan ja 17 prosenttia ei saanut aina tarvitessaan apua henkilökunnalta. Apua olisi kaivattu lisää lähinnä ulkoiluun. Suurin osa vastaajista ei kuitenkaan kertonut mihin olisi apua tarvinnut.

Asiakkaista 47 prosenttia vastasi heille annettuun avoimeen kysymykseen: öSaatteko apua niihin asioihin, joissa apua tarvitsette? Mihin ette saa?ö Vastanneista 83 prosenttia kertoi saavansa apua aina tarvitessaan. 17 prosenttia taas kertoi että eivät saa apua aina kun sitä tarvitsisivat. Kuitenkin suurin osa myös niistä vastaajista jotka kertoivat

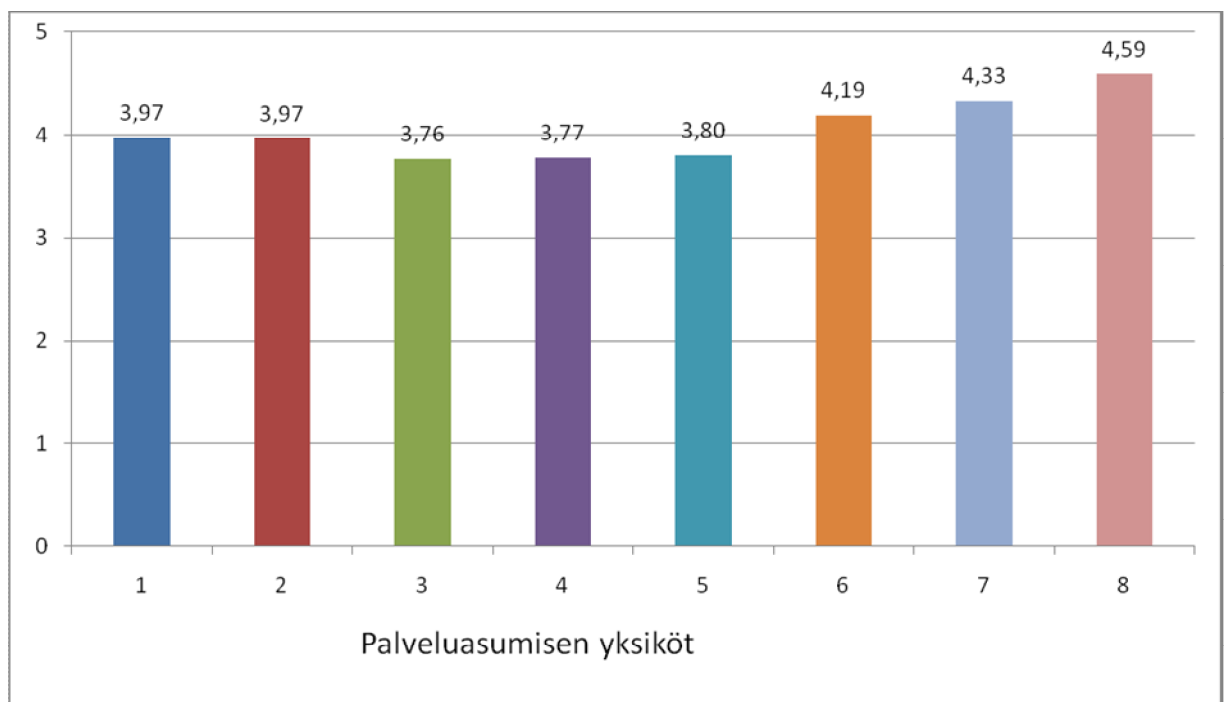
että eivät saa apua aina tarvitessaan kertoi saavansa apua yleensä. Asiakkaat olisivat kaivaneet enemmän apua ulkoiluun sekä seurusteluun. Suurimmaksi syyksi avutta jäämiseen arveltiin henkilökunnan puutetta.



Kuva 3: Asiakkaiden vastausten keskiarvot kysymyksittäin

Kuvassa 3 tarkastellaan kaikkien vastaajien kaikkien vastausten keskiarvoja ryhmiteltynä kysymyksittäin. Vastauksien keskiarvot liikkuvat 3,7:n ja 4,6:n välillä. Alhaimman arvosanan sai kysymys 2 (millaiseksi arvioitte mahdollisuutenne virkistykseen), jonka keskimääräinen arvosana oli 3,67. Korkeimmalle arvioitiin kysymys 5 (millaiseksi koette turvallisuutenne), jonka arvosanojen keskiarvo oli 4,56. Yli puolet kysymyksistä sai keskimäärin arvosanan, joka on korkeampi kuin 4. Kaikkien kysymysten keskiarvoksi tuli 4,05.

Eniten hajontaa oli vastauksissa kysymyksiin 2 (miten hyvin henkilökunnalla on teille aikaa) ja 11 (miten hyvin Vaasassa hoidetaan vanhuksia). Kysymyksen 2 keskihajonta oli 0,6 kysymyksen 11 keskihajonnan ollessa 0,58. Keskimääräinen hajonta kaikissa kysymyksissä oli 0,3. Suurimmat erot pienimmän ja suurimman arvosanan välillä oli myös kysymyksissä 2 ja 11. Kysymyksessä 2 ero oli 1,9 ja kysymyksessä 11 ero oli 1,75. Keskimäärin pienimmän suurimman vastauksen ero oli 0,83.



Kuva 4: Asiakkaiden vastausten keskiarvot yksiköittäin

Kuvassa 4 on esitetty asiakkaiden vastausten keskiarvot jaoteltuna niiden palveluasumisen asumisyksiköiden mukaan, joissa kysely tehtiin. Intimiteetin suojaamiseksi yksiköiden nimiä ei ole kerrottu, vaan yksiköt on eroteltu numeroimalla ne. Keskiarvot kertovat jonkin verran yksikön tasosta verrattuna muihin yksiköihin, mutta vastaukseen vaikuttaa voimakkaasti myös vastaajan odotukset hoidon suhteen sekä vastaajan persoonallisuuden piirteet. Useimmilla vastaajilla ei ole kokemusta useista yksi-

köistä, joka myös tuo oman haasteensa vertailussa muihin yksiköihin. Vastaukset eivät myöskään kerro mitään Vaasan kaupungin palveluasumisen laadusta verrattuna muihin kuntiin tai yksityisiin palveluntuottajiin.

Vastausten keskiarvon perusteella voidaan havaita, että yksikkö numero 8:n asukkaat ovat antaneet hoidostaan parhaat pisteet. Kyseinen yksikkö on tutkituista yksi pienimmistä. Yksiköt numero 3 ja 4 saivat asukkailtaan heikoimman arvion. Yksikkö numero 4 onkin yksi suurimmista yksiköistä. Kuitenkin myös yksikkö numero 1 on yhtä suuri, mutta sen asukkaiden arvio on hyvää keskitasoa.

7.2 Omaiset

Asiakkaiden kyselystä poiketen omaisille kyselykaavake lähetettiin postitse. Kuten aiemmin on jo todettu, vastausprosentti jäi melko pieneksi. Kuitenkin palautetut vastaukset olivat huomattavasti kriittisempiä kuin asukkaiden vastaukset. Myös vastausten hajonta oli omaisten kohdalla huomattavasti suurempaa kuin asiakkaiden kysymyksissä. Omaisten kyselystä jouduttiin jättämään kokonaan pois Krannila, koska vastanneita omaisia oli vain yksi.

Vaihteluväli jokaisessa kysymyksessä oli 1-5. Yleisimmät vastaukset kysymyksiin vaihtelivat suuresti kysymyksestä riippuen. Kysymykseen ömillaiset ovat mielestänne omaisenne ulkoilumahdollisuudet oli yleisin vastaus 1. Kuitenkin kyseisen kysymyksen keskiarvo oli 2,68, joten hajonta vastausten välillä on ollut suurta. Yleisimmin kysymyksiin vastattiin arvosanoilla 3 ja 4, kaikkien kysymysten keskiarvon ollessa 3,3.

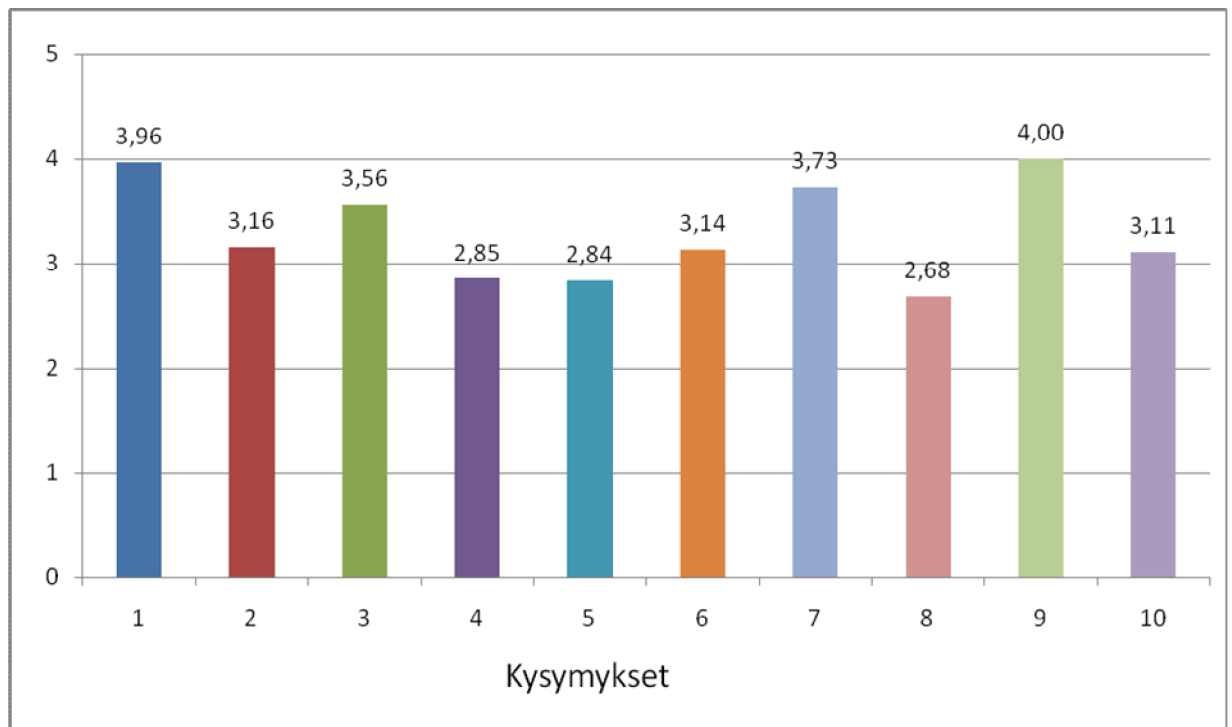
Kyselyn avoimeen kysymykseen tuli enemmän ja pidempiä vastauksia kuin asiakkaiden kyselyyn. Monet vastauksista eivät myöskään vastanneet itse kysymykseen, vaan palautetta annettiin hoidosta ja palvelun tasosta ylipäätään. Avoimeen kysymykseen vastasi kaikkiaan 65 prosenttia kyselyyn vastanneista omaisista. Vastanneista 15 prosenttia kertoi käyvänsä omaisensa luona päivittäin (5-7 kertaa viikossa). Vähintään

viikoittain (1-4 kertaa viikossa) kertoi käyvänsä 60 prosenttia omaisista. Harvemmin kuin kerran viikossa ilmoitti käyvän 15 prosenttia vastanneista. Useimmiten syyksi harvoin käyntikertoihin kerrottiin pitkä välimatka.

Miten osallistutte omaisenne hoitoon?	Osuus vastanneista (%)
Kodinhoito	32,1
Ulkoilu / Sosiaaliset kontaktit	18,9
Asiointi	41,5
Perushoito	13,2
En osallistu	11,3

Taulukko 1: Omaisten osallistuminen hoitoon

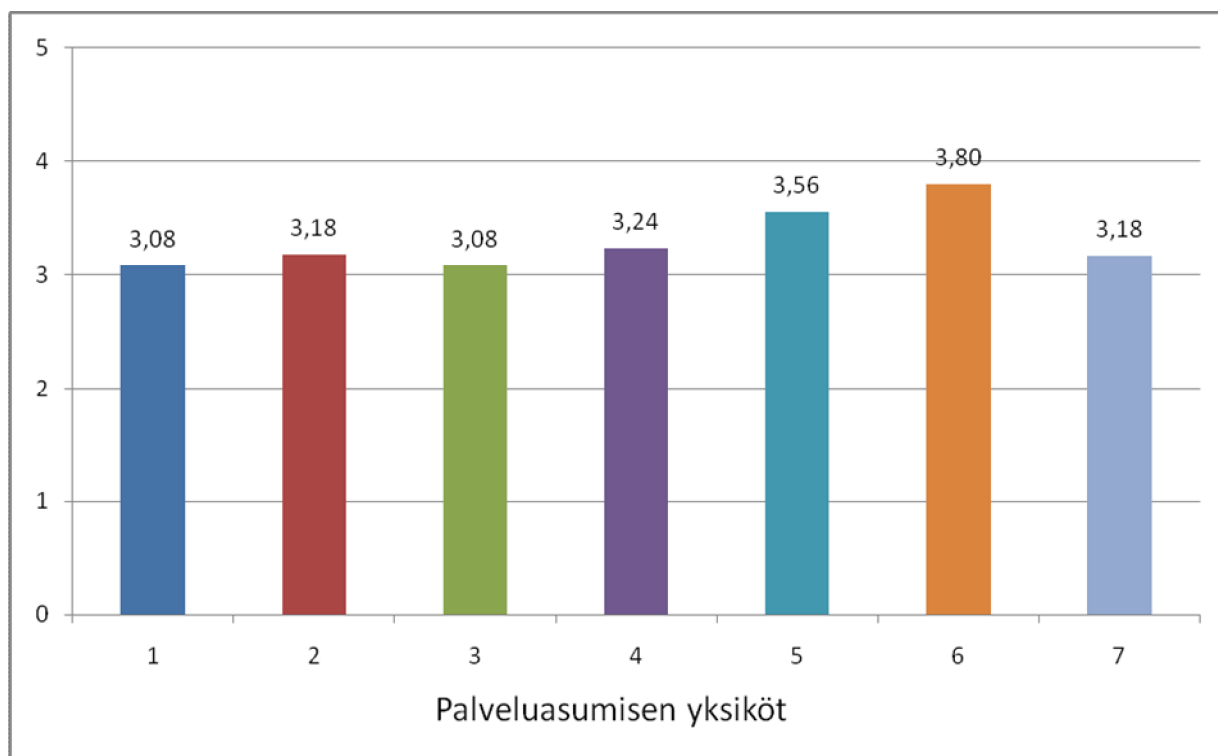
Omaiset kertoivat osallistuvansa omaisensa hoitoon taulukon 1 mukaisesti. Kodinhoitoon laskettiin kuuluvaksi asiakkaan luona tehtävät arjen askareet, kuten ruoanlaitto, siivous, tiskaus ja pyykin pesu. Ulkoiluun ja sosiaalisiin kontakteihin sisältyvät kävelyt sekä sukulaisten ja ystävien luona vierailut joissa omainen on asiakkaan apuna ja tukena. Myös harrastus- sekä kulttuuritoiminta sisältyvät tähän ryhmään. Asiointiin kuuluvat kauppa-, apteekki- ym. käynnit omaisen toimesta joko asiakkaan kanssa tai hänen puolestaan. Lisäksi lääkäri- ja muilla käynneillä avustaminen sisältyy asiointiin. Perushoitoon kuuluvat tässä yhteydessä lähinnä kylvetykset sekä WC-käynneillä auttaminen. Asiointiin ja kodinhoitoon osallistuttiin selkeästi eniten. Yli kymmenesosa vastaajista kertoi, että ei osallistu omaisensa hoitoon millään tavalla. Vastaukset on laskettu kaikkiin niihin kategorioihin, joihin omainen ilmoitti osallistuvansa. Näin ollen jotkut omaiset on laskettu mukaan useaan eri kategoriaan.



Kuva 5: Omaisten vastausten keskiarvot kysymyksittäin

Kuvassa 5 on esitetty omaisten vastausten keskiarvot ryhmiteltyinä kysymyksittäin. Kuvasta voidaan selkeästi havaita, että omaisten osalta vastauksissa oli enemmän hajontaa kuin asiakkaiden vastauksissa. Kysymysten öönko hoitohenkilökunnalla riittävästi aikaa omaisellenne, ömillaiseksi arvioitte omaisenne mahdollisuuden virkistykseenö sekä ömillaiset ovat mielestänne omaisenne ulkoilumahdollisuudetö vastausten keskiarvo jäi alle kolmen. Sen sijaan omaisten turvallisuutta ja ruokailua arvioitiin keskimäärin arvosanalla 4. Myös kysymykset öhoidetaanko omaisenne sairauksia mielestänne oikeinö ja ösaako omaisenne mielestänne apua niihin asioihin, joita hän tarvitseeö ylsivät myös yli kaikkien vastausten keskiarvon, joka oli 3,3. Monissa vastauksissa oli vastauksen yhteyteen kirjoitettu vielä vastausta tarkentavia kommentteja sekä parannusehdotuksia, mutta niiden arvoksi tässä tutkimuksessa jäi lähinnä varmistaa, että vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen. Joissain omaisten vastauspapereissa oli lisäksi valittu useampikin numero kysymystä kohden (esim. 3 ja 4). Tällöin huomioitiin korkeampi valituista numeroista.

Omaisten kohdalla vastaukset ovat yksittäisissä tapauksissa hyvin kärjistyneitä, mutta kuitenkin yleisesti ottaen vastaukset ovat hyvinkin linjassa keskenään. Tästä kertoo se, että keskihajonta on suurinta kysymyksissä 5 (millaiseksi koette omaisenne mahdollisuuden virkistykseen) ja 8 (millaiset ovat mielestänne omaisenne ulkoilumahdollisuudet). Kysymyksessä 5 keskihajonta oli 0,6 ja kysymyksessä 8 0,56. Keskimäärin keskihajonta oli 0,27. Kuitenkin ero pienimmän ja suurimman vastauksen välillä kysymyksessä 5 oli 2,2 ja kysymyksessä 8 se oli 1,8. Nämä kaksi kysymystä erottuivatkin aineistosta vastausten suurten erojen vuoksi. Kyseiset kysymykset saivat sekä korkeita että matalia arvosanoja ja keskiarvo kysymyksellä 5 nousikin 2,84:ään ja kysymyksellä 8 keskiarvoksi tuli 2,68.



Kuva 6: Omaisten vastausten keskiarvot yksiköittäin

Tarkasteltaessa omaisten vastauksia palveluasumisen yksiköihin jaoteltuna (kuva 6), havaitaan, että keskimääräiset vastaukset ovat selkeästi matalampia kuin asiakkaiden vastauksissa. Yksikkö numero 7 kohdalla ero asiakkaiden ja omaisten vastausten keskiarvossa on suurin, 1,15. Muiden yksiköiden kohdalla ero keskiarvossa on alle 1. Tässä yhteydessä yksikkö numero 8 on jätetty pois vertailusta omaisten alhaisen vastausmäärän vuoksi. Muiden yksiköiden numerot vastaavat kuvan 4 yksiköiden numeroita.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tehdystä tutkimuksesta voidaan havaita, että palveluasumisen asiakkaiden omaiset suhtautuvat itse asiakkaita kriittisemmin palvelun laatuun. Osittain tämä saattaa johtua siitä, että palvelutalojen asiakkaat ovat kasvaneet sisälle palveluasumisen maailmaan eivätkä välttämättä huomaa niitä kaikkia epäkohtia joihin omaiset talon ulkopuolisina tarkkailijoina kiinnittävät huomiota. Osittain asiakkaiden mielipiteitä saattaa myös kaunistaa se seikka, että heidän elämisensä on osittain henkilökunnan avun varassa, eivätkä he siitä syystä näe kaikkia epäkohtia (ns. Tukholman-syndrooma).

Asiakkaiden ja omaisten mielipiteet olivat kuitenkin perusasioita käsiteltäessä melko yhteneväisiä. Molemmat olivat sitä mieltä, että turvallisuus ja ruokailuasiat ovat kunnossa. Nämä ovat kuitenkin perustarpeita, joita ilman ei voida muitakaan toimintoja alkaa kehittämään. Asiakkaiden ja omaisten vastauksiin suurimman eron teki kysymys ulkoilumahdollisuuksista, jotka asiakkaat arvioivat huomattavasti omaisia paremmiksi. Omaiset olivat myös monissa vastauspapereissa vielä erikseen tähdentäneet että ulkoilumahdollisuudet ovat heikot. Kuitenkin omaisista harvempi kuin joka viides ilmoitti itse käyvänsä omaisensa kanssa ulkoilemassa. Osa omaisista toi ilmi näkemyksensä että omaisten ei ylipäätään tarvitsisi osallistua asiakkaan hoitoon lainkaan, vaan sitä varten asumisyksiköissä on henkilökunta. Tätä perustellessaan omaiset vetosivat muun muassa hoitomaksujen suuruuteen.

Tutkimuksen tuloksia tulee varsinkin omaisten kohdalla tulkita maltillisesti johtuen alhaisesta vastauksien määrästä. Monilla niistä omaisista jotka kyselyyn vastasivat, saattoi oletukseni mukaan olla kriittisempi asenne hoitoa kohtaan kuin niillä jotka kyselyyn eivät vastanneet. Toki myös ne omaiset, jotka ovat erityisen tyytyväisiä hoidon laatuun, toivat sen ilmi vastauksissaan. Kuitenkin vastauksista suurin osa oli melko tiukkasanaisia ja kriittisiä.

Asiakkaiden kyselyssä tuloksiin saattoi vaikuttaa myös se, että kysely tehtiin haastatteluna, jossa haastattelija kysyi vastaajalta kyselylomakkeen kysymykset ja tarvittaes-

sa täytti lomakkeen asiakkaan puolesta. Tämä varmasti vaikutti osaltaan siihen, että avoimen kysymyksen vastaukset olivat asiakkaiden kyselyssä melko niukkasanaisia. Kuten omaisten kohdalla, oli myös asiakkaiden vastauspapereissa muitakin kommentteja kuin vastaus itse kysymykseen. Myös monivalintakysymyksiin oli kirjoitettu kommentteja, joita ei kuitenkaan voitu analysoida tutkimuksen osaksi johtuen niiden hajanaisuudesta.

Vastauksissa oli jonkin verran hajontaa, myös asumisyksiköiden vastausten sisällä. Jotkin vastaukset saattoivat olla jopa täysin päinvastaisia. Esimerkiksi eräässä palvelutalossa valtaosa asiakkaista kertoi saavansa hyvää hoitoa ja apua aina tarvitessaan, kun taas eräs vastaaja ilmoitti että apua saa vasta kun menee öjohtajalta pyytämään. Voidaankin siis miettiä, onko palvelu tasalaatuista kaikille asiakkaille vai onko jotkut asiakkaista leimattu öhankaliksi tapauksiksi ja sen vuoksi myös hoidon laatu on heidän kohdallaan heikompaa. Voi toki myös olla niin että asiakkaat kokevat saamansa palvelun eri tavoilla. Se, mikä jollekin on hyvää palvelua, ei välttämättä ole sitä kaikkien mielestä.

Valtaosa vastaajista oli kuitenkin tyytyväisiä palveluunsa, sen kertoo jo se että asiakkaiden keskimääräinen arvosana hoidolleen oli 3,97. Omaisten kohdalla vastaava arvo oli jonkin verran heikompi 3,34. Täytyy kuitenkin muistaa että omaisista kaikki hoitoon tyytyväiset eivät välttämättä vastanneet kyselyyn, mistä johtuen arvosana jäi asiakkaita hieman heikommaksi.

LÄHTEET

Anttonen Anneli & Sipilä Jorma (2000). Suomalaista sosiaalipoliittikkaa. Jyväskylä: Vastapaino.

Hietamäki Bertta (2007). Vaivaistalosta Tammikartanoon 1886-2004. Vaasa: Vaasan kaupunki.

Holma Tupu, Heimonen Sirkkaliisa & Voutilainen Päivi (2002). Kuntouttava työote. Teoksessa: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, 43647. Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri U.H. (toim.). Saarijärvi: Stakes.

Huttunen Jussi (2010). Elinikä ja elinajan odote. [viitattu 12.10.2010] Saatavilla Internetissä: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01025&p_haku=elinikä

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008). Julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Karjalainen Elisa & Kivelä Sirkka-Liisa (1995 a). General description of sheltered housing for the elderly. 2.ed. Oulu: Oulun yliopisto.

Karjalainen Elisa & Kivelä Sirkka-Liisa (1995 b). Iäkkäiden palvelutaloasukkaiden terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Oulu: Oulun yliopisto.

Koskinen Simo (1983). Vanhusten asema Suomessa 1800-luvulta nykypäivään. Teoksessa: Vanhuus Suomessa, 32-69. Ruth J-E, Heikkinen E (toim.). Espoo: Weilin+Göös

Kotilainen Helinä (2002). Ykstyisyyden ja yhteisöllisyyden turvaava laitospäristö. Teoksessa: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, 1226127. Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri U.H. (toim.). Saarijärvi: Stakes.

Ikäpolitiikka kunnissa (2006). Kuntaliitto.

Päivärinta Eeva (1996). Palvelutalojen elämänlaatua etsimässä. Jyväskylä: Stakes.

Rintala, Tanja (2003). Vanhuuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Saarijärvi: Stakes.

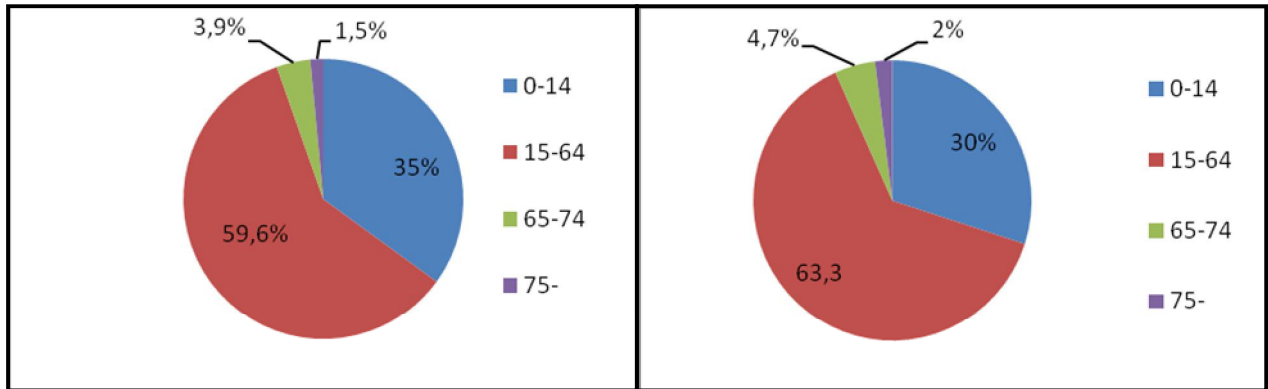
Staffans Linda, Jungerstam-Mulders Susanne & Storbjörk Ann-Sofi (2006). Hemma bäst ó Kotona paras. Vaasa: Svenka Yrkeshögskolan.

Tilastokeskus (2007). Väestönkehitys itsenäisessä Suomessa. [viitattu 12.10.2010] Saatavilla Internetissä: <URL: <http://www.stat.fi/tup/suomi90/joulukuu.html>>

Vaarama Marja & Lehto Juhani (1996). Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988ó 1994. Teoksessa: Sosiaali- ja terveystalvelujen rakennemuutos, 39-60. Viialainen R. & Lehto J. (toim.). Jyväskylä: Stakes.

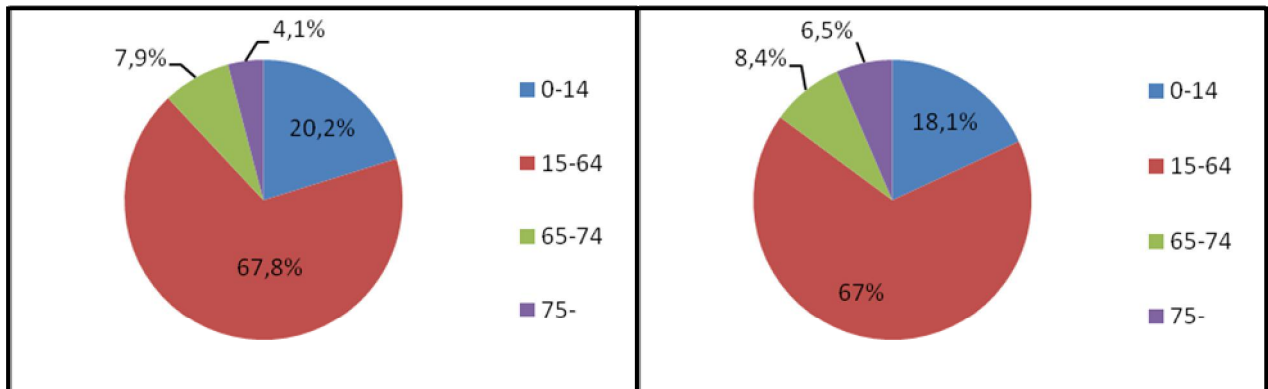
Voutilainen Päivi, Vaarama Marja, Peiponen Arja (2002). Asiakaslähtöisyys. Teoksessa: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, 38ó42. Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri U.H. (toim.). Saarijärvi: Stakes.

Suomalaisen yhteiskunnan ikäjakauma 1900-2030



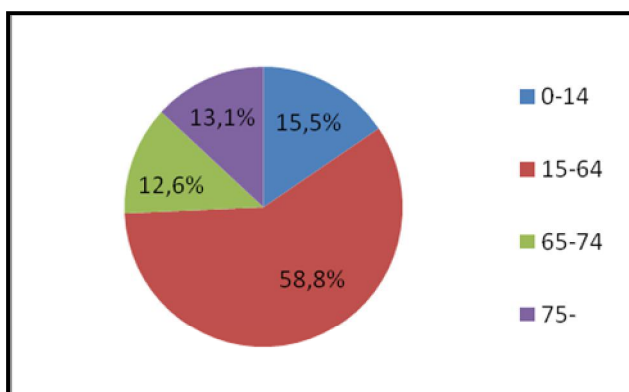
Kuva 1: vuosi 1900

Kuva 2: vuosi 1950



Kuva 3: vuosi 1980

Kuva 4: vuosi 2000



Kuva 5: vuosi 2030 (ennuste)

Asiakkaille ja omaisille esitetyt kysymykset

Asiakkaiden kysymykset:

1. Millainen on henkilökunnan kunnioitus teitä kohtaan?
2. Miten hyvin henkilökunnalla on teille aikaa?
3. Saatteko riittävästi tietoa hoidostanne ja sairauksistanne?
4. Kuinka hyvin voitte itse päättää omista asioistanne?
5. Millaiseksi koette turvallisuutenne?
6. Hoidetaanko sairauksianne riittävästi ja oikein?
7. Tuetaanko teitä selviytymää itsenäisesti arjen askareissa?
8. Millaiset ovat ulkoilumahdollisuutenne?
9. Ovatko ruokailuasianne kunnossa? (eli saatteko ruokaa riittävän usein ja onko se hyvää?)
10. Millaiseksi arvioitte mahdollisuutenne virkistykseen?
11. Miten hyvin Vaasassa hoidetaan vanhuksia?

Avoim kysymys:

Saatteko apua niihin asioihin, joissa apua tarvitsette? Mihin ette saa?

Omaisten kysymykset:

1. Millaiseksi koette omaisenne turvallisuuden?
2. Saatteko riittävästi tietoa omaisenne saamasta hoidosta?
3. Hoidetaanko omaisenne sairauksia mielestänne oikein?
4. Onko hoitohenkilökunnalla riittävästi aikaa omaisellenne?
5. Millaiseksi arvioitte omaisenne mahdollisuuden virkistykseen?
6. Koetteko, että saatte osallistua riittävästi omaistanne koskeviin hoitopäätöksiin?
7. Saako omaisenne mielestänne apua niihin asioihin, joita hän tarvitsee?
8. Millaiset ovat mielestänne omaisenne ulkoilumahdollisuudet?
9. Miten omaisenne ruokailusta käsityksenne mukaan huolehditaan?
10. Miten hyvin mielestänne Vaasassa hoidetaan vanhuksia / Millaisen kokonaisarvosanan annatte Vaasan vanhustenhoidolle?

Avoin kysymys:

Miten itse osallistutte omaisenne hoitoon? Kuinka usein vieraillette omaisenne luona?

