

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Kirsi Kruuse

NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN ASUKASLÄHTÖISEN ELÄMÄNLAATUA EDISTÄVÄN LAATUMITTARIN LUOMINEN ERÄÄN YKSITYISEN SOSIAALI- JA TERVEYSALAN YRITYKSEN HOIVAKOTEIHIN

Opinnäytetyö 2013

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

KRUUSE KIRSI

Näyttöön perustuvan asukaslähtöisen elämänlaatua edistävän laatumittarin luominen erään yksityisen sosiaali- ja terveystalouden yrityksen hoivakoteihin

Opinnäytetyö

64 sivua + 10 liitesivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

Yksityinen sosiaali- ja terveystalouden yritys

Toukokuu 2013

Avainsanat

asukaslähtöisyys, elämänlaatu, kokemuksellisuus, näyttöön perustuva hoitotyö

Tämä kehittämistutkimus on osa erään yksityisen sosiaali- ja terveystalouden yrityksen ”Hoitoa sinua kuunnellen” -hanketta. Tavoitteena oli koota näyttöön perustuva asukaslähtöinen ja kokemuksellista elämänlaatua edistävä laatumittari hoivakoteihin. Laatumittari koottiin auditoinnin työvälineeksi, jotta asukkaan hyvä elämänlaatu toteutuisi hoivakodeissa ympäri Suomea.

Teoreettiseksi viitekehykseksi kartoitettiin asukkaiden arjen kokemuksia elämänlaatua edistävästä tekijöistä. Lisäksi etsittiin näyttöön perustuvaa tietoa, mistä elämänlaadun tekijöistä koostuu laadukas ikäihmisen arki. Tulosten pohjalta muotoutui tarvelähtöinen elämänlaadun laatumittari. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja dokumenttiaineiston analyysissä sisällönanalyysia. Alkuperäistutkimusten haku tehtiin kolmeen eri tietokantaan: Mediciin, Artoon ja Melindaan.

Tuloksista kävi ilmi, että asukkaan elämänlaatua edistäviksi tekijöiksi nousivat hoivakodissa sekä yksilöllinen ja asukkaan tarpeista lähtevä hoiva että asukkaiden elämänhistorian ja -tyylin huomioiminen hoidossa. Hoitajan läsnäolon, omahoitajuuden ja vuorovaikutuksen merkitys korostui. Asukas tulisi kohdata yksilöllisesti ja kunnioitavasti. Asukkaalla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa omaan arkeensa siten, että arki on mielekästä ja toimeliasta. Kun asukas voi vaikuttaa omaan elämäänsä, se tukee hänen elämänhallinnan-, arvokkuuden- ja minuuden tunteen säilyttämistä. Omaisyhteistyön ja yhteisöllisyyden merkityksellisyys korostuivat hoivakodissa. Asukkaan kokemuksiin ympäristöstä vaikuttivat hoivakodin kodinomaisuus, viihtyvyys, tarpeet huomioiva ympäristö sekä turvallisuus ja turvallisuuden tunne.

Asukkaiden tarpeet tulisi olla hoivan punainen lanka suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa. Palvelujen tulisi vastata niihin tuen tarpeisiin, joita kullakin asukkaalla on. Laatumittaria voikin kutsua *asukkaan elämänlaadun tarpeiden prosessiksi*.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Promotion

KRUUSE KIRSI

Creation of an Evidence-Based and Resident-Oriented Quality Measure to Enhance the Quality of Life for Nursing Homes of a Private Social and Healthcare Service Provider

Master's Thesis

64 pages + 10 appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer

Commissioned by

Private social and healthcare service provider

May 2013

Keywords

experientiality, resident-orientation, quality of life, evidence-based care

This development study is part of a scheme called “We Listen - We Care” of a private social and healthcare service provider. The aim was to compile an evidence-based and resident-oriented quality measure for nursing homes to enhance the residents’ experiential quality of life. The quality measure was designed as a tool for auditing so that residents good quality of life would actualise in nursing homes in all parts of Finland.

The residents everyday experiences of aspects that enhance good quality of life became the theoretical frame of reference. Furthermore, evidence-based information about the consistence of good-quality everyday life of the elderly was searched for. On the basis of the results, a need-based quality measure of quality of life was formulated. A literary review was used as a study method and content analysis was used for the analysis of the documentary material.

The results revealed that the foremost aspects enhancing a resident's quality of life in a nursing home comprised both individual care based on the resident's needs and consideration of the resident's life history and life style. The significance of the presence of a nurse, a system of named nurses and interaction became emphasized. A resident should be treated as an individual and met with respect. A resident should be able to have an impact on their everyday life in order to lead a meaningful and active daily life. Having an impact on their own lives, supports residents’ control of life and their sense of dignity and self. Co-operation with family and friends as well as a sense of community were considered significant aspects in nursing homes. The way that the residents experienced their environment was affected by the coziness and pleasantness of the nursing home, the extent to which the surroundings met their individual needs as well as by safety and a sense of security.

The residents’ needs should be the main thread in planning, implementation and assessment of care. The services should meet the individual resident's particular needs for support. The quality measure may well be called *a process of the resident's quality of life*.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN HOIVAKODISSA	9
3	HYVÄ ELÄMÄNLAATU KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TEOREETTISENA LÄHTÖKOHTANA	10
3.1	Näyttöön perustuva hoitotyö	10
3.2	Asukaslähtöisyys näyttöön perustuvassa hoitotyössä	12
3.3	Asukkaan osallisuus ja osallistuminen	13
3.4	Asukkaiden hyvä elämänlaatu	14
3.5	Asukkaiden kokemuksellinen elämänlaatu	17
3.5.1	Fyysinen ulottuvuus	18
3.5.2	Psyykinen ulottuvuus	19
3.5.3	Sosiaalinen ulottuvuus	21
3.5.4	Ympäristö ulottuvuus	22
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
5	KEHITTÄMISHANKKEEN PROSESSI	25
6	KIRJALLISUUSKATSAUS	28
6.1	Kirjallisuuskatsauksen suunnitelma	28
6.2	Keskeisten hakusanojen valinta	29
6.3	Tutkimusten haku	29
6.4	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	32
6.5	Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi	33
6.6	Sisällönanalyysin toteutus	35
7	TULOKSET	37
7.1	Hyvään elämänlaatuun vaikuttavat kokemukselliset tekijät	37
7.2	Fyysiset elämänlaadun tekijät	40
7.3	Psyykkiset elämänlaadun tekijät	40
7.4	Sosiaaliset elämänlaadun tekijät	41

7.5 Ympäristö elämänlaadun tekijänä	43
8 TARVELÄHTÖISEN ELÄMÄNLAADUN LAATUMITTARIN MUODOSTUMINEN	44
8.1 Asukaslähtöinen hoivan suunnittelu	46
8.2 Asukaslähtöinen hoivan toteutus	47
8.3 Asukaslähtöinen hoivan arviointi	48
9 POHDINTA	49
9.1 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointia	51
9.2 Opinnäytetyön eettisyys	54
9.3 Elämänlaadun laatumittarin hyödynnettävyys ja jatkotutkimus ehdotuksia	55
LÄHTEET	56

LIITTEET

Liite 1. Aihepiiriin liittyvät aikaisemmat tutkimukset

Liite 2. Käsitekartta, tutkimustulosten avaaminen ja muodostaminen

Liite 3. Elämänlaatumittarin sisältö aihealueittain

1 TAUSTA JA TARKOITUS

EU:n strateginen tavoite on edistää hyvää terveyttä ikääntyvässä Euroopassa. Syntyvyyden lasku ja eliniän pidentyminen johtavat väistämättä väestön ikääntymiseen. Väestön ikääntyminen lisää EU:n terveydenhuoltojärjestelmien kestävyyskohdistuvaa painetta. Terveen ikääntymisen tukeminen tarkoittaa terveyden edistämistä koko eliniän. EU:n kansalaisten vaikutusvallan lisääminen on keskeinen arvo. Terveydenhuolto on kehittymässä yhä yksilökeskeisemmäksi, ja potilaasta on tulossa aktiivinen toimija eikä vain pelkkä terveydenhuollon toimien kohde. Terveyspolitiikassa on otettava lähtökohdaksi kansalaisten ja potilaiden oikeudet. Tähän kuuluvat kansalaisten osallistuminen päätöksentekoon ja mahdollisuudet itse vaikuttaa siihen. (EU:n strateginen toimintamalli 2007, 3 - 8.)

Suomen perustuslain 6. § mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, jokaisella on oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon (Suomen perustuslaki 1999/731). Ikäihmisten palveluiden laatusuositus (2008, 10) painottaa asiakkaiden ja omaisten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä. Suositusten toteuttaminen luo toimijoille edellytyksiä parempiin osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksiin, jotka perustuvat ikääntyneen väestön tarpeisiin. Laatusuosituksen tavoitteena ovat ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. Laadun kehittäminen edellyttää panostusta ikäihmisten asumis- ja hoitoympäristöihin sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. (STM 2008, 9.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) toteaa, että potilaan yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Lainkohdassa 6. § potilaan itsemääräämisoikeudesta määritellään, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja potilaan kieltäytyttyä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Sosiaalihuoltolaissa asiakkaan asemasta ja oikeuksista 8. §:ssä todetaan, että ensisijaisesti on otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on myös annettava mahdollisuus osallistua, vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Samassa laissa 7. §

todetaan, että on asiakkaalle laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Itsemääräämisoikeus erityistilanteissa 9. §:ssä todetaan, että jos täysi-ikäinen asiakas ei pysty sairauden vuoksi osallistumaan ja vaikuttamaan palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen on asiakkaan tahtoa selvitettävä yhteistyössä hänen laillisen edustajansa taikka asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. (Sosiaalihuoltolaki 2000/812.)

Sosiaali- ja terveystieteiden kansallinen kehittämissuunnitelma (2012, 24 - 26) KASTE 2012 - 2015 korostaa myös ikäihmisten asiakaslähtöisen hoito- ja kuntoutus- ja palvelukokonaisuuksien kehittämisen tarvetta. Kehittämissuunnitelma korostaa myös asiakkaan näkökulman tärkeyttä palvelujen laadussa, vaikuttavuudessa ja saatavuudessa sekä ihmisten osallistumista omien palveluiden suunnitteluun tulee vahvistaa edelleen. Tärkeä tavoite terveydenhuollon palvelujen laadun kehittämisessä on siis asiakaslähtöisyys. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä asiakas on tasavertainen osallistuja kaikkien hoitoaan koskevassa päätöksenteossa kaikissa vaiheissa hoitoprosessia. (STM 2012, 24 - 26; STM 2009, 53 - 54.)

Kuntalain (1995/365) 27. §:n mukaan vanhuksilla on oikeus olla mukana suunnittele-
massa vanhuspalveluita palvelujen käyttäjinä. Kunnan valtuuston on myös pidettävä
huolta, että kunnan asukkailla on edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimin-
taan, asioiden suunnitteluun ja valmisteluun. Myös uuden terveydenhuoltolain
(2010/1326) myötä kansalaisten valinnanvapautta on haluttu edistää niin hoitopaikan
kuin hoitohenkilöstönkin valinnan suhteen. Asiakas tai potilas voi vapaammin valita
sen terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. Lisäksi asiakkaan tai
potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan. (Kuntalaki
1995/365; Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Hoitotyössä tavoitellaan toiminnan perustumista näyttöön. Näyttöön perustuvan toi-
minnan tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta sekä samalla hallita
hoitotyön kustannuksia luotettavan tutkitun tiedon avulla. Samalla asiakas ja heidän
läheiset saavat parasta mahdollista hoitoa, käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja mene-
telmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuva toiminta myös yhtenäistää toimintatapo-
ja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Tavoitteena on, että hoitokäytännöt ja toi-
mintatavat perustuvat parhaaseen mahdolliseen ajan tasalla olevaan tieteelliseen tie-

toon. (STM 2009, 53; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9; Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen 2008, 11.)

Mielenkiinto ikääntyneiden elämänlaadun lisäämiseksi nousee tutkijan usean vuoden työskentelystä esimiehenä niin ikääntyneiden- kuin päihdepalveluiden asumispalvelu yksiköissä. Aidosti asiakkaan tarpeisiin vastaaminen ja elämänlaatua lisäävien palveluiden pohjana tulisi entistä enemmän olla 1) asiakkaan elämänkulun, 2) olemassa olevien voimavarojen, 3) todellisten tarpeiden tunteminen sekä 4) todellisten tarpeiden huomioon ottaminen. (Räsänen 2011, 16; Sarvimäki & Heimonen 2010, 24.) Räsänen (2011, 178) osoitti väitöskirjassaan, että hyvän elämänlaadun takasivat sujuva arki sekä ikääntyneiden tarpeista lähtevä hoivatyö. Ikääntyneen koettua elämänlaatua paransi mahdollisuus vaikuttaa oman päivänsä kulkuun.

Tämä kehittämistutkimus on osa erään yksityisen sosiaali- ja terveysalan yrityksen (josta jatkossa käytetään vain nimitystä yritys) ”Hoitoa sinua kuunnellen” -hanketta. Pää tavoitteena tässä hankkeessa on asukkaiden elämänlaadun edistäminen sekä asukkaan tarvelähtöisen hoivan vahvistaminen hoivayksikön arjessa. Kehittämistutkimuksen tavoitteena on koota näyttöön perustuva asukaslähtöinen ja kokemuksellista elämänlaatua lisäävä laatumittari hoivakoteihin. Tutkimuskysymyksiä on kaksi. Tarkoituksena on kartoittaa asukkaiden arjen kokemuksia elämänlaatua edistävästä tekijöistä. Lisäksi etsitään näyttöön perustuvaa tietoa, mistä elämänlaadun tekijöistä laadukas ikäihmisen arki koostuu. Näistä nousevilla vastauksilla kootaan laatumittari auditoinnin työvälineeksi, jotta asukkaan hyvä elämänlaatu toteutuisi hoivakodeissa ympäri Suomea.

Kirjallisuuskatsaus tehtiin sisällönanalyysia käyttäen. Tässä työssä käytetään asiakaslähtöisyyden sijasta *asukaslähtöisyys*-käsitettä. Asiakas muuttuu asukkaaksi muuttaessaan hoivakotiin, palveluasumisen piiriin. MOT kielitoimiston sanakirja määrittelee asiakkaan ja asukkaan seuraavasti: ”asiakas on liikkeessä tai virastossa tms. asioiva henkilö. Asukas on sen sijaan ihminen, joka asuu (vakinaisesti) jollakin paikalla” (MOT kielitoimiston sanakirja). Asukas sanaa käytetään yleisesti myös tässä ”Hoitoa sinua kuunnellen” -hankkeessa sekä yrityksen hoitoprosesseissa.

Laatumittarin muodostumisessa käytän sanaa hoiva, joka tässä kehittämistutkimuksessa pitää sisällään myös hoidon. Kehittämistutkimuksen laatumittarissa ja koko ”hoitoa sinua kuunnellen” -kehittämishankkeessa pyritään vahvistamaan tarpeista lähtevää

hoivan näkökulmaa, eikä niinkään ongelmalähtöistä hoidon näkökulmaa. Hankkeen nimi on kuitenkin koko organisaation missio, siksi *hoito*-sana on hankkeen otsikossa, koska organisaatiossa on paljon myös terveysalan toimintaa, eikä pelkästään sosiaali- puolen palveluasumista. Asukaslähtöisyys on tärkeä tavoite, kun terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja kehitetään.

2 TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN HOIVAKODISSA

Palveluasuminen jaetaan tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla vain päiväsaikaan ja tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuollon mukaan palveluasumista, jossa siihen liittyviä palveluja on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina. (Andersson 2007, 9.)

Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan sellaista kokonaisuutta, jossa asuminen ja asumista tukevat palvelut liittyvät kiinteästi toisiinsa. Asukas maksaa asumisesta hoivakodissa vuokrasopimuksen mukaisen vuokran. Asukasmaksuja peritään erikseen tukevista palveluista, kuten hoiva- ja hoitopalvelut. Palvelut on voitu hinnoitella myös erilaisiksi paketeiksi, jolloin asukas valitsee haluamansa paketin ja maksaa siitä kokonaishinnan. Hinnat koostuvat hoiva- ja hoitopalveluista, turvapalveluista, ateriapalveluista, siivouksesta sekä muista tukipalveluista. Kunta voi järjestää tehostettua palveluasumista omana toimintana sekä ostopalveluna tai myöntämällä asukkaalle palvelusetelin. (STM 2011, 70.)

Tehostetun palveluasumisen hoito ja huolenpito onnistuessaan turvaa iäkkäälle ihmiselle kodikkaan ja turvallisen asuin- ja hoitoympäristön, jossa hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan ja osallisuuttaan tuetaan niin, että ikääntynyt voi tehdä arkeensa liittyviä valintoja. (STM 2011, 58). Ikäihmisen oman huoneen tulee olla hänen kotinsa ja sen tulisi näkyä kodikkuutena, viihtyisyytenä ja mahdollisuutena omiin kalusteisiin ja tavaroihin. Yhden hengen huoneet tukevat laadukkaan hoivan toteutusta turvaamalla asukkaiden yksityisyyttä ja omaisten hoitoon osallistumista. Asukkaalla on myös mahdollisuus yhdessäoloon ja tekemiseen kodinomaisessa ympäristössä. Lisäksi yhden hengen huoneet mahdollistavat myös inhimillisen saattohoidon järjestämisen. (STM 2008, 41 - 42.)

Yrityksellä on lähes 90 hoivakotia ympäri maata, pääosin hoivakodit ovat tehostettua asumispalvelua. Hoivakodeissa ”mummoloissa” on keskimäärin 50 - 60 asukasta ja hoivakotien tilat muodostuvat 15 asukkaan turvallisista ja kotoisista ryhmäkodeista. Yritys haluaa tarjota asukkailleen parasta mahdollista hoitoa, huolenpitoa ja palvelua ”Hoitoa sinua kuunnellen”. Hoivakotien eli ”mummoloiden” asukkaat ovat ympärivuorokautista tukea ja hoivaa tarvitsevia ihmisiä. Tavoitteena tässä hankkeessa on asukkaiden elämänlaadun edistäminen sekä asukkaan tarvelähtöisen hoivan vahvistaminen palveluasumisen hoivayksiköissä, jotta asukkaan hyvä elämänlaatu toteutuisi arjessa ympäri maata.

3 HYVÄ ELÄMÄNLAATU KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TEOREETTISENA LÄHTÖKOHTANA

3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva toiminta (evidence-based practice) sekä näyttöön perustuva hoitotyö (evidence-based nursing) tarkoittaa parhaan ajantasaisen tiedon harkittua ja systemaattista käyttöä asukkaan hoidossa, terveyden edistämisessä sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Perustana käsitteille on sana ”näyttö” (evidence), joka tarkoittaa todistetta, totena pidettyä tai todistusaineistoa. Näyttö on siis jotakin nähtävissä olevaa, jonka perusteella tulos arvioidaan. (Banning 2005, 411 - 417, Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7; Sarajärvi ym. 2011, 11 - 13; Baumann 2010, 226.)

Suomessa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä alettiin keskustella aktiivisesti 1990-luvun loppupuolella. Toiminnan kehittäminen perustuu terveydenhuollon valtakunnallisiin linjauksiin. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on parantaa hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta ja samalla hallita hoitotyön kustannuksia luotettavan tutkitun tiedon avulla. Samalla asukas ja heidän läheiset saavat parasta mahdollista hoitoa, käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuva toiminta myös yhtenäistää toimintatapoja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Tavoitteena näyttöön perustuvassa hoitotyössä on, että hoitokäytännöt ja toimintatavat perustuvat parhaaseen mahdolliseen ajan tasalla olevaan tieteelliseen tietoon. ”Paras mahdollinen näyttö” lisää hoitotyön laatua, vaikuttavuutta ja tehokkuutta. (STM 2009, 53; Sarajärvi ym. 2011, 9.)

Monessa näyttöön perustuvaa toimintaa kuvaavissa lähteissä näyttö jaetaan kolmeen osa-alueeseen: 1) tieteellisen tiedon tuottamaan näyttöön, 2) hoitotyöntekijän eli asiantuntijan kokemukseen perustuvaan näyttöön sekä 3) asukkaan omaan kokemukseen hänen toiveistaan ja tarpeistaan. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7; Sarajärvi ym. 2011, 25 - 70). Sarajärven ym. (2011, 124 - 125) kuvaavat näyttöön perustuvaa hoitotyön toimintamallia toiminnan edellytysten ja toiminnan vahvistamisen kokonaisuudeksi, josta syntyy näyttöön perustuva hoitotyö. Pääkäsitteiksi tässä kehittämistutkimuksessa muodostuvat asukkaan toiveisiin ja odotuksiin perustuva tiedon käyttö, joka nousee tutkimuksista. Alla näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli (kuva 1.).



Kuva 1. Näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamalli (Sarajärvi 2008, 2009)

Näyttöön perustuvan hoitotyön edellytykseksi nähdään erilaisten toimintamallien kehittäminen ja hyvien hoitokäytäntöjen levittäminen hoidon laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi. (Perälä ym. 2008, 5; Sarajärvi ym. 2011, 113.) Parhaan ajan tasalla olevan tiedon kriittinen käyttö edellyttää työntekijöiltä tiedon hankinnan - ja soveltamisen osaamista sekä kriittistä työtötta. Oleellista on, että hoitohenkilöstöllä on käytössään näyttöön perustuvia hoito- ja hoitotyön suosituksia ja niihin perustuvia hoito-ohjeita. Hoitotyön johtajan haasteena yksiköissään on tunnistaa ne näyttöön perustuvan toiminnan tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset esteet, joihin hän voi vaikuttaa koulutuksen ja ohjauksen avulla. Hoitotyön tutkimus, johtaminen ja koulutus luovat edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla. (Perälä ym. 2008, 13 - 15; Sarajärvi 2009, 37 - 40.)

3.2 Asukaslähtöisyys näyttöön perustuvassa hoitotyössä

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä asukas on tasavertainen osallistuja hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Asukaslähtöisyydestä puhuttaessa käytetään usein myös lähes synonyymikäsitettä *asukaskeskeisyys*. Tässä työssä käytän asiakaslähtöisyyden sijasta asukaslähtöisyys-käsitettä, koska asukaslähtöisyys kuvaa enemmän hoivakodin maailmaa ja sitä käytetään myös Attendo Oy:llä. Asukaslähtöisyys on tärkeä tavoite, kun terveydenhuollon palveluja kehitetään. Asukaskeskeisyyttä voidaan ajatella hoitotyössä vuorovaikutussuhteeksi, joka kuvaa ihmisten välistä kunnioitusta ja luottamusta. Asukaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoitoa saava ikääntynyt asukas on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä, ns. ”ytimessä”. (Sarajärvi ym. 2011, 68 - 70; STM 2008, 31; Voutilainen, Vaarama & Peipponen 2004, 38 - 42.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) esittää, että hoidon tulisi lähteä entistä enemmän ikääntyneen tarpeista ja toiveista. Ikääntyneen kohtelun tulisi olla yksilöllistä ja hänen arvojaan ja näkemyksiään tulisi kunnioittaa. (ETENE 2008, 3.) Hoitotyön prosessimalli antaa kehyksen hoitotyön toiminnalle ja kirjaamiselle. Hoitotyön suunnitelma etenee hoitotyön prosessin mukaisesti, se koostuu tiedonkeruusta, hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelusta, hoidon toteuttamisesta ja hoidon arvioinnista. Hyvässä hoitotyön suunnitelmassa yhdistyvät ikäihmisen tarpeet ja toiveet sekä hoitohenkilökunnan ammattitaito ja asiantuntemus. Sen tarkoitus on antaa kokonaiskuva asukkaan hoidosta ja ohjata hoitotyötä. (Kan & Pohjola 2012, 47; Liljamo, Kaakinen & Ensio 2012, 9 - 10; Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005, 65; Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Asukas- ja tarvelähtöisen hoitotyön lähtökohtana ovat asukkaan toiveet, odotukset sekä mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Hoitoa saava asukas on ”ytimessä”, kaiken lähtökohtana. Asukas vaikuttaa omaan hoitoonsa omalla persoonallaan. Asukaslähtöisyydessä voidaankin puhua yhteistyökumppanuudesta asukkaan ja hoitotyöntekijän välillä. Tämä vaatii asukkaan ja hoitotyöntekijän välillä toimivaa dialogia, joka on yksi näyttöön perustuvan hoitotyön edellytys. Asukaslähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytettävissä on tietoa siitä, mitä asukkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Keinoja asian varmistamiseksi on mm. asukaspalautteen kerääminen ja sen tiedon hyödyntäminen. Aitoon asukaslähtöisyyteen on myös sisällytetty näkemys, että organisaatio on olemassa asukkaiden

tarpeita varten ja heitä kuullaan jatkuvasti ”herkällä korvalla”. Asukaslähtöisyys edellyttää palautekanavien lisäksi myös osallistumista edistäviä - sekä entistä yhteistoinnallisempia toimintatapoja. Asukkaat arvioivat hoito- ja palvelutilanteita oman kokemuksensa kautta. Tämän kokemusmaailman tavoittamisen vaikeus korostuu erityisesti ikäihmisten pitkäaikaishoidossa, jossa kolme neljäsosaa sairastaa eriasteista muistisairautta. (Näslindh-Ylispangar 2012, 12 - 13; Sarajärvi ym. 2011, 68 - 70; Vuotilainen ym. 2004, 38 - 42; STM 2008, 31.) Tässä kehittämistutkimuksessa lähtökohdina ovat asukkaan toiveet, odotukset sekä mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon hoivakodissa.

3.3 Asukkaan osallisuus ja osallistuminen

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan keskeisiä eettisiä periaatteita ihmisarvoisen vanhuuden turvaamisessa ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, voimavaralähtöisyys, turvallisuus ja yksilöllisyys. Onkin hyvin oleellista, että ikäihmisen omaa ääntä kuullaan, kun määritellään, millaista on heidän hyvä elämänsä. Ikäihmisten hoidossa on kunnioitettava ikäihmisen itsemääräämisoikeutta niin pitkälle, kuin se on mahdollista. (Sarvimäki & Stenbeck-Hult 2010, 45; STM 2008, 12 - 13.)

Näyttöön perustuvassa asukaslähtöisessä hoitotyössä puhutaan käsitteistä osallisuus (involvement) ja osallistuminen (participation). Näitä käytetään usein synonyymeinä kuvaamaan asukkaan osallistumista sekä hänen kykyään ja haluaan osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Osallisuus on kirjattu myös ikäihmisten laatusuositusten (2008) ihmisarvoisen elämän yhdeksi eettiseksi periaatteeksi. Osallistuminen oman hoidon päätöksentekoon edistää myös hoitoon sitoutumista. Hoitotyön asiantuntijan tehtävä on turvata asiakkaalle tämä osallisuuden mahdollisuus ja oikeus hoitoonsa. Samalla asiantuntija edistää asukkaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. (Sarajärvi ym. 2011, 71 - 75; STM 2008, 12 - 13.)

Osallisuudella tarkoitetaan ikäihmisen autonomiaa, itsehoitoa ja vaikuttamista omaan hoitoonsa. Osallistuminen omaan hoitoonsa päätöksentekoon edistää myös ihmisen sitoutumista hoitoon. Tällöin myös ikäihmisellä ja hoitajalla on yhteisymmärrys hoidon tavoitteista ja hoitotyö perustuu yhteisvastuuseen ja yhteiseen päätöksentekoon, jossa asukas on aktiivinen ja vastuullinen. Tällainen yhteistyö ei aina ole helppoa, koska se edellyttää myös hoitajalta kykyä arvioida omaa toimintaansa, ammattitaitoaan ja per-

soonallisuuttaan. Osallisuus on mahdollisuutta vaikuttaa omiin asioihinsa oman elämänsä subjektina. Autonomia osallisuudessa tarkoittaa, että ihminen tuntee tullessaan kunnioitetuksi ja arvostetuksi yksilönä. Jokaisella ihmisellä on eettinen oikeus ja vapaus hallita itseään ja tehdä valintoja kykynsä mukaan. Ikäihmisen osallisuuden turvaaminen on hoidossa erittäin tärkeää niiltä osin kuin se on mahdollista. Hoitotyöntekijällä on tehtävä turvata ja varmistaa tämä mahdollisuus ja oikeus asukkaalle. Samalla edistetään asukkaan tyytyväisyyttä hoitoonsa. (Näslindh-Ylispangar 2012, 12 - 13; Sarajärvi ym. 2011, 70 - 73.)

Työntekijän ja asukkaan välisen vuorovaikutuksen laadulla on suuri merkitys lopputulokselle. Iäkkään asukkaan elämänlaatua kohentaa, mikäli häntä kohdellaan arvostavasti ja hänet ja hänen läheisensä osallistetaan hoidon ja palvelun suunnitteluun. Käsitteeseen *osallisuus hoitoon* kuuluvat hoitosuhteessa yhdenvertaisuus ja kumppanuus, joka kertoo hoitosuhteen laadusta. Osallisuus on molemminpuolista ja edellyttää ikäihmisen ja hoitohenkilökunnan sitoutumista, sitä kautta syvää hoitosuhdetta. Palvelut pitäisivät vastata juuri niihin tuen tarpeisiin, joita kullakin asukkaalla elämänlaatusa eri ulottuvuuksilla on. (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, 150 - 167; Sarajärvi yms. 2011, 71; Luoma 2009, 74 - 76; Hoe, Hancock, Livingston & Orrell 2006, 460 - 462.)

Omaa itsemääräämisoikeutta voi käyttää etukäteen hoitotahdon avulla. Hoitotahdossa voi ilmaista erityistoiveita hoidon suhteen tai siinä voi kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahdossa voidaan myös valtuuttaa toinen henkilö tekemään tarvittavat hoitopäätökset hoitotahdon laatijan puolesta. Hoitotahdon voi tehdä vapaamuotoisesti tai valmiille lomakkeelle. (Halila, R & Mustajoki, P. 2012; Sosiaalihuoltolaki 2000/812.)

3.4 Asukkaiden hyvä elämänlaatu

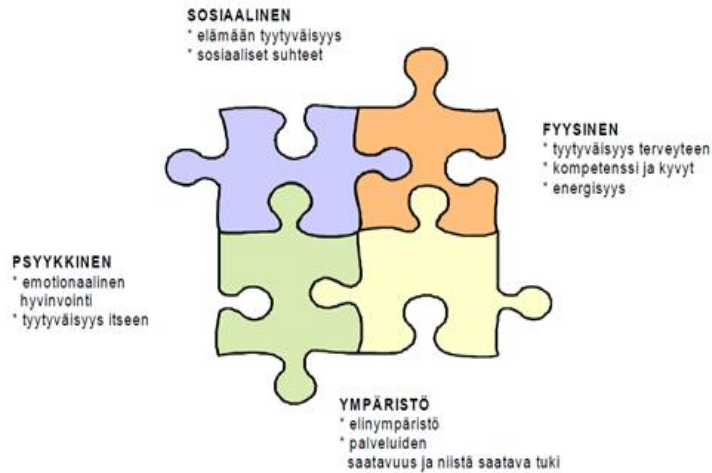
Ikääntyneiden elämänlaadun tutkimus on kansainvälisesti vilkasta tällä hetkellä. Elämänlaatu ilmiönä on esiintynyt jo kreikkalaisessa filosofiassa, jossa puhuttiin hyvästä elämästä. Aristoteleen mukaan hyvään elämään on kuulunut onnellisuus. Hyvän elämänlaadun määrittävänä tekijöinä on pidetty onnellisuutta ja elämään tyytyväisyyttä. (Kattainen 2010, 191.) Elämänlaadun käsitteen kehittymiseen on vaikuttanut jo WHO:n vuonna 1948 laatima määritelmä terveydestä täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Elämänlaadun määrittely on vaikeaa, koska se liit-

tyy yksilöön persoonana ja sen sisältö on jokaiselle ihmiselle erilainen. Elämänlaadulle ei ole siis yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Ihmisen omakin käsitys elämän laadusta voi vaihdella elämäntilanteiden mukaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Suomalaisten hyvinvointi 2010 - raportin mukaan suomalaisten elämänlaatu on yleisesti korkea. Elämänlaadussa on kyse kaikista elämän ulottuvuuksista terveydestä, hyvinvoinnista, sosiaalisista suhteista, elämän mielekkyydestä, viihtyisästä ympäristöstä ja aineellisesta elämäntasosta. Myös oma suhtautuminen toimintakyvyn laskuun, saatuun hoitoon ja palveluun sekä hengelliset kysymykset kuuluvat elämänlaatuun. Elämänlaatu sisältää laajassa merkityksessä kaiken tarpeellisen, jotta ihminen voi hyvin. Terveysteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan yleisesti, psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä, joilla on selkein yhteys terveyteen. Elämänlaatu koostuu yleisestä elämäntyytyväisyydestä, mielihyvän tai onnellisuuden tunteesta sekä tarpeiden, tavoitteiden, odotusten tyydyttämisestä yhdessä. (Luoma 2009, 74; Backman, Paasivaara & Voutilainen 2004, 21 - 25; Saarni, Luoma, Koskinen & Vaarama 2012, 159; Vaarama ym. 2010, 150 - 167.)

Maaailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan elämänlaatu on fyysistä- ja sosiaalista hyvinvointia eikä pelkästään sairauden puuttumista. WHO:n tuella on kehitetty mm. WHOQOL BREF -mittari mittaamaan yleistä elämänlaatua. Siinä lähtökohdaksi on oma arvio elämäntilanteesta suhteessa omaan arvomaailmaan, odotuksiin, vaatimustasoon ja omiin tavoitteisiin. Mittarin mukaan elämänlaatua on fyysisen ja psyykkisen ulottuvuuden lisäksi myös sosiaaliset suhteet ja ympäristö, huomioiden hengellisyyden ja riippumattomuuden. (Lawton, Winter, Kleban & Ruckdeschel 1999, 169 - 198; Luoma 2009, 74; Vaarama ym. 2010, 150 - 167; WHOQOL - group 1996, 2 - 4.)

Käsitykseen elämänlaadusta on vaikuttanut keskeisesti Powel Lawton (1999), hänen mukaansa yksilön omien valintojen, toimintojen ja ympäristön välillä tulee vallita tasapaino. Hänen mukaansa elämänlaatu ymmärretään käsitteenä, joka muodostuu yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Elämänlaatu ei siis ole pelkästään terveyttä tai psyykkistä hyvinvointia. Ikäihmisen hoidon ja hoivan tavoitteena on tukea asiakkaan terveyttä, toimintakykyä, elämänlaatua ja voimavaroja. Yleensä elämänlaatua kuvataan neljän osa-alueen kautta sekä koettuna elämänlaatuna. (Lawton ym. 1999, 169 - 198; Luoma 2009, 74; WHOQOL-group 1996, 2 - 4.)

Kuvassa 2 ovat Pieperin ja Vaaraman (2008) koetun elämänlaadun ulottuvuuksista ja niiden keskeiset sisällöt kuvattuna.

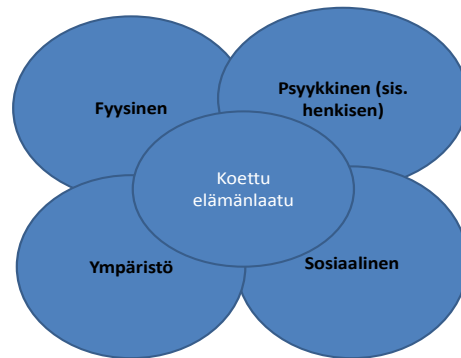


Kuva 2. Koetun elämänlaadun ulottuvuudet ja keskeiset sisällöt (Pieper & Vaarama 2008)

Tutkittaessa iäkkäitä käytetään myös käsitettä hoivasta riippuvainen elämänlaatu (Care related Quality of life). Vaaraman ja Pieperin (2008) mallissa perusajatus on, että hyvä elämänlaatu tukee aktiivista ja hyvää vanhenemista ja suojaa ennenaikaiselta avuttomuudelta. Hoidon ja palvelujen tulisi kohdistua kaikille niille elämänlaadun ulottuvuuksille, joilla yksilöllinen avun ja tuen tarve ilmenee. Mallin mukaan elämänlaataa tukevan palvelun peruselementit ovat asiakkaan autonomian, psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen identiteetin tukeminen sekä asuin- ja elinympäristön soveltuvuutta lisäävien muutosten toteuttaminen että muun tarvittavan hoidon ja tuen järjestäminen. (Vaarama ym. 2010, 150 - 167; Sarajärvi ym. 2011, 71; Luoma 2009, 74 - 76; Hoe ym. 2006, 460 - 462.)

Tässä kehittämistutkimuksessa elämänlaadun ulottuvuudet koostuvat mukaellen Lawtonin (1999), WHOQOL-groupin (1996), Vaaraman ja Pieperin mallia (2008). Nämä ovat elämänlaadun ulottuvuudet, jotka nousivat tarpeen määrittelyn prosessissa kirjallisuuskatsauksessa. Näiden kautta katsotaan elämänlaadun ulottuvuuksia tässä kehittämistutkimuksessa. Hoitoprosessissa huolehditaan, että yllä olevat tarpeet lähtevät näistä neljästä ulottuvuudesta, johonka kietoutuu kokemuksellisuus tiiviinä osana. Seuraavalla sivulla kuvassa 3 ovat tässä työssä käytettävät elämänlaadun ulottuvuudet.

Elämänlaadun ulottuvuudet



Kuva 3. Mukaeltu Lawton 1999, WHOQOL-group 1996, Pieper & Vaarama 2008.

3.5 Asukkaiden kokemuksellinen elämänlaatu

Elämänlaatu käsitteestä puhuttaessa, jaetaan käsite yleensä subjektiiviseen sekä objektiiviseen elämänlaatuun. Objektiivisessä elämänlaadun arvioinnissa joku ulkopuolinen tarkastelee, miten hyvän elämänlaadun kriteerit täyttyvät. Siihen sisältyy aineellinen hyvinvointi, joka on edellytyksenä hyvään elämään ja elämänlaatuun. Subjektiivinen elämänlaatu puolestaan tarkoittaa ihmisen omaa kokemusta omasta elämästään. Siinä mitataan, miten tyytyväinen ihminen itse on omaan elämäänsä. Terveysteen liittyvä elämänlaatu on subjektiivinen, se on käsite, joka kuvaa yksilön kokemusmaailmaa. Elämänlaatu ei ole siis sama kuin hyvän hoidon laatu. Vanhustyössä laatu on aina yhteistyön tulos. (Kattainen 2010, 192; Vaarama 2004, 12 - 14; Luoma 2009, 74 - 76.) Tässä kehittämistutkimuksessa elämänlaatua tarkastellaan subjektiivisen eli kokemuksellisen elämänlaadun kautta. Subjektiivista elämänlaatua rakentavat tyytyväisyys omaan elämään, kuva omasta itsestä ja onnellisuus, psyykinen hyvinvointi, omien yksilöllisten tarpeiden tyydyttyminen. (Bowling 2005, 13 - 14, 25 - 28; Vaarama 2004, 12 - 14; Luoma 2009, 74 - 76; Vaarama 2009, 119).

Ikääntyneiden elämänlaadun ulottuvuuksia tarkastellessa korostuu ikääntyneiden kokemus hallinnan tunteen säilymisestä. Elämänlaadun kokemisella tarkoitetaan ikäihmisen omaa subjektiivista kokemusta omasta elämänlaadustaan. Vuorovaikutuksella on erittäin tärkeä merkitys. Elämänhistorian tuntemuksen merkitystä ei voi liikaa korostaa tässä yhteydessä. Tästä syystä on erittäin keskeistä olla tietoinen ikääntyvien

yksilöllisistä tarpeista. Ikääntyvien omaa elämää koskevia toiveita pitäisikin voida toteuttaa riippumatta hoitopaikasta. Iäkkään ihmisen tulisi voida säilyttää hallinnan tunteensa. Ikäihmisen täytyy voida luottaa siihen, että asuinympäristö on tuttu ja kodinomainen. Ikääntyvän tulee saada tukea niin fyysisten-, psyykkisten-, kognitiivisten- ja sosiaalisten voimavarojensa ehtyessä ja hänen toiveisiinsa tulee suhtautua kunnioitavasti. Muistisairaudet tuovat lisähaasteen arkielämään, sillä keskustelujen seuraaminen vaikeutuu, orientaatio heikentyy, nimet, käytännön taidot ja tapahtumat alkavat unohtua. Muutokset alkavat heikentää turvallisuutta sekä kokemusta itsemääräämiskeudesta ja täysivaltaisesta osallisuudesta yhteiskuntaan ja omaan elämäänsä. Elämänlaatu on kokonaisuus, joka kattaa rajattoman määrän ulottuvuuksia ja erilaisia tekijöitä. (Heimonen 2010, 69 - 71, Luoma 2009, 74 - 87; Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 359.)

Ikääntyessä erityisesti 80 ikävuoden jälkeen koetussa elämänlaadussa korostuvat juuri tähän elämänvaiheeseen liittyvät erityispiirteet, jotka eivät tavallisesti nouse esiin muilla ikäryhmillä. Näitä ovat päivittäisen toimintakyvyn ongelmat, riippuvuus muiden avusta sekä saadun avun koettu tarkoituksenmukaisuus että niiden riittävyys. Myös kyky selviytyä kognition toimivuutta vaativista tehtävistä sekä turvattomuuden tunne lisääntyvät. (Vaarama ym. 2010, 150 - 167; Luoma 2009, 76 - 78.)

3.5.1 Fyysinen ulottuvuus

Ikäihmisen elämänlaadun fyysisen ulottuvuuden kannalta tärkeää on koettu hyvä terveys ja koettu tarmokkuus sekä asianmukainen lääkitys että riittävä kivunlievitys. Hyvää fyysistä elämänlaatua ylläpitävät hyvä terveys, kivuttomuus, tarmokkuus, hyvä liikuntakyky ja riittävä avunsaanti. Fyysisellä kunnolla ja toimintakyvyllä on merkitystä hallinnan tunteeseen psyykkisen työn kautta, miten ikäihminen pystyy käsittelemään toimintarajoitusten tuomaan mielipahaa tai toiminnasta johtuvaa mielihyvää. Fyysinen toimintakyky säätelee ihmisen selviytymistä päivittäiseen elämään liittyvien toimintojen fyysisistä vaatimuksista. Sillä voidaan tarkoittaa kehon elinjärjestelmien toimintaa tai elimistön kykyä selviytyä fyysisistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä. Fyysinen toimintakyky jaotellaan yleisesti yleiskuntoon, lihaskuntoon ja motoriseen taitoon. Fyysisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on myös hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelinten sekä aistielinten toimintakyky. (Heimonen 2010,

73 - 75; Luoma 2009, 78 - 80; Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 286 - 293; Voutilainen 2009, 125 - 126.)

Keskeistä iäkkäiden ihmisten toimintakykyä arvioidessa on suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista. Päivittäiset toiminnot jaotellaan päivittäisiin perustoimintoihin, kuten syömiseen, pukeutumiseen, peseytymiseen, liikkumiseen ja wc-toimintoihin. Päivittäisiin perustoimintoihin kuuluu myös asioiden hoitamisen toiminnot, kuten kotiaskareiden hoito ja kodin ulkopuolella asiointi. Fyysinen ulottuvuus liittyy ikäihmisen itseenäiseen selviytymiseen ja hänen fyysiseen toimintakykyyn. Toimintakyky alkaa yleensä heiketä erityisesti 85 vuotta täyttäneillä. Ikääntyminen, pitkäaikaissairaudet ja vammat aiheuttavat toimintakykyvajeita, mutta yksilölliset erot ovat suuria. Elämänlaadulle ei ole ratkaisevaa toimintakyvyn vajavuuksien määrä, vaan miten jäljellä olevat voimavarat tukevat arjen sujuvuutta. Ikäihmiset ovat taitavia kompensoimaan omia toiminnan vajeitaan. Toimintakyvyn säilymistä edistävät hyvän asumisen tekijät, kuten asunnon toimivuus, esteettömyys, helppo ja turvallinen ulospääsy sekä siisteys. Tavoitteena on toiminta- ja liikkumiskyvyn säilyminen mahdollisimman pitkään, se auttaa niin ikäihmistä kuin myös häntä hoitavia henkilöitä, sillä se tukee päivittäistoiminnoissa selviytymistä. (Heimonen 2010, 73 - 75; Luoma 2009, 78 - 80; Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 286 - 293; Voutilainen 2009, 125 - 126.)

3.5.2 Psykkinen ulottuvuus

Hoitotyön keinona vaikuttaa ikäihmisen elämänlaatuun on, että asiakkaalle välittyy kokemus siitä, että hänelle on aikaa ja hän tulee kuulluksi. Tärkeää on myös, että jokainen ikäihminen saisi päättää, milloin hän menee nukkumaan, milloin hän haluaa nousta, ja yleensäkin tehdä niitä asioita, joita juuri hän haluaa. Elämänhallinnan tunne määrittää siis elämänlaatua. Ikäihmisen elämänhallinnan tunnetta vahvistaa se, kuinka hyvin hän ymmärtää ympäristöään, tajuaa merkityksiä ja hallitsee tilanteita. Iäkkäiden elämänlaatua parantavat tekijät vaihtelevat iän mukaan, mutta kuitenkin kaikille on tärkeää kyky nauttia elämästä eli kyky säilyttää hallinnan tunne. Hallinnan tunteessa on kokemus siitä, että mielihyvän tuottaminen on omassa hallussa. Hallinnan tunteen merkityksen tärkeys pysyy muuttumattomana myös ikään katsomatta. Hyvää psykkinen elämänlaatua ylläpitävät tekijät ovat sopeutuminen omaan ikääntymiseen, elämän kokeminen tarkoitukselliseksi, negatiivisten tunteiden vähyyys, tyytyväisyys hoitoon, aktiivisuus sekä mielen voimat, joilla tarkoitetaan tietoja, taitoja osaamista ja

ymmärtämistä. Iäkkäiden elämänlaatua voidaan vahvistaa myös kokemuksella, että hoitohenkilökunta ymmärtää hänen tarpeitaan. Hoitotyö, joka tukee kuulluksi tulemis- ta, vahvistaa myös ikäihmisen hallinnan tunnetta, joka vahvistaa ikäihmisen elämän- laatua. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 240; Luoma 2009, 78 - 80; Huusko & Pit- kälä 2006, 15; Suutama 2008, 192 - 203.)

Jotta ikäihminen pystyy päättämään omista asioistaan ja rakentamaan itselleen sopi- van arjen, hän tarvitsee riittävästi psyykkisiä voimavaroja. Ikäihminen tarvitsee tiedon hallintaa ja muistia, sekä suunnittelua että ajattelua. Psyykkisen vajeen edetessä ikäihminen saattaa tarvita toisen ihmisen apua itsemääräämisoikeuden toteuttamiseksi. Puutteistaan huolimatta ikäihminen on arvokas, ja hän voi ja hänellä on oikeus kokea tyytyväisyyttä, hyvää oloa ja yksilöllistä arvoa. Ihmissuhteiden ja mielialan toimivuus ovat tärkeitä mielen ja tunne-elämän tasapainolle. Kokemus omasta ulkonäöstä ja ke- hosta ovat myös osa emotionaalista hyvinvointia. Psyykkinen toimintakyky liittyy elämäntapaan ja sitä kautta hyvinvointiin. (Bowling 2005, 21; Huusko & Pitkälä 2006, 15; Sarvimäki & Stenbeck-Hult 2010, 45 - 46; Suutama 2008, 192 - 203.)

Henkinen kokemus on keskeinen ikääntyneiden hyvinvointia tukeva tekijä yksilötasol- la. Myös hengellinen hyvinvointi on yksi ikäihmisen hyvinvoinnin tärkeä osatekijä. Se vahvistaa elämää suhteessa asioihin, jotka tukevat, hoivaavat ja vahvistavat ikäihmi- sen kokonaisuutta ja elämänlaatua. Ikäihmisen hengellisyyden hyväksyminen ja vah- vistaminen on kykyä ymmärtää hänen arvomaailmaansa. Hyvä elämä muodostuu hen- gellisten tarpeiden täyttymyksestä ja yhä useampi tutkimus osoittaa hengellisyyden ja uskonnollisuuden olevan merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä. Usein ikäänty- neelle antaa voimaa jaksamiseen usko, rukoileminen ja seurakunnan toimintaan osal- listuminen. Monesti vaikea elämäntilanne, epävarmuus ja kuolemaan liittyvä kysy- mykset lisäävät kiinnostusta uskontoa kohtaan. Uskonnollisuus on yksi hengellisyy- den ilmentymä, eikä hengellisyyden tarvitse aina olla sidoksissa uskontoon. Se voi liittyä myös luontoon ja metsiin. Sen seurauksena voi saada elvyttävyyden, virkistäy- tyvyyden, vapauden, onnellisuuden ja harmonian tunteen. Uskonnollisuudella on to- dettu olevan myönteinen yhteys mm. depressiokokemukseen, mutta myös itsetuntoon ja sosiaalisen tuen saamiseen. Yksilötasolla hengellisyyttä tuetaan kunnioittamalla ikääntyneen yksityisyyttä, kuuntelemalla, lohduttamalla ja rauhallisella ympäristöllä ja käytöksellä. (Elo 2009, 103; Sarvimäki & Stenbeck-Hult 2010, 48 - 50.)

3.5.3 Sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaaliset suhteet ovat tärkeitä kaikenikäisille. Läheisten antama psyykinen tuki auttaa selviytymään monista elämään kuuluvista vaikeuksista. Kivelän ja Vaapion (2011, 101 - 103) mukaan sosiaaliset suhteet ja toiminnat nousevat sitä tärkeämmäksi, mitä vanhemmaksi ihminen tulee. Heidän mielestään osana hyvää elämänlaatua ovat vierailut, keskustelut, musiikki, lukeminen, muistelu ja muut harrastukset. Luoman (2009, 80 - 81) mukaan hyvän sosiaalisen elämänlaadun ylläpitäviä tekijöitä ovat sosiaaliset verkostot, osallistuminen, mielekkäät aktiviteetit ja kyky nauttia aterioista. Hänen mukaan iäkkään elämänlaadussa korostuu ruokailutilanteiden merkitys, sillä ruokatilanne ei vain tyydytä ravinnon tarvetta vaan siinä korostuu yksilölliset tottumukset, joita tulee kunnioittaa. Ikääntyneiden sosiaalisia voimavaroja voi tukea edistämällä hänen osallisuuttaan. Sosiaalinen osallisuus tarkoittaa sitä, että ikääntynyt tuntee olevansa osa sosiaalista yhteisöä. Voimavarojen ja osallisuuden tukeminen edistää itsemääräämisoikeuden toteutumista. (Sarvimäki & Stenbeck-Hult 2010, 45 - 46.)

Bowlingin (2005, 33) mukaan sosiaalisella toimintakyvyllä on havaittu olevan sekä suoria että epäsuoria yhteyksiä terveyteen, ja sitä kautta hyvinvoinnin kokemuksiin. Yhteydestä ollaan osin epävarmoja, mutta sen on kuitenkin havaittu vaikuttavan ikäihmisten elämän tyytyväisyyteen. Sosiaalinen ulottuvuus sisältää sosiaaliset rakenteet ja hierarkian, sosiaaliset verkostot, erilaiset sosiaaliset ryhmät sekä kulttuuriympäristön. Se muodostuu siis ihmisistä sekä erikokoisista että erilaisista yhteisöistä. Keskeistä hyvinvoinnin kannalta on, että sen rakenteet antavat ihmiselle mahdollisuuden kokoontua yhteen ja olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Yksilötasolla sosiaalisen ympäristön yhteyttä hyvinvointiin voidaan tarkastella sosiaalisen tuen ja verkoston avulla. Sosiaalinen verkosto muodostuu ihmisistä, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Sosiaalisten verkostojen merkitystä ikääntyneiden hyvinvointiin on osin ristiriitaisia tuloksia. Elämänvaiheeseen sidoksissa olevat tekijät, kuten terveydentilan heikkenemisestä johtuva sosiaalisten kontaktin luomisen vaikeus sekä puolison menettäminen liittyvät usein yksinäisyyden kokemukseen. Laajakaan sosiaalinen verkosto ei aina poista yksinäisyyden kokemusta. Tällöin nouseekin sosiaalisen suhteiden laatu merkittäväksi hyvinvointitekijäksi. (Bowling 2005, 33; Elo 2009, 97; Kattainen 2010, 193; Kivelä & Vaapio 2011, 101 - 103; Luoma 2009, 80 - 81.)

Dialogisuus. Näyttöön perustuvan hoitotyön edellytys on toimiva dialogi asukkaan ja hoitajan suhteessa. Dialogisuudella tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentamiseen, jolloin ihmiset ovat tasavertaisia keskenään. Dialogi painottaa arvostavaa vuorovaikutusta eri osapuolten kesken. Perustana arvostavalle vuorovaikutukselle on toisen ihmisen erilaisuuden myöntäminen, kunnioittaminen ja kuunteleminen. Dialogisessa vuorovaikutuksessa kaikki osallistujat ovat tasa-arvoisia keskustelijoita keskenään. Dialogisuuden yksi tärkeä elementti on vastavuoroisuus, jossa jokainen osapuoli pääsee luomaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteiseen hetkeen. Dialogin avulla pystytään ymmärtämään paremmin ja syvällisemmin asiakkaan toiveita ja odotuksia. Hoitotyössä dialogilla on suuri merkitys, koska hoitotyössä tulisi hoitajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa ymmärtää toista mahdollisimman syvällisesti. Näyttöön perustuvassa asukaslähtöisessä hoitotyössä hoitosuhde perustuu avoimeen dialogiin, jossa asukas ja hänen omaisensa ovat osallisena koko hoitoprosessin ajan. (Mönkkönen 2007, 86 - 91; Sarajärvi ym. 2011, 68 - 75; Voutilainen ym. 2004, 38.)

Dialogiseen suhteeseen kuuluu sitoutuminen, toisen huomioiminen sekä erilaisuuden hyväksyminen että sen arvostaminen. Prosessi perustuu yhteisvastuuseen ja jaettuun päätöksentekoon, jota ohjaa yhteisymmärrys hoidon tavoitteista, odotuksista ja tarpeista. Hoidon lähtökohtana ovat asukkaan toiveet, odotukset, tunteet ja hänen kokemustensa ymmärtäminen sekä asiakkaan kunnioittaminen. Dialogisessa hoitosuhteessa ikäihminen saa kokea, että hänestä välitetään ja että hän on suhteessa osallisena. Ikäihminen saa tuntee luottamusta, arvostusta ja toivoa. Toivo kohdistuu erityisesti yhteiseen ymmärrykseen. Hoitajan on kyettävä refleктоimaan niin ikäihmisen ajatuksia kuin myös toimintaansa. Vain dialoginen suhde mahdollistaa ikäihmisen ja läheisten omien voimavarojen löytymisen, itsemääräämisen sekä ikäihmisen omannäköisen elämän. (Mönkkönen 2007, 86 - 91; Sarajärvi ym. 2011, 68 - 75; Vallejo Medina ym. 2005, 351; Voutilainen ym. 2004, 38 - 42.)

3.5.4 Ympäristö ulottuvuus

Ikääntyessä elämänpiiri tavallisemmin kapenee ja koti merkitsee eniten juuri ikääntyneelle. Valtaosa ikääntyneistä pitää kotia parhaana asuinpaikkana. Asunto tai koti on elämän jatkuvuuden kannalta tärkeää. Tästä syystä hoiva-asumisessa korostuu kodinomaisuuden tärkeys ja omat tavarat. Ikääntyneet perustelevat kotona asumisen ensisijaisuutta kokemuksella itsemääräämisestä, vapaudesta, itsenäisen elämän- ja sosi-

aalisten suhteiden säilymisestä. Lisäksi korostuvat tasavertaisuus avunantajien kanssa, kokemus arvokkaasta elämästä ja arvostetuksi tulemisesta sekä oman minuuden vahvistamisesta että mahdollisuudesta ilmaista tunteitaan. Kotona ikääntynyt ihminen voi tuntea autonomiaa ja kontrolloida omaa elämäänsä ja sitä kautta olla oma itsensä ja tuntea vapautta. Koti luo turvaa suhteessa ympäröivään maailmaan. Koska kodin merkitykseen sisältyy keskeiset inhimilliset piirteet, on ikääntyneiden kodin olosuhteilla suuri merkitys elämänlaatuun. Fyysisen ympäristön esteillä ja esteettömyydellä on suuri merkitys toimintakykyyn, sillä iäkkään ihmisen elämänlaatu määräytyy niin subjektiivisesta tyytyväisyydestä elämään kuin myös toimintakyvyn ja ympäristön rajoitteista. Fyysisen ympäristön virikkeellisyys, turvallisuus ja lämminhenkisyys ovat tärkeitä tekijöitä. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 240; Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 105; Luoma 2009, 79 - 82; Pikkarainen 2007, 57.) Ikäihmisten laatusuosituksen (2008) tavoitteena ovat esteettömät, turvalliset ja viihtyisät asumis- ja hoitoympäristöt, kuten esteettömät ja turvalliset asukashuoneet, käytävät, yhteistilat sekä piha-alueet. Jokaisella asukkaalla tulee olla oma huone ja siihen liittyvä hygieniatila, ellei asukas nimenomaan halua asua puolisonsa kanssa. (STM 2008, 39.)

Pikkaraisen (2007, 57) mukaan koettu asuminen tarkoittaa ikääntyneen ihmisen subjektiivista näkemystä omasta asumisesta, sekä kotona selviytymisestä. Koettu asuminen on yhteydessä kodin yksilölliseen merkitykseen ja hallinnan tunteeseen omasta ympäristöstään. Koettua asumista arvioidessa Pikkaraisen mukaan tulisi katsoa neljää osa-aluetta: 1) tyytyväisyyttä asumisen tasoon, 2) kokemusta arjen sujumisesta, 3) kodin yksilöllisestä merkityksestä ikäihmisille sekä 4) ihmisen kokemusta ympäristön hallinnasta. Pikkarainen (2007, 94 - 95) kuvailee ikäihmisen elämänlaadun ympäristön ja asumisen ulottuvuuden materiaalisena ulottuvuutena, johon kuuluu asumisen lisäksi lähipalvelut, tulot ja turvallisuus. Viihtyisässä asuinympäristössä ihmiset ovat ystävällisiä, sosiaalinen kanssakäyminen ja toiminta ovat mahdollista. Ikäihmisillä ympäristön harrastus- ja toimintamahdollisuudet ovat merkittäviä hyvinvoinnintekijöitä. Ikääntyvien asumisyhteisön turvallisuus, asumiseen liittyvät pelot ja arjesta irtautuminen kuvaavat ympäristö hyvinvoinnin ideaalisia ominaisuuksia. Hyvinvoinnin ylläpitämiseen on liittynyt kautta aikojen kokemuksellisia uskomuksia ja näkemyksiä. Ikääntyneillä nämä liittyvät usein luontoon. Luonnon värit, valoisuus, kauneus, hiljaisuus ja vuodenaikojen vaihtelu ovat tyypillisiä pohjoisen ympäristön ominaisuuksia. Nämä synnyttävät positiivisia kokemuksia. Symbolinen ympäristö voidaan jakaa sosiaaliseen - ja fyysiseen ympäristöön. (Elo 2009, 99 - 102.) Koti on paikka, jossa on

mahdollisuus tehdä itselleen mieluisia asioita ja sen vuoksi kotiin liittyvät teknologiset ratkaisut auttavat ikäihmistä säilyttämään omaa itsenäistä selviytymistä pidempään. (Bowling 2005, 36 - 37; Heinonen & Ratvio 2007, 10; Kotilainen ym. 2008, 105.)

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuskysymysten laatiminen edellyttää riittävästi aiempaa tutkimustietoa, jotta kysymykset voidaan muotoilla relevanteiksi. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset nousevat elämänlaadun teoriasta. Tutkimuskysymyksissä määritellään ja rajataan se, mihin kysymyksiin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Nämä kysymykset määrittävät kirjallisuuskatsauksen tavoitteet. (Johansson 2007, 6 - 7; Kääriäinen & Laitinen 2006, 39 - 40; Tuomi & Sarajärvi 2013, 92.) Tässä kehittämistutkimuksessa kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineisto koostuu ikäihmisen kokemuksellisuudesta elämänlaadun edistäjänä ja niiden ulottuvuuksien avaamisesta, mitä ne sisältävät kullakin alueella.

Tutkimuskysymykset on harkittava tarkkaan ja muotoiltava selkeästi ennen kuin ryhdytään varsinaiseen aineiston keruuseen. Usein tutkimustehtävän määrittelemisen ja muotoilemisen on vaikeampaa kuin sen ratkaiseminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 125 - 127; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.) Tutkimuskysymyksiä laadittaessa on otettu myös huomioon, millaisiin kysymyksiin ”Hoitoa sinua kuunnellen” -hanke haluaa vastauksia ja mihin hankkeen on tarkoitus käyttää tutkimuksesta saatuja tietoja. Tässä kehittämistutkimuksessa tutkimuskysymyksiä on kaksi. Tarkoituksena on kertoittaa asukkaiden arjen kokemuksia elämänlaatua edistävästä tekijöistä. Lisäksi etsitään näyttöön perustuvaa tietoa, mistä elämänlaadun tekijöistä laadukas ikäihmisen arki koostuu. (Sarajärvi ym. 2011, 69.)

Tätä kehittämistutkimusta varten on määritetty seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Mitkä tekijät edistävät elämänlaatua arjessa hoivakodissa asukkaan kokemana?
2. Mistä elämänlaadun tekijöistä koostuu laadukas ikäihmisen arki?

5 KEHITTÄMISHANKKEEN PROSESSI

Kehittämisen tavoitteena terveydenhuollossa on uusien menetelmien aikaansaaminen tai jo olemassa olevien parantaminen. Tavoitteena tässä ”Hoitoa sinua kuunnellen” -hankkeessa on asukkaiden elämänlaadun edistäminen sekä asukkaan tarvelähtöisen hoivan vahvistaminen hoivayksikön arjessa. Hanke kestää kolme vuotta. Hanke perustuu tarvelähtöisen hoidon kokonaisuuteen, jossa henkilökunta toteuttaa hoivatyötä asukkaiden tarpeiden pohjalta hyödyntäen yhteistyötä asukkaiden ja omaisten kanssa. Hankkeessa uudistetaan myös kirjaamisen ohjelmaa yhteneväksi elämänlaadun laatumittarin kanssa. Keskeistä työssä on asukkaiden tarpeiden ymmärtäminen. Hankkeen hyödynsaajina ovat palveluun tyytyväiset asukkaat, jotka hyötyvät hoivatyön laadun parantumisesta ja nykyistä paremmasta asukkaan tarvelähtöisestä hoivasta ja ihmislähtöisestä hoitokulttuurista. Kehittäminen siis koskettaa koko organisaatiota. Tutkivassa kehittämisessä jo olemassa olevalla tutkimustiedolla on oleellinen merkitys, mutta myös asiantuntijoiden työkokemuksella on yhtä tärkeä sija kehittämisessä. Eri organisaatioissa ja yksiköissä kehittäminen on jatkuvasti osa arkipäivän toimintaa. Tästä johtuen kehittäminen organisaatioissa toteutetaan hyvin usein määräaikaisen hankkeena, jolla on tarkasti määritelty selkeä tavoite. Laadukkaan tutkivan kehittämisen ominaispiirteitä ovat suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja järjestelmällisyys. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55 - 57; Kananen 2012, 53 - 54; Toikko & Rantanen 2009, 13 - 19.)

Kehittäminen tähtää aina muutokseen, sillä tavoitellaan jotain parempaa kuin aikaisemmat toimintatavat. Kehittämistoiminnan lähtökohtana tässä työssä on halu luoda uutta yrityksen organisaation laadunvarmennukseen ja sitä kautta asukkaiden elämänlaadun edistämiseen. Kehittämishankkeissa tulisi hyödyntää entistä enemmän jo olemassa olevaa tietoa. Siksi valitsin kirjallisuuskatsauksen menetelmäksi tähän kehittämistutkimukseen. Kaikkea ei siis tarvitse itse luoda, jolloin myös säästyy aikaa. Tämä myös lisää kehittämishankkeiden tulosten luotettavuutta. (Heikkilä ym. 2008, 104 - 105; Toikko & Rantanen 2009, 13 -19.) Kananen (2012, 162) mukaan kehittämistutkimuksessa on tärkeää muistaa, että kyseessä on kaksi prosessia, eli kehittämistyö ja tutkimustyö. Tutkimustyössä käytetään tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua ja menetelmiä. Sen sijaan kehittämistyö etenee omien lainalaisuuksien ja prosessien mukaan, vaikka näihin prosesseihin vaikuttaa taustalla tieteellisyys ja tutkimustyön menetelmät koko työn ajan. Seuraavaksi avaan tämän hankkeen prosessia vaiheittain.

Suunnittelu- ja käynnistysvaihe. Hanke käynnistettiin tammikuussa 2013, kolmen päivän kick-off päivillä. Siellä työstettiin ryhmissä 20 hoivakodin johtajan ja 20 hoivakodin hoitotyön esimiehen kanssa heidän näkemystään hyvän hoidon laatumittarista. Teoreettiseksi viitekehikseksi nousivat teoriasta elämänlaadun ulottuvuudet. Tutkimuskysymyksissä kartoitin asukkaiden arjen kokemuksia elämänlaatua edistävästä tekijöistä sekä mistä elämänlaadun tekijöistä laadukas ikäihmisen arki koostui. Jokainen ryhmä teki muistiinpanot ja omat ehdotuksensa, jotka kokosin yhteen. Jaoin elämänlaadun käsitteet kategorioihin fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöulottuvuus sekä asukkaiden koettu elämänlaatu. Tästä kokosin asiantuntijoiden ensimmäisen version laatumittarista. Tämän jälkeen laitoin laatumittarin sivuun ja aloin työstää kirjallisuuskatsausta ja dokumenttiaineiston sisällönanalyysia. Tein itselleni aikataulun kehittämishankkeen mukaan, jotta pysyisin aikataulussa paremmin ja jotta se rytmittäisi aikatauluani. Kuvassa 4 on tämän kehittämishankkeen aikataulusuunnitelmasta.

Kehittämishankkeen aikataulusuunnitelma



Kuva 4. Kehittämishankkeen aikataulusuunnitelma

Toteutus- ja esittelyvaihe. Dokumenttiaineiston sisällönanalyysiprosessi kesti kaksi kuukautta, jonka jälkeen sain kerättyä näyttöön perustuvat ”näytöt” tutkimuksista. Pyrin siihen, ettei asiantuntijoiden lista vaikuttaisi omaan sisällönanalyysiprosessiini, jottei se alentaisi tutkimuksen luotettavuutta. Sisällönanalyysin perusteella kokosin hyvänhoidon varsinaisen ensimmäisen version laatumittarista. Esittelin laatumittarin version kohta kohdalta perustellen hankeryhmän kokouksessa Helsingissä 8.3.2013. Mu-

kana oli myös yrityksen laatu- ja kehittämisjohtaja. Osa laatumittarin kohdista perustuu lakeihin, asetuksiin ja laatusuosituksiin laadukkaasta hoidosta esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelma. Suuri osa laatumittarista on muodostunut elämänlaatua edistäviä tekijöistä, jotka nousivat kirjallisuuskatsauksessa. Hyvänhoidon laatumittari saikin hankeryhmän kokouksessa uuden nimen *elämänlaadun check-lista* eli elämänlaadun mittari kirjallisuuskatsauksen myötä. Yrityksen laatu- ja kehittämisjohtaja hyväksyi ja vahvisti uuden nimen laatumittarille hankeryhmäkokouksessa 25.3.2013.

Kommenttikierrokset. Hankeryhmä oli sitä mieltä, että *elämänlaadun check-lista* oli valmis 25.3.2013 yrityksen laatutiimille lähetettäväksi. Heidän kommenttien ja hyväksynnän jälkeen kokosin elämänlaadun mittarin varsinaiselle kierrokselle hankkeen ohjausryhmälle eli Suomen hoivapalveluiden aluejohtajille. Tämän jälkeen elämänlaadun mittari lähti tammikuussa 2013 kick-off-päivillä olleille 20 johtajalle ja 20 hoitotyön esimiehelle. Lisäksi valitsimme hankeryhmässä 10 hoivakodin johtajaa, jotka eivät olleet mukana pilottihankkeen ensimmäisessä vaiheessa tammikuussa, jotta saisimme vielä ulkopuolistakin näkökulmaa. Kaikkiaan elämänlaadun mittari on kiertänyt 70 asiantuntijalla kevään aikana. Tämän osallistamisen kautta hankkeessa pyrittiin sitouttamaan hoitotyön esimiehet, hoivakotien johtajat sekä aluejohtajat yhteiseen tavoitteeseen asukkaiden elämänlaadun edistämiseen sekä käyttämään auditoinnin elämänlaadun mittaria punaisena lankana jokapäiväisessä hoitotyössä. Jokaisen asiantuntija kierroksen jälkeen lista palasi minulle kommentteineen ja hankeryhmässä tarkastelimme kommentteja. Kierroksilta tulleiden kommenttien perusteella emme hankeryhmässä juuri tehneet muutoksia, vaan muokkasimme muutamia sanoja selkeämpään muotoon. Hyödynsin muotoilussa naapuritalon johtajan ja kahden hoitotyön esimiehen näkökulmaa, jotta elämänlaadun mittari olisi mahdollisimman selkeä kaikille.

Lopputuotos. Tarkoitus oli, että asiantuntijoiden kommenttikierrokset olisi käyty huhtikuun loppuun mennessä. Aikataulutukseni myötä pysyin hankkeen aikataulussa eikä viivytyksiä tullut. Esittelin elämänlaadun laatumittarin 19.4.2013 hankeryhmälle, jossa mukana oli myös yrityksen laatu- ja kehittämisjohtaja. Lopullinen laatumittari hyväksyttiin virallisesti 15.5.2013 kokouksessa. Tarkoitus on ottaa elämänlaadun laatumittari käyttöön jokaiseen hoivakotiin tämän vuoden syksyllä 2013, kolmannella kvartaalilla (heinäkuu - syyskuu). Laatumittari otetaan käyttöön kiinteänä osana auditointia jokaisessa hoivakodissa ympäri maata. Käyn syksyllä esittelemässä elämänlaadun laatumittaria jokaisessa johtajapalaverissa, jotta jalkautuminen onnistuisi mahdollisim-

man hyvin. Elämänlaadun laatumittarista tulee yhtenäinen tapa toimia jokaisessa yrityksen hoivakodissa, jotta hyvän elämänlaadun kriteerit täyttyvät ympäri Suomea.

6 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tämän opinnäytetyön menetelmäksi valitsin kirjallisuuskatsauksen, koska sen avulla on mahdollista hahmottaa jo olemassa olevan tutkitun tiedon kokonaisuutta. Kokoaamalla tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia yhteen saadaan tietoa, kuinka paljon tutkimustietoa aiheesta on jo olemassa ja millaisia tutkimuksia ne ovat menetelmällisesti ja sisällöllisesti. Kirjallisuuskatsaus on saanut entistä enemmän huomiota näyttöön perustuvan toiminnan myötä. Se nähdään yhtenä mahdollisuutena löytää korkealaatuisesti tutkittuja tutkimustuloksia. Kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita, tämä edellyttää teoreettisten perusteiden tuntemusta ja niiden kriittistä arviointia. (Johansson 2007, 3 - 6; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44.)

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa identifioidaan ja kerätään jo olemassa olevaa tietoa. Kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi, joka rakentuu eri vaiheisiin järjestelmällisesti. Vaiheet voidaan jaotella kolmeen päävaiheeseen 1) tutkimussuunnitelmaan, tutkimuskysymysten määrittämiseen, 2) tiedon hakuun analysointineen sekä 3) raportointivaiheeseen. Kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aiempaa tietoa ja sen avulla voidaan välttää systemaattista harhaa ja osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedoissa. Kirjallisuuskatsaus saattaa lisätä alkuperäistutkimuksen tarvetta. (Johansson 2007, 5 - 6; Kääriäinen & Laitinen 2006, 37 - 39.) Alla olevat kappaleet kuvaavat kehittämistutkimuksen kirjallisuuskatsauksen kulkua alusta loppuun.

6.1 Kirjallisuuskatsauksen suunnitelma

Suunnitelmavaiheessa tarkastellaan aiempia tutkimuksia aiheesta ja määritellään kirjallisuuskatsauksen tarve sekä tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimuskysymyksissä määritellään ja rajataan se, mihin kysymyksiin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Nämä kysymykset määrittävät kirjallisuuskatsauksen tavoitteet. (Johansson 2007, 6 - 7; Kääriäinen & Laitinen 2006, 39 - 40; Tuomi & Sarajärvi 2013, 92.) Tutkimussuunnitelmasta ilmenee tutkimuskysymykset, jotka tulisi olla mahdollisimman

selkeät ja niitä tulisi olla yhdestä kolmeen. Tässä työssä niitä on kaksi. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksissä etsin vastausta seuraaviin kysymyksiin: 1) mitkä tekijät edistävät elämänlaatua hoivakodissa asukkaan kokemana? sekä 2) mistä tekijöistä koostuu laadukas ikäihmisen arki? Tutkimusaineisto koostui ikäihmisen kokemuksellisuudesta elämänlaadun edistäjänä ja niiden ulottuvuuksien avaamisesta, mitä ne sisältävät kullakin alueella. Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen valitsin menetelmät katsauksen tekoon. (Ks. Johansson 2007, 5 - 7; Kääriäinen & Laitinen 2006, 39.)

Lisäksi oli suunniteltava hakustrategiat ja selvittävä jo aiheesta mahdollisesti aiemmin tehdyt kirjallisuuskatsaukset. Kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita ja siihen kuuluu oleellisesti läpinäkyvyys ja täsmällinen raportointi. Erittain tärkeää oli kirjata tarkasti kaikki vaiheet, jotta katsaus onnistuu ja tulokset ovat luotettavia. (Johansson 2007, 5 - 7; Kääriäinen & Laitinen 2006, 39.)

6.2 Keskeisten hakusanojen valinta

Kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aiempaa tietoa. Sen avulla voidaan välttää systemaattista harhaa ja osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedoissa. Kirjallisuuskatsaus saattaa lisätä alkuperäistutkimuksen tarvetta. Molempien tutkimuskysymysten hakusanoissa tuli näkyä kohderyhmä. Teoriasta nousivat *hoivan saajasta nimitys asukas, asiakas, ikääntynyt, ikäihminen tai vanhus*. Nämä sanat sisältyivät molempiin hakuihin, jotta hakutuloksia pystyttiin rajaamaan. (Ks. Johansson 2007, 5 - 6; Kääriäinen & Laitinen 2006, 37 - 39.)

Teoriaan perehtymisen jälkeen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen nousivat päähakusanoiksi *kokemuksellisuus, asukaslähtöisyys ja elämänlaatu*. Teoriasta laatua mitattaessa esiin nousivat sanat *laatu, mittari, vanhustyö ja hoitotyö* erilaisissa muodoissa. Valitsin laajalti eri muodossa olevia sanoja hakusanoiksi, jotta löytäisin mahdollisimman paljon tutkittua tietoa ja tutkimuksia aiheestani. Seuraavassa kappaleessa avaankumpaankin tutkimuskysymykseen käytettyjä tiedonhakukantoja ja haun toteutusta.

6.3 Tutkimusten haku

Aluksi lähdin hakemaan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa yllä määrittelimilläni hakusanoilla. Alkuperäistutkimusten haun tein systemaattisesti ja mahdollisimman kattavasti. Jotta haku olisi kattava, hain tietoa sekä systemaattisesti eri tieto-

kannoista että manuaalisesti. Kumpaankin tutkimuskysymykseen tein mahdollisimman monipuoliset haut käyttäen eri muodossa hakusanoja ja -termejä. Hakuprosessi on kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, sillä siinä tehdyt virheet antavat epäluotettavan kuvan olemassa olevasta näytöstä. (Kääriäinen & Lahtinen, 40; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48 - 49.) Tähän kehittämistutkimukseen valitsin tiedonhakukannoiksi Melinda, Medic ja Arto. Ensimmäisen haun tein 26.12.2012. Tiukasta aikataulusta johtuen valitsin pääosin suomenkieliset tietokannat, toki englannin kieliä tutkimuksiakin tuli mukaan. Tein ”tunnusteluhaun” myös Pubmediin ja Ebscoon, mutta englanninkielisiä aiheeseeni liittyviä tutkimuksia ei juuri löytynyt ja niiden näkökulmana oli pääosin jokin sairaus. Syitä englanninkielisen materiaalin puuttumattomuuteen hoivakodin asukkaan kokemuksellisuuden näkökulmasta pohdin lisää luotettavuusosuudessa, kohdassa 9.1. Luotettavuutta lisätäkseni tein toisen haun, uusinnan 25.2.2013. Alla ovat käyttämäni hakukannat esiteltynä.

Melinda on suomalaisten kirjastojen yhteistietokanta. Se sisältää Suomen kansallisbibliografian sekä viitetiedot yliopistokirjastojen, yhteiskirjastojen, eduskunnan kirjaston, varastokirjaston ja tilastokirjaston tietokantoihin sisältyvistä aineistoista. Tietokannasta löytyi sekä suomenkieliä että englanninkielisiä tutkimuksia. Otin kaikki sisäänottokriteerit täyttäneet tutkimukset tarkasteltaviksi, myös englanninkieliset.

Medic on kotimainen terveystieteellinen tietokanta, joka on perustettu vuonna 1978. Se on kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta, Medic-viitetietokantaa tuottaa Meilahden kampuskirjasto Terkko. Medic sisältää viitteitä suomalaisesta lääke-, hammas- ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. (Tähtinen 2007, 30.)

Arto on kotimaisten artikkeleiden viitetietokanta. Aineistoa on kattavimmin 1990-luvun alusta, mutta myös vanhempaa artikkeliaineistoa koskevia viitteitä on runsaasti. Artossa rekisteröidään artikkelit kattavasti yli 1000 jatkuvasti ilmestyvästä aikakauslehdessä. Tiedot pyritään tallentamaan mahdollisimman pian lehden numeron ilmestymisestä. Lisäksi Artoon tallennetaan eri aihealueisiin liittyviä artikkeliviitteitä lukemattomista muista lehdistä ja kokoomateoksista. (Tähtinen 2007, 30.) Tein molempiin kysymykseen tiedonhakuja. Hakusanojen edessä olevat numerot kertovat kumpaan tutkimuskysymykseen haku on tehty. Hakusanat oli katkaistu, jotta saisin mahdollisimman laajat haut kaikissa sanojen eri muodoissa. Viisi ensimmäistä tiedonhakua on teh-

ty ensimmäiseen kysymykseen ja neljä seuraavaa toiseen tutkimuskysymykseen. Taulukossa 1 on esitelty tiedonhaun kulkua.

Taulukko 1. Tiedonhaku tutkimuskysymyksiin

	HAKU pvm. 26.12.12, 25.2.13	MELIN- DA	ARTO	MEDIC
Kysy- mys	Hakusanat	Löytynei- tä, sanat lyh.?	Löytynei- tä, sanat lyh.?	Löytynei- tä, sanat lyh. *
1.	kokem?* laatu?* vanh?*	26	0	4
1.	kokem?* hoito?* asuk?*	3	0	0
1.	hoivako?* elämänlaa?*	2	0	2
1.	kokem?* ark?* vanh?*	33	0	2
1.	elämänlaa?* ark?* vanh?*	5	7 samoja 4 kpl	19
2.	hoito? laatu? vanh?	69	1	22
2.	laatu? mitta? vanh?	3	1	2
2.	asukaslähtöi?* hoito?* vanh?*	0	0	0
2.	asiakaslähtöis?* vanhustyö?*	10	0	0
	Löytyneitä yhteensä	151	6	51
	Jatkoon hyväksytyjä tiivistelmän perusteella yhteensä + manuaalihakuja 4 kpl	24	3	5
	Analysointiin otettuja	13	1	1

Osan tutkimuksista hylkäsin heti poissulkukriteerien perusteella. Osan otin tarkasteltavaksi vaikka otsikko ei vielä avannut näkökulmaa tai muuta sisäänotto- tai poissulkukriteeriä. Aikarajaksi laitoin vuoden 2004, joka oli yksi sisäänottokriteeri, jotta materiaali ei olisi yli kymmenen vuotta vanhaa. Perusteluna tähän oli se, että ikääntyneiden hoito on kymmenessä vuodessa muuttunut radikaalisti laitoshoidosta palveluasumiseen. Tiedonhakuprosessi on järjestelmällinen ja tarkasti määritelty ja sen tulee olla myös toistettavissa. (Johansson ym. 2007, 10.) Sisäänotto - ja poissulkukriteerien sekä otsikon perusteella hyväksyin yhteensä 36 tutkimusta, joista osa oli samoja.

Kolmen hakukannan kautta löysin 32 tutkimusta ja manuaalihaun kautta 4 tutkimusta. Tiivistelmän perusteella hyväksyin yhteensä 18 tutkimusta varsinaiseen sisällönanalyysiin. Koko tekstin sisällön perusteella hylkäsin 5, koska näkökulma ei ollut asukkaan. Varsinainen sisällönanalyysin tein 13 tutkimuksesta (ks. liite 1). Tutkimukset ajoittuvat ajalle 2007 - 2012. Seuraavassa kappaleessa selvitän tässä opinnäytetyössä käyttämäni sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

6.4 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit voivat kohdistua tutkimuksen kohdejoukkoon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan (Johansson 2007, 6). Sisäänottokriteereissä voidaan rajata alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja -kohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatutekijöitä. Tämän kirjallisuuskatsauksen hyväksytyt alkuperäistutkimukset on valittu katsaukseen sen perusteella, kuinka hyvin ne vastaavat sisäänottokriteerejä. (Kääriäinen & Laitinen 2006, 41.)

Tämän opinnäytetyön sisäänottokriteereiksi määritettiin seuraavat kriteerit:

- 1) Ainakin yhden hakusanan tuli löytyä otsikosta.
- 2) Tutkimuksissa tuli löytyä asukkaan/asiakkaan/potilaan/vanhuksen/ikäihmisen kokemuksellinen näkökulma.
- 3) Kohderyhmän rajaus oli tässä kehittämistutkimuksessa ikäihminen. Ikäihmisistä oli käytetty nimikkeitä ikäihmiset/ikäntyneet/vanhukset/asukkaat/asiakkaat, eri muodoissa.
- 4) Aikarajasta ei määritelty haussa suoraan, jotta saataisiin mahdollisimman laaja otanta. Aikaväli, jolla tutkimuksia otettiin käsittelyyn, oli 2004 - 2013.
- 5) Koko tutkimus tai artikkeli oli saatavilla suoraan netistä tai tilattavissa kirjaston kautta.
- 6) Tutkimuksen sisällön tuli olla oleellinen opinnäytetyön aiheen kannalta.

- 7) Artikkelin tuli olla tieteellinen artikkeli, tieteellinen alkuperäistutkimus, pro gradu tai väitöskirja.
- 8) Samaa tutkimusta käytettiin vain kerran.

Hyväksytyjen tutkimuksien valinta tapahtui vaiheittain ja perustui sisäänottokriteereihin. Ensin tarkastelin tutkimuksen otsikkoa ja pohdin, vastaako se sisäänottokriteerejä. Vastaavuus ei välttämättä selvinnyt heti otsikosta, jonka jälkeen luin tutkimuksen tiivistelmän. Parin tutkimuksen kohdalla kävin sisällysluettelon läpi ja tutkimustulokset, jonka jälkeen tein valinnan. (Kääriäinen & Laitinen 2006, 41.) Tutkimuksia hoidon laadusta löytyi paljonkin, mutta näkökulma oli usein hoitohenkilökunnan, omaisten tai organisaation.

Tämän opinnäytetyön poissulkukriteereiksi määritin seuraavat kriteerit:

- 1) Ei-tieteelliset aineistot ja artikkelit.
- 2) Aineistosta oli saatavilla vain osa, esimerkiksi tiivistelmä.
- 3) Henkilökunnan/organisaation näkökulma.
- 4) Omaisten näkökulma.
- 5) AMK-tasoiset opinnäytetyöt.

Tutkimukseen valituista alkuperäistutkimuksista on karsittu ne tutkimukset, joissa oli mm. hoitohenkilökunnan- tai omaisten näkökulma. Karsimisen syynä oli se, että tutkimukseen toivottiin asukkaan näkökulmaa ja kokemuksellisuutta.

6.5 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta, joten tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2010, 231 - 233). Tässä kehittämistutkimuksessa on käytetty Metsämuurosen (2001, 23) taulukkoa laadun arvioinnin apuna, jossa on esitetty tutkimustyyppjä niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä. (ks. taulukko 2). Pai-

noarvoa saavat eniten ne, joissa on käytetty suuria satunnaistettuja ja kontrolloituja kokeita tutkimuksissa. Tässä opinnäytetyössä painoarvoa saa mm. Räsänen väitöskirja vuodelta 2011.

Taulukko 2. Tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä (Metsämuuronen 2001, 23).

1. Suuret satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
2. Pienet satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
3. Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa kontrolliryhmä
4. Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa historiallinen kontrolliryhmä
5. Kohorttitutkimus
6. Tapaus-kontrollitutkimus
7. Poikittaistutkimus
8. Rekisteritutkimus
9. Sarja tapauksia
10. Yksittäinen tapaustutkimus

Tutkimusmenetelmien luottavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti vastaa kysymykseen, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on luovattu ja reliabiliteetti vastaa kysymykseen, onko tutkimus toistettavissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135 - 136). Luotettavuuden parantamiseksi tutkijan on avattava jokainen kohta, tästä on puhuttu tutkimusprosessin julkisuusperiaatteesta. Tällä tarkoitetaan, että tutkija raportoi kaiken mahdollisimman yksityiskohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.) Seuraavassa kappaleessa käsitellen varsinaista sisällönanalyysin toteutusta tässä opinnäytetyössä.

6.6 Sisällönanalyysin toteutus

Etenin toisessa vaiheessa tutkimussuunnitelman mukaisesti hankkimalla ja valikoimalla mukaan otettavat tutkimukset ja analysoimalla ne sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaan. Laadullisen aineiston analyysistä puhutaan nimellä sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on metodi, jolla dokumentteja analysoidaan systemaattisesti ja objektiivisesti etsien tekstistä merkityksiä. Sisällönanalyysissä aineistoa voidaan tarkastella eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tutkittavat tekstit voivat olla melkein mitä vain: tutkimuksia, kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluja, puheita, raportteja ja keskusteluja. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Kyngäs & Vanhanen 2009, 3 - 4; Tuomi & Sarajärvi 2013, 91 - 93.)

Sisällönanalyysia käytetään erityisesti apuna kirjallisuuskatsauksessa, kun kyseistä asiaa on jo aiemmin tutkittu ja suunniteltu tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Tällöin puhutaan toisen asteen tutkimuksesta eli tutkimustiedon tutkimisesta. Kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta sen toteuttamisessa voidaan käyttää tukena ja apuna aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia tai aikaisemmasta käsitejärjestelmästä lähtevää eli deduktiivista sisällönanalyysia. Tässä kehittämistyössä sisällönanalyysi perustui aineiston käsittelyn loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aluksi aineisto ja tutkimustulokset hajotettiin osiin, käsitteellistettiin ja koottiin uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Kokosin tietoa useista eri lähteistä, tutkimuksista ja dokumenteista. Tässä kehittämishankkeessa on lähdetty liikkeelle teorialähtöisesti eli deduktiivisesti mukaillen Lawtonin (1999), WHO-QOL-in (1996), Pieperin & Vaaraman (2008) elämänlaadun ulottuvuuksia. (Kyngäs & Vanhanen 2009, 5 - 7; Tuomi & Sarajärvi 2013, 103 - 113.)

Aineiston sisällöllistä analyysia helpotin käsitekartan (concept map) avulla. Käsitekartan etuna on visuaalisuus, koska sen avulla voidaan hahmottaa suuri kokonaisuus ja sen kaikki osat yhtä aikaa (ks. liite 2). Samalla puhutaan myös käsiteanalyysistä, se tarkoittaa käsitestruktuurin avaamista. Lähtökohtana käsiteanalyysissä voi olla mikä tahansa käsite, ja se nostaa esiin oleelliset seikat. Käsitekartassa kuvataan kehittämistoiminnan kannalta oleelliset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Pääkäsitteen va-

linnasta on käsitekartan ensimmäinen valinta, tässä työssä se on elämänlaatu. Tämän jälkeen edetään tarkempiin alakäsitteiden määrittelyyn, tässä työssä ne ovat elämänlaadun ulottuvuudet. Tutkimustuloksista analyysissa muodostetaan malli, käsitekartta, käsitejärjestelmä tai kategoria, jonka kautta tulokset esitetään. Lisäksi tuloksissa kuvataan ja avataan, mitä juuri tässä työssä kategoriat tarkoittavat. (Kyngäs & Vanhanen 2009, 10; Toikko & Rantanen 2009, 130 - 134.)

Omassa työssäni tein käsitekartan, jota aloin avaamaan, kuten yllä Toikko & Rantanen (2009, 130 -134) on avannut. Teorialähtöinen (deduktiivinen) sisällönanalyysi perustuu aikaisempaan viitekehykseen, tällöin analyysia ohjaa käsitekartta. Ensimmäinen vaihe työssä on analyysirungon muodostaminen. Pääkäsitteeksi tässä kehittämistutkimuksessa muodostuu elämänlaadun ulottuvuudet. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 113 - 114.)

Tuomen ja Sarajärven (2013, 105 - 106) mukaan sisällönanalyysista puhutaan, kun tarkoitetaan sanallista tekstin sisällön kuvailua. Tutkimusaineiston laadullisessa sisällönanalyysissa aineisto ensin pirstotaan pieniin osiin, käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. Ensinnäkin tutkimustulokset jokaisesta valitusta tutkimuksesta sanatarkasti, jottei tuloksen sisältö muutu. Tämän jälkeen kirjoitin kaikki tulokset allekkain, jonka jälkeen lähdin ryhmittelemään vastauksia eri yläluokkien eli elämänlaadun ulottuvuuksien alle. Yläluokkina tässä työssä on fyysinen -, psyykinen -, sosiaalinen -, ympäristö - ja koettu elämänlaatu. (Kyngäs & Vanhanen 2009, 5 - 7; Tuomi & Sarajärvi 2009, 105 - 119.)

Annoin jokaiselle elämänlaadun ulottuvuudelle oman värin, fyysinen oli = sininen, psyykinen = oranssi, sosiaalinen = keltainen, ympäristö = vihreä, sekä kokemuksellisuuden painotuksen näkymisen alleviivasin kuulakärkikynällä. Laitoin tulokset Excel-taulukkoon, kunkin yläkäsitteen elämänlaadun ulottuvuuden omaan laatikkoonsa (ks. liite 2). Sen jälkeen jatkoin sisällönanalyysiä eli tein koonnin, jonka jälkeen niistä syntyivät alaluokat eli tämän kehittämistutkimuksen tulokset. (Ks. Kyngäs & Vanhanen 2009, 5 - 7; Tuomi & Sarajärvi 2009, 105 - 119.)

Seuraavalla sivulla (kuva 5) on kuva havainnollistamaan sosiaalisen ulottuvuuden tutkimustulosten avaamista ja muodostumista tässä kehittämistutkimuksessa. Tämän prosessin toistin jokaisesta ulottuvuudesta. Näin muodostuivat elämänlaatu lisäävät teki-

jät (ks. liite 2). Seuraavassa luvussa esittelen tulokset ja niiden pohjalta rakennetun laatumittarin aihealueet.

	→	→	
Avatut tulokset	Koonti	Alaluokat	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> * mielekkäät ihmissuhteet, niin omien läheisten kanssa kuin muiden asiakkaiden ja hoitajien kanssa * erityisesti hoitajien läsnäolo ja vuorovaikutustaidot sekä hoitajien antaman ajan riittävyys vaikuttavat elämänlaatuun * yllättäen tyytyväisyys hoitajiin ja heiltä saatuun aikaan ei ollut sidoksissa henkilöstön määrään! * omaisten mukanaolo arjessa * sosiaalinen kanssakäyminen * toisen huomioiminen yksilönä * läsnäolo tässä hetkessä * avautuminen toinen toiselle * jaetun tilan muodostaminen, tunnetilojen vahva virtaavuus * vastavuoroiset kiittollisuuden osoitukset * läheisyyden ja yhteenkuuluvuuden rohkaiseminen, yhteinen nauru, huumori * vieraanvaraisuus omaisia kohtaan * muut ihmiset sekä hyvä mieli. * yhteys ihmisiin osana merkityksellistä toimintaa, * voimaa arkeen saivat sosiaalisesta verkosta * yksinäisyys * vuorovaikutuksen ja * kohtaamisen laatu * asiakaskeskeisyys * omaisyhteistyö * yhteisöllisyys * identiteetin tukeminen erityisesti vuorovaikutuksen keinoin * yhteisyys merkityksessä olla hyväksytyt omana itsenään ja tuntea kuuluvansa joukkoon * omaisten osallistumista hoitoon tulisi mahdollistaa 	<p>Omaiset ja läheiset mukana arjessa yhteistyö omaisten kanssa</p> <p>Yhteisöllisyys muiden asukkaiden kanssa</p> <p>Vuorovaikutus *huumori *hoitajien läsnäolon tärkeys</p> <p>Yksilöllisyyden merkitys, huomiointi</p> <p>Vuorovaikutuksen tärkeys, kohtaamisen laatu</p>	<p>Omaisyhteistyö</p> <p>Yhteisöllisyyden huomioiminen</p> <p>Yksilöllinen huomioiminen = Asukaskeskeisyys</p> <p>Identiteetin tukeminen vuorovaikutuksen keinoin</p> <p>Hoitajan läsnäolon merkityksellisyys</p>	<p>Sosiaalinen ulottuvuus</p>

Kuva 5. Sosiaalisen elämänlaadun tekijöiden muodostumisen käsittekartta.

7 TULOKSET

7.1 Hyvään elämänlaatuun vaikuttavat kokemukselliset tekijät

Kirjallisuuskatsauksesta nousseiden tulosten perusteella voi yleisesti todeta, että kaikki elämänlaadun tekijät kietoutuvat kiinteästi toisiinsa asukkaan kokemuksellisuuden näkökulmasta. Elämänlaadun ulottuvuuksia tutkiessa korostui ikääntyneiden kokemuksen tärkeys etenkin oman elämähallinnan tunteen säilymisestä jokaisella ulottuvuudella. Ulottuvuuksista erityisesti nousivat sosiaalinen- ja psyykinen ulottuvuus

laajemmiksi kokonaisuuksiksi kuin fyysinen- ja ympäristön ulottuvuus kokemuksellisuuden näkökulmasta. Vuorovaikutuksella on erittäin tärkeä merkitys elämänlaadun kokemukseen. Kirjallisuuskatsauksessa nousi neljästä elämänlaadun ulottuvuudesta yhteensä 18 kohtaa, jotka lisäsivät ikääntyneiden kokemuksellista elämänlaatua. Turvallisuuden ulottuvuuden 4 tulosta kokosin yhdeksi kokonaisuudeksi. Nämä kohdat kietoutuvat toisiinsa, joten lopulliseen listaan jäi kymmenen pääkohtaa, jotka lisäävät asukkaan elämänlaatua hoivakodin arjessa. Tutkimustuloksista nousi kaiken lähtökohdaksi *yksilöllinen ja asukkaan tarpeista lähtevä hoiva*. (Lehtosalo 2011, 27; Tuominen 2012, 49; Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 100.) Jotta voidaan lähteä asukkaan tarpeista, tulee *asukas kohdata yksilöllisesti ja kunnioitavasti*. (Räsänen 2011, 171; Topo ym. 2007, 90 - 91).

Ikääntyneen elämänlaatua lisäsi *asukkaiden elämänhistorian ja -tyylin huomioiminen*. (Karhinen 2009, 26; Räsänen 2011, 171; Topo ym. 2007, 92). Tätä kautta asukkaalle tuli tunne ja kokemus, että hänellä on *mahdollisuus vaikuttaa omaan arkeensa*. Asukkaalla tulee tulla kokemus, että hän elää *mielekäästä arkea ja hänellä on mielekäästä toimintaa hoivakodissakin*. (Lehtosalo 2011, 35; Karhinen 2009, 21 - 22; Porre-Mutkala 2012, 35; Räsänen 2011, 171; Sormunen, Topo, Heimonen, Forsström & Eloniemi-Sulkava 2009, 43; Topo ym. 2007, 73; Tuominen 2012, 50; Ylä-Outinen 2012, 169 - 171.) Mitä enemmän asukas voi vaikuttaa omaan elämäänsä, sitä enemmän se tukee hänen *elämönhallinnan tunteen säilyttämistä sekä arvokkuuden että minuuden ylläpitämistä*. (Lamminniemi & Nurminen 2008, 45; Lehtosalo 2011, 27; Sormunen ym. 2009, 22; Topo ym. 2007, 91; Tuominen 2012, 50.)

Hyvään kokemukselliseen elämänlaatuun vaikutti se, että omaiset ja läheiset olivat ikäihmisten arjessa mukana hoivakodissa. Yhdeksi elämänlaatua lisääväksi tekijäksi nousikin *omaisyhteistyön merkityksellisyys*. Tutkimuksissa omaisten toivottiin osallistuvan entistä enemmän ikääntyneiden hoivakodin asukkaiden arkeen. Ikäihmiset kokivat myös *yhteisöllisyyden* tärkeäksi voimaksi, mutta tärkeää oli päästä myös oman huoneen rauhaan, jos siltä tuntui. (Karhinen 2009, 23; Lamminniemi & Nurminen 2008, 45; Lehtosalo 2011, 35; Malin 2010, 61; Porre-Mutkala 2012, 35; Sormunen ym. 2009, 22; Topo ym. 2007, 94; Tuominen 2012, 50; Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, 159; Ylä-Outinen 2012, 169 - 171.)

Ikääntyneet kokivat tärkeäksi *hoitajan läsnäolon, omahoitajuuden ja vuorovaikutuksen merkityksellisyyden*, jota vahvisti muun muassa yhteinen huumori. Hyvä vuorovaikutus tuki myös ikääntyneiden identiteettiä ja lisäsi turvallisuuden tunnetta. (Martela 2012, 269 - 271; Porre-Mutkala 2012, 36; Räsänen 2011, 172; Sormunen ym. 2009, 43; Topo ym. 2007, 70 - 71; Ylä-Outinen 2012, 169 - 171.) Hyvässä hoivaympäristössä olivat sopivat yhteiset tilat ja mahdollisuus säädellä omaa yksityisyyttään. Ikääntyneiden ympäristön kokemukseen vaikutti myös elämänlaatua lisääväksi tekijäksi *hoivakodin kodinomaisuus, viihtyvyys ja tarpeet huomioiva ympäristö sekä turvallisuus ja turvallisuuden tunteen tärkeys asukkaalle*. Turvallisuuden tunnetta lisäsi tieto siitä, että apua oli saatavilla lähellä. (Karhinen 2009, 28 - 30; Lamminniemi & Nurminen 2008, 45; Malin 2010, 58; Topo ym. 2007, 91; Vaarama ym. 2010, 159; Ylä-Outinen 2012, 169 - 171.)

Alla olevassa kuvassa 6 on havainnollistava yhteenveto kirjallisuuskatsauksesta nousseista tutkimustuloksista. Seuraavissa kappaleissa avaan jokaisen elämänlaadun ulottuvuuden erikseen ja elämänlaatua edistävät tekijät eri ulottuvuuksien näkökulmasta.



Kuva 6. Yhteenveto asukkaan kokemuksellista elämänlaatua edistävästä tekijöistä hoivakodissa

7.2 Fyysiset elämänlaadun tekijät

Kirjallisuuskatsauksesta nousivat fyysistä elämänlaatua lisääviksi tekijöiksi, että asukas sai yksilöllistä hoitoa sekä heidän jäljellä olevia voimavaroja tuettiin että ikääntyneillä oli mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä ja arkeensa konkreettisesti. (Räsänen 2011, 171; Sormunen ym. 2009, 43; Topo ym. 2007, 73; Tuominen 2012, 50.) Tuominen (2012, 49) kirjaa gradussaan oman tahdon toteutumisen ilmenemistä vanhainkodissa konkreettisesti tyytyväisyytenä nukkumaanmeno-aikaan, pukeutumisessa, peseytymisessä, ravitsemusasioihin vaikuttamisessa sekä vapaassa liikkumisessa. Asukkaalle oli tärkeää saada määritellä oma nukkumaanmeno- ja heräämisaikaansa sekä vaikuttaa omaan pukeutumiseensa, mitä laittaa päällensä. Peseytymisasiossa asukkaiden tyytyväisyyttä lisäsi mahdollisuus vaikuttaa omiin peseytymisaikoihin ja -järjestelyihin. Ikääntyneet kokivat tärkeänä myös, että he voivat vaikuttaa omiin ravitsemusasioihinsa omien tottumusten ja tarpeidensa pohjalta, esimerkiksi ruoka-aikoihin ja annoskokoon. (Lehtosalo 2011, 27; Tuominen 2012, 49 - 50.)

Räsänen (2011, 178) tutkimustulosten mukaan ikääntyneet ihmiset hyväksyivät monenlaiset sairaudet ja toiminnanvajeet. Hänen mukaan hoivatyössä on perus- ja sairaanhoidollisia elementtejä, joilla varmistetaan pitkäaikaissairauksien sekä myös useiden akuuttisairaustilojen hyvä hoitaminen että aikanaan myös hyvään kuolemaan saattaminen. Räsänen tutkimustulosten mukaan ikääntynyt ihminen hyväksyy monenlaiset sairaudet ja toiminnanvajeet. Ylä-Outinen (2012, 169 - 171) esitti väitöskirjassaan, että yksi hyvinvointia elämään tuottavat asia oli hyväksi koettu terveys ja toimintakyky. Samansuuntaisia tuloksia sai myös Topon ym. (2007, 98) mukaan asukkaille tulee antaa mahdollisuus tehdä itse mahdollisimman paljon omien kykyjensä puitteissa, ohjata ja kannustaa omien voimavarojen käyttöön. Tulokset osoittivat asukkaiden voivan keskimäärin kohtuullisen hyvin. Ikäihmisen hyvinvointi oli sitä matalampi, mitä vaikeammasta muistiongelmasta oli kyse. Erityisesti vaikeasti dementoituneiden ikäihmisen arki koostui pääasiassa istuskelusta, poikkeuksena olivat toimenpiteet, joilla henkilökunta vastasi heidän fyysisiin tarpeisiinsa.

7.3 Psykkiset elämänlaadun tekijät

Kirjallisuuskatsauksesta nousivat ikääntyneiden psyykkistä elämänlaatuna edistävinä tekijöinä heidän elämänhistorian ja -tyylin huomioiminen ja sitä kautta asukkaalla oli mahdollisuus vaikuttaa omaan arkeensa ja päivänsä kulkuun. Tämä vaatii asukkaan

hyvän tilannekartoituksen sekä asukkaan tarpeista laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman että laajan elämänkulun kartoittamisen. Tärkeänä ikäihmiset pitivät myös sitä, että he saivat tehdä itselleen merkityksellisiä asioita eli he saivat tehdä itse valintoja omassa arjessaan. (Lehtosalo 2011, 27; Porre-Mutkala 2012, 44; Räsänen 2011, 171; Sormunen ym. 2009, 43; Topo ym. 2007, 73, 92; Tuominen 2012, 50.) Hyvää elämänlaatua lisäsi myös se, että ikääntyviä kohdeltiin kunnioittavasti ja yksilöllisesti. (Räsänen 2011, 171; Topo ym. 2007, 90 - 91). Ikäihmisten toiveet ja odotukset liittyivät enimmäkseen nykyhetken. Tärkeä koettiin, että ikääntyneet ja heidän toiveet huomioitiin yksilöllisesti. Mielekäs toiminta ja arki koettiin tärkeäksi elämänlaatua edistäväksi tekijäksi. Ennen kaikkea ikäihmiset kokivat tärkeäksi, että he saivat säilyttää minuiden, itsemääräämisoikeuden, elämänhallinnan- ja arvokkuuden tunteen elämänsä loppuun saakka. (Lehtosalo 2011, 26 - 27; Lamminniemi & Nurminen 2008, 45; Sormunen ym. 2009, 22; Topo ym. 2007, 91; Tuominen 2012, 50.)

Räsänen (2011, 178) tutkimustulosten mukaan tärkeintä oli, että hoitajat kunnioittivat ikäihmisten oikeutta heidän omine tarpeineen ja tavoitteineen. Tärkeää oli myös, että ikääntyneitä kohdeltiin arvokkaana ja ainutkertaisena yksilönä, käsiteltiin kunnioittavasti, annettiin aikaa ja mahdollisuuksia saada tehdä itse sekä kokea olevansa kykenevä, tarpeellinen ja arvostettu ihminen. Räsänen mukaan helposti unohtuu, että henkilökunta työskentelee vanhuksen kodissa. Hoivakodissa on hyvä muistaa, että huonokuntoinen sekä usein muistisairas vanhus on arvokas yksilö ja toimija, jolla on samantaiset oikeudet hyvään hoivaan kuin ei-muistisairaallakin. Räsänen (2011, 171) osoitti väitöskirjassaan myös, että hyvän elämänlaadun takaavat sujuva arki sekä ikääntyneiden tarpeista lähtevä hoivatyö. Eloranta kiteyttää väitöskirjassaan (2009, 35), että iäkkäiden asiakkaiden voimavarat muodostuivat elämänhallinnan tunteesta ja toimintahdon säilymisestä. Ylä-Outinen väitöskirjassa (2012, 169 - 171) osoitti ikäihmisten kertomukset jokapäiväisestä elämästään, että suuri osa palvelutaloon muuttaneista koki muuton palvelujen piiriin turvallisuudentunnetta lisääväksi ja elämäntaloon kuuluvaksi asiaksi.

7.4 Sosiaaliset elämänlaadun tekijät

Hyvään elämänlaatuun asukkailla vaikutti se, että omaiset ja läheiset olivat ikäihmisten arjessa mukana hoivakodissa eli hyvä omaisyhteistyön merkitys nousi tutkimuksissa tärkeäksi asiaksi. Myös yhteisöllisyyden merkitys nousi esille. Se että sopivassa

suhteessa oli mahdollisuus seurustella muiden asukkaiden kanssa, mutta oli myös yksityisyyttä eli mahdollisuus vetäytyä omiin oloihin omaan huoneeseen. (Karhinen 2009, 23; Porre-Mutkala 2012, 39 - 40; Lamminniemi & Nurminen 2008, 45; Malin 2010, 61; Sormunen ym. 2009, 22; Topo ym. 2007, 94; Tuominen 2012, 50; Vaarama ym. 2010, 159) Asukkaan huomioiminen yksilöllisesti nousi esille elämänlaatua lisäävänä tekijänä. Omahoitajuuden merkitys korostui. Omahoitaja on yhteyshenkilö ja yhteistyökumppani asukkaan ja organisaation arvojen, tavoitteiden ja palvelujen välillä. Vuorovaikutuksessa asukkaat kokivat tärkeäksi kohtaamisen laadun, sekä hoitajien läsnäolon tärkeyden, jota vahvisti muun muassa yhteinen huumori. Asukkaalla tulee olla tunne, että hän on hyväksytty omana itsenään ja saa tuntea kuuluvansa joukkoon. Hyvä vuorovaikutus tuki myös ikääntyneen identiteettiä. (Porre-Mutkala 2012, 35 - 36; Räsänen 2011, 171 - 172; Sormunen ym. 2009, 43; Topo ym. 2007, 70 - 71.)

Räsänen (2011, 178) osoitti väitöskirjassaan myös, että koettuun hyvän arjen elämänlaatuun vaikuttavat erityisesti mielekkäät ihmissuhteet, niin omien läheisten kanssa, kuin myös muiden asiakkaiden ja hoitajien kanssa. Räsänen (2011, 172) tutkimuksessa hoitajien toiminnasta nousivat esille erityisesti vuorovaikutustaitojen merkitys. Asukkaiden elämänlaatua lisäsivät hoitajien läsnäolo, ystävällisyys, kohteliaisuus, kunnioitettava kohtaaminen sekä hoitajien antaman ajan riittävyys. Hieman yllättäen tyytyväisyys hoitajiin ja heiltä saatuun aikaan ei ollut sidoksissa henkilöstön määrään. Hyvää elämänlaatua tuottaneissa yksiköissä henkilöstömitoitukset ja kustannukset olivat alhaisimpien joukossa, Räsänen totesi tutkimuksessaan. Kohtelias ja arvostava kohtaaminen ei vaadi lisäkustannuksia. Hyvinvointia elämään tuottavat asiat Ylä-Outisen (2012, 169 - 171) väitöskirjassa olivat omaisten mukanaolo arjessa.

Martela (2012, 266 - 271) puolestaan korosti erityisesti vuorovaikutustyötä, joka sisälsi sekä hoitamista että hoivaamista. Hoitaminen hänen mielestään tarkoittaa toisen ihmisen tarpeen täyttämistä, hoivaamisessa kohdataan toinen ihmisenä. Hoivatilanteissa mukanaolo tuottaa hyvää oloa sekä hoidon antajalle että hoidettavalle. Hoitotilanteessa molemmat osallistujat voivat olla emotionaalisesti joko läsnäolevia tai pois-olevia. Martelan mukaan hoivaaminen keskittyy erityisesti hoivayhteyksiin ja hän esittää, että ne koostuvat kuudesta piirteestä, jotka vaaditaan molemmilta osapuolilta 1) toisen huomioiminen yksilönä 2) läsnäolo tässä hetkessä 3) avautuminen toinen toiselle, jaetun tilan muodostaminen 4) tunnetilojen vahva virtaavuus, ja 5) hoitavat toimenpiteet sekä 6) vastavuoroiset kiitollisuuden osoitukset. Näissä hetkissä hänen mu-

kaan keskinäinen yhteys on vahva ja muodostuu pitkälti sanattoman, toiselle herkistyneen viestinnän kautta.

7.5 Ympäristö elämänlaadun tekijänä

Ikääntyneet kokevat kodin tärkeäksi ja rakkaaksi paikaksi. Tärkeää oli, että ikääntyneiden tarpeet huomioitiin ympäristössä. Hyvässä hoivaympäristössä olivat sopivat yhteiset tilat ja mahdollisuus säädellä omaa yksityisyyttään. Ikääntyvän elämänlaatua edisti turvallisuuden tunne siitä, että apua on saatavilla lähellä, henkilökunnan läsnäolo ja turvaranneke. Turvallisuuden tunnetta lisäsi myös tieto siitä, että ovet olivat lukossa ja henkilökunta on ympärivuorokauden paikalla. Tärkeää on myös, että hoivakoti on kodinomainen ja viihtyisä. Kodikkuutta lisää se, että oman huoneen voi sisustaa omilla tavaroilla, jotka muistuttavat omasta elämänhistoriasta ja -kulusta. (Karhinen 2009, 28 - 30; Porre-Mutkala 2012, 53; Lamminniemi & Nurminen 2008, 45; Malin 2010, 58; Topo ym. 2007, 91; Vaarama ym. 2010, 159.)

Räsänen (2011, 178) osoittaa väitöskirjassaan, että ikääntyneet asukkaat eivät välttämättä edellytä asunnon ehdotonta yksityisyyttä tai erityisiä mukavuuksia. Hänen mukaan hyvään elämänlaatuun vaikuttaa jossain määrin myös asuinympäristö. Elämänlaadun kannalta hänen mielestään on tärkeää, että yksilöllisyyttä ja yhteisöllisyyttä on sopivassa suhteessa. Asuinympäristön tulee olla riittävän kodinomainen ja vastata ikääntyneiden tarpeita. Käytännössä tilojen tulee olla sellaiset, että liikunta- ja toimintatarjoitteiset ihmiset voivat elää niissä. Tutkimuksessa tuli ilmi, että elämänlaatu oli parempi yhden tai kahden hengen huoneissa asuvilla vanhuksilla kuin useamman hengen huoneissa asuvilla. Hyvinvointia elämään tuottavat asiat Ylä-Outisen (2012, 169 - 171) väitöskirjassa olivat hyvinvointia tuottava asuminen ja ympäristö sekä turvallisuutta ja hyvinvointia tuottavat viestintävälineet että hyvinvointia tuottavat palvelut.

Fyysisen ympäristön osuutta asiakkaan hyvinvoinnille on arvioitu erityisesti toimintakykyä edistävänä sekä toiminnan mahdollisuuksia tarjoavana ja turvallisenä. Fyysinen ympäristö voi olla myös identiteettiä tukeva, sosiaalisia suhteita edistävä sekä mahdollistaa valintoja yksityisyyteen ja yhteisyyteen. (Lehtosalo 2011, 26 - 27; Karhinen 2009, 28 - 29; Porre-Mutkala 2012, 53; Sormunen ym. 2009, 22.) Topon ym. (2007, 99) mukaan toiminnallisuutta tukeva fyysinen ympäristö oli asukkaan toiminnallisuuden kannalta tärkeä. Ratkaisevia olivat yksikön rakenne, esteettömät tilat ja erilaiset tekniset ratkaisut ja apuvälineet, jotka tukivat asukkaan orientoitumista ja liikkumista.

8 TARVELÄHTÖISEN ELÄMÄNLAADUN LAATUMITTARIN MUODOSTUMINEN

Hoivatyön tarvelähtöinen elämänlaadun laatumittari muodostui yllä olevista elämänlaadun tekijöiden tuloksista, asukkaan tarpeiden pohjalta sekä taustalla olevista lakipykälästä, asetuksista, laatusuosituksista ja teoriasta. Selkeästi punaiseksi langaksi tuloksista nousi *hoito- ja palvelusuunnitelman* laatimisen suunnitelma, toteutus ja arvioinnin kirjaamisen tärkeys. Mukailen Kanin ja Pohjalan hoitotyönprosessia *hoivatyönprosessiksi*. Terveyspalveluiden puolella puhutaan hoidosta, sen sijaan sosiaalipalveluissa puhutaan hoivasta. Räsänen (2011, 177) mukaan käytännössä vanhuspalveluissa hoito ja hoiva ovat riippuvaisia toisistaan, vaikka lähtökohdiltaan ne ovat erilaiset. Tässä laatumittarissa hoiva sisältää myös hoidon. Kehittämistyössä ja koko kehittämishankkeessa pyritään vahvistamaan tarpeista lähtevää hoivan näkökulmaa, eikä niinkään ongelmalähtöistä hoidon näkökulmaa. Käsitteenä hoito- ja palvelusuunnitelma on vakiintunut myös hoivapuolelle.

Sosiaalihuoltolaissa asiakkaan asemasta ja oikeuksista todetaan, että asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Jos asukas ei itse pysty osallistumaan suunnitelman laatimiseen sairauden tai muun vastaavan syyn vuoksi, on hänen tahtoa selvitettävä yhteistyössä omaisen tai hänen laillisen edustajansa kanssa. (Sosiaalihuoltolaki 2000/812, 7§.). Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen on vastavuoroinen prosessi, jossa huomioidaan asukkaan elämänvaiheet, tarpeet ja tämänhetkinen asukkaan tarvitsema tuki ja apu toivomassaan ympäristössä. Tämä tulisi tehdä kiinteässä yhteistyössä asukkaan ja omaisten kanssa. Ikäihmisen *elämänkulku* tulisi selvittää hoivakotiin muuttaessa, jotta pystytään huomioimaan asukkaan yksilölliset tarpeet ja toiveet, ja ymmärretään, mistä ne nousevat. *Hoitotahto* selvittäminen ja sen kirjaaminen on oleellista hoivakodissa. Hoitotahto laaditaan sellaista tilannetta varten, jolloin asukas itse ei enää kykene ilmaisemaan tahtoaan omaa hoitoaan koskevilla asioilla. Mukana tulisi olla vähintään asukas itse, omainen ja omahoitaja sekä mielellään lääkäri, jos se on mahdollista. (Räsänen 2011, 177 - 178; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298; Voutilainen 2006, 73.)

Räsänen (2011, 171) väitöskirjan mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmat olivat tehty hyvin, mutta niiden tekeminen ja varsinkin suunnitelman arviointi yhdessä asukkaan ja hänen omaisensa kanssa oli harvinaista. Omahoitajan rooli nousi tärkeäksi tekijäksi

omaisten ja hoivakodin välisessä yhteistyössä. (Porre-Mutkala 2012, 35 - 36; Räsänen 2011, 171 - 172; Sormunen ym. 2009, 43; Topo ym. 2007, 70 - 71). Tätä tukee myös tuleva laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Laissa 17. §:ssä todetaan, että iäkkäälle henkilölle on nimettävä vastuutyöntekijä. Vastuutyöntekijän tehtävänä on seurata yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaistensa tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa palvelusuunnitelman toteutumista sekä iäkkään henkilön palveluntarpeiden muutoksia. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, 2012/980, Voimassa 1.7.2013 alkaen.)

Hoivan tarpeen määrittely perustuvat Kanin ja Pohjolan (2012, 51) mukaan tiedon keruussa saatuihin tietoihin, lääketieteellisiin, mittareista saatuihin tietoihin, muihin moniammatillisiin tietoihin sekä hoitajan havaintoihin. Elämäntalvvelun tiedoilla on erityisen suuri merkitys hoivan onnistumiselle. (Karhinen 2009, 26; Räsänen 2011, 171; Topo ym. 2007, 92). Kokonaisvaltaisessa hoivassa tulee huomioida kaikki ihmisen elämäntalvveluun ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät ja tarpeet. Iäkkään laadukas hoiva ja toimintakyvyn tukeminen perustuvat kokonaisvaltaiseen hoidon suunnitteluun. Tätä suunnitelmaa kutsutaan hoito- ja palvelusuunnitelmaksi. Hoivatyön suunnitelman laadinta perustuu hyvään ja perusteelliseen tiedon kartoittamiseen ja keräämiseen (Kan & Pohjola 2012, 46 - 48.)

Räsänen (2011, 178 - 179) tähdentää väitöskirjassaan, ettei palveluita tulisikaan ohjata järjestelmän tarpeiden pohjalta vaan *asukkaan tarpeiden mukaisesti*. (Lehtosalo 2011, 27; Tuominen 2012, 49; Topo ym. 2007, 100). Asukkaan kuulemisen ja arvostamisen sekä ikääntyneiden elämäntalvvelun turvaamisen tulisikin olla hoivan tavoite kaikilla hoivatyön ja johtamisen tasoilla. Asukastyö on *tavoitteellista*, sitoutumista, arviointia ja tarvittaessa uudelleen suuntautumista edellyttävää yhteistyötä. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu ja laatiminen vaatii työntekijöiltä arvioivaa ja asukaslähtöistä työtötteä. Asukaslähtöisen hyvän palvelun ja hoidon turvaamiseen tarvitaan tietoa siitä, mitä asukkaat todella arvostavat, tavoiteltavana ja pitävät hyvänä. Asukaslähtöisessä ajattelussa asukas on hoivan ja palvelun saaja, konsultti ja kehittäjä, kokija ja palautteen antaja. *Omahoitaja on yhteystalvvelu* ja yhteistyökumppani asukkaan ja organisaation arvojen, tavoitteiden ja palvelujen välillä. Hyvän elämäntalvvelun suunnittelu tulisikin lähteä liikkeelle ikäihmisen omasta elämäntalvvelusta. (Porre-Mutkala 2012, 35 - 36; Tuominen 2012, 49; Topo ym. 2007, 100.)

8.1 Asukaslähtöinen hoivan suunnittelu

Asukaskaslähtöisyys tarpeiden pohjalta on hyvän hoidon ja palvelun keskeinen tekijä. Asukaslähtöinen hoito- ja palveluprosessien suunnittelu perustuvat asukkaan tarpeiden, voimavarojen ja toimintaympäristön huolelliseen ja monipuoliseen kartoittamiseen, huomioiden myös sosiaalinen verkosto. Yksilöllinen hoivan toteutus ja tavoitteellinen toiminta tulee mahdolliseksi huolellisella suunnittelulla. Hoiva tulisi perustua asukkaan tarpeisiin eli sen tulisi olla asukaslähtöistä. Tarvelähtöisyys edellyttää kattavaa tarvearvioinnin tekemistä. Siinä kartoitetaan asukkaan hoivaan, hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyviä ongelmia, kysymyksiä sekä voimavaroja. Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoivan kannalta merkittävät hoidon tarpeet. Hoitotyön toiminnoissa kuvataan hoivan suunnittelua ja toteutusta. Hoitosuunnitelmaan merkitään asukkaan hoivan kannalta merkittävät hoivatyön toiminnot. (Kan & Pohjola 2012, 51 - 52; Liljammo ym. 2012, 9 - 10; Räsänen 2011, 178 - 179; Savola & Koskinen-Ollonqvist, 2005, 65; STM 2008, 31; Syväoja & Äijälä 2009, 87.)

Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen on kuvaus neuvotellen etenevästä vastavuoroisesta prosessista, jossa huomioidaan asukkaan elämänvaiheet ja tämän hetkinen asukkaan tarvitsema tuki ja apu toivomassaan ympäristössä. Työntekijä toimii asiantuntijuutensa ja osaamisensa turvin yhdessä sopien ja tuloksia jatkuvasti tarkistaen asukkaan, omaisten ja muiden työntekijöiden kanssa. Näin koko työyhteisö etenee vaiheittain tavoitteiden ohjaamaan suuntaan ja hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö rakentuu jatkuvassa vuorovaikutuksessa tavoitteita kohti. (Kan & Pohjola 2012, 47 - 48; Päivärinta & Haverinen 2002, 3 - 36.)

Kaikille asukkaille pyritään kirjaamaan myös *hoitotahto*. Tämän pohjalla on laki potilaan asemasta ja oikeuksista potilaan itsemääräämisoikeus. Tämä tarkoittaa, että hoitohenkilöstön on selvitettävä henkilön mielipide ennen hoidon aloittamista. Hoitotahdossa voi ilmaista erityistoiveita hoidon suhteen tai siinä voi kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahto laaditaan sellaista tilannetta varten, jolloin henkilö itse ei enää kykene ilmaisemaan tahtoaan omaa hoitoaan koskevista asioissa. Hoitotahto palvelaveri pyritään järjestämään 1 - 3 kk kuluessa asukkaan yksikköön saapumisen jälkeen. (Halila, R & Mustajoki, P. 2012; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 6§.)

Hoidon suunnittelussa tarpeet tulisi asettaa tärkeysjärjestykseen. Tavoitteet tulisi ilmaista aina asukaslähtöisesti, hoidettavan kokemuksena, tuntemuksena tai tavoiteltavana olotilana. Tavoitteiden tulisi olla mahdollisimman konkreettisia ja saavutettavissa olevia. Tavoitteiden tulisi myös olla sellaisia, että niihin voidaan yhdessä sitoutua ja tavoitteille tulisi asettaa aikataulu, jotta niiden saavuttamista voitaisiin arvioida. Hyvä hoivatyön tavoite on selkeä, kirjattu ja se perustuu huolelliseen toimintakyvyn selvittämiseen. (Kan & Pohjola 2012, 51 - 52.)

8.2 Asukaslähtöinen hoivan toteutus

Asukaslähtöinen hoito- ja palveluprosessien toteutus perustuu asukkaan tarpeiden, voimavarojen ja toimintaympäristön huolelliseen ja monipuoliseen kartoitukseen. Ikääntyneellä on oikeus asumispalvelussa luottaa siihen, että hänen toiveitaan, itsemääräämisoikeuttaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan niin kuin oltaisiin hänen omassa kodissaan. (ETENE 2008, 3; STM 2008, 31.) Selkeä tavoite ikäihmisten hoidossa on tukea asukkaan elämänlaatua kaikissa toimintaympäristöissä, joissa palvelua ja hoitoa tarvitsevat ihmiset elävät. Hoivan ja palvelun laadun hyvyyden kriteeri on siinä, miten tässä tehtävässä onnistutaan. Elämänlaadun tukemisen lähtökohta ikääntyneiden asukkaiden kohdalla onkin heidän erityisyyden tunnistaminen ja tunnustaminen. Hyvän elämänlaadun tukeminen ja toteutuminen hoivatyössä edellyttää tietoa asukkaan erityisyydestä ja juuri hänelle hyödyllisistä ja käytettävissä olevista hoito- ja palvelumuodoista. Yksinään tämä tieto ei riitä, vaan tärkeitä ovat myös asenteet ja arvot. Käytännössä tätä arvopohjaa koetellaan siinä, annetaanko ikääntyneen itsensä antaa sisältö omalle elämälleen, vai määritteleekö ikäihmisen elämänlaadulle tärkeät asiat ulkopuoliset henkilöt, kuten ammattihenkilöt ja omaiset. (Luoma 2009, 76 - 78; Vaarama 2004, 11 - 13.)

Suunnitelman toteuttamisesta vastaa omahoitaja yhdessä asukkaan ja häntä hoitavien kanssa. Suunnitelmasta tulee ilmetä *hoivatyön keinot*, joilla tavoitteisiin pyritään. Missään vaiheessa ei saa unohtaa asukkaan itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä. On hyvä muistaa, että asukas on itse oman itsensä asiantuntija, kun hoitajaa voidaan pitää oman ammattinsa asiantuntijana. Yhteistyöllä saavutetaan paras mahdollinen tulos. Omahoitajan tehtävä on sitouttaa myös muu henkilökunta toimimaan sovitulla tavalla. Hoitohenkilökunnan yhtenäinen toimintatapa on tärkeää asukkaan voimavarojen ylläpitämiseksi ja elämänlaadun edistämiseksi. (Kan & Pohjola 2012, 52.)

8.3 Asukaslähtöinen hoivan arviointi

Hoito- ja palveluprosessien arviointi luo pohjan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän tarvelähtöisen toiminnan tavoitteelliselle toteutukselle, joka on laatutekijä ikääntyneiden palveluasumisessa. Kaikissa palveluissa arvioidaan, ylläpidetään ja edistetään asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista käyttämällä apuna toimintakykymitareita ja arviointijärjestelmiä. Ei tule myöskään unohtaa asukkaan ja omaisten haastatteluja, havainnointia ja arviointeja. (STM 2008, 31.)

Jotta hoidon laatua voidaan arvioida, jokaiselle ikäihmiselle tulee tehdä kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jota arvioidaan säännöllisesti yhdessä ikäihmisen ja hänen omaisten kanssa. Edellytyksenä hyvälle hoivalle ja elämänlaadulle on, että suunnitelmaa noudatetaan hoivassa päivittäin. Hoito- ja palvelusuunnitelmilla ovat pitkät perinteet asiakasasiakirjana, sekä työvälineenä sekä hoito- että hoivatyössä. Elämänhistorian tuntemuksen merkitystä ei voi liikaa korostaa tässä yhteydessä. Hoito- ja palvelusuunnitelman arviointi tekee näkyväksi koko yhdessä eletävän, vastavuoroisen prosessin. Hoivatyön arvioinnissa kirjataan hoivan tuloksia. Arviointi tehdään suhteessa asukkaan hoidon tarpeisiin ja toteutuneeseen hoivaan. (Kan & Pohjola 2012, 56 - 57; Päivärinta & Haverinen 2002, 35 - 36; Vallejo Medina ym. 2005, 358.)

Asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisessä tulee mahdollistaa aina asukkaan ja omaisten osallistuminen, jotta kaikkien arvio hoivasta saadaan kirjattua ylös. Hoivan arviointia arjessa tapahtuu jatkuvasti vuorovaikutustilanteissa henkilöstön kanssa. Asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelma tarkastetaan vähintään 3 kk välein ja aina tilanteen muuttuessa. Tämä perustuu sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen potilasasiakirjoista 14. §:ssä jossa todetaan, että ”*hoitoa koskevat merkinnät potilaasta tulee tehdä potilasasiakirjoihin riittävän usein. Pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kolmen kuukauden välein hoitojakson alkamisesta seurantayhteenvedo riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia*”. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 2009/298.) Hoivayksiköt ja eri organisaatiot tekevät myös vuosittain kyselyitä hoidon laadusta asukkaille ja heidän omaisilleen. Lamminniemen ja Nurmisen (2008, 45) tutkimuksissa asukkaan ja hänen omaisensa osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon nähtiin yhtenä tärkeänä laadun tekijänä. Ikääntyneiden omaisten ja työntekijöiden sujuva yhteistyö kuuluu laadukkaaseen hoivaan. Kun työntekijät arvostavat iäkkäiden omaisia ja pitävät heitä

hoidon voimavarana, on tämä yksi tärkeä tekijä ikääntyneiden laadukkaan elämänlaadun toteutumiseksi. (Kivelä & Vaapio 2011, 206 - 210; STM laatusuositus 2008, 26.)

Liitteessä 3. laatumittari on avattu aihealueittain. Kokonaisuudet ovat nousseet laista, asetuksista, laatusuosituksista, hoivaprosessista, teoriasta ja ennen kaikkea tutkimustuloksista elämänlaadun edistävästä tekijöistä. Näistä tekijöistä muodostuivat tämän kehittämistutkimuksen elämänlaadun laatumittarin sisältökokonaisuudet.

9 POHDINTA

Näyttöön perustuva kirjallisuuskatsaus vahvisti elämänlaadusta ja sen ulottuvuuksista tehtyjä aiempia tutkimuksia. Elämänlaadun tekijät koostuvat neljästä pääulottuvuudesta fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöulottuvuus kietoutuen toisiinsa asukkaan kokemuksellisen näkökulman kanssa. Näistä elämänlaadun tekijöistä koostuu laadukas ikäihmisen arki hoivakodissa. Haasteeksi tutkimuksessa nousi eri ulottuvuuksien erottelu, koska ne olivat monesti niin tiiviisti vuorovaikutuksissa keskenään ja toisiinsa kietoutuneina. Esimerkiksi se, että asukas osallistui sosiaalisiin liikunnallisiin aktiviteetteihin, vaikutti suurelta osalta kokemukselliseen sosiaaliseen, sekä fyysiseen että psyykkiseen elämänlaatuun ja parhaimmillaan ympäristölliseenkin elämänlaatuun.

Räsänen (2011) väitöskirja tukee elämänlaadun ulottuvuuksia, jossa elämänlaatu muodostui aiempien tutkimusten tapaan fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja ympäristöllisestä ulottuvuudesta, joilla oli yksittäisen merkityksen lisäksi myös yhteisvaikutusta. Räsänen korosti, että ikäihminen saa edelleen tehdä itselleen merkityksellisiä asioita. Ylä-Outisen (2012, 169 - 171) mukaan sosiaalinen kanssakäyminen loi turvallisuutta sekä hyvinvointia. Martela (2012, 269 - 271) puolestaan korosti erityisesti vuorovaikutustyötä. Hoivaaminen hänen mielestään tarkoittaa toisen ihmisen tarpeen täyttämistä ja että hoivaamisessa kohdataan toinen ihmisenä. Hänen mukaansa hoiva-tilanteissa mukanaolo tuottaa hyvää oloa sekä hoidon antajalle että hoidettavalle. Näissä hetkissä keskinäinen yhteys on vahva ja se muodostuu pitkälti sanattoman viestinnän kautta. Eloranta kiteyttää väitöskirjassaan (2009, 35) puolestaan, että ikäikäiden asukkaiden voimavarat muodostuivat elämäntunnetusta ja toiminta-

tahdon säilymisestä. Voimaa arkeen ikäihmiset saivat harrastuksista ja sosiaalisesta verkosta.

Kirjallisuuskatsauksen tulokset vahvistavat sitä, että hoivan tulisi lähteä entistä enemmän ikäihmisen tarpeiden pohjalta. Tutkimustuloksista nousi asukkaan kokemuksista tärkeimmäksi elämänlaatua edistäväksi tekijäksi yksilöllinen - ja asukkaan tarpeista lähtevä hoiva. Jotta voidaan lähteä asukkaan tarpeista, tulee asukas kohdata yksilöllisesti ja kunnioittavasti. Asukkaalla tulee tulla kokemus, että hän elää mielekästä arkea ja hänellä on mielekästä toimintaa hoivakodissakin. (Räsänen 2011, 171; Sormunen ym. 2009, 43; Topo ym. 2007, 90 - 91, 100; Tuominen 2012, 49 - 50; Ylä-Outinen 2012, 169 - 171). Mitä enemmän asukas voi vaikuttaa omaan elämäänsä, sitä enemmän se tukee hänen elämänhallinnan tunteen säilyttämistä sekä arvokkuuden että minuuden ylläpitämistä. (Lamminniemi & Nurminen 2008, 45; Sormunen ym. 2009, 22; Topo ym. 2007, 91; Tuominen 2012, 50).

Mielenkiintoista oli, että Räsänen (2011, 172) tutkimuksessa tyytyväisyys hoitajiin ja heiltä saatuun aikaan ei yllättäen ollut sidoksissa henkilöstön määrään. Hyvää elämänlaatua tuottaneissa yksiköissä henkilöstömitoitukset ja kustannukset olivat alhaisimpien joukossa, Räsänen totesi tutkimuksessaan. Kohtelias ja arvostava kohtaaminen ei siis vaadi lisäkustannuksia.

Kehittämistutkimus oli mielenkiintoinen prosessi, josta sain tukea myös ammatilliselle identiteetilleni hoivakodin johtajana. Pysyin hyvin aikataulussa, jonka olin itselleni asettanut. Jouduin pohtimaan tutkimusta tehdessäni omia arvojani ja asenteitani kokonaisvaltaisesti vanhustyöhön. Tutkimustulokset vahvistivat omaa ajattelumaailmaani vanhustyöstä. Erittäin oleellista oli, että hyvän hoidon laatumittari sai muodon *elämänlaadun mittarina*. Tämä vahvistaa ajatusta asukkaan kokonaisvaltaisesta elämänlaadusta ja asukkaan tarpeista lähtevästä hoivasta, eikä vain hoidon näkökulmasta.

Tutkimusten mukaan tarvelähtöisyys tulisi olla entistä enemmän hoivan punainen lanka suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheessa. Jokaisen elämänlaadun ulottuvuudenkin kohdalla tulisi ajatella ikäihmisen tarpeita yksilöllisesti ja asukkaan kokemuksellisesti näkökulmasta. Palvelujen ja hoivan tulisi vastata niihin tuen tarpeisiin ja toiveisiin, joita kullakin asukkaalla elämänlaatunsa eri ulottuvuuksilla on. Hankkeen perusajatus tukee tätä tarpeista lähtevää mittaria. Mielestäni tätä laatumittaria voisikin kutsua *ikäihmisen elämänlaadun tarpeiden prosessiksi*.

9.1 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointia

Ongelmana on pidetty sisällönanalyysin luotettavuutta. Sitä että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Analyysiprosessissa näkyy kuitenkin tutkijan näkökulma. Minulla näkökulmana on myös vanhus- sekä päihdepalveluissa työskennelleen esimiehen näkökulma. Tämä on ollut tärkeä tiedostaa jokaisessa tutkimuksen vaiheessa, koska se on vahvuus, mutta se voi olla myös objektiivisuuden este. Sisällönanalyysin haasteellisuutena pidetään sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategoriat, jotka kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Lisäksi on huomioitava miten tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tulosten ja aineiston välillä. Olen pyrkinyt dokumentoimaan jokaisen kohdan työssäni tarkasti. Jouduin sisällönanalyysissä kehittämistutkimuksen tekijänä pohtimaan, olenko saanut nostettua esille oikeat ja merkitykselliset asiat elämänlaatua edistävästä tekijöistä. Olen kirjoittanut tutkimustulokset auki eri tutkimuksista sanasta sanaan. Monet sisällön analyysin asiantuntijat suosittelevat face-validiteetin tai asiantuntijapaneelin käyttämistä luotettavuuden lisäämiseksi. Tässä työssä laatumittaria kommentoivat hankeryhmä, laatutiimi, ohjausryhmä sekä 30 hoivakodin johtajaa ja 20 hoitotyön esimiestä ennen lopullista hyväksyntää. Tämä nostaa elämänlaadun laatumittarin luotettavuutta. (Kyn-gäs & Vanhanen 2009, 10; Tuomi & Sarajärvi 2013, 136.)

Kanasen (2012, 162 - 164) mukaan oikealle ja luotettavalle tiedolle on annettu nimi ”tieteellisyys”. Tieteellisyyden yleisiä ominaisuuksia ovat objektiivisuus, testattavuus ja toistettavuus, julkisuus, kriittisyys ja edistyvyys. Tiede tavoittelee pätevintä mahdollista tietoa sekä autonomisuutta. Opinnäytetyön laatua arvioidaan luotettavuuden avulla. Luotettavuus muodostuu kahdesta käsitteestä: reliabiliteetista eli tutkimustulosten pysyvyydestä ja validiteetista eli siitä, tutkitaanko oikeita asioita. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimusten pysyvyyttä eli, jos tutkimus toistetaan, saadaan samat tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 136.)

Validiteetti koostuu sekä sisäisestä että ulkoisesta validiteetista. Ulkoinen validiteetti mittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä. Kehittämistutkimus Kanasen (2012, 169) mukaan ei pyri yleistämään, jos yleistämällä tarkoitetaan kehittämistutkimuksen tuloksena saatua muutosta. Muutosta sellaisenaan ei voida siirtää vastaaviin yrityksiin, koska kyseessä on yksittäinen kohde. Sisäinen validiteetti sisältää 1) sisältövaliditeetin

2) rakennevaliditeetin ja 3) kriteerivaliditeetin. *Sisältövaliditeetti* tarkoittaa oikein mittareiden käyttöä. Tässä työssä tutkimustehtävät on rajattu tarkasti niin että mittari mittaa juuri sitä asiaa, jota tutkitaan. Tämän kehittämistutkimuksen tavoitteena oli luoda laatumittari ja sitä kautta edistää asukkaiden elämänlaatua. Siksi mittariksi valittiin elämänlaadun ulottuvuudet. Paras mittari elämänlaatua mittaamaan on asukkaiden oma kokemus elämänlaadusta, koska kokemuksellisuus on kuitenkin subjektiivinen asia, eikä sitä voi mitata muulla keinolla kuin omana kokemuksena. Siksi tässä kehittämistutkimuksessa on elämänlaatua tarkasteltu vain asukkaiden ja ikäihmisten näkökulmasta. (Kananen 2012, 169 -170; Tuomi & Sarajärvi 2013, 136.) *Rakennevaliditeetti* tarkoittaa käsitevaliditeettia ja on lähellä sisältövaliditeettia. Se mittaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksen käsitteet on johdettu teoriasta. Tämän kehittämistutkimuksen käsitteet ovat nousseet elämänlaadun ulottuvuuksista, kokemuksellisuudesta sekä näyttöön perustuvan hoitotyön viitekehystä, asukaslähtöisyydestä. *Kriteerivaliditeetti* perustuu muiden tutkimusten käyttöön omien tutkimustulosten tukena. Kirjallisuuskatsauksessa kaiken tukipilarina on muiden tutkimukset ja niistä nousseet tulokset. Useat tutkimukset tukevat samoja elämänlaadulle tärkeitä tekijöitä, jotka nostavat tämän työn luotettavuutta. (Kananen 2012, 170.)

Luotettavuutta lisää tarkka dokumentaatio, eli kaikki valinnat on kirjattu ylös ja valinnoille on esitetty perustelut. Tällä pyritään siihen, että ulkopuolinen lukija pystyy päättämään kirjoittajan valinnoista oikeellisuuden ja todistelun aukottomuuden. (Kananen 2012, 164 -165.) Tämän kehittämistutkimuksen kappaleessa 6 on lueteltu tapoja, joilla tutkimuksien luotettavuutta on pyritty lisäämään tässä opinnäytetyössä, avaamaan jokaista kohtaa opinnäytetyön prosessissa. Seuraavat asiat ovat heikentäneet tämän kehittämistutkimuksen luotettavuutta:

- 1) Kirjallisuuskatsausta on tehty yksin.
- 2) Kirjallisuuskatsaus ei täytä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriteerejä.

Seuraavat asiat ovat parantaneet tämän kehittämistutkimuksen luotettavuutta:

- 1) Kehittämistutkimus sisältää useita väitöskirjoja ja pro gradu-tutkielmia,
- 2) Käytetty tiedonhaku on kuvattu tarkasti, (ks. 6.3)

- 3) Alkuperäistutkimusten haku- ja valintaprosessi on kuvattu tarkasti ja se voidaan tarvittaessa toistaa.
- 4) Haku tehtiin kahteen kertaan 26.12.12, sekä 25.2.13.
- 5) Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit on määritetty, että tutkimuksen on oltava vähintään tieteellinen artikkeli (ks. 6.4).
- 6) Tehtyä laatumittaria kommentoi hankeryhmä, laatutiimi, laatu- ja kehitysjohtaja, hankkeen ohjausryhmä, joka koostuu hoivapalveluiden aluejohtajista, sekä hankkeen pilottiryhmä 20 johtajaa ja heidän hoitotyön esimiehet, sekä lisäksi 10 muuta hoivakodin johtajaa kevään 2013 aikana.

Kävin tutkimuksia etsiessäni läpi myös ulkomaisia tietokantoja. Hakusanoillani ei kuitenkaan löytynyt juurikaan materiaalia hoivakodin kokemuksellisesta näkökulmasta, vaan ne olivat enemmänkin jonkin sairauden elämänlaadun kokemuksellisuuden näkökulmasta. Pohdin myös, että Suomen hoivajärjestelmä ja sen organisointi poikkeavat muista Euroopan maista, joka voi olla yksi syy hoivakotien kokemuksellisuuden näkökulman puuttumiseen. Euroopassa, esimerkiksi Saksassa lapsilla on lakisääteinen vastuu vanhemmistaan ja hoivavakuutus, sillä julkisia hoivapalveluja on vähän. Itävallassa puolestaan perheen rooli huolehtijana on keskeinen. Itävallassa on verovaroin kustannettava hoivaraha, joka lääketieteellisin perustein myönnetään ja se mahdollistaa ikääntyneen asumisen kotona myös kunnan heikennyttyä. Isossa-Britanniassa tuetaan myös hoivarahalla kotona asumista. Hoivaraha myönnetään tarveperusteisesti ja hoivaa tuottavat julkinen, yksityinen ja epävirallinen taho. Tanskassa puolestaan on julkisella sektorilla hoivavastuu ja palvelut ovat pääsääntöisesti kotihoidon palveluja. Ruotsissa palveluiden painopiste on myös kotihoidossa ja ympärivuorokautinen hoiva on vain eritasoisissa yksiköissä. (Metsämäki 2006, 30 - 34.)

Aiemmista kotimaisista tutkimustuloksista löytyi tarvittava asukkaan kokemuksellinen näkökulma, koska tutkimuksista alkoi löytyä saturaatiota eli aineisto alkoi toistaa itseään. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 87). Luotettavuuden takia olen esittänyt hakusanat ja läpikäydyt tietokannat (ks. 6.2 ja 6.3) sekä aiemmat tutkimukset ovat koottuna liitteissä 1. Luotettavuuden lisäämiseksi avasin sisällönanalyysia jokaisen elämänlaadun ulottuvuuden kohdalla, liitteessä 2.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 127) kiteyttävät, että hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus läpi työn. Hoitotyössä hoidon kehittämishankkeen tavoitteena yleensä on organisaation oppiminen, henkilökunnan osaamisen kehittäminen ja asiakkaan hyvinvoinnin lisääminen. Hankkeet pyritään toteuttamaan eettisesti kestäväällä tavalla, joka tukee asukkaiden itsenäisyyden säilymistä. Etiikan tarkoituksena on puolustaa tärkeinä pidettyjä arvoja, mitä pidetään hyvänä ja moraalisesti oikeana. Etiikka ei ole laki vaan enemmänkin suositus. (Heikkilä ym. 2008, 41 - 43)

Tuomen ja Sarajärven (2009, 125 - 129) mukaan tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin. Toisaalta taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tieteellisessä tutkimuksessa tekemiin ratkaisuihin, näiden yhteyttä kutsutaan varsinaisesti tieteen etiikaksi. Tutkijan on huolehdittava, että tutkimussuunnitelma on laadukas ja valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi tehdään hyvin. Eettisyys kiertyy tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin. Laadullisen tutkimuksen neljä peruspilaria ovat: tietoväitteiden perustelevuus kriteereihin nähden, puolueettomuus, tieteellisen tiedon julkisuus ja järjestelmällinen kritiikki. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija on rehellinen ja noudattaa yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta koko ajan tutkimusta tehdessään. Tutkimus tulee olla hyvin suunniteltu, toteutettu ja raportoitu mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tulosten tallentaminen tulee tehdä huolella, esittäminen ja niiden arvioiminen on myös tehtävä huolellisesti ja rehellisesti. Tutkijan on myös sovellettava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka tukee avata tutkimuksessa sekä esittää tutkimuksensa tulokset avoimesti ja rehellisesti. Tutkijan tulee kirjata tarkasti muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioonottavasti antaen heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2002; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132 - 133.)

Opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan mahdollisimman tarkasti hyvän tieteellisen käytännön periaatteita tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Kirjaaminen on pyritty toteuttamaan mahdollisimman tarkasti ja avaamaan opinnäytetyön jokainen vaihe mahdollisimman kattavasti ja avoimesti. Lähdemerkinnät on pyritty tekemään ohjeidenmukaisesti sekä plagiointia on vältetty kehittämistutkimusta tehdessä.

9.3 Elämänlaadun laatumittarin hyödynnettävyys ja jatkotutkimus ehdotuksia

Tämän opinnäyteyön lopputuotos on laadun arviointiin koottu elämänlaadun laatumittari. Kehittämistutkimuksen edetessä laatumittari sai nimen *elämänlaadun check-lista* kirjallisuuskatsauksen myötä. Tätä elämänlaatumittaria tullaan hyödyntämään suoraan auditoinnin työvälineenä hoivakodeissa ympäri Suomea. Suunnitelmana on, että elämänlaadun mittari otetaan käyttöön syksyllä 2013 kiinteänä osana auditointia jokaisessa hoivakodissa ympäri maata. Elämänlaadun mittarista tulee yhtenäinen tapa toimia kaikissa yrityksen hoivakodeissa niin, että hyvän hoivan kriteerit täyttyvät ympäri Suomea.

Päämääränä tässä kehittämistutkimuksessa oli laatumittarin laatiminen ja tätä kautta asukkaiden elämänlaadun edistäminen. Kun jokainen kohta laatumittarissa täyttyy, toteutuu myös asukkaan hyvä elämänlaatu arjessa. Tämä on minimi, johon jokaisen hoivakodin tulee ylittää. Tätä kautta hankkeen tavoite saavutetaan asukkaiden elämänlaadun edistämisestä ja asukkaan tarvelähtöinen laadukas arki toteutuu hoivakodeissa ympäri maata entistä paremmin. Haasteena on, miten hoitohenkilökunta ottaa elämänlaadun mittarin käyttöön päivittäisessä hoivatyössään. Tätä edistää ja tukee se, että sisäinen auditointi tehdään kerran vuodessa jokaiseen asumispalveluyksikköön eli tällöin on hoivakodin pystyttävä näyttämään dokumentit, että elämänlaadun mittaria on käytetty.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, miten henkilökunta sitoutuu todellisuudessa elämänlaatumittarin käyttöön arjessa ja näkyykö se myös asukkaan arjessa elämänlaadun edistävänä tekijänä. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia muuttuuko kirjaaminen ja hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen entistä asukas- ja tarvelähtöisemmäksi. Ennen kaikkea olisi mielenkiintoista seurata asukaspalautteita, tilanne nyt ja tilanne laatumittarin käyttöönoton jälkeen. Lisääntykö asukkaiden kokema elämänlaatu hoivakodeissa tämän elämänlaadun laatumittarin myötä?

LÄHTEET

- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Raportteja 14/2007. Stakes.
- Backman, K., Paasivaara, L. & Voutilainen, P. 2004. Ikäihmisen kunnioittava kohtaaminen. Erilaisia asiakkaita - erilaisia kohtaamisia. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, Oppaita 49. Saarijärvi: Gummeruksen Kirjapaino Oy, s. 21 - 25.
- Banning, M. 2005. Conceptions of evidence, evidence-based medicine, evidence-based practice and their use in nursing: independent nurse prescribers' views. 2005 Apr;14 (4). pp. 411 - 417. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15807747> [viitattu 1.2.2013].
- Baumann, SL. 2010. The limitations of evidenced-based practice. Nurs Sci Q. Jul; 23 (3), pp. 226 - 230.
- Bowling, Ann. 2005. Ageing Well. Quality of Life in Old Age. Growing Older. Series. New York: Open University Press, pp. 10 - 37.
- Elo, S. 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, s. 92 - 108.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, s. 232 - 246.
- Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Doctoral thesis. University of Turku.
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE - julkaisuja 20. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

EU:n strateginen toimintamalli. 2007. Toimintamallivuosi 2008 - 2013. Valkoinen Kirja - Yhdessä terveyden hyväksi: KOM (2007) 630, Lokakuu, s. 3 - 8.

Halila, R. & Mustajoki, P. 2012. Hoitotahto - käytännön ohjeita. Artikkelit 28.5.2012. Duodecim. Terveyskirjasto. Kustannus Oy. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809 [viitattu 11.2.2013].

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heinonen, S. & Ratvio, R. (toim.) 2007. Asumisen tulevaisuutta ennakoimassa. Tutkimusraportti 10 VTT-R-04021-07. Ympäristöministeriö.

Heimonen, S. 2010. Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Teoksessa: Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, s. 60 - 89.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G. & Orrell, M. 2006. Quality of life of people with dementia in residential care homes. *The British Journal of Psychiatry*, 188 pp. 460 - 464.

Huusko, T. & Pitkälä, K. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa: Huusko, T. & Strandberg, T. & Pitkälä, K. (toim.) Voiko elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto, s. 9 - 23.

Hyvä tieteellinen käytäntö. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta> [viitattu 8.3.2013].

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Teoksessa: Syste-

maattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Yliopisto, s. 3 - 9.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä.

Karhinen, P. 2009. Matkalla palvelutaloon, Ikääntyneiden käsityksiä merkityksellisestä toiminnasta ja odotuksia siinä tapahtuvista muutoksista palvelutaloon muutettaessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kattainen, E. 2010. Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen - ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveydenedistämisen työmenetelmänä. Teoksessa: Pietilä, A-M (toim.) Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, s. 191 - 212.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Suomen senioriliike ry. Eesti: Tallinna Raamatutrukikoda.

Kotilainen, H., Topo, P. & Hurnasti, T. 2008. Asuinympäristö, apuvälineet ja teknologia. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut, opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, s. 105 - 118.

Kuntalaki. 1995/365.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 2009. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol. 11, no 1/99, s. 3 - 12.

Kääriäinen, M & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede vol.18, no 1/06, s. 37 - 45.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (voimassa 1.7.2013 alkaen). 2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Lamminniemi, T. & Nurminen, K. 2008. Pitkäikäisessä laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Pro Gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa: Lauri, S (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. 1. painos. Juva: WSOY.

Lawton, MP., Winter, L., Kleban, MH. & Ruckdeschel, K. 1999. Affect and quality of life: Objective and subjective. *J Aging Health*. 1999 May; 11(2):169 - 98.

Lehtosalo, T. 2011. Itsemääräämisoikeus vanhusten palveluasumisessa. Etnografinen tutkimus asukkaiden kokemuksesta osallistua omaan arkeensa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2012. FinCC - luokituskokonaisuuden käyttö-
opas. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 2/2012. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Luoma, M.-L. 2009. Elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, s. 74 - 89.

Malin, M-H. 2010. Viherympäristön aktivoivat vaikutukset ikäihmisten palvelutaloyhteisössä. Maisterintutkielma. Helsingin yliopisto.

Martela, F. 2012. Caring Connections - Compassionate Mutuality in the Organizational Life of a Nursing Home. Väitöskirja. Aalto-yliopisto.

Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelpo Ky.

Metsämäki, N. 2006. Vanhusten hoiva Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa. Licensiaattityö. Turun yliopisto.

MOT kielitoimiston sanakirja. Saatavissa: <http://mot.kielikone.fi.xhalex-ng.kyamk.fi:2048/mot/kyamk/netmot.exe?motportal=80> [viitattu 12.4.2013].

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita.

Perälä, M.L., Toljamo, N., Vallimies-Patomäki, M. & Pelkonen, M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman (2004 - 2008) arviointi. STAKES. Helsinki: Vastapaino Oy.

Pikkarainen, A. 2007. Ympäristö. Teoksessa: Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, s. 41 - 68.

Pikkarainen, A. 2007. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa: Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, s. 87 - 114.

Porre-Mutkala, P. 2012. Hoidon laatu vanhainkodissa vanhusten ja omaisten kokemana. Pro-gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Pudas-Tähkä, S.-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Yliopisto, s. 46 - 57.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STM, Stakes, Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2008. Toimintatellit. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Helsinki, s. 286 - 293.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoidossa sekä hoidon ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Lapin Yliopisto.

Saarni, S., Luoma M-L., Koskinen, S. & Vaarama, M. 2012. Elämänlaatu. Teoksessa: Koskinen, S, Lundqvist, A. & Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy, s. 159 - 162.

Sarajärvi, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön - kuvaus toimintamallin kehittämisessä. Tutkimus. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avainhoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY.

Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa: Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, s. 14 - 32.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2010. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa: Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, s. 33 - 58.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sosiaalihuoltolaki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298.

Sormunen, S., Topo, P., Heimonen, S., Forsström, H. & Eloniemi-Sulkava, U. 2009. Koonnut: Salo, M. Suomen muistiasiantuntijat ry. Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittäminen - projektista 2005 - 2008. Loppuraportti. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön Toimintaohjelma 2009 - 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 18/2009. Valtion painatuskeskus 2009b. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1478007 [viitattu 27.1.2013].

STM. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva- työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Helsinki.

STM. 2012. Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012 - 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

Suomen perustuslaki 1999/731.

Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki, s. 192 - 203.

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Yliopistopaino.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava Ulla. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointi tutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 162. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuominen, L. 2012. Ikääntyneen kokemus oman tahdon toteutumisesta vanhainkodissa. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Yliopisto Turun yliopisto, s. 10 - 45.

Vaarama, M., Luoma, M-L., Siljander, E. & Meriläinen, S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S.

(toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, s. 150 - 167.

Vaarama, M. 2004. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, Oppaita 49. Saarijärvi: Gummeruksen Kirjapaino Oy, s. 11 - 18.

Vaarama, M. 2009. Poliittisesta kestävydestä. Teoksessa: Vaarama, M. (toim.) Ikäänntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja s. 3, 15, 119.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä S-L. 2005. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.

WHOQOL-group. 1996. WHOQOL BREF-introduction, administration, scoring and generic version of assessment. WHO The World Health Organization. Geneva. Saatavissa:

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7ByVRzaK5PoJ:www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf+&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEEShjrnG9uqzniT9x_EHlrek3v8jowv4HmoajpnYKYlsBAvniSxiRB_m6ysrM6DUjRWl3PG_8BZ97K1YTotRw8Oyz50qNzEj8ISwn0gRhZZQQWQs7K43LLuO8q4FCMLPdJl7ExX1o&sig=AHIEtbREsEXNMnsUUg_bIEyhbOewPHVcAw [viitattu 15.1.2013].

Voutilainen, P. 2006. Hoitotyön laatu ikääntyvien pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Tutkimuksia 142. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, s. 124 - 144.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peipponen, A. 2004. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes, Oppaita 49. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummeruksen Kirjapaino Oy, s. 38 - 42.

Ylä-Outinen, T. 2012. Ikäihmisten arki, kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Aihepiiriin liittyvät aikaisemmat tutkimukset

	Tekijä, aihe, paikka, vuosi	Tutkimuksen kohde, otanta	Tutkimusmetodi	Tutkimustulokset, pohdinta
1	Ylä-Outinen Tuulikki. Väitöskirja. Ikäihmisten arki – Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmisten kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Kuopion Yliopisto. 2012	Etelä-Karjalassa vuosina 2008-2010. Ylä-Outinen haastatteli tutkimukseensa kotona (19) ja palvelutalossa asuvia ikäihmisiä (8). Haastatellut kertoivat vapaasti elämänsä ja arkielämänsä.	Merkityksen ja sisällön analyysissa käytettiin sekä narratiivista että paradigmaattista päättelyä.	Hyvinvointia tuottavat asiat: *hyvinvointia tuottava asuminen *hyvinvointia tuottava ympäristö * omaisten mukanaolo arjessa* hyväksi koettu terveys ja toimintakyky *mielekäs toiminta *sosiaalinen kanssakäyminen *turvallisuutta ja hyvinvointia tuottavat viestintävälineet * hyvinvointia tuottavat palvelut
2	Räsänen Riitta. Väitöskirja. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto. 2011.	Ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa ja muutamassa yksityisessä hoitokodissa 11 kunnassa Jyväskylän seudulla vuosina 2006–2007 Tutkimusjoukko oli määrällisesti 679 henkilöä (vanhusta), näistä haastateltiin 294 henkilöä ja havainnoitiin 385 henkilöä.	Tutkimus oli kvantitatiivinen. Laadun arviointivälineinä tutkimuksessa käytettiin Care Keys – mittaristoa ja RAVA, MMSE, CSDD mittareita.	Hoidon laatu, tyytyväisyys asumiseen ja hoitajiin, vaikuttamismahdollisuudet, toimeentulo muiden asiakkaiden kanssa, tekemisen riittävyys sekä hyvä avun tarvetaavuus vaikuttivat vanhuksen elämänlaatuun myönteisesti. Havainnoinnin tulokset osoittivat, että elämästä on mahdollista nauttia myös iäkkäänä ja huonokuntoisena, vaikka masentuneisuus olikin yleistä. Sen toteuttaminen edellyttää gerontologista hoivan ammattityötä ja johtamista.

3	Vaarama Marja, Luoma Minna-Liisa, Siljander Eero & Meriläinen Satu. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu 2010.	Tutkimusaineisto koostuu 373:sta 80 vuotta täyttäneestä henkilöstä, jotka haastateltiin vuoden 2009 HYPÄ-tiedonkeruun osana. Tutkittavista 353:lta (95 %) saatiin vastaukset myös WHOQOLBref -mittarilla.	Tutkimusmenetelminä käytetään lineaarista ja logistista regressioanalyysia, jossa OR tai riskisuhteiden avulla kuvataan todennäköisyyttä kyseisen tekijän suhteen. Elämänlaatua mitattiin WHOQOL-Bref -mittarin eri ulottuvuuksien yksittäisiin kysymyksiin.	Suomalaisten iäkkäiden tyytyväisyys omaan terveyteensä ja koettu toimintakyky ovat parantuneet. He kokevat elämänlaatunsa pääasiassa hyväksi. Kohentuneeseen elämänlaatuun näyttää liittyvän myös kohentunut asumistaso. Suunta siis on hyvä ja valtaosa suomalaisista iäkkäistä nauttii entistä paremmasta terveydestä, hyvinvoinnista ja elämänlaadusta. Olennaisimmat riskitekijät ovat kuitenkin fyysisen toimintakyvyn aleneminen, yksinäisyys, masennus, pienituloisuus palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat ja tyytymättömyys palveluihin.
4	Martela Frank. Väitöskirja. Caring Connections - Compassionate mutuality in the organizational life of a nursing home. (Hoivayhteys – keskeinen inhimillinen voimavara kahdenkeskisessä hoivatyössä). Aalto University 2012.	Vanhainkodissa havainnoitavia, haastatteluja 26 hoitajan, 5 asukkaan ja 9 osastonhoitajan kanssa.	13 päivään osallistuvaa havainnointia ja haastatteluja. (Kesto yhteensä 27 tuntia ja translitteroituina kattoivat 400 sivua)	Keskittyy erityisesti hoivayhteyksiin kuudesta piirteestä, jotka vaaditaan molemmilta osapuolilta: *toisen huomioiminen yksilönä * läsnäolo tässä hetkessä *avautuminen toinen toiselle * jaetun tilan muodostaminen, tunnetilojen vahva virtaavuus *hoitavat toimenpiteet *vastavuoroiset kiitollisuuden osoitukset. Näissä hetkissä keskinäinen yhteys on vahva ja muodostuu pitkälti sanattoman, toiselle herkistyneen viestinnän kautta.

5	<p>Lamminniemi Terhi & Nurminen Katja Gerontologian ja kansan terveyden pro gradu – tutkielma. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Jyväskylän yliopisto Kevät 2008.</p>	<p>Palvelutalossa, hoiva- tai palvelukodissa asuvia. Tarkastelussa 65-vuotiaat tai vanhemmat haastatellut (n=253), joiden MMSE-arvo oli vähintään 15. Keski-ikä koko aineistossa oli 82,9 vuotta ja vaihteluväli 65-102. Naisia oli 75 %.</p>	<p>Aineiston keruussa on käytetty Care Keys-mittaria, jonka 16 elämänlaatua kartoittaneesta kysymyksestä muodostettiin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöulottuvuuden summamuuttujat hyvinvoinnin tuotantoteorian mukaisesti. Analyysimenetelmä käytettiin riippumattomien otosten t-testiä ja varianssianalyysiä (ANOVA).</p>	<p>Ympäri vuorokautisesti tuetun palveluasumisen piiriin kuuluvat vanhukset kokivat elinympäristönsä ja palvelut sekä niistä saamansa tuen paremmaksi kuin laitoshoidossa asuvat. Kognitiiviselta toimintakyvyltään normaalit tai lähes normaalit, kokivat olevansa tyytyväisempiä elämäänsä ja sosiaalisiin suhteisiinsa, kuin al. MMSE arvon saaneet. Hoiva-asumisessa asukkaat olivat tarmokkaampia ja tyytyväisempiä terveyteensä, selviytyvänsä päivittäisistä toimista paremmin ja vähäisemmän lääkehoidon turvin =fyysinen ulottuvuus kuin laitoshoidossa. Pienemmissä kunnissa asuvat kokivat paremmaksi myös elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden =onnellisuus, tyytyväisyys itsen ja omaan ulkomuotoon, elämästä nauttiminen, hermostuneisuus.</p>
6	<p>Topo Päivi, Sormunen Saira, Saarikalle Kristiina, Rääkkönen Outi & Eloniemi-Sulkava Ulla. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointi tutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes 2007.</p>	<p>8 yksikköä. 85 ihmistä havainnointiin. Hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta.</p>	<p>Tutkimus perustuu systemaattiseen havainnointiin Dementia Care Mapping (DCM) - menetelmällä. Tähän yhdistettiin havainnointien laadullista kirjaamista.</p>	<p>Asiakkaat voivat keskimäärin koht. hyvin. Nimettiin 17 hyvää käytäntöä, 4 ulottuvuutta: 1) Arvokkuuden ja minuuden ylläpitäminen, (aikuinen, tasavertaisuus, yksilöllinen huomiointi, toiminta, myönteisen palautteen antaminen, viihtyisyä ja turv. ympäristö 2) Läheisyyden ja yhteenkuuluvuuden rohkaiseminen, yhteinen nauru, huumori, vieraanvaraisuus omaisia kohtaan 3) Toimiminen, asiakkaan todellisuuden kunnioittaminen, 4) asiakkaan toimijuuden tukeminen, asiakkaan voimavarojen tukeminen, ulkoilu.</p>

7	<p>Malin Minna-Helena. Maisterintutkielma. Viherympäristön aktivoivat vaikutukset ikäihmisten palvelutaloyhteisössä. Helsingin yliopisto. 2010.</p>	<p>Tutkimus suoritettiin kesän 2009 aikana. Paimion Palvelukeskussäätiön Paltanpuiston palvelukeskuksessa. Paltanpuiston palvelukeskus on 28 -paikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö. Haastattelut toteutettiin asukkaille, keväällä 9, syksyllä 7. Ikäjakaumaltaan asukkaat olivat 70-88 -vuotiaita. Sen sijaan omaile (7) ja hoitohenkilökunnalle (13) annettiin haastattelulomakkeet.</p>	<p>Yksi haastattelu kesti keskimäärin 25 minuuttia. Haastatteluissa oli läsnä vain haastateltava ja haastattelija, tämä nauhoitettiin. Haastattelujen lisäksi pihan käyttöä havainnoitiin. Tutkimusote oli laadullinen. Tutkimusmenetelmänä triangulaatiota. Tutkimuksessa käytettiin menetelmänä haastatteluja, havainnointia ja kyselylomaketutkimusta sekä hyödynnettiin hoitajien keräämää tietoa asukkaiden ulkoilusta. Haastattelumenetelmänä asukkaille tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua.</p>	<p>Pääsääntöisesti sekä asukkaiden että omaisten ja hoitajien haastatteluista nousi esiin hyvin samankaltaisia asioita. Tulosten perusteella uloslähtemiseen vaikuttaneet syyt voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: turvallisuuteen, toiminnallisuuteen ja kokemuksellisuuteen. Huomion arvoista on, että nämä kaikki liittyvät oleellisesti toisiinsa ja niiden tarkka erottelu on vaikeaa. Keskeisimpiä tekijöitä, jotka aineistosta nousivat syyksi lähteä ulos, olivat tunne itsenäisyydestä, muut ihmiset sekä hyvä mieli.</p>
8	<p>Lehtosalo Tuula. Pro-gradu tutkielma. Itsemääräämisoikeus vanhusten palveluasumisessa Etnografinen tutkimus asukkaiden kokemuksista osallistua omaan arkeensa. Jyväskylän yliopisto. Syksy 2011.</p>	<p>Itäsuomalaisen kaupungin palvelutalo. Aineistona käytettiin 8 avointa asukashaastattelua, havainnointeja ja kenttäpäiväkirjaa ja päiväkirjaa.</p>	<p>Tutkimus tehtiin etnografisella tutkimusotteella. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Haastateltavat nauttivat valinnanmahdollisuuksistaan omassa arjessaan. He kokivat onnistumisen iloa saadessaan toimia omatoimisesti – kukin toimintakykynsä mahdoll. rajoissa – ja saivat samalla ajan kulumaan mielekkäästi. Heidän autonomian tunteensa sai heidät kokemaan olevansa "oman elämänsä herroja". He virkistyivät palvelutalon ohjelmatarjonnasta, jokainen oman valintansa mukaisista ohjelmista. Muutamalla asukkaalla itsemääräämisoikeus rajoittivat kokemukset vähäisestä vaikuttamis mahdollisuuksista yhteisön asioihin ja niistä saatava vähäinen informaatio, kaipuu saada osallistua enemmän arkiaskareisiin ja yksinäisyyden kokeminen.</p>

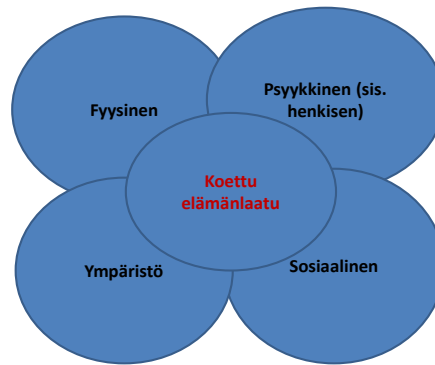
9	Karhinen Panu. Pro Gradu - tutkielma. Matkalla palvelutaloon, Ikääntyneiden käsityksiä merkityksellisestä toiminnasta ja odotuksia siinä tapahtuvista muutoksista palvelutaloon muutettaessa. Jyväskylän yliopisto 2009.	Jyväskylän tehostettuun palveluasumiseen jonottavien yli 65-vuotiaiden ihmisten käsitykset itselleen merkityksellisestä toiminnasta ja odotukset siinä tapahtuvista muutoksista palvelutaloon muutettaessa. Haastatteluja oli yhteensä 5. Haastateltavat olivat 84-91-vuoden ikäisiä.	Haastatteleamalla hankittu aineisto on analysoitu laadullista induktiivista sisällönanalyysimenetelmää käyttäen. Haastatteluiden pituudet 1-2 h.	Pääluokat: 1. yhteys ulkomaailmaan osana merkityksellistä toimintaa, 2. yhteys ihmisiin osana merkityksellistä toimintaa, 3. arjen tavat ja rutiiinit osana merkityksellistä toimintaa, 4. tekniikka osana merkityksellistä toimintaa ja 5. viihde ja viihtyminen osana merkityksellistä toimintaa. Tutkimus vahvistaa aikaisempaa käsitystä sosiaalisen toiminnan tärkeydestä mielekkään elämän kokemisen kannalta.
10	Eloranta Sini. Väitöskirja. Supporting older peoples independent living at home through social and health care Collaboration. (Sosiaali- Ja terveydenhuollon yhteistyö ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa). Turun Yliopisto 2009.	200 kotihoidon asiakasta, 570 työntekijää (485 kotipalvelutyöntekijää, 81 kotish, 4 lääkäriä.	Aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluilla ja analysoitiin sisällön analyysillä. Ryhmien välisiä eroja tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia, Pearson kiihin neliötestiä ja Fisherin tarkan todennäköisyyden testiä.	Iäkkäiden asiakkaiden voimavarat muodostuivat: elämäntahdon tunteesta ja toimintatahdon säilymisestä. Voimaa arkeen saivat: harrastuksista, sosiaalisesta verkosta. Haasteet: ulkopuolisten asettamat ehdot, terveydentilan heikkeneminen, yksinäisyys.
11	Tuominen Leena. Pro gradu tutkielama. Ikääntyneen kokemus oman tahdon toteutumisesta vanhainkodissa. Turun yliopisto. 2012.	Etelä- Suomessa, yli 65 vuotiaita (n=15), yli 3kk laitoshoidossa olleita ikäntyneitä, 4 vanhainkotiä. Ei muistisairautta.	Aineisto analysoitiin induktiivisesti noudattaen fenomenologista lähestymistapaa, soveltaen Perttulan tekemää muunnosta Giorgion fenomenologisesta analyysimenetelmästä.	Ikääntyneet kuvasivat omaa tahtoa, oman mielenmuk. toimintana, mahdollisuutena määrätä omista asioista ja omista oikeuksista kiinni pitämisenä. Tahdon toteut. ilmeni: tyytyväisyytenä nukkumaanmenoaikaan, pukeutumiseen, peseytymi-ssä, ravintemusasioihin vaikuttamisessa, vapaaseen liikkumiseen seurusteleminen omaisten kanssa, oman huoneen rauhaan ja mahdollisuutena säädellä omaa yksityisyyttä. Ei totetunut, esteenä mm. hoitajien kiire, kielteinen asenne, säädökset, riippuvuus hoitajasta.

12	Sormunen Saira, Topo Päivi , Stakes, Heimonen Sirkkaliisa , Ikäinstituutti ja Forsström Helena, Folkhälsanin ja Eloniemi-Sulkava Ulla Suomen muistiasiantuntijat ry. Koonnut: Salo Marja. 2009. Suomen muistiasiantuntijat ry. Loppuraportti Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittäminen –projektista 2005-2008.	Mukana projektissa on ollut 2005-2008 24 yksikköä kaikkiaan. Niistä 20 on muistisairaille tarkoitettuja pitkäaikaisen hoidon yksiköitä. 2 yksiköistä on ruotsinkielisiä dementiaakoteja. 1 yksikkö on ns.sekayksikkö ja 1 lyhytaikaishoitoa tarjoava yksikkö. Vuosina 2005- 2007 16 yksikköä. Heistä on havainnointitietoja koottiin 89 asukkaasta. Näistä havainnoiduista asukkaista 65 asukkaasta on havainnointia vähintään 30 aikayksiköltä eli 2½ tunnin ajalta. Vuonna 2008 kaikkiaan 10 eri yksikössä 47 asukkaasta. Niistä 5 oli uusinta-arviointeja.	Kehitetty menetelmä nimettiin projektin kuluessa Elo-D (elämänlaadun observointi dementia-työssä). Projektin aikana kehitetyssä Elo-D -menetelmässä kerätään tietoa eri lähteistä pääosin havainnoimalla asiakasta hänen elinympäristössään.	Keskeisiä osaamisen vahvistamisen alueita muistisairaana ihmisen hoidon erityisvaateidenhuomioimiseksi on: ravitsemus,toiminta kyvyn mittaaminen ja arviointi, elämänhistorian käyttö hoitotyön suunnit-telussa, omaisyhteistyö, liikunta ja lääkehoito. Suurimmat kehittämistarpeet näyttävät arviointikoke- muksen perusteella olevan: asiakaskeskeisyys, vuorovai- kutuksen ja kohtaamisen laatu,toimintamahdollisuuksi- en tarjonta, yhteisöllisyys, ulkoilu. Ihmisen psykososi- aalista hyvinvointia edistäviä tekijöitä ovat 1. identiteetin tukeminen erityisesti vuoro- vaikutuksen keinoin, 2. mielekäs toiminta, 3. turval- lisuus ja turvallisuuden tunne sekä 4. yhteisyys merkityk- sessä olla hyväksytyt omana itsenään ja tuntee kuuluvansa joukkoon.
13	Porre-Mutkala Päivi. Hoidon laatu vanhainkodissa vanhusten ja omaisten kokemana. Pro gradu tutkielma. Tampere 2012.	Osallistui viisi vanhusta ja viisi omaista.	Teemahaastattelu. Laadullinen sisällön analyysi.	Hankalinta, kun omahoitaja vaihtui usein. Vanhukset hyötyivät Hoito- ja palvelusuunnitelman ja hoitoneuvotteluiden kehittämisestä. Hoito- ja palvelusuunnitelma humioi vanhukset tarpeet ja voimavarat.

Käsitekartta, tutkimustulosten avaaminen ja muodostaminen

Elämänlaatu on pääkäsite

Elämänlaadun ulottuvuudet



Alla kuvat havainnollistavat eri ulottuvuuksien käsitteiden ja tutkimustulosten avaamista ja uudelleen muodostumista tässä opinnäytetyössä.

	➔	➔	
Aiemmista tutkimuksista avatut tulokset	Koonti	Alaluokat	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> *hyväksi koettu terveys ja toimintakyky *hoitavat toimenpiteet *hoiva-asumisessa asukkaat olivat tarmokkaampia ja tyytyväisempiä terveyteensä, selviytyvänsä päivittäisistä toimista paremmin ja vähäisemmän lääkeshoidon turvin kuin laitoshoidossa. * asiakkaan toimijuuden tukeminen, asiakkaan voimavarojen tukeminen, ulkoilu. * terveydentilan heikkeneminen, yksinäisyys * Tahdon toteutuminen ilmeni: tyytyväisyytenä nukkumaanmenoaikaan, pukeutumiseen, peseytymisessä, ravitsemusasioihin vaikuttamisessa, vapaaseen liikkumiseen *Asukkaan tilanteen kartoitus on avainasemassa *ravitsemus, * toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi, * elämänhistorian käyttö hoitotyön suunnittelussa * liikunta * lääkehoito * ulkoilu. *yksilöllistä ja jatkuvaa hoitoa. 	<p>Yksilöllinen hoito</p> <ul style="list-style-type: none"> - hyvä alkukartoitus -terveydentilan huomioiti - lääkehoito - elämänhistorian huomioiminen <p>Voimavarojen tukeminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - toimintakyvyn huomiointi <p>Oma vaikutusmahdollisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - nukkumaanmeno - ravinto - pukeutuminen -peseytyminen - liikunta, ulkoilu 	<p>Yksilöllinen hoito</p> <p>Voimavarojen tukeminen</p> <p>Vaikutusmahdollisuus</p>	<p>Fyysinen ulottuvuus</p>

Kuva 1. Tässä on kuvaus fyysisten tekijöiden muodostumisesta.

Aiemmista tutkimuksista avatut tulokset	Koonti	Alaluokat	Yläluokka
<p>*vanhus voi edes jossain määrin vaikuttaa oman päivänsä kulkuun, omaan arkeensa.</p> <p>*aiemman elämäntyylin huomioiminen</p> <p>*saa edelleen tehdä itselleen merkityksellisiä asioita</p> <p>*mielekäs toiminta</p> <p>*pienemmissä kunnissa asuvat kokivat paremmaksi myös elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden (=onnellisuus, tyytyväisyys itseen ja omaan ulkomuotoon, elämästä nauttiminen, hermostuneisuus).</p> <p>* arvokkuuden ja minuuden ylläpitäminen</p> <p>* aikuinen, tasavertaisuus,</p> <p>* yksilöllinen huomiointi, toiminta, myönteisen palautteen antaminen,</p> <p>*toimiminen, asiakkaan todellisuuden kunnioittaminen,</p> <p>*syyksi lähteä ulos, olivat tunne itsenäisyydestä, hyvä mieli.</p> <p>*valinnanmahdollisuuksistaan omassa arjessaan.</p> <p>*onnistumisen iloa saadessaan toimia omatoimisesti – kukin toimintakykynsä mahdollistamissa rajoissa – ja saivat samalla ajan kulumaan mielekkäästi.</p> <p>* autonomian tunteensa sai heidät kokemaan olevansa "oman elämänsä herroja".</p> <p>* yhteys ulkomaailmaan osana merkityksellistä toimintaa,</p> <p>* arjen tavat ja rutiinit osana merkityksellistä toimintaa,</p> <p>*elämönhallinnan tunteesta ja toimintatahdon säilymisestä.</p> <p>* voimaa arkeen saivat: harrastuksista,</p> <p>*ikääntyneet kuvasivat omaa tahtoa, oman mielenmukaisena toimintana, mahdollisuutena määrätä omista asioista ja omista oikeuksista kiinni pitämisenä. Tahdon toteutuminen ilmeni: vaikutusmahdollisuus vapaaseen liikkumiseen, seurustelemiseen omaisten kanssa, oman huoneen rauhaan ja mahdollisuutena säädellä omaa yksityisyyttä.</p> <p>* asiakkaan odotuksiin ja toiveisiin vastaaminen</p> <p>*yksiköllinen ja kunnioittava kohtaaminen</p> <p>*itsemääräämisoikeuden toteuttaminen.</p> <p>*tunnelma.</p> <p>* nautinnon hetket parantaa hyvinvointia</p> <p>*on oleellista tunnistaa asukkaan mieliala ja sen tulisi olla etusijalla hoitosuunnitelmissa.</p> <p>* asukkaan tilanteen kartoitus on avainasemassa.</p> <p>* elämänhistorian käyttö hoitotyön suunnittelussa,</p> <p>* asiakaskeskeisyys,</p> <p>* kohtaamisen laatu,</p> <p>* toimintamahdollisuuksien tarjonta,</p> <p>* identiteetin tukeminen erityisesti vuorovaikutuksen keinoin,</p> <p>* mielekäs toiminta,</p> <p>* turvallisuuden tunne</p> <p>* yhteisyys merkityksessä olla hyväksytty omana itsenään ja tuntea kuuluvansa joukkoon.</p>	<p>Asukkaan hyvä tilannekartoitus</p> <p>Aiemman elämäntyylin huomioiminen</p> <p>* valintojen mahdollisuus arjessa</p> <p>*saa tehdä itselleen merkityksellisiä asioita</p> <p>* "oman elämän herra"</p> <p>*mielekäs toiminta</p> <p>Arvokkuuden ja minuuden säilyttäminen</p> <p>Yksilöllinen kunnioittava kohtaaminen</p> <p>Mielekäs arki</p> <p>Asiakaskeskeisyys</p> <p>Asukkaan odotukset ja toiveet huomioidaan</p>	<p>Elämänhistorian ja -tyylin huomioiminen</p> <p>Vaikutus mahdollisuus omaan arkeen</p> <p>Arvokkuuden ja minuuden ylläpitäminen</p> <p>Mielekäs arki ja toiminta</p> <p>Yksilöllinen ja kunnioittava kohtaaminen</p> <p>Elämönhallinnan tunteen säilyttämisen tukeminen</p>	<p>Psyykinen ulottuvuus</p>

Kuva 2. Psyykkisten tekijöiden muodostuminen.

Aiemmista tutkimuksista avatut tulokset	Koonti	Alaluokat	Yläluokka
<p>*mielekkäät ihmissuhteet, niin omien läheisten kanssa kuin muiden asiakkaiden ja hoitajien kanssa. *Erityisesti hoitajien läsnäolo ja vuorovaikutustaidot sekä hoitajien antaman ajan riittävyys vaikuttavat elämänlaatuun.</p> <p>*yllättäen tyytyväisyys hoitajiin ja heiltä saatuun aikaan ei ollut sidoksissa henkilöstön määrään!</p> <p>* omaisten mukanaolo arjessa</p> <p>*sosiaalinen kanssakäyminen</p> <p>*toisen huomioiminen yksilönä</p> <p>*läsnäolo tässä hetkessä</p> <p>*avautuminen toinen toiselle</p> <p>*jaetun tilan muodostaminen, tunnetilojen vahva virtaavuus</p> <p>* vastavuoroiset kiitollisuuden osoitukset</p> <p>*läheisyyden ja yhteenkuuluvuuden rohkaiseminen, yhteinen nauru, huumori</p> <p>* vieraanvaraisuus omaisia kohtaan</p> <p>* muut ihmiset sekä hyvä mieli.</p> <p>* yhteys ihmisiin osana merkityksellistä toimintaa,</p> <p>* voimaa arkeen saivat sosiaalisesta verkosta.</p> <p>* yksinäisyys</p> <p>* vuorovaikutuksen ja</p> <p>* kohtaamisen laatu</p> <p>* asiakaskeskeisyys</p> <p>* omaisyhteistyö</p> <p>* yhteisöllisyys</p> <p>* identiteetin tukeminen erityisesti vuorovaikutuksen keinoin</p> <p>* yhteisyys merkityksessä olla hyväksytty omana itsenään ja tuntea kuuluvansa joukkoon.</p> <p>*Omaisten osallistumista hoitoon tulisi mahdollistaa.</p>	<p>Omaiset ja läheiset mukana arjessa yhteistyö omaisten kanssa</p> <p>Yhteisöllisyys muiden asukkaiden kanssa</p> <p>Vuorovaikutus</p> <p>*huumori</p> <p>*hoitajien läsnäolon tärkeys</p> <p>Yksilöllisyyden merkitys, huomioiminen</p> <p>Vuorovaikutuksen tärkeys, kohtaamisen laatu</p>	<p>Omaisyhteistyö</p> <p>Yhteisöllisyyden huomioiminen</p> <p>Yksilöllinen huomioiminen = Asukaskeskeisyys</p> <p>Identiteetin tukeminen vuorovaikutuksen keinoin</p> <p>Hoitajan läsnäolon merkityksellisyys</p>	<p>Sosiaalinen ulottuvuus</p>

Kuva 3. Sosiaalisten tekijöiden muodostuminen.

Aiemmista tutkimuksista avatut tulokset	Koonti	Alaluokat	Yläluokka
<p>* asuinympäristön tulee olla riittävän kodinomaisen ja vastata ikääntyneiden tarpeita</p> <p>* hyvinvointia tuottava asuminen</p> <p>*hyvinvointia tuottava ympäristö</p> <p>*turvallisuutta ja hyvinvointia tuottavat viestintävälineet</p> <p>* hyvinvointia tuottavat palvelut</p> <p>* tekniikka osana merkityksellistä toimintaa</p> <p>* viihde ja viihtyminen osana merkityksellistä toimintaa.</p> <p>* oman huoneen rauhaan ja mahdollisuutena säädellä omaa yksityisyyttä.</p> <p>* rakenteisiin liittyvät turvalliset, kodinomaiset asumis- ja hoitotilat.</p> <p>* kohentuneeseen elämänlaatuun näyttää liittyvän myös kohentunut asumistaso.</p>	<p>Ikääntyneen tarpeet huomioiva ympäristö</p> <p>Kodinomaisuus, viihtyvyys</p> <p>Turvallisuus</p> <p>*rakenteet</p> <p>*tekniikka</p> <p>Mahdollisuus säädellä yksityisyyttä</p>	<p>Kodinomaisuus</p> <p>Turvallisuus</p> <p>Viihtyvyys</p> <p>Tarpeet huomioiva ympäristö</p>	<p>Ympäristö- ulottuvuus</p>

Kuva 4. Ympäristötekijöiden muodostuminen.

ELÄMÄNLAATUMITTARIN SISÄLTÖ AIHEALUEITTAIN

Mistä nousseet: LA = laki/suositus, TE = teoria, TU = tutkimukset, FY = fyysinen - , SOS = sosiaalinen - , PSY = psyykinen - ja YMP = ympäristö tekijä.

ELÄMÄNLAATUMITTARI aihealueittain	
Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen asukkaan tarpeiden pohjalta (omahoitaja, asukas, omainen) suunnitelma, toteutus, arviointi Päivitys vähintään 3kk välein	LA TE TU FYS PSYK SOS YMP
Omahoitajuuden syventäminen	LA TE TU
Elämäntulon huomioiminen	LA, TE TU FYS PSYK SOS YMP
Hoitotahdon selvittäminen ja kirjaaminen	LA, TE TU
Toimintakyvyn, voimavarojen kartoitus ja tukeminen mielekkäässä arjessa	LA, TE, TU FYS PSYK SOS YMP
Asukkaan toiveiden ja tarpeiden kokonaisvaltainen kartoitus, toteutus, arviointi <ul style="list-style-type: none"> • Asukkaan turvallisuuden tunteen tukeminen 	TE, TU FYS PSYK SOS YMP
Omaisyyhteistyön syventäminen	LA, TE TU SOS
Yhteisöllisyyden huomioiminen	LA, TU SOS