



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Hoidon laatu dementia-ryhmäkodeissa omaisten näkökulmasta

Aronen, Hanna

Hirvonen, Hanna-Liisa

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Hoidon laatu dementiaryhmäkodeissa omaisten näkökulmasta

Hanna Aronen
Hanna-Liisa Hirvonen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2012

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Aronen Hanna, Hirvonen Hanna-Liisa

Hoidon laatu dementiaryhmäkoteissa omaisten näkökulmasta

Vuosi 2012 Sivumäärä 53

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää omaisten näkemys hoidon laadusta dementiaryhmäkoteissa: mikä on omaisten mielestä hoidossa hyvää ja mikä kaipaisi kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on parantaa dementiaryhmäkotien asukkaiden elämänlaatua, kehittämällä hoidon laatua omaisnäkökulmaa tutkimalla. Tutkimuskysymykset olivat 1. Mikä on omaisten mielestä hoidossa hyvää ja 2. Mikä hoidossa kaipaisi kehittämistä.

Opinnäytetyö toteutettiin hyödyntämällä määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu toteutettiin Helsingissä Syystien vanhustenkeskuksen kuudessa ryhmäkodissa maaliskuun 2012 aikana. Aineisto kerättiin itse laaditulla ja esitestatulla kyselylomakkeella, joita jaettiin ryhmäkoteihin ja hoitajien toimesta lähetettiin suoraan omaisille yhteensä 82 kappaletta. Vastausprosentti oli 61 % (N=50). Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla.

Vastaajista suurin osa oli joko täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat tyytyväisiä läheisensä saamaan hoitoon. Tutkimustuloksista kävi myös ilmi, että omaiset olivat tyytyväisimpiä henkilökunnan ystävällisyyteen ja tilojen siisteyteen. Suurimmalle osalle vastaajista oli tarjottu mahdollisuutta osallistua hoitoneuvotteluun. Lisäksi suurin osa omaisista oli sitä mieltä, että henkilökunnan kanssa keskustelu on helppoa asukkaan hoitoon liittyvistä asioissa.

Vastauksien perusteella omaiset olivat vähiten tyytyväisiä henkilökunnan määrään. Yli kolmasosa oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että henkilökuntaa on riittävästi. Viidesosa vastaajista ei ollut tyytyväisiä tiedonsaantiin asukkaan vointiin ja hoitoon liittyen. Neljäsosa kyselyn vastaajista koki omaisensa tuntevan yksinäisyyttä. Lisäksi ulkoilumahdollisuuksia kaivattiin lisää. Myös viriketoimintaa koskevat vastaukset antoivat olettaa, että omaisten mielestä kehitettävää olisi sekä sisällöissä että määrässä.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla laadun parantamisen kehittämissuhteet omaisten näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksen voisi uusia tietyn ajan kuluttua ja verrata aiempiin tuloksiin tai toteuttaa samanlaisena toisissa yksiköissä ja mahdollisesti vertailla myös eri yksiköiden tuloksia keskenään.

Asiasanat: Alzheimer, Dementia, Dementiaryhmäkoti, Hoidon laatu, Omaiset, Kyselytutkimus, Vanhustenkeskus

Laurea University of Applied Sciences
 Laurea Otaniemi
 Nursing

Abstract

Aronen Hanna, Hirvonen Hanna-Liisa

The quality of care at dementia units from relative's point of view

Year	2012	Pages	53
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to find out about the residents' family members' opinions and views of the quality of care at Dementia Units. The aim of this study is to help to develop the quality of care and thereby to improve the quality of life of the residents in Dementia Units. The study questions were 1. What is good about the care according to relatives and 2. What needs developing about the care.

The thesis was carried out by using a quantitative study method. The data was collected in six Dementia Units at Syystie Senior Center in Helsinki during March and April 2012 with 82 self made and pre-tested questionnaires which were addressed to the units and some directly to the relatives by staff members. The total of 50 family members of the residents participated in the survey. The answers were analysed by using the SPSS -programme.

The majority of the respondents fully or almost fully agreed upon they were satisfied with the care their relatives received. The results indicate that the participants were most satisfied with the friendliness of the staff and the tidiness of the facilities. The majority of the respondents agreed that they had been offered a chance to participate in the patient care conference. In addition, most of the relatives agreed upon that it is easy to discuss with the staff matters involving the discussions resident's care and condition with the staff.

The results indicate that relatives are least satisfied with the number of the staff. More than one third of the respondents disagreed or strongly disagreed, upon there being a sufficient number of staff. One fifth of the respondents were not satisfied with the information they received about the care and condition of their relatives. A quarter of the participants of the questionnaire experienced that their relative felt lonely at times. In addition the resident's possibilities to get help to go outdoors needed increasing as well. Also answers about recreation at activities indicate that there is a need for improvement both in content and quantity.

One subject for further studies could be the improvement of the quality of the care from relatives point of view. The study could also be repeated after a certain period of time or organized in other units. The results could be then compared between the units and against previous studies.

Keywords: Alzheimer's disease, Dementia, Dementia Unit, Quality of care, Relative, Survey, Senior Center

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Syystien monipuolinen vanhustenkeskus.....	7
3	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.....	8
	3.1 Muistisairaudet	8
	3.2 Dementia	10
	3.3 Palveluasuminen	11
	3.4 Hoidon laatu	12
	3.5 Omainen	13
4	Vanhusten hoidon laatu aiempien tutkimusten mukaan	13
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	17
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	17
	6.1 Aineiston keruu	17
	6.2 Aineiston analysointi.....	19
7	Tutkimustulokset.....	20
	7.1 Kohderyhmän kuvaus	20
	7.2 Omaisten arvioima hoidon laatu.....	21
	7.3 Hoidon laadun kehittäminen omaisten näkökulmasta	26
	7.4 Yhteenveto tuloksista	31
8	Pohdinta	33
	8.1 Opinnäytetyön luotettavuus.....	33
	8.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset.....	35
	8.3 Tulosten tarkastelu	37
	8.4 Jatkotutkimusehdotukset	40
	Lähteet	42
	Liitteet.....	46

1 Johdanto

Väestön keski-ikä nousee Suomessa, koska ihmiset elävät yhä pidempään. Tähän haasteeseen pyritään vastaamaan muun muassa muuttamalla vanhuspolitiikkaa avohoitopainotteiseksi. Tällöin omaisten ja läheisten merkitys vanhusten hoidossa korostuu. Omaisten ja hoitohenkilöstön välisiä yhteistyömuotoja tulee siis kehittää, jotta tulevaisuudessa vanhustyön haasteisiin voitaisiin vastata. (Laitinen- Junkkari 1999.)

Vanhusten hoidon laadusta on käyty vilkkaasti julkista keskustelua viime vuosina. Niin sanotun vanhuspalvelulain (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012) tarkoitus on nostaa osa laatusuosituksissa olevista asioista lain tasolle, jolloin valvontaviranomaisille luodaan edellytykset vanhuspalvelujen laadun valvonnalle (Voutilainen 2010). Tulevaan lakiin ei näillä näkymin olla säätämässä asetusta hoitohenkilöstön minimi mitoituksista, mikä on nostanut paljon keskustelua. Tavoitteena on, että vuoden 2012 aikana hallituksen esitys voidaan antaa eduskunnalle ja että se tulisi voimaan vuoden 2013 aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Suomessa suuntaus on selkeästi kohti eriytyntä dementiahoitoa, koska tutkimustulosten mukaan dementoituneiden asiakkaiden hoidon erityispiirteet pystytään ottamaan huomioon parhaiten muistisairauksiin keskittyneissä erityisyksiköissä. Lisäksi henkilökunnan työhyvinvointi on erityisyksiköissä parempi. Toisaalta kaikkia pitkäaikaishoidon yksiköitä tulisi kehittää muistisairaiden tarpeita vastaaviksi, sillä 85 % ympärivuorokautisessa hoidossa asuvista on dementoituneita. (Juva ym. 2010.)

Tulevaisuuden palvelukonseptiksi on Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelustrategiassa määritelty monipuolinen vanhustenkeskus. Monipuolinen vanhustenkeskus on kaupungin johtama tietyn alueen vanhusväestölle palveluja ja toimintamahdollisuuksia tuottava verkostokokonaisuus. Tarkoituksena osaltaan on saada avopalvelut sekä ympärivuorokautinen hoito yhdistettyä toimivaksi kokonaisuudeksi. Keskeistä myös uudessa toimintamallissa on ennaltaehkäisevät ja toimintakykyä monipuolisesti tukevat palvelut, jotka ovat joustavasti saatavilla. Lisäksi vanhusten keskuksissa voidaan hyödyntää kolmannen sektorin palveluita sekä yrityksiä. (Helsingin kaupungin sosiaalilautakunta 2009.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää omaisten näkemys hoidon laadusta dementia-ryhmäkodeissa, mikä on omaisten mielestä hoidossa hyvää ja mikä kaipaisi kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on parantaa dementia-ryhmäkotiin asukkaiden elämänlaatua, kehittämällä hoidon laatua omaisnäkökulmaa tutkimalla.

Teimme opinnäytetyömme Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Syystien monipuolisen vanhustenkeskuksen dementiaryhmäkodeissa. Syystien vanhustenkeskuksessa on juuri siirrytty viime syksyn ja tämän vuoden alun aikana aiemmasta palvelutalotoiminnasta monipuoliseen vanhustenkeskusmalliin.

2 Syystien monipuolinen vanhustenkeskus

Monipuoliseen vanhustenkeskukseen kuuluvat avopalvelut, joita lähialueen kotona asuvat vanhukset voivat hyödyntää kuten palvelukeskus, omaishoidon toimintakeskus ja päivätoiminta lisäksi siihen kuuluvat ympärivuorokautisia palveluita kuten lyhyt aikaishoito, arviointijaksot sekä palvelu- ja ryhmäasuminen. (Helsingin kaupunki 2006.)

Ryhmäkodit, joihin opinnäytetyömme suuntautui, ovat joko 13- tai 14-paikkaisia dementiaryhmäkoteja. Kahdessa ryhmäkodeista on oma sauna, joka on kaikkien käytettävissä. Jokaisella asukkaalla on oma huone, toisilla myös oma wc-/suihkutila ja toiset jakavat suihkutilan toisen asukkaan kanssa. (Syystien vanhustenkeskus -opas 2011.)

Syystien motto on ”Iloa elämään ja liikettä niveliin”. Jokaiselle asukkaalle tehdään yhteistyössä asukkaan, omaisen ja moni ammatillisen työryhmän kanssa hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan kirjataan asukkaan tarvitsema apu ja tuki sekä suunnitelma sen toteuttamisesta. Hoitotyönsuunnitelma arvioidaan säännöllisesti tietyin aikavälein tai asukkaan tilanteen oleellisesti muuttuessa. Arvioinnin yhteydessä suunnitelmaa muokataan tarpeen mukaan. Lääkäripalvelut asukkaat saavat kotihoidonlääkäriltä, joka on paikalla kerran viikossa ja muutoin hoitajien tavoitettavissa puhelimitse. Akuuteissa tilanteissa virka-ajan ulkopuolella asukkaat käyttävät päivystyspoliklinikkaa. (Syystien vanhustenkeskus- opas 2011)

Jokaiselle asukkaalle nimetään vastuuhoitaja, joka toimii asukkaan hoidon asiantuntijana, yhteyshenkilönä omaisiin ja auttaa asukkaitaan aina ollessaan työvuorossa. Vastuuhoitaja järjestää asukkaan muuttaessa ryhmäkotiin hoitoneuvottelun, johon osallistuu vastuuhoitajan lisäksi moniammatillinen tiimi sekä asukas ja omaiset mahdollisuuksien mukaan. (Syystien vanhustenkeskus- opas 2011.)

Asukkaalla on mahdollisuus asua vanhustenkeskuksessa elämänsä loppuun saakka. Niinpä toiminnalla pyritään tukemaan ja vahvistamaan asukkaiden jäljellä olevia voimavaroja tämän mahdollistamiseksi. Talossa on tarjolla monipuolista viriketoimintaa hoitajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeutin, sosiaaliohjaajien sekä viriketyöntekijöiden toimesta.

Yhteisiä juhlia järjestetään kansallisina juhlapyhinä sekä muulloin retkeillään ja ulkoillaan. (Syystien vanhustenkeskus-opas 2011.)

3 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Muistisairaudet

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten dementia-asteiseen tiedonkäsittelyn ja muistin heikentymiseen. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron sairaudet, Lewyn kappale-patologiaan liittyvät sairaudet, Parkinsonintaudin muistisairaus sekä otsa- ohimolohkorappeumat. (Erkinjuntti ym. 2010.)

Suomessa on arviolta noin 89 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa. Muistisairaudet ovat tärkein ikääntyneiden pitkäaikaista avuntarvetta aiheuttava sairausryhmä. Tällä hetkellä kaksi kolmasosaa terveydenhuollon kokonaismenoista muodostuu yli 65-vuotiaiden palvelujen käytöstä. Tulevina vuosikymmeninä väestön vanhetessa muistisairauksien merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle korostuu. (Martikainen ym. 2010.)

Etenevää muistisairautta sairastavista 70 %:lla on *Alzheimerin tauti*. Se on siis yleisin etenevä muistisairaus. Alzheimerin taudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä kaikissa ikäryhmissä ja se on yleisempi naisilla. (Erkinjuntti ym. 2010.) Sairaus alkaa muistihäiriöillä ja ensimmäisiä oireita ovat mieleen painamisen heikentyminen ja uuden oppimisen vaikeutuminen. Erityisesti lähimuisti heikkenee ja asiat ja asioiden tapahtumajärjestys menevät helposti sekaisin. Alzheimerin taudin edetessä toimintakyky heikkenee jolloin sairastunut tarvitsee yhä enemmän apua arjen toiminnoissa. Tautiin saattaa liittyä myös hahmottamisen, kielellisiä ja kätevyysvaikeuksia. Näiden seurauksena ajan ja paikan taju heikkenee, puheen tuottaminen ja ymmärtäminen vaikeutuu sekä kyky käyttää erilaisia välineitä heikkenee. Sairastuneen persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt saattavat silti olla suhteellisen hyvin säilyneitä. Useimmilla ilmenee taudin jossain vaiheessa käytösoireita, joihin luetaan esimerkiksi ahdistuneisuus, vaeltelu, harhaisuus, masennus, apatia ja levottomuus. (Muistiliitto 2011.) Diagnoosi perustuu tyyppilliseen oirekuvaan sekä tautia tukeviin kliinisiin, neuropsykologisiin, kuvantamis- ja laboratoriolöydöksiin (Erkinjuntti ym. 2010).

Vaskulaarinen eli verisuoniperäinen kognitiivinen heikentyminen on toiseksi yleisin muistisairaus. Se liittyy aivojen verisuonten vaurioihin ja erityyppisiin aivoverenkiertohäiriöihin. Vaskulaarinen kognitiivisen heikentymän riskiä lisäävät kohonnut verenpaine, koronaaritauti, sydäninfarkti, tupakointi, diabetes sekä aivohalvaukseen liittyvät aivoverenkiertohäiriöt. (Muistiliitto 2011.) *Verisuoniperäisen muistisairauden* varhaisoireisiin kuuluvat usein lievä muistihäiriö, kielelliset oireet (afasia), haparoivuus ja kömpelyys (apraksia), hahmottamisvaikeudet (agnosia) ja kävelyvaikeudet. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010.)

Alzheimerin tauti ja aivoverenkierron sairaus yhdessä on etenevien muistisairauksien alatyyppejä, joka on jäänyt vähälle huomiolle. Se on merkittävä etenkin vanhemmissa ikäryhmissä ja saattaa tulevaisuudessa olla yleisin alatyyppejä. Osalla sairastuneista on tyypillinen Alzheimerin taudin kuva, osalla taas enemmän vaskulaarisiin syihin viittaavia piirteitä kuten häiriön nopea alkua. (Erkinjuntti ym.2010.)

Lewyn kappale -taudille ominaisia ovat tiedonkäsittelyyn liittyvien ongelmien lisäksi toistuvat näköharhat, ekstrapyramidaalioireet (jäähmys, hitaus ja kävelyvaikeus) sekä vireyden ja kognitiivisten toimintojen vaihtelu. Sairauteen liittyy myös REM-unen aikaiset käytösoireet ja herkkyyttä psykoosilääkkeille. Potilaat ovat herkkiä saattavat muuttua sekaviksi ja kävelykyvyttömiksi jo pienistä psykoosilääkeannoksista (Erkinjuntti 2010). Lewyn kappale - tauti alkaa hitaasti ja on hieman yleisempi miehillä. Taudin kesto on keskimäärin kahdeksan vuotta. Muistimuutokset eivät ole alkuvaiheessa tyypillisiä. On tärkeää aloittaa fysioterapia ja kävelyharjoitukset sairauden varhaisvaiheessa liikkumiskyvyn ylläpitämiseksi. (Erkinjuntti & Sulkava 2010.)

Parkinsonin tautia sairastavista noin 80%:lle kehittyy dementia. Parkinsonin taudin kognitiivisia oireita ovat tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, avaruudellisen hahmottamisen ja muistitoimintojen heikkeneminen. Lisäksi esiintyy aloitekyvyn heikentymistä, persoonallisuuden muuttumista, näköharjoja, harhaluuloja ja väsymystä. (Rinne 2010.)

Otsa-ohimolohkorappeuma on yleisnimitys ryhmälle oireyhtymiä, joille on tyypillistä aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuva oireisto. Otsa-ohimolohkorappeumiin kuuluu kolme syndroomaa: frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. (Rinne & Remes 2010.)

Yleisimmässä alatyypissä frontotemporaalisessa dementiaassa keskeistä on persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos (esimerkiksi estottomuus). Muisti on alkuvaiheessa paremmin säilynyt, luonteen muutokset ja puheen heikentyminen. Ominaista on hiipivä alkua ja vähittäinen eteneminen toiminnanohjauksen vaikeudet (suunnitelmallisuus, keskittymiskyky, tarkkaavuus) varhainen sosiaalisten taitojen heikentyminen. Lisäksi päättelykyky ja

ongelmanratkaisukyky heikkenevät. Frontotemporaalinen dementia alkaa yleensä 45-65-vuotiaana ja se on yleisempi miehillä. Sairauden kesto on keskimäärin 8 vuotta ja sille ei ole spesifiä hoitoa. (Rinne & Remes 2010.)

Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuotto on vaikeutunut ja puheessa on kieliopillisia virheitä. Etenevä sujumaton afasia alkaa nuoremmalla iällä kuin Alzheimerin tauti ja se on yleisempi naisilla. Lauseet ovat usein lyhyitä ja lauserakenteet yksinkertaisia. Syndroomassa esiintyy sanojen löytämis- ja nimeämisvaikeutta eli anomia. Myös luku- ja kirjoittamisvaikeuksia voi esiintyä. (Rinne & Remes 2010.)

Semanttinen dementia alkaa yleensä 50 - 70 vuoden iässä ja se on yleisempi miehillä. Semanttisessa dementiassa sanojen ja kielen merkitys hämärtyy. Muita ominaispiirteitä sille on nimeämis- ja ymmärtämishäiriö on hiipivä alku ja vähittäinen eteneminen. Lukeminen ja sanelusta kirjoittaminen on suhteellisen hyvin säilynyt, mutta esineiden ja kasvojen tunnistaminen heikentynyt. (Rinne & Remes 2010.)

3.2 Dementia

Dementialla tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon verrattuna siinä määrin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä päivittäistoiminnoissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Dementia on oiretermi, ei siis erillinen sairaus. Dementiassa kognition heikentymiseen on elimellinen syy joka voi olla etenevä sairaus, (esim. Alzheimerin tauti) pysyvä jälkitila (esim. aivovamma) tai hoidolla parannettava sairaus kuten kilpirauhasen vajaatoiminta. Dementiaan johtavia muistisairauksia, kuten Alzheimerin tautia, kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. (Erkinjuntti ym. 2010.)

Dementian käsite ja diagnostiset määritelmät perustuvat Alzheimerin taudin kliinisiin ominaispiirteisiin: varhaiseen muistihäiriöön, laaja-alaiseen kognitiiviseen heikentymiseen ja huomattaviin rajoituksiin päivittäisissä toiminnoissa. Tämä lähestymistapa on rajoittanut kuitenkin muihin etiologioihin liittyvän kognitiivisen heikentymisen luonnollisen kulun tutkimista: monen muun etenevän tilan (esim. Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä, otsa-ohimolohkorappeuma) varhaiset kliiniset oireet poikkeavat Alzheimerin taudin oireista. (Erkinjuntti ym. 2010.)

3.3 Palveluasuminen

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) laatiman ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan palveluasumiselle ei ole olemassa virallista määritelmää. Palvelujen laatusuosituksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojen määritelmässä korostetaan, että palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen eli asukkaat ovat tehneet erillisen vuokrasopimuksen, että siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut. Osa yksiköistä on palvelutaloja, joissa asiakas voi asua omassa huoneistossaan tai dementiaryhmäkodissa. Palveluasuminen on jaettu niin sanottuun tavalliseen palveluasumiseen sekä tehostettuun palveluasumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Muistisairauspotilaita hoidetaan hyvin erilaisissa hoitopaikoissa. Kotona asuville on tarjolla jaksottaishoitoa ja päiväsairaloita. Kotoa muutetaan sairauden vaikeuduttua palvelutaloon, ryhmäasumisen piiriin, vanhainkotiin tai terveyskeskussairaalaan. Viime vuosina on lisääntyvässä määrin perustettu dementiayksiköitä olemassa oleviin palvelutaloihin ja laitoksiin. Ympäri vuorokautisen hoidon osuuden on arvioitu olevan 80 % kaikista muistisairauksien aiheuttamista kustannuksista. Pitkäaikaishoidon ehkäisemisellä ja kehittämisellä on siis suuri taloudellinen merkitys. (Juva ym. 2010.)

Dementiaryhmäkodit, jotka ovat keskeisessä osassa opinnäytetyötämme kuuluvat tehostettuun palveluasumiseen. Tehostetulle palveluasumisen yksikölle on ominaista, että henkilökuntaa on paikalla ympärivuorokauden. Ne eroavat vanhainkodeista muun muassa siinä, että KELA on hyväksynyt ne avohoidon yksiköiksi ja asiakas maksaa erikseen asumisesta että saamistaan palveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon välinen rajanveto ei ole aina aivan selkeä (Sormunen ym. 2008).

Palveluasumisen maksut koostuvat neljästä eri maksusta: vuokrasta, perusmaksusta, ateriamaksusta ja palvelumaksusta. Vuokra määräytyy neliöiden mukaan, perusmaksu on kiinteä kuukausittainen maksu, joka määräytyy sen mukaan asuuko palvelutalon puolella vai ryhmäkodissa. Ateriamaksu määräytyy sen mukaan onko asukkaalla puoli- vai täyshoito vai ostaako hän yksittäisiä aterioita. Ryhmäkodeissa asukkaalla on automaattisesti koko hoito, johon sisältyvät aamiainen, lounas, päiväkahvit, päivällinen ja iltapala. Palvelumaksu taas määräytyy henkilökohtaisen palvelusuunnitelman pohjalta. Näistä neljästä maksusta koostuu asumispalvelumaksu, joka laskutetaan kuukausittain. (Syystien vanhustenkeskus-opas 2011.)

3.4 Hoidon laatu

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa laatua on määritetty seuraavasti: Laadulla tarkoitetaan palveluiden kykyä vastata järjestelmällisesti asiakkaiden arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaisesti sekä kustannustehokkaasti. Laadun arviointikohteet voidaan suosituksen mukaan jakaa rakenne- ja prosessitekijöihin sekä lopputuloksiin. Rakennetekijät luovat toiminnalle edellytykset. Rakennetekijöihin katsotaan suosituksen mukaan kuuluvan esimerkiksi henkilökunnan määrä ja rakenne, johtamis- ja työnjakokäytännöt ja hoitoympäristöt sekä myös ne tekijät, jotka luovat edellytyksiä toimiville prosesseille ja sitä kautta vaikuttaville tuloksille. Prosessitekijät taas käsittävät koko toimintaprosessin, joka alkaa asiakkaan tullessa palvelujen piiriin ja päättyy silloin, kun asiakas poistuu palvelun piiristä. Lopputulosten arviointi viittaa tavoitteiden saavuttamiseen: saavutettiinko asiakkaan tilassa tai käyttäytymisessä sellaisia muutoksia, joita tavoiteltiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Holman mukaan laatu- käsitteellä ei ole itsenäistä sisältöä vaan se on abstrakti henkilön ajatuksissa, kirjassaan laatua vanhustyön arkeen - suunta ja välineet kehittämistyöhön. Laatu on Holman mukaan ominaispiirre. Ominaispiirteet liittyvät palvelun tai toiminnan kykyyn täyttää niihin kohdistuvat odotukset ja niille asetetut vaatimukset. Vaatimukset voivat perustua lainsäädäntöön, suosituksiin tai erikseen määriteltyihin asiakkaiden tarpeisiin. (Holma 2003.)

Vaarama on teoksessa ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu pohtinut hoitotyön laatua nimenomaan vanhustyössä. Palvelun hyvä laatu on vanhustyössä yleisesti hyväksytty tavoite, mutta laadun käsite jää hänen mukaansa kuitenkin usein hämäräksi. Vanhustyössä laatu on aina yhteistyön tulos. Moniammatillista yhteistyötä tehdessä jokaisella ammattiryhmällä on omat tehtävänsä ja laadun kriteerinsä. Laatu vanhustyössä on kohtaamisia arjenteleissä asukkaiden ja heidän omaistensa ja läheistensä kanssa, sairauksien hoitoa ja elämänhallinnan tukemista sekä henkilökunnan ammattitaidon ja persoonallisuuden käyttöä näissä tilanteissa. Laatu toteutuu arkipäivän askareissa ja edellytykset sille luodaan ammatillisessa koulutuksessa sekä työyhteisöjen johtamisessa. (Vaarama 2002.)

Laatua voidaan tarkastella Vaaraman mukaan kolmesta eri näkökulmasta; asiakkaan, ammattityön ja johtamisen näkökulmista. Asiakkaan laatu on laadun hyvyden kriteeri eli kaiken palvelun ja hoidon tavoitteena on hyvä elämänlaatu asiakkaalle. Tähän vanhustyössä pyritäänkin, antamaan korkeatasoista hoitoa, kaikissa tilanteissa. Korkeatasoisen hoidon pohjalla on ajatukset, että annettu hoito tai palvelu lähtee asiakkaan aidoista tarpeista ja

hoito on tietoon ja näyttöön perustuvaa sekä että asiakasta kohdellaan aina arvostavasti. (Vaarama 2002.)

3.5 Omainen

Laitinen-Junkkarin mukaan omaisen tai läheisen käsitteen määrittäminen saattaa olla tutkijalle ongelmallista. Tutkimuksessa omaisen käsite voidaan rajata esim. aviopuolisoon. Tällöin ongelmia ilmenee jos hän on leski, eronnut tai naimaton. Eräs tutkimuksissa käytetty keino on pyytää vanhuksia määrittämään itse, kuka on heidän omaisensa. Tällöin tutkijan on hyväksyttävä aineistoonsa hyvin heterogeeninen vastaajaryhmä, tosin tutkimusten mukaan vanhusten hoidosta vastaavat pääasiassa vaimot ja tyttäret. (Laitinen-Junkkari 1999.)

Laitinen-Junkkarin (1999) väitöskirjatutkimuksessaan valitsi omaiset ja läheiset siten, että ikääntynyt potilas ilmoitti itse sen omaisen nimen, jonka hän arvioi olevan pääasiallinen huoltaja ja joka oli vierailnut sairaalassa hoitajakson aikana. Dementoituneiden potilaiden omaisiksi valittiin hoitotyön asiakirjoihin merkityt pääasialliset huoltajat. Ongelmaksi kuitenkin muodostui se, että yhteystiedot eivät olleet ajantasaisia. Lisäksi pääasialliseksi huoltajaksi oli asiakirjoihin merkitty usein miespuolinen henkilö, aviopuoliso tai poika. Kuitenkin heille lähetetyt kyselylomakkeet oli usein annettu täytettäväksi naispuolisille vastaajille (esim. tyttäret ja miniät). Laitinen- Junkkari pääättelee, että miespuoliset omaiset eivät vierailleet yhtä usein vanhuksen luona tai eivät tienneet yhtä paljon iäkkään potilaan hoitoon liittyvistä asioista kuin esimerkiksi tyttäret ja miniät. (Laitinen-Junkkari 1999.)

Omaiset ovat usein asukkaiden elämänhistorian, elämänaikaisen kulttuurin- ja toiveiden sekä mahdollisesti yksilöllisen auttamisen asiantuntijoita. Erityisesti dementoituneiden hoidossa omaisten merkitys on korostunut. Omaisilla on mahdollisuus toimia dementoituneen omaisensa tulkkina, jos tämä itse ei aina enää pysty kertomaan tavoistaan ja mieltymyksistään. Omaisilla voi olla sellaista tietoa sairastuneesta, jolla voidaan vaikuttaa osaltaan myös vaikeiden käytösoiretilanteiden ratkaisussa. Omaisilla on oikeus olla mukana läheisensä elämässä ja hoidossa. (Sormunen ym. 2008.) Omaisten rooli on tärkeä myös arvioitaessa vanhusten laitoshoidon laatua (Voutilainen 2004).

4 Vanhusten hoidon laatu aiempien tutkimusten mukaan

Vanhusten hoidon laatua on tutkittu paljon eri näkökulmista sekä Suomessa että ulkomailla. Omaisten mielipiteitä läheistensä hoidosta Helsingin palvelutaloissa ja vanhainkodeissa selvitettiin omaisille kotiin lähetettävillä kyselytutkimuksilla vuosina 2002, 2006 (Muurinen

ym. 2007) ja 2011 (Soini ym. 2012). Uusimman tutkimuksen tulokset julkistettiin kuluvan vuoden huhtikuussa (Soini ym. 2012). Tutkimuksen tulokset osoittivat omaisten olleen enimmäkseen tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä läheistensä saamaan hoitoon. Myös muissa tutkimuksissa hoidon laatuun ollaan oltu pääasiassa tyytyväisiä (Voutilainen 2004, Finnema ym. 2001). Toisaalta vanhusten hoidon laadusta on tullut paljon huolestuttavia tietoja ja 2010 julkistettiin ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon valvontaohjelma (Valvira 2010).

Helsingin sosiaaliviraston tutkimuksessa palvelutalon tulokset olivat heikommat verrattuna vanhainkoteihin. Kuitenkin toisessa tutkimuksessa palveluasumisen piirissä olevien vanhusten tyytyväisyys elinympäristöönsä ja palveluihin osoittautui laitoshoidossa olevia paremmaksi. (Lamminniemi & Nurminen 2008.)

Helsingin sosiaaliviraston tutkimuksessa omaiset olivat kokeneet henkilökunnan työssä jaksamisen heikommaksi kuin vuonna 2002 tehdyssä tutkimuksessa. Lisäksi omaisten mielestä henkilöstön kiire oli lisääntynyt, erityisesti palvelutalo yksiköissä. Myös asukkaiden kohtelua kuvaavissa asioissa oli tässä tutkimuksessa saatu heikommat tulokset kuin vuonna 2002. Helsingin sosiaaliviraston tutkimuksessa oli pohdittu syitä heikontuneisiin tuloksiin verrattuna vuonna 2002 tehtyyn tutkimukseen. Oli pohdittu mm. syynä olevan omaisten yleinen tiedon ja kriittisyyden kasvu samoin ajateltiin hoitohenkilöstön saatavuusongelmien sekä henkilöstön vaihtuvuuden vaikuttaneen asiaan. (Muurinen ym. 2007.)

Päivi Voutilainen (2004) on väitöstutkimuksessaan selvittänyt ikääntyneiden hoidonlaatua omaisten näkökulmasta. Omaisista yli 90 % oli vähintään tyytyväisiä läheistensä hoitoon ja 7 % oli tyytymättömiä. Tarkempia kysymyksiä esitettiin palveluiden määrästä, henkilökunnan ammattitaidosta, yhteistyöstä ja hoitoympäristöstä. Hoitopalvelujen määrään (apu wc-käynneillä, peseytymis- pukeutumis- ja ruokailuapu) tyytyväisiä oli 76 % vastanneista. Sen sijaan vain 39 % oli tyytyväisiä kuntoutuspalvelujen määrään ja 43 % virkistyspalvelujen määrään. Vastaajista 93 % oli erittäin tai melko tyytyväisiä työntekijöiden ammattitaitoon ja ja yli 90 % ihmissuhdetaitoihin. (Voutilainen 2004.)

Voutilainen tarkasteli omaisten tyytyväisyyteen yhteydessä olleita tekijöitä. Näitä olivat asiakkaan hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistuminen, henkilökunnalta saatu tieto asiakkaan tilasta ja hoidosta sekä henkilökunnalta saatu tuki hoitoon osallistumiseen. Omaiset olisivat halunneet osallistua läheistensä hoitoon enemmän kuin heillä oli siihen mahdollisuuksia, sillä yli 40 prosenttia omaisista arvioi osallistumismahdollisuutensa läheistensä hoidon suunnitteluun liian vähäiseksi tai olemattomiksi. Lisäksi joka kolmas vastaaja arvioi, että mahdollisuuksia osallistua asiakkaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon oli liian vähän tai ei lainkaan. (Voutilainen 2004)

Omaiset ovat useiden tutkimusten mukaan kokeneet tulleen kohdeksi ulkopuolisina (Finnema ym. 2001; Hertzberg ym. 2000). Hoitohenkilökunta ei myöskään tue omaisia osallistumaan sairaalaan joutuneen perheenjäsenensä hoitoon (Åstedt-Kurki ym. 1997). Omaiset pitivät tärkeinä Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa vierailuja läheisensä luona. Toisaalta he olivat epävarmoja tapaamisten hyödyllisyydestä dementoituneelle asukkaalle, joka ei mahdollisesti tunnista omaisiaan. (Harmer & Orrell 2008.)

Hoitajien lukumäärä suhteessa asukkaisiin on eräs tekijä, jonka on tutkimuksissa todettu vaikuttavan hoidon laatuun (Akinci 2005; Kirkevold 2008). Yhdysvalloissa tehdyssä hoivakotien laatua kartoittavassa tutkimuksessa huomattiin, että yksityisissä hoivakodeissa oli pienempi hoitaja/asukassuhde kuin voittoa tuottamattomissa hoivakodeissa. Hoitajien määrä oli kääntäen verrannollinen puutteisiin hoidon laadussa; Siis mitä enemmän hoitajia, sen vähemmän puutteita todettiin. (Akinci 2005.) Alhaisempaan hoidon laatuun ja epäkohtien määrään hoidossa olivat yhteydessä myös dementian vaikeus, yksikön suuri koko (yli 20), asukkaan aggressiivinen käytös sekä suuri avuntarve päivittäisissä toiminnoissa (Kirkevold 2008).

Myös tehtäväkeskeisyys, henkilökunnan riittämättömyys, emotionaalisten tarpeiden huomiotta jättäminen hoivakodeissa ovat useissa tutkimuksissa esiin nousseita ongelmia. Usein henkilökuntakeskeisyys toteutuu asiakaslähtöisyyden sijaan, mikä ilmenee esim. asukkaiden käskyttämisenä. (Tuckett 2007.) Pieniin tehtäviin mukaan ottaminen sai omaisille tervetulleen olon, kun taas hoitajat olettivat omaisten olevan niin rasittuneita, että heille olisi parasta olla ottamatta osaa hoitoon. Omaiset pitivät hyvin tärkeänä sitä, että heidän mielipidettään ja tietoja potilaaseen liittyen arvostettaisiin. Omaiset halusivat lisäksi olla mukana päättämässä hoidosta, mutta he eivät usein osanneet ilmaista toivettaan. (Hertzberg ym. 2001.)

Lehtonen (2005) on tarkastellut pro gradu-tutkielmassaan omaisten näkökulmasta, miten yhteistyö toteutuu vanhainkodeissa omaisten ja henkilökunnan välillä. Lähes puolet omaisista oli sitä mieltä, että yhteistyö toteutui hyvin. Vuorovaikutussuhteen laatu toteutui tutkimuksen mukaan erittäin hyvin, kun taas aktiivinen kommunikointi heikoimmin. (Lehtonen 2005.) Kommunikoinnin laatu ja spontaani informaatio on osoittautunut haasteeksi myös kansainvälisissä tutkimuksissa; Omaiset kaipaavat hoitohenkilökunnalta parempaa tiedonkulkua ja informointia sekä avointa kommunikaatiota (Hall-Lord 2003; Finnema ym. 2001; Hertzberg ym. 2000). Hyvään yhteistyön toteutumiseen ja vuorovaikutussuhteen laatuun oli yhteydessä seuraavia tekijöitä: omaisen osallistuminen hoitoneuvotteluun, omahoitajan esittely, laitoksen ilmapiiri ja se, että henkilökunnalla oli aikaa keskustella omaisen kanssa (Lehtonen 2005).

Lehtosen (2005) tutkimuksessa nousi esiin, että hoitajilla oli kiire ja heitä oli liian vähän. Hoito keskittyi asukkaiden välttämättömien fyysisten perustarpeiden tyydyttämiseen, eikä aikaa jäänyt juurikaan asukkaiden psykososiaalisille tarpeille. (Lehtonen 2005.) Iso-Britannialaisessa tutkimuksessa omaiset kokivat henkilökuntavajeen olevan yhteydessä erityisesti ulkoilumahdollisuuksien puutteeseen (Harmer & Orrell 2008). Omaiset toivoivat enemmän toimintakykyä ja taitoja ylläpitäviä aktiviteetteja ja mukaan toimintaan ottamista ja osallistumaan rohkaisua. (Harmer & Orrell 2008; Kirkevold 2008.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että psykotrooppisia eli psyykkisiin toimintoihin vaikuttavia lääkkeitä (unilääkkeitä, mielialalääkkeitä, anksiolyyttejä ja neuroleptejä) oli määrätty suurelle osalle hoivakotien asukkaista. Tutkimuksen asukkaista 49 %:lla oli kaksi tai useampia psykotrooppia käytössä. Toisaalta kivun lievityksessä oli puutteita. Onkin esitetty, että dementoituneen asukkaan aggression, ahdistuksen ja univaikeuksien syynä ovat kivut. Samassa tutkimuksessa omaiset arvioivat hoivakodissa asuvien läheistensä vointia ja lääkityksiä. Kävi ilmi, että suurella osalla asukkaista arvioitiin olevan fyysistä kipua ja huolta. (Hall-Lord 2003.) Hollantilaisessa tutkimuksessa huomattiin, että neljäsosalla kivusta kärsivistä vanhuksista hoivakodeissa ei ollut mitään kipulääkitystä. Viidesosa asukkaista ei ollut tyytyväinen kivunlievitykseen. Myös kivun systemaattisessa arvioinnissa ja mittaamisessa oli paljon toivomisen varaa. (van Herk ym. 2009.)

Kognitiivisesti paremmassa kunnossa olevat kokevat elämänlaatunsa ja sosiaaliset suhteensa paremmiksi kuin kognitiivisesti heikommin suoriutuvat (Lamminniemi & Nurminen 2008). Suomalaisen väitöstutkimuksen mukaan ei-muistisairaiden elämänlaatu on kohtuullinen. Muistisairaiden elämänlaatu todettiin kohtalaiseksi. (Räsänen 2011.)

Tutkimusten mukaan muistisairaiden mielialaa kohottavia, ja siten elämänlaatua lisääviä tekijöitä ovat mm. muistelu, musiikki, erityisesti laulaminen, liikunta (ulkona kävely) ja virike- ja harrastetoiminta (Harmer & Orrell 2008). Kuitenkin yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan hoivakotien asukkaat viettävät suuren osan päivästänsä yksin huoneessaan, neljäsosan ruokailutiloissa, neljäsosan oleskelutiloissa ja vain 4% aktiviteettitiloissa (Harper Ice 2002). Kyseisessä tutkimuksessa asukkaat eivät osoittaneet lähes koskaan positiivisen mielialan merkkejä. Ohjatusta toiminnasta suurin osa oli suunnattu vielä melko virkeille ja orientoituneille asukkaille. Suurin osa asukkaiden päivästä kului kuitenkin tekemättä mitään tai passiivisessa toiminnassa kuten nukkuminen, kun taas itsenäisesti elävien vanhuksien ajasta suuri osa kuluu harrastetoiminnassa. (Harper Ice 2002.) Interventiotutkimuksissa on hyödynnetty esim. muistikirjoja tai puutarhanhoitoa. Toinen lähestymistapa on käyttää vapaaehtoisia hyväkuntoisia asukkaita tukemaan esim. masennuksesta kärsiviä asukkaita tai auttamaan uutta asukasta kotiutumaan. Lemmikkieläinten vierailut tai pysyvät lemmikit ovat

osoittautuneet hyväksi keinoksi tukemaan asukkaiden sosiaalista kanssakäymistä, tosin vertailevia tutkimuksia tarvittaisiin. (Harper Ice 2002.)

Ammatillisen hoivan laatu on yhteydessä asiakkaiden hyvään elämänlaatuun. Matalampi organisaatorakenne sekä laadunhallinta- ja johtamisjärjestelmän käytännönläheisyys olivat yhteydessä ei- muistisairaiden vanhusten parempaan elämän laatuun. Organisaatorakenteella ei muutoin todettu olevan merkitystä vanhusten elämän laatuun. (Räsänen 2011.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää omaisten näkemys hoidon laadusta dementia-ryhmäkodeissa, mikä on omaisten mielestä hoidossa hyvää ja mikä kaipaisi kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on parantaa dementia-ryhmäkotien asukkaiden elämänlaatua, kehittämällä hoidon laatua omaisnäkökulmaa tutkimalla.

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä omaisten mielestä hoidossa on hyvää?
2. Mikä omaisten näkökulmasta vaatisi hoidossa kehittämistä?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Aineiston keruu

Tutkimuksemme oli kvantitatiivinen, mikä tarkoittaa nimensä mukaisesti määrällistä tutkimusta. Siinä käsitellään mittauksen tuloksena saatua aineistoa tilastollisin menetelmin. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu positivismiin, jossa korostetaan tiedon perusteluja, luotettavuutta ja yksiselitteisyyttä. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tarkoituksena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa. Positivismi pyrkii Kanasen mukaan absoluuttiseen ja objektiiviseen totuuteen. (Kananen 2008.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma, johon haetaan ratkaisua tai vastausta. Tutkimusongelma ratkaistaan tiedolla. Mitä tietoa tarvitaan ongelman ratkaisemiseksi? Kun on määritelty mitä tietoa tarvitaan, tulee ratkaista mistä tieto hankitaan ja millä keinoilla tieto kerätään. Täysin luotettavaa ja varmaa kysymysten esittämistä on tuskin olemassakaan, sillä esitetty kysymys voidaan tulkita monella tapaa, eikä kysymysten teon teoriaa ole olemassa. (Kananen 2008.)

Perusjoukon koon ollessa kohtuullisen pieni ja rajallinen, voidaan tehdä kokonaistutkimus, jos tämä on tutkimusongelman kannalta tarkoituksenmukaista. Kokonaisuaineistoon poimitaan jokainen perusjoukon jäsen tai yksikkö mukaan. (Tilastokeskus 2011.) Mielestämme oli perusteltua pyrkiä tavoittamaan Syystien dementia-ryhmäkotien kaikkien asukkaiden (N=82) omaiset, jolloin kyseessä oli kokonaistutkimus. Toisen meistä työskentely vanhusten keskuksessa mahdollisti osaltaan lomakkeiden jakamisen henkilökohtaisesti omaisille. Yhden ihmisen on kuitenkin mahdotonta tavoittaa henkilökohtaisesti kaikkia omaisia joten pyrimme motivoimaan hoitohenkilökuntaa aktiiviseen lomakkeiden jakamiseen omaisten vieraillessa ryhmäkodeissa. Kyselylomakkeen pystyi täyttämään rauhassa ja jättämään viimeiseen palautuspäivään mennessä nimettömänä palautuslaatikkoon, joka sijaitsee hoitajien kansliassa, josta keräsimme täytetyt vastauslomakkeet. Halutessaan omainen pystyi lähettämään lomakkeen myös suoraan meille palautuskuoressa, jossa postimaksu oli valmiiksi maksettu.

Opinnäytetyössämme päädyimme määrittämään omaisen tai läheisen käsitteen melko väljästi. Henkilö sai itse määrittellä, onko hän omainen/läheinen asukkaalle. Emme siis edellyttäneet esim. sukulaisuussuhdetta. Perustelimme päätöstä sillä, että tavoitteenamme oli saada mahdollisimman monen asukkaan läheiset osallistumaan tutkimukseen. Oli myös asukkaita, joilla ei ole sukulaisia, jotka kävisivät vierailuilla, mutta sen sijaan heillä voi olla esim. ystäviä tai kummilapsia joihin heillä on läheinen suhde. Kriteerinä vastaajille on täysi-ikäisyys.

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme strukturoitua kyselylomaketta (liite 1).

Kyselylomakkeen muodostimme opinnäytetyötämme tehdessä läpikäymämme kirjallisen aineiston pohjalta. Olemme opinnäytetyömme teoriaosuudessa määritelleet hoidon laatua ja tämä oli lähtökohtana kyselykaavakkeen laatimiselle. Kyselyn lopussa pyysimme antamaan arvosana hoidon laadusta kokonaisuutena asteikolla 4-10. Täytetyn kaavakkeen sai laittaa suljettuun kirjekuoreen. Vastausprosentti oli 61 % (N=50).

Kyselylomakkeen mittarina käytimme Likertin asteikkoa, joka on mielipideväittämissä erittäin käytetty järjestysasteikko. Asteikon perusidea on, että keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen samanmielisyys vähenee. Asteikko voi olla 4, 5, 6, 7 tai 9- portainen. (Vilkkä 2007.) Käytimme työssämme 5- portaista asteikkoa.

Lomakkeen esitestaus suoritettiin yhdeksällä henkilöllä erään helsinkiläisen palvelutalon dementia-ryhmäkodissa ajalla 9.2. - 18.2.2012. Esitestauksen tarkoituksena oli selvittää, onko kyselylomake selkeä ja ymmärrettävä, ja onko siihen helppo vastata. Lisäksi halusimme tietää onko väittämien määrä sopiva ja niiden sisältö kuvaava laadun arvioinnin kannalta. Annoimme vastaajille mahdollisuuden antaa myös vapaasti ehdotuksia tarvittavista muutoksista ja kysymyksistä. Palautteen keräsimme kirjallisesti ja haastatteleamalla. Vastaajat olivat

pääasiassa asukkaiden lapsia, lisäksi mukana oli yksi puoliso ja yksi siskontytär. Palautteen perusteella vastaajista valtaosan mielestä kyselylomake oli selkeä ja siihen oli pääasiassa helppo vastata. Päätelimme, että väittämät ja Likertin asteikon käyttö mittarina oli ollut mielekäs ratkaisu tässä kyselyssä. Osa omaisista kommentoi, että joihinkin kysymyksistä oli vaikea ottaa kantaa. Esimerkiksi viriketoimintojen sisällöt oli tällainen kohta. Mikäli omaiset eivät olleet ikinä olleet mukana viriketoiminnoissa, ei heillä yksinkertaisesti ollut asiasta tietoa. Halusimme kuitenkin pitää myös nämä kysymykset mukana, sillä suurin osa omaisista pystyi niihin vastaamaan. Päädyimme pitämään lomakkeen ennallaan, koska esitetaulokset olivat valtaosin asianmukaisesti täytetty ja merkittäviä puutteita tai epäkohtia lomakkeesta ei tullut testauksessa esille.

6.2 Aineiston analysointi

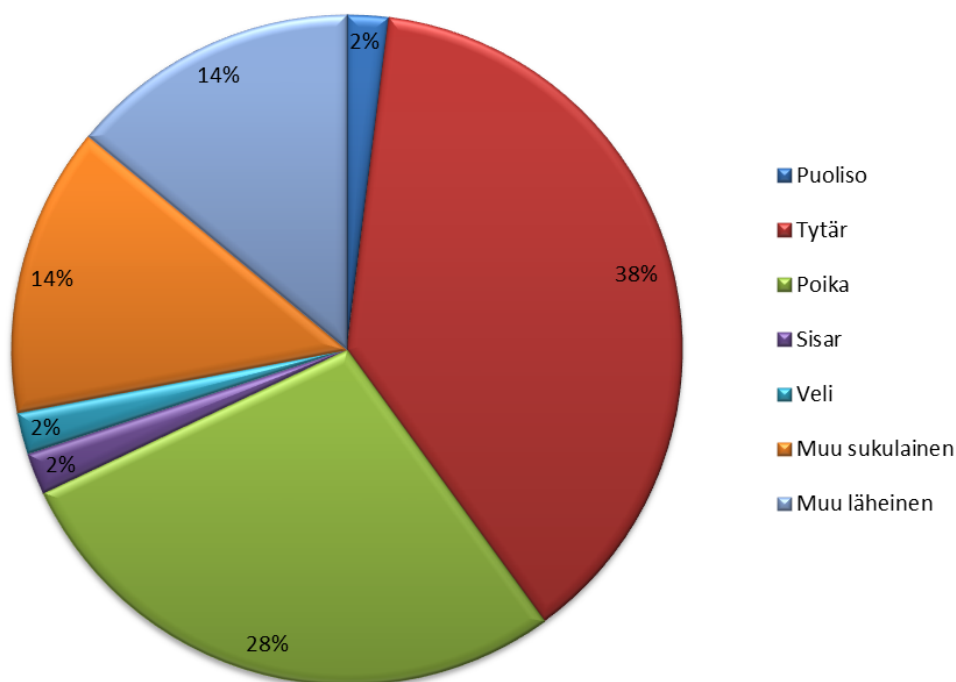
Strukturoidut kysymykset analysoimme SPSS-ohjelmalla. SPSS-kirjainlyhenne on peräisin sanoista Statistical Package for Social Sciences. SPSS-ohjelmisto on monipuolinen tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmisto, jolla voidaan täyttää tavallisimmat tilastollisen analyysin tarpeet ja tehdä monia vaativampiakin tarkasteluja. (Valtari 2006.)

Käytimme tulosten esittämiseen graafista esitystä (pylväskuviot ja piirakkadiagrammi) ja Excel-taulukkoa. Ne mielestämme antavat nopeasti selkeän kuvan päätuloksista. Tunnuslukuina käytimme keskiarvoja, frekvenssejä ja prosentteja. Keskiarvot kuvaavat havaintoarvojen keskimääräistä suuruutta. Ne saatiin jakamalla havaintojen summa niiden lukumäärällä. Frekvenssi taas on tietyn havaintoarvon esiintymiskertojen lukumäärä tilastoaineistossa. Frekvenssillä ilmoitetaan esimerkiksi, kuinka monta kertaa vastaus ”Täysin samaa mieltä” esiintyy aineistossa. (Heikkilä 2008.) Emme kysyneet lomakkeessa vastaajan taustatietoja omaissuhdetta lukuun ottamatta. Emme lähteneet siis ristiintaulukoimaan tai laskemaan korrelaatiokertoimia, koska tutkimuksemme aihe oli nimenomaan koettu hoidon laatu ja olimme rajanneet pois tutkimuskysymyksistä mm. hoidon laatuun vaikuttavat tekijät.

7 Tutkimustulokset

7.1 Kohderyhmän kuvaus

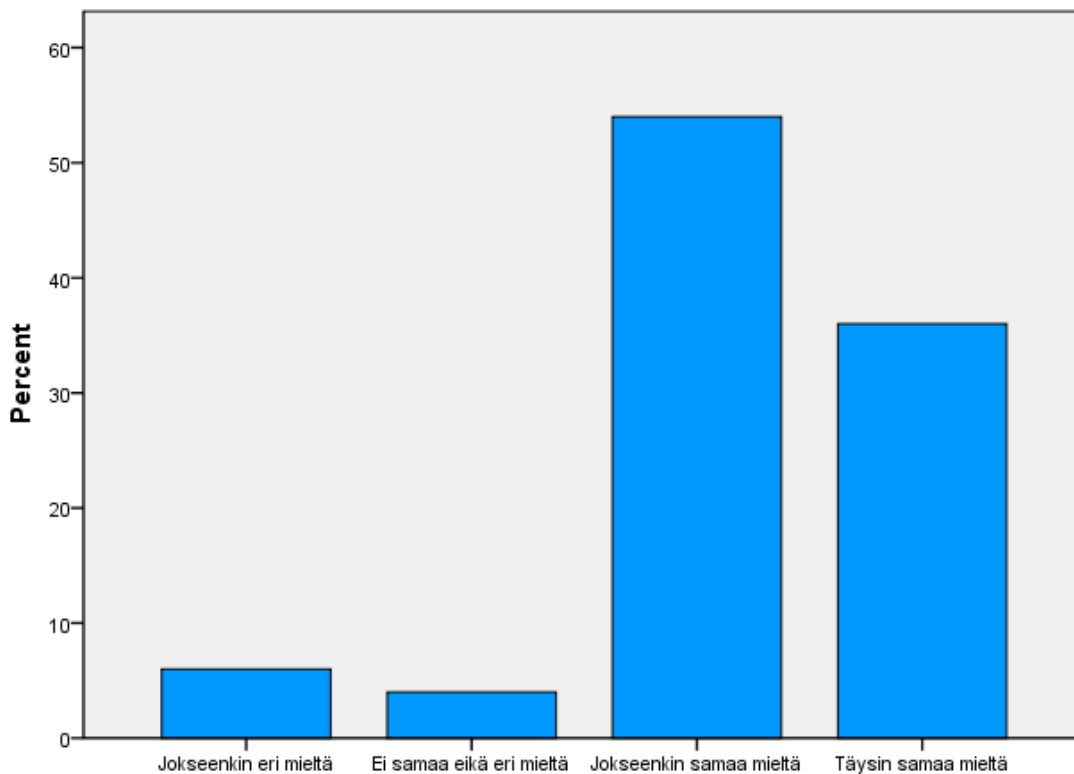
Pääosiin kyselyyn olivat vastanneet dementia-ryhmäkotien asukkaiden tyttäret, joita vastaajista oli 19 (38%) sekä pojat joita oli 14 (28%) vastaajista. Vastaajista puolisoita, veliä ja sisaria oli 2% kutakin, mikä tarkoittaa yhtä vastaajaa kustakin ryhmästä. Lisäksi kyselyyn oli vastannut muita sukulaisia 7 (14%) ja muita läheisiä myös 7 (14%), joista mainittuina oli miniä, pojan ystävätär, vanha ystävä, mies vainajan serkku sekä kummityttö. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien suhde dementia-ryhmäkodin asukkaaseen (N=50)

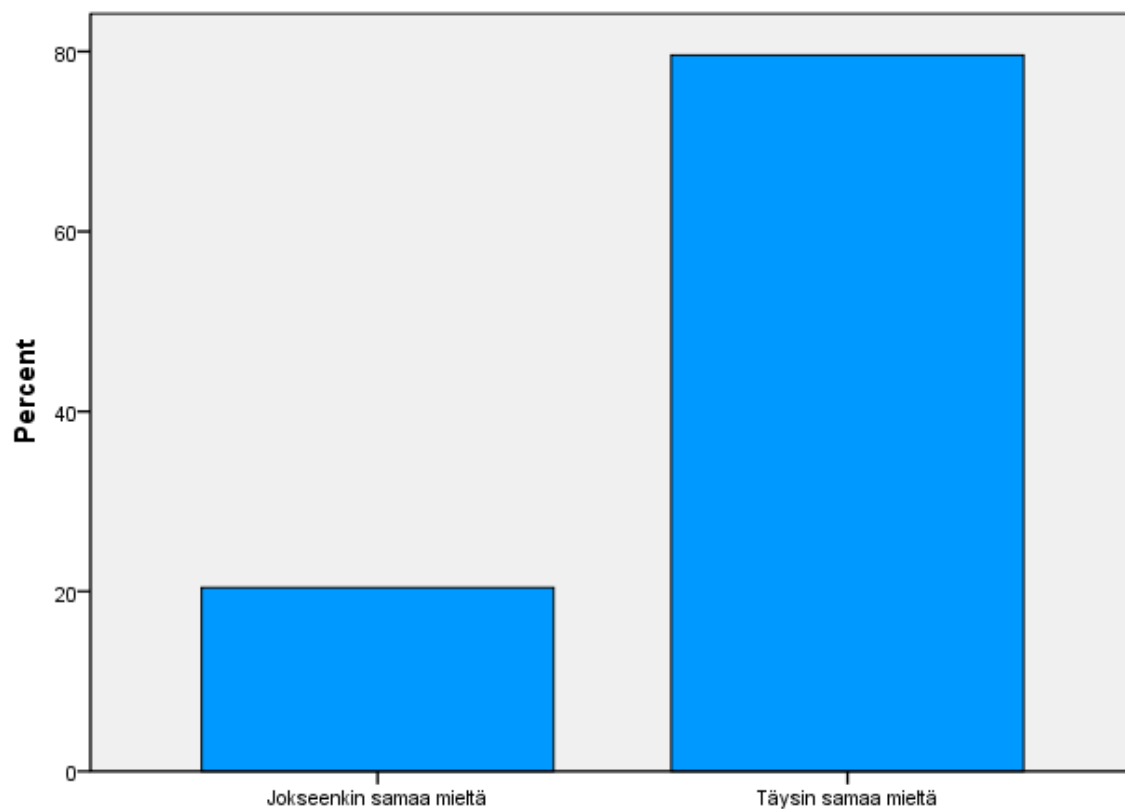
7.2 Omaisten arvioima hoidon laatu

Kaikki 50 vastaajaa oli vastannu kysymykseen, jossa kysyttiin tyytyväisyyttä läheisensä saamaan hoitoon. Vastaajista 3 (6%) oli jokseenkin eri mieltä, suurin osa eli 27 vastaajaa (54%) oli jokseenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä oli 18 vastaajaa (36%) ja ei samaa eikä eri mieltä oli vastaajista 2 (4%). (Kuvio 2.)



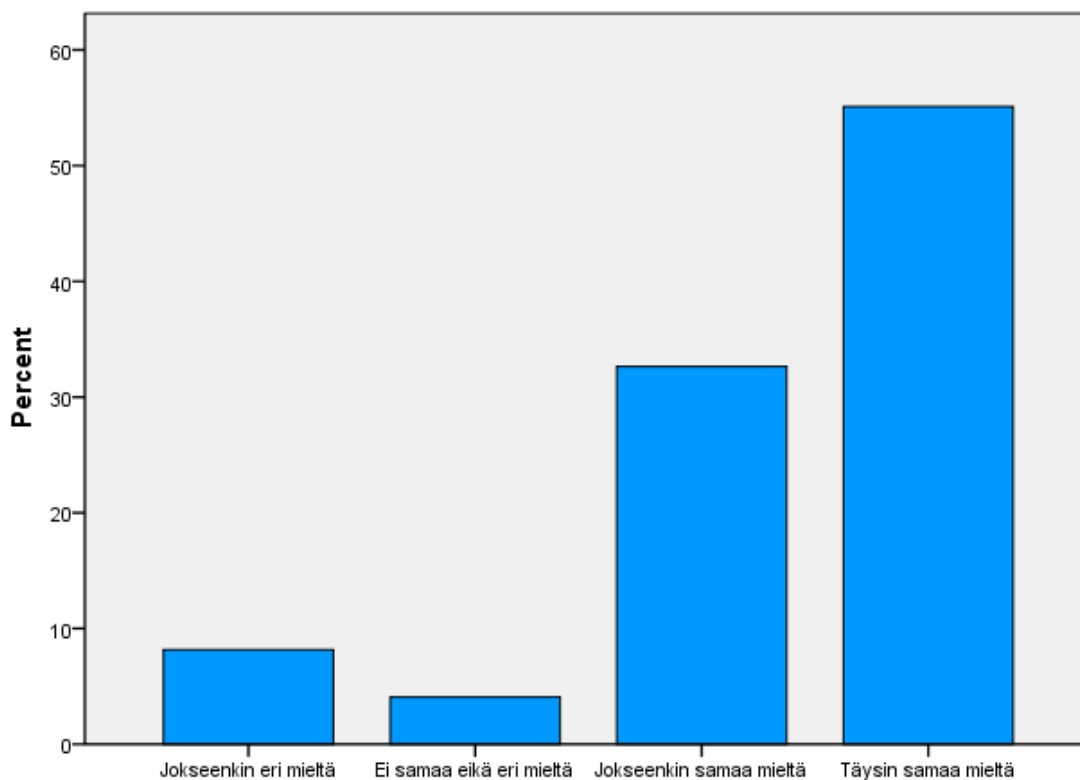
Kuvio 2. Vastaajien tyytyväisyys läheisensä saamaan hoitoon. (N=50)

Kysymykseen henkilökunnan kokemisesta ystävälliseksi oli vastannut 49 vastaajaa. Vastaukset jakautuivat kahteen vaihtoehtoon. Jokseenkin samaa mieltä oli 10 vastaaja (20%) ja täysin samaa mieltä oli loput 39 vastaaja (80%). (Kuvio 3.)



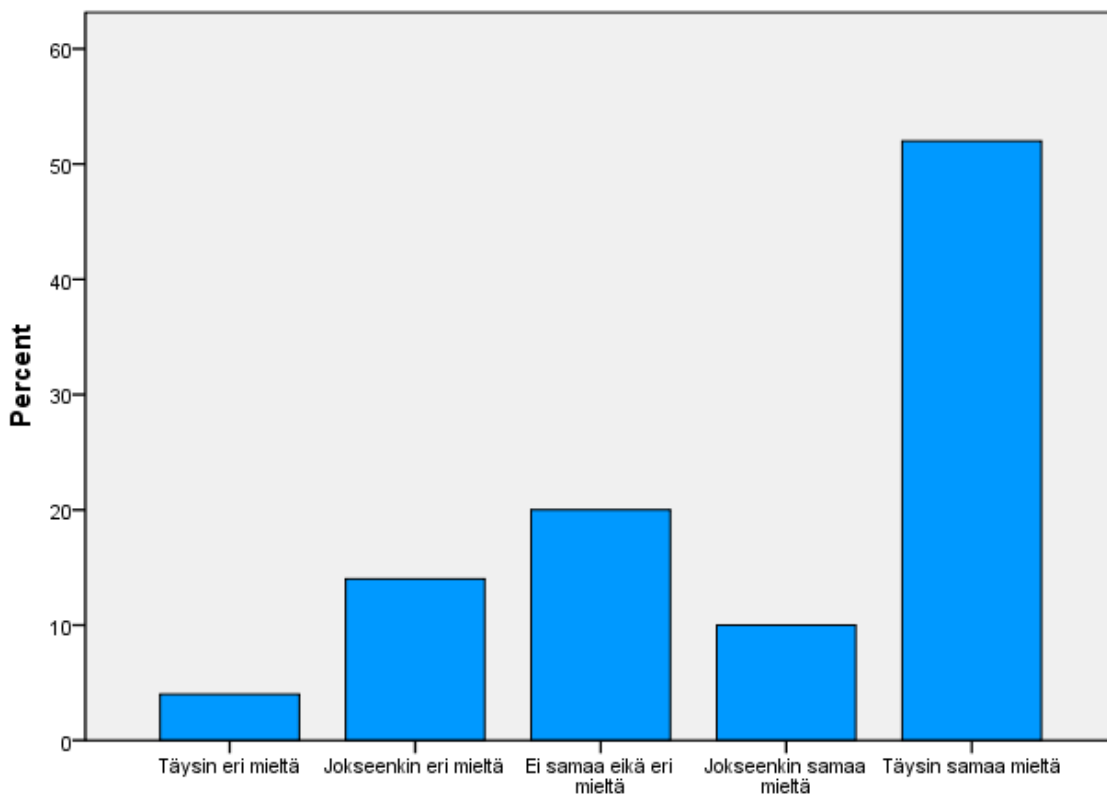
Kuvio 3. Henkilökunnan kokeminen ystävällisenä (n=49)

Kysymykseen keskustelun helppoudesta hoitohenkilökunnan kanssa vastasi 49 henkilöä. Yli puolet vastaajista 27 kpl (55%) oli sitä mieltä, että henkilökunnan kanssa on helppo keskustella omaisensa hoitoon liittyvistä seikoista. 16 vastaajista (33%) oli jokseenkin samaa mieltä ja 8% vastaajista oli jokseenkin eri mieltä. Kaksi vastaajista (4%) vastanneista ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 4.)



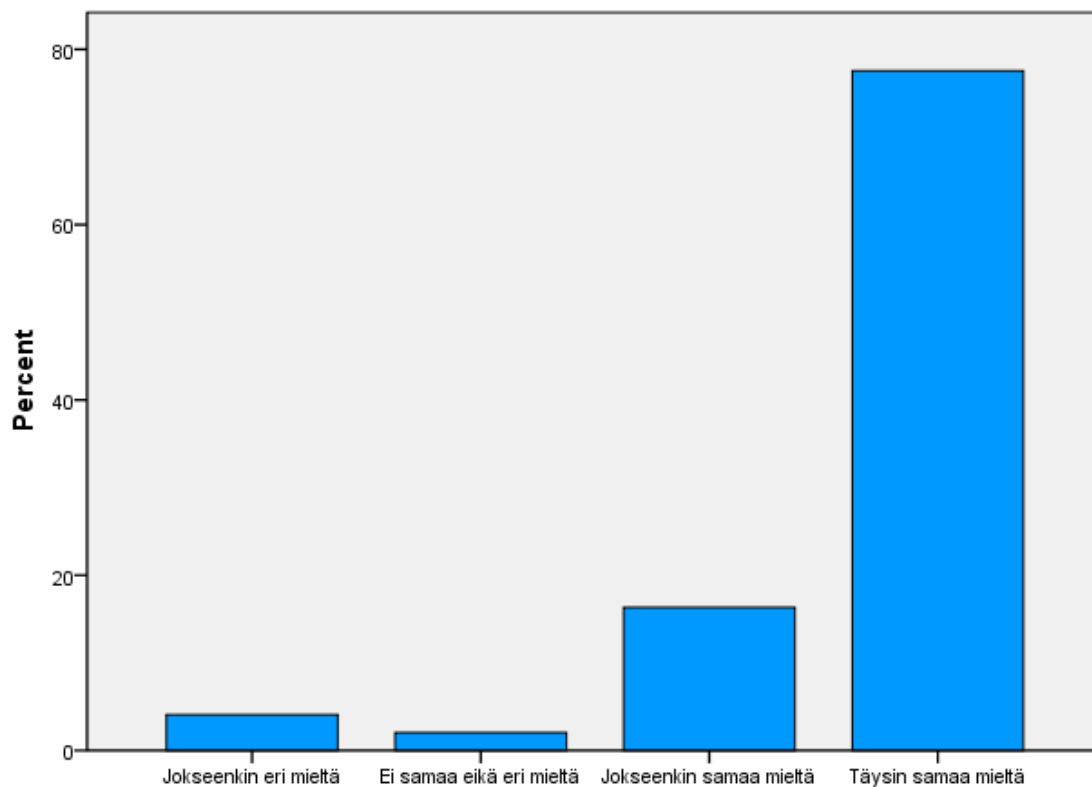
Kuvio 4. Henkilökunnan kanssa on helppo keskustella asukkaan hoitoon ja palveluihin liittyvistä asioista (n=49)

Hoitoneuvottelua koskevaan väittämään oli vastannut 50 eli kaikki vastaajista. Täysin samaa mieltä oli samaa mieltä oli 26 vastaajaa (52%) ja jokseenkin samaa mieltä oli 5 vastaajaa (10%). Täysin eri mieltä oli 2 vastaajaa (4%) ja jokseenkin eri mieltä oli 7 vastaajaa (14%). Vastaajista 20% ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Tarjottu mahdollisuutta osallistua hoitoneuvotteluun. (N=50)

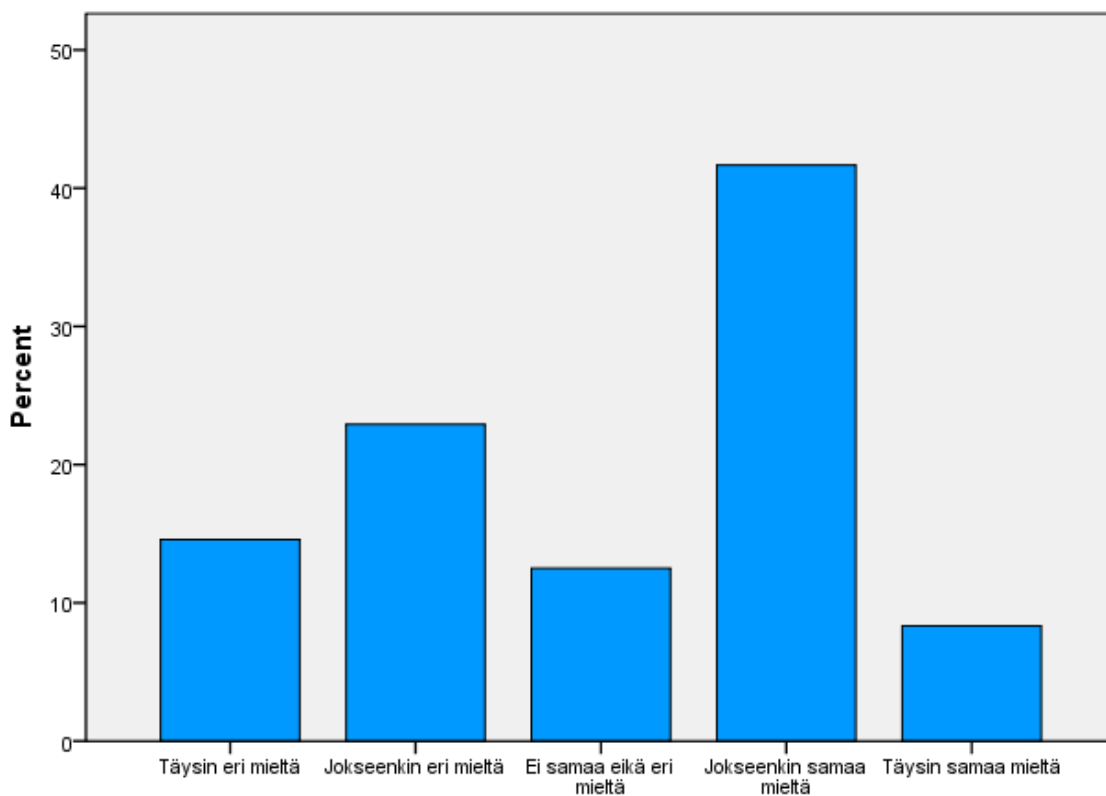
Tilojen siisteydestä täysin samaa mieltä oli 28 vastaajaa (76%), jokseenkin samaa mieltä oli 8 vastaajaa (16%). Ei samaa eikä eri mieltä oli 1 vastaajista (2%) ja jokseenkin eri mieltä oli vastaajista 2 (4%). Kukaan ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Mielenpide tilojen siisteydestä (n=49)

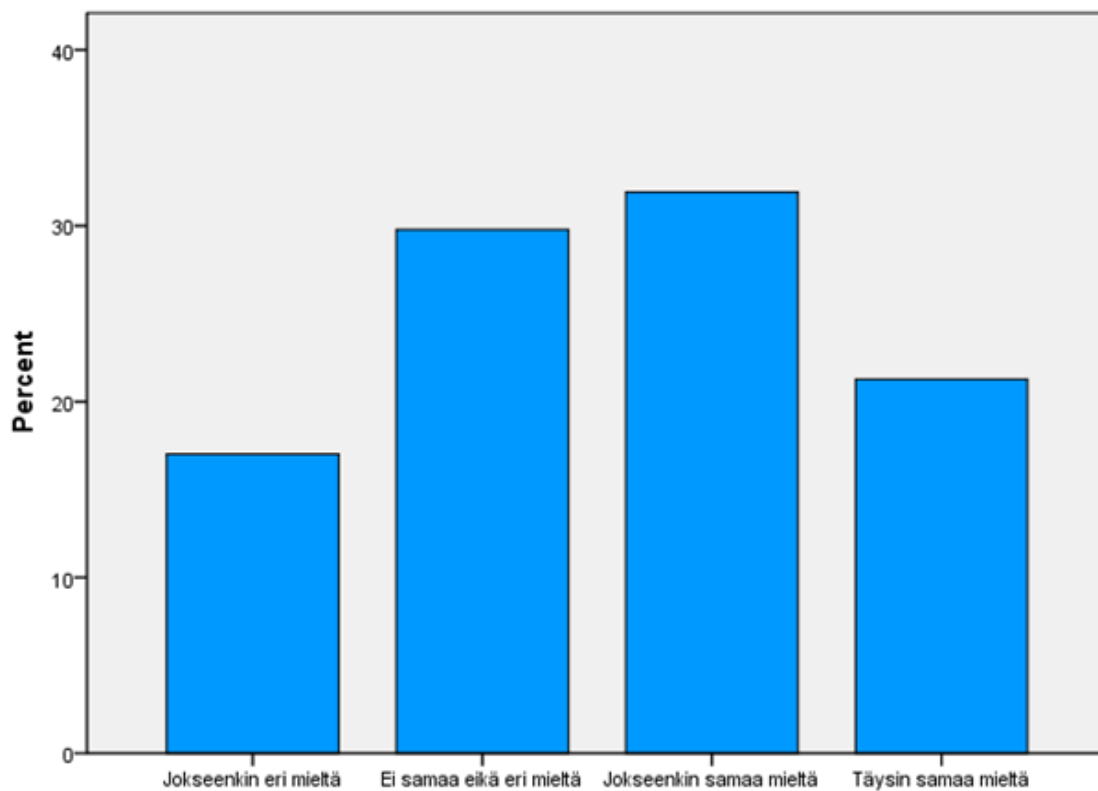
7.3 Hoidon laadun kehittäminen omaisten näkökulmasta

Vastaajista 20 (40%) oli jokseenkin samaa mieltä, että hoitohenkilökuntaa on riittävästi . Kuitenkin jokseenkin eri mieltä oli 11 (22%) ja täysin eri mieltä 7 (14%) vastaajaa. Ei samaa eikä eri mieltä oli 6 (12%) ja täysin samaa mieltä 4 vastaajaa (8%).Vastaamatta oli jättänyt 2 omaista. (Kuvio 7.)



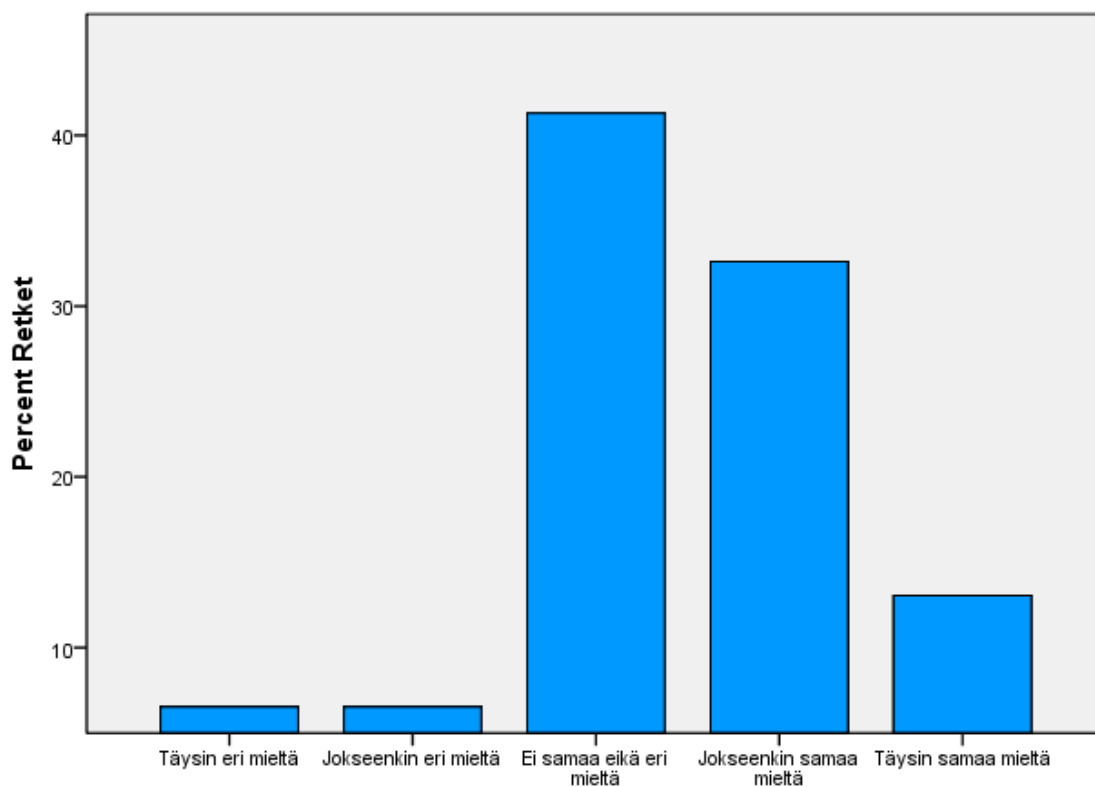
Kuvio 7. Henkilökuntaa on riittävästi (n=48)

Vastaajista 15 eli 30% oli jokseenkin samaa mieltä, että saa tarvittaessa apua ulkoiluun. Vastaajista 14 (28%) oli ei samaa eikä eri mieltä ja täysin samaa mieltä oli 10 (30%). Jokseenkin eri mieltä oli kahdeksan vastaajaa (16%). Vastaamatta oli jättänyt 3 omaista. (Kuvio 8.)



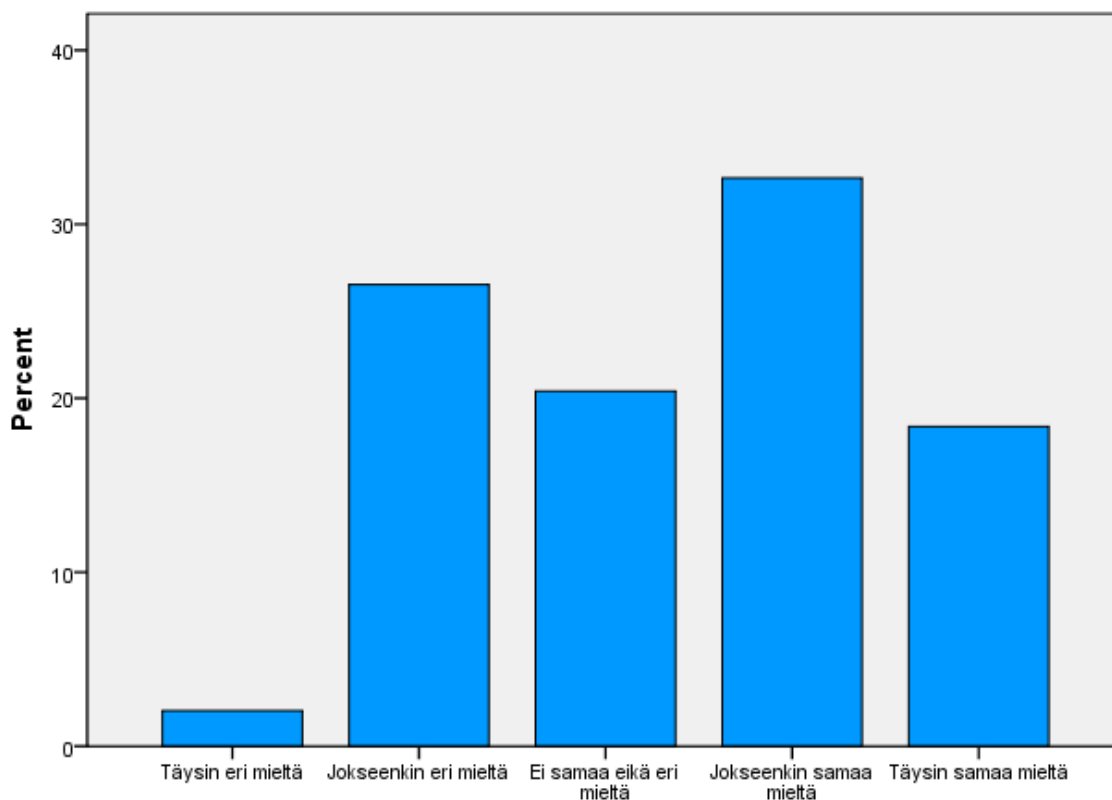
Kuvio 8. Asukas saa tarvittaessa apua ulkoiluun (n=47)

Retkien ja tapahtumien riittävydestä 19 henkilöä (38%) vastasi Ei samaa eikä eri mieltä, 15 (30%) Jokseenkin samaa mieltä ja 6 (12%) Täysin samaa mieltä. Retkiä ja tapahtumia järjestetään riittävästi -väitteeseen 3 vastaajaa (6%) olivat valinneet vaihtoehdon Jokseenkin eri mieltä ja 3 vastaajaa (6%) Täysin eri mieltä. Vastaamatta oli jättänyt 4 omaista. (Kuvio 9.)



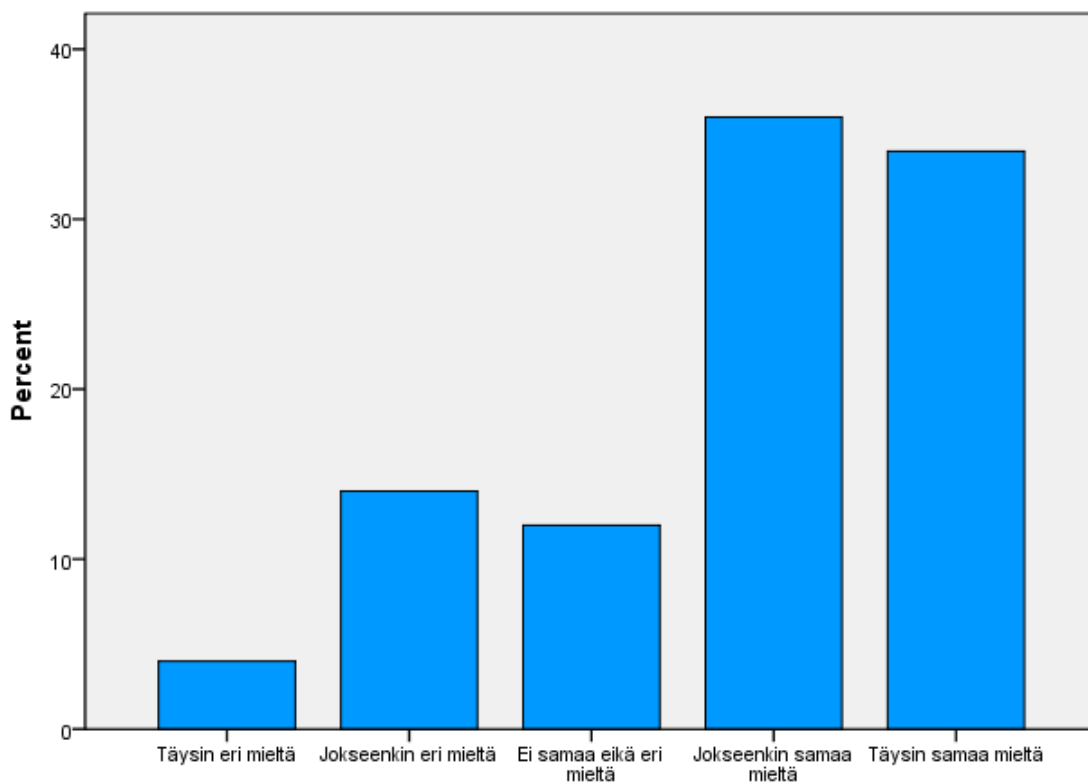
Kuvio 9. Retkiä ja tapahtumia järjestetään riittävästi. (n=46)

Läheiseni ei tunne itseään yksinäiseksi -väitteestä 16 vastaajaa (32%) vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä väitteestä. Kuitenkin yli neljäsosa kyselyn vastaajista, 13 kpl (26%), vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä. 10 vastaajaa (20%) ei ollut samaa eikä eri mieltä, ja täysin samaa mieltä oli 9 vastaajaa (18%). Lähes kaikki olivat vastanneet, vastaamatta oli jättänyt vain yksi omainen. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Asukas ei tunne itseään yksinäiseksi. (n=49)

Olen saanut riittävästi tietoa läheiseni hoitoon ja palveluihin liittyvissä asioissa -väitteestä suurin osa vastaajista, 18 kpl (36%) oli jokseenkin samaa mieltä. Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 17 vastaajaa (34%). Jokseenkin eri mieltä oli 7 vastaajaa (14%), ei samaa eikä eri mieltä 6 vastaajaa (12%) ja täysin eri mieltä 2 vastaajaa (4%). Kaikki vastasivat kysymykseen. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Omainen kokee saaneensa riittävästi tietoa asukkaan hoitoon ja palveluihin liittyvissä asioissa. (N=50)

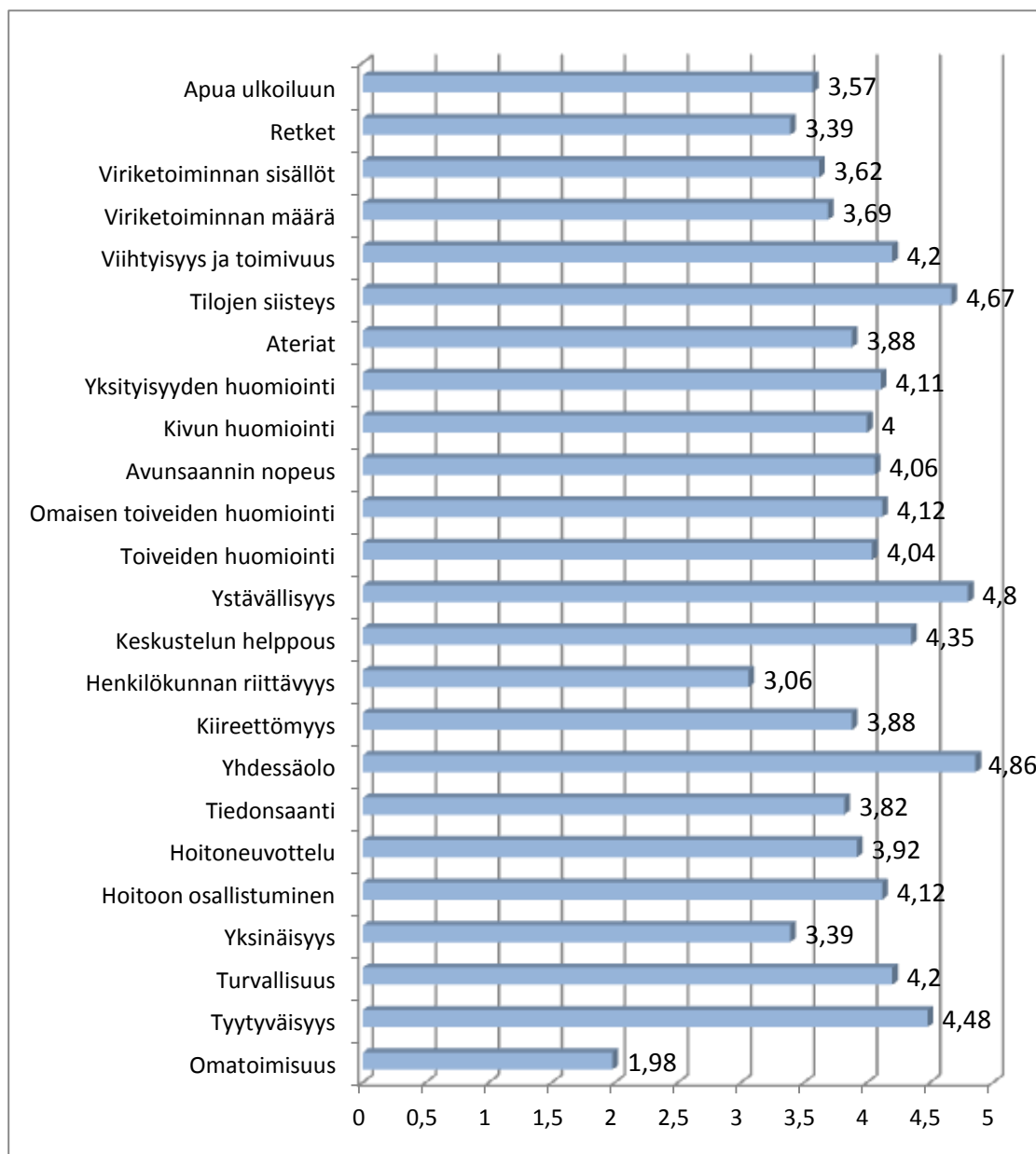
7.4 Yhteenveto tuloksista

Yhteenvetona voidaan todeta, että pääosin vastaukset olivat positiivisia. Viisi positiivisimpia kokemuksia omaisissa herättäneet asiat olivat henkilökunnan ystävällisyys, hoito kokonaisuutena, henkilökunnan kanssa keskustelu omaisen hoitoon liittyvistä asioista, tilojen siisteys sekä kokemukset hoitoneuvotteluun osallistumisen mahdollisuudesta.

Yhteenvetona vastauksien perusteella omaiset ovat vähiten tyytyväisiä henkilökunnan määrään. Yli kolmasosa oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että henkilökuntaa on riittävästi. Henkilökunnan riittävyyden keskiarvo oli hoidon laatua koskevien kysymysten alhaisin, 3,06. Kolmasosa vastasi olevansa jokseenkin samaa mieltä väitteestä, että asukas ei tunne itseään yksinäiseksi. Kuitenkin yli neljäsosa kyselyn vastaajista vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä, eli ilmeisesti heidän mielestään heidän omaisensa kokee yksinäisyyttä. Myös omaisen tiedonsaantia asukkaan vointiin ja hoitoon liittyen olisi myös varaa parantaa, joskin 70 prosenttia omaisista oli vähintään lähes samaa mieltä, että tietoa saa riittävästi.

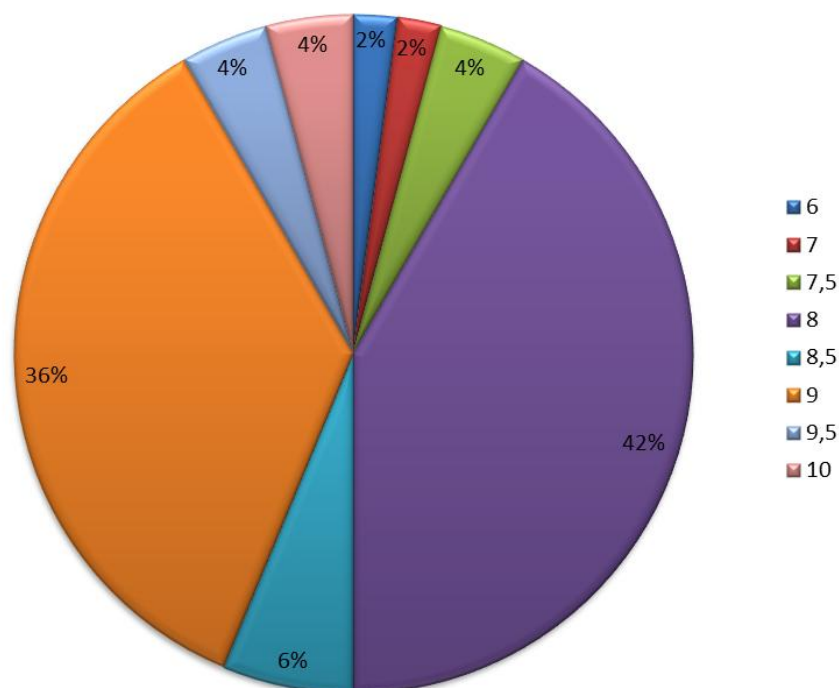
Retkien ja tapahtumien määrään ei oltu erityisen tyytyväisiä, vain 12% vastaajista oli täysin samaa mieltä, että retkiä ja tapahtumia järjestetään riittävästi. Osa omaisista kaipaa myös ulkoiluapua ja -mahdollisuuksia lisää. Myös viriketoimintaa koskevat vastaukset antavat olettaa, että omaisten mielestä kehitettävää olisi sekä sisällöissä että määrässä. Toisaalta viriketoiminnan sisältöjä koskevaan väitteeseen jopa 40% vastaajista oli valinnut Ei samaa eikä eri mieltä. Tämä voi tarkoittaa myös, että heillä ei ole selvää käsitystä mitä viriketoimintaa heidän omaiselleen on tarjottu.

Asukkaiden omatoimisuus oli arvioitu odotetusti melko alhaiseksi, keskiarvo 1,98. Keskimäärin omaisten mielestä asukas tuntee olonsa turvalliseksi ryhmäkodissa (ka 4,2). Asukasta hoidetaan omaisen mielestä kiireettömästi (ka 3,88). Henkilökunta huomioi asukkaan toiveet omaisten mielestä hyvin (ka 4,04). Henkilökunta huomioi omaisten toiveet asukkaan hoitoon liittyen hyvin (ka 4,12). Asukas saa omaisten mielestä tarvitessaan apua nopeasti (ka 4,06). Henkilökunta huomioi asukkaan kivut omaisten mielestä hyvin (ka 4). Henkilökunta huomioi asukkaan yksityisyyden pesu -ja hoitotilanteissa omaisten mielestä hyvin (ka 4,11). Omaisten mielestä ryhmäkodin ateriat ja välipalat ovat maistuvia ja monipuolisia (ka 3,88). Omaisten mielestä ryhmäkodin tilat ovat viihtyisät ja toimivat (ka 4,2). Omaisten mielestä vanhustenkeskuksessa on tarpeeksi viriketoimintaa (ka 3,69). Omaisten mielestä viriketoimintojen sisällöt ovat hyviä (ka 3,62).



Taulukko 1. Yhteenveto tuloksista (1= täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä)

Viimeiseksi kyselykaavakkeessa pyydettiin antamaan arvio asteikolla 4-10 hoidon laadusta kokonaisuutena. Vastauksia annettiin arvojen 6 ja 10 väliltä. Keskiarvoksi tuli 8,4.



Kuvio 12. Arvosana jakauma hoidon laadusta kokonaisuutena (n=48)

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen pätevyydellä ja luotettavuudella eli validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä selvittää sitä, mitä sillä on tarkoitus selvittää. Mittaus ei kyselytutkimuksessa ole niin suoraviivaista kuin voisi kuvitella. Mittauksen luotettavuuteen vaikuttavat sisällölliset, tilastolliset, kulttuurilliset, kielelliset ja tekniset seikat. Mittauksen luotettavuudesta puhuttaessa erotetaan kaksi perustetta, jotka ovat validiteetti ja reliabiliteetti. Ensimmäisestä käytetään suomenkielessä sanoja pätevyys ja jälkimmäisestä sanaa tarkkuus. Validiteetti kertoo mitataanko sitä mitä piti ja reliabiliteetti kertoo miten tarkasti mitataan. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste, sillä ellei mitata oikeaa asiaa, ei reliabiliteetilla ole mitään merkitystä. Mittauksen ohella myös tiedonkeruu on merkittävä epävarmuuden aiheuttajatilastollisessa tutkimuksessa.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuus edellyttää luotettavuutta sekä mittaukselta että tiedonkeruulta. (Vehkalahti, 2008)

Mittarin validiteettia tarkasteltaessa on keskeistä se, että mitaako mittari todella sitä mitä halutaan tietää ja mitä sen tulisi mitata. Keskeistä on tietää, mittaavatko kysymykset eli mittarin osiot sitä mitä on haluttu tutkia. Tämän vuoksi esitestasimme kyselylomakkeemme ennen varsinaisen tutkimuksen tekoa. Näin pystyimme varmistumaan kyselylomakkeen toimivuudesta. Voimme yrittää reliabiliteetin parantamiseksi myös pyrkiä minimoimaan kohteesta johtuvat virhetekijät joita voivat olla mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten paljous, ymmärrettävyys ja niiden järjestely. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1998.) Esitestauksen kautta saimme hyvää palautetta kysymysten määrän, ymmärrettävyyden ja järjestyksen kohdalla. Esimerkiksi kiireen ja väsymyksen vaikutuksen vastauksiin pyrimme estämään sillä, että lomakkeen saattoi täyttää myös rauhassa kotona ja lähettää sen suoraan meille. Tätä mahdollisuutta monet käyttivätkin.

Sisäisesti validi tutkimus on sellainen, jossa tulokset johtuvat vain ja ainoastaan tutkimuksen asetelmasta, ei sekoittavista tekijöistä. Sisäisen validiteetin uhkia ovat esimerkiksi historia, henkilöiden valikoituminen tutkimukseen, kypsyminen, testauksen vaikutus, aineistosta tapahtuvat poistumat ja kontaminaatio. Tärkeintä on varmistaa, etteivät tutkimustuloksiin vaikuta sekoittavat tekijät eli että tutkimusasetelma on pysyvä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1998.)

Tärkeä osa tutkimuksen ulkoista validiteettia on tutkimuksen yleistettävyys.

Peruskysymyksenä on, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. Tutkimuksemme oli kokonaistutkimus, joten sen otos automaattisesti edustaa tutkittavaa joukkoa. Sen sijaan siihen emme voineet juurikaan vaikuttaa, kuka omaisista vastasi kyselyyn. On hyvin mahdollista, että tiedottamisesta huolimatta joku kyselyyn halunnut vastata on jäänyt ilman mahdollisuutta. Ikävä kyllä on myös mahdollista, että joku muu kuin omainen (esim. henkilökuntaan kuuluva) on täyttänyt vastauslomakkeita. Teimme mielestämme kuitenkin kaikemme, jotta tieto käynnissä olevasta kyselystä saavuttaisi kaikki omaiset. Alkuperäinen suunnitelmamme oli omaisten illoissa jakaa kaavakkeita, mutta emme saaneet tutkimuslupaamme ajoissa marras-joulukuussa 2011 järjestettyihin omaisten iltoihin. Seuraavat olisivat olleet vasta myöhään keväällä.

Kyselylomakkeen antajan tai viimeistään saatekirjeen tulee herättää vastaajan kiinnostus ja motivoida häntä vastaamaan. Suurimpana ongelmana kyselylomakkeen käyttöön tutkimusmenetelmänä liittyy kato eli vastaamatta jättäminen (Hirsjärvi 2005). Kuitenkin jos kyselylomakkeen aihe on vastaajalle tärkeä, voi vastausprosentti nousta 70 ja 80 välille. Lisäksi organisaation välityksellä lähetetyissä tutkimuksissa vastausprosentti on usein

postikyselyä korkeampi (Hirsjärvi 2005). Uskoimme, että omaisille on tärkeää, millaista hoitoa heidän dementoitunut läheisensä saa, ja lisäksi jaoimme lomakkeet Syystien Vanhustenkeskuksen kautta yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Panostimme huolellisesti saatekirjeeseen, hoitohenkilökunnan ohjeistamiseen ja motivoimiseen ennen kyselyn käynnistymistä ja myös sen aikana. Lisäksi pidensimme alkuperäistä vastaustaikaa viikolla pääsiäispyhien yli.

Tutkimuksen ulkoisen validiteetin uhkia ovat esimerkiksi Hawthornen efekti, tutkijavaikutus, testausvaikutus, uutuusvaikutus, valikoituminen, asetelma ja historia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998.) Ennen tutkimusmateriaalin keräämistä ajattelimme, että tutkimusasetelmastamme johtuen on hyvin mahdollista, että vastaajien tunnetilat vaikuttavat heidän vastauksiinsa. Kyse on vastaajan omaisesta tai muutoin hyvin läheisestä ihmisestä. Vastaajat saattavat käydä suurtakin tunnemyrskyä läpi läheisensä sairastuttua muistisairauteen ja näin ollen suhde omaisen on muuttunut tämän sairauden myötä. Tunteet voivat omaisella olla hyvin pinnassa mikä näkyy mahdollisena kriittisyytenä saatua hoitoa ja palvelua kohtaan. Toisaalta on myös mahdollista, että omainen antaa hoidosta paremman arvosanan koska tuntee henkilökunnan yrittävän parhaansa kiireen keskellä käytettävien resurssien puitteissa. On myös mahdollista, että tutkijoiden työskentelyllä sekä esitetestauksen ryhmäkodissa, että varsinaiseen tutkimukseen osallistuneessa ryhmäkodissa on vaikutusta validiteettiin.

Kyselylomakkeen mittarina käytimme Likertin asteikkoa, mutta myös Osgoodin asteikko olisi saattanut sopia kyselyymme. Se olisi voinut olla vastaajalle Likertin asteikkoa helpompi ja nopeampi hahmottaa. Osgoodin asteikko voi olla Likertin tapaan 5 tai 7-portainen. Vastaajalle esitetään väitteitä, ja asteikon ääripäinä ovat vastakkaiset adjektiivit. (Heikkilä 2008.)

Esimerkiksi:

Hoitohenkilökunta on epäystävällistä 1 2 3 4 5 Hoitohenkilökunta on ystävällistä

8.2 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyys voidaan jakaa kahteen ryhmään, tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkimustyön eettisyys on erityisen tärkeää niillä aloilla, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa kuten hoitotieteessä. (Vehviläinen- Julkunen 1998.)

Dementoituneiden vanhusten itse suorittama arviointi hoidon laadusta sisältää eettisiä ongelmia. Edellytyksenä oleva tietoinen suostumus (informed consent) on dementoituneen kohdalla erityisen haastavaa, koska kuten aiemmin on todettu, dementoituneen henkilön

kognitio on alentunut ja jo tämän vuoksi hänen arviointikykynsä voi olla heikentynyt. Näin ollen ei ole korrekta eikä eettisesti oikein suunnata kyselyä suoraa dementoituneille asukkaille. Tämän vuoksi opinnäytetyössämme päädyimme tutkimaan hoidon laatua asukkaiden omaisten näkökulmasta.

Omaisille, jotka kyselykaavakkeen täyttivät, mahdollistettiin anonymiteetti. Kyselykaavakkeessa ei kysytty nimeä tai henkilötietoja. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, minkä toimme selkeästi esille saatekirjeessä (Liite 2.)

Ns. Helsingin julistuksessa vuodelta 1964 on lueteltu joitakin seikkoja, jotka on otettava huomioon pohdittaessa tutkimuksen eettisiä kysymyksiä. Ensimmäisenä on listattu, ettei tutkimus saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Toisena seikkana on esitetty, että tutkimuksen hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin siitä koituneen haitan. Keskeistä on julistuksen mukaan, että osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistumisensa saa keskeyttää milloin tahansa ja vastuu on tutkimuksen johtajalla. (Vehviläinen- Julkunen 1998.)

Helsingin julistukseen tutkimuksemme eettisyyttä peilaten voimme todeta, että tutkimuksemme ei millään muotoa vahingoittanut omaisia kenelle kyselytutkimus tehtiin. He saivat palauttaa kyselylomakkeensa suljetussa kirjekuoressa, emmekä missään vaiheessa keränneet aineistoa edes ryhmäkodeittain vaan syötimme tiedot satunnaisessa järjestyksessä tietämättä kuka tai mistä ryhmäkodista oleva omainen on kaavakkeen täyttänyt. Haittaa tutkimuksesta ei näkemysellemme mukaan omaisille koitunut, varsinkin kun anonymiteettistä pidetään tiukasti kiinni, kun taas hoitajille tutkimustulokset voivat olla suureksi hyödyksi toimintaansa kehittäessään. Vastaaminen kyselyyn perustui täysin vapaaehtoisuuteen.

Toisen meistä työskenteli yksikössä, jossa tutkimusta tehtiin, olisi saattanut aiheuttaa sen, etteivät vastaajat olisi uskaltaneet olla rehellisiä vastauskaavakkeita täyttäessään. Tämän vuoksi oli erityisen tärkeää painottaa vastaajille heidän anonymiteettinsä säilyminen koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Tutkimusluvan haimme Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten vastuualueen toiminnan ja johtamisen tukiyksiköstä. Helsingin sosiaaliviraston tekemässä ohjeistuksessa tutkimusluvan hakijalle todetaan seuraavasti: ”Tutkimuslupaa on haettava sosiaaliviraston ulkopuolisten tahojen tutkimuksiin, joissa käytetään yksilökohtaisia viraston asiakkaita tai henkilökuntaa koskevia tietoja. Lupa tarvitaan riippumatta siitä, kerätäänkö aineisto henkilörekistereistä, haastattelemalla, kyselylomakkein tai muilla menetelmillä. Myös

sosiaaliviraston henkilökuntaan kuuluvan on haettava tutkimuslupaa, jos tutkimusta ei tehdä osana henkilön virka- tai työtehtäviä, vaan esim. opiskeluun liittyvänä.”

Olemme noudattaneet läpi koko työn huolellista ja tarkkaa toimintatapaa aina aineiston keruusta analysointiin saakka. Lisäksi olemme säilyttäneet ja tulemme hävittämään kyselykaavakkeet asianmukaisella tavalla. (Laurean eettinen toimikunta 2007)

8.3 Tulosten tarkastelu

Olimme molemmat työskennelleet Helsingin kaupungin palvelutaloissa sairaanhoitajan sijaisina ja kiinnostuneet omaisten kanssa tehtävästä yhteistyöstä ja sen onnistumisesta. Vanhusten hoidon laatu on ollut viime vuosina paljon esillä mediassa ja aihe edelleen hyvin ajankohtainen mm. uuden vanhuspalvelulain suunnittelun myötä. Tästä siis lähti idea opinnäytetyöllemme. Alun perin aiheemme sisälsi hoidon laadun arvioinnin lisäksi myös omaisten kehittämis ehdotukset, mutta työelämän yhteys henkilön suosituksesta rajasimme aiheen käsittelemään vain hoidon laatua. Olisimme olleet hyvin kiinnostuneita myös kehittämis ehdotuksista, mutta ymmärsimme että aihetta oli rajattava.

Tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen jo laadittuamme saimme tietää, että Sosiaalivirastolla oli käynnissä myös laajempi omaistutkimus jossa kyselykaavakkeet lähetettiin suoraan kotiin omaisille. Tämän tutkimuksen tulokset julkistettiin kuluvan vuoden huhtikuussa (Soini ym. 2012). Meidän tutkimuksemme avulla oli kuitenkin mahdollista saada yksikkökohtaista tietoa hoidon laadusta, joten emme tässä vaiheessa enää lähteneet muuttamaan aihettamme.

Opinnäytetyössämme saadut tulokset omaisten tyytyväisyydestä läheisensä saamaan hoitoon olivat positiivisia, suurin osa vastaajista oli samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että oli tyytyväinen läheisensä saamaan hoitoon. Samankaltaisia tuloksia on saatu Helsingin kaupungin palvelutaloissa ja vanhainkodeissa vuonna 2002, 2006 ja 2011 tehdyissä tutkimuksissa. Nämä tutkimukset olivat osoittaneet omaisten olleen enimmäkseen tai erittäin tyytyväisiä läheistensä saamaan hoitoon. (Muurinen ym. 2007; Soini ym. 2012.) Myös muissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia (Finnema ym. 2001; Voutilainen 2004).

Voutilainen (2004) oli väitöstyössään tarkastellut tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä, joista yksi oli ollut työntekijöiden ihmissuhdetaidot (Voutilainen 2004). Omassa työssämme tuli ilmi, että omaiset olivat kokeneet henkilökunnan erittäin ystävälliseksi. Tästä voisi löytää yhtymä kohtaa Voutilaisen tutkimukseen. Väittäjä, jossa kysyttiin henkilökunnan ystävällisyydestä oli jakautunut vastaajista 20% oli jokseenkin samaa mieltä ja loput 80% täysin samaa mieltä.

Ystävällisyys on piirre, johon kiinnitämme lähes aina kanssa ihmisissämme huomiota. Kaikki tietävät omien kokemusten kautta kuinka paljon miellyttävämpää ja helpompaa on olla kanssakäymisissä ystävällisen henkilön kanssa kuin epäystävällisen ihmisen kanssa.

Tässä kohtaa tuli mieleemme, että ovatko todella kaikki vastaajat sitä mieltä, että hoitajat ovat todella ystävällisiä vai onko vastaaja mahdollisestia ajatellut vaihtoehtoa valitessaan, että haluaa vastata niin kuin kokee juuri ystävälliset hoitajat ja tavallaan jättänyt epäystävällisyyden pois laskuista kokonaan. Eikä ole vastauksessa haluttu viedä pois arvoa ystävällisiltä hoitajilta ja siksi vastattu näin. Myös Sosiaaliviraston tutkimuksessa (2012) suurin osa omaisista arvioivat läheisensä yksikössä työskentelevän henkilökunnan innostuneiksi, kohteliaiksi ja ystävällisiksi. Henkilökunnan ammattitaitoon luotettiin ja heidän koettiin kohtelevan asiakkaita hyvin. (Soini ym. 2012.)

Hyvän hoidon pohjalla on usein toimiva yhteistyö hoitajien, omaisten ja hoidettavan välillä. Hyvän yhteistyön taustalla on avoin keskustelun salliva ilmapiiri. On erityisen tärkeää toimivan yhteistyön kannalta, että niin hoidettava kuin omaisetkin kokevat keskustelun helpoksi hoitohenkilökunnan kanssa ja uskaltavat ottaa puheeksi niin positiiviset kuin negatiivisetkin asiat.

Väittämä, jossa kysyttiin onko tarjottu mahdollisuutta osallistua hoitoneuvotteluun Ei samaa eikä eri mieltä oli 10 vastaaja (20%). Tämä voisi osin selittyä sillä, että ihminen kenelle hoitoneuvottelut eivät sinällään kuuluu oli vastannut tähän vaihtoehtoon. Hieman yli puolelle vastaajista mahdollisuutta oli tarjottu, mikäli kysely olisi suunnattu vain sellaisille läheisille, jotka ovat ns. asukkaan asioiden hoitajia olisimme odottaneet suurempaa osuutta, mutta kyselyyn vastanneet saattoivat olla mm. vanhoja ystäviä, jotka eivät varsinaisesti ole asukkaan hoitoon osallistuvia. Sosiaaliviraston omaiskyselyn vastaajista 44 % oli osallistunut läheisensä hoidon suunnitteluun ennalta sovituisissa hoitokokouksissa, mutta yhtä suurta osaa ei ollut pyydetty (Soini ym. 2012).

Väittämän, joka koski siisteyttä, valitsimme kyselykaavakkeeseen syystä, että olemme molemmat törmänneet työskennellessämme vanhusten keskuksessa sekä palvelutaloissa, että toiset omaiset pitävät siisteyttä erityisen tärkeänä. Siisteys on usein aihe mistä omaiset tulevat keskustelemaan ja palaute on ollut yleensä negatiivista ja omaiset ovat olleet sitä mieltä, että asukashuoneet ovat epäsiistejä. Aiempien kokemustemme perusteella olisimme enneminkin odottaneet tämän väittämän kohdalla lähes päinvastaista jakaumaa vastausten suhteen, kun mitä nyt vastauksista käy ilmi.

Lisäksi Voutilainen (2004) toi samassa yhteydessä esille, että tyytyväisyyteen vaikuttaa myös omaisten mielestä läheisensä hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksen tekoon

osallistuminen (Voutilainen 2004). Meidän opinnäytetyömme tulosten perusteella yli puolelle vastaajista oli tarjottu mahdollisuutta osallistua hoitoneuvotteluun ja tätä kautta heillä on ollut mahdollisuus olla vaikuttamassa läheisensä hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon.

Lehtonen (2005) on pro gradu-tutkielmassaan tarkastellut yhteistyön toteumista omaisten näkökulmasta. Lähes puolet omaisista oli sitä mieltä, että yhteistyö toteutui hyvin. Vuorovaikutussuhteen laatu toteutui tutkimuksen mukaan erittäin hyvin kun taas aktiivinen kommunikaatio heikommin. (Lehtonen 2005.) Työssämme omaisista 88 % oli vastannut väittämään, henkilökunnan kanssa on helppo keskustella läheiseni hoitoon liittyvistä asioista, Täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Lehtosen (2005) mukaan myös hyvään vuorovaikutussuhteeseen on yhteydessä läheisten osallistuminen hoitoneuvotteluun (Lehtonen 2005). Tässä huomaa kuinka vanhusten hoidon laadusta puhuttaessa, niin kuin monella muullakin elämän ja hoitotyön saralla, kaikki vaikuttaa kaikkeen.

Suurin osa kyselymme vastaajista, 70 %, oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä, että on saanut riittävästi tietoa läheisensä hoitoon ja palveluihin liittyvissä asioissa. Tulokset ovat hieman paremmat kuin Voutilaisen tutkimuksessa, jossa joka kolmas omaisen arvioi, että mahdollisuuksia osallistua asiakkaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon oli liian vähän tai ei lainkaan. Kehittämisen varaa silti vaikuttaa olevan. Kommunikaation laatu ja spontaani informaatio on osoittautunut haasteeksi myös kansainvälisissä tutkimuksissa; Omaiset kaipaavat hoitohenkilökunnalta parempaa tiedonkulkua ja informointia sekä avointa kommunikaatiota (Finnema ym. 2001; Hall-Lord 2003; Hertzberg ym. 2000; Lehtonen 2005) Muissa tutkimuksissa tyytyväisyyteen yhteydessä olleita tekijöitä ovat juuri asiakkaan hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistuminen, henkilökunnalta saatu tieto asiakkaan tilasta ja hoidosta sekä henkilökunnalta saatu tuki hoitoon osallistumiseen. (Hertzberg ym. 2001; Voutilainen 2004).

Kyselymme vastauksien perusteella omaiset ovat vähiten tyytyväisiä henkilökunnan määrään. Henkilökunnan riittävyyskeskiarvo oli hoidon laatua koskevien kysymysten alhaisin. Myös Lehtosen pro gradu -tutkimuksessa nousi esiin hoitajien kiireisyys ja se, että heitä oli liian vähän. Hoito keskittyi asukkaiden välttämättömien fyysisten perustarpeiden tyydyttämiseen, eikä aikaa jäänyt juurikaan asukkaiden psykososiaalisille tarpeille. (Lehtonen 2005.) Hoitajien lukumäärä suhteessa asukkaisiin on tekijä, jonka on tutkimuksissa todettu vaikuttavan suoraan hoidon laatuun (Akinci 2005; Kirkevold 2008). Omaisten huoli hoitohenkilökunnan riittävydestä on siis helppo ymmärtää. Lisäksi Iso-Britannialaisessa tutkimuksessa omaiset kokivat henkilökuntavajeen olevan yhteydessä erityisesti ulkoilumahdollisuuksien puutteeseen (Harmer & Orrell 2008). Tutkimustuloksien perusteella osa omaisista kaipaa lisää ulkoiluapua ja -mahdollisuuksia läheiselleen. Myös laajemmassa Helsingin vanhusten

palvelujen omaiskyselyssä tulokset olivat samansuuntaisia: päivittäisistä toiminnoista huolehdittiin omaisten mielestä pääosin hyvin, mutta ulkoilusta huolehtimisen koki melkein puolet erittäin tai melko huonoksi (Soini ym. 2012). Kokemuksiemme mukaan vanhusten ulkoilumahdollisuudet ovat pääasiassa vapaaehtoisten ja omaisten varassa.

Retkien ja tapahtumien riittävyteen oli tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä 56 % ja virikepalvelujen sisältöön 48 % omaisista. Voutilaisen tutkimuksessa 43 % oli tyytyväisiä virkistyspalvelujen määrään. Myös kansainvälisissä tutkimuksissa omaiset toivoivat enemmän toimintakykyä ja taitoja ylläpitäviä aktiviteetteja sekä mukaan toimintaan ottamista ja osallistumaan rohkaisua (Harmer & Orrell 2008; Kirkevold 2008.) Tutkimusten mukaan mm. muistelu, musiikki, erityisesti laulaminen, ulkoilu ja virike- ja harrastetoiminta muistisairaiden mielialaa kohottavia, ja siten elämänlaatua lisääviä tekijöitä (Harmer & Orrell 2008).

Tutkimuksessamme arvosanojen keskiarvoksi tuli 8,4. Myös Sosiaaliviraston omaiskyselyssä arvosanojen keskiarvot olivat palveluasumisessa ja vanhainkodeissa sekä arviointi- ja kuntoutusyksiköissä 8,4 (Soini ym. 2012). Kiitettävän kouluarvosanan antoi vanhainkotien ja palveluasumisen asukkaiden omaisista lähes puolet, ja niin ikään myös meidän kyselyssämme 44 % vastaajista oli antanut arvosanan 9-10. Numeroarvosanojen tulokset olivat siis hyvin samankaltaiset. Välttävän tai heikon arvosanan (numerot 4-6) antoi Sosiaaliviraston tutkimuksessa vanhainkodeissa ja palveluasumisessa neljä prosenttia omaisista, meidän tutkimuksessamme vain kaksi prosenttia omaisista.

Ammatillisen hoivan laatu on yhteydessä asiakkaiden hyvään elämänlaatuun (Räsänen 2011). Siksi mielestämme on tärkeää tutkia vanhusten hoidon laatua niin kansainvälisellä, valtakunnallisella kuin toimipistetasollakin. Vanhukset, erityisesti muistisairauksista kärsivät, ovat heikentyneiden voimavarojensa vuoksi rajoittuneita puolustamaan omia oikeuksiaan. Siksi onkin tärkeää, että juuri heille turvataan tutkimukseen ja hyviin käytäntöihin pohjaten turvallinen ja mielekäs elämä.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksia voisi olla omaisille suunnattu tutkimus hoidon laadun kehittämistä. Pohjana voisi käyttää tässä tutkimuksessa esiin tulleita kohteita, joihin omaiset ovat tyytymättömiä. Kehittämistarvetta omaisten mielestä liittyi eniten henkilökunnan määrään, omaisen tiedonsaantiin asukkaan vointiin ja hoitoon, retkien ja tapahtumien määrään sekä ulkoiluapuun ja -mahdollisuuksiin. Omaisilta voisi kysyä millaisia kehittämisehdotuksia heillä olisi näiden kohteiden parantamiseksi.

Toisena jatkotutkimusaiheena pitäisimme tutkimuksen toistamista. Tämän saman kyselytutkimuksen voisi uusia myöhemmin tai toteuttaa samanlaisenaan jossain toisessa kaupungin palvelutalossa tai toisella paikkakunnalla. Lisäksi näitä tutkimusten tuloksia voisi vertailla aiemmin tehtyihin.

Lähteet

Akinci, F. Krolikowski, D. 2005. Nurse staffing levels and quality of care in Northeastern Pennsylvania nursing homes. *Applied Nursing Research*. 18(3), 134.

Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86 - 90.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 142 - 158.

Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16 - 20.

Finnema, E. De Lange, J. Dröes, R-M. Ribbe, M, Van Tilburg, W. 2001. The quality of nursing home care: Do the opinions of family member change after implementation of emotion - oriented care? *Journal of Advanced nursing*. 35(5), 728 - 740.

Hall-Lord M. Johansson I. Schmidt, I. Larsson, B. 2003. Family members' perceptions of pain and distress related to analgesics and psychotropic drugs, and quality of care of elderly nursing home residents. *Health and social care in the community*. 11(3), 262 - 272.

Harmer, B.J. & Orrell, M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*. 12(5), 548 - 558.

Harper Ice G. 2002. Daily life in a nursing home. Has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*. 16(4), 345 - 359.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 2008.

Helsingin kaupungin sosiaalilautakunta. sosiaaliviraston palvelustrategia. 2009. <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/712f33004ea6929ab4ecbc07c923d095/Sosv+palvelustrategia+lopullinen+soslk+13.1.2009+nettiin.pdf?MOD=AJPERES&lmod=-1659494876>
Viitattu: 9.12.2011

Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto, terveystakeskus. Helsingin vanhuspalveluohjelma. 2006. <http://www.hel2.fi/terveyskeskus/hela/Terveyslautakunta/Esityslistat/liitteet/060250390.doc>
Viitattu:9.12.2011

Hertzberg, A. & Ekman, S-L. 2000. 'we, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*. 31(3), 614 - 622.

Hertzberg, A. Ekman, S-L. Axelsson, K. 2001. Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 10(3), 280 - 388.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen. Suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Huhtamäki-Kuoppala, M. & Koivisto, K. 2010. Potilaan ja omaisen tukeminen. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 529 - 535.

Hujanen, T. Kapiainen, S. Tuominen, U. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3/2008. Stakes.

Juva, K. Voutilainen, P. Huusko, T. Eloniemi-Sulkava U. 2010. Pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaratekijät ja hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 514 - 528.

Kananen, J. 2008. Kvantti, kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kirkevold, Ø. & Engedahl K. 2008. The quality of care in Norwegian nursing homes. Scand J Caring Sci. 22(4), 560 - 567.

Kurkela, R. Tilastollinen tiedonkeruu -verkko-oppimateriaali. Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/03/03/> Viitattu 1.11.2011

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. 11(1), 3 - 12.

Laitinen-Junkkari, P. 1999. Vanhukset ja heidän omaisensa kvantitatiivisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena - Huomioita ja ongelmakohtia. Teoksessa: Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 275 - 287.

Lamminniemi, T. Nurminen, K. 2008. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisen tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu. Jyväskylän yliopisto.

Laurean eettinen toimikunta. 2007. Laurea-ammattikorkeakoulun eettiset ohjeet tutkimus- ja kehittämistyötä sekä opinnäytetöitä varten. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.5.2012.

Lehtonen, Tiia. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaiden omaisten välillä. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen Yliopisto.

Martikainen, J. Viramo, P. Frey, H. 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37 - 49.

Muurinen, S. Mattila, A. ja Nuutinen, H-L. 2007. Omaisten mielipiteitä läheistensä hoidosta Helsingin palvelutaloissa ja vanhainkodeissa 2006. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia.

Paunonen, M. ja Vehviläinen- Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Rinne, J. 2010. Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 172 - 178.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165 - 171.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden laatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus.

Slaughter, S. Calkins, M. Eliasziw, M. Reimer, M. 2006. Measuring Physical and Social Environments in Nursing Homes for People with Middle- to Late-Stage Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 54(9), 1436 - 1441.

Syystien vanhustenkeskus. 2011. Tervetuloa Syystien vanhustenkeskukseen. Julkaisematon lähde.

Soini, H. Varis, M. Juvonen, A-K. Kälkäinen, S. Salo, M. & Seija Muurinen. 2012. Vanhusten palvelujen omaiskysely. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2012:2.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Laki iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen saannin turvaamisesta.

http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyneet
Viitattu 28.4.2012

Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Andersson, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiaipalvelut. Opa kunnille. Jyväskylä: Gummerus. 125 - 136.

Tuckett, A. G. 2007. The meaning of nursing-home: 'Waiting to go up to St. Peter, OK! Waiting house, sad but true' – An Australian perspective. *Journal of Aging Studies*. 21(2), 7 - 20.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. opas laatuun. Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri Harriet. Stakes: oppaita. Saarijärvi: Gummerus. 11 - 18.

Valvira & Aluehallintovirasto. 2010. Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma vuodelle 2010.

van Herk, R. Boerlage, A. van Dijk, M. Baar, F. Tibboel, D. de Wit, R. 2009. Pain Management in Dutch Nursing Homes Leaves Much to Be Desired. *Pain Management Nursing*. 10(1), 32 - 39.

Vehkalahti, k. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. 26 - 34.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Helsinki: Stakes.

Voutilainen, P. 2010. Hyvä vanhuus- Lainsäädännön ja valvonnan mahdollisuudet 5.5.2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Koulutusmateriaali.
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:NFq5gdtrEtwJ:www.avi.fi/fi/virastot/etelasuomenavi/Ajankohtaista/tapahtumat/Koulutusmateriaalit/Docum>
Viitattu 26.10.2011

Väisänen, A. Hujanen, T. 2010. Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007. Avauksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja 1/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Åstedt-Kurki, P. Paunonen, M. Lehti, K. 1997. Family members' experiences on their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*. 25(5), 908 - 914.

Liitteet

Liite 1. Kyselykaavake

Mielipidekysely hoidon laadusta

Vastatkaa rengastamalla parhaiten sopiva vastausvaihtoehdon numero. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa kaikkiin väittämiin ja vain yhteen vaihtoehtoon. Kiitämme etukäteen vastauksestanne.

1. Oletteko läheisenne

1. Puoliso
2. Tytär
3. Poika
4. Sisar
5. Veli
6. Muu sukulainen

7. Muu läheinen: _____

2. Omaiseni on omatoiminen

3. Täysin eri mieltä
4. Jokseenkin eri mieltä
5. Ei samaa eikä eri mieltä
6. Jokseenkin samaa mieltä
7. Täysin samaa mieltä

3. Olen tyytyväinen läheiseni saamaan hoitoon

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

4. Läheiseni tuntee itsensä turvalliseksi ryhmäkodissa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

5. Läheiseni ei tunne itseään yksinäiseksi

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

6. Voin halutessani osallistua läheiseni hoitoon toivomallani tavalla

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

7. Minulle on tarjottu mahdollisuutta osallistua läheiseni hoitoneuvotteluun

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

8. Olen saanut riittävästi tietoa läheiseni hoitoon ja palveluihin liittyvissä asioissa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä

3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

9. Saan halutessani viettää aikaa rauhassa läheiseni kanssa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

10. Läheistäni hoidetaan mielestäni kiireettömästi

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

11. Hoitohenkilökuntaa on riittävästi

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

12. Henkilökunnan kanssa on helppo keskustella läheiseni hoitoon ja palveluihin liittyvistä asioista

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

13. Henkilökunta on ystävällistä

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

14. Henkilökunta huomioi hyvin läheiseni toiveet

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

15. Henkilökunta huomioi hyvin toiveeni läheiseni hoitoon liittyen

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

16. Läheiseni saa tarvitessaan apua nopeasti

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

17. Hoitohenkilökunta huomioi hyvin läheiseni erilaiset kiputilat

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

18. Omaiseni yksityisyys huomioidaan hyvin pesu- ja hoitotilanteissa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

19. Ryhmäkodin ateriat ja välipalat ovat maistuvia ja monipuolisia

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

20. Ryhmäkodin tilat ovat mielestäni siistit

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

21. Ryhmäkodin tilat ovat mielestäni viihtyisät ja toimivat

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

22. Vanhustenkeskuksessa on tarpeeksi viriketoimintaa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

23. Viriketoimintojen sisällöt ovat hyviä

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

24. Retkiä ja tapahtumia järjestetään riittävästi

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

25. Läheiseni saa tarvitessaan apua ulkoiluun

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Ei samaa eikä eri mieltä
4. Jokseenkin samaa mieltä
5. Täysin samaa mieltä

26. Minkä arvosanan antaisitte hoidon laadusta kokonaisuutena asteikolla 4-10?_____

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

Liite 2. Saatekirje

LAUREA- AMMATTIKORKEAKOULU

SAATE

Hoitotyön koulutusohjelma

Arvoisa omainen

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea- ammattikorkeakoulusta, Otaniemen yksiköstä. Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää omaisten mielipidettä hoidon laadusta dementia ryhmäkodeissa sekä sitä mikä Teidän mielestänne on hoidossa hyvää ja mikä kaipaisi kehittämistä. Opinnäytetyömme tavoite on parantaa dementia-ryhmäkotien asukkaiden elämänlaatua hoidon laadun kehittämisen avulla.

Vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen voitte olla mukana vaikuttamassa omaisenne hoidonlaadun kehittämisessä ja samalla annatte arvokasta apua opinnäytetyömme onnistumiseksi.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja voitte perua tutkimukseen osallistumisenne milloin vain. Antamanne vastauksenne käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisina. Tulokset julkaistaan ainoastaan kokonaistuloksina, joten kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista.

Ohessa on myös kirjekuori, jonne voitte täytetyn kaavakkeen laittaa ja sulkea kuoren. Suljetun kuoren voi palauttaa ryhmäkodin kansliaan tai postittamalla sen vastauskuoressa 30.3.2012 mennessä. Palautuskuoressa on osoitemerkintä ja postimerkki valmiina.

Mikäli haluatte saada tutkimuksesta lisätietoa, voitte soittaa alla oleviin puhelinnumeroihin. Vastaamme mielellämme teitä askarruttaviin kysymyksiin tutkimukseen liittyen.

Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Hanna- Liisa Hirvonen
puh: xxxxx

Hanna Aronen
puh: xxxxx

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja:
lehtori Anna- Kaisa Hankaniemi
anna-kaisa.hankaniemi@laurea.fi
puh. (09) 8868 7997