

HOIDON LAATU OMAISTEN NÄKÖKULMASTA

Mervi Närhi & Soili Koskelo

Opinnäytetyö

Syksy 2013

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, sisätauti-kirurgisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Koskelo Soili & Närhi Mervi
Opinnäytetyön nimi: Hoidon laatu omaisten näkökulmasta
Työn ohjaajat: Heikka Helena & Karhumaa Liisa
Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Syksy 2013
Sivumäärä: 41 + 6 liitesivua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erään Oulun seudulla toimivan palvelutalon asukkaiden omaisten näkemyksiä hoidon laadusta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää omaisten käsityksiä hoidon laadusta. Tavoitteena oli myös hyödyntää kyselystä saatua tietoa palvelutalon toiminnan kehittämiseksi.

Tutkimusmenetelmänä käytimme kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimusjoukko koostui palvelutalossa asuvien ikääntyneiden omaisista. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, jonka laadimme aiheeseen liittyvän teoreettisen tarkastelun pohjalta. Kysely lähetettiin kolmellekymmenelle palvelutalon asukkaiden lähimmille omaisille.

Omainen on tärkeä hoidon ja palvelun laadun arvioija. Omaiset on tärkeä nähdä voimavarana ikääntyneen hoidossa ja palvelussa kaikissa toimintaympäristöissä, kuten palvelutaloissa, kotihoidossa ja vanhainkodissa. Omaisen osallistuminen hoitoon edellyttää hoitavan henkilökunnan ja ikääntyneen läheisten ihmisten välistä hyvää yhteistyötä.

Terveystieteiden keskeisiä kehittämiskohteita on tänä päivänä hoidon laadun mittaaminen ja sen vaikuttavuuden arviointi. Kun hoidon laatua määritellään yksityiskohtaisesti, tarvitaan eri osapuolten näkemyksiä siitä, mitä pidetään hyvänä. Kyselymme sisälsi kysymyksiä omaisyhteistyöstä, hoitoympäristöstä ja perustarpeista huolehtimisesta, jotka ovat tärkeitä hoidon laadun osatekijöitä.

Tutkimustulokset osoittivat, että palvelutalon omaiset ovat pääosin tyytyväisiä hoidon laatuun. Omaiset arvioivat, että heillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa läheisen yksilölliseen hoidon suunnitteluun. Hoitoympäristö koettiin esteettömäksi ja viihtyisäksi, mutta hoitohenkilökuntaa toivottiin lisättäväksi. Perustarpeista huolehtiminen koettiin hyväksi, mutta viriketoimintaa, etenkin ulkoilua toivottiin enemmän.

Tämän opinnäytetyön johtopäätöksinä voidaan todeta, että omaisten mielestä hoidon laatu on hyvää. Hoidon laatua kehitettäessä omaisten mukaan tulee erityisesti kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan määrään, ulkoilun mahdollistamiseen sekä viriketoiminnan järjestämiseen tasaisimmin väliajoin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ja suunniteltaessa kyseisen palvelutalon hoidon laatua.

Asiasanat: Ikääntynyt, Hoidon laatu, Gerontologinen hoitotyö, Omainen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Koskelo Soili & Närhi Mervi
Title of thesis: Quality of Care from Relative`s Point of View
Supervisors: Heikka Helena & Karhumaa Liisa
Term and year: Autumn 2013
Number of Pages: 42 + 6 appendix pages

The purpose of this study was to describe the views of patients´ relatives regarding the quality of care in a service home in Oulu area.

The goal was to examine the view of patients´ relatives regarding the quality of care.

We used a quantitative research method. The sample consisted of the relatives of the aged people living in a service home. Data collection was conducted by a questionnaire, which we planned on the basis on the theoretical consideration related to the subject. The enquiry was sent to one or more closest relatives of the service home inhabitants.

The results indicated that the informants were mostly satisfied with the quality of care. The relatives thought that they had good possibilities to contribute to the planning of the individual care of the close person. Nursing environment was regarded as relaxed and comfortable but relatives hoped to have more nursing staff to work in the nursing home. Basic needs were taken care of very well of according to the relatives, but they wished that stimulating activities such as outdoor activities could be arranged more often.

The results of this thesis can be utilized in the development and planning of the care in the service home.

Keywords: Aged person, Quality of care, Gerontological nursing, Relative

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 HOIDON LAADUN OSATEKIJÖITÄ PALVELUASUMISESSA	6
2.1 Hoidon laatu palveluasumisessa	6
2.2 Omaisyhteistyö osana hoidon laatua	7
2.3 Omaisten osallistuminen hoidon suunniteluun ja tiedon saanti ikääntyneen hoidosta	7
2.4 Psykososiaalinen hoitoympäristö.....	8
2.4.1 Hoitohenkilökunnan määrä ja ammattitaito	9
2.4.2 Hoitoympäristö.....	9
2.5 Perustarpeista huolehtiminen.....	11
2.5.1 Hygieniasta huolehtiminen.....	11
2.5.2 Suun hoidosta huolehtiminen	11
2.5.3 Ravitsemuksesta huolehtiminen.....	12
2.5.4 Toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö	13
3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	16
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 Kvantitatiivinen tutkimus	17
4.2 Mittarin laadinta.....	17
4.3 Tiedonantajien valinta	18
4.4 Aineiston keruu ja analysointi	19
5 TULOKSET	21
5.1 Kohderyhmän kuvaus	21
5.2 Omaisyhteistyön laatu	22
5.3 Hoitoympäristö osana hoidon laatua.....	25
5.4 Perustarpeista huolehtiminen.....	27
6 POHDINTA.....	31
6.1 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset.....	31
6.2 Etiikka ja luotettavuus	33
6.3 Opinnäytetyö prosessin pohdintaa	35
6.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisideat	36
LÄHTEET	37
LIITEET	42

1 JOHDANTO

Väestön ikärakenteen muuttuessa koko yhteiskunnan edellytetään sopeutuvan entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus tukee kuntia kehittämään ikäihmisten palveluita yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden ja omaisten kanssa. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suomi ikääntyy seuraavien vuosikymmenten aikana nopeasti. Tämä kehitys haastaa pohtimaan niitä keinoja, joilla ikääntyneiden palveluita järjestetään laadukkaasti, arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3 - 9.)

Opinnäytetyön aiheena on hoidon laatu omaisten näkökulmasta. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, myös tutkimustulokset puoltavat sitä. Hätisen (2007, 72 - 74) tutkimuksen mukaan omaiset ovat tärkeitä toimijoita virallisen järjestelmän ohella. Kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää omaisten huomioimista osana hoitoa. Omaiset on tärkeää ottaa osaksi vanhuksen hoidon suunnittelua ja päätöksentekoa. Yhteistyön kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön, vanhuksen ja omaisten kanssa voi myös parantaa koettua hoidon laatua. Voutilaisen (2004) tutkimuksessa on todettu, että perheenjäsenen osallistuminen hoitoon edistää potilaan hyvinvointia ja lisää sekä potilaan että omaisten tyytyväisyyttä hoitoon. Kuitenkin omaisten hoitoon osallistumisen mahdollistamisessa on vielä kehitettävää.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä erään Oulun seudulla toimivan palvelutalon asukkaiden omaisille. Opinnäytetyön aiheen idea käynnistyi toisen opinnäytetyön tekijän kesätyön yhteydessä. Palvelutalon vastaava hoitaja ehdotti omaisille tehtävää kyselyä hoidon laadusta, sillä se palvelee myös palvelutalon toiminnan kehittämistä. Palvelutalossa on tehty palvelun laatuun liittyvää omaisarviointia kolmen vuoden välein. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata palvelutalon asukkaiden omaisten näkemystä hoidon laadusta. Hoidon laadun osatekijöitä ovat tässä tutkimuksessa omaisyhteistyö, psykososiaalinen hoitoympäristö ja perustarpeista huolehtiminen.

2 HOIDON LAADUN OSATEKIJÖITÄ PALVELUASUMISESSA

Käsitlemme tässä luvussa hoidon laadun osatekijöitä palveluasumisessa. Aluksi kerromme läpi hoidon laatua yleisesti ja palveluasumista. Sen jälkeen käsittelemme omaisyhteistyötä, turvallista hoitoympäristöä ja perustarpeista huolehtimista.

2.1 Hoidon laatu palveluasumisessa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatu on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatu voidaan määritellä niin, että asiakkaiden palveluja toteutetaan ammattitaidolla, edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Pitkäaikaislaitoshoidossa olevat ikääntyneet ovat erityinen asiakasryhmä palvelujen laatua tarkkailtaessa, koska he elävät palvelujen varassa. (Idänpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 11 - 12.)

Hoidon ja palvelujen laatu, oman työn ja työyksikön toiminnan kehittäminen ovat laatu-työtä. Laatu-työn näkökulmia ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja halu löytää tosiasiatietoa omien kehittämiskäytäntöjen pohjaksi. (Outinen 2002, 205.) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus määrittelee laadukkaan palvelutoiminnan mahdollistavan asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumista palvelua koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin. Laadukas palvelutoiminta on myös tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua. Sitä toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, eri palveluntuottajien sekä omaisten kanssa. Lisäksi laadukas palvelutoiminta hyödyntää olemassa olevaa tutkimustietoa ja tietoa hyvistä käytännöistä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 31.)

Palveluasumiselle ei ole virallista määritelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetyissä määritelmässä korostetaan, että palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen että palvelut. Laissa asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Vanhusten palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat apua asumisen järjestämisessä ja itsenäisessä suoriutumisessa. Palveluasumista voi olla ryhmäkodissa tai palvelutalossa, jossa asiakkaalla on oma asunto. Perinteisesti palvelutaloon kuuluu yhteisiä tiloja ja niissä korostetaan yhteisöllisyyttä. (Andersson 2007, 9.)

Palveluasumista on olemassa kahta eri tasoa, tavallista ja tehostettua, riippuen ikääntyneen palvelun tarpeesta. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla pelkästään päiväsaikaan ja tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. (Andersson 2007, 9.)

2.2 Omaisyhteistyö osana hoidon laatua

Omainen voi olla ikääntyneen sukulainen, kuten puoliso tai joku muu hänelle läheinen ihminen tai ystävä (Vaarama & Voutilainen 2002, 77). Omainen on ikääntyneen hoidossa tärkeä yhteistyöntekijä, koska hänellä on tietoa ja ymmärrystä ikääntyneen persoonasta ja elämästä. Yksilöllisen hoidon toteuttamiseksi läheisten antama tieto ikääntyneen elintavoista ja tottumuksista on tärkeää. (Mustajoki, Routasalo, Salanterä & Autio 2001, 60; Sievänen 2010, 21.)

Omainen on myös erittäin tärkeä hoidon ja palvelun laadun arvioija. On tärkeää nähdä omaiset voimavarana ikääntyneen hoidossa ja palvelussa kaikissa toimintaympäristöissä, kuten palvelutaloissa, kotihoidossa ja vanhainkodissa. Omaisen osallistuminen hoitoon edellyttää hoitavan henkilökunnan ja ikääntyneen läheisten ihmisten välistä hyvää yhteistyötä. Omaisia pitää kuunnella ja hyödyntää heidän antamaansa palautetta hoitotyössä. Tällaisessa yhteistyössä asukkaalle voidaan antaa parhaat mahdolliset edellytykset hyvälle hoidolle. (Vaarama & Voutilainen 2002, 77 - 82.)

2.3 Omaisten osallistuminen hoidon suunniteluun ja tiedon saanti ikääntyneen hoidosta

Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista (812/2000) edistää asiakaslähtöisyyttä ottamalla huomioon asiakkaan tarpeet ja toivomukset, esimerkiksi hoitosuunnitelmaa laatiessa. Laissa sanotaan, että hoitosuunnitelma tulee laatia yhdessä asiakkaan tai tarvittaessa hänen laillisen edustajansa tai omaisen kanssa.

Omaisten osuus on merkityksellinen hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa, sillä he voivat antaa tietoja, jotka muuten jäisivät saamatta. Kaikkia asiakastietoja ei ole kirjattu, eikä asiakas välttämättä pysty itse antamaan tietoa, joten ikäihmisten

yksilöllisten elämänhistorioiden tunteminen on tärkeää. (Backman, Paasivaara & Voutilainen 2002, 21; Granö ym. 2009, 6, 16.)

Tiedonsaanti ikääntyneen hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista on tärkeää omaisille. Omaiset haluavat tietää läheistensä hoidosta, muun muassa ikääntyneen voinnista, hoitoon liittyvistä asioista, tulevista tapahtumista ja lääkärikäynneistä. (Sievänen 2010, 21.)

Nissisen (2000, 42 - 43) tutkimuksessa kaksi kolmasosaa omaisista oli saanut tietoa ikääntyneen voinnista hoitohenkilökunnalta hyvin usein tai kohtalaisen usein. Kuitenkin kolmasosa omaisista arvioi, että hoitohenkilökunta oli tiedottanut ikääntyneen voinnista harvoin tai ei koskaan. Tyytymättömyyttä aiheutti se, että hoitajat eivät kertoneet ikääntyneen voinnista tarpeeksi tai eivät tulleet keskustelemaan omaisten kanssa omaaloitteisesti. Voutilaisen (2004, 61) tutkimuksessa noin kaksi kolmasosaa omaiskyselyyn vastaajista oli saanut riittävästi tietoa ikääntyneen tilasta ja hoidosta ja viides osa omaisista oli saanut tietoa liian vähän.

Mäkisen (2002, 60) tutkimuksen mukaan omaiset haluavat saada luotettavaa tietoa läheisensä tilasta, vaikka tieto olisikin heidän kannaltaan negatiivista. Omaiset kokevat, että osa läheisistä tarvitsee enemmän tietoa kuin toiset. Vähemmän tietoa tarvitsevat ne, jotka selviävät henkisesti vähemmillä tiedoilla. Kaikki omaiset halusivat hoitohenkilökunnan keskustelevan omaaloitteisesti läheiseensä liittyvistä jokapäiväisistä asioista.

2.4 Psykososiaalinen hoitoympäristö

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen ensimmäisen kerran jo vuonna 2001. Vuonna 2008 laaditussa laatusuosituksessa otetaan huomioon uudet valtakunnalliset linjaukset ja erityisesti meneillään olevan kunta- ja palvelurakennemuutoksen. Laatusuositus sisältää linjauksia ikääntyneiden hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisestä, turvallisista ja esteettömistä asumis- ja hoitoympäristöistä sekä henkilöstön määrästä, osaamisesta ja johtamisesta. Pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä tavoitteena on, että asukashuoneet, yhteistilat ja käytävät ovat esteettömiä, turvallisia ja viihtyisiä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3, 39 – 40.)

2.4.1 Hoitohenkilökunnan määrä ja ammattitaito

Asiakkaiden toimintakyky ja avuntarve on henkilöstömitoituksen lähtökohta. Jokaisessa työvuorossa tulee olla riittävän ammatillisen koulutuksen omaava henkilöstö, jotta esimerkiksi lääkehoito toteutuu asianmukaisesti ja kokonaistilanne pysyy hallinnassa. Valtakunnallinen suositus ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5 - 0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. (Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelujen valvontasuunnitelma 2008, hakupäivä 9.4.2013.) Mustajoen ym. (2001, 60) tutkimuksessa omaisten mielestä hoitohenkilökunnan määrä tuli olla riittävä laadukkaan ja yksilöllisen hoitotyön toteutumiseksi. Pahkasalon ja Saukon (2008, 26) tutkimuksessa suurin osa omaisista arvioi henkilökunnan määrän hyväksi tai erittäin hyväksi ja 15 % riittämättömäksi.

Henkilökunnan ammattitaitoa määritellään sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksissa (272/2005). Lain mukaan hoitotyöntekijällä tulee olla tehtävään soveltuva ammattitutkinto, kuten lähihoitaja, sairaanhoitaja tai vastaava aikaisempi tutkinto (perushoitaja, apuhoitaja, kodinhoitaja) (Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelujen valvontasuunnitelma 2008, hakupäivä 9.4.2013).

Mustajoen ym. (2001, 60) tutkimuksessa omaiset kokivat, että hoitajan ammattitaito oli edellytys hyvälle hoidolle. Hoitajalla tuli olla peruskoulutus hoitotyöhön ja tiedot ikään-tyneen hoidosta. Omaisten mielestä seurustelutaitoa ja ihmisläheistä työskentelyä ei oppinut pelkästään koulutuksen kautta. Pahkasalon ja Saukon (2008, 26) tutkimuksessa melkein kaikki omaiset arvioivat hoitohenkilökunnan ammattitaidon erittäin hyväksi tai hyväksi.

2.4.2 Hoitoympäristö

Turvallisuudentunne on lähellä kokemusta elämänhallinnasta. Ikääntyessä turvallisuuden kokemusta voivat olla horjuttamassa sairauksien pelko, voimien väheneminen, kivut ja pelko siitä, että joutuu toisten avusta riippuvaiseksi ja siitä, ettei saa tarvitsemaansa hoitoa. Ikääntyneen turvallisuudentunnetta lisää luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde sekä kokemus hoitajan asiantuntijuudesta. Turvallisuuden kokemukseen liittyy

riittävä sosiaalinen tuki, joka edistää turvallisuudentunnetta. Siihen liittyy myös se, miten ikääntynyttä fyysisesti hoidetaan. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 141.) Mustajoen ym. (2001,68) tutkimuksessa fyysisen hoitoympäristön turvallisuudella nähtiin olevan yhteys ikääntyneen hyvään oloon ja viihtymiseen vanhainkodissa.

Kaunosen ja Kukkasmäen (2012, 21) tutkimuksessa selvitettiin ikääntyneiden yksilöllisiä tarpeita palveluasumisen arjessa haastattelututkimuksena ikääntyneeltä ja hänen läheiseltään. Tutkimuksessa omaiset pitivät tärkeänä asuinympäristön viihtyisyyttä, joka koostui kodinomaisuudesta, omista tavaroista ja siitä, että ikääntynyt piti palveluasunnostaan.

Esteetön tila soveltuu esimerkiksi liikuntaesteisille ja aistivammaisille ihmisille. Esteettömässä ympäristössä ei ole portaita eikä tasoeroja ja siinä pystyy liikkumaan pyörätuolilla. Esteettömän ympäristön suunnittelussa tulee ottaa huomioon valaistus, väri ja materiaalivalinnat sekä akustiikkaan liittyvät tekijät. Hyvin suunniteltu esteetön ympäristö ylläpitää ja edistää fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Esteetön ympäristö vähentää avustajan tai apuvälineiden tarvetta ja tapaturmariskit vähenevät. Lisäksi se lisää omatoimisuutta ja tasa-arvoisuutta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 40.)

Tavoitteena pitkäaikaishoidon yksiköissä on tarjota jokaiselle asukkaalle oma huone ja siihen liittyvät pesutilat ellei asukas nimenomaan halua asua esimerkiksi puolisonsa kanssa. Omassa huoneessa tulisi näkyä kodikkuus, viihtyisyys ja mahdollisuus omiin huonekaluihin. Asukkaan yksityisyys ja omaisten hoitoon osallistuminen mahdollistetaan yhden hengen huoneella. Pitkäaikaishoidonyksikössä asukkaille tulisi mahdollistaa viihtyisiä ja turvallinen oleskelutila, jossa asukkaat voivat tehdä arjen askareita yhdessä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 41 - 42.)

2.5 Perustarpeista huolehtiminen

2.5.1 Hygieniasta huolehtiminen

Päivittäiseen hygienianhoitoon kuuluu käsien, kasvojen, suun, hampaiden, kainaloiden, intiimialueen, jalkojen puhtaudesta huolehtiminen sekä hiustenharjaus ja parranajo. Päivittäinen puhtaudesta huolehtiminen vilkastuttaa potilaan verenkiertoa, vahvistaa hengityselimistöä sekä parantaa tasapainoa. (Kauppi, Kähtävä, Lipasti, Niemi, Tamminen, & Vaaramo 2010, 113.) Lisäksi sillä on vaikutusta ikääntyneen kokemukseen kaikinpuolisesta hyvinvoinnista ja mukavuudesta. Hoitaja auttaa tarvittaessa ottaen huomioon ikääntyneen voimavarat. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 128.)

Ikääntyneen hygienian hoito perustuu hänen yksilöllisiin tapoihinsa ja tottumuksiinsa. Hyvä hygienia edistää ihon pysymistä ehjänä ja terveenä. (Kanniainen 2002, 136.) Tapojen ja tottumusten muodostumiseen vaikuttaa ikä, sukupuoli, kulttuuri, elinympäristö, fyysiset ja psyykkiset voimavarat, uskonto ja perinne. Puhtauteen liittyvissä asioissa hoitotyön periaatteista korostuvat muun muassa oikeus yksityisyyteen, intimitettiin, turvallisuuteen, kunnioittamiseen ja päätöksentekoon. Hoitajan tehtävänä on huolehtia ikääntyneen intimitteettistä ja yksityisyyden säilyttämisestä peseytymistilanteissa. (Iivanainen ym. 2001, 128.)

2.5.2 Suun hoidosta huolehtiminen

Suun terveydellä on suuri merkitys ikääntyneen elämänlaadulle. Tyytyväisyyden tunne toimivasta ja kivuttomasta suusta on yksi hyvän elämänlaadun tavoitteista. Toimiva ja kivuton suu helpottaa kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa ja sillä voi syödä monipuolista ja terveellistä ruokaa. Ikääntymisen mukana tuomat sairaudet ovat uhka aikaisemmin hyvälle suun terveydelle. (Nordblad & Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2001. 2002, 145.)

Ikääntyessä suussa ilmenee biologisia muutoksia, kuten suun limakalvojen ohenemista, hampaiden kiinnityssäikeiden jäykistymistä ja hampaiden purentavoiman heikkenemistä. Ikääntyneellä muutokset voivat näkyä muun muassa hampaiden määrän vähenemisenä ja proteeseina sekä hampaiden niin kutsuttuna hampaiden pidentymisenä ienmuutos-

ten seurauksena. Säännölliset suun terveystarkastukset ovat tärkeitä, vaikka omat hampaat olisi menetetty. Hoitohenkilökunnan ja omaisten tulee huolehtia ikääntyneen päivittäisestä suuhygieniasta, kun hänen omat voimat ja taidot ovat riittämättömät. Näkökyky, käden motoriikka tai muistin huononeminen voi vaikeuttaa suuhygienian ylläpitämistä. (Heikka, Hiiri, Honkala, Keskinen & Sirviö 2009, 129 - 130.)

Ikääntyneen suunhoidossa on ensisijaisena tavoitteena suun ja proteesien puhtaus, sillä puhtaus ehkäisee reikiintymistä ja erilaisia suun tulehduksia ja vaivoja. Hampaiden tai proteesin puhdistus tulee suorittaa vähintään kaksi kertaa päivässä. Puhdistuksessa käytetään hammasharjaa ja fluorihammastahnaa. Lisäksi tarvitaan hammasvälien, implanttien ja proteesien puhdistamisen välineitä. Myös kieli puhdistetaan pintaan kertyneestä pahaa hajua aiheuttavasta peitteestä. Jos proteesit otetaan yöksi pois suusta, niitä säilytetään kuivana ilmastossa rasiassa. (Heikka ym. 2009, 133.)

2.5.3 Ravitsemuksesta huolehtiminen

Monipuolisella ja riittävällä ruokavaliolla turvataan hyvä ravitsemustila ja riittävät ravintoainevarastot. Sillä voidaan myös tukea toimintakykyä ja sen myötä sairauksista toipuminen nopeutuu. Masennus, alkava muistisairaus, moni lääkitys, ulkoilun puute, D-vitamiinin puutos ja yleisen terveydentilan heikentyminen voivat olla uhkana hyvän ravitsemustilan toteutumiselle. Ruokahalua voi lisätä liikunnalla, pienillä ateriannoilla, mieliruuilla ja miellyttävillä ruokailutilanteilla. (Soini 2012, hakupäivä 18.4.2013.)

Ikäihmisten ravitsemussuosituksissa ympärivuorokautisessa olevan ikääntyneen ravitsemuksen pääpainona on riittävä energian ja proteiinin saanti jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Ruokailuhetken tulisi olla miellyttävä, nautinnollinen ja kiireetön tilanne. Jokaisen ikääntyneen kohdalla otetaan huomioon avuntarve ruokailussa ravinnonsaannin turvaamiseksi, joskus syöttäminen on välttämätöntä. Kuitenkin omatoimista ruokailua tuetaan. Heikko toimintakyky ja runsas avuntarve heijastuvat ruokailuun ja nautitun ravinnon määrään. (Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, hakupäivä 18.4.2013.)

Ateria-ajat jaetaan tasaisesti pitkin päivää. Niitä tulisi olla viidestä kuuteen ateriaa päivässä. Hyvin usein järjestys on seuraavanlainen: aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala. Lisäksi huonosti syöväälle ikääntyneelle pitäisi olla tarjolla välipaloja, myös yöllä. Nämä voisivat turvata riittävän ravinnonsaannin. Päivällinen ja iltapala tarjotaan valitettavan usein liian lähellä toisiaan, joten ikääntynyt ei välttämättä jaksaa syödä iltapalalla juuri mitään ja yöllisestä paastojasta tulee liian pitkä. (Heikka ym. 2009, 131; Ravitsemussuositukset ikääntyneelle 2010, hakupäivä 18.4.2013.)

Hyvän ravitsemustilan toteutumiseksi tulee huolehtia riittävästä nesteen saannista. Nestettä tulisi nauttia vähintään 1-1,5 litraa vuorokaudessa huomioiden kuitenkin mahdolliset sairauksien tuomat nesterajoitteet, kuten sydämen vajaatoiminta. (Soini 2012, hakupäivä 18.4.2013.)

Proteiinin tarve on 1-1,2 grammaa/kg vuorokaudessa. Hyviä proteiininlähteitä ovat muun muassa maitotuotteet, punainen liha, naudan liha, kananmuna ja kaurahiutaleet. Riittävä vitamiinien, hivenaineiden ja kuidun saanti turvataan monipuolisella ruualla ja D-vitamiinilisällä. Suositeltava D-vitamiini annostus on 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. (Soini 2012, hakupäivä 18.4.2013.)

2.5.4 Toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö

Toimintakyvyn osa-alueita on neljä: fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen. Fyysinen toimintakyky on liikuntakykyisyyttä ja selviämistä päivittäisistä toiminnoista. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu ihmisen älyllinen puoli sekä tunne-elämä. Sosiaalinen toimintakyky on muun muassa kykyä ylläpitää ja solmia sosiaalisia suhteita. (Karvinen 2005, 11.)

Hengellisyydellä tarkoitetaan ihmisen arvomaailmaa, olemassaolon merkitystä sekä elämän tarkoitusta. Hengellisyys kuuluu osana henkisyteen, jolla tarkoitetaan ihmisen sisäistä kiinnostusta jumaluudesta. Hengellistä hoitotyötä on potilaan hengellisten tarpeiden huomioiminen eri tavoin. Tällaisia tapoja voivat olla esimerkiksi kuunteleminen, läsnäolo ja pyhien toimitusten mahdollistaminen (ehtoollinen). (Karvinen, Kankkunen & Nikkonen 2007, 28.)

Toimintakyvyn eri osa-alueet muodostavat tiiviin kokonaisuuden ja toimintakyvyn heiketyksessä osa-alueiden yhteisvaikutus korostuu (Karvinen 2005, 11). Laitoshoito on ikääntyneen toimintakykyä passivoivaa silloin, kun hänen elämänsä historiaansa ja kokonaistilanteeseensa ei ole paneuduttu huolella (Noppari & Koistinen 2005, 153).

Toimintakyvyn ylläpitoa tuetaan erilaisilla viriketoiminnoilla. Näitä voivat olla esimerkiksi muistelu, musiikki ja ulkoilu. Muistelu on tapahtuma, jossa ihminen palauttaa mieleensä unohtuneita kokemuksia yksin tai ryhmässä. Muistelu on rakennusprosessi, jossa tuotetaan tarina. Muistot ovat kokemuksia siitä, miten olemme asioita kokeneet. Kieli on muistelun keskeinen väline. Sen avulla rakennetaan muistoista menneisyyttä. Kielen kautta ihminen on sidoksissa sosiaaliseen todellisuuteen sekä vuorovaikutustilanteessa että hiljaa yksin muistellessaan. Muistoja kerratessaan ihminen antaa merkityksiä omille elämänvaiheilleen. Ryhmässä muisteleminen helpottaa ikääntyntä näkemään toisen ihmisen elämän ja vertaamaan kokemuksiaan. Se auttaa ikääntyntä säilyttämään itsetuntonsa. Ohjattua muistelua käytetään erityisesti pysyvässä laitoshoidossa olevien ikääntyneiden hoidossa. Muisteluryhmää voidaan suositella kaikille ikääntyneille elämän rikastamiseksi ja terveyden edistämiseksi. (Vallejo Medina ym. 2006, 82 - 85.)

Musiikki stimuloi aisteja, vaikuttaa tahdosta riippumattomaan hermostoon sekä herättää tunteita ja ajatuksia. Musiikin avulla voidaan tukea hoitoa ja kuntoutusta, edistää hyvää oloa, toimintakykyä ja itseilmaisua sekä säilyttää ikääntyneen aktiivisuutta. Musiikin tavoitteina voi olla esimerkiksi muistin ja muistojen virittäminen ja eletyn elämän tarkoituksellisuuden kokeminen. Musiikin avulla voidaan yhdistää ihmisiä ja tyydyttää turvallisuuden ja hellyyden tarvetta ilman sanallista vuorovaikutusta. Etenkin yhteislaulu- ja soittohetket ovat tällaisia sosiaalisia ja ihmisiä yhdistäviä hetkiä. Laulaminen onkin musiikin kuuntelun ohella käytetyimpiä toimintoja vanhustyössä. Tärkeintä on laulaminen ja sosiaalisesta tilanteesta mielihyvän saaminen eikä se, kuka laulua säestää. Yhteislauluja valitessa kannattaa valita sellaista musiikkia, jonka kautta voidaan muistella ”vanhoja hyviä aikoja”. Pitkälle dementoitunutkin saattaa muistaa monta laulua alusta loppuun ja laulaa innostuneesti muiden mukana yhteislaulutilanteessa. (Vallejo Medina ym. 2006, 79 - 81.)

Ulkoilun merkitys ikääntyneen hyvinvoinnille on suuri. Ulkona liikkuminen on arjen vaatiman liikkumiskyvyn säilymiselle välttämätöntä. Ulkona liikuttaessa keskushermosto saa erityisiä ärsykejä, jotka sisällä liikkuessa puuttuvat. On osoitettu, että säännöllisesti ulkona liikuttaessa liikkumiskyky säilyy parempana. Ulkona liikkumisen tuottama fyysinen aktiivisuus sekä mahdollisuus kokea uusia asioita näyttävät lisäävän hyvän elämän kokemusta. Ikääntyneiden mukaan ulkoilu parantaa unenlaatua ja rauhoittaa mielialaa. (Karvinen 2008, 71; Karvinen, Kalmari & Koivumäki 2011, 25.) Ikäihmisten liikuntasuosituksessa suositellaan muun muassa arkiliikuntaa päivittäin, kestävyysliikuntaa ja ulkoilua kohtuullisella rasituksella 2,5h/viikko tai rasittavaa liikuntaa 1,5h/viikko ja lihasvoima- ja tasapainoharjoittelua 2kertaa/viikko (Karvinen ym. 2011, 26).

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata palvelutalon asukkaiden omaisten näkemystä hoidon laadusta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää omaisten käsityksiä hoidon laadusta. Tavoitteena on myös hyödyntää kyselystä saatua tietoa palvelutalon toiminnan kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena on, että tulevina sairaanhoitajina osaisimme ottaa huomioon hoitotyössä omaisten näkökulman.

Tutkimuksen ongelmat tulisi harkita tarkkaan ja muotoilla selkeästi ennen kuin aletaan kerätä varsinaista aineistoa. Kvantitatiivinen tutkimus asettaa selvemmin näkyviin tutkimusongelmat, koska sen vaiheet jakautuvat selvemmin. Tutkimuksessa voi olla pää- ja osaongelmia. Tutkimuksessa voi olla myös yksi ongelma tai joukko samantasoisia ongelmia, niin ettei eroa pää- ja osaongelmiin ole tarkoituksenmukaista tehdä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 126.)

Opinnäytetyömme ongelmat tiivistyvät kysymyksiin:

1. Millaiseksi omaiset arvioivat hoidon laadun palvelutalossa?
2. Mitä asioita palvelutalossa tulisi kehittää omaisten näkökulmasta?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Tutkimuksemme on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Määrällinen tutkimus vastaa kysymykseen, kuinka paljon tai miten usein. Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on joko selittää, kuvailla, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita tai ominaisuuksia. Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti. (Vilka 2007, 13 - 14, 19.) Tutkimuksemme on luonteeltaan kuvaileva tutkimus. Kuvailevassa tutkimuksessa tutkija esittää tai luonnehtii tarkasti ja järjestelmällisesti tapahtuman, ilmiön, tilanteen, toiminnan, henkilön tai asian keskeiset näkyvimmat tai kiinnostavimmat piirteet. (Vilka 2007, 19 - 20.)

Määrällisessä tutkimuksessa lomakkeella kerättävä aineisto voidaan kysyä monivalintakysymyksillä, avoimilla kysymyksillä ja sekamuotoisilla kysymyksillä (Vilka 2007, 67). Kyselytutkimuksissa on usein joitakin avoimia kysymyksiä (Heikkilä 2008, 49). Kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu. Vakiointi tarkoittaa, että kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. (Vilka 2007, 28.)

Tutkimusprosessin ja tulosten puolueettomuutta edesauttavat tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde prosessin aikana sekä tutkijan mahdollisimman vähäinen vaikutus kyselyllä saatuihin vastauksiin ja tutkimustuloksiin. Esimerkiksi, kun tutkija lähettää kyselyn tutkittavalle postitse, hän ei tapaa henkilökohtaisesti tutkittavaa. (Vilka 2007, 16.) Tutkimuksemme toteutettiin postikyselynä, jossa toteutui tutkittavan ja tutkijan etäinen suhde prosessin aikana.

4.2 Mittarin laadinta

Mittari ei ole sattumanvaraisten kysymysten kokoelma, vaan ennen kysymysten laatimista tutkijan tulee tuntea aihealueen keskeiset käsitteet ja kohderyhmä, jota tutkimus käsittelee. Tärkeintä tutkijan on muistaa, että mittarin tulee mitata vain sitä, mitä tutkitaan. Tutkijan muodostaessa mittarin kysymyksiä, hänen tulee pitää mielessä mikä on

tutkimuksen tutkimusaihe, tutkimusongelma, teoria, tutkimuksen kohderyhmä, tutkittava kohde ja aineiston keräämisen tapa ja paikka. Tutkijan ja vastaajan tulee puhua samaa kieltä lomakkeen tasolla, jotta mittaaminen voi onnistua. Kysymysten päättämisen jälkeen mietitään, saadaanko tieto monivalintakysymyksillä, sekamuotoisilla kysymyksillä vai avoimilla kysymyksillä. Monivalintakysymyksissä pitää miettiä tarkkaan vastausvaihtoehtoja. Suositeltavaa on, että tutkija käyttää useita vastausvaihtoehtoja lomakkeessa, että saadaan mahdollisimman tarkat vastaukset. (Vilka 2007, 70 - 71.)

Aiheeseen liittyvän teoreettisen tarkastelun pohjalta muodostimme kysymykset liittyen palvelutalon hoidon laatuun omaisten näkökulmasta. Kysymykset valikoituivat teorian pohjalta. Muodostaessamme kysymyksiä mietimme jatkuvasti, mihin asioihin haluamme saada vastauksia tällä tutkimuksella. Mittari sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Halusimme lomakkeeseen avoimia kysymyksiä, jotta saisimme tiedonantajilta spontaaneja mielipiteitä ja ideoita asioista. Vastausvaihtoehdot valikoituivat pääosin viisiportaisesti, jotta vastausten vaihteluväli olisi riittävä.

4.3 Tiedonantajien valinta

Määrällisessä tutkimuksessa voidaan käyttää erilaisia otantamenetelmiä tiedonantajien valitsemiseksi. Otantamenetelmä on tapa, jolla havaintoyksiköt valitaan perusjoukosta. Otantamenetelmiä ovat kokonaisotanta, yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta ja ryväotanta. Kokonaisotannassa koko perusjoukko otetaan mukaan tutkimukseen. Yksinkertaisessa satunnaisotannassa havaintoyksiköt valitaan satumanvaraisesti. Systemaattista otantaa käytetään silloin, kun perusjoukko on ominaisuuksiensa perusteella satunnaisessa järjestyksessä ja joukossa ei tapahdu jaksottaista vaihtelua. Ositettua otantaa käytetään, kun tutkimuksen perusjoukko on ominaisuuksiltaan ja ilmenemistavoiltaan hyvin hajanainen. Ryväotannassa ryppäät (esimerkiksi koululuokat, organisaatiot) voidaan valita systemaattisesti tai satunnaisesti. (Vilka 2007, 51 - 55.)

Tutkimuksessamme käytetään kokonaisotantaa. Valitsimme tutkimukseemme tiedonantajiksi palvelutalon asukkaiden yhden tai useamman lähimmän omaisen jokaiselta asukkaalta. Joillakin asukkaista ei ole yhtään omaista, joten päädyimme valitsemaan joilta-

kin asukkailta useamman omaisen tiedonantajiksi. Tämän myötä tiedonantajiksi valikoitui eri-ikäisiä ja eri elämänvaiheessa olevia omaisia, mikä toi aineistoon enemmän vaihtelevuutta.

4.4 Aineiston keruu ja analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen, käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely alkaa, kun kyselyllä kerätty aineisto on saatu koottua. Aineiston käsittely tarkoittaa, että lomakkeella saatu aineisto tarkistetaan, tiedot syötetään ja tallennetaan tietokoneelle sellaiseen muotoon, että sitä voidaan tutkia numeraalisesti käyttäen apuna taulukkoa tai tilasto-ohjelmia. Tutkija tarkistaa lomakkeiden tiedot ja arvioi vastausten laadun sekä poistaa heti asiattomasti täytetyt lomakkeet. Jäljellä olevista lomakkeista tutkija käy vastaukset läpi kysymys kysymykseltä ja arvioi puuttuvat tiedot ja virheet. Puutteellisesti täytetyt lomakkeet hylätään. Aineiston tarkistuksen tärkein asia on arvioida tutkimuksen kato. Kato tarkoittaa puuttuvien tietojen määrää tutkimuksessa. (Vilka 2007, 106.)

Tutkimusluvan saatuaamme aineisto kerättiin palvelutalon asukkaiden omaisilta syksyllä 2013. Lähetimme kyselyt postitse. Kyselyn mukana laitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta, siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömänä vastaamisesta. Mukaan laitettiin myös palautuskuori, jossa postimaksu oli maksettu. Vastausaika kyselyyn oli puolitoista viikkoa. Kyselyt palautuivat palvelutalolle, meille tutkijoille osoitettuna. Yhteensä kyselylomakkeita lähetettiin 30 kappaletta ja niitä palautui 18 kappaletta. Yksi kyselylomake jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten vuoksi. Vastausprosentiksi kyselyssä muodostui 60.

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä mitä ollaan tutkimassa. Tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin sopiva analyysimenetelmä pyritään aina ennakoimaan, kun suunnitellaan tutkimusta. Käytännössä sopiva analyysimenetelmä löytyy tutkijan kokeillessa kyseiselle muuttujalle soveltuvia menetelmiä. (Vilka 2007, 119.) Alustavan suunnitelman mukaan tarkoituksena oli analysoida aineisto SPSS ohjelmalla. Aineiston pienuuden vuoksi päädyimme analysoimaan aineiston tukkimiehen kirjanpidolla. Tuloksia tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttiyksiköinä. Havainnollistimme keskeisimpiä asioita taulukoiden avulla.

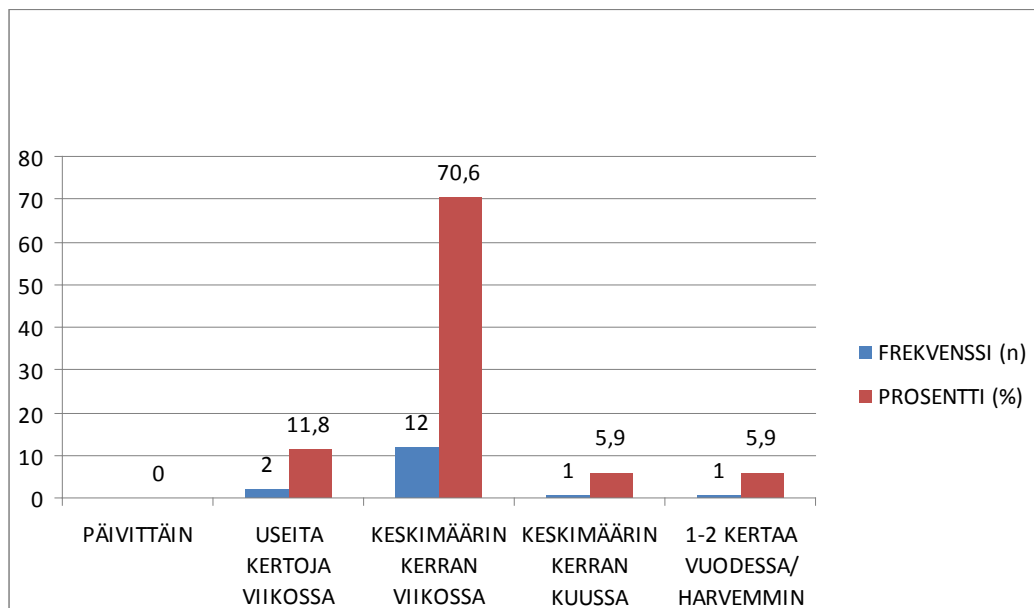
Analysoimme avoimet kysymykset käymällä aineistoa läpi useampaan kertaan. Poimimme aineistosta kysymysten pohjalta samaan kategoriaan kuuluvat asiat. Tämän jälkeen yhdistimme samaa tarkoittavat asiat, kirjoitimme ne luettavaan muotoon ja otimme aineistosta muutamia suoria lainauksia loppuraporttiin.

5 TULOKSET

5.1 Kohderyhmän kuvaus

Vastaajista vähän yli puolet oli naisia ja loput miehiä. Vastaajien keski-ikä oli 58 vuotta. Hieman yli puolet vastaajista oli palvelutalossa asuvan ikääntyneen muu läheinen tai ystävä ja alle puolet vastaajista oli lapsia. Neljä viidesosaa palvelutalon asukkaista oli asunut yli viisi vuotta palvelutalossa. Loput, yksi viidesosa asukkaista oli asunut yli vuoden palvelutalossa.

Suurin osa (70 %) vastaajista oli ollut yhteydessä läheiseen keskimäärin kerran viikossa. Noin 10 % vastaajista oli ollut yhteydessä läheiseen useita kertoja viikossa ja loput 10 % keskimäärin kerran kuussa tai harvemmin (kuvio 1).



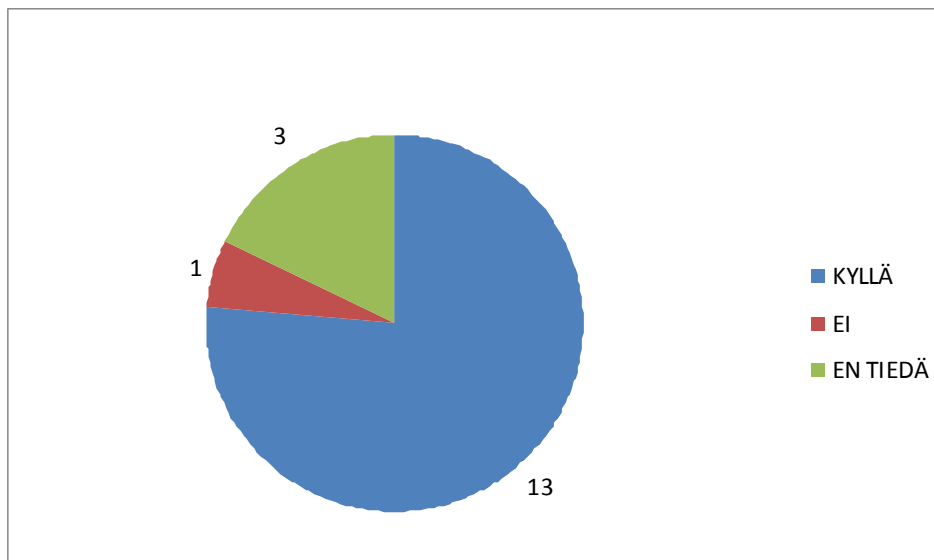
KUVIO 1. Yhteydenpidon määrä viimeisen vuoden aikana

5.2 Omaisyhteistyön laatu

Kysymykset 6 - 14 käsittelivät omaisyhteistyötä. Tämä osio käsitteli omaisen osallistumista hoitosuunnitelman tekemiseen, mahdollisuuksia vaikuttaa läheisen hoidon suunnitteluun, omahoitajasta, tiedonsaantia hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista, tiedonsaannin tapoja ja hoitohenkilökunnan suhtautumista omaiseen.

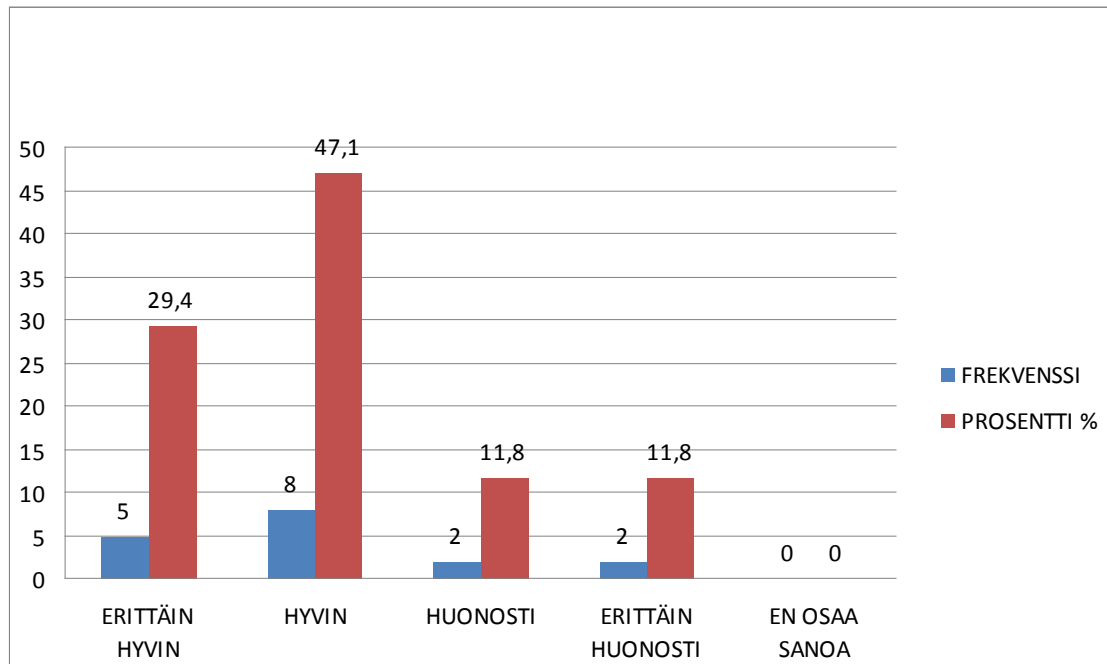
Kolme neljästä kyselyyn vastanneista oli ollut mukana läheisen **hoitosuunnitelman tekemisessä**. Yksi neljäsosa vastaajista ei ollut mukana sen tekemisessä. Omaisista 70.6 % koki, että heillä oli ollut erittäin hyvät **mahdollisuudet vaikuttaa läheisen yksilölliseen hoidon suunnitteluun**. Vastaajista 29.4 % vastasi tähän kysymykseen, ettei osaa sanoa.

Kolme neljäsosaa omaisista vastasi läheisellään olevan nimetty **omahoitaja** ja loput yksi neljäsosaa ei tiennyt, onko läheisellään nimetty omahoitaja tai omahoitajaa ei ollut nimetty (kuvio 2).



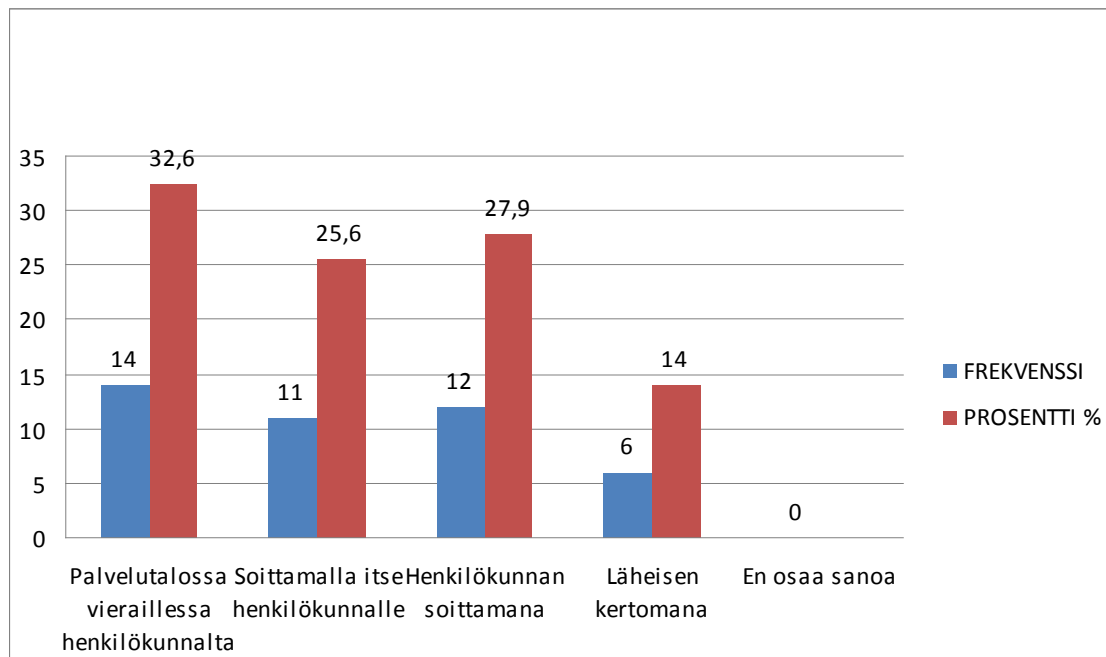
KUVIO 2. Tieto läheisen omahoitajan nimeämisestä

Kolme neljäsosaa omaisista oli saanut tietoa **läheisen hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista** erittäin hyvin tai hyvin ja loput yksi neljäsosa oli saanut tietoa huonosti tai erittäin huonosti (kuvio 3). Omaiset halusivat saada tietoa mahdollisimman nopeasti läheisen siirroista *Jos asukas joutuu sairaalaan, tulisi saada tietää missä asukas on, milloin palaa kotiinsa. Joskus ei tiedä onko asukas kotona vai vielä sairaalassa. Hox! Muistisairas ei osaa itse kertoa asioistaan, eikä ottaa yhteyttä.*



KUVIO 3. Omaisen tiedonsaanti hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista

Kysymyksessä 10 vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto, miten he olivat saaneet tietoa läheisen hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista. Enimmäkseen tietoa oli saatu palvelutalossa vieraillessa hoitohenkilökunnalta, soittamalla itse hoitohenkilökunnalle tai hoitohenkilökunnan soittaessa omaiselle (kuvio 4).



KUVIO 4. Tiedonsaannin tapa hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista

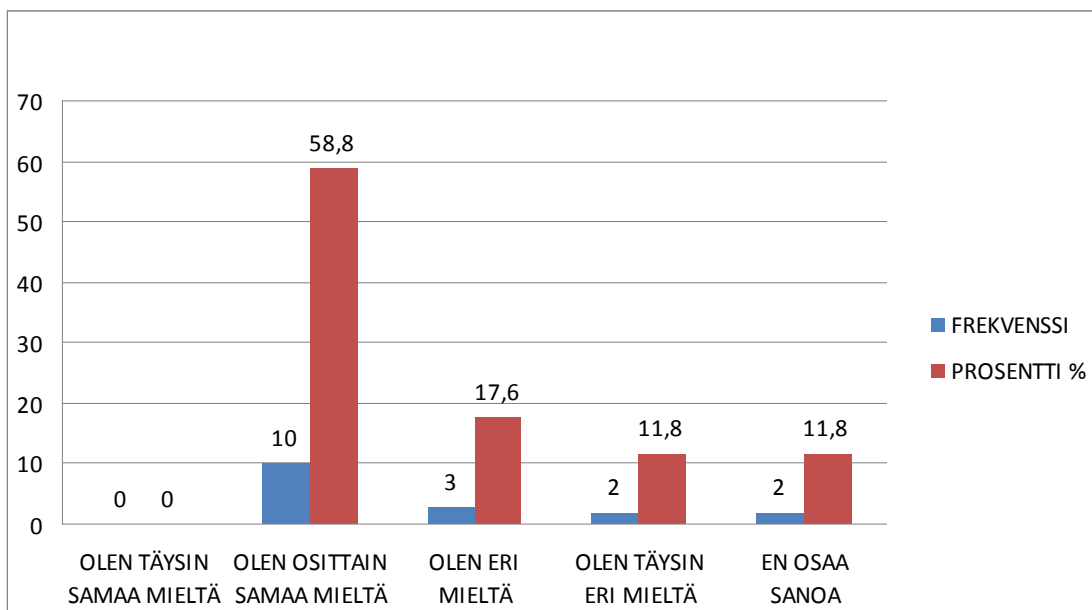
Useat omaiset kertoivat haluavansa tietoa läheisestään puhelimitse, jotkut omaiset toivoivat yhteydenottoa sähköpostitse ja tavatessaan henkilökuntaa palvelutalolla. Lisäksi eräs omainen toivoi lähiomaisten iltamaa. Yhteydenoton tiheydet vaihtelivat vastaajittain, toiset omaiset toivoivat yhteydenottoa viikoittain *Soitto/ sähköpostilla aina, kun muutosta tapahtuu huonompaan. Mielellään 1xvko vähintään*, toiset kuukausittain ja toisille omaisille yhteydenotto kaksi kertaa vuodessa on riittävää *Puhelin ja suullinen 2x/vuodessa*.

Suurin osa (94.1 %) kyselyyn vastanneista omaisista koki hoitohenkilökunnan suhtautumisen heihin erittäin hyväksi tai hyväksi ja 5.9 % vastaajista ei osannut vastata kysymykseen.

5.3 Hoitoympäristö osana hoidon laatua

Kysymykset 15 - 20 käsittelivät hoitoympäristöä. Kyselyyn vastanneista omaisista kolme viidesosaa oli osittain samaa mieltä, että hoitohenkilökuntaa on riittävästi hoitopaikassa. Vastaajista hieman yli viidesosa oli eri mieltä tai täysin eri mieltä ja loput vastaajista ei osannut sanoa, onko henkilökuntaa riittävästi hoitopaikassa (kuvio 5). Useampi omainen toi esille, että hoitohenkilökunnan määrää tulisi lisätä.

Hoitohenkilökuntaa ehdottomasti lisää.



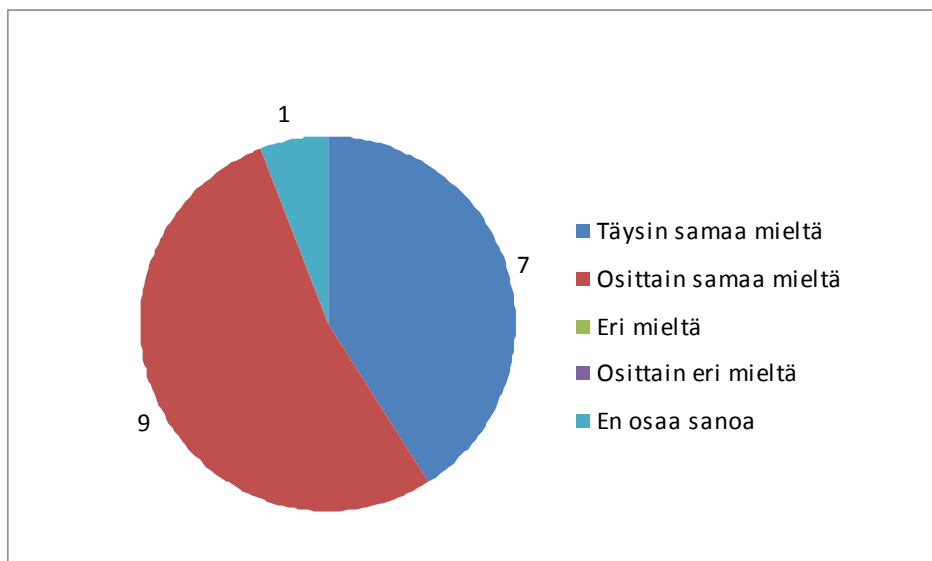
KUVIO 5. Hoitopaikassa on riittävästi hoitohenkilökuntaa

Suurin osa (94.1 %) omaisista oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä, että hoitohenkilökunnalla on riittävä osaaminen läheisen hoitamiseen. Vastanneista 5.9 % ei osannut sanoa, onko hoitohenkilökunnalla riittävä osaaminen läheisen hoitamiseen.

Omaisten näkemykset hoitohenkilökunnan ammattitaidosta ja asenteista vaihtelivat vastaajien välillä. Muutama omainen kuvasi hoitohenkilökuntaa ystävälliseksi ja heidän mielestä hoito oli hyvää *Hoitohenkilökunnassa on osa erittäin ystävällisiä ja oman työhönsä vanhuksien parissa motivoituneita, MUTTA osasta näkee työhönsä kyllästyneitä ja vain rahan takia työssäkäyviä.* Toiset kokivat, että osalla hoitohenkilökunnasta asen-

ne hoitotyöhön on hukassa. Omaiset kokivat hoitohenkilökunnan motivoinnin tärkeäksi ja useampi omainen koki lisäkoulutuksen tarpeelliseksi.

Neljä viidesosaa vastaajista oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä hoitopaikan tilojen esteettömyydestä. Yksi viidesosa vastaajista oli täysin eri mieltä hoitopaikan tilojen esteettömyydestä (kuvio 6). Omaiset toivat esille ehdotuksia esteettömyyden parantamiseksi muun muassa kynnysten poistamista, ruokasalin ovenaukon leventämistä ja riittävää valaistusta yön ajaksi.



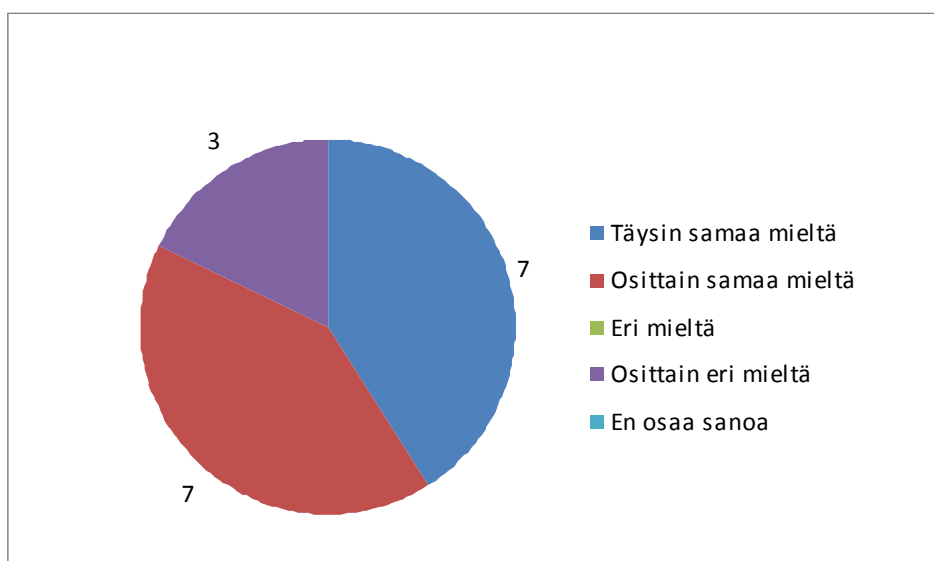
KUVIO 6. Hoitopaikan tilat ovat esteettömiä

Vastaajista kolme neljästä oli täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä hoitopaikan viihtyvyydestä. Vajaa neljäsosa oli eri mieltä tai täysin eri mieltä ja loput 5.9 % vastaajista ei osannut sanoa, ovatko tilat viihtyisät (kuvio 7). Palvelutalo koettiin viihtyisäksi ja turvalliseksi. Kehitettävänä asioina omaiset toivoivat kodinomaisuuden lisäämistä yhteistiloihin, iloa ja naurua. Useampi omainen kertoi asunnon siivouksen jäävän pintapuoliseksi.

Mielestäni palvelukoti on viihtyisä, turvallinen.

Yhteistilat ankeat, tunkkaista.

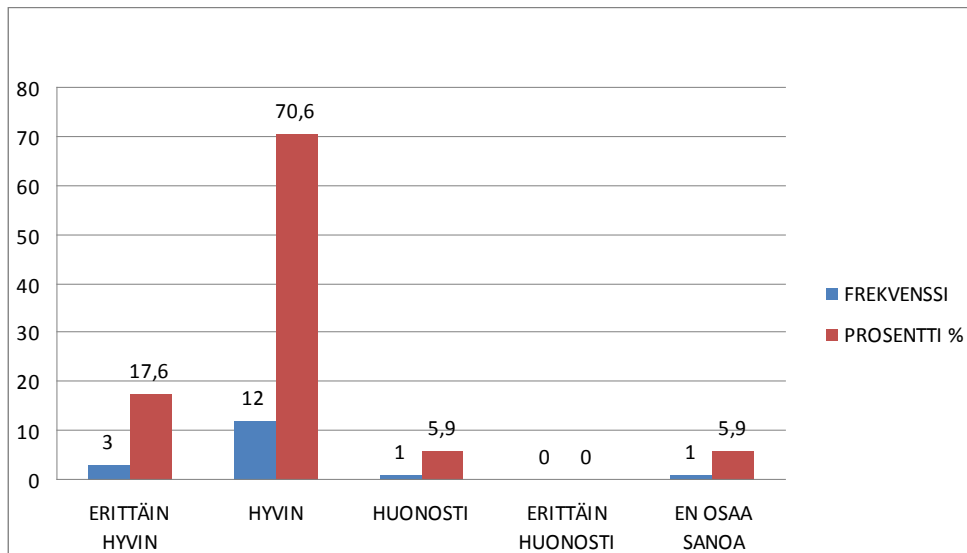
Huoneet kesällä kuumia, hajuhaittoja. Siivous pitäisi tehdä muualtakin kuin keskeltä lattiaa.



KUVIO 7. Hoitopaikan tilat ovat viihtyisät

5.4 Perustarpeista huolehtiminen

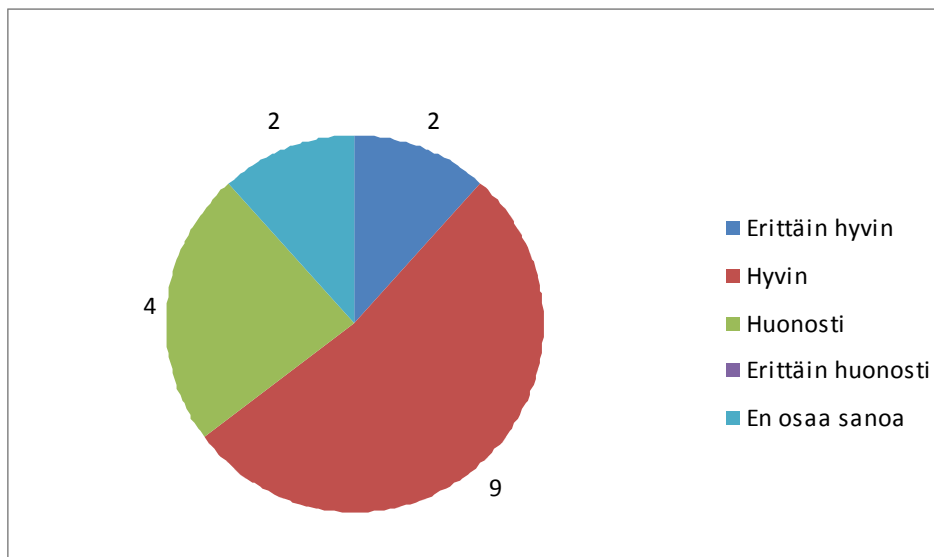
Kysymykset 21 - 30 käsittelivät perustarpeista huolehtimista. Suurin osa (90 %) vastaajista koki, että läheisen tavat ja tottumukset otetaan huomioon jokapäiväisessä arjessa erittäin hyvin tai hyvin. 5.9 % omaisista koki, että läheisen tavat ja tottumukset huomioidaan huonosti ja 5.9 % ei osannut sanoa, miten tavat ja tottumukset otetaan huomioon (kuvio 8).



KUVIO 8. Tapojen ja tottumusten huomioiminen arjessa

Omaisista 65 % koki läheisen hygienian hoidon erittäin hyväksi tai hyväksi. Vajaa viidesosa koki hygienian hoidon huonoksi ja omaisista 11,8 % ei osannut sanoa. Ikääntyneen kokonaisvaltaiseen hoitoon kaivattiin enemmän huomiota, muun muassa puhtautteen, siisteyteen, yleisilmeeseen ja mielialaan *On huomioitava kokonaishoito, eikä vain yksittäisiä asioita. Esim. lääkitys muistetaan, mutta henkilökohtaisen hygienian hoito jää vähäiseksi. Apuvälineiden huolto ja puhdistus esim. kuulolaite, silmälasit, tekohampaat jne.*

Suunhoidon toteutuminen jakoi eniten mielipiteitä. Melkein kolmasosa omaisista ei osannut sanoa tähän kysymykseen mitään. Kuitenkin melkein puolet omaisista koki läheisen suunhoidon toteutuvan hyvin (kuvio 9).



KUVIO 9. Suunhoidon toteutuminen

Kyselyyn vastanneista omaisista yli neljä viidesosaa koki läheisen ravitsemuksesta huolehtimisen erittäin hyväksi tai hyväksi ja loput vastaajista ei osannut sanoa, kuinka ravitsemuksesta huolehditaan.

Yli neljä viidesosaa (82.3 %) omaisista koki mahdollisuudet lääkäripalvelujen saamiseen erittäin hyväksi tai hyväksi. Vajaa viidesosa (17.7 %) ei osannut sanoa tähän miinään. Useampi omainen toivoi kutsua, kun lääkäri on tulossa käymään *Kutsu omaiselle, kun lääkäri tulossa käymään= tietäisi tilanteen.*

Vastaajista 65 % koki muisteluun osallistumisen mahdollisuuden erittäin hyväksi tai hyväksi. Yli puolet vastaajista koki musiikki- ja hengellisiin tilaisuuksiin osallistumisen erittäin hyväksi tai hyväksi (taulukko 10). Oli omaisia, jotka olivat tämän hetkiseen viriketoimintaan tyytyväisiä, mutta myös omaisia, jotka halusivat viriketoimintaa lisää ja tasaisimmin väliajoin. Ulkoilua, askartelua ja jokapäiväisissä toiminnoissa tukemista toivottiin lisää. Omaisat toivoivat viriketoiminnaksi myös retkiä, kauppareissuja, konserteja ja ulkopelejä.

Virikkeitä tasaisesti ja niihin haetaan huoneesta. Muitakin virikkeitä kuin hengellisiä. Joskus virikkeitä on paljon ja väliin on kausia, ettei niitä tunnu olevan. Halutonkin vanhus toisten seuraan.

Juttuseuraa saisi olla enemmän.

TAULUKKO 10. Osallistumismahdollisuudet eri viriketoimintoihin

TOIMINTA	ERITTÄIN HYVÄT		HYVÄT		HUONOT		ERITTÄIN HUONOT		EN OSAA SANOA	
	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%	frekvenssi	%
MUISTELU	1	5,9	10	58,8	3	17,6	0	0	3	17,6
MUSIIKKI	1	5,9	8	47,1	4	23,5	0	0	4	23,5
ULKOILU	1	5,9	5	29,4	6	35,3	3	17,6	2	11,8
ASKARTELU	1	5,9	6	35,3	4	23,5	0	0	6	35,3
HENGELLISET TILAISUUDET	2	11,8	7	41,2	2	11,8	1	5,9	5	29,4
JOKAPÄIVÄISET TOIMINNOT	0	0	6	35,3	3	17,6	3	17,6	5	29,4

Omaisista suurin osa (70.6 %) arvioi, että läheinen viihtyy hoitopaikassa hyvin. Vajaa viidesosa ei osannut sanoa, viihtyykö läheinen hoitopaikassa ja loput 11.8 % koki viihtymisen huonoksi.

Suurin osa (88 %) omaisista koki hoitohenkilökunnan suhtautumisen läheiseen erittäin hyväksi tai hyväksi. 5.9 % koki suhtautumisen huonoksi ja 5.9 % ei osannut sanoa, miten hoitohenkilökunta suhtautuu läheiseen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia ja esitellään johtopäätöksiä tutkimustuloksista. Tutkimuskysymyksinä oli millaiseksi omaiset arvioivat hoidon laadun palvelutalossa ja mitä asioita palvelutalossa tulisi kehittää omaisten näkökulmasta. Näiden kysymysten pohjalta olemme tehneet johtopäätökset tutkimustuloksista.

Omaiset arvioivat hoidon laadun pääsääntöisesti hyväksi, mutta antoivat myös kehitettävää palautetta. Suurin osa (88 %) omaisista arvioi hoidon laadun hyväksi, koska keskiarvoksi hoidosta ja palvelusta asteikolla 1-10 muodostui 7. Myös Voutilaisen (2004, 59- 60) tutkimuksessa omaisista yli 90 % oli tyytyväisiä läheisensä hoitoon vanhainkodissa, näistä joka neljäs oli erittäin tyytyväinen.

Omaisista suurin osa oli ollut mukana läheisensä hoitosuunnitelmaa tehtäessä ja heillä oli erittäin hyvät mahdollisuudet vaikuttaa läheisen yksilölliseen hoidon suunnitteluun. Samankaltaisia tuloksia on saanut Nissinen (2000, 42 - 43) tutkimuksessaan, jonka mukaan omaiset olivat voineet osallistua ikääntyneen hoidon suunnitteluun hyvin paljon tai kohtalaisen paljon ja heillä oli ollut hyvät tai kohtalaisen hyvät mahdollisuudet osallistua vanhuksen asioiden päättämiseen.

Omaiset olivat saaneet pääsääntöisesti hyvin tietoa läheisensä hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista. Omaiset toivat esille heille tärkeitä tiedonsaannin tilanteita, milloin he haluavat hoitohenkilökunnan olevan heihin yhteydessä. Tällaisia tilanteita ovat terveydentilassa tapahtuvat muutokset, hoidon tarpeen uudelleen määrittäminen, lääkityksen muutokset, asukkaan joutuminen sairaalaan ja lääkärin tarkastuksen jälkeen.

Omaisten mielestä hoitohenkilökunnan suhtautuminen heihin on merkityksellistä. Tässä tutkimuksessa yhtä omaista lukuun ottamatta hoitohenkilökunnan suhtautuminen omaiseen koettiin hyväksi. Saman tuloksen on saanut Mäkinen (2000, 61) tutkimuksessaan, jossa suurin osa omaisista oli ollut tyytyväinen saamaansa kohteluun. Hoitajan hymy ja

ystävällisyys oli koettu mukavina asioina. Myös Nissisen (2000, 43) tutkimuksessa omaisia oli kohdeltu ystävällisesti aina tai lähes aina.

Omaiset arvioivat pääsääntöisesti hoitoympäristön hyväksi, mutta omaiset arvioivat hoitohenkilökunnan määrän riittämättömäksi. Omaiset toivoivat hoitohenkilökuntaresursseja lisättäväksi. Hoitohenkilökunnan osaaminen läheisen hoitoon koettiin riittäväksi. Koettiin, että lisäkoulutus on aina suotavaa hoitoalalla, mikä parantaisi niin hoitohenkilökunnan kuin asukkaidenkin arkea.

Suurimmaksi osaksi omaiset arvioivat hoitopaikan tilat esteettömiksi ja viihtyisäksi. Omaiset toivat esille ehdotuksia esteettömyyden parantamiseksi muun muassa kynnyksen poistamista, ruokasalin ovenaukon leventämistä ja riittävää valaistusta yöksi. Kehittämisideoina viihtyisyyden parantamiseksi tutkimuksessamme toivottiin kodinomaisuuden lisäämistä yhteistiloihin ja toivotettiin tupakoimaton työaika tervetulleeksi. Omaisten mielestä tärkeintä oli, että vanhus viihtyy ja mieltää paikan jollakin tapaa kodikseen. Nissisen (2000, 46 - 47) tutkimuksen mukaan ikääntyneen hoitoympäristö oli omaisten mielestä hyvin viihtyisä tai kohtalaisen viihtyisä. Hoitoympäristön koki epäviihtyisäksi tai ankeaksi 31 % omaisista. Tyytymättömyyttä aiheutti muun muassa ahtaute ja kodinomaisuuden puuttuminen.

Ravitsemuksesta huolehtimisen kokivat hyväksi melkein kaikki omaiset. Kuitenkin yksi omainen oli sitä mieltä, että ruokailu voi jäädä pois, jos asukas ei muista, tunne nälkää tai ymmärrä aikakäsitettä. Pahkasalon ja Saukon (2008, 27) tutkimuksessa suurin osa omaisista arvioi, että ravitsemuksesta huolehtiminen tapahtui hyvin tai erittäin hyvin.

Hoitohenkilökunnan suhtautuminen läheiseen koettiin suurimmaksi osaksi hyväksi. Nissisen (2000, 52) tutkimuksessa kysyttäessä yleisarviota ikääntyneen kohtelusta 71 % omaisista arvioi kohtelun erittäin hyväksi tai hyväksi, 25 % olivat epävarmoja mielipiteistään ja neljä prosenttia arvioi kohtelun huonoksi tai erittäin huonoksi.

Viriketoiminta toteutuu kyseisessä palvelutalossa kohtalaisen hyvin. Muistelua, musiikkia ja hengellisiä tilaisuuksia oli omaisten mielestä riittävästi. Omaiset toivoivat ulkoilua, askartelua ja jokapäiväisissä toiminnoissa tukemista lisää. Eräs omainen ehdotti harjoittelijoita tai TET- koululaisia vanhuksille lukemaan, ulkoiluttamaan tai askartelu-

avuksi. Lisäksi omaiset toivoivat viriketoimintaa järjestettäväksi tasaisemmin väliajoin. Mustajoen ym. (2001, 69) tutkimuksessa omaiset pitivät tärkeinä virikkeinä liikuntahetkiä, käsitöitä, maalaamista, erilaisia askarteluhetkiä sekä hengellisiä tilaisuuksia. Näiden koettiin ylläpitävän ikääntyneen toimintakykyä ja piristävän arkea. Ulkoilun mahdollistaminen tukee asukkaiden mielenvireyttä ja hyvinvointia ja asukkaiden ulkoilumahdollisuuksia on lisättävä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 42; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, hakupäivä 30.10.2013.)

6.2 Etiikka ja luotettavuus

Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksen kysymysten asettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohde-ryhmää eikä hyvää tieteellistä tapaa. (Vilka 2007, 91.) Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan antamalla ihmiselle mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

Tutkija on vastuussa tekemistään valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista. Tutkijan tehtävänä on minimoida tutkimuksen haitat ja suhteessa niihin maksimoida tutkimuksen hyödyt. Tutkimusetiikan lisäksi on otettava huomioon voimassa oleva lainsäädäntö. Jokaisessa tutkimuksessa on sekä yksityisyyttä että tekijänoikeuksia koskevia asioita. Ne tutkijan tulee ratkaista voimassa olevien normien mukaan. (Vilka 2007, 91 - 92.)

Tutkimusaineiston anonymisointia edellyttävät kaksi lakia. Nämä ovat henkilötietolaki (1999/523) ja laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (1999/ 621). Lainsäädännöllä pyritään säätelemään sitä, että henkilötietoja kerätään, käytetään, säilytetään ja luovutetaan asianmukaisella tavalla. (Vilka. 2007, 95.)

Tutkimuksessamme vastaajan nimettömyys turvattiin monella eri tavalla. Vastaajan henkilötietoja ei kysytty kyselylomakkeessa, vastauskuori oli erivärinen ja osoitettu

meille tutkijoille, joten palvelutalon henkilökunta ei avannut kuoria. Tutkijat analysoivat kyselylomakkeet ja ne tuhottiin analysoinnin jälkeen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti kertoo siitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Validiteetti jakautuu ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti kertoo, kuinka hyvin saadut tulokset voi yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Ulkoisen validiteetin uhkana voi olla Hawthornen efekti eli tutkittava muuttaa käyttäytymistään, kun hän tietää olevansa tutkimuksen kohteena. Sisäinen validiteetti kertoo puolestaan siitä, että tulokset johtuvat vain asetelmasta eivät muista sekoittavista tekijöistä. Sen uhkia ovat muun muassa historia, valikoituminen, kypsyminen, testauksen vaikutus, poistumat ja kontaminaatio. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 189, 195- 196.) Tutkimuksemme sisäinen ja ulkoinen validiteetti eivät ole kärsineet, koska esimerkiksi valikoitumista ei ole tapahtunut, kun kyselyyn on valittu kaikki asukkaiden läheisimmät omaiset.

Reliabiliteetti puolestaan kertoo tulosten pysyvyydestä. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tätä voidaan arvioida muun muassa mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistossa. Tulosten ollessa samansuuntaisia mittaria voidaan pitää reliabelina. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 189.) Tämän tutkimuksen reliabiliteettia on vaikea arvioida, koska palvelutalon asukkaiden läheisimpiä omaisia on niin vähän, joten tutkittavia kohteita olisi hankalaa löytää mittarin uudelleen testaamiseen.

Postikysely sopii silloin, kun kerätään tietoa selvistä tosiasioista. Postikyselyn hyviä puolia on muun muassa arkaluontoisten kysymysten ja pitkän kyselylomakkeen käyttömahdollisuus. Huonoina puolina postikyselyssä pidetään sitä, että vastausprosentti jää usein alhaiseksi, avoimiin kysymyksiin jätetään usein vastaamatta ja väärinkäsitysmahdollisuus on suuri. (Heikkilä 2008, 19 - 20.) Tutkimukssamme vastausprosentti oli kuitenkin kohtalaisen hyvä ja saimme vastauksia avoimiin kysymyksiin hyvin monipuolisesti.

6.3 Opinnäytetyö prosessin pohdintaa

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavainen ja pitkä prosessi. Olemme oppineet tämän prosessin aikana kvantitatiivisen tutkimuksen eri vaiheita. Tutkimusta varten olemme etsineet runsaasti erilaisia lähteitä, joiden luotettavuutta on joutunut puntaroi-maan ja tämän kautta olemme oppineet lähdekriittisyyttä. Myös toisten tekemien tutkimusten lukeminen on ollut uutta ja opettavaista. Ennen tutkimusluvan saamista teimme runsaasti töitä tietoperustan keräämiseen.

Kysely tutkimusmenetelmänä oli mielenkiintoinen. Aluksi tarkoituksenamme oli tehdä projektiluontoinen opinnäytetyö, jota varten kävimme projektityön kurssin. Suunnitel-mamme kuitenkin vaihtui saatuaamme paremman idean yhteistyökumppanilta. Keskuste-lujen jälkeen kyselytutkimus tuntui meistä molemmista mielekkäämmältä vaihtoehdol-ta. Kiinnostus aihetta kohtaan lisääntyi työn edetessä.

Parityöskentelyä olemme saaneet harjoitella runsaasti tämän pitkän prosessin aikana. Lisäksi olemme harjaantuneet yhteistyötaidoissa ohjaavien opettajien ja yhteistyökump-panin kanssa. Olemme samassa vaiheessa opiskelua, meillä molemmilla on ollut aino-astaan opinnäytetyö opinnoista jäljellä, joten aikataulujen yhteensovittaminen on onnis-tunut mainiosti. Olemme työstäneet opinnäytetyötä päivittäin yhdessä.

Alkuperäisen suunnitelman muuttamisen jälkeen opinnäytetyöprosessimme venyi puo-let pidemmäksi. Näin jälkikäteen ajateltuna tämä on ollut varsin positiivinen asia opin-näytetyön kannalta, sillä aihe on ehtinyt kypsyä mielessämme kauemmin. Alustavasti meillä oli tarkoitus valmistua elokuussa 2013 heti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Kuitenkin aikataulumme venyi ja siirsimme valmistumista joulukuuhun 2013.

Opinnäytetyön tekemisen laajuus ja haastavuus yllätti meidät. Pitkän prosessin aikana on joutunut opettelemaan keskeneräisyyden sietämistä eli ettei työ valmistukaan hetkes-sä. Työn etenemisen kannalta on jouduttu asettamaan aikarajoja, jolloin paineensietoky-ky on joutunut koetukselle.

Mielestämme tutkimus on onnistunut hyvin ja olemme päässeet tavoitteisiin. Saimme tutkimuksen vastausprosentiksi riittävän hyvän (60 %). Saimme paljon spontaaneja mielipiteitä palvelutalon toiminnan kehittämiseen.

Opinnäytetyön tekemisestä saadut oppimiskokemukset, esimerkiksi toisten tekemien tutkimusten tutustumisesta ja tiedonhankinnasta auttavat oman ammattitaidon kehittämisessä myös tulevaisuudessa. Tämän työn kautta olemme saaneet myös valmiuksia työelämän kehittämistehtäviin osallistumisesta.

6.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisideat

Jatkotutkimusaiheena voisi olla hoitajille toteutettava kysely hoidon ja palvelun laadusta. Kyselyn voisi toteuttaa samalla mittarilla kuin omaiskysely hieman muunneltuna kohderyhmä huomioiden. Tuloksia omaisten ja hoitajien antamasta arviosta voisi vertailla, miten hoidon laatu mielletään eri osapuolten kokemana. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla tehostetun palveluasumisen asukkaiden omaisille tehtävä haastattelututkimus hoidon laadusta. Näin saataisiin kattavampi kuva hoidon laadusta tästä palvelutalosta, erityisesti tehostetun palveluasumisen yksiköstä. Vanhuspalvelulaki velvoittaa palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi palautteen keräämistä säännöllisesti palveluja käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä henkilöstöltä. Lisäksi on kootava tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 980/2012 2: 6 §.)

Kehittämisideanamme on, että hoitohenkilökunta pitäisi palaverin, jossa he kävisivät läpi tutkimuksesta nousseita omaisten antamia kehittämis ehdotuksia. Sen pohjalta suunniteltaisiin toiminnan kehittämistä näiltä osin. Ehdotuksena on, että vuoden päästä toteutettaisiin samalla mittarilla kysely omaisille ja katsottaisiin, onko toiminta kehittynyt ja olisiko vielä kehitettäviä asioita.

LÄHTEET

Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille - Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakes. Raportteja 14/2007. Helsinki.

Backman, K., Paasivaara, L. & Voutilainen, P. 2002. Ikäihmisten elämänlaatua tukevan hoidon ja palvelun laatuperiaatteet. Ikäihmisiä kunnioittava kohtaaminen. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi- Sulkava, U. & Finne- Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus.

Heikka, H., Hiiri, A., Honkala, S., Keskinen, H. & Sirviö, K. 2009. Terve suu. Tampere: Duodecim.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hätinen, S. 2007. Omaisen osallistuminen iäkkään pitkäaikaispotilaan hoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Idänpää- Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatuksiteerit- suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Stakes. PDF- dokumentti. Hakupäivä 27.2.2013.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75158/Aiheita20-2000.pdf?sequence=1>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Keuruu: Tammi.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanniainen, R. 2002. Ikäihmisten perushoidon erityiskysymyksiä. Ihon hoito ja painehaavojen ehkäisy. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus, 136.

Karvinen, E. 2005. Iloisesti ikääntyen, ikääntyvien liikunnalliset harjoitteet. Saarijärvi: Gummerus.

Karvinen, E. 2008. Liikunta osana iäkkäiden kotihoitoa, palveluasumista ja pitkäaikaishoitoa. Teoksessa: Leinonen, R. & Havas, E. Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Jyväskylä: PunaMusta Oy, 71.

Karvinen, E., Kalmari, P., & Koivumäki, K. 2011. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma. Liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011: 30. Hakupäivä 30.10.2013.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM30.pdf?lang=fi>

Karvinen, I., Kankkunen, P. & Nikkonen, M. 2007. Haasteena hengellisyys. Sairaanhoidtaja. Kouvola. 80 (12).

Kaunonen, H. & Kukkasmäki, J. 2012. Vanhusten yksilölliset tarpeet palveluasumisen arjessa. Haastattelututkimus vanhuksen ja hänen läheisensä näkökulmasta. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kauppi, I., Kähtävä, S., Lipasti, K., Niemi, T., Tamminen, E. & Vaaramo, P. 2010. Hoito ja huolenpito ammattitaidolla. Helsinki: Edita.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Hakupäivä 16.10.2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 2000. Finlex. Hakupäivä 1.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/ 980. Hakupäivä 30.10.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P6>

Granö, S., Hyvärinen Meier, P., Härmä, H., Högström, S., Kaijane, S., Kalliomaa, S. & Telaranta, P. 2009. Hyvän hoidon kriteeristö - työkirja dementiayksikön hoitotyön it-searviointiin ja kehittämiseen. Helsinki: Muistiliitto.

Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä, S., Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A31.

Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.

Nissinen, T. 2000. Laitoshoidossa olevan vanhuksen hoitotyön laatu omaisen arvioimana. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Noppi, E. & Koistinen, P. 2005. Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.

Nordblad, A. & Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2001. 2002. Ikäihmisten perushoidon erityiskysymyksiä. Säännöllinen suun hoito. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus, 145.

Ollikainen, M. 2006. Laitoshoidossa olevien ikääntyneiden suun terveys ja kuvaus suun hoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Pahkasalo, M. & Saukko, T. 2008. ”Hyvin on hoitaneet” ikääntyneiden hyvä hoito yksityisissä palvelukodeissa omaisten arvioimana. Oulainen; Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita. Hakupäivä 18.4.2013.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Sievänen, M. 2010. Dementiahoiva Ehtoorinteen toiminnan kehittämisen kohteet läheisten näkökulmasta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Soini, H. 2012. Vanhuksen ravitsemus. Sairaanhoidajan tietokannat. Hakupäivä 18.4.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=vanhuksen%20ravitsemus

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Monipuolinen asiantuntemus elämänlaadun takaajaksi. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: Wsoy.

Vanhusten ympärivuorokautisen hoivan ja palvelujen valvontasuunnitelma. 2008. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Hakupäivä 9.4.2013.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/vanhustenuolto

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa - määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sta-
kes. Tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus.

LIITEET

SAATEKIRJE

LIITE 1

Hyvät omaiset!

Teemme opinnäytetyönä tutkimusta palvelutalon hoidon laadusta omaisten näkökulmasta. Opiskelemme Oulun seudun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata palvelutalon hoidon laatua omaisten arvioimana. Teillä on arvokasta aiheeseen liittyvä tietoa, jota voidaan hyödyntää palvelutalon toiminnan kehittämisessä.

Toivottavasti teillä on mahdollisuus osallistua tutkimukseen vastaamalla kyselylomakkeen kysymyksiin. Kaikki vastaukset käsitellään nimettöminä, eikä vastaajan henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa. Kyselyn vastaukset käsittelevät ainoastaan opinnäytetyöntekijät. Tutkimusluvan olemme saaneet palvelutalon vastaavalta hoitajalta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Kun olette täyttäneet kyselylomakkeen, palauttakaa se mukana olevassa palautuskuoressa. Palautuskuoren voitte palauttaa palvelutalossa sijaitsevaan palautuslaatikkoon tai Postin kautta. Palautuskuoren postimaksu on maksettu.

Pyydämme teitä palauttamaan kyselylomakkeen 25.9.2013 mennessä.

Kiitos yhteistyöstänne! Vastaamme mielellään tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Mervi Närhi

Soili Koskelo

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoidon laadun arviointikysely palvelutalon asukkaiden omaisille

Olkaa hyvä ja ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto.

TAUSTATIETOJA

- 1) Sukupuolenne 1. Nainen 2. Mies
- 2) Ikänne vuosina: _____ vuotta.
- 3) Suhteenne palvelutalossa asuvaan läheiseenne:
 1. Puoliso
 2. Lapsi
 3. Lapsenlapsi
 4. Muu sukulainen, kuka: _____
 5. Muu läheinen, kuka: _____
- 4) Kuinka kauan läheiseenne on asunut palvelutalossa?
 1. alle vuoden
 2. yli vuoden
 3. alle 5 vuotta
 4. yli 5 vuotta
- 5) Kuinka usein olette olleet yhteydessä läheiseenne viimeisen vuoden aikana?
 1. Päivittäin
 2. Useita kertoja viikossa
 3. Keskimäärin kerran viikossa
 4. Keskimäärin kerran kuussa
 5. 1-2 kertaa vuodessa tai harvemmin

OMAISSYHTEISTYÖ

- 6) Oletteko olleet mukana läheisenne hoitosuunnitelman tekemisessä? 1. Kyllä 2. Ei
- 7) Millaiset mahdollisuudet teillä on ollut vaikuttaa läheisenne yksilölliseen hoidon suunnitteluun, niin, että läheisenne yksilölliset tavat ja tottumukset on huomioitu hoidon suunnittelussa?

1. Erittäin hyvät 2. Hyvät 3. Huonot 4. Erittäin huonot 5. En osaa sanoa

- 8) Onko läheisellenne nimetty omahoitaja? 1. Kyllä 2. Ei 3. En tiedä

- 9) Kuinka hyvin saatte tietoa läheisenne hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista?

1. Erittäin hyvin 2. Hyvin 3. Huonosti 4. Erittäin huonosti 5. En osaa sanoa

- 10) Millä tavalla saatte tietoa läheisenne hoidosta ja voinnissa tapahtuvista muutoksista? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

1. palvelutalossa vieraillessa henkilökunnalta
2. Soittamalla itse henkilökunnalle
3. Hoitohenkilökunta soittaa
4. Läheisen kertomana
5. En osaa sanoa

- 11) Millaiseksi koette hoitohenkilökunnan suhtautumisen Teihin?

1. Erittäin hyvä 2. Hyvä 3. Huono 4. Erittäin huono 5. En osaa sanoa

- 12) Mitä haluaisitte kertoa edellä olleista asioista?

- 13) Miten toivoisitte kehitettävän edellä olleita asioita?

HOITOYMPÄRISTÖ

Vastausvaihtoehdot:

1 = Olen täysin samaa mieltä 2= Olen osittain samaa mieltä 3= Olen eri mieltä 4= Olen täysin eri mieltä 5= En osaa sanoa

14) Hoitohenkilökuntaa on riittävästi hoitopaikassa. 1 2 3 4 5

15) Hoitohenkilökunnalla on riittävä koulutus läheiseen hoitoon. 1 2 3 4 5

16) Hoitopaikan tilat ovat esteettömiä (tiloissa voi liikkua , rollaattorin avulla ei ole kynnyksiä, on riittävä valaistus). 1 2 3 4 5

17) Hoitopaikka on viihtyisä (palvelutalossa näkyy muun muassa eri vuodenaajat ja juhlat) 1 2 3 4 5

18) Millaisia toiveita esittäisitte hoitoympäristön parantamiseksi?

19) Millaisissa asioissa hoitohenkilökunnan tulisi parantaa koulutustaan?

PERUSTARPEISTA HUOLEHTIMINEN

Vastausvaihtoehdot:

1= Erittäin hyvin 2= Hyvin 3= Huonosti 4= Erittäin huonosti 5= En osaa sanoa

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 20) Miten läheisenne tavat ja tottumukset otetaan huomioon jokapäiväisissä toiminnoissa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21) Miten läheisenne hygieniasta käsityksenne mukaan huolehditaan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22) Miten läheisenne suun hoidosta käsityksenne mukaan huolehditaan? | | | | | |
| 23) Miten läheisenne ravitsemuksesta käsityksenne mukaan huolehditaan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24) Millaiset mahdollisuudet läheisellänne on lääkäripalveluiden saamiseen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

25) Millaiset ovat omaisenne mahdollisuudet osallistua häntä kiinnostavaan virkistystoimintaan?

Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto jokaisesta toiminnasta.

Vastausvaihtoehdot:

1= Erittäin hyvät 2= Hyvät 3= Huonot 4= Erittäin huonot 5= En osaa sanoa

Toiminta:

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Muistelu (tilanne, jossa ikääntynyt jakaa kokemuksiaan toisten kanssa): | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Musiikki: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ulkoilu: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Askartelu: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hengelliset tilaisuudet: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jokapäiväiset toiminnot (siivous, käsityöt, lehtien lukeminen) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

LIITE 2/5

- 26) Miten läheisenne viihtyy hoitopaikassa? 1 2 3 4 5
- 27) Millaista on hoitohenkilökunnan suhtautuminen omaiseenne hoitopaikassa? 1 2 3 4 5

28) Tähän voitte kirjoittaa vapaasti mielipiteitänne, toiveitänne ja kehittämissuosituksianne hoidosta ja palveluista.

29) Minkä arvosanan antaisitte hoidosta ja palvelusta asteikolla 1-10? (1=huonoin mahdollinen, 10=paras mahdollinen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LÄMMIN KIITOS KYSELYYN OSALLISTUMISESTA!