

HOITOTYÖN LAATU DEMENTIA YKSIKÖISSÄ

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
YAMK / 08STKJO08Y
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Arja Lahtinen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma
YAMK / 08STKJO08Y

ARJA LAHTINEN: Hoitotyön laatu dementiayksiköissä

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, YAMK,
opinnäytetyö, 69 sivua, 21 liitesivua

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli muistisairaiden hoitotyön kehittäminen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata muistisairaiden hoidon laatua ja löytää tekijöitä, jotka tukevat hoidon laadun kehittämistä. Tulosten perusteella laadittiin toimintamalli, jonka toteuttaminen parantaa hoidon laatua. Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka pohjautui Muistiliitto ry:n ”Hyvän hoidon kriteeristöön”. Tämä aineisto kuvasi hoidon laatua prosessitekijöiden näkökulmasta. Toisena aineistona käytettiin RAI- laatuindikaattoreiden lukemia, jotka kuvasivat dementiayksiköiden hoidon laatua hoidon tulosten näkökulmasta. ”Hyvän hoidon kriteeristön” vastauksia vertailtiin RAI – laatuindikaattoreiden arvoihin kehittämiskohteiden löytämiseksi.

Tutkimusaineisto kerättiin Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten vastualueen palvelutalojen dementiayksiköistä syksyllä 2010. Opinnäytetyössä tutkittiin kuuden dementiayksikön hoidon laatua. ”Hyvän hoidon kriteeristön” kyselyvastauksia saatiin 48 kappaletta. RAI- laatuindikaattorit tutkittiin kuuden dementiayksikön osalta, niiden taustalla oli yhteensä 87 asukkaan RAI- arvioinnit.

Tulosten mukaan dementiayksiköiden asukkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi toteutui laadukkaasti. Toimintakyvyn ja kuntoutumisen ylläpitämisessä ja edistämässä sen sijaan oli laatuvaajeita molempien laatumittareiden osoittamana. Käyttöoireiden hallinnassa korostuivat liiaksi lääkkeelliset hoitomuodot. Hoitajien käyttöoireisiin liittyvässä osaamisessa oli puutteita. Sairauksien hyvä hoito toteutui dementiayksiköissä hyvin. Hoitohenkilökunnan laskennallinen mitoitus oli osoitus hyvästä laadusta. Sen sijaan henkilöstön muistisairauksiin liittyvässä osaamisessa oli kehittämiskohteita.

Hoidon laadun kehittämiseksi dementiayksiköissä tulisi panostaa osaamisen johtamiseen. Kirjalliset ja tavoitteelliset kehittämis- ja koulutussuunnitelmat, jotka laaditaan sekä yksiköille yhteisesti että jokaiselle työntekijälle henkilökohtaisesti, voivat toimia laadun kehittämisen runkona. Kehittämisen tulisi kohdistua erityisesti muistisairaiden toimintakykyä edistävien työtapojen sekä käyttöoireiden lääkkeettömien hoitomuotojen osaamisen vahvistamiseen.

Avainsanat: muistisairaus, hoidon laatu, kriteerit, RAI – järjestelmä

Lahti University of Applied Sciences
Master's Degree in Social and Health Care
Degree Programme in Development and Management in Social and Health Care

LAHTINEN, ARJA: The quality of care in the dementia units

Master's Thesis in Development and Management in Social and Health Care
69 pages, 21 appendices

Spring 2011

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop the care of people with dementia. The aim was to describe the quality of care and to find factors which support quality improvement. The model of improvement, based on the research results, was laid. The data was gathered with a structured questionnaire which was based on "The Criteria of Good Care" (Hyvän hoidon kriteeristö) by Muistiliitto ry. The data described the quality of care from the view point of process factors. The other set of data was the RAI quality indicator measures, which described the quality of care in the dementia units from the nursing results point of view. "The Criteria of Good Care" were compared with the RAI quality indicator outcomes in order to come up with areas to improve.

The data was gathered in the dementia units of The Helsinki City Social Services Elderly Care Service Houses in the fall of 2010. The quality of care of six dementia units was studied. Total of 48 questionnaires of the The Criteria of Good Care were returned. The RAI quality indicators of the six units were studied, those containing a total of 87 RAI evaluations.

According to the results the evaluation of health, ADL abilities and resources of the residents was of good quality in the dementia units. The again both quality indicators showed, that keeping up and enhancing abilities and rehabilitation, lacked in quality. Behavioral symptoms were too often approached with pharmaceutical methods. Among the nurses there was a lack of know-how on coping with behavioral symptoms. The nursing care of illnesses was of good quality in the units. The adequate amount of staff was a sign of good care. Then again the knowledge on dementing illnesses needed yet improvement.

In order to improve the quality of care in the dementia units, the management of knowledge should be emphasized. Plans of development and further education should be goal-oriented and they should be written down. The plans should be done both individually for each employee and collectively for the whole working group. They form the basis of quality improvement. Most importantly the developing efforts should concentrate on the working habits that support ADL abilities and on the non-pharmaceutical methods of dealing with behavioral symptoms.

Key words: dementia, quality of care, criteria, RAI-system

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Laatu käsitteenä	3
2.2	Vanhustenhoidon valtakunnalliset laatuvaatimukset ja selvitykset	5
2.3	Ikääntyneiden hoitotyön laatu aiemmissä tutkimuksissa	8
2.4	Muistisairaudet ja muistisairaiden hoidon laadun arviointi	12
2.5	Yhteenvedoa teoreettisesta tietoperustasta	17
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
4.1	Laadun selvityksessä käytetyt mittarit	19
4.1.1	RAI – laatuindikaattorit	21
4.1.2	Hyvän hoidon kriteeristö	22
4.2	Aineiston hankinta	23
4.3	Aineiston analysointi	27
5	TULOKSET	30
5.1	Taustatietoa ryhmäkodeista	30
5.2	Hoidon laatu dementia-ryhmäkodeissa RAI – laatuindikaattoreilla kuvattuna	33
5.3	Hoidon laatu ”Hyvän hoidon kriteeristön” avulla kuvattuna	39
5.4	Hoidon laadun kehittämistä tukevat tekijät dementia-ryhmäkodeissa	47
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	51
6.1	Tulosten tarkastelua	51
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	53
6.3	Kehittämissuhteet ja toimintamalli laadun parantamiseksi	56
6.4	Jatkotutkimusaiheet	60
7	LÄHTEET	62

LIITTEET:

Liite 1: Tutkimuslupa

Liite 2: Kirje yhteistyön aloittamiseksi

Liite 3: Saatekirje vastaajille

Liite 4: ”Hyvän hoidon kriteeristö” – kyselylomake

Liite 5: Taustatietolomake

Liite 6: Taustatiedot (RAI)

Liite 7: RAI – laatuindikaattorit ryhmäkodeittain

Liite 8: ”Hyvän hoidon kriteeristön” tulokset

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on muistisairaiden hoitotyön laadun kehittäminen. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaan liittyvän suosituksen mukaan korkeatasoinen laatu edellyttää jatkuvaa, pitkäjänteistä ja suunnitelmallista työtä, joka rakentuu osaksi jokapäiväistä toimintaa. Laadunhallintamenetelmien tulee olla yksinkertaisia, selkeitä, arjen käytäntöihin sopivia ja arviointikelpoisia. (Stakes 1996, 10.) Sosiaali- ja terveysministeriö (2008, 9) muistuttaa, että mitä enemmän konkreettisia tavoitteita laadun kehittämiseksi esitetään, sitä käyttökelpoisempina niitä pidetään.

Laadunvarmistus ei ole päämäärä vaan mitä suurimmassa määrin keino. Ihmiset tarvitsevat erilaisia apuvälineitä ja muistuttajia. Laadunvarmistus voidaan ymmärtää keinoksi todeta poikkeamia odotetusta laatutasosta. Laadunvarmistuksen ansiosta tavoitetaso pakotetaan tuomaan julki ja seuraamaan laatutasoa. Laadunvarmistuksella pyritään tuomaan esille laatu-poikkeamat sekä kehittämään toimintaa. (Pelkonen & Perälä 1992, 74.) Toiminnan seuranta ja seurantatulosten arviointi ovatkin välttämättömiä edellytyksiä laadunhallinnalle (Idänpään – Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä, 2000).

Sosiaali- ja terveysministeriön (1999, 31) mukaan toimintasuositukset, hyvät käytännöt ja laatukriteeristöt voivat toimia kunkin oman yksikön laatutyön tukena. Oman yksikön toimintaa kuvaavaa tietoa on hyödynnettävä laadun arvioinnissa ja parantamisessa. Laatutavoitteiden on oltava mitattavia ja laatutyön järjestelmällistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999, 31.) Outisen, Lempisen, Holman ja Haverin (1999, 97–98) mukaan vain niitä asioita, joita pystytään mittaamaan, voidaan kehittää. Toimintaa arvioivia mittareita kannattaa käyttää silloin, kun halutaan saada palautetta tehdyn työn tuloksista tai halutaan osoittaa mittaamalla täsmällisesti toiminnan tai palvelun laatu. Peiponen (2004,5) muistuttaa, että erityisesti silloin, kun vanhus ei ole täysin kykenevä arvioimaan saamansa palvelun laatua, valvonta on tarpeellista.

Muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti MEMO (4/2009) julkaisi lehdesään artikkelin ”Hyvän hoidon kriteeristö – uudistettu menetelmä muistisairaiden

ihmisten hoitotyön kehittämiseen”. Tämä Muistiliitto ry:n kehittämää dementiayksiköiden laadunhallintaan tarkoitettua kriteeristöä esittelevä artikkeli toimi opinnäytetyöni innoittajana. Kriteeristö on Muistiliiton mukaan vapaasti käytettävissä dementiahoidon kehittämiseen ja tutkimiseen. Sitä ei ole aiemmin käytetty tutkimuksissa.

Tässä opinnäytetyössä laadun selvittämiseen käytetään kahta erilaista laatumittaria, RAI (Resident Assessment Instrument) - laatuindikaattoreita sekä ”Hyvän hoidon kriteeristöä”. RAI – laatuindikaattoreiden avulla mitataan järjestelmällisesti kaikkien asukkaiden fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, ravitsemukseen, lääkitykseen ja elämänlaatuun liittyviä tekijöitä (Helsingin kaupunki, 2010). ”Hyvän hoidon kriteeristön” väittämien avulla voidaan mitata hoitohenkilökunnan näkemyksiä yksikön toiminta-ajatuksesta ja arvoista, kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä, läheisten osuudesta, henkilöstöstä ja työhyvinvoinnista sekä kuntoutumista edistävä hoitoympäristöstä. (Muistiliitto, 2009.) Dementiayksiköissä tehtävää työtä tarkastellaan tässä opinnäytetyössä tuloksen ja siihen vaikuttaneiden prosessien näkökulmista. RAI – laatuindikaattorit toimivat tässä opinnäytetyössä tuloskriteereinä. ”Hyvän hoidon kriteeristö” puolestaan nähdään tässä opinnäytetyössä prosessikriteerinä.

Opinnäytetyö on kehittämishanke, jonka tavoitteena on luoda toimintamalli, jonka toteuttaminen parantaa hoitotyön laatua dementiayksiköissä. Opinnäytetyössä muistisairaiden hoitotyön laatua selvitetään kuudessa muistisairaiden hoitoon erikoistuneessa yksikössä, jotka sijaitsevat Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten palvelutaloissa. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata hoidon laatua dementiayksiköissä RAI - laatuindikaattoreita ja ”Hyvän hoidon kriteeristöä” apuna käyttäen. Lisäksi tavoitteena on löytää ”Hyvän hoidon kriteeristöä” tekijöitä ja toimintatapoja, joiden kehittäminen voi lisätä muistisairaiden hoitotyön laatua.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Laatu käsitteenä

Laadun käsite on hyvin monimuotoinen ja sillä voidaan eri yhteyksissä tarkoittaa erilaisia asioita. Sanastokeskuksen mukaan laatu merkitsee ”tuotteen tai palvelun ominaisuuksista muodostuvaa kokonaisuutta, johon perustuu tuotteen kyky täyttää siihen kohdistuvat vaatimukset”. Sanastokeskus esittää lisäksi, että ”laatu on tiedon soveltuvuutta siihen käyttötarkoitukseen, johon käyttäjä sitä aikoo käyttää ja tiedon tuottaja sitä tarjoaa”. (SFS-ISO 8402)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatu voidaan määritellä kyvyksi täyttää palvelujen tarve ammattitaitoisesti lakien, asetusten ja määräysten mukaisesti (Idänpään-Heikkilä ym. 2000). Laadulla voidaan mitata asiakkaan odotusten ja palvelun vastaavuuden astetta (Perälä 1995,16). Hoidon ja palvelun laatu tulee sitä tärkeämmäksi mitä enemmän riippuvainen hoidettava on ulkopuolisesta avusta ja mitä kapeampi elämänpiiri hänellä on (Vaarama 2008,13).

Terveyspalveluissa laatu voidaan yhdistää yhteiskunnan arvoihin, jotka vaikuttavat siihen, mitä terveydenhuollon laatua kuvaavia piirteitä milloinkin korostetaan. Ikääntyneiden hoitotyössä erityisen tärkeää ovat asenteet sekä se vanhuskuva, jolle työ perustuu. Keskeisinä laatuun liittyvinä tekijöinä voidaan pitää myös henkilöstön asennoitumista, hoidon lopputulosta, itsemääräämistä, kivuttomuutta, luottamusta, omaisten huomioon ottamista, asiakkaiden keskinäistä kanssakäymistä ja kiireettömyyttä. (Perälä 1995,16.) Laatu hoidossa ja palvelussa muodostuu sen toteuttajien ammattitaidosta ja kohtaamisesta (Vaarama 2008,13).

Toiminnan laatu on tavoitteiden täyttämistä sekä toimintojen ja prosessien kykyä saavuttaa tavoiteltu laatu (SFS-ISO 8402). Yleisesti voidaan ajatella, että hoidon ja palvelun selkeä tavoite on asiakkaan elämänlaadun tukeminen. Hoidon ja palvelun laadun kriteeri on siinä, miten tässä tehtävässä on onnistuttu. Hoidon laadulla voidaan vaikuttaa asiakkaan elämänlaatuun. (Vaarama 2008,13.)

Laatuajattelun taustalla on vaatimus koko organisaation sitoutumisesta laatuun ja laadunvarmistukseen (Outinen, Lempinen, Holma & Haveri, 1999). Laatutyön edellytys on johtaminen (Vaarama 2008,11). Yhteiseen päämäärään pyrkiminen on mahdollista, kun palveluja tarjoavalla yksiköllä on riittävä yksimielisyys yhteisistä arvoista ja tavoitteista. Usein kyse on yksinkertaisista asioista, jotka kuitenkin asiakkaan näkökulmasta katsoen ovat tärkeitä ja ilmentävät organisaation ihmiskäsitystä ja palveltavan ihmisen kunnioittamista. (Outinen ym. 1999.) Laadussa yhdistyvät palvelujen tuottajien ja käyttäjien sekä johtamisen näkökulmat (Idänpään-Heikkilä ym. 2000).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, 12–13) julkaisemassa ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa laatu yhdistetään itsemääräämisoikeuteen, voimavaralähtöisyyteen, oikeudenmukaisuuteen, osallisuuteen, yksilöllisyyteen ja turvallisuuteen. Nämä turvaavat ihmisarvoisen vanhuuden. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen, jonka perusteella jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun. Perälä (1995,18) muistuttaa, että hoitotyön laatua on mahdotonta määritellä ottamatta huomioon asiakkaan hyvän näkökulmaa.

Muistisairaiden hoitotyössä laatu tulee ymmärtää hyvänä elämänlaatuna. Loukkaamattomuus, kunnioitus ja yhdenvertaisuus samoin kuin potilaan ja hänen läheistensä kuuleminen ovat onnistuneen hoidon kulmakivet. Potilaalla tulee säilyttää oikeus osallistua päätöksentekoon hänen kognitiivisen toimintakykynsä mukaan. Lisäksi potilaalla on oikeus hyvään, oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito: Käypä hoitosuositus 2010)

Myös Voutilainen (2010) esittää, että laadultaan korkeatasoisen ympärivuorokautisen hoidon tavoitteena on hyvä elämänlaatu. Tavoitteen saavuttamisen perustana on asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi, toimintakyvyn ja kuntoutumisen ylläpitäminen ja edistäminen, työoireiden hallinta ja sairauksien hyvä hoito. Henkilöstön määrä ja osaaminen sekä ympärivuorokautisen hoidon tuottamisen tavat luovat edellytykset hyvälle hoidolle.

Tässä opinnäytetyössä laadulla tarkoitetaan korkeatasoiselle ympärivuorokautiselle hoidolle asetettujen vaatimusten mukaisia vaatimuksia. Laatua tarkastellaan tässä opinnäytetyössä viidestä eri näkökulmasta. Asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi on ensimmäinen laadun mittaamisen ulottuvuus. Toimintatapa, jolla toimintakykyä ja kuntoutumista ylläpidetään ja edistetään, on toinen laatua mittaava ulottuvuus. Käyttösoireiden hallinnan keinoihin sekä sairauksien hyvään hoitoon liittyvät toiminnot muodostavat seuraavat laatua mittaavat näkökulmat. Lisäksi viidentenä laadun ulottuvuutena pidetään tässä opinnäytetyössä riittävää henkilöstömäärää sekä osaamista.

2.2 Vanhustenhoidon valtakunnalliset laatuvaatimukset ja selvitykset

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto antoivat ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2008. Suosituksen tavoitteena on ”lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta”. Siinä on huomioitu hallitusohjelman linjaukset, ikääntymispolitiikalle annetut valtakunnalliset tavoitteet, laatusuositusten arviointien tulokset, uusi tutkimustieto ja toimintaympäristön muutokset. Kuntalaisten, asiakkaiden ja omaisten osallistumismahdollisuuksien lisääminen on myös tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 9.)

Suosituksen mukaan on tärkeää varautua huolellisesti ikärakenteen muutokseen. Ikääntyneiden tarpeet, palveluissa tarvittava henkilöstön määrä ja osaaminen sekä asumisen ja toimitilojen pitkäjänteinen kehittäminen ovat avainasemassa, kun ikääntymispoliittisia strategioita laaditaan. Suositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä palveluja, kuten palveluasumista, pitkäaikaista hoivaa ja hoitoa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 10.)

Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaamiseksi suositus kehottaa laatimaan jokaiselle asiakkaalle yhden kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman, jonka avulla eri toimijat voivat saumattomasti tehdä yhteistyötä. Asiakkaalle tuotetaan toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. Toiminta perustuu asiakaslähtöisyyteen ja sen

taustalla on toimintakykyä tukeva ja kuntoutumista edistävä työote. Työn arviointi on tärkeää ja sen avuksi on hyvä käyttää apuna toimintakykymittareita ja muita arviointijärjestelmiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 30.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 33–36) asettaa tavoitteen henkilöstön mitoituksen osalle. Henkilöstöön liittyvät linjaukset on sisällytettävä ikääntymispoliittiseen strategiaan. Mitoituksen peruslähtökohta on aina asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve. Ympäri vuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismäärän valtakunnallinen suositus on 0,5 – 0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Hyvä henkilöstömitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7 – 0,8.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 44) esitetään, että asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta on kerättävä järjestelmällisesti tietoa ja arvioitava niiden toteutumista. Kuntaliitto (2010) korostaa, että vanhusten palveluja tuottavien yksiköiden on itse seurattava hoidon ja palvelun laatua. Tällainen omavalvonta auttaa palvelujen kehittämistarpeiden tunnistamisessa ja tarvittavien muutosten tekemisessä. Toiminnan uudistaminen ei ole toteutettavissa lainsäädännön ja viranomaisvalvonnan keinoin. (Kuntaliitto, 2010.) Palveluiden järjestämisestä vastuussa olevat kunnat ja yhteistoiminta-alueet vastaavat itse tuottamiensa ja muilta palveluntuottajilta hankkimiensa palvelujen laadusta. Palvelujen on vastattava väestön tarpeisiin ja oltava laadukkaita ja kustannusvaikuttavia. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008.)

Vanhustenhoidossa ilmenneiden laatu epäilyjen vuoksi eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen sijainen Riitta-Leena Paunio (2010) selvitti vuonna 2009 vanhustenhuollon valvontaa, sen edellytyksiä ja valvonnassa havaittuja epäkohtia ja puutteita. Paunio pyysi lääninhallituksilta selvitystä valvottavien toimintayksiköiden määristä ja tarkastustoiminnan laajuudesta. Lääninhallitukset raportoivat havaintoja henkilöstön riittävydestä, vanhusten hoidosta ja kohtelusta (muun muassa ruokailusta, hygieniasta, ulkoilumahdollisuuksista, terveydenhuoltopalveluista, lääkkeiden käytöstä, pakotteista ja rajoitteista). Paunion selvityksessä kyse oli ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten oikeudesta hyvään hoitoon ja hoivaan sekä ihmisarvoa ja perusoikeuksia kunnioittavaan kohteluun.

Lääninhallitusten vastaukset paljastivat useita epäkohtia ja puutteita, jotka vaarantavat ympärivuorokautisessa hoidossa olevien ihmisarvoista kohtelua. Yksinomaan näiden vastausten perusteella ei kuitenkaan voida esittää kattavaa arviota vanhustenhoidon laadusta. On kuitenkin tärkeää huomioida, että ympärivuorokautisessa hoidossa olevat vanhukset ovat aiempaa huonokuntoisempia ja kärsivät lisääntyvässä määrin dementoivista sairauksista. Siten he ovat hyvin haavoittuvassa asemassa eivätkä kykene itse huolehtimaan oikeuksistaan hyvään hoitoon, hoivaan tai arvokkaaseen kohteluun. (Paunio, 2010, 36.)

Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valtakunnallisen valvontaohjelman toimeenpano-ohjelmassa (Valvira, 2010a) sovittiin, että Valvira käynnistää vanhusten palveluja tuottavien yksiköiden yleisvalvonnan. Maalis-huhtikuussa 2010 Valvira lähetti sähköpostitse kyselyn hyvän hoidon tärkeimpien kuvaajien tilanteesta yksiköissä. Ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja tarjoavilta yksiyöiltä kysyttiin seitsemästä hyvän hoidon ja hoivan kannalta kriittisestä tekijästä: henkilökuntamitoituksesta, koulutustasosta, lääkehoidosta, ravitsemuksesta, tavoitteellisesta kuntoutuksesta, tiloista ja asiakirjakirjauksista ja asiakirjojen tietosuojasta.

Lokakuussa 2010 (Valvira, 2010b) valmistuneessa selvityksessä todettiin, että puutteet ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa määriteltyjen laatukriteerien toteutumisessa ovat hyvin yleisiä. Tarkastelun alla oli 1237 vanhustenhoidon yksikköä, joista ainoastaan 12 % täytti kaikkien asetettujen indikaattoreiden kriteerit vähintään alimmalla hyväksyttävällä tasolla. Yleisimmäksi puutteeksi selviytyksen mukaan on liian pitkä aikaväli illan viimeisen ja aamun ensimmäisen ruokailun välillä. Henkilökunnan suosituksen mukainen määrässä ja koulutuksen antama kelpoisuudessa oli puutoksia useammin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Valvira uskoo, että julkisella sektorilla vanhustenhoidon laatua parantaisivat enakoiva valvonta ja omavalvontasuunnitelmat.

Parhaan mahdollisen pisteytystuloksen sai seitsemän yksikköä, joista yksi oli julkisen sektorin yksikkö. Valvira tulee pyytämään lisäselvityksiä näiltä yksiköiltä ja selvittämään miten erinomaisiin tuloksiin on päästy. Näitä tietoja hyvistä käytännöistä on tarkoitus jakaa myös muualle vanhustenhoidon.(Valvira, 2010b.)

On hyvä muistaa, että keskusteltaessa sosiaali- ja terveydenhoidon laadusta melko usein huomiota kiinnitetään myös laadun ja resursoinnin, kustannusten ja tuottavuuden väliseen suhteeseen. (Laine 2005). Vanhustenhoidon niukat resurssit synnyttävät tarpeen toiminnan mittaamiselle. Vanhuspalveluita tuottavien yksiköiden on osoitettava, mitä käytössä olevilla resursseilla saadaan aikaan ja mitä ei pystytä tekemään. (Outinen ym. 1999, 98.)

Laineen (2005) mukaan laatua ja tuottavuutta pidetään joskus toistensa vastakohtina. Tuottavuutta voidaankin joissain tapauksissa lisätä heikentämällä laatua. Vanhustenhoitoon kohdistuneiden tutkimusten mukaan on viitteitä siitä, että korkealla tuottavuudella olisi yhteyttä hoidon laadun ongelmiin. Vanhustenhoidon kehittämistarpeita ei ratkaista vain parantamalla tuottavuutta tai lisäämällä henkilöstön määrää. (Laine 2005.) Kaplan ja Norton (2002,11) muistuttavat, että taloudellisia mittareita ei edes voida käyttää sellaisissa toiminnoissa, jotka liittyvät organisaation aineettomaan omaisuuteen eli taitoihin, osaamiseen, työntekijöiden motivaatioon, tehokkaisiin toimintaprosesseihin, asiakastyytyväisyyteen tai yhteisölliseen hyväksyntään.

2.3 Ikääntyneiden hoitotyön laatu aiemmissä tutkimuksissa

Kvistin (2004) väitöskirja osoittaa, että silloinkin, kun hoidon laatu arvioidaan yleisesti hyväksi, voi potilaiden ja henkilöstön näkemysten välillä olla eroja hoidon laadun osa-alueiden ja osatekijöiden toteutumisessa. Tutkimuksessa kiirettä pidettiin hoidon laatua uhkaavana tekijänä sekä potilaiden että henkilöstön mukaan. Henkilöstön tyytyväisyys oli myös yhteydessä hoidon laatuun. Samoin Pekkarinen (2007) osoittaa väitöskirjansa tehdyssä tutkimuksessaan, että henkilöstön tyytyväisyydellä on yhteys hoidon laatuun. Tutkimuksen mukaan työn stressitekijät, kuten kohtuuttomat työn vaatimukset, rooliristiriidat, työn yksipuolisuus sekä vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä, heikentävät hoitotyön laatua. Aallon (2006) mukaan kiire ja riittämätön henkilöstömitoitus olivat syynä hoitajien rutiniinomaiselle työskentelylle ja vanhusten yksilöllisyyden huomiotta jättämiselle.

Elorannan (2007) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajien työajasta noin puolet kuluu välittömään hoitotyöhön, kuten asukkaiden pukemiseen, riisumiseen ja ruokailuissa avustamiseen. Välillisen hoitotyön tekeminen korostuu yövuoroissa. Kirjaamiseen kuluu työajasta vain pari prosenttia. Esimerkiksi asukkaiden ulkoi-lutus ei tutkimuksen aineistonkeruun aikana toteutunut lainkaan.

Fahey, Montgomery, Barnes ja Protheroe (2003) osoittivat, että isobritannialaisten hoitokotien asukkaiden saaman hoidon laatu on riittämätöntä. Asukkaat ovat huonosti diagnostisoituja ja heidän lääkityksensä ei vastannut laatustandardeja. Asukkaat jäävät ilman tarvitsemiaan lääkkeitä, kuten sydänlääkitystä, mutta saavat koti-hoidossa olevaa verrokkiryhmää enemmän neuroleptejä ja ulostuslääkkeitä. Tutkijoiden mukaan hoidon koordinointi ja laadun valvonta voisivat parantaa laatua hoitokodeissa. Jyrkän (2011) Kuopiossa tekemässä tutkimuksessa sitä vastoin ilmeni, että sydän- ja verisuonilääkkeet ovat yleisimmin käytetty lääkeryhmä. Laitoshoidossa olevat käyttävät keskimäärin kolmea lääkettä enemmän kuin kotona asuvat iäkkäät. Muita useammin monilääkittyjä ovat iäkkäät, joilla on kipuja tai joilla on diagnosoitu astma/COPD, sydänsairaus, diabetes tai masennus. Lääkitys kasautuu erityisesti huonontuneesta ravitsemustilasta, toimintakyvyn laskusta ja heikentyneestä kognitiosta kärsiville haavoittuneessa tilassa oleville iäkkäille. Moniammatillisesti toteutettu kokonaisvaltainen hoito parantaisi tutkijan mukaan laatua.

Habjanic (2009) tutki hoitotyön laatua ikääntyneiden laitoshoidossa. Tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyneiden hoitotyön laatua slovenialaisissa vanhainkodeissa. Tulosten perusteella ikääntyneiden hoitotyön laatu muodostuu huolehtivaisuudesta, kokonaisvaltaisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Asukkaiden fyysisiin tarpeisiin vastataan paremmin kuin psykososiaalisiin tarpeisiin. Tutkimuksen mukaan hyvään laatuun liittyviä tekijöitä ovat myös ystävällisyys ja joustavuus hoitosuhteessa, mielekäs viriketoiminta sekä viihtyisä elinympäristö. Hoidon laatua heikentävät hoidon laiminlyönnit esimerkiksi hoitotoimien viivästyminen. Myös Aalto (2006) totesi fyysisen toimintakyvyn tukemisen korostuvan myös lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Hoitajat osaavat huolehtia ikääntyneiden fyysisistä tarpeista hyvin. Sosiaaliseen toimintakykyyn kiinnitetään tutkimuksen mukaan huo-

mioita liian vähän. Hoitajat suhtautuvat vanhuksiin kuitenkin myönteisesti ja kunnioittavat heidän itsenäisyyttään.

Merta (2007) keräsi tutkimusaineistonsa dementiayksiköissä. Tutkimuksen avulla oli tavoitteena saada tietoa ruokailutapahtumaan vaikuttavista tekijöistä. Tutkimus osoitti, että dementoituneilla henkilöillä on runsaasti ruokailua häiritsevää käyttäytymistä, ja että ruokailutilanteet muodostuvat saman asukkaan kohdalla hyvin erilaisiksi sen perusteella kuka hoitajista on työvuorossa. Onnistunut ruokailutapahtuma edellyttääkin tutkijan mukaan suunnitelmallista ja tavoitteellista hoitotyötä, jotta toimintakykyisyys ja mahdollinen käytös ruokailutilanteessa tulevat huomioiduksi oikea-aikaisesti. Laitalan (2008) mukaan dementiaan erikoistuneilla pienyksiköillä on kuitenkin käytössä hoitotyön keinoja haasteellisesti käyttäytymisen henkilön kohtaamiseen. Ajan antaminen, huomion kiinnittäminen muuhun toimintaan sekä hoitajien kysymykset siitä, mikä dementoituneella on hätänä, ovat niitä hyviä käytäntöjä, joita voidaan käyttää haasteellisissa tilanteissa. Haasteellisella käyttäytymisen yleisimpinä ilmenemismuotoina olivat levottomuus, aggressiivisuus ja toistuva kysely.

Vehniäinen (2009) tarkasteli viriketoimintaa pitkäaikaisessa laitoshoidossa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan dementiayksiköissä järjestetään viriketoimintaa enemmän kuin terveyskeskus- tai vanhainkotosastoilla. Hoitohenkilökunnan mielestä viriketoiminnalla on enemmän vaikutusta potilaan mielialaan ja sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn kuin fyysiseen toimintakykyyn. Viriketoimintaa estäviä tekijöitä ovat resurssien ja ajan niukkuus, hoitajien asenteet, välineiden tai tilan puute sekä potilaiden käytösoireet ja huono yleiskunto. Henkilökunnan lisääminen ja koulutus lisäisivät Vehniäisen mukaan viriketoimintaa. Vähäkankaan (2010) tutkimuksen mukaan päivittäinen kuntoutumista edistävä toiminta on yhteydessä hoidon laadun tuloksiin. Se vähentää vuodepotilaiden määrää ja lisää asiakkaiden sosiaalista osallistumista.

Ranne (2008) totesi diplomityössään, että hoitotyön työympäristöjen merkitys on suuri. Soveltumaton ympäristö aiheuttaa hoitajille tapaturmia ja rasitusvammoja. Hoivatyöhön liittyvä stressi siirtyy edelleen hoidettaviin, joiden hyvinvointi vähenee. Dementiatietämyksen kasvaessa uutta teknologiaa kehitetään jatkuvasti de-

mentoituneiden asuinympäristöjen parantamiseksi. Tutkimuksensa perusteella Ranne esittää, että erityisen keskeistä dementia-ryhmäkodeissa on WC-tilojen toimivuus, toimintatilojen muunneltavuus ja asuinhuoneiden yksilöllisyys sekä mukautuvuus hoitotyön muuttuville tarpeille.

Voutilainen (2004) tarkasteli hoitotyön laatua ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotyön tuloksia tutkittiin omaisten laadulle antamien arvosanojen ja tyytyväisyyden kautta. Vaikka omaiset arvioivatkin laadun hyväksi, Voutilainen kuitenkin muistuttaa kuitenkin niin sanotusta Tukholma – syndroomasta. Henkilöt, jotka ovat riippuvaisia toisten avusta, eivät ilmaise kielteisiä kokemuksiaan pelätessään avun loppuvan. Omaiset haluavat osallistua asiakkaiden hoitoon ja sen suunnitteluun nykyistä enemmän. Omaisten ikä, koulutustausta ja osastolla käyntien useus vaikuttavat laatu-arviointeihin.

Salo (2009) halusi omaisten näkökulman esiin osana dementiahoidon laatuun liittyvää projektia. Kysely antoi eri näkökulman asukkaan hyvinvointiin kuin muu tutkimusmateriaali. Omaiskysely osoitti, että omaisen kykenee arvioimaan asiakkaiden hyvinvointia vain lyhyeltä päivän jaksolta, vierailunsa ajalta. Tyypillisin vierailuajankohta osuu yhteen asukkaiden lepoajan kanssa iltapäivälle. Siten omaisen arvio ei välttämättä kerro yksikön toiminnasta kokonaisuutena eikä tuo olennaista lisätietoa asukkaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista. Omaiskyselyjen avulla saadaan kuitenkin esiin omaisille näkyviä asioita sekä yhteistyöhön liittyviä kokemuksia.

Laaksosen (2001) tekemän muistisairaiden hoitoyksikössä toteuttaman omaiskyselyn mukaan omaiset ovat tyytyväisiä henkilökuntaan, yhteistyöhön ja palvelun sisällöllisiin tekijöihin. Kehittämisalueina sen sijaan pidetään asukkaiden huoneiden puhtautta ja siisteyttä sekä erityisesti dementoituvan hoitoon ja tarpeisiin liittyvää tiedottamista. Myös Aallon (2006) tutkimuksessa omaiset toivoivat lisää tietoa siitä, miten he voisivat omalla toiminnallaan tukea ja voimistaa vanhuksen omatoimisuutta. Omaiset pitävät yhteistyön kehittämistä tärkeänä. Omaiset ovat tyytyväisiä hoitajien tapaan huolehtia vanhusten fyysisistä tarpeista ja kohdata vanhukset kunnioittavasti.

Paavola (2009) tutki ikääntyneiden potilaiden oikeuksien toteutumista laitoshoidossa omaisten ja läheisten näkökulmasta. Tulokset osoittavat, että parhaiten toteutuu ikääntyneen potilaan oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Potilaita hoidetaan omalla äidinkielellään ja yhdenvertaisesti muiden potilaiden kanssa. Omaisilta ei kuitenkaan riittävästi kysytä potilaiden elämäntavoista eikä tottumuksista eikä omaisia rohkaista osallistumaan hoitoon. Hoitohenkilökunta ei myöskään anna tietoa hoidon mahdollisista riskitekijöistä oma-aloitteisesti. Yhteistyö omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä koetaan kuitenkin sujuvaksi. Hoitohenkilökunnan toivottaan neuvottelevan omaisten kanssa eri hoitovaihtoehtoja ja parannusta toivotaan ikääntyneen potilaan mahdollisuuksiin kieltäytyä hoidosta tai toimenpiteestä.

Makin (2010) tekemän tutkimuksen mukaan muistisairaiden ikääntyneiden eksistentiaalinen hyvinvointi on harvoin tutkittu alue. Tutkittavat olivat itse saaneet kuvailla tavoitteellisen toiminnan ja elämäntarkoituksen välistä suhdetta. Tutkimuksen mukaan lievästi tai keskivaikeasti muistisairaavat kykenevät kuvailemaan luotettavasti omaa elämänlaatuaan. Lisäksi tutkimus osoitti, että ne ikääntyneet, jotka osallistuvat tavoitteelliseen toimintaan esimerkiksi päivätoimintayksiköissä, kokevat elämänsä tarkoituksellisemmaksi. Tulosten perusteella toiminnan järjestäminen muistisairaille lisää elämän mielekkyyttä ja hyvinvointia.

2.4 Muistisairaudet ja muistisairaiden hoidon laadun arviointi

Muistisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita, esimerkiksi kielellisiä toimintoja, hahmottamista ja toiminnanohjausta. Yli 65-vuotiaista joka kolmas kärsii muistioireista. Henkilöitä, joilla kognitiivinen toiminta on lievästi heikentynyt, on jopa 120 000. Jopa 85 000 henkilöä kärsii vähintään keskivaikeista muistisairausten oireista. Muistisairaudet voidaan luokitella yhdeksi suomalaiseksi kansantautiryhmäksi. (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito: Käypä hoito- suositus 2010.)

Muistin heikkenemisen taustalla on yleensä elimellinen aivosairaus (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito: Käypä hoito- suositus 2010; Sulkava & Elo-

niemi – Sulkava, 2008, 8). Muistihäiriöt ovatkin usein dementoivan sairauden ensimmäisiä oireita. Muistisairauksiin liittyy usein myös kielellisiä häiriöitä (afasiaa) ja hahmottamisen vaikeutta (agnosiaa). (Sulkava & Eloniemi – Sulkava, 2008, 82.)

Muistisairaudet ovat eteneviä ja johtavat useimmiten muistin dementia-asteiseen heikentymiseen. Dementia on oireyhtymä, jossa useampi kuin yksi kognitiivinen toiminto on heikentynyt siten, että se heikentää itsenäistä selviytymistä. (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito: Käypä hoito- suositus 2010.) Dementia tarkoittaa laaja-alaista henkisten toimintojen heikentymistä (Sulkava & Eloniemi – Sulkava, 2008, 82). Useimpiin muistisairauksiin ei ainakaan toistaiseksi ole parantavaa hoitoa (Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito: Käypä hoito- suositus 2010). Dementia on tärkein pitkäaikaishoitoon johtava oireyhtymä (Sulkava & Eloniemi – Sulkava, 2008, 82).

Muistisairauksien yleisyys kasvaa iän myötä. Vanhusikäluokkien kasvaessa myös dementoituneiden määrä kasvaa. Valtaosa dementoituneista tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Kasvava osa ympärivuorokautisen hoidon paikoista joudutaankin varaamaan dementoituneiden asiakkaiden käyttöön. Muistisairaudet ovat erityinen haaste vanhuspalveluiden suunnittelulle. (Helsingin kaupunki, 2006, 60 – 62.)

Sormunen, Topo ja Saarikalle (2008) toteavat, että dementoituneiden hoidon kehittämisen ja laadun arvioinnin haasteena on ollut se, että perinteiset tiedonhankintamenetelmät eivät sovellu siihen. Monissa hoidon ja hoitoketjujen kehittämiseen tähtäävissä tutkimuksissa dementoituneet henkilöt onkin rajattu tiedonkeruun ulkopuolelle. Muistisairaiden hoidon laatua on tässä luvussa tarkasteltu erilais-tenmuistisairaiden hoidon laatua arvioivien tutkimuksien kautta. Tutkijoiden mielenkiinto kohdistuu hoidon laadun lisäksi vahvasti myös tutkimusmenetelmän luotettavuuteen ja käyttökelpoisuuteen.

Sormunen, Topo ja Saarikalle (2008) käyttivät Dementia Care Mapping (DCM) –menetelmää muistisairaiden hoidon laadun arvioimisessa. Tutkimus toteutettiin maantieteellisesti eri puolilla Suomea vuosina 2003–2004. Havainnoiteja tehtiin

85 (2003) ja 80 (2004) asukkaalle. Mukana oli sekä kunnallisia että kolmannen sektorin ylläpitämiä yksiköitä. Menetelmä perustuu dementiaoireisten henkilöiden havainnointiin ja sen tavoitteena on antaa tietoa hoidon laadusta sellaisen asiakkaan näkökulmasta, joka ei verbaalisesti kykene ilmaisemaan mielipiteitään. (Sormunen ym. 2008.)

Menetelmää käytettäessä tutkijat havainnoivat asiakkaita strukturoidusti viiden minuutin aikajaksoissa. Asiakkaan toiminta luokiteltiin 24 luokkaan ja annettiin kullekin jaksolle hyvinvoinnin arvo kuusiportaisella asteikolla. Toimintaluokkien ja hyvinvoinnin arvojen jakaumat laskettiin havainnoinneista jokaiselle asiakkaalle erikseen ja lopulta koko toimintayksikölle. Yksiköissä pidettiin koko henkilökunnalle palautetilaisuuksia, joissa tavoitteena oli huomion kiinnittäminen hoidon laadun tekijöihin. Havainnointien pohjalta muodostettiin lista sekä hyvistä, asiakkaiden hyvinvointia tukevista että vältettävistä työkäytännöistä. Myönteisiä tilanteita kirjattiin yhteensä 575 ja asiattoman kohtelun tilanteita 151. (Sormunen ym. 2008.)

Arvokkuuden ja minuuden ylläpitäminen, läheisyyden ja yhteenkuuluvuuden rohkaiseminen, asiakkaan mukaan toimiminen ja avun tarjoaminen sekä asiakkaan toimijuuden tukeminen ovat tutkimuksen mukaan hyviä dementiahoidon käytäntöjä. Asiakkaan karkea kohtelu, todellisuuden kiistäminen, kykyjen ylittäminen, tarpeen ohittaminen, esineellistävä kohtelu, toiminnan estäminen sekä tilanteet, joissa asiakasta ei kohdella aikuisena, listattiin hyvinvointia vähentäviksi käytännöiksi. (Sormunen ym. 2008.)

Suomen muistiasiantuntijat ry toteutti Dementoituneen hyvinvointi ja elämänlaadun kehittäminen – projektin vuosina 2005 – 2008. Hankkeen tavoitteena oli jatkokehittää Sormusen, Topon ja Saarikallen (2008) käyttämästä Dementia Care Mapping (DCM)- menetelmästä Suomen olosuhteisiin sopiva, edullinen, yksinkertainen ja teknologialtaan kehittynyt menetelmä dementoituneiden asiakkaiden hoidon ja palvelujen laadun kehittämiseksi. Projekti tuotti Elo-D – arviointityökalun. Menetelmän nimi tulee sanoista elämänlaadun observointi dementiatyössä. Arviointi nostaa esiin yksikön vahvuudet ja kehittämiskohteet laadukkaan ja asiakaslähtöisen hoidon näkökulmasta. Elo-D:tä voidaan hyödyntää asiakasnäkökul-

man vahvistamiseen, kehittämistyön tukena sekä yhteiskunnalliseen laadunvalvontaan. (Salo, 2009)

Havainnointitutkimuksilla pystytään keräämään strukturoitua tietoa dementoituneiden elämänlaadusta. Analysoimalla havainnoiteja kyetään myös päättämään tekijöitä, joiden toteutuminen tai toteutumatta jääminen joko edistävät tai heikentävät elämänlaatua. Menetelmien käyttö vaatii kuitenkin perehtymistä ja koulutusta ohjelmaan. DCM- menetelmän koulutus on mahdollista saada vain Englannissa. Lisäksi menetelmä on työläs ja Suomen oloihin kallis toteuttaa. (Sormunen ym. 2008).

Elo-D:n projektiryhmän huomiot omasta menetelmästä ovat samansuuntaisia kuin Sormusen, Topon ja Saarikallen päätelmät. Opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon ja käytännön dementia-työn osaamisen lisäksi menetelmän hyödyntäminen vaatii sen käyttöön liittyvän koulutuksen. Vaikka koulutusta Elo-D menetelmän käyttöön on saatavilla Suomessa, voidaan kuitenkin todeta, että laatutyöhön ja henkilöstön kehittämiseen on käytössä varsin niukat resurssit. Nämä antavat haasteen laajojen havainnointi-menetelmien leviämislle. (Salo, 2009)

Havainnointia käyttivät myös Soini, Luoma, Muurinen ja Varis (2009) mitatesaan muistisairaiden asukkaiden elämänlaatua. Tutkimuksen kohteena olivat Helsingin kaupungin omien sekä ostopalveluvanhainkotien ja palvelutalojen asukkaat vuonna 2008 (N= 2102). Tutkimuksessa käytettiin The Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) – elämänlaatumittaria. Mittaristo on suunniteltu vaikeasti ja keskivaikeasti muistisairaiden henkilöiden havainnointiin ja sopii ympärivuorokautisessa hoidossa olevien henkilöiden arviointiin. Mittarin avulla arvioidaan havaittavaa käyttäytymistä 11 eri tilanteessa. Havainnoinnin perusteella asukas saa pisteitä (vaihteluväli 11 – 55). Mitä pienemmän pistemäärän asukas saa, sitä paremmaksi hänen elämänlaatunsa on arvioitu. Havainnoiteja tehtiin asukkaiden hymyilystä, itkusta, surullisuuden ilmaisuista, levottomuudesta kertovista ilmeistä, fyysisestä epämukavuudesta, ääntelystä, aggressiivisuudesta, syömisestä, koskettamisesta, kanssakäymisestä ja rauhallisuudesta. Tutkimuksessa havainnointien summapistemäärien keskiarvo oli 22,4. Vuodepotilaiden sekä usean hengen huoneissa asuvien asukkaiden elämänlaatu arvioitiin huonommaksi. He olivat

myös muita vaikeammin muistisairaita. Eroja kaupungin omien ja ostopalvelu-vanhainkotien asukkaiden välillä ei tullut esiin. Kaikki toimintayksiköt saivat ryhmäkohtaisen yhteenvedon havaintojen tuloksista oman yksikön laadun parantamiskeinojen pohtimiseksi ja mittaria suositeltiin käytettävän muistisairaiden ryhmäkodeissa säännöllisesti.

QUALID- mittaria pidettiin Soinin, Luoman, Muurisen ja Variksen (2009) tekemässä tutkimuksessa helppokäyttöisenä. Hoitoyksiköiden vastuuhenkilöt, pääasiassa sairaanhoitajat osallistuivat lyhyeen käyttökoulutukseen, jonka jälkeen he kouluttivat yksiköissään arvioinnit tekevän henkilökunnan. Havainnoijat saivat lisäksi kirjallisen ohjeen ja tarkennuksia mittariin. Havainnoijana toimivat useimmiten asiakkaiden vastuuhoidajat. Mittariston avulla on kuitenkin haasteellista nähdä yksikön vahvuuksia tai pohtia parannuskeinoja.

Pohto – Kapiainen (1997) käytti piilohavainnointia tutkiessaan dementiapotilaan hoidon toteutumista perinteisellä vanhainkodin sekaosastolla ja dementoituvien erikoishoitoyksikössä. Pohto – Kapiaisen tutkimuksessa dementiaan erikoistuneessa yksikössä hoito on auttavampaa, sallivampaa, hyväksyvämpää ja vuorovaikutteisempaa kuin sekaosastolla. Lisäksi sekaosastolla asukkaiden koskettaminen rajoittuu vain hoitotoimenpiteisiin. Piilohavainnoinnin keinoin tehtävän tutkimuksen eettiset ja pätevyyyteen liittyvät ongelmat on syytä selvittää. Tutkimus oli luonteeltaan tapaustutkimus, joten tutkija korostaa, että tulokset eivät ole yleistettävissä.

Laaksonen (2001) tutkimusmetodi oli monitahoarviointi ja tutkimuksen tavoite oli selvittää tämän tutkimustavan käyttökelpoisuutta. Laaksonen käytti menetelminä dokumentti- ja tilastoevaluointia, professioevaluointia sekä asiakasevaluointia. Dokumentti ja tilastoevaluoinnissa tarkastelun kohteena oli yksikön toiminta-ajatus, palvelusuunnitelma, toimintaraportit, elämänkaarikertomukset, omahoitajamalli ja lääkkeiden käyttö. Professioevaluoinnissa henkilökunta osallistui ryhmähaastatteluun ja täytti itsearviointin ITE -lomakkeella. Asiakasevaluointi toteutettiin omaisille suunnatulla postikyselyllä ja teemahaastattelemalla muutamia omaisia. Eri tutkimusmenetelmät antoivat samansuuntaisen kuvan yksikön toiminnasta, mutta Laaksonen näkee, että eri menetöt täydensivät toisiaan ja koko-

naisuus muodostui vasta kaikista yhdessä. Yksikössä oli konkreettinen hoitofilosofia, jonka kaikki työntekijät olivat sisäistäneet. Asukkaiden perustarpeet tyydyttyivät hyvin. Toiminnassa korostuivat kuitenkin hoitosuunnitelman laadinta elämänkaaritietoja hyväksi käyttäen, toimintatuokiot, ulkoilu, omahoitajamalli ja lääkkeettömät hoitokeinot. Monitahoarviointi sopii Laaksosen mielestä pieninkin yksikön arviointiin, mutta on tutkijan mukaan yllättävän vaativa ja aikaa vievä tapahtumasarja.

2.5 Yhteenvetoa teoreettisesta tietoperustasta

Metsämuuronen (2008, 24–25) huomauttaa, että hoitotieteellinen tutkimus on varsin pirstoutunutta ja siinä on keskitytty pieniin aihepiireihin kokonaisuuksien tutkimisen sijaan. Tämä johtuu siitä, että tutkimuksiin osallistuvat ihmiset, joiden motiivit, päämäärät ja asenteet vaikuttavat tutkimustuloksiin, ovat haavoittuvia ja arkoja. Haasteellista on löytää tutkimuksen keinoin mitään pysyvä ja kiinteää hoitotieteen ilmiötä kuvaavaa mallia tai teoriaa.

Ikääntyneiden hoitotyön laatua kuvaavia tutkimuksia tarkasteltaessa pirstoutuneisuus on havaittavissa ja tutkimusten yleistettävyyden onkin ongelmallista. Kaikki ikääntyneiden hoidon laatua selvittävät tutkimukset tuovat esiin sekä hyvää laatua että puutoksia laadun toteutumisessa. Pääsääntöisesti hoitohenkilökunta kohtelee ikääntyneitä hoidettaviaan ystävällisesti ja kunnioittavasti. Hyvän kohtelun edellytyksiä ovat kuitenkin riittävä henkilöstömitoitus ja hyvä työhyvinvointi. Kiire ja hoitohenkilön psyykkiset rasitustekijät heikentävät tutkimusten mukaan hoidon laatua.

Tutkimusten mukaan näyttäisi siltä, että ikääntyneiden hoito toteutuu muodollisesti hyvin ja hoitotyön perusarvoja kunnioittaen. Fyysisistä tarpeista osataan huolehtia, mutta muilla elämisen alueilla on havaittavissa puutoksia. Geriatriinen erityisosaaminen ei näyttäytyä hoitotyössä. Suurimmat laatuvaajat löytyvätkin niiltä alueilta, joilla olisi tärkeää ottaa huomioon, että asiakkaana tai potilaana on juuri ikääntynyt ihminen.

Ikääntyminen asettaakin erityisvaatimukset ikäihmisiä hoitavan henkilökunnan osaamiselle. Laatuvaajeita löytyi henkilökunnan lääkitykseen liittyvässä osaamisessa. Samoin psyko-sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen ja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamiseen liittyvässä osaamisessa on kehitettävää. Viriketoiminta samoin kuin kuntouttava ja toimintakykyä tukeva hoitotyö jäävät henkilökunnan toimintana liian vähälle huomiolle.

Omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä on niin ikään puutteita. Ikääntyneiden hoitotyössä ei huomioida omaisia riittävästi. Yhteistyö omaisten tai läheisten kanssa on vasta kehittymässä ja yhteistyötapoja etsitään. Hoitohenkilökunnalla näyttäisi olevan kuitenkin arkuutta toimivan yhteistyösuhteen muodostamisessa ja ikääntyneen läheisverkoston hyödyntämisessä.

Muistisairaudet antavat omat haasteensa hoidon laadun tutkimiselle. Muistisairaiden haavoittuvuus ja kyvyttömyys puolustaa itse itseään kuitenkin asettavat laadunvarmistuksen hyvin tärkeään rooliin. Havainnointitutkimusten toteuttaminen edellyttää tutkijalta koulutuksen menetelmän käyttöön. Lisäksi ne ovat työläitä ja kalliita toteuttaa. Siten ne ovat vain harvojen yksiköiden käytettävissä. Kuitenkin laadunhallinnan on ulotuttava kaikkiin yksiköihin. Yhteiskunnalliset vaatimukset koskevat yhtäläillä dementoituneiden hoitoa kuin kaikkien muidenkin ikääntyneiden hoitoa.

3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on muistisairaiden hoitotyön kehittäminen.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kehittämishankkeena, jonka tavoitteena on luoda toimintamalli, jonka avulla dementiayksiköiden hoitotyön laatua voidaan parantaa. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata hoidon laatua muistisairaiden hoitoyksiköissä RAI -laatuindikaattoreita ja ”Hyvän hoidon kriteeristöä” apuna käyttäen. Lisäksi tavoitteena on tuottaa tietoa tekijöistä ja toimintatavoista, joiden kehittäminen tähtää toimintayksikön laadun parantamiseen. Opinnäytetyö muodostaa lähtökohdan kehittämistoiminnalle.

Kehittämishankkeen tutkimusosion tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen on hoidon laatu Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutalojen dementiaryhmäkodeissa?
2. Mitkä tekijät tukevat hoidon laadun kehittämistä dementiaryhmäkodeissa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Laadun selvityksessä käytetyt mittarit

Outisen ym. (1999, 98) mukaan jokainen yksikkö tarvitsee tietoa siitä miten se on onnistunut saavuttamaan laadulliset tavoitteet, mikä on toiminnan laatu ja mitä sen kannattaa jatkossa lähteä kehittämään. Tässä kehittämishankkeessa tutkimuksen avulla pyritään selvittämään ja kuvaamaan hoidon laadun nykytilaa ja löytämään kehittämiskohteet. Hoidon laatua on tässä kehittämishankkeessa tarkasteltu ”Hyvän hoidon kriteeristöä” ja RAI- laatuindikaattoreiden avulla.

Idänpään - Heikkilä ym. (2000) muistuttavat, että laadunhallinnan edellytys on järjestelmällinen toiminnan seuranta ja seurantatulosten arviointi. Laadunhallinnan tueksi tarvitaan tietoa tavoitteiden toteutumisesta ja toiminnasta. Outisen ym. (1999, 97 – 98) mukaan arvioinnin apuvälineinä voidaan käyttää mittareita, jotka konkreettisesti osoittavat laadun määrän. Mittareiden käyttö on perusteltua silloin, kun halutaan saada palautetta tehdyn työn tuloksista tai halutaan osoittaa mittamalla täsmällisesti toiminnan tai palvelun laatu. Systemaattinen tapa kerätä tietoa auttaa muuttamaan arvelut tosiasioiksi ja luulon tiedoksi. Arvioinnissa verrataan saatuja tuloksia asetettuihin tavoitteisiin. Mikäli tavoitteet eivät ole kohdallaan, toimintaa tulee joko muuttaa tai korjata. Mittaamisen taustalla on ajatus siitä, että mitä et mittaa, sitä et voi kehittää.

Ohjenuorana hyvään hoitoon ja palveluun pyrittäessä voidaan käyttää laatukriteerejä. Laatukriteerien avulla voidaan osoittaa laadun tunnusmerkit ja niitä voidaan määrittää hyvien hoitokäytäntöjen tueksi. Kriteerien voidaan ajatella olevan jonkin asian tunnusmerkkejä. (Outinen ym. 1999,84.) Kriteerit voivat toimia myös laadun suunnittelun ja ohjauksen apuvälineenä (Holma & Virnes, 1999, 37). Donabedianin (1996) mukaan laatukriteerit voidaan luokitella niiden ulottuvuuksien mukaan tulos-, prosessi- tai rakennekriteereiksi. Myös Seppänen - Järvelä (2004) erottelee tulokset ja prosessit toisistaan ja väittää, että kehittämistoiminnan taustalla on aina oletus, että tietty keino aikaansaa tietynlaisia vaikutuksia.

Tuloskriteerit kuvaavat tilannetta hoidon tai palvelun jälkeen ja niiden seuraaminen edellyttää pitkän ajan seurantaa, riittävän suurta arvioitavien joukkoa sekä tietoa siitä, että kriteerin kuvaamaan lopputulokseen voidaan vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon keinoin. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000.) Tuloksella tarkoitetaan toiminnan haluttua vaikutusta. Tuloskriteerien tulee kuvata yksiköiden työelleen asettamia tavoitteita. (Outinen ym. 1999, 101.) Tuloskriteerit ilmaisevat sekä odotetut että ei-odotetut tulokset (Koskinen – Ollonqvist, Leskinen, Bergström & Serkkola 2002, 17).

Prosessikriteerit kuvaavat palvelun tai toiminnan aikaista tilannetta ja niitä kannattaa seurata silloin, kun tähtäimenä on laadun kehittäminen. Prosessikriteerit ovat myös herkempiä reagoimaan ongelmiin, sillä lopputulos ei aina huonone välittömästi vaikka prosessissa olisikin heikkouksia. (Idänpään-Heikkilä, ym. 2000) Prosessikriteerit määrittelevät hoitotyössä sen, mitä tulee tehdä tavoitellun laadun saavuttamiseksi. Niiden seuranta on perusteltua silloin, kun laadun kehittämiseksi ja arvioinnille annetaan lyhyen tähtäimen tavoitteita. Kun halutaan löytää syitä laadun heikkouksille ja vaikuttaa lopputulokseen, on välttämätöntä tarkastella prosessikriteerejä. Koska prosessin laatu vaikuttaa lopputulokseen, on tuloksen parantamiseksi muutettava prosessia. (Pelkonen & Perälä 1992, 100.) Prosessikriteerit kuvaavat toimenpiteitä, joiden avulla tavoitteet aiotaan saavuttaa (Koskinen – Ollonqvist ym. 2002, 16–17).

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan dementiayksiköissä tehtävää työtä tulos- ja prosessikriteerien näkökulmista. RAI – laatuindikaattorit toimivat tässä opinnäyte-

työssä tuloskriteereinä. ”Hyvän hoidon kriteeristö” puolestaan nähdään tässä opinnäytetyössä prosessikriteerinä.

4.1.1 RAI – laatuindikaattorit

RAI (Resident Assessment Instrument) on Yhdysvalloissa kehitetty arviointijärjestelmä, jonka perusajatuksena on arvioida pitkäaikaisessa avo- tai laitoshoidossa olevan vanhusasiakkaan hoidon tarvetta ja käyttää asiakkaasta kerättyjä tietoja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Tietoja voidaan käyttää myös laajemmin toimintayksikkö tai kuntatasolla tai jopa valtakunnallisesti tai kansainvälisesti. RAI- järjestelmä koostuu arvioinneista, arvioinnin tekoa tukevasta käsikirjasta ja ohjeistuksesta, hoidon suunnittelun avuksi kootusta riskitekijöiden ja voimavarojen tarkistuslistasta sekä mittareista ja laatuindikaattoreista. Suomessa RAI-arviointijärjestelmän omistusoikeuksia hallinnoi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2010.)

RAI -arviointijärjestelmän avulla voidaan kehittää yksilöllistä hoitoa sekä henkilökunnan osaamista. Liittämällä asukkaiden hoitotyön osa-alueet kiinteästi toisiinsa voidaan edistää laadukkaan ja asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumista. Hyvä hoidon suunnittelu ja asukkaan voimavarojen tukeminen edistävät asukkaan hyvää oloa, ylläpitävät hänen toimintakykyään ja auttavat asukkaan yksilöllisessä hoidossa. RAI -arviointien avulla toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää toimintaa on mahdollista saada näkyvämmäksi. Lisäksi tehdyn työn merkitys korostuu asukkaan näkökulmasta. RAI- arviointien avulla voidaan painottaa voimavaralähtöisyyttä. (Mäkinen, Sipola-Mäkinen, Lipponen, 2008.)

RAI- järjestelmä on vanhusten hyvän hoidon näkökulmasta käyttökelpoisin ja laajimmin tutkittu mittaristo. Sen avulla voidaan arvioida ja ohjata hyvän hoidon toteutumista. RAI- mittariston avulla on mahdollista saada vertailukelpoista tietoa vanhusten hoidon sisällöstä. Se tarjoaa vanhusten ympärivuorokautisen hoidon kannalta keskeiset indikaattorit laadunhallinnan tueksi. (Peiponen 2004, 136,142.)

Laatukriteeriksi valitaan mitattavissa oleva ominaisuus. Sellaista laatukriteeriä, jonka arvon kehittymistä ja muuttumista seurataan ja joka toimii viitteenä laadun

vaihtelusta, voidaan nimittää laatuindikaattoriksi. Laatuindikaattoreiden avulla voidaan toimintaa seurata. Ne voivat olla viitteenä laatuun liittyvistä puutteista ja kehittämistarpeista. Laatuindikaattoreiksi valitut laatukriteerit auttavat toteamaan, onko tavoitteet saavutettu. Keskeiselle toiminnalle on tärkeää määrittää laatutavoitteet. Jotta indikaattorit toimisivat seurannan ja arvioinnin perustana, ne tulisi ilmaista niin selkeästi, että voimme mittaamalla todeta, olemmeko saavuttaneet tavoitteemme. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 4,7.)

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten palveluissa RAI- laatuindikaattoreita käytetään toiminnan ohjaamisessa, tavoitteiden asettelussa ja laadun varmistamisessa. Helsingin kaupungin sosiaalivirastossa laadun mittareiksi on valittu seuraavat laatuindikaattorit:

- 1) toimintakyvyn lasku pitkään säilyvissä taidoissa(matala riski)
- 2) painon lasku
- 3) lääkäri ei ole tarkastanut lääkitystä
- 4) antipsykoottien käyttö
- 5) antioksidanttien käyttö
- 6) unilääkkeiden käyttö
- 7) ei liikkumisapuvälinettä vaikka vaikeuksia
- 8) ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus
- 9) laiminlyönti / kaltoinkohtelu
- 10) sosiaalinen eristäytyminen
- 11) alavireinen mieliala

(Helsingin kaupunki, 2010.)

4.1.2 Hyvän hoidon kriteeristö

”Hyvän hoidon kriteeristö” on Muistiliitto ry:n julkaisema työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Alzheimer – keskusliitto (nykyisin Muistiliitto ry) julkaisi ensimmäisen hyvän hoidon kriteeristön vuonna 1996 ja toinen, täydennetty versio julkaistiin 2002. Vuonna 2009 julkaistu kriteeristö on kolmas versio työkirjasta ja se pohjautuu aikaisempiin teoksiin. Työkirjan kokonaisuus on uudistettu vastaamaan tämän päivän käsityksiä hyvästä hoidosta. Kriteereissä korostuvat kuntoutumisen edistäminen, yhteistyö läheisten kanssa ja henkilöstön hyvinvointi. (Muistiliitto 2009, 4.)

Hyvän hoidon kriteeristön kokonaisuus muodostuu viidestä alueesta: toiminta-ajatus ja arvot, kuntoutumista edistävä hoitotyö, läheiset osana hyvää hoitoa, henkilöstö ja työhyvinvointi sekä kuntoutumista edistävä hoitoympäristö. Työkirjassa kustakin osa-alueesta on määritelty ”Hyvän hoidon kriteerit”. Ne koostuvat yhteensä 28 hyvän hoidon kriteeristä, jotka on edelleen jaettu useisiin alakysymyksiin. Kokonaisuudessaan ”Hyvän hoidon kriteeristö” käsittää 118 kysymystä eli väittämää. (Muistiliitto 2009.)

Väittämien arviointi suoritetaan asteikolla 3-0 siten, että arvo kolme (3) annetaan silloin, kun väittämä toteutuu hyvin, arvo kaksi (2) silloin, kun väittämä toteutuu kohtalaisesti, arvo yksi (1), jos väittämä toteutuu huonosti, ja arvo nolla (0) silloin, kun väittämä ei toteudu lainkaan. (Muistiliitto 2009, 6.)

Valmiin mittarin käyttäminen edellyttää, että mittarin kehittämisen teoreettinen perusta on sopusoinnussa käyttötarkoituksen kanssa (Perälä 1995,23). Muistiliitossa hyvän hoidon perustana pidetään Dementoituvan ihmisen inhimillisiä oikeuksia. Nämä oikeudet on otettu Suomessa ohjenuoraksi hyvän hoitotyön kehittämiseen sekä yleisen muistisairauksiin asennoitumisen parantamiseen. Vaikka Inhimillisten oikeuksien julkaisemisen jälkeen on tullut useita kansainvälisiä oikeuksien ja hyvän hoidon julistuksia ja tieto muistisairauksista on lisääntynyt, ne soveltuvat edelleen kehittämistyön pohjaksi muistisairaita hoitavissa yksiköissä. (Muistiliitto 2009, 5.)

4.2 Aineiston hankinta

Ennen varsinaista tiedonkeruuta, hain tutkimuslupat. (Liite 1). Helsingin kaupungin kehittämissyksikön mukaan tutkimuslupaa on haettava sosiaaliviraston ulkopuolisten tahojen tekemiin tutkimuksiin, joissa käytetään yksilökohtaisia viraston asiakkaita tai henkilökuntaa koskevia tietoja. Myös sosiaaliviraston henkilökuntaan kuuluvan on haettava tutkimuslupaa, jos tutkimusta ei tehdä osana henkilön virka- tai työtehtäviä, vaan esim. opiskeluun liittyvänä. Lupa tarvitaan riippumatta siitä, kerätäänkö aineisto henkilökistereistä, haastattelemalla, kyselylomakkein tai muilla menetelmillä. (Helsingin kaupunki 2008.) Organisaation RAI -

vertailutietokantatietoja ei saa käyttää muihin kuin organisaation sisäisiin tutkimuksiin tai esityksiin ilman kyseisen organisaation lupaa (Vihersaari – Virtanen, 2009). Saadakseni käyttää opinnäytetyössäni tietoja RAI- vertailutietokannasta, hain tutkimuslupaa kohdeorganisaatiolta eli Helsingin kaupungin sosiaalivirastolta. Vanhusten huoltoon liittyvien tutkimusten ja opinnäytetöiden tutkimuslupia haetaan vanhusten vastualueen johtajalta. Tutkimuslupa myönnettiin marraskuussa 2010. (liite 1)

Oma esimieheni oli kertonut kehittämishankkeestani alustavasti palvelutalon johtajien kokouksessa marraskuussa 2010. Tässä yhteydessä hän oli kerännyt dementiayksiköiden vastaavien hoitajien yhteystietoja niistä palvelutaloista, joissa on dementia-ryhmäkoteja. Hankkeeni oli siten myös palvelutalojen johtajiston tiedossa ja antamalla vastaavien hoitajien yhteystiedot palvelutalojen johtajat samalla suostuivat siihen, että yksiköt voivat vastaavan hoitajan päätökseen perustuen osallistua tutkimukseeni. Sain tässä yhteydessä yhteensä 11 dementia-ryhmäkodin yhteystiedot. Kaikkiaan dementia-ryhmäkoteja oli kehittämishankkeen alkaessa yhteensä 14.

Joulukuun alussa 2010 lähetin sähköpostia niille dementia-ryhmäkotien vastaaville hoitajille, joiden yhteystiedot minulle oli annettu, löytääkseni kehittämishankkeeseen osallistuvat dementiayksiköt. Sähköpostiviestissäni (liite 2) kehotin hankkeestani kiinnostuneita ottamaan yhteyttä minuun yhteistyön aloittamiseksi. Vastausaikaa annoin viikon. Määräaikaan mennessä sain vastauksen neljästä dementia-ryhmäkodista. Suunnitelmassani olin ajatellut toteuttavani kehittämishankkeen viidessä dementia-ryhmäkodissa. Saadakseni riittävästi osallistujia, määräajan mentyä ohi lähetin muistutukseksi sähköpostiviestin vielä uudelleen. Uusintaviestin jälkeen sain vielä kaksi vastausta. Näin minulla oli yhteensä kuuden dementia-ryhmäkodin vastaus mukanaolosta. Saatua vastaukset kuudesta ryhmäkodista, päätin laajentaa hankkeeni koskemaan kaikkia kuutta kiinnostuksensa osoittanutta dementia-ryhmäkotia.

Tässä kehittämishankkeessa valmiin kysymyssarjan (”Hyvän hoidon kriteeristö”) käyttö määräsi aineiston hankintamenetelmän. Tiedonkeruumenetelmänä oli survey – menetelmä. Survey – menetelmällä tarkoitetaan etukäteen strukturoitua ai-

neistonkeruuta kysely- ja haastattelulomakkeiden avulla (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo, 1999, 118–119). Kyselyn päätin toteuttaa paperisella lomakkeella, sillä dementia-ryhmäkotien työntekijöillä ei ollut omia sähköpostiosoitteita. Paperilomakkeen valintaan vaikutti myös tieto siitä, että sosiaaliviraston vanhustenpalveluiden työntekijöille 2007 tehdyn Internet – pohjaisen kyselyn vastausprosentiksi jäi ainoastaan 15,5 % (Aarva 2009, 106).

Kyselylomakkeen tekstit (liite 4) seurasivat tarkasti Muistiliitto ry:n ”Hyvän hoidon kriteeristöä”. Muistiliitto ry:n alkuperäisessä materiaalissa yksi sana tai lauseen osa saattoi aloittaa monta väittämää. Kyselylomakkeen väittämissä aloittava sana tai lauseen osa on kuitenkin toistettu jokaisen väittämän kohdalla siten, että jokaisesta väittäimestä muodostuu kokonainen lause. Kananen (2008, 25) muistuttaa, että tutkimuksen tiedonkeruussa käytetyt kysymykset tai väittämät, on oltava jokapäiväistä käyttökieltä ja jokaisen vastaajan on ymmärrettävä kysymys samalla tavalla. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2000, 191) mukaan lomakkeen tulee näyttää helposti täytettävältä ja olla ulkoasultaan moitteeton.

Mukaan ilmoittautuneiden ryhmäkotien vastaaviin hoitajiin olin yhteydessä joko sähköpostitse tai puhelimitse. Tällä kontaktilla pyrin siihen, että vastaavat hoitajat sitoutuvat huolehtimaan kyselyyn vastaamisesta. Samalla varmistuin siitä, että tutkimuksen toteutus, vastaajajoukko, kyselylomakkeiden palauttaminen ja muut käytännön järjestelyt ovat vastaavan hoitajan tiedossa. Tällä menettelyllä toivoin saavani hyvän vastausprosentin kyselyyni.

Toimitin kyselylomakkeet (liite 4) vastaaville hoitajille joulukuussa 2010. Viidelle ryhmäkodille toimitin kyselylomakkeet sisäpostin välityksellä, yhdelle ryhmäkodille sähköpostilla. Kyselylomakkeen mukana seurasi myös saatekirje vastaajille (liite 3). Heikkilän (2008, 61) mukaan saatekirjeen tehtävänä on motivoida vastaajaa täyttämään lomake, selvittää vastaajalle tutkimuksen tavoitetta sekä ohjata vastaamista. Esimiesten vastattavaksi lähetin lisäksi taustatietolomakkeen (liite 5), jossa esimiehet kertoivat yksikön RAI – tunnisteen sekä yksikön asukaspaikkaluvun ja henkilökuntamäärän ammattiryhmittäin. Lomakkeessa oli lisäksi tilaa palautetta tai kommentteja varten.

Vastausaikaa annoin kaksi viikkoa siitä, kun posti saavuttaa määränpänsä. Otin huomioon sisäpostin kulkuajan yhdestä kolmeen päivään. Kirjeitse toteutettavan kyselyn sopivana vastausaikana pidetään 7-10 päivää. Mikäli vastausaikaa annetaan pidempään, kysely saattaa unohtua. (Heikkilä, 2008, 66.) Koska tähän kehittämishankkeeseen osallistuvat vastaajat kaikissa yksiköissä tekivät vuorotyötä ja halusin varmistua, että kaikilla on mahdollisuus vastata, pidensin vastausajan kahteen viikkoon.

Opinnäytetyöni aikana en tavannut henkilökohtaisesti kyselyyn vastaavia hoitotyöntekijöitä, vaan olin yhteydessä ainoastaan dementia-ryhmäkotien esimiehiin. He olivat sitoutuneet tiedonkeruun vastuuhenkilöiksi. Näiden vastuuhenkilöiden toiminnassa toteutui sekä informoidun että henkilökohtaisesti tarkistetun kyselyn piirteet. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2000, 183–184) mukaan informoidussa kyselyssä tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti ja samalla jakaa tietoa tutkimuksesta. Vastaajat sitten täyttävät lomakkeet omalla ajallaan ja palauttavat ne tutkijalle. Henkilökohtaisesti tarkistetussa kyselyssä tutkija puolestaan noutaa kyselylomakkeet vastaajilta ja varmistaa että lomakkeiden täyttäminen on onnistunut. Tässä kehittämishankkeessa vastaavat hoitajat jakoivat lomakkeet henkilökohtaisesti vastaajille mutta myös varmistivat, että kaikki kysymyslomakkeen saaneet palauttivat sen takaisin täytettynä.

Vastaajajoukon muodostivat hoitajat, jotka työskentelivät kyseisissä dementia-ryhmäkodeissa. Tutkimuskentekohetkellä heitä oli yhteensä 61. Kyselyn vastajia olivat kaikki mukana olevissa yksiköissä hoitotyötä tekevät työntekijät koulutustaustasta riippumatta. Toikko ja Rantanen (2009, 157) kuvaavat, että tutkivalle työntekijälle on tyypillistä tunnustaa kehitettävää työtä tekevien kyvyt ja tietäminen. Siksi valitsin kyselyyn vastaajiksi nimenomaan perustyötä tekevät työntekijät. Vastauskelpoisia työntekijöitä olivat kaikki sekä vakituisessa että määräaikaissa työsuhteissa olevat työntekijät. Kanasen (2008, 25) mukaan kyselyihin vastaajien on omattava tarvittava tieto eikä vastaajia saa alista kysymyksiin, joista hänellä ei ole kokemusta. Tällä perusteella rajasin vastaajista pois ne työntekijät, jotka olivat työskennelleet kyseisessä yksikössä vähemmän kuin kolme kuukautta.

Toisen hoidon laatua mittaavan osan muodostivat RAI vertailutietokannan tulokset. Tutkimuslupiin perustuen olin saanut dementiayksiköiden RAI- tunnistheet tietooni yksiköiden esimiehiltä taustatietolomakkeella (liite 5). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa asukasarvioinneista erilaisia vertailutietokantoja. Näiden tietokantojen aineiston käsittely vaatii sopimuksen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja organisaation välillä. Vertailukantatiedot on mahdollista käydä hakemassa sähköisestä tiedostosta, jolloin käyttäminen vaatii erillisen salasanan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.) Palvelutalomme RAI- yhdyshenkilönä minulla on tiedossani salasana THL:n sähköiseen Internetissä olevaan vertailutietokantaan. RAI – tietojen haun vertailutietokannasta tein tammikuussa 2011. Tieto-haun ehtoina olivat mukana olevien ryhmäkotien RAI – tunnistenumerot ja arviointi, joka on tehty syksyllä 2010.

4.3 Aineiston analysointi

Sain kaikista kuudesta dementiairyhmäkodista vastaukset määräaikaan mennessä. Saatuaani vastauskuoret numeroin ne sattumanvaraisessa järjestyksessä numeroilla 1-6. Opinnäytetyössäni en missään vaiheessa paljasta, mistä dementiayksiköistä tutkimukseni aineisto on kerätty. Käsitellessäni yksiköitä käytän niistä ainoastaan niiden numerotunnisteita. Nämä numerotunnisteet takaavat yksiköiden pysymisen tunnistamattomina.

Jokaiseen lomakkeeseen merkitsin yksikön numerotunnisteen sekä juoksevan järjestysnumeron, jotta lomakkeet eivät sekoitu keskenään. Kyselylomakkeita palautettiin yhteensä 48 kappaletta. Nämä lomakkeet muodostivat tutkimukseni aineiston. Dementiairyhmäkodeissa oli tutkimuksentekohetkellä 61 hoitotyötä tekevää työntekijää. Vastausprosentiksi muodostui siten 79 %. Eri ryhmäkodeissa vastausprosentit vaihtelivat 52–100 % välillä. Osaan taustatietolomakkeita (liite 5) oli kirjoitettu maininta siitä, että kaikki työntekijät eivät täyttäneet vastaajille annettuja vaatimuksia, vaan osa oli työskennellyt kyseisessä yksikössä vasta alle kolme kuukautta. Tämä osaltaan selittää pienempää vastausprosenttia jossain yksikössä.

Neljän ryhmäkodin vastaavat hoitajat palauttivat ”Hyvän hoidon kriteeristöön” perustuvien kyselylomakkeiden (liite 4) mukana esimiehen täyttämän taustatietolomakkeen (liite 5). Kahdesta ryhmäkodista taustatiedot tulivat muistutuskyselyni jälkeen sähköpostitse. Yksi palvelutalo halusi tarkistaa tutkimusluvut ennen RAI-tunnisteen luovuttamista. Yksikön sattumanvaraisen numerotunnisteen (1-6) kirjasin käsin taustatietolomakkeelle, jolla näkyi yksikön nimi ja RAI-tunniste. Nämä paperit ovat ainoita asiakirjoja, joiden perusteella ryhmäkoti, RAI-tunniste sekä sattumanvarainen numerotunniste voidaan yhdistää toisiinsa. Nämä paperit säilytettiin tutkimuksen tekemisen ajan tutkijan hallussa ja hävitettiin silppuamalla nämä paperit tutkimuksen valmistuttua.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen RAI -vertailutietokannasta siirsin ryhmäkoteja koskevat tulokset Excel- taulukkoon. Taulukon tallennusvaiheessa vaihdoin yksikön RAI-tunnisteen kohdalle yksikön numerotunnisteen (1-6), jotta yksiköt pysyvät tunnistamattomina. Kaikki sähköinen materiaali käsiteltiin ainoastaan yksiköiden numerotunnisteilla. RAI-tietojen käsittelyyn on käytetty Excel 2007-ohjelmaa.

RAI – vertailutietokannasta saaduilla arvoilla voidaan kuvailla ryhmäkodeissa asuvia asukkaita. Asukasarvioinneista kerätyt tiedot on vertailutietokannassa tiivistetty keskiarvoluvuiksi, joiden avulla kutakin yksikköä voidaan kuvailla sekä saada selville kunkin yksikön ominaispiirteet. Tässä kehittämishankkeessa on hyödynnetty näitä vertailutietokannasta saatavia lukuja. Ryhmäkodit on ilmaistu numerotunnistein 1 – 6. Ryhmäkotien keskiarvoluvut on laskettu aina siten, että jokaisen yksikön käytettävissä olevat luvut on laskettu yhteen ja jaettu ryhmäkotien määrällä eli kuudella.

”Hyvän hoidon kriteeristön” vastauslomakkeilla olevat vastaukset merkitsin Excel- taulukkoon, josta siirsin tiedon SPSS 15.0- ohjelmistoon. SPSS on tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmisto, jolla voidaan tehdä kaikki tavallisimmin yhteiskuntatieteissä kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarpeelliset analyysit (Mamia, 2005). ”Hyvän hoidon kriteeristö” sisältää 118 väittämää, joista kukin on merkitty omaksi muuttujakseen. SPSS- ohjelmassa muuttujille on lisäksi annettu aihetta paremmin kuvailevat otsikot. SPSS- ohjelmalla jokaiselle väittämälle laskettiin

keski-arvo, frekvenssi, mediaani ja moodi. Analysoidessani aineistoa olen käyttänyt hyödykseni kaikkien vastaajien (n=48) arvioita kunkin väittämän toteutumisesta. Laadun tarkastelun apuna olen käyttänyt kunkin kriteerin frekvenssejä, niiden prosentuaalisia osuuksia, keskiarvolukua ja moodia.

Aineiston pienuudesta johtuen analysointi tietokoneohjelman avulla ei olisi tuonut tutkimuksessa etsittävää tietoa. Analysointi on sen vuoksi tehty edellä mainittuihin tietoihin perustuen päättelemällä ja vertailemalla. Hoidon laatua kuvaavan tulososuuden esittelin tutkimukseen osallistuneiden ryhmäkotien vastaaville hoitajille keväällä 2011. Näiden tulosten lisäksi työstin jokaiselle mukana olleelle ryhmäkodille ryhmäkotikohtaiset tulokset ”Hyvän hoidon kriteereiden” vastauksista. Ulkoasultaan nämä tulokset muistuttivat liitteen 8 tulospalkkeja, mutta tulokset muodostuivat vain kyseisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan vastauksista. Palautetilaisuuteen kutsuin kaikki tutkimuksessa mukana olleiden dementia-ryhmäkotien vastaavat hoitajat. Kutsun tilaisuuteen lähetin sähköpostilla vajaa kaksi viikkoa ennen tilaisuutta. Tilaisuuteen osallistui vain kaksi vastaavaa hoitajaa. Muille neljälle dementia-ryhmäkodille lähetin kunkin ryhmäkodin omat ryhmäkotikohtaiset tulokset sisäpostilla palautetilaisuuden jälkeen.

Palautetilaisuudessa yhdessä dementia-ryhmäkotien vastaavien hoitajien kanssa analysoimme ja tulkitsimme tuloksia. Samalla pohdimme mahdollisia taustatekijöitä ja pyrimme tunnistamaan muita mahdollisia tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli sellaisten tekijöiden löytäminen, joiden kehittäminen voi parantaa toimintayksikön hoitotyön laatua.

5 TULOKSET

5.1 Taustatietoa ryhmäkodeista

Tutkimukseen osallistui kuusi dementia-ryhmäkotiä, jotka sijaitsevat Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten palvelutaloissa. Tässä luvussa kuvailen näiden tutkimukseen osallistuneiden ryhmäkotien henkilökuntarakennetta ja –mitoitusta sekä ryhmäkodeissa asuvien asukkaiden toimintakykyä ja ominaispiirteitä. Näitä tietoja voidaan pitää ryhmäkotien taustatietoina, joiden perusteella voidaan arvioida sitä, aiheutuvatko erilaiset tulokset ryhmäkodeissa rakenteellisista tekijöistä tai asukasmateriaalin erilaisuudesta. Taustatiedot, jotka koskevat henkilökuntaa, on kerätty tutkimuksen aineistonkeruun yhteydessä yksiköiden esimiesten täyttämän taustatietolomakkeen (liite 5) ja ryhmäkotien asukkaita koskevat tiedot taustatietolomakkeen ja RAI- vertailutietokannan avulla.

Tutkimukseen osallistuneet dementiayksiköt olivat keskimäärin 14 – paikkaisia. Pienimmässä yksikössä asui 12 ja suurimmassa yksikössä 16 asukasta. Yhteensä ryhmäkodeissa asui 87 ikäihmistä, joilla kaikilla oli jonkun muistisairauden diagnoosi ja he tarvitsivat ympärivuorokautista hoivaa.

Kaikissa yksiköissä työskenteli sekä sairaanhoitajia että lähihoitajia. Useimmissa yksiköissä sairaanhoitaja oli vain yksi, joka toimi samalla yksikön esimiehenä. Kahdessa yksikössä työskenteli esimiehen lisäksi toinen sairaanhoitaja. Yhtä yksikköä lukuun ottamatta dementiayksiköiden henkilökuntaan kuului myös hoitoapulainen. Henkilökuntamäärä vaihteli suhteessa yksikön asukaspaikkoihin. Yksiköiden henkilökuntamitoituksen keskiarvolukema oli 0,69. Mitoituksen vaihteluväli oli 0,66 ja 0,75 välillä.

Henkilökuntamitoitusta laskettaessa on huomioitu henkilökunnan kokonaislukumäärä mukaan lukien sekä esimiehen että hoitoapulaisen työpanokset täysmääräisinä. Käytännössä näiden ammattiryhmien työpanoksesta osa kuluu muihin kuin

hoitotyöhön, esimiestyössä muun muassa hallinnollisiin tehtäviin, hoitoapulaisen työpanos ainakin osittain on hoitotyötä avustavia tehtäviä, kuten pyykkihuoltoa ja siivoustyötä. Toisaalta ryhmäkotien käytössä saattaa olla erityistyöntekijöiden, kuten fysio- tai toimintaterapeutin tai viriketyöntekijöiden palveluita. Mikäli nämä eivät ole yksikön omaa henkilökuntaa, vaan useamman yksikön ”yhteisiä” työntekijöitä, erityisryhmien työpanos ei näy tässä henkilökuntamitoituslaskennassa. Lisäksi joissakin yksiköissä esimies kertoi yksikössä olevista oppisopimusopiskelijoista. Oppisopimusopiskelijoiden työpanos ei myöskään näy mitoituuslaskelmissa.

Ryhmäkotien asukkaiden keski-ikä oli 85,1 vuotta. Asukkaiden keski-ikä ryhmäkodeittain on esitetty liitteessä 6 (kuvio 1). Asukkaat olivat asuneet yksiköissä keskimäärin 2,5 vuotta. Asukkaista 80 % oli naisia ja 20 % miehiä.

Tutkituissa ryhmäkodeissa asuvat asukkaat eivät suoriudu päivittäisten asioiden hoitoon liittyvistä toiminnoista lähes lainkaan, vaan tarvitsevat niissä toisten apua tai joku muu henkilö tekee toiminnot asukkaan puolesta. IADL (Instrumental Activities of Daily Living) –mittarilla arvioidaan asukkaiden suoriutumista aterioiden valmistamisesta, tavallisista kotitaloustöissä ja puhelimen käytössä (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2009, 16). Ryhmäkodeissa tämän mittarin keskiarvo oli 5,8 asteikon ollessa 0 - 6.

Tutkittujen ryhmäkotien asukkaat tarvitsivat runsaasti apua myös päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. ADL (Activities of Daily Living) - mittarissa asiakkaan suoriutumiskykyä arvioidaan seuraavissa toiminnoissa: liikkuminen kotona, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. Mittarin asteikko on 0- 6. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2009, 18.) Tutkituissa dementia-ryhmäkodeissa tämän mittarin keskiarvolukema oli 3,5. Tuloksen perusteella voidaan todeta, että kaikki dementia-ryhmäkotien asukkaat tarvitsevat runsaasti hoitohenkilökunnan apua ainakin hygienian hoidossa ja wc:n käytössä, enemmistö myös ruokailussa ja liikkumisessa. Täysin autettavia asukkaita yksiköissä oli keskimäärin 11 %.

CPS (Cognitive Performance Scale) -mittarilla arvioidaan asiakkaiden kognitiivista kykyä neljän muuttujan suhteen: lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky ja kyky syödä itse. Mittarin asteikko on 0-6. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2009, 20.) Tutkimuksessa mukana olleiden ryhmäkotien asukkaiden demencian / aivojen vajaatoiminnan aste (CPS) oli keskimäärin 3,5. Tulos osoittaa asukkaiden kärsivän vaikeasta kognition alenemasta. Asukkailla oli muistiongelmia, heidän kykynsä kommunikoida ja ilmaista itseään oli alentunut siten, että he tulivat ymmärretyiksi harvoin tai eivät koskaan ja heidän päätöksentekokykynsä oli merkittävästi alentunut. Keskivertoasukas kykeni kuitenkin vielä syömään itse, vaikkakin avustettuna.

Liitteessä 6 (kuvio 2) on esitetty IADL-, ADL- ja CPS mittareiden arvot ryhmäkoteittain. Ryhmäkotia kuvaavassa pylväässä on aina kunkin ryhmäkodin keskiarvolukema. Kaikkien mittareiden asteikko on 0 – 6. Mitä suuremman arvon mittari antaa, sitä enemmän asukkailla on puutteita toimintakyvyssä tai kognitiossa. On hyvä huomata, että tässä tutkimuksessa kyseiset mittarit osoittavat jopa kaksinkertaista avuntarvetta sekä huomattavasti pidemmälle edenneen muistisairaudesta verrattaessa tutkittuja ryhmäkoteja kaikkien palvelutalojen keskiarvoon.

Joka toisella (51 %) tutkittujen ryhmäkotien asukkaalla oli jokin käytösoire. Käytösoireiksi RAI- tietokannassa kirjautuvat vaeltelu, karkea, uhkaava kielenkäyttö, fyysinen pahoinpitely, sosiaalisesti sopimaton tai häiritsevää käyttäytyminen tai kielteinen suhtautuminen hoitoon (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2010). Käytösoireiden osalta on kuitenkin huomioitava, että vaihteluväli eri ryhmäkoteissa oli 33 % ja 64 % välillä. Liitteessä 6 (kuvio 3) on esitetty ryhmäkotien eroavaisuudet käytösoireiden osalta. Pylväät kuvaavat prosenttiosuutena niiden asukkaiden määrää, joilla on joku edellä luetelluista käytösoireista.

Lääkkeiden määrässä ei ryhmäkotien välillä ollut suuria eroja. Keskimäärin asukkaiden saamien lääkkeiden lukumäärä oli 7,4 lääkettä vuorokaudessa. Liitteessä 6 (kuvio 4) on esitetty ryhmäkoteittain asukkaiden käyttämien lääkkeiden määrä.

Kustannuspaino kuvaa sitä, kuinka paljon henkilökunnan aikaa ja apua asiakas saa suhteessa keskiarvoon. Keskiarvon mittaamisessa henkilökuntarakenne ja aikamittaus ovat kustannuspainon perusteena. Kustannuspaino 1,0 kuvaa keskivertoasiakkaan henkilöstövoimavaratarvetta. Jos kustannuspaino on 1,3, asiakas saa 30 % enemmän henkilökunnan aikaa ja apua ja jos kustannuspaino on 0,7, asiakas saa 30 % vähemmän aikaa ja apua kuin keskivertoasiakas. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, 2010.) Tutkimuksessa mukana olleiden dementiaryhmäkotien kustannuspaino oli 1,90. Tämä tarkoittaa Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen tekemien laskelmien mukaan siis sitä, että tutkittavien ryhmäkotien asukkaat saivat keskimäärin 90 % enemmän apua kuin palvelutalojen keskivertoasukkaat. Ryhmäkotien kustannuspainojen vaihteluväli on esitetty liitteessä 6 (kuvio 5).

Yhteenvedona voidaan todeta, että kaikkia tutkimukseen osallistuneita ryhmäkoteja voidaan pitää keskenään samankaltaisina. Kaikkien asukkaiden muistisairaudet olivat edenneet jo vaikeaan vaiheeseen. Asukkaiden avun tarve on suurta erityisesti asioiden hoitoon liittyvissä toiminnoissa, mutta myös päivittäisissä toiminnoissa kuten liikkumisessa, ruokailussa, wc:n käytössä ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa. Avuntarve paljastui myös kustannuspainoissa, jotka nousivat jopa kaksinkertaisiksi palvelutalojen keskiarvoasukkaksiin verrattuna. Ominaista dementiaryhmäkotien asukkaille olivat käytösoireet, joita oli keskimäärin puolella asukkaista. Luku on huomattavasti suurempi kuin keskiarvoluku, jossa on huomioitu kaikki palvelutaloissa asuvat asukkaat. CPS, ADL ja IADL –mittarit osoittavat dementiaryhmäkotien asukkaiden kärsivän vaikeammasta kognition alenemasta ja tarvitsevan huomattavasti enemmän apua kuin palvelutalojen keskivertoasukkaat.

5.2 Hoidon laatu dementiaryhmäkodeissa RAI – laatuindikaattoreilla kuvattuna

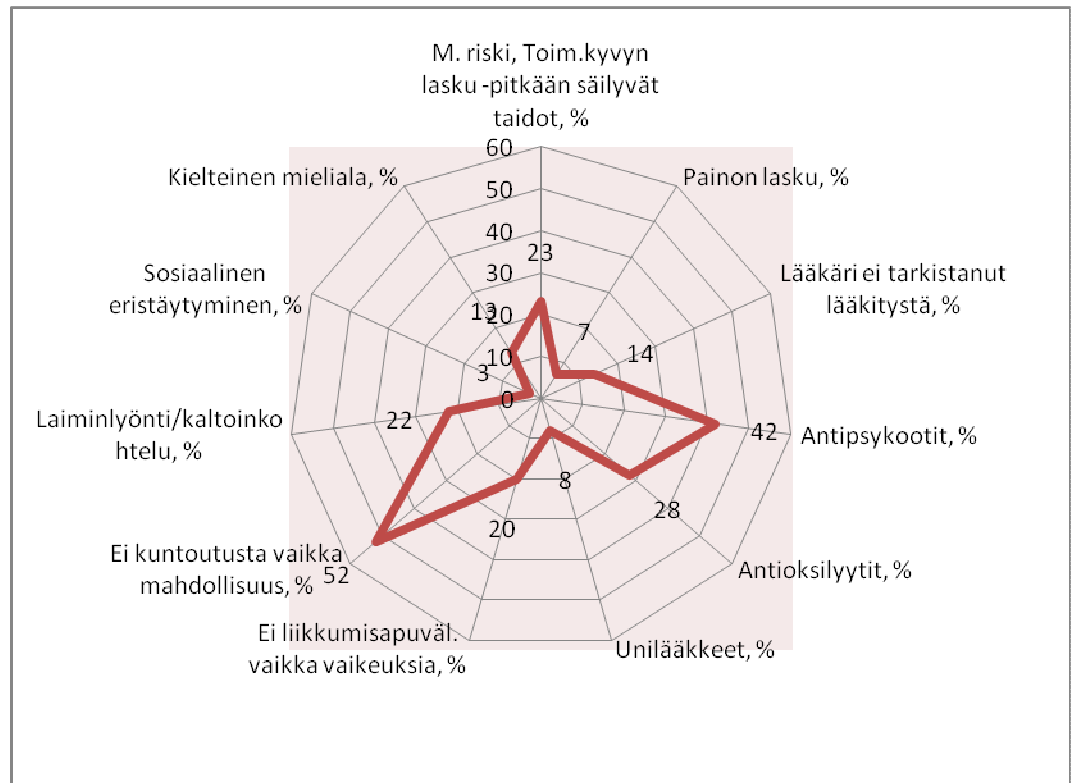
Tässä luvussa kuvailen opinnäytetyölle asettamani tavoitteen mukaisesti hoidon laatua Helsingin sosiaaliviraston palvelutalojen dementiaryhmäkodeissa RAI – laatuindikaattoreiden avulla. Aluksi käyn läpi laatuindikaattoreiden tulkintaan liittyviä periaatteita. Lisäksi täsmennän sisältöä niiden laatuindikaattoreiden osalta, jotka Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutaloissa on valittu käytettä-

väksi toiminnan ohjauksessa. Yhteenvedona tarkastelen hoidon laatua sen määrittelyn kautta, joka tässä opinnäytetyössä laadulle on annettu.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2009) mukaan RAI – järjestelmässä laatuindikaattoreiksi on valittu asiakkaisiin tai hoitokäytäntöihin liittyviä kielteisiä tiloja. Laatuindikaattoreiden tulkinnessa yleisperiaate on se, että mitä korkeampi indikaattorin arvo on, sitä enemmän asiassa on kehitettävää. On kuitenkin tärkeää huomioida, että mitä pienempi arviointien lukumäärä on, sitä enemmän yksittäisten asiakkaiden tilanteet vaikuttavat kokonaistarkasteluun. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2009, 22.)

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu indikaattorilukuja, jotka muodostuvat hyvin pienistä arviointimääristä (12–16 asukasta). Laatuindikaattoriluvut ovat aina prosenttilukuja, joita käyttäjä ei pysty muuttamaan frekvenssiluvuksi. On siis muistettava, että tutkituissa dementiayksiköissä yhden asukkaan osuus on vähimmilläänkin jopa lähes 10 %. Lisäksi osa laatuindikaattoreista lasketaan vain osasta yksikön asukkaita. Näissä tilanteissa yhden asukkaan prosentuaalinen osuus edelleen kasvaa. Laskennassa voidaan jättää pois esimerkiksi terminaalivaiheessa olevat asukkaat tai asukkaat, joilla toimintakykyä ei käytännössä ole lainkaan. Laskentaperusteet on selvitetty yksityiskohtaisesti RAI- järjestelmässä mukana oleville yksiköille sekä Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisussa (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2009). Tässä tarkastelussa jätän nämä perusteet huomioimatta ja käyn läpi laatuindikaattoreiden lukuja sellaisenaan. Laatuindikaattoreiden osoittamaa laatua olen tarkastellut keskiarvolukujen avulla. Laatuindikaattoreiden ryhmäkohtaiset luvut on esitetty liitteessä 7.

Keskiarvoluvut, jotka kuvailevat kaikkia yksiköitä keskimääräisesti, on esitetty kuviossa 1. Nämä keskiarvoluvut on saatu laskemalla kunkin yksikön laatuindikaattoreiden arvot yhteen ja jaettu saatu summa yksiköiden lukumäärällä. Kuvion lukemista helpottaa ohje, jonka mukaan hoidon laatu on sitä parempaa, mitä lähempänä kuvion keskustaa laatuindikaattorin arvo on. Kuviossa 1 on esillä kaikki ne laatuindikaattorit, joilla laatua dementiayksiköissä Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tulokortin mukaisesti tarkastellaan.



Kuvio 1. RAI – laatuindikaattorit, kaikkien ryhmäkotien keskiarvo

Kun tarkastellaan RAI- laatuindikaattoreiden keskiarvoja (kuviota 1), voidaan todeta, että paras laatu saavutetaan seuraavilla indikaattoreilla: ”unilääkkeiden käyttö”, ”painon lasku” ja ”sosiaalinen eristäytyminen”. Indikaattorit ”lääkäri ei tarkistanut lääkitystä” ja ”kielteinen mieliala”, osoittavat sellaista tasoa, joka alittaa palvelutalojen keskiarvon eli on parempaa kuin palvelutaloissa keskimäärin. Eniten laatuvaajeita puolestaan osoittavat seuraavat indikaattorit: ”ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus”, ”toimintakyvyn lasku”, ”antipsykootit”, ”antioksidantit”, ”ei liikumisapuvälinettä” ja ”laiminlyönti / kaltoinkohtelu”.

Tutkimuksen mukaan ainoastaan muutama (8 %) tutkittujen dementiaryhmäkotien asukas käyttää **unilääkkeitä**. Unilääkkeitä käyttävät asukkaat sijoittuvat kahteen ryhmäkotiin, neljässä ryhmäkodissa unilääkkeiden käyttäjiä ei ole ollenkaan. (liite 7) Näissä kahdessa ryhmäkodissa, joissa unilääkkeitä on käytössä, unilääkkeitä käyttäviä asukkaita on joka neljäs tai viides asukas. Kun muistetaan, että ryhmäkotien paikkaluku on keskimäärin 14, voidaan todeta, että asukastasolle vietyä tulosta tarkoittaa kuitenkin sitä, että unilääkkeitä käyttää vain muutama asukas.

Kaikissa ryhmäkodeissa asukkaiden tahatonta **painon laskua** esiintyi varsin vähän. Asukkaita, joiden paino on tahattomasti laskenut vähintään 5 % viimeisen 30 vuorokauden tai 10 % viimeisen 30 vuorokauden aikana, löytyi tutkimuksessa 7 %. (kuvio 1). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että keskimääräisesti jokaisessa ryhmäkodissa ainoastaan yhden asukaan paino on laskenut tahattomasti.

Tarkastelun tuloksena ilmenee, että dementiaryhmäkodeissa ainoastaan 3 % asukkaista on **sosiaalisesti eristyneitä**. (kuvio1) Nämä asukkaat ovat pitkiä aikoja tai koko ajan yksin ja he ilmaisevat tuntevansa itsensä yksinäisiksi tai kärsivät vähentyneestä sosiaalisesta kanssakäymisestä. Yksikkökohtainen tarkastelu osoittaa, että sosiaalisesti eristäytyneitä asukkaita ei lukumääräisesti voi olla montaa. Ainoastaan kahdessa ryhmäkodissa on eristäytyneitä asukkaita. (liite 7)

Tutkimuksen mukaan keskimäärin joka kahdeksannen asukaan(14 %) **lääkkeitä lääkäri ei ole tarkastanut** kokonaisuudessaan viimeisen puolen vuoden aikana. (kuvio 1) Lääkärin tekemien lääketarkastusten määrä vaihtelee yksikkökohtaisesti siten, että osassa ryhmäkoteja kaikkien asukkaiden lääkitys on tarkastettu, mutta joissain ryhmäkodeissa jopa joka kolmannen asukaan lääkitystä lääkäri ei ole tarkastanut viimeisen puolen vuoden aikana. Lääkkeiden tarkastamista voidaan pitää kehittämiskohteena niissä yksiköissä, joissa indikaattori antaa suurempia arvoja. (liite 7)

Alavireinen mieliala on 13 %:lla asukkaista. (kuvio 1) He ilmaisevat surullisuuden tai masennuksen tunteita ja heillä on masennuksen oireita. Mielialan alavireisyyttä mittaavan indikaattorin kohdalla on jälleen syytä muistaa, että pienessä aineistossa jo yhden asukaan vaikutus mittariin on suuri. Jokaisessa ryhmäkodissa on yksi tai kaksi asukasta, joiden mielialaa voi luonnehtia alavireiseksi tai kielteiseksi. (liite 7)

Kuntoutuksen toteutumista osoittava indikaattori puolestaan osoittaa suurta laatuvaajetta. Aineiston perusteella jopa puolet (52 %) kuntoutumisen mahdollisuuden omaavista asukkaista ei saa minkäänlaista kuntoutusta. (kuvio 1) Kuntoutuksena RAI – järjestelmän mukaan voidaan pitää muun muassa hoitajan toteuttamaa

suunnitelmallista ja tavoitteellista liikuntaterapiaa tai erityistyöntekijöiden toteuttamaa toiminta- ja fysioterapiaa. Ryhmäkotien antaman kuntoutuksen määrässä oli kuitenkin suurta vaihtelua. Yhdessä ryhmäkodissa kaikki olivat kuntouttavan toiminnan piirissä, mutta yhdessä ryhmäkodissa kuntoutusta ei annettu aineiston mukaan kenellekään. (liite 7)

Tutkimuksen mukaan joka neljäs (23 %) asukkaan **toimintakyky oli laske-
nut**. (kuviol) Näille asukkaille on tehty vähintään kaksi arviointia ja näiden arviointien välillä heidän toimintakykynsä on laskeutunut ainakin jossain seuraavissa toiminnoissa: liikkuminen sängyssä, siirtyminen, ruokailu tai WC:n käyttö. Yhdessä ryhmäkodissa toimintakyvyn laskua ei ollut yhdelläkään asukkaalla. Enimmillään toimintakyvyn laskua ilmeni joka kolmannella ryhmäkodin asukkaalla. (liite 7)

Psykelääkkeiden käyttö dementiaryhmäkoteissa oli yleistä. Lähes joka toinen (42 %) dementiaryhmäkotien asukkaista käytti **antipsykootteja** ja joka neljäs (28 %) **antioksidantteja**. (kuviol) Ryhmäkotien välillä oli eroavaisuuksia psykelääkkeitä käyttävien asukkaiden määrissä, mutta mikään ryhmäkoti ei saavuttanut erityisen hyvää tasoa lääkityksen suhteen. Karkeasti tarkasteltuna voidaan lisäksi todeta, että ryhmäkoteissa, joissa antipsykoottien käyttö oli pienempää, käytettiin sitä vastoin enemmän antioksidantteja ja päinvastoin. (liite 7) Ryhmäkoti, jossa molempien psykelääkkeiden käyttö on keskimäärin hieman vähäisempää, erottuu taustatietojen perusteella myös yksiköksi, jossa on keskimääräistä vähemmän käyttöoireisia asukkaita. (liite 7; liite 6)

Tarkasteltavan aineiston perusteella voidaan lisäksi todeta, että **ilman liikkumisapuvälinettä** kulkee keskimäärin joka viides (20 %) dementiaryhmäkotien liikkumiskyvyn omaavista asukkaista. Missään ryhmäkodissa kaikilla asukkailla apuvälinettä tarvitsevalle asukkaalle ei ole apuvälinettä käytössään. Yhdessä ryhmäkodissa jopa joka toinen (47 %) asukas liikkuu ilman sopivaa liikkumisapuvälinettä.

Laatuindikaattori ”**laiminlyönti / kaltoinkohtelu**” paljastaa asukkaat joiden liikkumista on rajoittamisen jollakin keinolla, esimerkiksi nostamalla sängyn laidat

ylös tai käyttämällä esimerkiksi turvavyötä pyörätuolissa tai geriatriseen tuoliin kiinnitettävää tarjotinta. Tällaisia asukkaita löytyi tutkittavista ryhmäkodeista vajaa neljännes (22 %). (Kuvio 1) Ryhmäkohtainen tarkastelu osoittaa, että yhdessä ryhmäkodissa asukkaiden liikkumista ei ole rajoitettu lainkaan, mutta kolmessa ryhmäkodissa noin joka kolmannen asukkaan liikkumista on rajoitettu. (liite 7) On kuitenkin huomioitava, että indikaattori aktivoituu rajoittamisen syystä riippumatta.

Kokonaisuutta tarkastelemalla voidaan huomata, että tarkasteltavien RAI – laatuindikaattoreiden mukaan minkään dementiayksikön laatu ei poikkea merkittävästi muista tutkittavista ryhmäkodeista. Jokaisella yksiköllä on osoitettavissa hyvää laatua, eli pieniä arvoja laatuindikaattoreissa. Toisaalta jokaisella yksiköllä on myös RAI- laatuindikaattoreilla mitattavaa laatuvaraitakin. Näissä tilanteissa laatuindikaattorin arvo on korkea. Hyvä laatu ja laatuvarait vuorottelevat eri yksiköissä eri indikaattoreissa. (liite 7)

Laatua voidaan tässä yhteydessä tarkastella sovittamalla yhteen RAI – laatuindikaattoreiden antamaa tietoa ja tässä opinnäytetyössä käytettävän laatumääritelmän ulottuvuuksia. Tässä opinnäytetyössä laadulla tarkoitetaan muistisairaiden hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle asetettuja vaatimuksia. Laadun osoittimia ovat tällöin asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi, toimintakyvyn ja kuntoutuksen ylläpitäminen ja edistäminen, käyttösoireiden hallinta sekä sairauksien hyvä hoito.

RAI – laatujärjestelmässä mukana olo jo sinällään kertoo laatutyön olemassaolosta. RAI – mittariston avulla asukkaiden terveydentilaa, toimintakykyä ja voimavaroja arvioidaan monipuolisesti aina asukasarviointeja tehtäessä. Asukkaiden toimintakyvyn ja kuntoutuksen ylläpitämisessä ja edistämässä sen sijaan on huomattavia puutteita. Käyttösoireiden hallinnassa korostuu liiaksi lääkitys. Käyttösoireet saattavat olla asukkaiden liikkumisen rajoittamisen taustalla, mutta kyse saattaa olla myös turvallisuudesta huolehtimisesta. Asukkaiden ravitsemushoito on laadukkaasti toteutettu. Samoin voidaan todeta, että asukkaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen on dementiaryhmäkodeissa laadukasta.

Sairauksien hoitoon liittyy lääkärin tekemät lääkityksen tarkastukset, jotka on pääsääntöisesti toteutettu hyvin.

5.3 Hoidon laatu ”Hyvän hoidon kriteeristön” avulla kuvattuna

Tässä luvussa tarkastelen hoidon laatua Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutalojen dementia-ryhmäkodeissa ”Hyvän hoidon kriteeristöä” hyödyntäen. Liitteessä 8 on jokaisesta kriteeristön väittämästä palkkikaavio, johon on koottu kaikkien vastaajien (n= 48) arviot siitä, miten väittäjä toteutuu. Vastaukset on esitetty frekvenssien prosenttiosuuksina.

Aluksi tarkastelen kriteeristön väittämiä Muistiliitto ry:n (2009) materiaalin sisältämiin ohjeisiin perustuen. Jatkan hoidon laadun kuvailua perustuen siihen rajaukseen, joka tässä opinnäytetyössä on otettu laadun näkökulmaksi. Laadun osoittimia ovat tällöin hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle asetetut vaatimukset; **asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi, toimintakyvyn ja kuntoutuksen ylläpitäminen ja edistäminen, käytösoireiden hallinta sekä sairauksien hyvä hoito**. Hyvä hoito edellyttää lisäksi **riittävää henkilöstömäärää sekä henkilöstön riittävää osaamista**.

Muistiliitto ry:n ohjaamana julkaiseman ”Hyvän hoidon kriteeristön” perusajatuksena on toimia työkirjan dementia-ryhmäkodeiden hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Muistiliitto (2009) ohjaa käyttämään kriteeristöä siten, että jos kriteeristön väitteet arvioidaan muulla vaihtoehdolla kuin 3 (= toteutuu hyvin), on syytä miettiä, mitä aiotaan tehdä, mihin mennessä ja ketkä ovat kehittämistehtävän vastuhenkilöt.

Kun kriteeristöä kerätään Muistiliitto ry:n ohjeiden mukaisesti kolme vahvuus- ja kolme kehittämisaluetta, saadaan esiin yksiköiden ilonaiheet ja aiheet, jonka parantamiseksi kannattaa käyttää voimavaroja. Väitteistä voidaan poimia kolme parhaan ja kolme huonoimman arvion saanutta väittämää. Tällöin voidaan todeta, että dementia-ryhmäkotien vahvuuksina voidaan pitää mahdollisuutta tuoda omia tavaroita hoitopaikkaan, hoitotahdon noudattamista ja säilyttämistä sekä hoito- ja

palvelusuunnitelman laatimista jokaiselle asukkaalle. 93,8 % vastaajista oli sitä mieltä, että asukkaiden mahdollisuus tuoda omia tavaroita hoitopaikkaan toteutuu hyvin. Suurin osa (87,5 %) vastaajista koki, että hoitotahdon noudattamiseen liittyvät käytännöt toteutuvat hyvin. Lähes yhtä monen mielestä (85,4 %) hoitotahdon säilyttäminen toteutuu hyvin. Suurin osa (87,5 %) vastasi lisäksi, että jokaiselle asiakkaalle laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma toteutuu hyvin.

Tarkasteltaessa Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutalojen dementiaryhmäkodeissa tehtyä kyselyä, ”Hyvän hoidon kriteeristöä”, kokonaisuutena (liite 8), voidaan todeta, että useissa käytännöissä on paljon kehittämistä. Mikään väittämä ei saanut yksimielistä arviota 3 (= toteutuu hyvin). Tällä tavoin tarkasteltuna kaikki kriteerit ja väittämät ovat palvelutalojen dementiaryhmäkotien kehittämiskohteita.

Kehittämistarpeita puolestaan osoittavat väittämät, joiden mukaan asukkaiden ruuanlaittomahdollisuus, päivittäinen ulkoilumahdollisuus sekä mahdollisuus osallistua pöydän kattamiseen toteutuvat huonoiten. Joka toinen vastaaja (47,9 %) oli sitä mieltä, että asukkaiden mahdollisuus osallistua mahdollisuuksien mukaan ruuanlaittoon ei toteudu lainkaan. Päivittäinen ulkoilumahdollisuus ei toteudu lainkaan joka kolmannen (31,3 %) vastaajan mielestä ja huonosti joka toisen (45,8 %) vastaajan mielestä. Asukkaiden mahdollisuus osallistua pöytien kattamiseen toteutuu niin ikään huonosti tai ei lainkaan joka toisen (58,4 %) vastaajan mielestä. Tässä yhteydessä on kuitenkin muistettava, että ryhmäkotien taustatiedoissa tuli esille, että ryhmäkotien asukkailla ei ole enää jäljellä toimintakykyä muun muassa ruuanvalmistukseen eikä tavanomaisiin kotitaloustöihin. (liite 6)

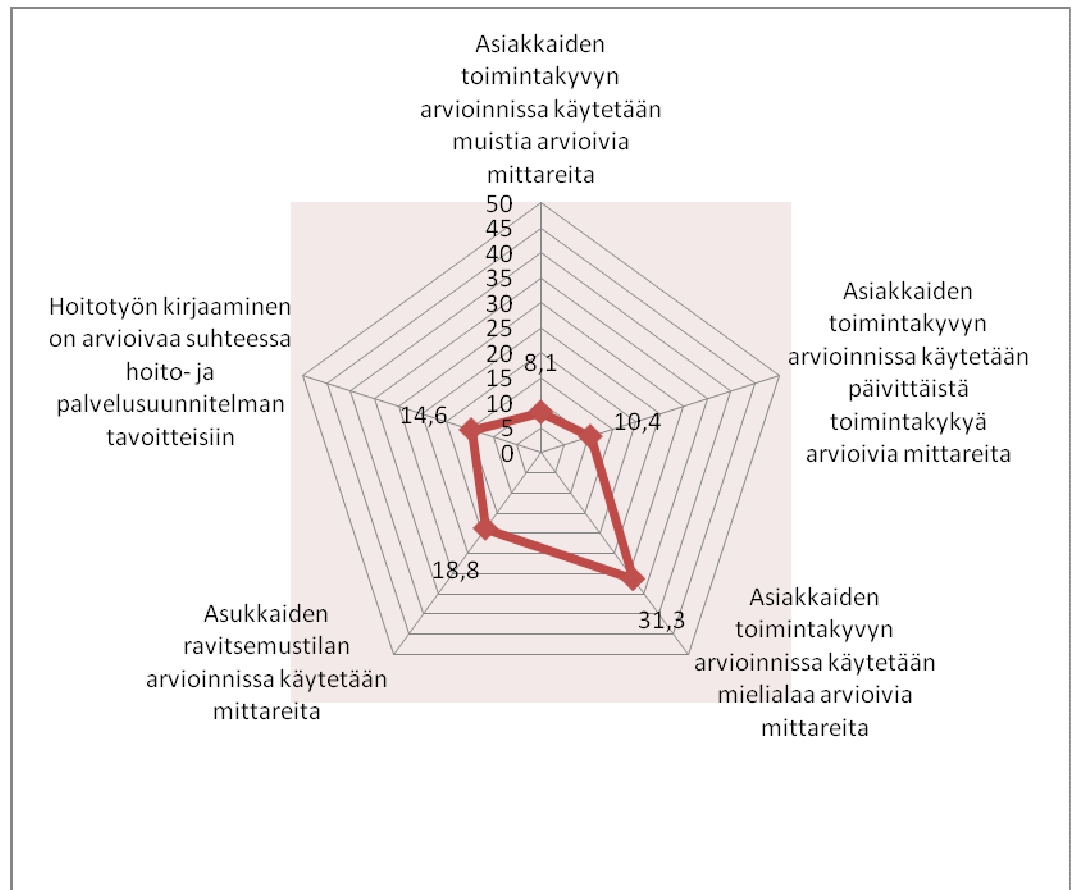
Asukkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi on ensimmäinen hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle asetettu laatutavoite. Tämän tavoitteen toteutumista tarkastellaan asukkaiden diagnosointiin, hoitotyön arvioivaan kirjaamiseen, hoitotyön suunnitelmien voimavaralähtöisyyteen ja arvioinnissa käytettäviin mittareihin liittyviin väittämiä.

Terveydentilan arviointi toteutuu kerätyn aineiston perusteella kaikissa ryhmäkodeissa melko hyvin. Kolme neljästä vastaajasta (77,1 %) kokee, että demen-

tiaryhmäkodeissa asuvat asukkaat ovat asianmukaisesti diagnosoituja. Yli puolet (62,5 %) vastaajista uskoo, että asukkaiden sairauksista on hoitoyksikössä olemassa riittävästi tietoa. Loputkin vastaajat pitävät asukkaiden tutkimista ja diagnosointia kohtalaisena.

Terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi on parhaimmillaan jatkuvaa ja toteutuu päivittäin kirjaamisessa ja säännöllisesti hoitosuunnitelmia tehdessä. Lähes kaikki vastaajat (93,7 %) uskoivat, että hoitotyön kirjaamisessa käytetään asukkaiden käyttäytymistä, mielialaa, toimintakykyä ja fyysistä tilaa kuvailevia mainintoja hyvin tai ainakin kohtalaisesti. Hoitotyön kirjaaminen on arvioivaa suhteessa hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteisiin kuitenkin ainoastaan joka viidennen (20,8 %) vastaajan mielestä. Hoitosuunnitelmia tehdessään hoitajat arvioivat asukkaiden toimintakykyä ja voimavaroja. Kirjalliset hoitosuunnitelmat toteutuvat hyvin lähes kaikkien asukkaiden kohdalla (87,5 %). Vain kolmannes (33,3 %) vastaajista kokee, että hoito- ja palvelusuunnitelma rakentuu asiakkaan voimavaroille kohtalaisesti, muut (64,6 %) ovat sitä mieltä, että hoitosuunnitelmat ovat aina voimavaralähtöisiä.

Kysymyksiin, jotka liittyivät arvioinnissa käytettäviin mittareihin, vastaajat antoivat kriittisen näkökulman. Muistia arvioivien mittareiden käyttö toteutui lähes kaikkien (91,7 %) vastaajien mielestä hyvin tai kohtalaisesti. Joka kymmenes (10,4 %) vastaaja sen sijaan koki, että päivittäistä toimintakykyä arvioivia mittareita ei ole käytössä lainkaan tai niiden käyttö toteutuu huonosti. Jopa kolmannes (31,3 %) vastaajista otaksui, että mielialaa arvioivien mittareiden käyttö ei toteudu lainkaan tai se toteutuu huonosti. Vastausten mukaan ravitsemustilan säännöllinen seuranta toteutuu ryhmäkodeissa hyvin (60,4 %) tai kohtalaisesti (39,6 %). Vain kolmanneksella (37,5 %) on kuitenkin käytössään ravitsemustilan arviointiin mittareita. Kaikilla ei mittareita ole käytössä lainkaan (6,3 %). Kuviossa 2 on esitetty terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arvioinnin suurimmat laatuvaajeet. Mitä kauempana kuvion keskusta arvo on, sitä enemmän siinä on kehitettävää.



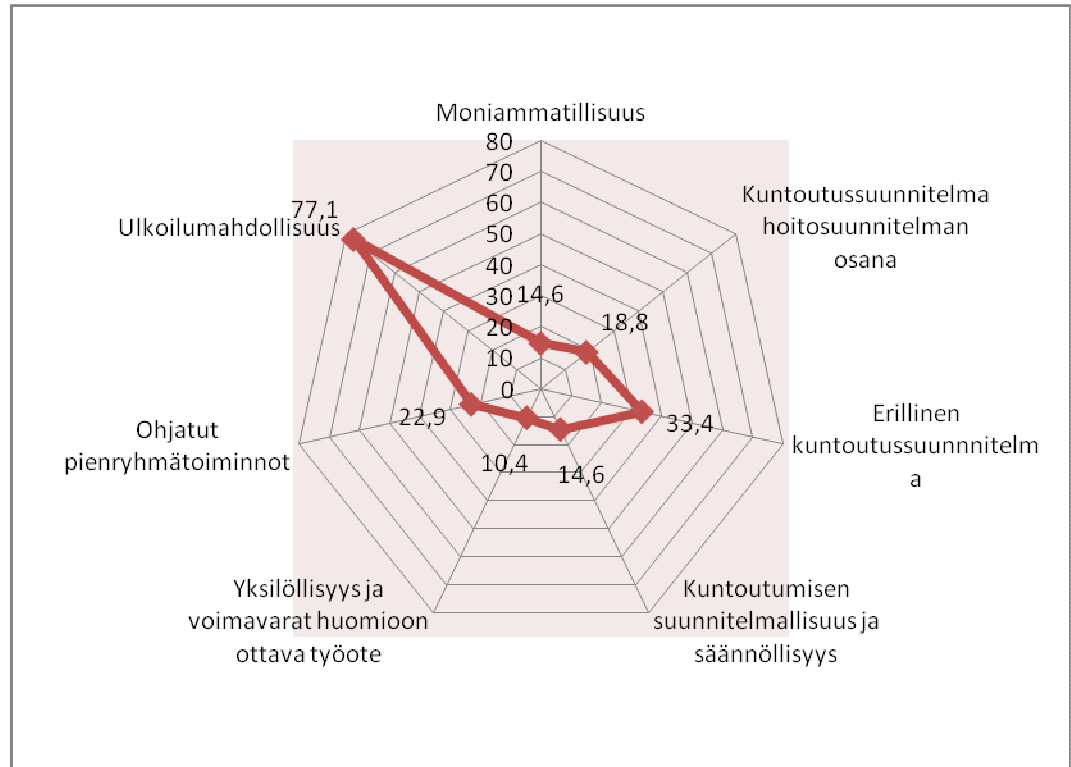
Kuvio 2. Terveystilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi; toteutuu huonosti tai ei toteudu lainkaan - vastausten osuudet (%) kaikista vastauksista.

Toisena laadun ulottuvuutena voidaan tarkastella sitä tapaa, jolla asukkaiden **toimintakykyä ja kuntoutumista ylläpidetään ja edistetään**. Dementiaryhmäkohteissa näitä suunnitellaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmien avulla. Kuntoutumista edistävää toimintaa toteutetaan suunnitelmallisuutta sekä toiminta- ja fysioterapeuttien kanssa toteutuvaa yhteistyötä arvioivien väitteiden välityksellä. Tarkastelun alla oli kuntoutussuunnitelmien laatimiseen ja kuntouttavaan työotteeseen liittyvät väittämät. Lisäksi tässä yhteydessä tarkastellaan moniammatillisuuteen, pienryhmätoimintoihin ja ulkoilumahdollisuuksiin liittyviä väittämiä.

Henkilökunnasta suurin osa (87,5 %) arvioi, että kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelma tekoon liittyvät käytännöt toteutuvat kaikilla asukkailla hyvin. Enemmän hajontaa sen sijaan osoittaa kuntoutussuunnitelmaan liittyvät väitteet. Vain viidennes (18,8 %) vastaajista koki, että erillinen kuntoutussuunnitelma toteutuu hyvin. Hoitosuunnitelman osana oleva kuntoutussuunnitelma toteutui hieman pa-

remmin. Näiden vastaajien joukosta ainoastaan joka neljäs (25,5 %) mielestä kuntoutussuunnitelman teko hoitosuunnitelman osana toteutuu hyvin. Laadukas kuntouttava toiminta edellyttää moniammatillisen asiantuntijuuden hyödyntämistä. Selvänä laatuvaajena hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa näyttäytyi moniammatillisuuden puute. Moniammatillisuus toteutui hyvin vain joka kolmas (35,4 %) vastaajan mielestä.

Vain kolmas (33,3 %) vastaajista piti kuntoutuksen suunnitelmallisuuden ja säännöllisyyden toteutumista hyvänä. Joka toinen vastaaja (43,8 %) koki, että kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan yksilöllisesti ja asiakkaan voimavarat huomioon ottaen. Ainoastaan joka viides (20,8 %) vastaaja näki kuntoutumista edistävien pienryhmätoimintojen toteutuvan hyvin. Ulkoilumahdollisuudet osoittautuvat tutkituissa dementia-ryhmäkoodissa hyvin heikoiksi ja kriteerin vaatima laatu jää huonoksi kaikissa ryhmäkoodissa. Vain yksi vastaaja (2,1 %) vastasi, että ulkoilumahdollisuus toteutuu hyvin. Kolme neljästä (77,1 %) vastaajasta sen sijaan arvioi, että ulkoilumahdollisuus ei toteudu lainkaan tai se toteutuu huonosti. Kuviossa 3 on niiden vastaajien osuus (%), jotka vastasivat edellä esitettyihin väittämiin ”toteutuu huonosti” tai ”ei toteudu lainkaan”. Mitä kauempana arvio on keskustasta, sitä enemmän siinä on kehitettävää.



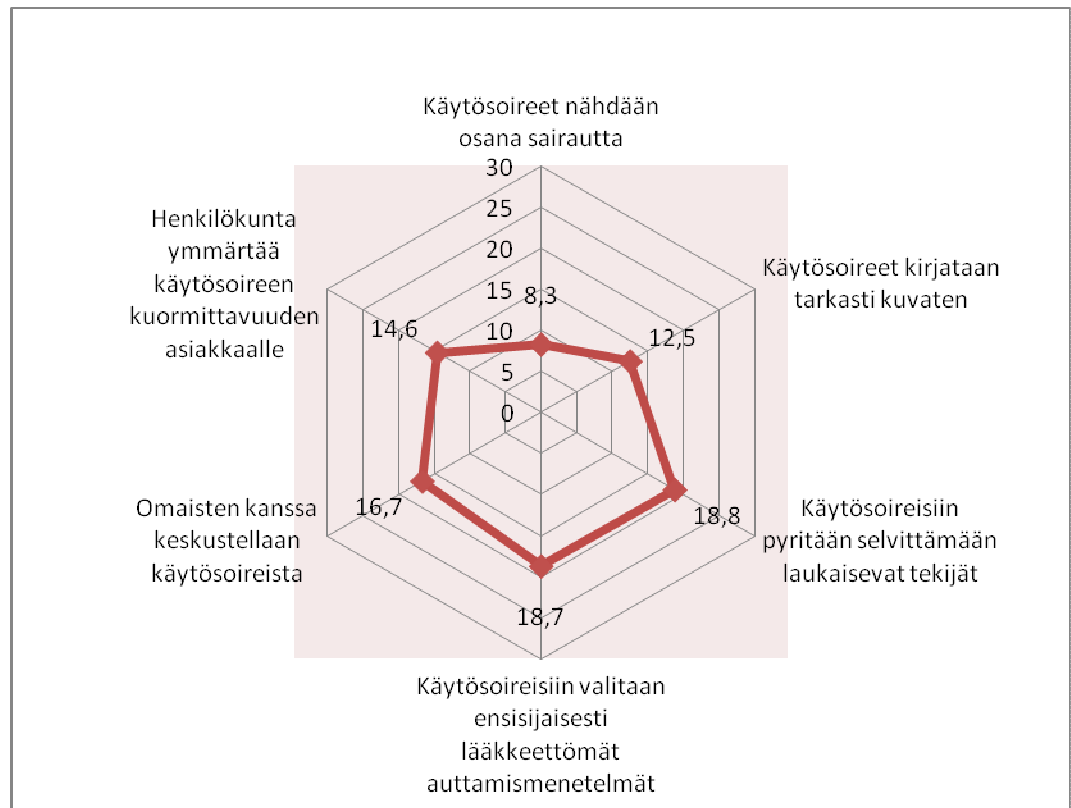
Kuvio 3. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja kuntoutumisen edistäminen; toteutuu huonosti tai ei toteudu lainkaan - vastausten osuudet (%) kaikista vastauksista.

Kolmantena laatua osoittavana elementtinä voidaan tarkastella sitä tasoa, jolla **käyttöoireiden hallinta** toteutuu. Hoitohenkilöstön tapa, jolla käyttöoireisiin suhtaudutaan samoin kuin toimenpiteet ja käytännöt käyttöoireiden hoidossa ovat avainasemassa, silloin, kun tarkastellaan laatua. Käyttöoireiden hoidon osaamiseen liittyvät myös käyttöoireiden kirjaamiseen liittyvät käytännöt, samoin kuin yhteistyö omaisen kanssa.

Yli puolet (58,3 %) vastaajista oli sitä mieltä, että käyttöoireiden näkeminen osana sairautta toteutuu ryhmäkodissa hyvin. Käyttöoireiden laukaisevien tekijöiden selvittämiseen liittyvät käytännöt nähtiin toteutuvan hyvin joka kolmannen (33,3 %) vastaajan mielestä. Samoin käytäntö, jossa ensisijaisesti valitaan lääkkeettömät auttamismenetelmät, toteutui hyvin vähemmän kuin joka kolmannen (27,1 %) vastaajan mielestä. Henkilökunta ymmärtää käyttöoireiden kuormittavuuden asukkaille hyvin joka kolmannen (37,5 %) vastaajan mielestä. Kolmannes (33,3 %) vastaajista myös kokee, että käyttöoireiden kuvaavaan kirjaamiseen liittyvät

käytännöt toteutuvat hyvin. Omaisten kanssa käytävä keskustelu käytösoireista toteutuu hyvin joka kolmannen (29,2 %) vastaajan mukaan.

Kuviossa 4 on esitetty niiden vastausten prosenttiosuus, jonka mukaan edellä esitetty väittämät toteutuvat huonosti tai ei lainkaan. Mitä kauempana kuvion keskustasta arvo on, sitä enemmän siinä on kehitettävää.



Kuvio 4. Käytösoireiden hallinta; toteutuu huonosti tai ei toteudu lainkaan vastausten osuudet (%) kaikista vastauksista

Neljäntenä hoidon laatua mittaavana ulottuvuutena on **sairauksien hyvä hoito**. Sairauksien hoitoon on liitetty lääkehoitoon liittyvät väittämät. Kerätyn aineiston perusteella kaikissa ryhmäkodeissa kaksi kolmesta (68,8 %) vastaajasta uskoo, että asianmukainen hoitoa dementoivaan sairauteen toteutuu hyvin. Yli puolet (60,4 %) vastaajista uskoo, että hyvin toteutuu myös muiden sairauksien hoito. Kaksi kolmesta (68,8 %) vastaajasta uskoo, että asukkaiden lääkityksen säännölliseen tarkastamiseen liittyvät käytännöt toteutuivat hyvin. Lääkehoidon toteutumisesta arvioidessaan suurin osa (77,1 %) vastaajista koki, että lääkehoidon suunnitelman tekeminen on toteutunut hyvin tai kohtalaisesti.

Viimeisenä laadukkaan hoidon edellytyksenä pidetään **riittävää henkilöstömäärää sekä henkilöstön riittävää osaamista**. Tässä yhteydessä tarkastellaan mitoitukseen sekä henkilöstön ja lääkärin ammattitaitoon liittyviä väittämiä. Henkilöstön osaamisen osoittimeksi on valittu hoitosuunnitelmien laadintaan liittyvä osaamistaso. Lisäksi tässä yhteydessä tarkastellaan yksikön osaamisen varmistamiseen ja osaamisen johtamiseen liittyvien väittämien vastauksia.

Laatusuosituksen mukaisen henkilökunta- asiakas mitoituksen lähes kaikki vastaavat arvioivat toteutuvan hyvin (41,7 %) tai kohtalaisesti (50 %). Koko ajan paikalla oleva yöhoitaja toteutuu joka toisen (47,9 %) mielestä hyvin, mutta joka neljännen (25 %) vastaajan mukaan huonosti tai ei lainkaan. Osassa palvelutaloja yöhoitajat tekevätkin käyntejä myös muissa yksiköissä esimerkiksi palvelutalon puolella asukkaiden kutsujen mukaan.

Kolme neljästä (75 %) vastaajasta piti henkilökunnan terveys- tai sosiaalialan peruskoulutuksen toteutumista hyvänä, loputkin (20,8 %) kohtalaisena. Kuitenkin vain joka viides (18,8 %) vastaaja uskoi, että henkilökunnalla on erityinen perehtyneisyys muistisairaiden ihmisten hoitotyöhön. Hieman ristiriitaisesti vastuuhoidtajina toimivien hoitajien ammattitaidon vastaajat kuitenkin arvioivat varsin hyväksi. Vastaajat uskoivat, että kaikki vastuuhoidtajat ovat perehtyneet muistisairauksiin hyvin (68,8 %) tai vähintäänkin kohtalaisesti (27,1 %).

Sen sijaan lääkäreiden ammattitaitoa muistisairauksien suhteen vastaajat eivät pitäneet kovinkaan korkeana. Jopa kolmannes (31,2 %) vastaajista väitti, että lääkärin perehtyneisyys muistisairauksiin on huono tai sitä ei ole lainkaan. Kolmannes (35,4 %) piti lääkäreiden perehtyneisyyttä kohtalaisena ja kolmannes (29,2 %) hyvänä. Eroja ryhmäkotien välillä oli jonkun verran, mutta jokaisessa ryhmäkodissa vastaukset jakautuivat kaikkiin arviointiluokkiin. Siten arvioinnin jakautumista ei voi selittää sillä, että eri yksiköissä vastaajat arvioivat eri lääkäreitä.

Hoitajien ammattitaidon tärkeä osaamisalue on taito laatia laadukkaita ja toimivia hoito- ja palvelusuunnitelmia. Hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä arvioidessaan lähes kaikki vastaajat löysivät hoitosuunnitelmista hyvin tai kohtalaisesti

hoidon tavoitteet (98 %), keinot (97,6 %) ja vastuuhenkilöt (95,5 %). Aikataulujen käyttö hoito- ja palvelusuunnitelmien osana toteutui kuitenkin huonosti jopa joka kolmannen (27,1 %) vastaajan mielestä. Hoito- ja palvelusuunnitelmien konkreettisuutta koskeva väite arvioitiin toteutuvan hyvin tai kohtalaisesti lähes aina (95,9 %). Hoito- ja palvelusuunnitelman arvioinnin vastattiin toteutuvan hyvin vain reilusti puolella (58,3 %) tapauksia ja huonosti jopa joka kymmenennessä (8,3 %) suunnitelmassa.

Henkilöstön osaamisen takaamiseksi on tärkeää, että osaamista varmistetaan suunnitelmallisesti. Vain joka kolmannen (33,3 %) vastaajan kohdalla tavoitteellisen koulutus- ja kehittämissuunnitelman laatiminen toteutuu hyvin ja jopa joka kuudes (14,6 %) vastaaja ilmaisee, että suunnitelma toteutuu huonosti. Lähes kaikilla (75 %) vastaajilla oli kuitenkin mahdollisuus käydä kerran vuodessa kehityskeskustelu. Koko yksikköä koskeva kirjallinen ja tavoitteellinen koulutus- ja kehittämissuunnitelma toteutuu hyvin vain joka kuudennen (16,7 %) vastaajan mielestä ja huonosti tai ei lainkaan joka kolmannen (29,2 %) vastaajan mielestä. Joka toisen (43,8 %) vastaajan mukaan lääkehoidon koulutuksen saaneille järjestetty täydennyskoulutus toteutuu kuitenkin hyvin. Vain joka viidennen (18,8 %) vastaajan mielestä työntekijöiden erityisosaamisen käyttöön rohkaistaan johtamisen käytäntöjen tuella hyvin. Johtamisen käytännöt kuitenkin tukevat työssä kehittymistä hyvin joka kolmannen (31,3 %) vastaajan mielestä.

5.4 Hoidon laadun kehittämistä tukevat tekijät dementiairyhmäkodeissa

Tässä luvussa teen yhteenvetoa sekä RAI – laatuindikaattorein että ”Hyvän hoidon kriteeristön” perusteella arvioidusta hoitotyön laadusta Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutalojen dementiairyhmäkodeissa. Samalla tuon toisen tutkimuskysymyksen mukaisesti esille niitä tekijöitä, jotka näyttävät tämän tutkimuksen perusteella tukevan hoidon laadun kehittämistä. Näiden tekijöiden tunnistamisessa käytän apuna ajattelutapaa, jonka mukaan RAI – kriteerit voidaan nähdä tuloskriteereinä ja ”Hyvän hoidon kriteerit” prosessikriteereinä. Prosessikriteerien heikkouksia kannattaa tarkastella varsinkin silloin, kun halutaan löytää syytä laadun puutoksille ja vaikuttaa lopputulokseen (kts. luku 4.2).

”Hyvän hoidon kriteeristön” mukaan asukkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolisessa arvioinnissa suurimmat laatuvaajat liittyvät arvioinnissa käytettävien mittaristojen puutteeseen. Kuitenkin on huomioitava, että RAI – mittaristo, jota dementiayksiköissä käytetään laatuajattelun pohjana, on laaja mittaristo, jonka avulla arvioidaan järjestelmällisesti kaikkien asukkaiden fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, ravitsemukseen, lääkitykseen ja elämänlaatuun liittyviä tekijöitä. RAI- järjestelmästä saadaan sekä asukaskohtaisesti että yksikkötasolla tietoa asukkaiden päivittäisestä toimintakyvystä esimerkiksi ADL-lukemien tai toimintakyvyn laskuun liittyvän laatuindikaattoreiden välityksellä. Muistitoimintojen mittarina voidaan pitää CPS- mittaria, jolla on suora verrannollisuus MMSE- mittariin. Mielialaa RAI – järjestelmässä arvioidaan esimerkiksi laatuindikaattori ”kielteinen mieliala” tai masennuspisteytyksen avulla.

”Hyvän hoidon kriteeristön” vastaukset paljastavat, että hoitohenkilöstö ei ole omaksunut RAI- mittaristoa arjen työvälineeksi. Hoitajat eivät osaa hyödyntää sitä asiakkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arvioinnissa. Tekijä, joka parantaa asukkaiden terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointia, ei ole siis arviointimittaristojen kehittäminen tai käyttöönotto vaan käytössä olevan mittariston hyödyntämisen osaamisen vahvistaminen.

Toimintakyvyn ja kuntoutuksen ylläpitäminen ja edistäminen osoittautuu molemmilla mittareilla mitattuna sellaiseksi tekijäksi, johon kannattaa kiinnittää huomiota silloin, kun halutaan kehittää muistisairaiden hoidon laatua ja parantaa hoitoyksikön tuloksia. ”Hyvän hoidon kriteeristössä” kuntoutussuunnitelman laadintaan liittyvät väittämät samoin kuin kuntoutumista edistävän toiminnan suunnitelmallisessa toteutukseen liittyvissä käytännöissä on vastaajien mukaan puutteita. Samanaikaisesti RAI- laatuindikaattori ” ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus” osoittaa huonoa laatua. Tässä yhteydessä voitaneen myös uskoa, että mikäli kuntoutumista edistävä toiminta tehostuisi, myös asukkaiden RAI- laatuindikaattorin mukaista ”toimintakyvyn laskua pitkään säilyvissä taidoissa” olisi vähemmän.

Kaksi kolmesta vastaajasta uskaa, että asukkaiden itsenäistä selviytymistä tuetaan tarvittavin apuvälinein. Kuitenkin joka viides apuvälinettä tarvitseva asukas kul-

kee ilman liikkumisapuvälinettä. Toisaalla ilmenee, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laadinnan puutteita on muun muassa moniammatillisen yhteistyön puute. Aineiston perusteella hoitopaikkojen oleskelutiloista puuttuvat orientoitumista ja hahmottamista helpottavat vihjeet sekä virikkeellisyyteen ja kodinomaisuuteen on kiinnitetty liian vähän huomiota. Tämän aineiston perusteella voidaan olettaa, että moniammatillisen yhteistyön lisääminen ja hoitoympäristön selkiyttäminen voisivat lisätä asukkaiden turvallisuutta liikkumisessa.

Käyttösoireiden hallinta on tärkeä osa dementiayksiköissä tehtävää työtä. Psykelaäkkeiden käyttö (RAI- laatuindikaattori) ja käyttösoireisiin liittyvä osaaminen ("Hyvän hoidon kriteeristö") nousevat kielteisellä tavalla esiin molemmilla mittareilla. Silloin, kun käyttösoireiden laukaisevia tekijöitä ei selvitetä, käyttösoireiden kuormittavuutta ei ymmärretä eikä käyttösoireisiin valita ensisijaisesti lääkkeettömiä auttamismenetelmiä, saattaa psykelaäkkeiden käyttö lisääntyä. Näin näyttäisi olevan myös tutkituissa dementia-ryhmäkoodissa. Vastaajat kyseenalaistivat lääkärin perehtyneisyyden muistisairauksiin, mutta toisaalta uskoivat, että kaikilla vastuuhoidajilla on hyvää osaamista muistisairauksien alueella. Vaikka vastuu lääkähoidosta on aina lääkärillä, hoitajien ammattitaito on silti hyvin tärkeässä asemassa. Puutteet käyttösoireiden hoitoon liittyvässä osaamisessa saattavat olla myös "laiminlyönti / kaltoinkohtelu" - RAI- laatuindikaattori taustalla.

Tarkasteltaessa sairauksien hoitoon liittyviä laatutekijöitä huomio kiinnittyy arviointeihin lääkehoidon toteutuksesta. "Hyvän hoidon kriteeristön" väittämä, jonka perusteella joka viides hoitotyöntekijä uskoo, että lääkehoidon suunnitelman tekeminen on toteutunut huonosti tai ei lainkaan, osoittaa tietämättömyyttä lääkehoidon suunnitelman olemassaolosta. Helsingin kaupungin sosiaalivirastolla on yhteinen lääkehoidon suunnitelma, joka on kaikkien luettavissa sisäisenä verkkojulkaisuna. Tähän lääkehoidon suunnitelmaan liittyy myös velvollisuus noudattaa sitä. Jos joka viides työntekijä ei tiedä sen olemassaolosta, voidaankin kyseenalaistaa sen noudattaminen. Tiedon jakaminen ja käytettävissä olevan valmiin materiaalin käytön omaksuminen nouseekin kehittämisalueeksi myös lääkehoidon ja sairauksien hyvään hoitoon liittyvien asioiden kohdalla.

Riittävä ammattikoulutuksen saanut henkilöstömäärä näyttäisi toteutuvan dementiayksiköissä. Henkilöstön osaamisessa sen sijaan on tulosten perusteella kehittämistä. Vaikka hoitajat arvioivatkin kaikkien vastuuhoidajina toimivien perehtyneisyys muistisairauksiin hyväksi, koko henkilöstön muistisairauksiin liittyvä osaaminen arvioitiin heikommaksi. Lääkärien muistisairauksia koskeva ammattitaito paljolti kyseenalaistettiin. Muistisairauksiin liittyvää osaamista on tarpeen vahvistaa dementiayksiköissä. Tutkimuksen mukaan lääkehoidon koulutuksen saaneille järjestetään täydennyskoulutusta kohtalaisen hyvin. Lääkehoidon osaaminen ei kuitenkaan näyttäydy myönteisesti ainakaan psykiatrisien yksiköiden kohdalla, joita asukkaat syövät runsaasti. Huomiota kannattaakin kiinnittää lääkkeellisten ja lääkkeettömien hoitomuotojen yhdistämiseen.

Tutkimus osoitti, että henkilöstön osaamista ei varmisteta suunnitelmallisesti yksikkö- eikä työntekijätasolla. Suunnitelmallisten koulutus- ja kehittämissuunnitelmien laatiminen yksittäisille työntekijöille samoin kuin koko yksikölle laatiminen kirjallisena kannattaa nostaa tekijäksi, jonka kehittäminen voisi luoda edellytyksiä toimintayksiköiden laadun parantamiseksi. Lisäksi johtamisen käytäntöjen kehittäminen niin, että ne rohkaisevat työntekijöiden erityisosaamisen käyttöön sekä tukevat entistä paremmin työssä kehittymistä, on tarpeen. Nämä tulokset voivat luontevasti toimia lähtökohtana yksiköiden osaamisen kehittämiseksi. Tämän kehittämishankkeen tuottamaa tietoa kannattaa hyödyntää yksiköiden koulutus- ja kehittämissuunnitelmien tekemisessä.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelua

Toikko ja Rantanen (2009, 157) muistuttavat, että kehittämistoiminta ei voi rajoittua ainoastaan onnistumisten ja hyvien käytäntöjen kuvaamiseen, vaan kriittinen näkökulma ja kyseenalaistaminen ovat keskeinen osa kehittämistoimintaa. Tässä opinnäytetyössä on muistisairaiden hoidon laatua kuvattu RAI – laatuindikaattoreiden sekä ”Hyvän hoidon kriteeristön” avulla. Lisäksi on etsitty sellaisia tekijöitä, jotka nousevat esille laatua kuvaavien osuuksien perustella kehittämistä kaipaaviksi.

Valviran (2010b) selvityksessä julkisella puolella oli usein puutoksia henkilökunnan määrässä ja koulutuksessa. Tässä kehittämishankkeessa paljastuu, että näissä tutkituissa julkista ikääntyneiden hoitoa edustavissa dementiayksiköissä tätä puutosta ei ollut havaittavissa. Henkilökuntamitoitus ja heidän terveys- ja sosiaalialan koulutuksensa olivat hyvällä tasolla.

Sekä Habjanic (2009) sekä Aalto (2006) totesivat asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemisen sekä fyysisiin tarpeisiin vastaamisen olevan paremmin huomioituja kuin psyko-sosiaalisen hyvinvoinnin. Tässä opinnäytetyössä käytetty tutkimusaineisto antaa päinvastaisen vaikutelman. Kuntouttavan ja toimintakykyä ylläpitävän toiminnan puutteet ovat selvästi havaittavissa sekä RAI- mittaristolla että ”Hyvän hoidon kriteeristöllä” tehtyjen mittausten tuloksena. Sosiaaliseen eristäytymiseen sekä alavireiseen mielialaan liittyvät RAI – laatuindikaattoreiden hyvää laatua osoittavat lukemat antavat aiheutta olettaa, että näihin asioihin on tutkituissa dementiayksiköissä osattu kiinnittää huomiota paremmin kuin fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon.

Vähäkankaan (2010) mukaan hoitajien kuntoutumista edistävä toiminta kohdistui niihin asukkaisiin, joilla oli enintään keskivaikeasti alentunut fyysinen toimintakyky ja kognitio. Tässä tutkimuksessa taustatietojen (liite 3) perusteella tutkittujen dementiayksiköiden asukkailla on kuitenkin keskimäärin vähintään keskivaikeasti

alentunut toimintakyky ja kognitio. Tämä saattaa osaltaan selittää kuntouttavien elementtien puutetta dementiahoidossa. Suuri haaste onkin sellaisten kuntouttavien elementtien löytäminen, jotka tukevat erityisesti vaikeasti muistisairaiden ikääntyneiden toimintakykyä. Kuntouttava toiminta sellaisenaan ei näyttäisi olevan suoraan siirrettävissä muistisairaiden hoitotyöhön.

Vehniäisen (2009) mukaan viriketoiminnalla on enemmän vaikutusta mielialaan sekä psyko-sosiaaliseen hyvinvointiin kuin fyysiseen toimintakykyyn. Myös Mak (2010) suosittelee virikkeellisen toiminnan järjestämistä muistisairaille elämän mielekkyyden ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Viriketoiminnan merkitys jää tässä aineistossa kuitenkin taka-alalle.

Tämän kehittämishankkeen perusteella lääkityksessä näyttäisi myös olevan paljon kehitettävää. Jyrkkä (2011) raportoi laitoshoidossa olevien ikäihmisten käyttävän keskimäärin kymmentä lääkettä. Tässä opinnäytetyössä käytetyn aineiston taustatietojen perusteella lääkkeiden lukumäärä on tutkituissa dementiayksiköissä pienempi, mutta Jyrkän antamin ohjein kannattaakin kiinnittää huomio lääkityksen sisältöön ja laatuun. Hoitotyön hyvää laatua osoittaa se, että unilääkkeiden käyttö tutkituissa dementia-ryhmäkodeissa on niukkaa ja harkittua.

Tässä opinnäytetyössä kerätty aineisto osoitti, että antipsykoottien ja antioksidanttien käyttö dementiayksiköissä oli mittavaa. Neuroleptien yleisestä käytöstä hoitolaitoksissa raportoivat myös Fahey, Montgomery, Barnes ja Protheroe (2003). Paunio (2010) selvityksen yhteydessä kuitenkin havaitaan, että ympärivuorokautisessa hoidossa olevat vanhukset ovat aiempaa huonokuntoisempia ja dementoituneempia kuin aiemmin. Alhainen, Viramo ja Sulkava (2004) muistuttavat, että käytännössä kaikilla keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavista on joitakin käyttäytymiseen liittyviä oireita. Käyttöoireet saattavatkin olla pysyvän laitoshoittoon siirtymisen syy ja lääkehoito on usein välttämätöntä lääkkeettömien hoitomuotojen rinnalla. Kivelä (2007) huomauttaa kuitenkin, että tutkimuksia psykoosilääkkeiden vaikutuksista dementiaa sairastavien käyttöoireisiin ei ole kovin paljon ja siten neuroleptien käytössä tulee noudattaa kriittisyyttä ja lääkeshoidon tulee olla määräaikaista.

Sormunen, Topo ja Saarikalle (2008) sekä Salo (2009) löysivät muistisairaiden havainnointitutkimusten tuloksena hyviä sekä vältettäviä työkäytäntöjä. Pohto – Kapiainen (1997) sekä Vehniäinen (2009) totesivat dementiayksiköiden hoidon olevan auttavaa, sallivaa, hyväksyvää ja vuorovaikutteista. Merta (2007) osoitti tutkimuksellaan laadun muodostuneen erilaisiksi aina sen mukaan kuka hoitajista oli työvuorossa. Henkilökunnan osaaminen näyttää olevan yhteydessä hoidon laatuun. Mitä enemmän hoitohenkilöstö osaa muistisairaiden arvostavaan kohtaamiseen liittyviä työkäytäntöjä, sitä laadukkaampaa on hoito. Hyvien työkäytäntöjen hyödyntäminen ja vieminen käytännön hoitotilanteisiin ovatkin avainasemassa myös käytösoireiden lääkkeettömissä hoitomuodoissa.

Vaikka tähän kehittämishankkeeseen osallistunut hoitohenkilökunta arvioikin vastuuhoidtajina toimivien hoitajien ammattitaidon korkeaksi ja perehtyneisyyden muistisairauksiin hyväksi, tutkimuksen muut osiot kuitenkin osoittivat, että henkilöstön osaamisessa on paljon parannettavaa. Vaikeasti muistisairaille ikääntyneille suunnattu kuntouttava ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta sekä käytösoireiden lääkkeettömät hoitomuodot, ovat tämän kehittämishankkeen mukaan hoitohenkilökunnan suurimmat haasteet.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tässä luvussa pohdin tämän opinnäytetyön luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä näkökulmia. Tässä opinnäytetyössä luotettavuuden arviointi kohdistuu kehittämishankkeen tutkimuksellisen osuuden eli pienen kvantitatiivisen tutkimuksen tiedontuottamisen luotettavuuden arviointiin. Lisäksi tässä luvussa pohdin ”Hyvän hoidon kriteeristön” käyttökelpoisuutta hoidon laadun arvioinnissa.

Heikkisen ja Syrjälän (2007) mukaan validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli toistettavuus soveltuvat ainoastaan suurten määrällisten tutkimusten arviointiin. Näiden käsitteiden tilalla voidaankin muissa tilanteissa käyttää validoinnin käsitettä. Validoinnissa arvioidaan hankkeen luotettavuutta viiden periaatteen pohjalta. Periaatteet ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. (Heikkinen & Syrjälä, 2007, 147 – 149)

Historiallisen jatkuvuuden periaatteen mukaan tutkimus sijoittuu tiettyyn historialliseen yhteyteen. Toiminta ei ala tyhjästä eikä pääty koskaan. Periaatetta noudattava tutkija tarjoaa lukijalle mahdollisuuden seurata hankkeen tapahtumaketjua. Raportille voidaan kirjoittaa joko sulkeutuva tai keskeneräinen loppu. (Heikkinen & Syrjälä, 2007, 149 – 152.) Tässä opinnäytetyössä historiallista taustaa on esitelty yhteiskunnallisen tilanteen sekä aiemmin tehtyjen tutkimusten ja selvitysten välityksellä. Tutkimuksen kulku on esitetty siten, että lukija kykenee seuraamaan sen etenemistä. Raportin loppuna on käytetty keskeneräisyyden metodia. Käytännössä toiminta laadun parantamiseksi jatkuu, vaikka opinnäytetyönä tehty raportointi loppuukin.

Reflektiivisyyden arviointi ohjaa tutkijaa pohtimaan omaa rooliaan tutkimuksessa. Tutkijan subjektiiviseksi adekvaattisuudeksi voidaan kutsua tutkijan kykyä ymmärtää tutkimuskohdetta aiemman elämäkokemuksensa avulla. Tutkija suhtautuu tutkimuskohteeseen eri tavalla riippuen omasta tulkinnastaan sosiaaliseen todellisuuteen. Teksti onkin kirjoittajan kertomus, ei todellisuuden jäljenne. Tuloksia voidaan pitää puheenvuorona, joka tarkoituksena on tuottaa ennemminkin hedelmällistä keskustelua kuin lopullista totuutta. (Heikkinen & Syrjälä, 2007, 152 – 154.) Tässä opinnäytetyössä tulosten esille nostossa tutkijan esimiesrooli tulee näkyviin. Samasta aineistosta olisi voinut saada myös erilaisen tuloksen esimerkiksi erilaisella laatu käsitteen rajauksella tai erilaisella esiymmärryksellä. Tätä työtä on kuitenkin ohjannut tutkijan pyrkimys noudattaa organisaation asettamia laatuvaatimuksia ja rajata laatu sen perusteella. Esimiestyön keskeinen alue, osaamisen johtaminen, myös nousee selvästi esille.

Dialektisuus tarkoittaa totuuden rakentumista eri näkökulmien tuloksena. Dialektisuusperiaatteen mukaan raportti tulee kirjoittaa siten, että siihen on sisällytetty erilaisia tulkintoja ja moniäänisyyttä. (Heikkinen & Syrjälä, 2007, 154- 155.) Aineiston ollessa määrällistä, eri näkökulmien esilletuonti on haaste. Tässä opinnäytetyössä on kuitenkin mahdollisimman paljon aineistoa, kaikki ”Hyvän hoidon kriteeristön” vastaukset ja RAI- laatuindikaattoreiden arvot ryhmäkodeittain, liitetty työhön, jotta aineisto on lukijan käytössä tulkintojen tarkastelemiseksi tai mahdollisten omien tulkintojen tekemiseksi. ”Hyvän hoidon kriteeristön”- kyselyn

vastausprosentti (79 %) lisää moniäänisyyden toteutumista ja tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen toteuttaminen anonyymisti paperisella lomakkeella vastaavien hoitajien toimiessa avustajina nosti vastausprosentin korkeaksi.

Heikkisen ja Syrjälän (2007, 155) mukaan toimivuusperiaatteen näkökulmasta arviointi kohdistuu käytännön vaikutuksiin ja hyötyyn. Myös Toikon ja Rantasen (2009, 156- 157) mukaan kehittämistoiminnassa tiedon käyttökelpoisuus on keskeistä. Onnistunut tutkimus saa Heikkisen ja Syrjälän (2007, 157) mukaan osallistajat uskomaan omiin kykyihinsä ja taitoihinsa. Parhaimmillaan se saa ihmiset parantamaan omia toimintatapojaan sekä luottamaan omaan järkeensä. Tämän opinnäytetyön keskeinen viesti ei saakaan olla lannistava eikä hoitajien ammattitaitoa mitätöivä. Parhaimmillaan tästä tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää laadun parantamisessa, jolloin sen tuloksia kannattaa tutkia kehittämistä kaipaavien aiheiden löytämiseksi. Se, että vastaukset tulivat suoraan perustyötä tekevältä henkilökunnalta, toi laatuun sellaisen näkökulman, joka muuten olisi jäänyt piiloon.

Havahduttavuusperiaatteen mukaisesti hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Tutkimuksen uskottavuus ei perustu väitelauseisiin eikä niiden perusteluihin, vaan vaikutelmaan, jossa lukija kokee tulokset todeksi omien vastaavien kokemusten kautta. Samalla se paljastaa jonkun uuden näkökulman. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 159–160.) Uskottavuutta tässä raportissa lisää aiempien tutkimusten samansuuntaiset tulokset. Uutena näkökulmana voitaneen pitää ainakin sitä erityisosaamisen vaatimusta, joka kohdistuu hoitohenkilökuntaan, joka hoitaa muistisairaita.

”Hyvän hoidon kriteeristö” osoittautui käyttökelpoiseksi mittariksi silloin, kun laatuun vaikuttavia prosesseja halutaan tarkastella. Yhdistettynä hoidon tuloksia osoittaviin RAI- laatuindikaattoreihin, sen avulla pystyttiin osoittamaan laatuvaiteiden taustalla olevia tekijöitä. Yksinään se olisi antanut tietoa vain henkilökunnan näkemyksistä. Näiden näkemysten tuominen esille on äärimäisen tärkeää, vaikka niiden perusteella laatua ei vielä voikaan arvioida.

Opinnäytetyön ulkopuolella yksittäisen dementiayksikön käytössä kriteeristön käyttö tavalla, jolla opinnäytetyö toteutettiin, on laaja ja työläskin. Toisaalta mahdollisuus tulosten seurantaan ”Hyvän hoidon kriteeristöä” käyttäen on uskoakseni vaivan arvoinen. Muistiliitto kehottaa käyttämään materiaalia yhteisen keskustelun pohjana. Kirjallinen, jokaiselta työntekijältä kerätty tieto kuitenkin toi esiin sellaisia tuloksia, jotka keskustellen olisivat luultavasti jääneet huomiotta. Keskustelu, joka viriää anonyymisti kerätyn aineiston ja yhdistettyjen tulosten pohjalta, on yksikön toiminnan kannalta vielä antoisampaa kuin puhtaalta paperilta aloitettu keskustelu.

6.3 Kehittämissuositukset ja toimintamalli laadun parantamiseksi

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tulosten yleistettävyyttä arvioitaessa on Toikon ja Rantasen (2009, 125–126) mukaan kiinnitettävä huomiota erityisesti organisaatioiden ainutkertaisuuteen ja kontekstisidonnaisuuteen. Tämän kehittämishankkeen tulos ei ole yleistettävissä, mutta käyttökelpoinen omassa kohdeorganisaatiossaan. Erityisen tärkeää tämä on tilanteessa, jossa palvelutalojen dementiayksiköt lisääntyvät. Helsingin kaupungissa vanhuspalveluiden kehittämisen lähtökohtana on laitoshoidon vähentäminen. Palveluasumista pyritään kehittämään nykyistä huonompikuntoisten asukkaiden tarpeisiin. (Helsingin kaupunki 2006, 4-6)

Uutta tietoa on tarjonnut dementiayksiköiden taustatietojen ja tulosten näkeminen rinnakkain. Tutkimuseettisistä syistä tämä raportti ei paljasta mistä dementiayksiköistä tiedot on kerätty. Hämmästyttävää on kuitenkin ollut yksiköiden samankaltaisuus keskenään. Toisaalta tutkimus on osoittanut dementiayksiköissä olevan täysin erilainen asukasprofiili kuin palvelutaloissa keskimäärin. Tämä tieto nostaa kuitenkin dementiaosaamisen merkityksellisyyden tämän tutkimuksen hyödynnettävyyden keskiöön.

On tärkeää huomioida, että toimintatavat, jotka sopivat muiden ikääntyneiden hoitoon, eivät ole suoraan siirrettävissä muistisairaiden hoitotyöhön. Muistisairaiden hoitotyö vaatii erikoistunutta, syvällistä ja sisäistettyä osaamista. Työskente-

leminen muistisairaiden hoitoyksikössä ei vielä perehdytä muistisairauksiin riittävästi. Myöskään pelkkä alan ammatillinen koulutus ei riitä. Näiden lisäksi jokaisen dementiayksikön työntekijän on aktiivisesti ja jatkuvasti lisättävä tietoperustaa sekä osaamista erilaisten lisäkoulutusten avulla.

Toikon ja Rantasen (2009, 156 – 157) mukaan tutkimuksellisessa kehittämisessä kysymys ei ole pelkästään käytännön kysymysten ja ongelmien ratkaisusta. Siinä tavoitellaan tuloksia, jotka ovat asetettavissa laajempaan keskusteluyhteyteen ja joita voidaan koetella uusissa ympäristöissä. Tutkimustulos sekä useat muutkin ”Hyvän hoidon kriteeristön” vastaukset heittävät haasteen sekä organisaation koulutuksia suunnittelevalle taholle, dementiayksikköjen esimiehille että jokaiselle muistisairaiden parissa työskentelevälle hoitajalle.

Suurena organisaationa Helsingin kaupunki järjestää runsaasti koulutuksia, joiden sisällöt vaihtelevat kuntouttavasta työotteesta käyttösoireisten asukkaiden kohtaamiseen. Koulutustarjontaa olisi tutkimuksen tulokseen perustuen syytä syventää entisestään nimenomaan dementiayksiköiden työn sisällön haasteiden suunnassa. Muistisairaiden hoitoyksiköt ovat erikoisyksiköitä, joiden työntekijöiltä vaaditaan erikoistasoista osaamista. Tämä on syytä huomioida myös koulutustarjonnassa. ”Hyvän hoidon kriteeristön” tuloksia tarkastelemalla voidaan saada uusi näkökulma myös muun muassa kirjaamisen koulutusten suunnitteluun. RAI – osaamisen syventäminen on myös selvästi kehittämiskohteena. Koulutuksia suunnittelevan työryhmän kannattaa hyödyntää ”Hyvän hoidon kriteeristön” vastauksia.

Esimiehille tulos antaa pohdittavaa omien käytäntöjen ja toimintatapojen suhteen. Niiden tulosten lisäksi, jotka on tässä opinnäytetyössä nostettu esille, koko kriteeristö tarjoaa useita pohdinnan aiheita. Yksikön toiminta-ajatuksen tarpeellisuus, johtamisen käytännöt ja työhyvinvoinnin tukeminen ovat epäilemättä jokaisen esimiehen työn sisältöä, jonka kehittäminen kannattaa. Omaiskyselyn sekä työilmapiirikyselyn tulokset näyttäisivät tulosten perusteella olevan myös hoitajien tietämyksen ulkopuolella. Tapa, jolla niitä käsitellään työyhteisöissä, näyttäisi kaipaavan kohentamista.

Tämän tutkimuksen tuloksiin perustuen yhdessä dementia-ryhmäkodissa käynnistetty toiminta-ajatuksen laatimiseen liittyvä projekti perustehtävän kirkastamiseksi. Toisessa yksikössä esimies terävöittää toimintaansa kirjallisten koulutus- ja kehittymissuunnitelmien tekemisessä. Sekä yksittäiset työntekijät että koko yksikkö tulevat saamaan suunnitelmat toiminnan suuntaamiseksi.

Yksittäisille dementiayksiköissä työskenteleville hoitajillekin tulos osoittaa sekä haasteita että velvollisuuksia. Jokaisen hoitajan tulee miettiä omaa osaamistaan ja haastaa itsensä kehittymään hoitajana ja perehtymään muistisairauksien hoitoon. Lisäksi kriteeristö velvoittaa hoitajat osallistumaan yksikön toiminta-ajatuksen laatimiseen ja arvioimiseen, yhteistyöhön omaisten kanssa sekä kuntoutumista edistävän hoitoympäristön luomiseen. Vastuu omasta osaamisesta on aina jokaisella työntekijällä itsellään. Tutkimuksessa mukana olleiden ryhmäkotien kannattaa käyttää ryhmäkotikohtaisia palautteita ja yhdessä kaikkien työntekijöiden kanssa pohtia tuloksiin vaikuttaneita syitä sekä pyrkiä löytämään parannusehdotuksia.

Taulukossa 1 on esitetty toimintamalli, jonka toteuttaminen parantaa hoitotyön laatua dementiayksiköissä. Toimintamallissa on erotettu osaamiseen, esimiestoimintaan sekä hoitajien vastuuseen liittyviä tekijöitä. Toimintamallissa on listattu konkreettisia toimenpide-ehdotuksia täydennyskoulutusten tai osaamisen lisäämisen sisällöistä. Nämä koulutukset voivat olla joko organisaation itse toteuttamia tai muilta tahoilta hankittuja. Esimiesten osalle on kirjattu toimenpiteitä, jotka liittyvät yksikön toiminnan tai osaamisen johtamiseen. Erityisen tärkeää on lisäksi huomata jokaisen työntekijän oma vastuu ammattitaidon kartuttamisessa, toteuttamisessa ja jakamisessa.

Taulukko 1. Toimintamalli hoitotyön parantamiseksi dementiayksiköissä

<p>Koulutus Osaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pitkälle dementoituneiden hoitoon liittyvää osaamista on lisättävä ✓ pitkälle dementoituneiden kuntoutukseen liittyvää osaamista on lisättävä ✓ vaikeiden käytösoireiden hoitoon liittyvää osaamista on lisättävä, erityisesti lääkkeettömien hoitomuotojen osalta ✓ dementoituneiden kuntoutussuunnitelmien laatimiseen vaadittava osaaminen on varmistettava ✓ (toimintakykyä ja käytösoireita) kuvailevan kirjaamisen osaamiseen on kiinnitettävä huomioita ✓ RAI – järjestelmän tarjoama arviointitieto on sisäistettävä
<p>Johtaminen Esimiestyö</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ toiminta-ajatus on laadittava perustehtävän kirkastamiseksi yhdessä yksikön työntekijöiden kanssa ✓ käytösoireiden kuormittavuus henkilökunnalle on huomioitava työhyvinvoinnista huolehdittaessa ✓ organisaatiossa olevien rakenteiden hyödyntämistä ja niistä tiedottamista on tehostettava (lääkehoitosuunnitelma, kirjaamisopas, omaiskyselyt, työilmapiirikyselyt jne.) ✓ yksikön koulutus- ja kehittämissuunnitelma on laadittava kirjallisina ✓ kehityskeskusteluissa on laadittava jokaiselle työntekijälle henkilökohtainen kehittämissuunnitelma, jossa on huomioitu dementiaosaamisen erityisvaatimukset ✓ uusien työntekijöiden rekrytoinnissa on kiinnitettävä huomiota dementiaosaamiseen ✓ laatujohtaminen on omaksuttava osaksi perustehtävää
<p>Hoitajat</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ huomioitava, että jokaisella työntekijällä on oltava aktiivinen rooli yksikön kehittämisessä ✓ jokaisen työntekijän on sitouduttava yksikön kehittämis-toimiin ✓ muistettava, että jokaisella on vastuu omasta osaamisestaan ✓ osaamisen lisäämisestä / päivittämisestä on huolehdittava jatkuvasti esim. täydennyskoulutuksella ✓ moniammatillinen työskentely (terapeutit, lääkäri jne.) on omaksuttava työhön kiinteästi liittyväksi työtavaksi ✓ omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä lisättävä ✓ kuntoutumista edistävään työtapaan on sitouduttava ✓ hoito- ja kuntoutussuunnitelmat on laadittava säännöllisesti ja niitä on toteutettava suunnitelmallisesti ✓ kuntoutumista edistävän hoitoympäristön luomiseen on panostettava kodinomaisen hoitoympäristön rinnalla ✓ laatutyö on omaksuttava osaksi perustehtävää

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimus- sekä jatkokehittämisshankeaiheet nousivat hämmästyksen aiheista ja oivalluksista, jotka virisivät aineiston analyysivaiheessa. Tämä opinnäytetyö kuvaa pienen osuuden muistisairaiden hoidon kehittämistyöstä. Työ laadun parantamiseksi jatkuu dementiayksiköissä. Olisi mielenkiintoista tietää, miten ne suunnitelmalliset interventiot, joita dementiayksiköt tekevät tämän tutkimuksen perusteella laatua parantaakseen, vaikuttavat toimintaan ja näkyvätkö laatutyön tulokset ”Hyvän hoidon kriteeristöllä” tai RAI – laatuindikaattoreilla mitaten.

Tämä tutkimus tehtiin dementiayksiköissä. Mikäli tutkimus olisi tehty palveluasumisen puolella, mitä silloin nousisi esille? RAI – mittari on samoilla laatuindikaattoreilla käytössä kaikissa yksiköissä. ”Hyvän hoidon kriteeristö” on tarkoitettu muistisairaiden hoitotyön kehittämiseen, mutta sen teemat eivät ole ristiriidassa muuhunkaan ikääntyneiden hoitotyöhön vietyinä. Olisivatko haasteet samat vai löytyisikö sieltä uudenlaisia tai erilaisia haasteita? Mielenkiintoista olisi myös lopulta vertailla dementiayksiköiden ja palveluasumisen tuloksia rinnakkain.

Vastaavien hoitajien kanssa pidetyssä palautetilaisuudessa nousikin useita kertoja esiin kysymys, mitä hoitajat ovat ajatelleet vastatessaan kysymyksiin siten kuin vastasivat. Muun muassa tuloksen perusteella vastaajat pitivät vastuuhoitajina työskenteleviä hoitajia muistisairauksiin perehtyneinä. Mielenkiintoista olisikin tietää miten hoitohenkilökunta itse määrittelee ammattitaitonsa; mistä perehtyneisyys heidän kohdallaan muodostuu, mistä se on hankittua ja miten se näyttäytyy arjessa.

Lääkäreiden ammattitaitoa samat vastaajat pitivät kuitenkin heikkona. Tämä aineisto toi kuitenkin esiin vain hoitohenkilöstön näkemyksen lääkäreiden ammattitaidosta. Mikä lääkäreiden perehtyneisyys muistisairauksiin todellisuudessa on; mistä perehtyneisyys muodostuu, mistä se on hankittua ja miten se näyttäytyy arjessa. Toisaalta myös herää kysymys hoitajille, mikä saa hoitajat uskomaan lääkäreiden olevan perehtymättömiä muistisairauksiin.

Tätä opinnäytetyötä viimeistellessäni keväällä 2011 on juuri pidetty eduskuntavaalit ja uutta hallitusta ollaan muodostamassa. Edellisellä kaudella käynnistettiin laadun parantamiseksi vanhustalvelulain valmistelu. Lakiluonnos oli tarkoitus saada valmiiksi kevääseen 2011 mennessä (Risikko, 2009). Aikataulu ei toteutunut ja yhtenä vaaliteemana eduskuntavaaleissa olivat vanhustalveluiden laatuksymykset. Uuden eduskunnan yksi tavoite onkin vanhustalvelulain laatiminen. Ikääntyneiden hoitotyötä tekevät ottavat lain mielihyvin vastaan. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan vanhustalvelulain säätäminen ei kuitenkaan yksin ratkaise vanhustalveluonnon laatuongelmia. Ikäihmisten palvelujen laadun turvaaminen ei ole hoidettavissa millään yksittäisellä toimella tai lailla eikä edes pelkäästään rahalla. Muun muassa tämän tutkimuksen tuloksena esiin nostetut laatuvaheet eivät ole lainsäädännön keinoin poistettavissa.

Vuonna 2009 oppositio teki hallitukselle välikysymyksen vanhustalveluonnon tilasta. Paula Risikon (2009) antaman vastineen sanoja mukaillen voinkin yhteenvetona todeta, että muistisairaiden hoidon tila ei ole täydellinen ja siinä riittää paljon parannettavaa. Risikko (2009) jatkaa, että palvelut eivät ole kuitenkaan kelvottomassa kunnossa ja vanhustyötä tekevä henkilökunta tekee hyvin arvokasta työtä. Saman osoittaa tämä opinnäytetyö.

7 LÄHTEET

Aalto, L. 2006. Vanhuksen toimintakyvyn tukeminen lyhytaikaisessa laitoshoidossa – vanhuksen, omaisen ja hoitajan näkökulma. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Alhainen K, Viramo P & Sulkava R. 2004. Vaikean dementian hoito. Opas lääkäreille ja terveydenhuollon henkilökunnalle. Lundbeck Oy : Turku.

Alkula, T, Pöntinen, S ja Ylöstalo, P, 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY: Porvoo.

Donabedianin, A. 1996 Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1996; 44: 166-206. [Viitattu 07.01.2011]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>.

Eloranta, P. 2007. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö vanhainkodissa. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Fahey, T., Montgomery, A., Barnes J. & Protheroe, J., 2003 Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ* 2003; 326 : 580 doi: 10.1136/bmj.326.7389.580 (Published 15 March 2003). [Viitattu 03.03.2011]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.bmj.com/content/326/7389/580.1.full>.

Habjanic, A. 2009. Quality of institutional elderly care in Slovenia. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede, Oulun yliopisto. Faculty of Health Sciences, University of Maribor, Slovenija

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

Heikkinen, H & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, H, Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 144-162.

Helsingin kaupunki, 2006. Helsingin kaupungin vanhuspalveluohjelma vuosille 2006 – 2009. Helsingin kaupunki, Sosiaalivirasto, Terveyskeskus 23.1.2006.

Helsingin kaupunki, 2008. Ohjeita tutkimusluvan hakijalle. Heke/Kehi. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto. Saatavilla [www-muodossa: http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/P__t_ksenteko+ja+hallinto/Eettinen+toimikunta/eettinen_toimikunta_ohjeet](http://www.muodossa: http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Sosv/fi/P__t_ksenteko+ja+hallinto/Eettinen+toimikunta/eettinen_toimikunta_ohjeet)

Helsingin kaupunki, 2010. Vanhusten palvelujen vastuualueen tuloskortti vuodelle 2010. Julkaisematon.

Hirsjärvi, S. Remes, P & Sajavaara, P, 2000. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Holma, T. & Virnes, E. 1999. Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa. Toimintamalleja ja työvälineitä tueksi laatutyöhön. Suomen kuntaliitto: Helsinki.

Idänpään – Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatukriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille 20/2000. Stakes: Helsinki.

Jyrkkä, J. 2011. Lääkkeiden käyttö ja monilääkitys iäkkäillä. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopiston julkaisuja. Terveystieteen laitos. Kuopio.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Jyväskylä.

Kaplan, R. & Norton, D. 2002. Strategialähtöinen organisaatio. Tehokkaan strategiaprosessin toteutus. Kauppakaari. Gummerus: Jyväskylä.

Kivelä, S. 2004. Vanhusten lääkehoito. Kustannusosakeyhtiö Tammi : Helsinki.

Koskinen – Ollonqvist, Leskinen, Bergström & Serkkola, 2002. Hanketuki. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen ohjelmatyö. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2002.

Kuntaliitto 2010. Monipuolisia vanhuspalveluja ja omavalvonnan kehittämistä. Kuntaliitto tiedottaa 23.6.2010. [Viitattu 1.8.2010]. Saatavilla [www-muodossa http://www.kunnat.net](http://www.kunnat.net).

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Laaksonen, H. 2001. Pienen dementiayksikön palvelun laadun monitahoarviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 80. Vaasan yliopisto.

Laine, J. 2005. Vanhusten laitoshoidon laatu ja tuotannollinen tehokkuus. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Laitala, O. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiayksikössä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Mak, W., 2010. Self-reported Goal Pursuit and Purpose in Life Among People With Dementia. *The Journals of Gerontology: Series B*. Volume66B, Issue2. 177-184.

Mamia, T. 2005. SPSS –alkeisopas. Statistical Package for Social Sciences. Tampereen yliopisto: Tampere.

Merta, A. 2007. Dementoituneen henkilön ruokailutapahtuma dementiayksikössä. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Opiskelijalaitos. 2. laitos, 3. uud. p. International Methelp: Helsinki.

Muistiliitto, 2009. Hyvän hoidon kriteeristö – työkirja dementiayksikön hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Muistiliitto. Alzheimer Centralförbundet : Helsinki.

Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito, käypä hoito – suositus, 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 [Viitattu 17.10.2010]. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Mäkinen, Sipola-Mäkinen, Lipponen, 2008. RAI- arviointien avulla hoitotyö näkyväksi vanhainkodissa. Sairaanhoidtaja 12/ 2008, 32 -34.

Outinen M., Lempinen, K., Holma, T. & Haveri, R., 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto, Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Suomen Kuntaliitto: Helsinki.

Paavola, P. 2009. Ikääntyneiden potilaiden oikeuksien toteutuminen laitoshoidossa – omaisten /läheisten näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Paunio, R. 2009. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoito ja sen valvonta, 2010. Apulaisoikeusasiamiehen sijaisen Riitta-Leena Paunion päätös, Dnro 213/2/09.

Peiponen, A. 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatukriteerit. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia. 2004:2.

Pekkarinen, L. 2007. The Relationship Between Stressors and Organisational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents (Työn stressitekijöiden ja hoidon laadun väliset yhteydet vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Research Report 171. Stakes: Helsinki.

Pelkonen, M. & Perälä, M. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki : Kirjayhtymä.

Perälä, M. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (qualpacs) validatio. Tutkimuksia 56. Sosiaali ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes: Helsinki.

Pohto-Kapiainen, P. 1997. Ajatukseni ovat maailmani rajat. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Ranne, R. 2008. Dementiarhymäkodin hoitotyön toimintatilanteita tukeva työympäristö. Diplomityö. Teknillinen korkeakoulu. Informaatio- ja luonnontieteiden tiedekunta.

Risikko, P. Vastaus välikysymykseen vanhusten hoidon ja oikeuksien turvaamisesta VK 3/2009 (Tarja Filatov/ sd ym.) [Viitattu 29.9.2009]. Valtioneuvosto.

Saatavilla www-muodossa:

<http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/valikysymykset/valikysymysvastaukset>

Salo, 2008. Elo-D – laatutyökalu muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kehittämiseksi. Loppuraportti Dementoituneen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kehittäminen –projektista 2005-2008. Suomen muistiasiantuntijat ry. Helsinki.

Seppänen - Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin 4/2004. Stakes : Helsinki.

SFS-ISO 8402. TEPA – Sanastokeskus TSK:n termipankki. [Viitattu 21.1.2011].
Saatavilla www- muodossa: <http://www.tsk.fi/tepa>

Soini, H., Luoma M-L., Muurinen S & Varis, M. 2009. Muistisairaiden asukkaiden elämänlaadun mittaus. Havainnointi QUALID-mittaria käyttäen Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa 2008. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2009:6.

Sormunen, S., Topo, P. & Saarikalle, K., 2008. Kokemuksia dementia care mapping - havainnointimenetelmästä kehittämisen välineenä. Hyvät ja vältettävät käytännöt dementiahoidossa. Raportteja 42/2008. Stakes: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle – Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto : Helsinki

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. Vanhusten hoito turvataan lailla, ammattitaidolla, valvonnalla ja rakenneuudistuksilla. Tiedote 319/ 2009. Saatavilla www- muodossa: <http://www.vn.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=271496>
Stakes, 1996. Laadun hallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes: Helsinki.

Sulkava, R. & Eloniemi-Sulkava U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Edita : Helsinki.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2010. RAI – tietojärjestelmän käyttö ja vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa. Perehdytysopas 2010. THL: Helsinki.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Käsikirja RAI- palauteraportin sisältöön. Kotihoito. THL : Helsinki.

Toikko, T & Rantanen, T, 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere University Press: Tampere.

Vaarama, M. 2008. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U., Finne – Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Valvira, 2010a. Vanhusten ympärivuorokautisten palvelujen valvontasuunnitelman toimeenpano-ohjelma vuodelle 2010. [Viitattu 11.5.2010]. Valvira ja Aluehallintovirasto.

Valvira, 2010b. Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut, Selvityksiä 3:2010. Valvira ja Aluehallintoviraston työryhmä.

Vehniäinen, E. 2009. Viriketoiminta dementoituneen potilaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa – hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu – tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vihersaari – Virtanen, S. 2009. RAI- yhdys henkilöiden kokous 23.4.2009 Muistio. Julkaisematon.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. [Viitattu 10.1.2011]. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix01676>.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Oulun Yliopisto.

Helsingin kaupunki Helsingfors stads **TUTKIMUSLUPA-** **ANSÖKAN OM**
Sosiaalivirasto **Socialverket** **HAKEMUS** **FORSKNINGS-**
TILLSTÄND

3

1. **TUTKIMUKSEN EITIMINEN** *Miten erilliset rahoitukset on otettu huomioon tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa?*
AVOINTI *Optimisytyön tarkoituksena on valmistautuminen laadun kehittämisen demontiaation alkuvaiheeseen. Aineiston koostuu mittaritietokasua, joihin on kokonaisuutena kerätty tietoja kaksista asiakasta (RAI) sekä kaikkien hoitotyötä tekvien mielipiteitä yksikön hoidon laadusta (Hyvän hoidon kriteeristö). Yksittäiset henkilöt eivät erotu tutkimuksestani. Tutkimuksessa on myöskin paljasta mistä yksiköistä aineistoni on koottu.*

2. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Saadoin sihteri, etten käytä suomia tietoja...*
ALUEKOKONAISUUS *Jag förbindar mig till att inte använda de uppgifter som...*
TUKSET *Aluekoko...*

3. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

4. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

5. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

6. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

7. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

8. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

9. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

10. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

11. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

12. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

8032 5 02 339 025-100

Helsingin kaupunki Helsingfors stads **TUTKIMUSLUPA-** **ANSÖKAN OM**
Sosiaalivirasto **Socialverket** **HAKEMUS** **FORSKNINGS-**
TILLSTÄND

3

9. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Miten erilliset rahoitukset on otettu huomioon tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa?*
AVOINTI *Optimisytyön tarkoituksena on valmistautuminen laadun kehittämisen demontiaation alkuvaiheeseen. Aineiston koostuu mittaritietokasua, joihin on kokonaisuutena kerätty tietoja kaksista asiakasta (RAI) sekä kaikkien hoitotyötä tekvien mielipiteitä yksikön hoidon laadusta (Hyvän hoidon kriteeristö). Yksittäiset henkilöt eivät erotu tutkimuksestani. Tutkimuksessa on myöskin paljasta mistä yksiköistä aineistoni on koottu.*

10. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Saadoin sihteri, etten käytä suomia tietoja...*
ALUEKOKONAISUUS *Jag förbindar mig till att inte använda de uppgifter som...*
TUKSET *Aluekoko...*

11. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

12. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

13. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

14. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

15. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

16. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

17. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

18. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

19. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

20. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

21. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

22. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

23. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

24. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

25. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

26. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

27. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

28. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

29. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

30. **TUTKIMUKSEN TARKOITUS** *Aluekoko...*

8032 5 02 339 025-100

LIITE 1 / 2

Heisingin kaupunki
Sosiaalivirasto Heisingfors stad
Socialverket **TUTKIMUSLUPA-**
HAKEMUS **ANSÖKAN OM**
FORSKINGS-
TILLSTÄND 6

16 PÄÄTÖS
 BENLUT

1 Tutkimuslupa myönnetään selkeässä muodossa
 Forskningsutlåtandet bör tydligt framställas i en
 Forskningsutlåtandet bör tydligt framställas i en

2 * K.S. ALLA

3 Lapsi läheisen saaminen selkeässä muodossa
 ja henkilökohtaisesti myönnetään sosiaaliviraston
 ja henkilökunnan kanssa yhteistyössä. Erityisesti
 on otettava huomioon lapsen ja vanhempien
 keskinäinen suhteiden ja yhteistyön merkitys.

4 Tutkimuslupakäsittelyssä syyllään, perustelut:
 Ansökan om forskningsutlåtande bör tydligt framställas i en

18 PÄÄTÖS
 TILJÄG
 MOTIVATION
 MOTIVATION

20110101 J. Mäkelä, S. Haakola
 Vastaus: Vastaus: ei voida myöntää
 tutkimuslupaa, koska tutkimus
 on tutkimus, jota ei voida
 myöntää. Tutkimuslupa ei
 ole tutkimus, jota ei voida
 myöntää. Tutkimuslupa ei
 ole tutkimus, jota ei voida
 myöntää.

17 PÄÄTÖS
 TILJÄG
 MOTIVATION
 MOTIVATION

* HAKIJA TOIMITTAA VASTAUKSILTAAN
 VASTAUKSILTAAN VASTAUKSILTAAN
 VASTAUKSILTAAN VASTAUKSILTAAN
 * TÄSTÄ LAHJETTAMINEN SEN
 LAHJETTAMINEN SEN LAHJETTAMINEN
 YLEISLÄHJETTAMINEN
 Osoite: LAHJETTAMINEN
 LAHJETTAMINEN
 LAHJETTAMINEN
 LAHJETTAMINEN
 LAHJETTAMINEN

Heisingin kaupunki
Sosiaalivirasto Heisingfors stad
Socialverket **TUTKIMUSLUPA-**
HAKEMUS **ANSÖKAN OM**
FORSKINGS-
TILLSTÄND 5

13 jäsens
 Svar:

14 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

15 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

16 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

17 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

18 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

19 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

20 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

21 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

22 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

23 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

24 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

25 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

26 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

27 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

28 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

29 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

30 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

31 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

32 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

33 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

34 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

35 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

36 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

37 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

38 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

39 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

40 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

41 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

42 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

43 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

44 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

45 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

46 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

47 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

48 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

49 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

50 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

51 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

52 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

53 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

54 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

55 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

56 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

57 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

58 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

59 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

60 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

61 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

62 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

63 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

64 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

65 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

66 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

67 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

68 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

69 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

70 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

71 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

72 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

73 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

74 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

75 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

76 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

77 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

78 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

79 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

80 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

81 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

82 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

83 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

84 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

85 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

86 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

87 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

88 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

89 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

90 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

91 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

92 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

93 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

94 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

95 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

96 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

97 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

98 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

99 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla

100 Nimi / Namn
 Milla / Milla
 Milla / Milla
 Milla / Milla



Heisingin kaupunki
Sosiaalivirasto

Heisingfors stad
Socialverket

**TUTKIMUSLUPA-
 HAKEMUS**

**ANSÖKAN OM
 FÖRSÖKNINGS-
 TILLSTÄND**

3

9
 TUTKIMUS-
 ANESTON
 SUOJAUS
 LUOVUTTA
 KÄYTTÖTAVOITTEET / VASTAAN
 SKYDD AV
 ANSÖKANENS
 MÅLSÄTTNING
 MOT FÖLJANDE
 BEHANDLING

Tutkimustietojen käyttö tutkimuksessa

- 1 Tutkimusaineiston sisältä tutkimustietoja. Understövsgranskningar innebär att rådgivningsuppgifter, forskningsuppgifterna används i andra syften.
- 2 Tutkimustietoa voidaan käyttää eniten analyysivaihtelua. Understövsgranskningar innebär att rådgivningsuppgifterna används i andra syften.
- 3 Analyysi voidaan tehdä tutkimustietojen sisältämistä tiedoista. Analysen görs med rådgivningsuppgifter. Användning av rådgivningsuppgifterna för andra ändamål.

Jos analyysi tehdään tutkimustiedoista, miten aineiston suojaus on järjestetty?
 Om analysen görs med rådgivningsuppgifter, hur har säkerhetsåtgärder av materialiet ordnats?

Allilla käsittelyn aikana suojatusa. Skyddsåtgärder av materialiet som behandlas med sdb
 1 täyskäsittely / fullständig behandling 2 osittain / delvis 3 käytön rajoitukset / användningsbegränsning 4 kukaan ei käytä / ingen använder 5 muu / annat

Kuusieta muu aineistoa tarkemmin ei lisätietojen avulla.
 Beskriv det övriga materialet mer i detalj / övrigt material av behandlingen av data.

Kuka vastaa rekisterintiedosta ja sen tallinnasta (nimen nimi)?
 Vem ansvarar för registerföring och dess lagring (personens namn)?

10
 TUTKIMUS-
 HAKEMUS
 HAVITTU
 MINEN
 ARJOSTON
 FORSTO-
 RANG/
 ANSÖKANENS
 MÅLSÄTTNING
 MATERIALET

Tutkimusaineiston hävittäminen. Företning av undersökningsmaterialiet

- 1 Tutkimusaineisto ja tutkimustiedot hävitetään, mikäli se milloin. Understövsgranskningar och rådgivningsuppgifterna förstörs, hur och när.
- Tutkimuksessa mukana olevat yksilöt (=rynnäköidit) saavat sattuumanvaraisen numerotunnusteen 1-5. Nämä numerotunnukset takaavat yksilöiden pyynnin tunnistamattomuutta.
- Ryhmäoien vastaajat hoitajat palaavat Hyvän hoidon kriteeristöön perustuvien kyselylomakkeiden mukana paperilomakkeen, jolla antavat yksikön RAI-tunnusteen tutkimusaineistojen (1-5) yhtä paperilomakkeeseen. Nämä paperilomakkeet ovat ainoita asiakirjoja, joiden perusteella ryhmäkohti ja RAI-tunniste voidaan yhdistää toisiinsa. Nämä paperilomakkeet säilytetään tutkimuksen tekemisen ajan tutkijan hahussa (tutkimusaineistojen koton) ja hävitetään siippumalla nämä lomakkeet tutkimusaineistojen siippuilla tutkimuksen valmistuttua.
- "Hyvän hoidon kriteeristöön" liittyvät kyselylomakkeet eivät sisällä sellaisia tietoja, jotka perustella ne voisi yhdistää ko. yksikköön. Kyselylomakkeissa tunnistetietona on ainoastaan tutkimusaineistojen kasiin merkittävää yksikön numerotunniste. Kyselylomakkeet hävitetään tutkimuksen valmistuttua siippuilla tutkimuksen valmistuttua.
- Kaikki sähköinen materiaali hävitetään ainoastaan yksilöiden numerotunnustilla. (1-5).

2 Tutkimusaineisto lain tutkimustietoa säilytetään erikseen. Understövsgranskningar utan rådgivningsuppgifter förvaras separat.

3 Tutkimusaineisto tutkimustietoa siippuilla säilytetään. Understövsgranskningar med rådgivningsuppgifter förvaras separat.

Tutkimusaineiston aineisto. Arkivering av undersökningsmaterialiet

1 Irtaan tutkimustietoja. Utan rådgivningsuppgifter

001-530 29.2.2008

Hyvä kollega, vastaava hoitaja dementia-ryhmäkodissa!

Opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Teen nyt opintoihini liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää dementia-yksiköiden hoitotyötä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata hoidon laatua viidessä Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutalon dementia-yksikössä Hyvän hoidon kriteeristöä apuna käyttäen. Tarkoituksena on vertailla näitä kriteerien esiin nostamia laatutekijöitä ja Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten vastuualueen tulokortin RAI-indikaattoreiden lukemia ja löytää vastaavuuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa dementia-ryhmäkotien esimiehille apuvälineitä dementia-yksikön hoitotyön kehittämiseen.

”Hyvän hoidon kriteeristö” on yhteensä 118 väittämästä muodostuva kokonaisuus, jonka kysymykset kohdentuvat viidelle osa-alueelle: 1) Toiminta-ajatus ja arvot, 2) Kuntoutumista edistävä hoitotyö, 3) Läheiset osana hyvää hoitoa, 4) Henkilöstö ja työhyvinvointi ja 5) Kuntoutumista edistävä hoitoympäristö.

Työni edistymiseksi tarvitsen nyt yhteistyöhön dementia-ryhmäkoteja, joiden henkilöstö voi toimia hoidon tämänhetkisen laadun arvioijina ja vastata ”Hyvän hoidon kriteeristön” väittämiin. Kysely kohdistetaan kaikille yksikössä vähintään kolme kuukautta työskennelleille hoitotyöntekijöille koulutustaustasta riippumatta. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Kyselylomakkeet toimitan sisäpostilla yksikön vastaavalle hoitajalle, joka jakaa lomakkeet hoitajille, huolehtii siitä, että hoitajat vastaavat kyselyyn määräajassa, kerää vastauslomakkeet ja lähettää ne määräajan kuluessa minulle sisäpostilla.

Kyselyn tuloksia käsitellen yksikkötasolla. Dementia-yksiköiden laatua kuvatessani en tuo missään vaiheessa esiin sitä, mistä yksiköstä tulokset on kerätty. Kunkin yksikön RAI-tietojen hakemiseen ja käsittelyyn sekä kyselyn tekemiseen minulla on vanhuspalvelujohtajan tutkimuslupa.

Dementia-yksiköiden hoitotyön laadun kehittämisestä innostuneet esimiehet voivat lähettää sähköpostia minulle tarkempien tietojen saamiseksi ja yhteistyön aloittamiseksi. Jään odottamaan vastaustasi! Toivon vastausta 13.12.2010 mennessä!

Yhteistyöstä kiittäen

Arja Lahtinen
vastaava hoitaja, sairaanhoitaja YAMK-opiskelija
Madetojan palvelutalo, dementia-ryhmäkoti Sinikaisla
p. 09 – 310 73499, arja.lahtinen@hel.fi

Hyvä dementiairyhmäkodissa työskentelevä hoitotyöntekijä!

Opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Teen nyt opintoihini liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää dementiayksiköiden hoitotyötä.

Opinnäytetyöni tavoitteena on kuvata hoidon laatua viidessä Helsingin kaupungin sosiaaliviraston palvelutalon dementiayksikössä Hyvän hoidon kriteeristöä apuna käyttäen. Tarkoituksena on vertailla näitä kriteerien esiin nostamia laatutekijöitä ja Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten vastualueen tulokortin RAI-indikaattoreiden lukemia ja löytää vastaavuuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa dementiairyhmäkotiin esimiehille apuvälineitä dementiayksikön hoitotyön kehittämiseen.

”Hyvän hoidon kriteeristö” on Muistiliitto ry:n julkaisema yhteensä 118 väittämästä muodostuva kokonaisuus, jonka kysymykset kohdentuvat viidelle osa-alueelle: 1) Toiminta-ajatus ja arvot, 2) Kuntoutumista edistävä hoitotyö, 3) Läheiset osana hyvää hoitoa, 4) Henkilöstö ja työhyvinvointi ja 5) Kuntoutumista edistävä hoitoympäristö. Yksikkösi esimies on lupautunut yksikkösi osallistuvan tutkimukseeni. Kaikki yksikkösi työntekijät vastaavat ohessa oleviin väittämiin eli ”Hyvän hoidon kriteereihin”. Väittämien arviointi suoritetaan asteikolla 3- 0 siten, että arvo kolme (3) annetaan silloin, kun väittäjä toteutuu hyvin, arvo kaksi (2) silloin, kun väittäjä toteutuu kohtalaisesti, arvo yksi (1), jos väittäjä toteutuu huonosti ja arvo nolla (0) silloin, kun väittäjä ei toteudu lainkaan. Käytä rohkeasti kaikkia vastausvaihtoehtoja!

Kyselyn tuloksia käsittelemme yksikkötasolla. Dementiayksiköiden laatua kuvatessani en tuo missään vaiheessa esiin sitä, mistä yksiköstä tulokset on kerätty. Kunkin yksikön RAI-tietojen hakemiseen ja käsittelemiseen sekä tutkimuksen tekemiseen minulla on vanhuspalvelujohdajan tutkimuslupa.

Yhteistyöstä kiittäen

Arja Lahtinen

vastaava hoitaja, sairaanhoitaja AMK

Madetojan palvelutalo, dementiairyhmäkoti Sinikaisla

p. 09 – 310 73499, arja.lahtinen@hel.fi

HOITOYKSIKÖN TOIMINTA-AJATUS

	toteutuu hyvin	toteutuu kohtalaisesti	toteutuu huonosti	ei toteudu lainkaan
Hoitoyksiköllä on selkeästi ja ymmärrettävästi kirjattu toiminta-ajatus				
Toiminta-ajatuksen taustalla olevat arvot tukevat Dementoituvien ihmisten oikeuksien toteutumista				
Hoitohenkilökunta on osallistunut toiminta-ajatuksen laatimiseen				
Hoitohenkilökunta on sitoutunut toiminta-ajatuksen				
Toiminta-ajatus ohjaa arkipäivän toimintaa				
Toiminta-ajatus ohjaa perehdyttämistä				
Toiminta-ajatus tarkastetaan säännöllisesti				
Toiminta-ajatus on asiakaslähtöinen				
Toiminta-ajatus on sisällyttään konkreettinen				
Toiminta-ajatus sisältää hoitoyksikön arvot				
Toiminta-ajatus sisältää toimintatavat				
Toiminta-ajatus sisältää hoidon tavoitteet				
Toiminta-ajatus sisältää kohderyhmän				

KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

	toteutuu hyvin	toteutuu kohtalaisesti	toteutuu huonosti	ei toteudu lainkaan
Hoito paikan asiakkaat on asianmukaisesti tutkittu ja diagnosoitu				
Asiakkaiden muista sairauksista on olemassa riittävät tiedot				
Hoito paikan asiakkaat saavat asianmukaista hoitoa dementoivaan sairauteensa				
Hoito paikan asiakkaat saavat asianmukaista hoitoa muihin sairauksiinsa				
Asiakkaiden lääkitys tarkastetaan säännöllisesti				
Hoito yksikössä jokaisella asiakkaalla on kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma				
Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää kuntoutussuunnitelman				
Hoito yksikössä jokaisella asiakkaalla on erillinen kuntoutussuunnitelma				
Hoito- ja palvelusuunnitelma rakentuu asiakkaan voimavaroille				
Hoito- ja palvelusuunnitelma huomioi fyysisen tuen tarpeen				
Hoito- ja palvelusuunnitelma huomioi psyykkisen tuen tarpeen				
Hoito- ja palvelusuunnitelma huomioi sosiaalisen tuen tarpeen				
Hoito- ja palvelusuunnitelma huomioi hengellisen tuen tarpeen				
Hoito- ja palvelusuunnitelma pohjaa sairastuneen elämänselämään, tapoihin ja tottumuksiin				
Asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa käytetään muistia arvioivia mittareita				
Asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa käytetään päivittäistä toimintakykyä arvioivia mittareita				
Asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa käytetään mielialaa arvioivia mittareita				
Hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittu moniammatillisesti				
Hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittu yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa				
Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää hoidon tavoitteet				
Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää keinot tavoitteiden saavuttamiseksi				
Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää vastuhenkilöt				
Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää aikataulut				
Hoito- ja palvelusuunnitelma on sisällyttään konkreettinen				
Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa päivittäistä hoitotyötä				
Hoito- ja palvelusuunnitelma arvioidaan säännöllisesti				

	toteutuu hyvin	toteutuu kohtalaisesti	toteutuu huonosti	ei toteudu lainkaan
Jos asiakas on tehnyt hoitotahdon tai vastaavan, sitä säilytetään hänen asiakaspapereissaan				
Jos asiakas on tehnyt hoitotahdon tai vastaavan, sitä noudatetaan				
Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu säännöllisesti 3 krt / vrk				
Hoitotyön kirjaaminen sisältää asiakkaan oman palautteen / omia ilmaisuja				
Hoitotyön kirjaaminen on asiakkaan käyttäytymistä, mielialaa, toimintakykyä sekä fyysistä tilaa kuvailevaa				
Hoitotyön kirjaaminen on arvioivaa suhteessa hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteisiin				
Hoitopaikassa on jokaisella asiakkaalle muistisairauksiin perehtynyt oma- tai vastuuhoitaja				
Hoitopaikassa on muistisairauksiin perehtynyt lääkäri				
Hoitoyksikössä on tehty lääkehoidon suunnitelma				
Hoitoyksikössä lääkehoitoa toteutetaan lääkehoidon suunnitelman mukaisesti				
Lääkehoidon koulutuksen saaneille järjestetään täydennyskoulutusta				
Käyttösoireet nähdään osana sairautta				
Käyttösoireet kirjataan tarkasti kuvaten				
Käyttösoireisiin pyritään selvittämään laukaisevat tekijät				
Käyttösoireisiin valitaan ensisijaisesti lääkkeettömät auttamismenetelmät				
Omaisten kanssa keskustellaan käyttösoireista				
Henkilökunta ymmärtää käyttösoireen kuormittavuuden asiakkaalle				
Henkilökunta pyrkii turvallisuudentunteen vahvistamiseen				
Henkilökunta pyrkii itsemääräämisoikeuden toteutumiseen arjen valinnoissa				
	toteutuu hyvin	toteutuu kohtalaisesti	toteutuu huonosti	ei toteudu lainkaan
Asukkaiden itsenäistä ruokailua tuetaan				
Asukkaat saavat osallistua mahdollisuuksien mukaan ruoan valmistamiseen				
Asukkaat saavat osallistua mahdollisuuksien mukaan pöydän kattamiseen				
Asukkaat saavat osallistua mahdollisuuksien mukaan jälkien siivoamiseen				
Asukkaiden ravitsemustilaa seurataan säännöllisesti				
Asukkaiden ravitsemustilan arvioinnissa käytetään mittareita				
Kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan suunnitelmallisesti ja säännöllisesti				
Kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan yksilöllisesti ja asiakkaan voimavarat huomioon ottaen kaikissa toiminnoissa				
Kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan ohjattuna pienryhmätoimintana siten, että asiakkaalla on mahdollisuus onnistumisen elämyksiin ja iloon				
Asiakas voi ulkoilla turvallisesti päivittäin				
Asiakas voi vetäytyä halutessaan omaan rauhaan				

LÄHEISET OSANA HYVÄÄ HOITOA

	toteutuu hyvin	toteutuu kohtalaisesti	toteutuu huonosti	ei toteudu lainkaan
Läheisiitä selvitetään sairastuneen elämänhistoria, tavat ja tottumukset				
Läheisiitä selvitetään heidän odotuksensa muistisairaahan hoidosta				
Läheisiitä selvitetään heidän omat tuen tarpeensa				
Läheiselällä on mahdollisuus osallistua sairastuneen hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon, toteutukseen ja arviointiin				
Läheiselällä on mahdollisuus osallistua hoitopaikan arkeen oman jaksamisensa ja halunsa mukaan				
Läheiset saavat tietoa sairastuneen sairauden kulusta				
Läheiset saavat tietoa sairastuneen hoidosta ja lääkityksestä				
Läheiset saavat tietoa tarjolla olevista palveluista				
Läheiset saavat tietoa taloudellisista tukimuodoista				
Hoitopaikka tarjoaa läheisille mahdollisuuden käsitellä muistisairauden herättämiä tunteita hoitohenkilökunnan kanssa				
Hoitopaikka ohjaa omaisten vertaistukiryhmiin ja – palveluihin				
Hoitopaikka ohjaa tarvittaessa muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen ja vuorovaikutussuhteen ylläpitämiseen				
Hoitopaikka järjestää omaisteniltoja				
Hoitopaikka kerää läheisiltä palautetta hoidosta				

HENKILÖSTÖ JA TYÖHYVINVOINTI

	toteutuu hyvin	toteutuu kohtalaisesti	toteutuu huonosti	ei toteudu lainkaan
Henkilökunnalla on terveys- tai sosiaalialan peruskoulutus				
Henkilökunnalla on erityinen perehtyneisyys muistisairaiden ihmisten hoitotyöhön				
Henkilökunta – asiakassuhde on laatusuosituksen mukainen				
Yksikössä on yöhoitaja, joka on koko ajan paikalla				
Yksiköllä on kirjallinen ja tavoitteellinen koulutus- ja kehittämissuunnitelma				
Yksiköllä on perehdytysuunnitelma				
Yksiköllä on mahdollisuus työnohjaukseen				
Yksiköllä on yhteiset keskustelufoorumit, esim. osastokokoukset				
Yksiköllä on toimiva tiedonkulku				
Yksiköllä on mahdollisuus tarpeen mukaan konsultoida eri alojen asiantuntijoita				
Henkilökunnan hyvinvoinnin ja asukkaiden hyvinvoinnin ymmärretään liittyvän toisiinsa				
Kritiikkiä osataan ottaa vastaan ja antaa rakentavasti				
Työilmapiiriä arvioidaan säännöllisin väliajoin				
Johtamisen käytännöt tukevat työryhmänä toimimista				
Johtamisen käytännöt kannustavat yhteistyöhön				
Johtamisen käytännöt tukevat työssä kehittymistä				
Johtamisen käytännöt rohkaisevat työntekijöiden erityisosaamisen ja –ominaisuuksien käyttöä				
Johtamisen käytännöt tukevat palautteen antamiseen				
Yksittäisillä työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa työn sisältöön ja kehittämiseen				
Yksittäisillä työntekijöillä on mahdollisuus käydä kerran vuodessa kehittämiskeskustelu				
Kehittämiskeskustelun pohjalta hänelle laaditaan tavoitteellinen koulutus- ja kehittämissuunnitelma				

	toteutuu hyvin	toteutuu kohtalaisesti	toteutuu huonosti
KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOYMPÄRISTÖ			
Hoitopaikan tilaratkaisut ovat selkeitä ja turvallisia asukkaille			
Hoitopaikan tilaratkaisut antavat riittävästi tilaa liikkua			
Hoitopaikan tilaratkaisut kannustavat toimintaan ja sosiaaliseen kanssakäymiseen			
Itsenäistä selviytymistä tuetaan tarvittavin apuvälinein (esim. wc-istuimen koroke)			
Itsenäistä selviytymistä tuetaan hahmottamista helpottavin vihjein			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota riittävään valaistukseen ja häikäisyn minimoimiseen			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota kaikumisen ja melun ehkäisyyn			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota esteettömään kulkuun			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota kulunvalvontaan (esim. lukitut ulko-ovet)			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota orientoitumista helpottaviin vihjeisiin (esim. väri- ja vuodenaikakoodit)			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota hahmottamista helpottaviin tekijöihin			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota kodinomaiseen väri- ja tuoksumailmaan			
Hoitopaikan oleskelutiloissa ja huoneissa on kiinnitetty huomiota virikkeellisyteen			
Asukkaalla on mahdollisuus tuoda omia tavaroitaan hoitopaikkaan			

Kiitos vastauksistasi!

Yksikön esimiehelle, vastaavalle hoitajalle;
Täytettäväksi ja taustatietojen keräämiseksi

Yksikön nimi _____

Yksikön RAI – yksikkötunniste (pt...) _____

Yksikön asukapaikkaluku _____

Henkilöstön lukumäärä:

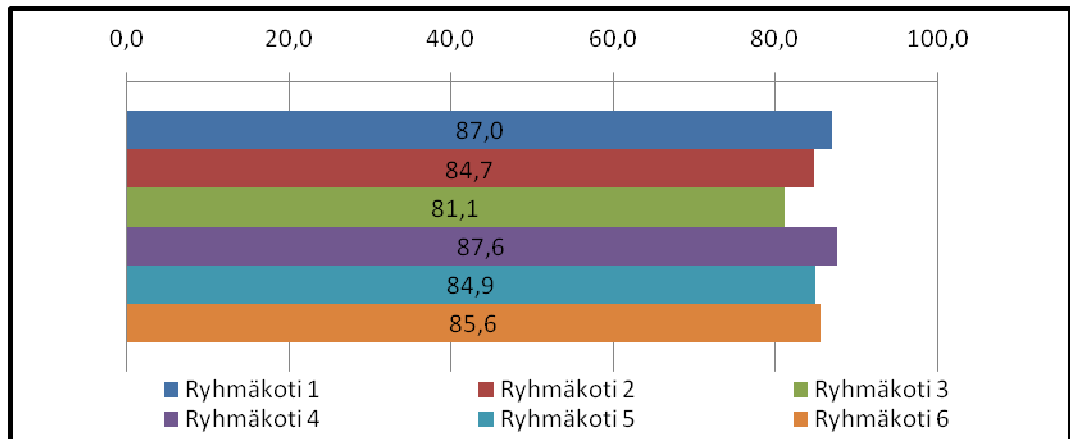
sairaanhoitajat _____

lähi- /perushoitajat _____

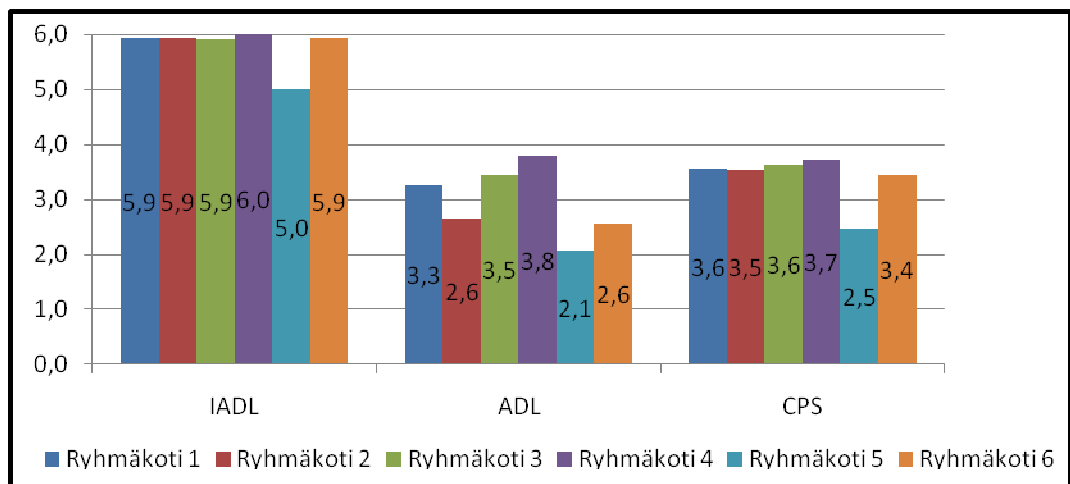
hoitoapulaiset _____

Muuta palautetta / kommentteja

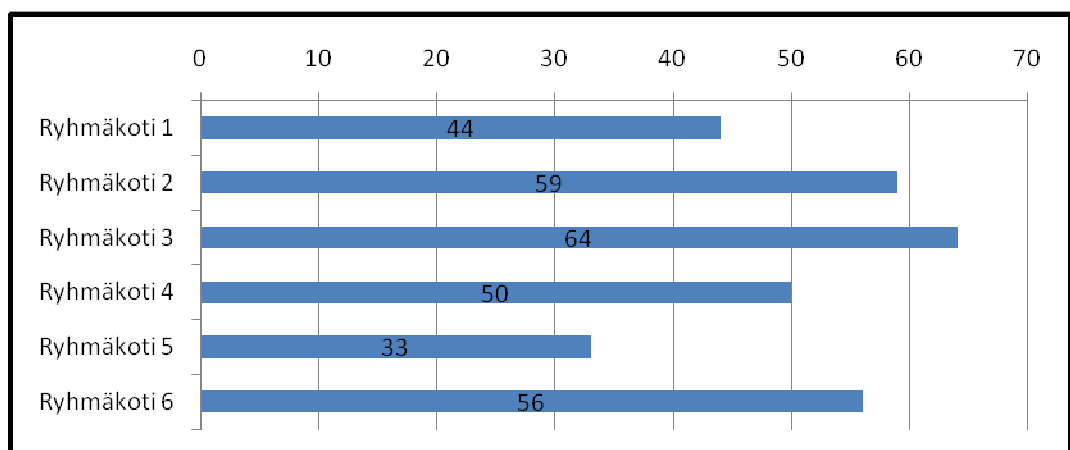
Kiitokset vastauksista!



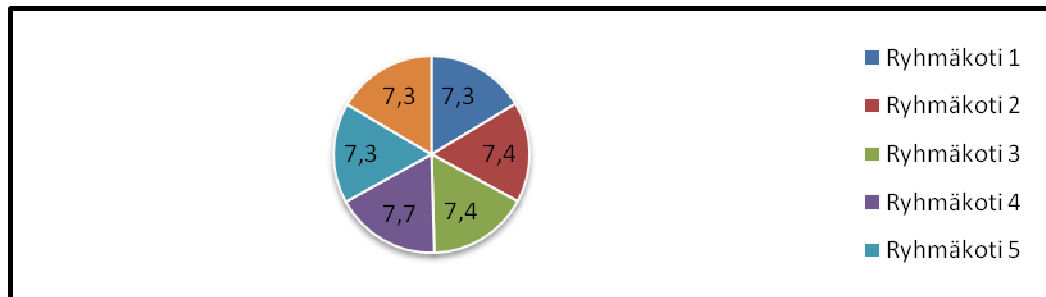
Kuvio 1. Ryhmäkotien asukkaiden keski-ikä



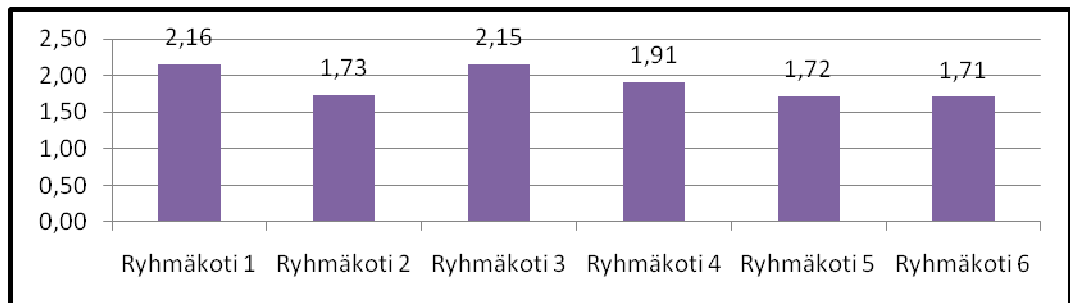
Kuvio 2. Asioiden hoitoon liittyvät vaikeudet, päivittäinen toimintakyky ja aivojen vajaatoiminnan aste ryhmäkoteittain



Kuvio 3. Käyttöoireisten asukkaiden % -osuus kaikista ryhmäkodin asukkaista



Kuvio 4. Asukkaiden käyttämien lääkkeiden määrä, keskiarvot ryhmäkodeittain



Kuvio 5. Hoitohenkilökunnan kustannuspainoindeksi, keskiarvo

LIITE 7

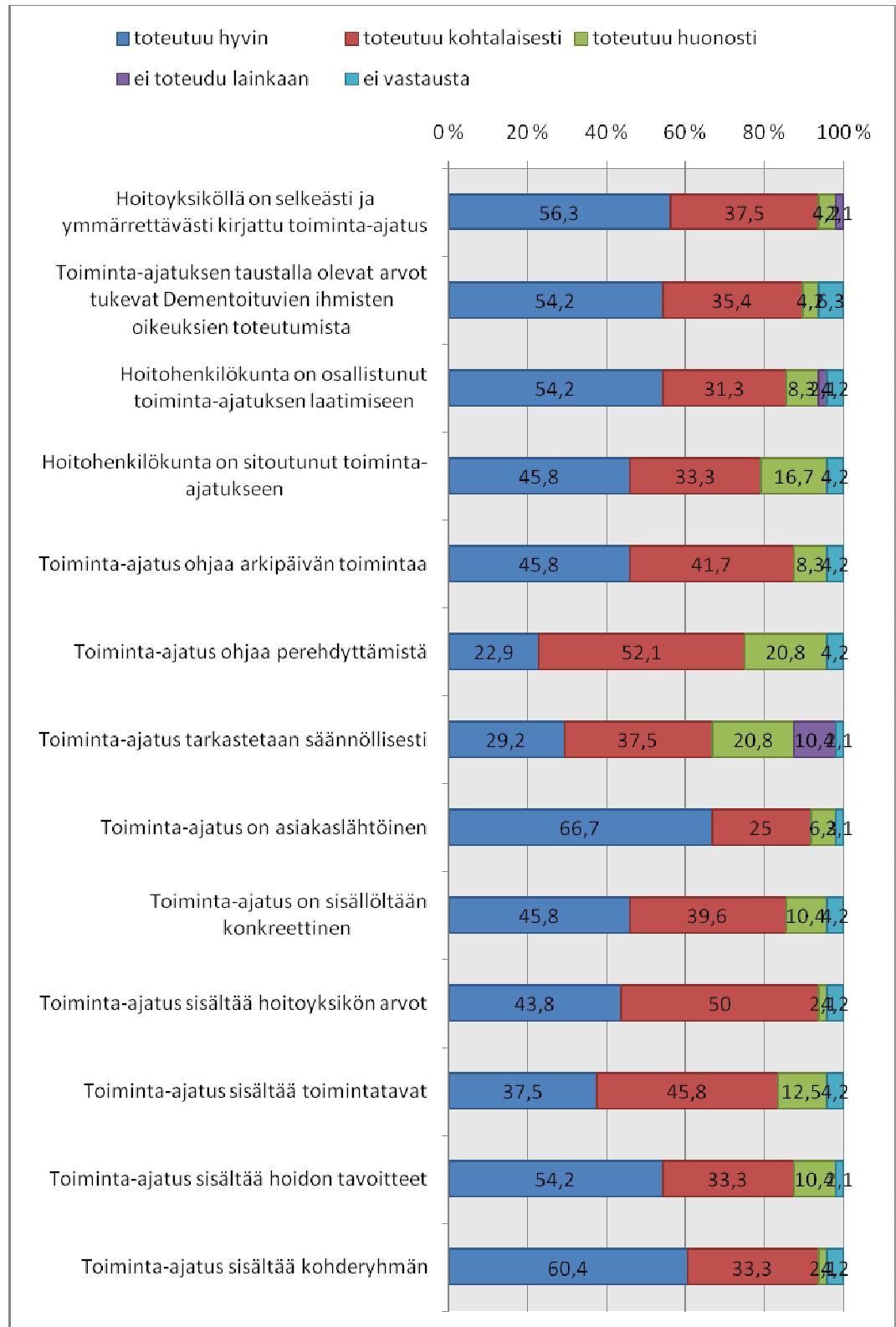
RAI- laatuindikaattorit, dementiaryhmäkodit 1-6

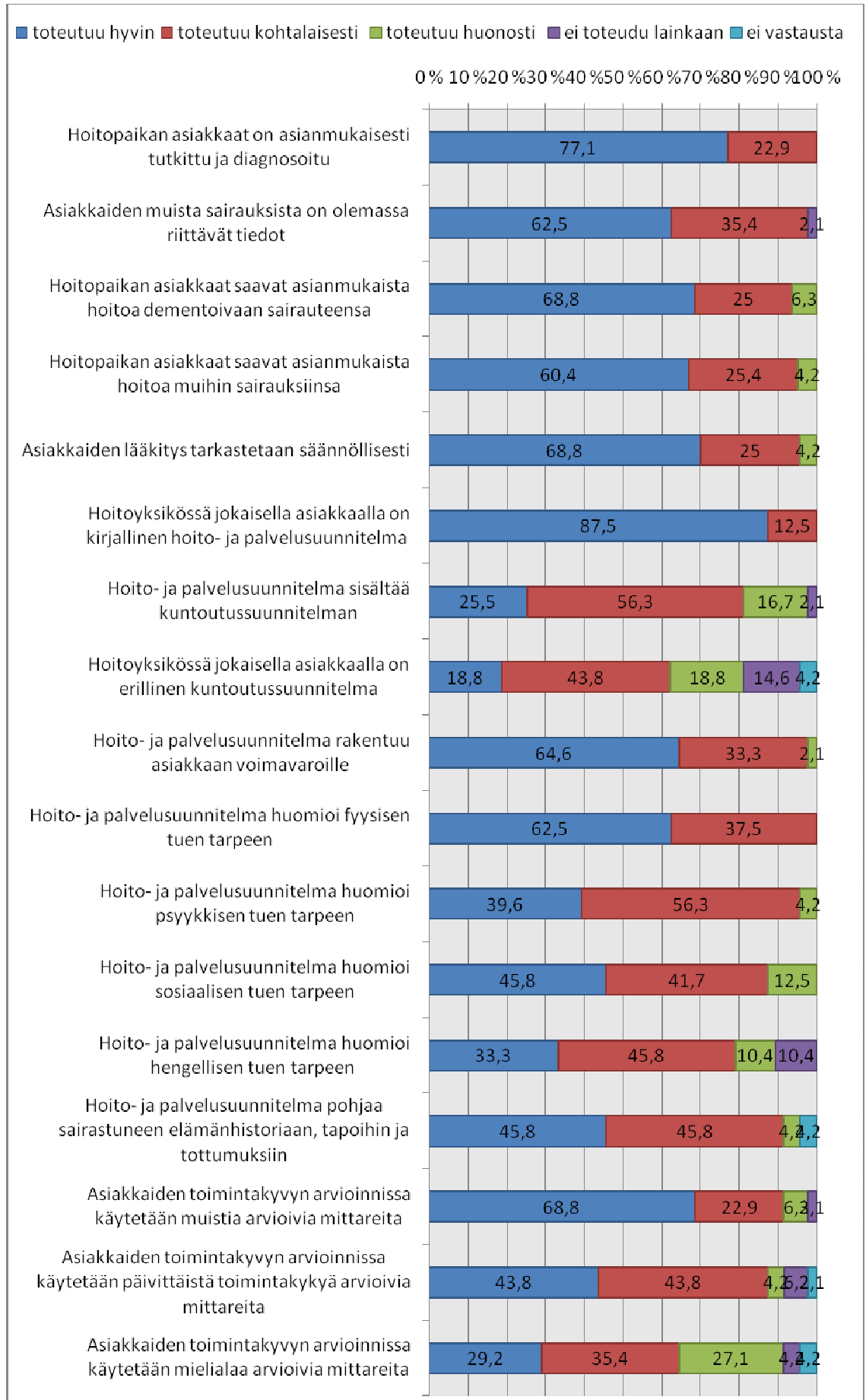
	M. riski, Toim.kyvyn lasku - pitkään säilyvät taidot, %	Painon lasku, %	Lääkäri ei tarkistanut lääkitystä, %	Antipsykootit, %	Antioksidantit, %	Unilääkkeet, %
	2010_2	2010_2	2010_2	2010_2	2010_2	2010_2
Ryhmäkoti 1	33	13	0	56	25	0
Ryhmäkoti 2	18	6	6	59	29	0
Ryhmäkoti 3	13	9	0	27	36	27
Ryhmäkoti 4	38	0	14	43	14	21
Ryhmäkoti 5	0	7	27	33	20	0
Ryhmäkoti 6	36	6	38	31	44	0
Kaikkien ryhmäkotien keskiarvo	23	7	14	42	28	8

Ei liikkumisapuväl. vaikka vaikeuksia, %	Ei kuntoutusta vaikka mahdollisuus, %	Laiminlyönti/kaltoinkohtelu, %	Sosiaalinen eristäytyminen, %	Kielteinen mieliala, %	
2010_2	2010_2	2010_2	2010_2	2010_2	
19	100	0	0	6	1
13	17	35	12	12	2
18	75	18	0	18	3
14	71	36	0	7	4
47	50	7	7	20	5
6	0	38	0	13	6
20	52	22	3	13	k.a.

”Hyvän hoidon kriteerit” / kaikki ryhmäkodit

N = 48





■ toteutuu hyvin ■ toteutuu kohtalaisesti ■ toteutuu huonosti ■ ei toteudu lainkaan ■ ei vastausta

