

Emilia Kinnunen ja Emmilotta Kinnunen
**DEMENTOITUNEIDEN HOIDON LAATU OMAISTEN AR-
VIOIMANA EEVAKODISSA**

Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2010

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola	Aika Huhtikuu 2010	Tekijä/tekijät Emilia Kinnunen Emmilotta Kinnunen
Koulutusohjelma Hoitotyönkoulutusohjelma, Hoitotyön- ja terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto		
Työn nimi Dementoituneiden hoidon laatu omaisten arvioimana Eevakodissa		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Klemola	Sivumäärä 43+3 liitettä	
Työelämäohjaaja Eevakodin johtaja, Eeva Penttinen		
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoidon laatua Eevakodissa omaisten arvioimana. Tavoitteena oli saatua tietoa hyödyntämällä kehittää ja parantaa Eevakodin hoidon laatua siten, että se tukee asukkaiden hyvän elämän toteutumista.</p> <p>Tutkimuksessa käytimme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu toteutettiin avoimella kyselylomakkeella, joka sisälsi yhteensä 10 avointa kysymystä. Aineisto kerättiin joulukuun 2009 ja tammikuun 2010 aikana. Tutkimuksen tiedonantajina olivat Eevakodin asukkaiden lähiomaiset. Kyselylomake lähetettiin 20 omaiselle, joista puolet vastasi kyselyyn. Analysoimme saadun tutkimusaineiston sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että Eevakodin asukkaiden omaiset olivat pääosin tyytyväisiä hoidon laatuun. Heidän mielestään hoidossa on tärkeää asiakaslähtöisyys ja yhteisöllisyys. Omaisten mukaan asiakaslähtöisyyteen kuuluvat fyysisten tarpeiden huomiointi, yksilöllisyys ja voimavaralähtöisyys. Yhteisöllisyyteen omaiset sisällyttivät inhimillisen kohtaamisen sekä ajankulun ja tekemisen. Näiden lisäksi omaiset pitivät hoidon laadussa tärkeänä fyysistä hoitoympäristöä ja yhteistyötä omaisten kanssa. Omaiset olivat erittäin tyytyväisiä hoitokodin tiloihin ja sisustukseen. Hyvä fyysinen hoitoympäristö muodostuu omaisten kokemusten mukaan kodinomaisuudesta, viihtyisyydestä ja turvallisuudesta. Omaiset kokivat, että heidät huomioitiin hoidossa hyvin. Yhteistyö omaisten kanssa sisälsi omaisten luottamuksen hoitoon, omaisten ja henkilökunnan välisen vuorovaikutuksen sekä omaisten kuulemisen.</p> <p>Omaiset kaipasivat lisää toiminta- ja harrastusmahdollisuuksia, kuten liikuntaa, ulkoilua sekä musiikkia ja leikkejä. Hoitohenkilökunnalta omaiset toivoivat enemmän sosiaalista kanssakäymistä. Osa omaisista ilmaisi myös huolestuneisuutensa hoitohenkilökunnan riittävytydestä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön johtopäätöksinä voidaan todeta, että omaiset olivat hoidon laatuun pääosin tyytyväisiä. Hoidon laatua kehitettäessä omaisten mukaan tulee erityisesti kiinnittää huomiota toiminta- ja harrastusmahdollisuuksien lisäämiseen. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ja suunniteltaessa Eevakodin hoitoa.</p>		
Asiasanat Dementia, hoito, laatu, omaiset		



ABSTRACT

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Social- and health care	Date April 2010	Author Emilia Kinnunen Emmilotta Kinnunen
Degree programme Nursing Degree Programme Nursing and Public Health Nursing Degree Programme		
Name of thesis The Quality of Dementia Care in Eevakoti Evaluated by Relatives		
Instructor Principal Lecturer, D.N.Sc. Annukka Klemola	Pages 43+3	
Supervisor Eeva Penttinen		
<p>The purpose of this study was to determine the quality of care in Eevakoti evaluated by relatives. The goal was to utilize the obtained information in order to develop and improve the quality of care, so that it would support the implementation of the inhabitants' good life.</p> <p>In our study, we used a qualitative research method. Data collection was conducted by an open questionnaire, which contained a total of 10 essay questions. The material was collected in December 2009 and January 2010. Study informants were Eevakoti's residents' next of kins. Questionnaires were sent to 20 relatives, half of whom responded. We analyzed data obtained from research using content analysis.</p> <p>The results indicated that relatives were mostly satisfied with the quality of care. They feel that the treatment is important to customer orientation and sense of community. Customer orientation is paying attention to physical needs, individuality and resource-orientedness. Communality included human confortation, passing the time and having something to do. In addition, the parties considered the physical environment important in the quality of care and also cooperation with relatives. Relatives were very satisfied with the care home premises and the interior. Good physical care environment consists of relevant experience of the home-like cozyness, comfort and safety. Relatives felt that they were taken into consideration in the treatment well. Cooperation with relatives included treatment, interaction between relatives and staff and the relevant consultation. Relatives wanted more activity and leisure opportunities, such as sports, outdoor activities and music. From the nursing staff concerned relatives had hoped for more social interaction. Part of the relatives also expressed concern about the adequacy of nursing staff.</p> <p>Conclusions from this study can be said that the relatives were mostly satisfied with the quality of care. The development of the quality of care that should involve, in particular drawing attention to the activity and leisure opportunities. This study can be utilized in developing and designing care at Eevakoti.</p>		
Keywords dementia, care, quality, relatives		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 DEMENTOITUNEEN HOITO	3
2.1 Dementia sairautena	3
2.2 Dementoituneiden hoitotyön erityispiirteitä.....	4
2.3 Dementoituneen turvallinen ympäristö	8
3 HOIDON LAATU	11
3.1 Laadun määrittelyä.....	11
3.2 Dementoituneet ja hoidon laatu	12
3.3 Omaiset hoidon laadun arvioijina	14
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
6.1 Tutkimuksen toimintaympäristö	19
6.2 Tiedonantajien kuvaus	20
6.3 Tutkimusmenetelmä	20
6.4 Tutkimustulosten analysointi.....	22
7 TUTKIMUSTULOKSET	23
7.1 Omaisten kokemuksia hoidon laadusta Eevakodissa	23
7.1.1 Asiakaslähtöisyys	23
7.1.2 Yhteisöllisyys	24
7.1.3 Hyvä fyysinen hoitoympäristö	24
7.1.4 Yhteistyö omaisten kanssa.....	25
7.2 Omaisten kehittämisehdotuksia hoidon laadun parantamisessa.....	26
7.2.1 Toiminnallisuutta tukeva hoitoympäristö	26
7.2.2 Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen	27
8 POHDINTA	29
8.1 Tulosten tarkastelua	29
8.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	31
8.3 Tutkimuksen etiikka	34
8.4 Jatkotutkimusaiheita	35
8.5 Oppimiskokemukset	36
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	38
LÄHTEET	39
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalvelujen, palveluasumisen ja kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä oli vuoden 2005 lopussa yhteensä noin 32500 dementiaa sairastavaa asiakasta. Viime vuosina dementiaa sairastavien asiakkaiden määrä on kasvanut kaikissa palveluissa. Vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastolla noin puolella asiakkaista on jokin dementoiva sairaus. Lähes 10000 dementiaa sairastavaa asui vuonna 2005 tehostetussa palveluasumisessa, jolla tarkoitetaan ikääntyneille suunnattua ympärivuorokautista valvontaa sisältävää asumismuotoa. (Stakes 2007.) Dementoivien sairauksien esiintyvyys kasvaa iän myötä. Euroopassa 65 - 69-vuotiailla noin kahdella prosentilla on arvioitu olevan dementoiva sairaus, mutta 74 - 79-vuotiailla vastaava luku on jo 8,6 prosenttia. Yli 90-vuotiaista dementoiva sairaus on joka kolmannella. Väestötutkimuksen mukaan vuonna 2005 Suomessa oli noin 85000 keskivaikeasti tai vaikeasti ja noin 35000 lievästi dementoitunutta ihmistä. Noin 7000 työikäisellä on jokin dementoiva sairaus. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 10.) Vuonna 2015 dementoituneiden määräksi arvioidaan noin 107000, mutta jo vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan noin 150000 (Luoma 2007, 12-13). Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 44). Dementiaa aiheuttavista sairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, joka on 65-70 prosentilla kaikista sairastuneista (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 9).

Opinnäytetyömme käsittelee dementoituneiden hoidon laatua hoitokodissa omaisten arvioimana. Teimme opinnäytetyömme Eevakotiin, joka on yksityinen hoitokoti Keski-Suomessa, Kinnulassa. Eevakoti tuottaa ympärivuorokautista asumispalvelua, ja siellä hoidetaan pääasiassa dementiaa sairastavia henkilöitä. Hoitokodissa on tehty viime syksynä tutkimus hoitohenkilökunnan kokemuksista hoidon laadusta ITE-menetelmällä. Opinnäytetyömme tukee hoidon laadun kokonaisvaltaista kehittämistä. Tutkimuksen aiheen saimme Eevakodin johtajalta. Dementoituneiden hoito kiinnostaa meitä, koska olemme molemmat saaneet tehdä töitä kyseisessä hoitokodissa dementoituneiden asukkaiden parissa. Vanhusten hoitotyön laatu ja vanhusten kohtelu ovat olleet myös julkisuudessa esillä viime aikoina.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoidon laatua Eevakodissa omaisten arvioimana.

Tutkimuksen tavoitteena on saatua tietoa hyödyntämällä kehittää ja parantaa Eevakodin hoidon laatua siten, että se tukee asukkaiden hyvän elämän toteutumista. Dementiapotilaiden hoidon laadun arviointi asiakasnäkökulmasta on haasteellista, koska perinteisiä haastattelu- ja kyselymenetelmiä ei heillä voi käyttää. Tavallisesti hoidon laadusta kysytään asiakkaan omaiselta tai hänet hyvin tunnevalta henkilöltä. (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä-Leinonen & Andersson 2008, 133.) Hoidon laatua on tutkittu paljon sekä Suomessa että kansainvälisesti. Usein hoidon laadun arvioijana ovat potilaat, jotka arvioivat yleensä hoidon laadun hyväksi. (Kvist 2004, 20.)

Opinnäytetyössämme aluksi esittelemme teoriatietoa dementiasta, dementoituneiden hoitoon liittyvistä erityispiirteistä ja turvallisesta hoitoympäristöstä. Lisäksi olemme käsitelleet hoidon laatua ja omaisia hoidon laadun arvioijina. Teoreettisen viitekehyksen lopussa kerromme, mitä dementoituneiden hyvän hoidon laatuun yhteydessä olevia tekijöitä meidän tutkimukseemme liittyy. Opinnäytetyön rakenne etenee siten, että esitämme meidän tutkimuskysymyksemme ja tutkimuksen toteuttamisen, johon liittyy tutkimuksen toimintaympäristön esittely, tiedonantajien kuvaus sekä tutkimusmenetelmä ja tutkimustulosten analysointi. Sen jälkeen esittelemme omaisten kokemusten pohjalta muodostuneet tutkimustulokset. Opinnäytetyön lopussa on pohdinta, joka sisältää tutkimustulosten tarkastelua, luotettavuutta, eettisyyttä sekä jatkotutkimusaiheita ja omia oppimiskokemuksia. Lopussa esitämme tutkimustulosten pohjalta tekemämme johtopäätökset.

2 DEMENTOITUNEEN HOITO

2.1 Dementia sairautena

Dementiassa on kyse oireyhtymästä eli syndroomasta eikä erillisestä sairaudesta. Elimellisestä syystä, tavallisimmin aivoja vaurioittavasta sairaudesta tai vammasta johtuva dementia aiheuttaa muistihäiriön lisäksi laajempaa henkisen toiminnan ja muiden aivotoimintojen heikentymistä verrattuna henkilön aikaisempaan tasoon. Sairauden myötä ihminen menettää pikkuhiljaa kykynsä toimia ja huolehtia itsestään. Sairauden loppuvaiheessa dementoitunut on täysin riippuvainen muista. Elin- ja toimintakyvyn säilyminen on kuitenkin yksilöllistä, mihin vaikuttaa annettu hoito ja palvelu. Sairastumisaika kestää yleensä vuosia. Varhainen oikea diagnoosi ja asianmukainen lääkehoito ovat tärkeitä, koska osa dementiaa aiheuttavista sairauksista on parannettavissa tai ainakin niiden aiheuttamia oireita voidaan lievittää monien vuosien ajan. Dementia on nykyisin tärkein oireyhtymä, joka vaatii pitkäaikaishoitoa. Suomessa dementiaoireisten hoitoon kuluu jopa neljä miljardia euroa vuodessa, joka on kuusi prosenttia kaikista terveys- ja sosiaalimenoista. Laitoshiitoon siirtymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat dementoivaan sairauteen liittyvät oireet ja muut sairaudet, fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, suuri avun tarve, käytösoireet sekä omaisen jakaminen ja sosiaaliset kysymykset. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 9; Erkinjuntti 2006, 94; Finne-Soveri 2008, 26-27; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82; Winblad & Heimonen 2004, 73.)

Keskeisiä oireita dementiassa ovat muistin heikentyminen, esimerkiksi uuden oppimisen vaikeutuminen ja vaikeus palauttaa mieleen aiemmin opittua. Dementoituneilla ilmenee myös orientaatio-ongelmia, joita ovat esimerkiksi eksyminen sekä tietämättömyys ajasta ja paikasta. Dementiaan saattaa liittyä myös afasiaa eli kielellisiä häiriöitä, agnosiaa eli oikeiden sanojen löytämisen, tuttujen kasvojen, esineiden ja hahmottamisen vaikeutta sekä apraksiaa eli kätevyyden ja liikkeen koordinoinnin heikkenemistä. Oireena voi esiintyä myös vaikeuksia tuloksiin tähtäävissä toiminnoissa ja toiminnanohjauksessa, esimerkiksi suunnitelmallisuudessa tai kokonaisuuden jäsentämisessä. Toimintojen heikentyminen aiheuttaa rajoituksia potilaan itsenäiseen ammatilliseen ja sosiaaliseen selviytymiseen. Dementia voi olla joko ohimenevää, etenevää tai pysyvää. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82, 106; Eloniemi-Sulkava 2006, 26; Erkinjuntti ym. 2006, 43 - 44.)

Käyttösoiretilanteita, joilla tarkoitetaan haitallisia henkisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia, tulisi pyrkiä ehkäisemään ennalta. Niitä esiintyy noin 90 prosentilla dementiapotilailla jossakin sairauden vaiheessa. Tavallisimpia käyttösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, persoonallisuuden muutokset, uni- ja valverytmin häiriöt, seksuaaliset käyttösoireet sekä psykoottiset oireet, kuten näkö- ja kuuloharhat. (Sormunen ym. 2008, 125; Vataja 2006, 98 - 103.) Käyttösoireiden syntyyn vaikuttavat erilaiset fyysiset, lääketieteelliset ja psykologiset tekijät, mutta myös ihmisen elämäkululla, persoonallisuudella ja kulttuuritaustalla voi olla merkitystä. Käyttösoireisen ihmisen auttamisessa ensisijaista on oireiden syyn selvittäminen, laukaisevien tekijöiden poistaminen ja lääkkeetön hoito. Käyttösoireiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä ensimmäisenä täytyy sulkea pois mahdolliset fyysiset tekijät, joita voivat olla esimerkiksi kipu tai huono ravitsemus, ja lääketieteelliset tekijät, kuten lääkkeen haittavaikutus tai jokin oheissairaus. Sairastuneen peruspersoonallisuuden ja elämähistorian tunteminen sekä keskustelut omaisten kanssa auttavat arvioimaan tilanteita ja tapahtumia. Kokonaisuuden kartoitus auttaa ymmärtämään käyttösoireen syntyyn liittyviä tekijöitä ja suunnittelemaan hoitoa niiden mukaan. Käyttösoireiden lääkehoito vaatii erikoisasiantuntemusta ja kokemusta. (Sormunen ym. 2008, 129; Eloniemi-Sulkava 2008, 14 - 16.)

Alzheimerin tauti on yleisin, etenevä ja dementiaan johtava muistisairaus, joka alkaa usein muistihäiriöillä. Se käsittää 65 - 75 prosenttia keskivaikeista ja vaikeista demensioista. (Erkinjuntti ym. 2006, 76; Finne-Soveri 2008, 26.) Muita yleisimpiä muistisairauksia ovat vaskulaarinen eli verenkiertohäiriöistä johtuva dementia sekä Lewyn kappale -tauti, jotka molemmat käsittävät 15 prosenttia muistisairauksista. Myös kaikkien näiden sekamuotoja esiintyy. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 85.) Harvinaisempia dementiaa aiheuttavia sairauksia ovat Parkinsonin tautiin ja alkoholin tai muiden päihteiden käyttöön liittyvä dementia, Creutzfeldt-Jakobin tauti sekä kilpirauhasten vajaatoimintaan ja B-vitamiinipuutokseen liittyvä dementia (Finne-Soveri 2008, 26).

2.2 Dementoituneiden hoitotyön erityispiirteitä

Ikääntyneiden hoidon ja palvelun lähtökohtana on asiakaslähtöisyys, jossa asiakas on kai-

ken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38 - 41). Laadukas hoito on asiakaslähtöistä silloin, kun asiakas ja hänen omaisensa otetaan mukaan hoitoa koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 31). Asiakaslähtöisyydessä asiakkaalle annetaan valinnan mahdollisuuksia ja kunnioitetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Päätöksentekoon ja valintoihin kannustaminen on tärkeää. Oman autonomian säilyttämistä voidaan edistää luomalla yksilöllisiä menettelytapoja esimerkiksi syömiseen tai hygieniaan liittyvissä tilanteissa sekä antamalla vaihtoehtoja asiakkaiden omien valintojen tekemisen helpottamiseksi. Asiakkaille tulee tarjota yksityistä tilaa, mutta asiakasta ei saa jättää yksin. Yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioiminen on tärkeää. (Kaukonen 2003, 39; Zingmark, Sandman & Norberg 2002.) Kun hoitoa ja palvelua suunnitellaan ja tarkastellaan asiakkaan kannalta, täytyy tietää, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Lisäksi hoitoyksikön täytyy määritellä, mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan juuri siinä työyksikössä. (Voutilainen ym. 2002, 38 - 41.)

Tutkimusten mukaan on tärkeää, että vanhus voi dementoituvasta sairaudesta huolimatta elää hyvää ja arvokasta elämää mahdollisimman omatoimisesti ja itsenäisesti kykyjensä mukaan. Sitä voidaan tukea erilaisilla aktiviteeteilla, joiden järjestämisessä tulee ottaa huomioon asukkaan jäljellä olevat voimavarat sekä omat toiveet ja odotukset. Siihen kuuluvat olennaisesti yhdessä eläminen sekä osallistuminen päivittäisiin toimintoihin, arkipäivän askareisiin ja viriketoimintaan. (Kaukonen 2003, 57; Raita 2002, 57 - 58, 63 - 65; Voutilainen, Backman & Paasivaara 2002, 117; Winblad & Heimonen 2004, 74; Zingmark ym. 2002.) Kuntouttava ja asiakaslähtöinen toiminta edellyttää asukkaiden kuuntelemista, toimintakyvyn huomioimista arjen askareissa sekä avun tarpeen arvioimista ja asukkaan kanssa yhdessä tekemistä (Kaukonen 2003, 40 - 41). Avun tarjoaminen oikeaan aikaan on tärkeää. Sitä ei saa antaa liian aikaisin, ettei asukas menetä omaa toimintakykyään. Toisaalta asukas voi ehtiä menettää kärsivällisyytensä, jos apua tarjotaan liian myöhään. (Zingmark ym. 2002.) Voimavaralähtöisyyttä heikentää liiallinen hoitaminen, puolesta tekeminen ja holhoaminen (Kaukonen 2003, 38).

Ikäihmisten laatusuosituksen mukaan asukkailla täytyy olla mahdollisuus yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen kodinomaisessa ympäristössä (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 39 - 42). Yhteisöllisyyteen kuuluu ihmisten välinen vuorovaikutus ja toiminta. Se ymmärretään yhteisenä tekemisenä ja yhdessä olemisen tunteena, mihin liittyy

olennaisesti yhteisön jäsenten tunteminen ja välittäminen toinen toisistaan. Yhteisössä asiat valmistellaan yhdessä sekä niistä keskustellaan ja sovitaan avoimesti. (Eloranta & Punkanen 2008, 189; Kaukonen 2003, 35, 69.) Yhdessä elämisellä ja yhteisillä tapahtumilla voidaan tukea sosiaalisia tarpeita ja vuorovaikutussuhteita sekä luoda yhteenkuuluvuuden ja turvallisuuden tunnetta (Kaukonen 2003, 40 - 41; Raita 2002, 63 - 65). Jokaisen dementoituneen kanssa voidaan tehdä jotain, joka aktivoi, tuottaa mielihyvää tai antaa mahdollisuuden itsensä toteuttamiseen. Esimerkiksi ääneen lukeminen, hartioiden hierominen, hiusten silittäminen, yhteislaulu tai mieluisan musiikin kuunteleminen voivat tuoda mieleen muistoja ja tuoda dementoituneen osaksi sosiaalista ympäristöään. (Högström, Ketonen & Granö 2008; Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 88.) Sosiaalinen kanssakäyminen sekä huumori ja yhteinen nauru ovat tärkeää, koska ne lähentävät hoitohenkilökuntaa ja asukkaita toisiinsa (Topo ym. 2007; Zingmark ym. 2002).

Asukkaiden osallistuminen eri toimintoihin vaatii hoitajilta aikaa, joustavuutta, luovuutta, positiivista asennetta, kärsivällisyyttä, yksilöllisyyden huomiointia ja sairauden ymmärtämistä. Toimintoihin osallistumiseen vaikuttaa myös asukkaan päivittäinen kunto. (Raita 2002, 57 - 58; Zingmark ym. 2002.) Yhteisöllisyyttä mahdollistaa hoitohenkilökunnan mukaan ammattitaitoinen ja yhteistyökykyinen henkilökunta, riittävät resurssit sekä työntekijöiden luovuus, avarakatseisuus ja innostus omaan työhön. Ikääntyneiden mukaan yhteisöllisyyttä parantavia tekijöitä ovat voimavaralähtöisyys ja asiakaskeskeisyys, asioista tiedottaminen sekä yksilöllisyyden ja yksityisyyden kunnioittaminen. Yhteisöllisyyttä heikentäviä tekijöitä ovat ikääntyneiden mielestä henkilökunnan liiallinen huolehtiminen ja ammatillisuuden korostaminen, oma huono kunto sekä ongelmalähtöinen työskentelytapa. (Kaukonen 2003, 35, 47 - 49.)

Vaikka yhteinen tekeminen ja yhdessä oleminen ovat tärkeitä, tutkimuksista ilmenee ympärivuorokautisen vanhustenhoidon puutteet toiminnan järjestämisessä. Useimmiten asiakkaiden päivä koostuu istuskelusta, torkkumisesta ja odottamisesta ilman fyysisen ympäristön tarjoamia virikkeitä. Erityisesti vaikeasti dementoituneiden asiakkaiden päivä koostuu lähes pelkästään fyysisiin perustoimintoihin vastaamisesta. (Merikanto 1998, 45 - 48; Meriläinen 2003, 44-45; Raita 2002, 63-65; Topo ym. 2007, 88, 120.) Myös ruotsalaisessa tutkimuksessa omaiset kokivat, että toiminnan ja aktiviteetin järjestäminen olisi tärkeää, mutta sitä oli heidän mielestään liian vähän. Omaisten mukaan asukkaat jätettiin yksin pitkäksi aikaa ja suurin osa päivästä kului odottamiseen rutiinien välillä. Mielekkään toimin-

nan järjestäminen edellyttää omaisten mukaan henkilökunnan määrän lisäämistä. (Hertzberg & Ekman 2000.)

Vuorovaikutuksen määrän ja laadun huomioiminen on tärkeää. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa muuttuu sitä haasteellisemmaksi mitä pidemmälle dementoiva sairaus on edennyt. Hoitajan tulee kuunnella dementoitunutta ja ottaa huomioon se tunnetila, jossa asiakas sillä hetkellä on. Ei-sanallisen vuorovaikutuksen merkitys korostuu sairauden edetessä. (Topo ym. 2007, 113, 120.) Hoitajat voivat tulkita ja ymmärtää dementoitunutta lukemalla rivien välistä ja havainnoimalla. Myös sanallisen viestin ymmärtäminen on tärkeää. Dementoitunut saattaa esimerkiksi etsiä äitiään tai lapsuudenkotiaan, joka voidaan tulkita turvattomuutena ja huolena sekä haluna tehdä hänelle tärkeitä asioita. Dementoitunut voi olla orientoitumaton aikaan ja paikkaan tai kantaa tavaroita ympäriinsä, mutta jos hän tuntee olonsa hyväksi ja toimintansa tarkoituksellisiksi eikä häiritse sillä muita, ei hoitajien tulisi rajoittaa asukkaan toimia. Dementoituneen hyvinvointi on tärkeämpää kuin orientaatio. (Zingmark ym. 2002.) Tutkimuksen mukaan henkilökunnan ammattitaidottomuus ja ymmärtämättömyys voivat lisätä asiakkaiden oireilua ja fyysisten rajoitteiden käyttöä (Topo ym. 2007, 113, 120).

Vanhuksen ja hänen elämänsä tunteminen auttavat hoitajia dementoituneiden ymmärtämisessä. Dementoituneille olisikin tärkeää järjestää muistelutuokioita, joiden avulla vanhus voi oppia ymmärtämään ja jäsentämään omaa elettyä elämäänsä. Niiden avulla myös hoitajilla on mahdollisuus saada tietoa vanhuksen elämästä, tavoista ja tottumuksista. (Raita 2002, 63 - 65, 80, 88.) Aikaisempien tapojen huomioon ottaminen on tärkeää hoidossa. Asukkaiden puhe- ja toimintatapojen hyväksyminen antaa asukkaille mahdollisuuden tuntea, että hänet hyväksytään sellaisenaan kuin hän on. Asukkaiden omaa persoonallisuutta voidaan tukea huolehtimalla hänen ulkonäöstään, esimerkiksi pukemalla hänet ja laittamalla hänen hiuksensa aiemman tyylinsä mukaisesti. Asukkaan elämänsä historiaan voi tutustua muistelutuokioiden lisäksi esimerkiksi valokuvien avulla ja omaisten kanssa keskustelemalla. (Zingmark ym. 2002.) Omaisten mielestä olisi tärkeää, että henkilökunta käyttäisi hyödyksi heidän kertomuksiaan asukkaiden aikaisemmasta elämästä (Hertzberg & Ekman 2000).

2.3 Dementoituneen turvallinen ympäristö

Tutkimuksen mukaan hyvä hoitoympäristö on turvallinen, yksinkertainen, virikkeellinen ja toimintakykyä tukeva. Dementoituneelle on tärkeää kodinomainen asuminen ja läheisten ihmissuhteiden säilyttäminen. (Raita 2002, 73 - 74.) Kodinomaisuuteen kuuluvat tuttu, turvallinen, toimiva, miellyttävä ja mukava ympäristö sekä tarkoitukselliset ja tutut toiminnot. Myös huonekalut ja esineet aikaisemmasta kodista ovat merkittäviä niin asukkaille kuin heidän omaisilleenkin. (Zingmark ym. 2002.) Ympäristö vaikuttaa vanhuksen käyttäytymiseen ja tunteisiin (Raita 2002, 73 - 74). Tutulla ympäristöllä ja esineillä on myös päivittäistä toimintaa ohjaava ja tukeva merkitys. Ihminen vastaanottaa noin 90 prosenttia kaikesta saamastaan tiedosta näköaistin avulla. Koska iän ja dementian mukana tuomien hahmottamisvaikeuksien mukana ihmisen näköaisti heikkenee, hän saattaa helposti tuntea olevansa eksyksissä tutussakin ympäristössä. Siksi ympäristön selkeydellä ja johdonmukaisuudella, näkemistä helpottavalla valaistuksella ja muiden aistien saaman tiedon avulla voidaan korvata näkemisen ja hahmottamisen puutteita. Ympäristöstä välittyy myös usein haitallista ja liiallista informaatiota, joka saa aikaan hallitsemattomuuden tunnelman. Näistä erityisen haitallinen on meluisuus. Taustamelu vaikeuttaa oleellisesti huonokuuloissa vanhuksilla puheen ymmärtämistä ja orientoitumista sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön. (Kotilainen & Topo 2009, 16 - 17.)

Pitkäaikaishoivaa tarjoavissa yksiköissä tulisi olla esteettömät, viihtyisät ja turvalliset asukashuoneet, käytävät, yhteistilat sekä piha-alueet (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Suomen kuntaliitto 2008, 39 - 42). Esteetön ympäristö on selkeä, jossa tärkeät osat ja useimmiten etsityt tilat erottuvat ja löytyvät helposti. Kompastumisen ja liukastumisen sekä putoamisen vaaraan tulee kiinnittää huomiota. Kalusteet, laitteet ja esineet ovat turvallisia, esimerkiksi tuolit ovat tukevia, riittävän korkeita ja käsinojallisia. (Kotilainen, Topo & Hurnasti 2008, 114 - 115.) Tavoitteen mukaisesti jokaisella asukkaalla olisi oma huone ja siihen liittyvä hygieniatila. Yhden hengen huoneet tukevat laadukkaan pitkäaikaishoivan toteutumista, koska ne turvaavat asukkaan yksityisyyttä ja omaisten hoitoon osallistumista sekä mahdollistavat inhimillisen saattohoidon järjestämisen. Hyvässä ympäristössä myös huoneet ovat lyhyellä etäisyydellä toisistaan. Asukkailla tulisi olla mahdollisuus ulkoiluun. Sitä tuetaan piha- ja puutarhasuunnittelulla, joka mahdollistaa ihmisen hyvinvointiin myönteisesti vaikuttavat luontokokemukset. Terrassin ja parvekkeen turvallisuuteen ja mi-

toitukseen kiinnitetään huomiota, jotta myös apuvälineitä käyttävät asukkaat voivat liikkua turvallisesti ja pääsevät itsenäisesti ulkoilemaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 39 - 42; Zingmark ym. 2002.) Ulkoilu tukee kaikkia toimintakyvyn osa-alueita ja oman elämän hallinnan tunnetta sekä antaa mahdollisuuden olla omassa rauhassa. Turvallinen ulkoalue voi vähentää dementiaoireisen stressiä, koska se voi tarjota mahdollisuuden ahdistuksen purkamiseen fyysisen aktiivisuuden kautta. Alzheimerin tautia sairastavilla ulkoilun on havaittu myös vähentävän levottomuutta ja masentuneisuutta. (Kotilainen & Topo 2009, 17.) Turvallisuuteen tulisi kiinnittää huomiota siten, että asukkaat eivät pääse niin kauas, etteivät löydä takaisin sisälle. Myös asiattomien ulkopuolisten pääsy kotiin estetään. Jos asukas putoaa vuoteestaan tai kaatuu yöllä huoneessaan, avun on tultava nopeasti. (Kotilainen ym. 2008, 114 - 115.)

Dementoituneen ihmisen emotionaalista turvallisuutta luodaan hyvällä tunnelmalla, arvostavalla ilmapiirillä, tuttuudella, henkilökunnan läheisyydellä ja onnistumisen kokemuksilla (Kotilainen ym. 2008, 114 - 115; Zingmark ym. 2002). Pieni määrä asukkaita ja henkilökuntaa pienimuotoisessa ympäristössä lähentää ja rentouttaa suhteita sekä lisää hoitajien mahdollisuuksia huomata asukkaiden yksilöllisiä tarpeita. Hoitajien läsnäolo on todella merkittävää asukkaiden hyvinvoinnille. (Zingmark ym. 2002.) Pieni asukasmäärä lisää asukkaiden turvallisuuden tunnetta ja vähentää hoitoyksikön levottomuutta (Ahoranta & Virolainen 2001, 27).

Dementiakodilla tarkoitetaan ryhmäkotia tai –osastoa, joka tarjoaa dementoituneille ihmisille ympärivuorokautista hoitoa ja kykenee vastaamaan dementoitumisesta potilaalle aiheutuviin erityistarpeisiin. Noin puolet keskivaikeaa dementiaa sairastavista asuu ympärivuorokautista valvontaa tarjoavissa hoitokodeissa. Dementiakodit voivat olla yksityisiä tai kunnan järjestämää palvelua. Yleensä yksityisillä hoitokodeilla on kunnan kanssa ostopalvelusopimus. Dementiakodit ovat tavallisesti kodikkaita ja yksilöllistä hoitoa tarjoavia. Dementiayksiköiden palveluihin kuuluvat erilaisten virikkeiden järjestäminen, aktiivinen fysioterapeutin tai henkilökunnan antama fyysinen kuntoutus ja omaisten tukeminen. Dementoituneita ihmisiä ei kuitenkaan aina hoideta dementiayksiköissä, vaan dementiaa sairastavia potilaita on myös esimerkiksi vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Kotilainen, Virkola, Eloniemi-Sulkava & Topo 2003, 8; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 112 - 113; Winblad & Heimonen 2004, 73 - 74.)

Ympäri vuorokautisessa pitkäaikaishoidossa tulee olla vuorovaikutustaitoinen, ammattitaitoinen ja dementoiviin sairauksiin perehtynyt henkilökunta (Sormunen ym. 2008, 125). Hoitohenkilökuntaa tulee olla riittävästi. Laatusuosituksen mukaan hoitotyöntekijöitä tulisi olla vähintään 0,5 - 0,6 asiakasta kohden vuorokaudessa. Hyvä hoitohenkilöstön mitoitus on 0,7 - 0,8. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 36.) Henkilöstön määrän ja laadun välillä ei tutkimusten mukaan ole suoraa syy-seuraus-suhdetta, mutta henkilöstön väsymisellä ja palvelun heikolla laadulla on todettu olevan yhteyttä toisiinsa (Merikanto 1998, 34; Laine 2005; Voutilainen ym. 2002, 119). Hoitohenkilökunnan persoonallisista ominaispiirteistä tärkeimpiä ovat joustavuus, ystävällisyys, rauhallisuus, myönteinen asenne ja todellinen välittäminen dementoituneista ihmisistä (Heimonen & Qvick 2002, 7). Hoitohenkilökunnalla tulisi olla perehtyneisyyttä dementiahoitoon, jotta he tunnistavat dementoivan sairauden vaikutukset sekä sairastuneen ja hänen läheisensä tarpeet. Asukkaiden fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky tulee ottaa huomioon. Hoitohenkilökunta tarvitsee säännöllistä ja tavoitteellista täydennyskoulutusta osaamisensa ylläpitämiseksi. Hyvän hoidon ja palvelun toteutumista edistävät hyvä perehdytys, vuosittaiset koulutussuunnitelmat sekä työnohjaus. (Heimonen, Topo & Voutilainen 2008, 148 - 149.)

3 HOIDON LAATU

3.1 Laadun määrittelyä

Laadulla tarkoitetaan palvelujen kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaisesti ja kustannustehokkaasti (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kunta- liitto 2008, 50). Laatu on niistä piirteistä ja ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset taloudellisten voimavarojen asettamissa rajoissa. Laatu on hyvää silloin, kun asiakas saa tarpeidensa mukaista palvelua oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Hyvä laatu on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon perustuvaa palvelua, joka pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin ja riskien minimointiin. Laadun ulottuvuuksia voidaan määrittellä hyvin monella tavalla. Laatua voidaan tarkastella sen osatekijöiden, kuten palvelujen saatavuuden ja oikea-aikaisuuden, potilasturvallisuuden, asiakastyytyväisyyden sekä hoidon antajien osaamisen kannalta. Toisaalta laatua tarkastellaan myös riittävien voimavarojen, hoito- tai palveluprosessien sujuvuuden sekä tuottavuus-, tehokkuus-, vaikuttavuus- ja tuotoslukujen näkökulmasta. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008, 19 - 20.) Palvelujen tuottavuus tarkoittaa palveluihin käytettyjen voimavarojen tai niistä aiheutuvien kustannusten suhdetta tuotettujen palvelujen määrään (Laine 2005). Tehokkuudella tarkoitetaan toiminnassa käytettyjen panosten ja niillä aikaansaatuun vaikuttavuuden suhdetta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tehokkuuden tarkoituksena on saada annetuilla voimavaroilla mahdollisimman suuri myönteinen muutos asiakkaan tai väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa. Vaikuttavuudeksi kutsutaan asiakkaan terveydessä ja hyvinvoinnissa tapahtuvia muutoksia, joihin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta on vaikuttanut joko myönteisesti tai kielteisesti. Tuotoksilla kuvataan erilaisten tuotettavien palvelujen määrää. (Pekurinen ym. 2008, 21.)

Lain mukaan jokaisella on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon, joka tapahtuu ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavalla tavalla. Potilaan äidinkieli, kulttuuritausta ja yksilölliset tarpeet tulee huomioida hoidossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Suomessa on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintaa erilaisilla valtakunnallisilla laatusuosituksilla, joiden tarkoituksena on selkeillä linja-

uksilla ohjata terveystalvelujen tuottajia, viranomaisia ja järjestöjä laadun kehittämiseen ja asettamaan laatua koskevia strategisia tavoitteita. Laatutyössä painotetaan laadunhallinnan jokapäiväisyyttä, asiakaslähtöisyyttä ja tiedolla ohjaamista. (Pekurinen ym. 2008, 10.) Ikäihmisten hyvän hoidon ja palvelun tavoitteena on ensisijaisesti hyvän elämänlaadun turvaaminen. Hyvän laitoshoidon perustana ovat oikeudet itsenäisyyteen, osallistumiseen, itsensä toteuttamiseen, hoitoon ja huolenpitoon sekä arvokkuuteen. (Voutilainen ym. 2002, 115.)

Asiakkaalla tulee olla eri palveluissa mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua palvelujen laadun kehittämiseen. Toimintakyvyltään heikoilla asiakkailla on myös mahdollisuus tuoda kokemuksiaan palvelun laadusta julki asiakastyytyväisyysmittausten tai omaisten kautta välittävän palautteen avulla. Asiakaspalautetta tulisi kerätä säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008, 14.) Asiakastyytyväisyyttä voidaan mitata hoitoon pääsyn, hoidon jatkuvuuden, vuorovaikutuksen, tiedonsaannin, elämänlaadun ja lopputulokseen tyytyväisyyden kannalta (Lehtoranta 2007, 31). Pitkäaikaisessa laitoshoidossa laadun arviointi on haastavaa, koska hoitohenkilökunnalla, asiakkailla ja heidän läheisillä sekä johtajilla ja poliittisia päätöksiä tekevillä luottamushenkilöillä on laadusta erilaisia odotuksia. Laadun arvioinnin haasteena pitkäaikaisessa laitoshoidossa on myös yhteisen laatukriteeristön puuttuminen, minkä vuoksi eri yksiköiden hoitotuloksia on vaikea verrata keskenään. (Voutilainen 2005.)

3.2 Dementoituneet ja hoidon laatu

Kansainvälinen Alzheimer-järjestö Alzheimer Disease International on julkaissut vuonna 2003 hyvän dementiahoidon pääperiaatteet. Niihin kuuluvat dementoituneiden inhimillinen ja arvostava kohtelu, turvallinen elinympäristö, oikeus perusteellisiin lääketieteellisiin tutkimuksiin, koordinoitujen ja kuntouttavaan lähestymistapaan perustavat palvelut sekä elämänlaatua tukeva hoito. Dementoituneella on oikeus osallistua päivittäistä elämää koskevaan päätöksentekoon ja tulevan hoidon suunnitteluun. Myös omaisille tulee taata aktiivinen rooli hoidon suunnittelussa. Dementoituneen hoitotyössä on varattava riittävästi resursseja dementoituneen ja hänen omaistensa tuen kehittämiseen. Ohjauksen ja neuvonnan sekä hoidon ja kuntoutuksen tulee perustua ymmärrykselle siitä, mitä sairauden kanssa eläminen merkitsee dementoituneelle ja hänen omaiselleen. Ammattihenkilöt tarvitsevat

perus- ja täydennyskoulutusta sekä ajanmukaista tietoa dementoivista sairauksista ja niiden hoidosta. (Alzheimer's Disease International 2003.)

Vuonna 1995 Alzheimer-keskusliitto julkaisi Dementoituneiden oikeudet –asiakirjan, jossa kuvataan dementoituneiden inhimilliset oikeudet. Ne ovat tarkoitettu ammattihenkilöstön toiminnan lähtökohdaksi, jotta hoito olisi laadukasta ja dementoituneiden asema yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä toteutuisi. Dementoituneella on oikeus saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaa ja saada siihen asianmukaista lääketieteellistä hoitoa. Dementoituneella on oikeus säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksiköllisen avun turvin mahdollisimman pitkään. Dementoitunutta tulisi kohdella aikuisena. Dementoituneella on oikeus olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se on mahdollista. Hänellä on oikeus asua tutussa ja turvallisesa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa huomioidaan. Dementoituneella on oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänkulkunsa, tapansa ja tottumuksensa. Dementoituneella täytyy olla mahdollisuus käydä säännöllisesti hoitoyhteisön tai kodin ulkopuolella. Hänellä on oikeus saada päivittäin ohjausta mielekkääseen ja aikuista minäkuvaa tukevaan toimintaan. Lisäksi dementoituneella on oikeus kosketukseen, läheisyyteen, halauksiin ja hellyyteen. Dementoituneella on oikeus saada hoitoa ammattitaitoiselta ja dementoituneiden hoitoon perehtyneeltä henkilökunnalta. (Heimonen & Qvick 2002, 4.)

Hoidon laadun arvioijina voivat olla esimerkiksi asiakkaat, omaiset tai yksikönsisäinen tai ulkopuolinen arvioija. Hoidon laadun arvioimiseksi täytyy määritellä kriteerit, mitä laadulla kulloinkin tarkoitetaan. Kriteeri voi olla rakenteeseen, prosessiin tai lopputulokseen liittyvä tekijä, jolla voidaan ilmaista odotettua tai toivottua hoidon laatua. Niiden perustana voi olla laadun tärkeimmistä osatekijöistä laadittuja hyvän hoidon malleja. (Muurinen 2007, 43-44.) Hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat Nissisen (2000) tutkimuksessa hoiva ja huolenpito, kuntouttava hoito, vanhuksen aktivointi, yhteistyö omaisten kanssa, omahoitajajärjestelmän toimivuus, työhön asennoituminen sekä hoitohenkilökunnan jaksaminen (Nissinen 2000, 62). Asiakkaiden ilmaisevia laadun piirteitä olivat tutkimusten mukaan yksilöllisyys, ammattitaitoinen henkilökunta, sosiaalinen vuorovaikutus toisten asukkaiden kanssa, järjestetty toiminta, henkilökunnan suhtautuminen asiakkaisiin ja vastavuoroinen vuorovaikutus, asiakkaiden oma ja heidän läheistensä osallistuminen hoitoon, henkilökunnan tuki yhteydenpidossa omaisiin sekä hoitopaikan kodinomaisuus. (Voutilainen 2005.)

3.3 Omaiset hoidon laadun arvioijina

Omainen voi olla asukkaan sukulainen, kuten puoliso tai joku muu hänelle läheinen ihminen tai ystävä (Vaarama & Voutilainen 2002, 77). Tässä tutkimuksessa omaisella tarkoitamme asukkaiden lapsia tai muita lähiomaisia, jotka on merkitty asukkaan hoitosuunnitelmaan.

Omaiset joutuvat koko sairausprosessin ajan luopumaan vanhasta ja sopeutumaan uusiin tilanteisiin sekä seuraamaan läheisensä aikaisempien taitojen unohtumista ja persoonallisuuden muuttumista. Dementoituneen joutuminen pysyvään laitoshoittoon on kriisi sekä hänelle itselleen että omaisille. Toisaalta se saattaa olla omaisille myös helpotus, koska kotona selviytyminen ei enää olisi mahdollista. (Palomäki 2004; Porkka 1998, 199.) Aktiivinen omaistyö sisältää omaisten tukemisen, mutta myös arvostamisen. Omaisten ja henkilökunnan voimavarat ohjautuvat potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon silloin, kun omaiset voivat luottaa hoitoon. (Palomäki 2004; Porkka 1998, 199; Voutilainen 2005.) Luottamuksen rakentamisessa tärkeää on ottaa omaisten ilmaisemat tarpeet huomioon ja kertoa heille suunnitelluista toimenpiteistä etukäteen. Henkilökunnan vuorovaikutuksessa rehellisyys ja avoimuus parantavat aitoa kohtaamista hoitajien ja omaisten välillä. Vuorovaikutusta heikentää molemminpuolinen epäluottamus ja omaisten vähäiset osallistumismahdollisuudet hoitoon. Hyvin toimiva vuorovaikutussuhde lisää omaisten mahdollisuutta osallistua hoitoon ja lisää omaisten vierailujen merkitystä. Toistensa ajatusten ja mielipiteiden tulkitseminen pelkäästään käyttäytymisen perusteella johtaa usein väärinkäsityksiin ja pettymyksiin. (Hertzberg & Ekman 2000.) Koska dementoiva sairaus koskettaa koko perhettä, on omaisille annettava tukea ja tietoa sairaudesta sekä erilaisista tukipalveluista. Saatu informaatio auttaa omaisia jaksamaan ja käyttämään tarkoituksenmukaisia tukipalveluja. (Raita 2002, 60 - 62; Vaarama & Voutilainen 2002, 77.)

Omaiset osallistuvat läheistensä hoitoon yksilöllisesti omien elämäntilanteidensa mukaan (Nordström 2002, 39). Omaisten hoitoon osallistumisen tulisi aina olla asiakkaiden ja heidän omaistensa toiveiden mukaista sekä perustua vapaaehtoisuuteen. Omaiset osallistuvat hoitoon ylläpitämällä yhteyksiä muihin perheenjäseniin ja ystäviin sekä pitämällä sairastunutta ajan tasalla hänelle läheisten ihmisten elämästä ja tapahtumista. Sosiaalisten suhteiden

den ylläpitäminen vaikuttaa asukkaan toimintakykyyn, mielialaan ja itsetuntoon. Yhteisten muistojen avulla omainen voi tuottaa dementoituneelle hyvää mieltä ja iloa. Joskus pelkkä dementoituneen lähellä istuminen rauhoittaa ja tuo turvallisuutta. (Raita 2002, 60-62; Routasalo 2004, 91; Vaarama & Voutilainen 2002, 77; Voutilainen 2005.)

Tutkimusten mukaan on tärkeää ottaa omaiset mukaan myös asukkaan hoidon suunnitteluun, koska he tuntevat asukkaan pitkältä ajalta ja ajattelevat asioita eri näkökulmasta. Omaisilta saadaan tietoa asukkaan menneisyydestä ja taustasta, minkä avulla hoitohenkilökunta voi ymmärtää asukasta ja hänen käyttäytymistään sekä toteuttaa yksilöllistä hoitoa paremmin. (Merikanto 1998, 38; Raita 2002, 60 - 62; Vaarama & Voutilainen 2002, 77.) Erityisen tärkeää on huomioida ne tilanteet, joissa kyseessä olevan asiakkaan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeita tai mielipiteitä ovat alentuneet (Voutilainen ym. 2002, 38). Koska lain mukaan sairastuneella on oikeus saada riittävästi tietoa ymmärrettävällä tavalla, tulee tieto antaa omaiselle, jos sairastunut itse ei pysty vastaanottamaan sitä (Routasalo 2004, 90). Myös sellaisissa tilanteissa, kun sairastunut ei kykene ilmaisemaan tahtoa tai tekemään hoitoa koskevia päätöksiä, on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava hänen laillista edustajaansa, omaisia tai muita läheisiä hänen tahtonsa selvittämiseksi (Routasalo 2004, 90; Sormunen ym. 2008, 132). Tutkimuksen mukaan vanhuksen hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistumista vaikeutti omaisten mielestä esimerkiksi omahoitajajärjestelmän toimimattomuus. Kaikilla omaisilla ei ollut myöskään mahdollisuutta osallistua hoidon suunnitteluun ja päätösten tekoon esimerkiksi pitkien välimatkojen vuoksi. (Nissinen 2000, 61.) Lisäksi omaiset otetaan mukaan hoitoyksikön toimintaan ja sen kehittämiseen tukemalla heitä hoidon laadun tarkkailussa ja arvioinnissa. Tämän vuoksi omaisille annetaan mahdollisimman paljon tietoa sekä mahdollisuus omien näkemysten esittämiseen. Jos omaisilla ei ole tietoa, he saattavat tulkita tilanteita väärin ja muodostaa omia näkemyksiä hoidosta. (Palomäki 2004; Porkka 1998, 199; Voutilainen 2005.)

Nissisen (2000) tutkimuksessa omaiset arvioivat hoitotyön laatua vanhusten laitoshoidossa. Vanhuksen fyysisiin tarpeisiin vastattiin pääsääntöisesti hyvin, mutta kuntouttava työote hoidosta puuttui, sillä esimerkiksi vanhusten ulkoiluttaminen jäi pääosin omaisten vastuulle. Turvattomuutta aiheuttivat tutkimuksen mukaan henkilökunnan vähyys ja ainainen kiire. Sosiaaliin tarpeisiin vastaaminen koettiin hyväksi, koska vanhuksilla oli mahdollisuus keskustella hoitohenkilökunnan kanssa hellyyteen ja läheisyyteen liittyvistä asioista. Myös yhteys omaisiin säilyi hyvin. Omaiset kaipasivat lisää tietoa vanhuksen voinnista ja akti-

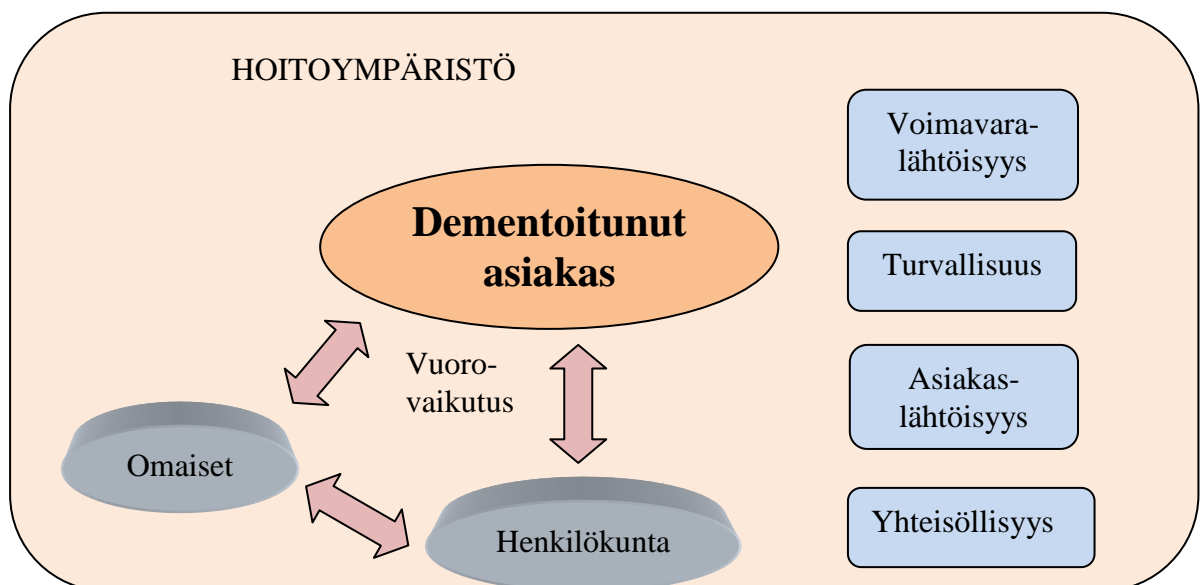
vointia hoitoon osallistumisessa. (Nissinen 2000, 59 - 61.) Merikanto (1998) tutki gradusaan omaisten ja henkilökunnan käsityksiä dementiayksiköiden hoidon laadusta muuttuvassa yhteiskunnassa. Yleisesti dementiayksikön ilmapiiri koettiin lämpimäksi ja myönteiseksi, mutta dementoituneiden huonon kunnan ja henkilökunnan riittämättömyyden vuoksi osa dementiayksiköistä oli muuttumassa laitosmaiseen suuntaan. (Merikanto 1998, 68 - 75.)

Voutilaisen väitöstutkimuksessa omaiset arvioivat hoidon laatua ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Omaiset arvioivat hoidon laadun hyväksi. Tutkimuksesta ilmeni, että mitä vähemmän omaisen kävi vierailulla läheisensä luona vanhainkodissa, sitä paremmaksi hän arvioi hoidon laadun. Myös vastaajien ikä ja koulutustausta vaikuttivat hoidon laadun arviointiin. Nuoremmat ja korkeammin koulutetut vastaajat arvioivat hoidon laatua heikommin arvosanoin. Lähes puolet omaisista koki mahdollisuudet osallistua läheisensä hoitoon ja sen suunnitteluun liian vähäisiksi. Osallistumiseen myönteisesti vaikuttavia tekijöitä omaisten mukaan oli hoitohenkilökunnan omaisille antama tuki sekä riittävä tiedonsaanti omaisensa tilasta ja hoidosta. (Voutilainen 2005.) Laivo (2008) tutki opinnäytetyössään omaisten tyytyväisyyttä läheisten kohteluun Rauman vanhainkodeissa. Omaiset olivat pääosin tyytyväisiä läheisten kohteluun. Suurin osa omaisista koki, että heidän läheistään kohdellaan kunnioittavasti, arvostavasti, ystävällisesti ja tasapuolisesti. Yli puolet omaisista koki, että he saivat olla riittävästi mukana läheisensä hoidossa. Omaiset toivoivat henkilökunnalta enemmän aikaa, läsnäoloa ja yhdessäoloa. Myös virikkeiden järjestämistä ja erityisesti ulkoilua kaivattiin lisää. (Laivo 2008, 21-29.) Janhunen ja Lemmetty (2007) tutkivat opinnäytetyössään hoidon ja palvelun laatua palvelutalossa omaisten arvioimana ikääntyneen ja hänen omaisensa tarpeisiin vastaamisen sekä omaisen vaikuttamismahdollisuuksien kautta. Omaiset olivat tyytyväisiä läheistensä hoitoon, sillä heidän mielestään asiakkaiden tarpeisiin vastattiin hyvin. Suurin osa omaisista oli sitä mieltä, että heillä oli riittävästi mahdollisuuksia osallistua omaisensa hoitoon. Myös keskusteluyhteyttä henkilökunnan kanssa ja tiedonsaantia läheisen tilasta pidettiin hyvänä. (Janhunen & Lemmetty 2007, 30.)

Hollannissa tehty tutkimus hoidon laadusta vanhainkodissa dementoituneiden asukkaiden omaisten arvioimana osoitti, että omaiset olivat pääosin tyytyväisiä hoidon laatuun. Korkeimmat arvosanat omaiset antoivat hoitajien tavasta hoitaa heidän läheisiään. He myös kokivat, että hoitohenkilökunnan suhtautuminen asukkaiden esittämiin pyyntöihin on pää-

osin positiivista. Väheksyvää suhtautumista asukkaisiin ei omaisten mukaan ollut. Melkein kaikki omaiset kokivat myös, että saivat halutessaan osallistua asukkaan hoitoon joko täysin tai osittain. Heikoimmat pisteet omaiset antoivat tutkimuksessa hoitohenkilökunnan ja omaisten välisestä yhteydenpidosta. (Finnema, de Lange, Dröes, Ribbe & van Tilburg 2001.) Ruotsalaisessa tutkimuksessa tutkittiin hoitohenkilökunnan ja pysyvästi vanhainkodissa asuvien dementoituneiden omaisten välisiä suhteita ja vuorovaikutusta. Hoitohenkilökunnan ja omaisten kokemukset yhteistyöstä olivat osittain ristiriitaisia. Toimivan vuorovaikutussuhteen luomista voisi edistää ennalta suunnitelluilla, mutta epävirallisilla keskusteluilla, joissa molemmat voisivat antaa säännöllisesti palautetta toistensa toiminnasta. Tutkimuksen mukaan omaisten ja henkilökunnan välisen suhteen toimimisen esteeksi muodostuvat pinnallisuus ja haluttomuus antaa palautetta toisilleen. (Hertzberg & Ekman 2000.)

Opinnäytetyössä hoidon laadulla tarkoitamme dementoituneen asukkaan hyvän hoidon toteutumista, johon kuuluvat asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöisyys, yhteisöllisyys ja turvallisuus. Hoidon laatuun liittyy tutkimuksessamme vuorovaikutukseen, omaisten huomiointiin, hoitoympäristöön ja henkilökuntaan liittyviä kysymyksiä. Esitämme tutkimuksen kannalta tärkeimmät käsitteet alla olevassa kuviossa (KUVIO 1).



KUVIO 1. Tässä opinnäytetyössä hyvän hoidon laatuun yhteydessä olevat tekijät

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoidon laatua dementiakodissa omaisten arvioimana. Tutkimuksen tavoitteena on saatua tietoa hyödyntämällä kehittää ja parantaa Eevakodin hoidon laatua siten, että se tukee asukkaiden hyvän elämän toteutumista.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista on hoidon laatu omaisten arvioimana?
2. Miten hoidon laatua tulee kehittää omaisten mukaan?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen toimintaympäristö

Eevakoti on aloittanut toimintansa vuonna 2004 Kirsikkakotina. Omistajan vaihtuessa syksyllä 2005 hoitokodista tuli Eevakoti. Hoitokodin aikaisempia tiloja on laajennettu ja peruskorjattu. Uudet tilat valmistuivat keväällä 2009. Hoitokodissa on 15 asukaspaiikkaa, joista 11 on yhden hengen huoneita sekä lisäksi kaksi kahden hengen huonetta. Asukkaita hoitokodissa tutkimuksen toteuttamisen aikaan oli yhteensä 11, joista kaksi oli miehiä. Asukkaiden ikäjakauma oli 57 - 96 vuotta. Asukashuoneiden lisäksi hoitokodissa on keittiö, yhteiset ruokailutilat, olohuone, viherhuone ja sauna. Kesällä asukas voi liikkua tai istuskella vapaasti puutarhassa, jota ympäröi turvallinen aita. Eevakodissa työskentelee johtaja, joka toimii vastaavana sairaanhoitajana. Hoitohenkilökuntaan kuuluvat johtajan lisäksi yksi sairaanhoitaja ja hoitajia, joilla on sosiaali- tai terveydenhuollon perustutkinto sekä hoitoapulainen. (Eevakodin toimintasuunnitelma 2008.)

Eevakodin tavoitteena on tarjota asukkaille viihtyisä, lämminhenkinen ja turvallinen koti, joka mahdollistaa hyvän ja arvokkaan elämän. Hoitokodin tavoitteena on antaa ammatillisista hoitoa, huolenpitoa ja palvelua ympäri vuorokauden asukkaan itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä kunnioittavalla tavalla. Eevakodin toimintaperiaatteisiin kuuluvat yhteisöllisyys, turvallinen ympäristö, esteettisyys ja yksilöllisyys. Yhteisöllisyys hoitokodissa huomioidaan tekemällä asukkaan kanssa kotiaskareita asukkaan voimavarojen mukaan. Eevakodista tehdään retkiä kodin ulkopuolelle sekä esimerkiksi lauletaan, jumpataan ja muistellaan yhdessä. Omaisten vierailut koetaan tärkeiksi. Turvallinen ympäristö luodaan jokapäiväisillä rutiineilla sekä ammattitaitoisella, lempeällä ja luotettavalla henkilökunnalla. Tulevista tapahtumista ja muutoksista pyritään tiedottamaan hyvissä ajoin. Eevakodissa on huomioitu esteettiset seikat luomalla viihtyisyyttä, kodikkuutta ja selkeyttä erilaisilla sisustusratkaisuilla. Hoitokodin oleskelutilat pidetään siistinä ja järjestyksessä sekä pyritään siihen, että kodin äänet ovat pehmeät, rauhalliset ja kiireettömät. Asukas voi tuoda huoneeseensa omia tavaroita ja kuvia. Henkilökunnalla on aikaa myös asukkaiden kauneudenhoitoon. Asukkaan tullessa perehdytään hänen menneeseen ja nykyiseen elämäänsä sekä terveydentilaansa. Asukkaan, omaisen ja omahoitajan kanssa käydään hoitoneuvottelut sekä

laaditaan hoitosuunnitelma. (Eevakodin toimintasuunnitelma 2008.)

6.2 Tiedonantajien kuvaus

Tutkimuksen tiedonantajina olivat Eevakodin asukkaiden omaiset. Omaisella tarkoitamme asukkaiden lapsia tai muita lähiomaisia, jotka oli merkitty asukkaan hoitosuunnitelmaan. Valitsimme kohdejoukoksi hoitokodin asukkaiden omaiset, koska hoidon laadun arviointi asiakasnäkökulmasta on dementoituneilla haasteellista. Tavallisesti hoidon laadun arvioijana toimii asiakkaan omainen tai hänet hyvin tunteva henkilö. (Sormunen ym. 2008, 133.) Kyselylomake lähetettiin kaikille Eevakodin asukkaiden Suomessa asuville lapsille sekä kahden asukkaan siskoille. Tiedonantajien valinnasta vastasi hoitokodin johtaja, joka myös postitti kyselylomakkeet omaisille. Kyselyitä ei lähetetty ulkomailla asuville lapsille, koska he ovat vähän tekemisissä asukkaan kanssa ja vierailevat harvoin hoitokodissa. He eivät ehkä voisi arvioida hoidon laatua yhtä hyvin ja luotettavasti kuin muut omaiset. Kahden asukkaan siskoille kyselylomake laitettiin, koska he tuntevat asukkaan hyvin ja ovat hänen kanssaan paljon yhteyksissä sekä vierailevat hoitokodissa usein. Heidät on myös merkitty asukkaan hoitosuunnitelmaan lähiomaisiksi. Kaiken kaikkiaan kyselylomake lähetettiin 20 omaiselle, joista kyselyyn vastasi 10 henkilöä. Kysely toteutettiin joulukuun 2009 ja tammikuun 2010 aikana.

6.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmä koostuu tavoista ja käytännöistä, joilla havaintoja kerätään. Käytimme opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä kvalitatiivista lähestymistapaa, jolla tarkoitetaan kokonaista joukkoa erilaisia tutkimuksia. Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, missä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Usein kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia asioita, minkä vuoksi aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen tarkastelu on tärkeää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157 - 160, 178.)

Tutkimus toteutettiin avoimella kyselylomakkeella. Valitsimme avoimen kyselylomakkeen

siksi, koska tiedonantajien määrä olisi ollut liian pieni määrällisen tutkimuksen toteuttamiseen. Määrällisen tutkimuksen avulla saatu aineisto olisi ollut tilastolliseen tulkintaan liian niukka. Avointen kysymysten tavoitteena on saada vastaajilta mielipiteitä, joissa vastamista rajoitetaan vain vähän. Sen avulla omaiset voivat paremmin tuoda esille omia kehittämissuhteita hoidon laatua koskevista asioista. (Hirsjärvi ym. 2007, 193; Vilka 2005, 86.) Haastattelua emme käyttäneet aineiston hankinnassa, koska mielestämme olisimme voineet saada epäluotettavia vastauksia omaisilta, sillä olemme molemmat työsuhteessa kyseiseen hoitokotiin. Omaiset eivät ehkä olisi kertoneet kokemuksistaan ja mielipiteistään meille työntekijöinä niin avoimesti ja totuudenmukaisesti. Haastattelussa ei voida taata vastaajille samaa anonyymiutta kuin kyselylomakkeilla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 36). Mielestämme omaisilla oli mahdollisuus nimettömien vastausten avulla paremmin arvioida hoidon laatua.

Kyselylomake laadittiin tutkimuskysymysten ja teorian perusteella. Kysymysten muodostamisessa hyödynsimme myös Eevakodin tavoitteita ja toimintaperiaatteita. Kyselylomake esiteltiin ennen tutkimuksen aloittamista hoitokodin johtajalle, jotta hänellä oli mahdollisuus kertoa siihen liittyviä kehittämissuhteita. Sen avulla hoitokoti voisi mielestämme paremmin saada tietoa juuri haluamistaan seikoista hoidon laatuun liittyen. Lopullisesta kysymysten muokkaamisesta ja valinnasta vastasimme kuitenkin itse. Pyrimme esittämään kysymykset käyttämällä yksiselitteisiä ja vastaajille tuttuja sanoja. Myös kysymysten järjestykseen kiinnitimme huomiota. Yritimme jakaa asiain sisällön siten, että yhdessä kysymyksessä haettiin vastausta vain yhteen asiaan. (Vilka 2005, 87 - 88.)

Ennen tutkimuksen aloittamista kyselylomake testattiin yhdellä omaisella, minkä avulla sen toimivuus, ohjeiden selkeys ja yksiselitteisyys saatiin selville. Testauksen jälkeen kyselylomakkeen rakenteeseen, kysymysten järjestykseen ja muotoiluun tehtiin muutamia tarpeellisia muutoksia. (Vilka 2005, 88 - 89.) Muutokset koskivat lähinnä kysymysten muokkaamista siten, että väärinkäsityksiltä vältyttäisiin ja saataisiin vastauksia juuri haluamamme kysymyksiin. Hoitokodin johtaja toimitti kyselylomakkeet postitse asukkaiden omaisille, jotka täyttivät sen ja postittivat meille takaisin kirjeessä mukana olleella postimerkillä varustetulla vastauskuorella. Postikyselyillä tavoitetaan vastaanottajat hyvin, mutta heitä ei välttämättä saada suostumaan vastaajiksi (Hirsjärvi & Hurme 2008, 37). Tutkimuslomakkeen mukana oli myös saatekirje, jonka tehtävänä oli selvittää omaisille tutkimuksen taustaa ja motivoida vastaajaa täyttämään lomake. (Heikkilä 2004, 61.)

6.4 Tutkimustulosten analysointi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Aineisto pyritään analyysin avulla tiivistämään siten, ettei sen sisältämä informaatio katoa. (Eskola & Suoranta 1999, 138.) Aloitimme aineiston analyysin kokoamalla vastaajien kokemukset jokaisen kyselylomakkeen kysymyksen alle. Tutustuimme saamaamme aineistoon lukemalla vastauksia läpi huolellisesti useaan kertaan. Erittelimme aineistoa tutkimuskysymysten perusteella alustavasti merkitsemällä siihen, kumpaan tutkimuskysymykseen kulloinkin vastattiin. Merkitsimme vastaukset käyttämällä alleviivausta, jotta saimme vastaukset eroteltua tutkimuskysymysten mukaan kahteen osaan.

Käytimme analyysissa aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia, jossa käsitteitä yhdistelemällä pyritään saamaan vastaus tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi perustuu yleisesti tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavana olevasta ilmiöstä. Etenimme analyysissa kolmivaiheisen prosessin mukaisesti, johon kuuluvat aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 115.)

Aluksi valitsimme aineistosta tutkimuskysymysten mukaisia ja tutkimuksen kannalta olennaisia alkuperäisilmauksia, jotka olivat joko sanoja tai kokonaisia lauseita. Saimme sen avulla karsittua aineistosta tutkimuskysymysten kannalta epäolennaisen tiedon pois. (Vilka 2005, 140.) Valittu aineisto pelkistettiin muodostamalla alkuperäisistä ilmauksista pelkistettyjä ilmauksia, jotka ryhmiteltiin siten, että samaa tarkoittavat käsitteet laitettiin taulukossa allekkain. Sen jälkeen aineiston analyysissa edettiin abstrahointi-vaiheeseen, jossa samaa tarkoittavat käsitteet nimettiin sisällön mukaan yhteisellä käsitteellä alaluokiksi. Samansisältöisille käsitteille nimettiin edelleen yhteinen käsite, joista muodostuivat pääluokat. Tutkimuskysymyksistä muodostimme pääluokille yhdistävät luokat. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 115.) Liitteessä 3 kuvaamme tekemäämme aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Omaisten kokemuksia hoidon laadusta Eevakodissa

Omaisten mukaan dementoituneiden hyvän elämän toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä hoitokodissa ovat asiakaslähtöisyys, yhteisöllisyys, hyvä fyysinen hoitoympäristö sekä yhteistyö omaisten kanssa.

7.1.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu omaisten mukaan fyysisten tarpeiden huomiointi, yksilöllisyys ja voimavaralähtöisyys. Omaiset kokivat, että hoitokodissa huomioidaan hyvin asukkaiden fyysiset tarpeet. Siihen kuuluvat perushoito, terveydentilan seuranta ja tarpeellisen lääketieteellisen hoidon järjestäminen. Sitä kuvailtiin seuraavasti: *”Hänen fyysistä ja psyykkistä tilaansa seurataan ja tarpeen vaatiessa käytetään lääkrillä mahdollisten lääkitysten aloittamiseksi tai muuttamiseksi ja tilanteen seuraamiseksi.”*. Eräs omainen myös mainitsi vastauksessaan tyytyväisyyden hoitokodin lääkäriin: *”Lääkrinne on positiivinen kokemus.”*.

Asukkaiden yksilöllinen huomiointi nousi esille muutamassa vastauksessa. Omaiset kokivat tärkeäksi asukkaiden mahdollisuuden elää omien tapojensa ja tottumustensa mukaisesti hoitokodissa. Myös asukkaiden esittämät toiveet tulisi huomioida. Ne näkyivät vastauksissa näin: *”Hän saa nukkua pitempään ja saa sitten vasta myöhemmin aamupalan.”* ja *”Toteutetaan hänen toiveet”*.

Voimavaralähtöisyys on omaisten mukaan kannustamista omatoimisuuteen ja toiminnallisuuteen asukkaan voimavarojen mukaisesti. Omatoimisuuden tukemisen tärkeys tuli esiin vastauksessa seuraavasti: *”Auttamalla omaiseni hoitaa itsenäisesti omasta siisteydestään niin pitkälle kuin hän kykenee”*. Omaiset pitivät tärkeänä, että asukkaan omat taidot huomioidaan ja niiden käyttämiseen kannustetaan: *”...jos jollakulla jokin taito niin se käyttämistä kannustetaan ja tuetaan.”*. Myös sopivien tehtävien antaminen ja pulmatilanteissa

auttaminen nähtiin tärkeäksi. Vastauksista ilmeni kuitenkin toiminnallisuuden tukemisessa asukkaan sen hetkisten voimavarojen huomioon ottaminen: *”Kannustetaan nousemaan sängystä, jos vain suinkin jaksaa.”* Myönteisen palautteen antaminen ja asukkaan hyvistä suoriutumista kiittäminen nousivat esille yhden omaisen vastauksesta.

7.1.2 Yhteisöllisyys

Omaisten mukaan yhteisöllisyys sisälsi inhimillisen kohtaamisen sekä ajankulun ja tekemisen. Henkilökunnan ja asukkaiden välinen kanssakäyminen oli omaisten mielestä kotoista ja luontevaa. Avoimuus koettiin tärkeäksi, koska asioiden selvittäminen ja niistä puhuminen lisää turvallisuuden tunnetta. Erään omaisen mielestä inhimilliseen kohtaamiseen liittyi myös todellinen välittäminen dementoituneista asukkaista: *”Näyttää että kyseinen henkilö on tärkeä ja että hänestä välitetään vaikka hän on välillä hankalakin. Hän ei ole sitä tahallaan, hän voi olla tuskastunut ja väsynyt sairauteensa.”*

Ajankulun ja tekemisen järjestäminen asukkaille oli tärkeää kaikkien omaisten mielestä. Muutama omaisista koki, etteivät he ole tietoisia hoitokodin toiminta- ja harrastusmahdollisuuksista: *”En ole kovinkaa hyvin perillä hoitokodin harrastusmahdollisuuksista ja viriketoiminnasta”*. Omaisten mukaan asukkailla on mahdollisuus osallistua arjen askareisiin: *”Hän saa osallistua vointinsa mukaan talon töihin ja on kannustettu siinä.”* Toiminnan järjestäminen toi asukkaan elämään sisältöä, minkä avulla aika ei tule hoitokodissa pitkäksi. Asukkaiden aikaisempien harrastusten ylläpitäminen ja niihin saatava apu henkilökunnalta koettiin myös tärkeäksi. Yksi omaisen piti asukkaiden erilaisuutta ja eritasoisuutta haastavana.

7.1.3 Hyvä fyysinen hoitoympäristö

Hyvä fyysinen hoitoympäristö muodostui viihtyisyydestä ja kodinomaisuudesta sekä turvallisuudesta. Hoitokodin tiloihin ja sisustukseen kaikki omaiset olivat erittäin tyytyväisiä, mikä ilmeni vastauksista esimerkiksi seuraavasti: *”Hoitokoti on mielestämme tällä hetkellä erinomaisessa kunnossa.”* Hoitokoti oli omaisten kuvailujen perusteella viihtyisä, tilava, mukava, kodikas ja lämminhenkinen: *”Hoitokoti on viihtyisä. Tilat on kotoiset.”* Ko-

dinomaisuutta lisää omaisten mielestä se, että hoitokoti on pieni: *”Pienessä hoitokodissa säilyy läheisyys.”*. Yksi omainen mainitsi myös, että hoitokotiin on mahdollisuus tuoda asukkaan henkilökohtaisia tavaroita ja valokuvia. On tärkeää, että asukas tuntee olonsa hoitokodissa kotoisaksi. Eräs omainen kuvaili sen toteutumista näin: *”Olen onnellinen, että läheiseni puolesta, että häntä hoidetaan Eevakodissa ja tiedän, että läheiseni on siellä kuin kotonaan.”*. Tilojen laajennus lisäsi omaisten mukaan hoitokodin viihtyisyyttä entisestään.

Hoitokodin turvallisuus toteutui omaisten mielestä pääosin hyvin. Turvallisuutta lisäsi se, että hoitokodin ovet ovat lukossa, eivätkä asukkaat pääse yksin ulos harhailemaan. Vaaratilanteiden ennaltaehkäisyä pidettiin tärkeänä, ettei asukas *”...pääse vahingossa loukkaamaan itseään tai jotakuta toista tai joku häntä.”*. Erään omaisen vastauksesta ilmeni, että asukkaiden käyttäytymisen tunteminen on tärkeää vaaratilanteiden ennaltaehkäisyssä. Jotkut omaiset ilmaisivat huolen hätätilanteissa toimimisessa tai heillä ei ollut tietoa turvallisuuteen liittyvistä asioista: *”...en ole tietoinen yksityiskohdista enkä mahdollisista puutteista turvallisuusasioissa.”*. Yksi omainen koki tärkeäksi ottaa huomioon myös asukkaan psyykkisen turvallisuuden, jota voidaan parantaa esimerkiksi henkilökunnan ja asukkaiden välisellä avoimuudella.

7.1.4 Yhteistyö omaisten kanssa

Yhteistyö omaisten kanssa sisälsi omaisten luottamuksen hoitoon, omaisten ja henkilökunnan välisen vuorovaikutuksen sekä omaisten kuulemisen. Omaisten luottamus hoitohenkilökuntaan ja hoitoon korostui omaisten vastauksissa. Heidän mukaansa hoitohenkilökunta tuntee asukkaan nykyään paremmin: *”Äiti on muuttunut luonteeltaan sairauden jälkeen, joten hoitohenkilökunta tuntee hänet paremmin nyt kuin me lapset.”* Lisäksi omaisten mielestä henkilökunnalla on mahdollisuus huomata helpommin asukkailla esiintyviä tarpeita. Se ilmeni vastauksista esimerkiksi näin: *”Olen kuitenkin luottavainen että hoitohenkilökunta näkee joka päivä läsnä ollessaan omaiseni tarpeet paremmin kuin minä kaukana ollessani”*.

Omaisten ja henkilökunnan välisessä vuorovaikutuksessa oli merkittävää vastausten mukaan asukkaan asioista tiedottaminen omaiselle ja keskusteluyhteyden säilyttäminen. Ne ilmenivät vastauksissa esimerkiksi seuraavasti: *”Omaisille ilmoitetaan läheisen tarpeista,*

esim. uusien vaatteiden tarpeesta sekä muutoksista terveyden suhteen". Vaikka keskusteluyhteys henkilökunnan ja omaisten välillä oli tärkeää, yhden omaisen mielestä kuuntelemisesta ei ole paljon hyötyä. Myös hoitohenkilökunnan ammattitaitoon omaiset olivat pääosin tyytyväisiä: *"Olen saanut hoitohenkilökunnasta hyvän käsityksen ja ammattitaidon osalta"*. Erään omaisen vastauksesta ilmeni tyytyväisyys monipuolisuuteen: *"Minusta on mukavaa, että henkilökunta on eri-ikäisiä, miehiä ja naisia."*

Yhteistyö omaisten kanssa on dementoituneiden hoitotyössä erittäin tärkeää. Kaikkien omaisten mielestä heidät huomioitiin hyvin: *"Kuunnellaan ja huomioidaan mikäli on ehdotettavaa"*. Yhtä omaista lukuun ottamatta he tulivat mielestään hyvin kuulluksi hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Omaisten kuulemiseen liittyi myös omaisten toiveiden huomiointi ja toteuttaminen: *"Jumppaa on pyydetty enemmän ja varmaan sitä saadaan lisää"*.

7.2 Omaisten kehittämisehdotuksia hoidon laadun parantamisessa

Omaisten esittämät kehittämisehdotukset jakaantuivat vastausten perusteella kahteen osaluokkaan, jotka olivat toiminnallisuutta tukeva hoitoympäristö ja hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen.

7.2.1 Toiminnallisuutta tukeva hoitoympäristö

Toiminnallisuutta tukeva hoitoympäristö jakaantui fyysiseen aktiviteettiin, virikkeellisyys-teen, kuntouttavaan työotteeseen sekä huonekalujen ja apuvälineiden kuntoon. Fyysistä aktiivisuutta tulisi omaisten mukaan pitää yllä liikunnan ja ulkoilun avulla. Puolet omaisista painotti vastauksissaan, että ulkoilua tulee lisätä. Nämä vastaukset voi hyvin yhdistää erään omaisen kuvailemaan lauseeseen: *"Ulkoiluttakaa mahdollisimman paljon, niin asiakas näkee enemmän ulkomaailmaa, jota hän varmaan kaipaa paljon ja ikävöi"*.

Omaiset osoittivat olevansa melko tyytyväisiä asukkaan toiminta- ja harrastusmahdollisuuksiin hoitokodissa, mutta he antoivat silti monia virikkeellisyys-teen liittyviä kehittämis-

ehdotuksia. Vain yksi omainen ilmaisi vastauksessaan suoraan tyytymättömyytensä toiminta- ja harrastusmahdollisuuksien määrään: *”Toiminta- ja harrastusmahdollisuuksia on mielestäni liian vähän”*. Omaiset toivoivat hoitotyöhön lisää virikkeitä ja innostusta, jota toteuttaessa tulisi kuitenkin huomioida asukkaiden jäljellä olevat voimavarat. Omaisten ehdottamia toimintamuotoja olivat musiikki, leikit, askartelu, kirkossa käynnit ja puutarhatyöt. Eräs omainen myös toi esille, voisivatko kykenevät asukkaat osallistua vanhainkodin toimintapäivään. Omaiset kuvailivat toiminta- ja harrastusmahdollisuuksia seuraavalla tavalla: *”Asiakkaan voimavarojen mukaan toivoisin iloista viriketoimintaa mm. reipasta laulua/musiikkia ja yhteisiä leikkejä.”* ja *”...esim. kukkalaatikoita, kukkapenkkejä, pieniä kasvipenkkejä ym. joita asukkaat voisivat hoitaa”*.

Omaisten mielestä toiminnallisuutta tukevaa hoitoympäristöä voidaan luoda siten, että hoitohenkilökunta toteuttaa hoitoa kuntouttavalla työotteella. Siihen kuului omaisten vastauksen mukaan toiminnallisuuden ja omatoimisuuden tukeminen. Omaiset toivoivat, että asukkaita motivoidaan osallistumaan järjestettyyn toimintaan, ettei kukaan asukkaista jäisi päiväksi *”sängynpohjalle”*. Hoitohenkilökunnan tulisi omaisten mielestä tukea asukasta omatoimisuuteen, ettei kaikkea tehdä asukkaan puolesta. Asukkaiden omatoimisuutta omaisten mukaan voi tukea esimerkiksi kannustamalla asukasta *”...esim. pyörätuolilla mahdollisimman paljon itse rullailemaan”*.

Muutama omainen ilmaisi tarvetta huonekalujen ja apuvälineiden kunnon parantamiseen. Vaikka hoitokodin tilat ja sisustus miellyttivät kaikkia omaisia, erään omaisen mukaan *”Mukavia istuimia ei liene koskaan liikaa ja keinutuolia vanhat ihmiset yleensä rakastavat”*. Yhden omaisen mielestä myös sänkyjen uudistaminen olisi hyväksi. Erään omaisen vastauksessa nousi esille myös apuvälineiden kunto. Hänen mielestään *”Liikkumavälineissä esim. pyörätuoleissa olisi parantamisen varaa”*.

7.2.2 Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen

Hoitohenkilökunnan ammatilliseen osaamiseen sisältyivät riittävä ja osaava henkilökunta, sosiaalinen kanssakäyminen asukkaiden kanssa sekä yhteistyö omaisten kanssa.

Vaikka suurin osa omaisista oli tyytyväisiä henkilökunnan ammattitaitoon, parin omaisen

mielestä ”*Aina varmaan parannettavaa löytyy*”. Joidenkin omaisten mielestä henkilökuntaa oli liian vähän: ”*Hoitohenkilökuntaa tulisi lisätä*”. Etenkin kiireisinä aikoina henkilökuntaa saisi olla enemmän. Omaisten mukaan henkilökunnalla tulisi olla valmiuksia ottaa huomioon dementoituneiden hoitoon liittyviä erityistarpeita, mikä ilmaistiin seuraavasti: ”*Työntekijöitä valittaessa otettaisiin huomioon työntekijöiden kyky ottaa huomioon tällaisten vanhusten erityistarpeet hoidossa ja hyvinvoinnissa.*”.

Sosiaalista kanssakäymistä asukkaiden ja hoitohenkilökunnan välillä korostettiin monessa vastauksessa. Joidenkin omaisten mukaan henkilökunnan tulisi ottaa ”*...enemmän läheistä kontaktia hoidettavaan*”, koska se lisäisi asukkaan turvallisuuden tunnetta. Tarve läheisyyden lisäämiseen ilmaistiin myös seuraavasti: ”*Läheisyyden tunnetta enemmän että vanhus tietää ettei ole yksin*”. Eräs omainen ehdotti myös, että asukkaille tulisi järjestää enemmän yhteistä aikaa, jolloin kaikki rauhoittuisi ja olisi yhdessä. Myös seurannpitoa ja keskusteluja kaivattiin lisää: ”*Keskustelua asiakkaan kanssa enemmän hänen toiveisiin ja mielipiteisiin.*”.

Omaiset olivat tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Ainoastaan yhden omaisen vastauksesta ilmeni tarvetta tiedonkulun lisäämiseen ja omainen toivoi: ”*Lääkärikäynneistä tietoa ajankohdista. Omahoitajan kanssa pieniä palaveriteita, aikaisemmin oli mut nyt ei ole ollut*”.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoidon laatua dementiakodissa omaisten arvioimana. Tutkimuksen tavoitteena oli saatua tietoa hyödyntämällä kehittää ja parantaa Eevakodin hoidon laatua siten, että se tukee asukkaiden hyvän elämän toteutumista. Omaisten kokemukset hoidon laadusta jaettiin neljään osa-alueeseen, joita olivat asiakaslähtöisyys, yhteisöllisyys, hyvä fyysinen hoitoympäristö ja yhteistyö omaisten kanssa. Omaisten esittämät kehittämisehdotukset jakaantuivat toiminnallisuutta tukevaan hoitoympäristöön ja hoitohenkilökunnan ammatilliseen osaamiseen. Tutkimustulosten perusteella voidaan omaisten tyytyväisyyttä hoidon laatuun pitää pääosin hyvänä. Omaisten mielestä hoidon laatua tulee kuitenkin erityisesti edelleen kehittää asukkaiden toiminta- ja harrastusmahdollisuuksia lisäämällä.

Asiakaslähtöisyys toteutuu omaisten mielestä asukkaan fyysisten tarpeiden ja yksilöllisyyden huomioimisella sekä voimavaralähtöisyydellä. Myös muissa tutkimuksissa ilmeni asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden yhteys, koska asukkaan oman autonomian säilyttämistä voidaan edistää päivittäisissä toiminnoissa käyttämällä yksilöllisiä menettelytapoja (Kaukonen 2003, 39; Zingmark ym. 2002). Voimavaralähtöisyyttä lisää omaisten mukaan omatoimisuuteen ja toiminnallisuuteen kannustaminen ja myönteisen palautteen antaminen sekä pulmatilanteissa auttaminen. Asukkaan jäljellä olevat voimavarat ja päivittäinen kunto vaikuttavat toimintoihin osallistumiseen. Kaukosen (2003) tutkimuksen mukaan asiakas-keskeisyys, voimavaralähtöisyys ja yksilöllisyyden kunnioittaminen ovat myös yhteisöllisyyttä parantavia tekijöitä (Kaukonen 2003, 35, 47 - 49). Yhteisöllisyyteen sisältyivät meidän tutkimuksessamme omaisten kokemusten perusteella asukkaiden inhimillinen kohtaaminen sekä ajankulun ja tekemisen järjestäminen. Hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välisiä kanssakäymistä kuvailtiin meidän tutkimuksessamme kotoisaksi ja luontevaksi. Tärkeänä omaiset pitivät läheisyyttä ja avoimuutta. Hoitoyksikön pieni koko edisti omaisten mielestä läheisyyden säilymistä. Samankaltaisia tuloksia ilmeni myös ruotsalaisesta tutkimuksessa, jossa pienen hoitoyksikön todettiin lisäävän hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia huomioida asukkaita yksilöllisemmin. Samassa tutkimuksessa korostettiin myös läheisyy-

den jakamisen tärkeyttä jokapäiväisessä elämässä. Meidän tutkimuksessamme joidenkin omaisten mielestä hoitohenkilökunnan tulisi ottaa asukkaisiin enemmän läheistä kontaktia. (Zingmark ym. 2002.) Toiminnan järjestäminen oli tutkimuksessamme kaikkien omaisten mielestä tärkeää. Virikkeellisyyttä sekä fyysisen aktiivisuuden lisäämistä liikunnan ja ulkoilun avulla kaivattiin lisää. Myös monien muiden tutkimusten mukaan toiminnan ja aktiiviteetin järjestäminen koettiin tärkeäksi, mutta silti asukkaiden päivä koostui usein lähes pelkästään heidän fyysisiin perustoimintoihin vastaamisesta (Hertzberg & Ekman 2000; Laivo 2008, 21 - 29; Merikanto 1998, 45 - 48; Meriläinen 2003, 44 - 45; Raita 2002, 63 - 65; Topo ym. 2007, 88, 120).

Raidan (2002) tutkimuksen mukaan dementoituneelle on tärkeää hoitoympäristön turvallisuus ja kodinomainen asuminen. Ympäristöllä on todettu olevan vaikutusta dementoituneen käyttäytymiseen ja tunteisiin. (Raita 2002, 73 - 74.) Meidän tutkimuksessamme omaiset kokivat hyvän hoitoympäristön kodinomaiseksi, viihtyisäksi ja turvalliseksi. Hoitokodin tiloihin omaiset olivat erityisen tyytyväisiä, mikä saattaa olla tilojen peruskorjauksen ja laajennuksen ansiota. Myös omaisten kokemusten mukaan tilojen laajennus on lisännyt entisestään hoitokodin viihtyisyyttä. Hoitokodissa yhtenä toimintaperiaatteena on esteettisyys, johon mielestämme kiinnitetään huomiota esimerkiksi hoitokotia sisustettaessa. Turvallisuus toteutui hoitokodissa omaisten mukaan pääosin hyvin. Omaiset kokivat tärkeäksi vaaratilanteiden ennaltaehkäisyä, joka vaatii myös hoitohenkilökunnalta dementoituneiden käyttäytymisen tuntemista.

Omaiset olivat tutkimuksessamme tyytyväisiä heidän huomiointiin läheistensä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Samankaltaisia tuloksia on tullut esiin myös aiemmista tutkimuksista. (Janhunen & Lemmetty 2007, 30; Laivo 2008, 21 - 29; Nissinen 2000, 59 - 61.) Voutilaisen (2005) tutkimuksissa omaiset puolestaan kokivat mahdollisuutensa osallistua hoitoon heikoiksi. Tutkimuksessamme yhteistyö omaisten kanssa sisälsi myös omaisten luottamuksen hoitoon. Sitä on pidetty tärkeänä asukkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisen mahdollistamisessa aiemmissakin tutkimuksissa. (Palomäki 2004; Porkka 1998, 199; Voutilainen 2005.) Molempipuolinen luottamus ja omaisten hoitoon osallistuminen parantavat myös omaisten ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta (Hertzberg & Ekman 2000). Vuorovaikutukseen kuului meidän tutkimuksessamme omaisten mukaan asukkaan asioista tiedottaminen ja keskusteluyhteyden säilyttäminen. Omaiset arvioivat tutkimuksessamme vuorovaikutusta hyväksi, sillä tiedonsaantiin liittyviä kehittämis-

tuksia toi esiin vain yksi omainen, kun taas esimerkiksi Finneman ym. (2001) tutkimuksessa omaiset antoivat heikoimmat pisteet henkilökunnan ja omaisten välisestä yhteydenpidosta (Finnema ym. 2001).

Henkilökunnan ammattitaitoon omaiset olivat tutkimuksessamme pääosin tyytyväisiä. Osa omaisista ilmaisi kuitenkin huolestuneisuutensa henkilökunnan määrän riittävyydestä. Nissisen (2000) tutkimuksesta ilmeni, että henkilökunnan vähyys ja ainainen kiire aiheuttavat pitkäaikaishoidossa oleville ikääntyneille turvattomuutta (Nissinen 2000, 59 - 61). Merikannon (1998) tutkimuksen mukaan henkilökunnan riittämättömyyden ja asukkaiden huonon kunnon vuoksi osa dementiayksiköistä on muuttumassa laitospäiseen suuntaan (Merikanto 1998, 68 - 75). Vaikka henkilökunnan määrällä ja hoidon laadulla ei aiempien tutkimusten mukaan ole suoraa syy-seuraus-suhdetta, on henkilöstön väsymisellä ja palvelun heikolla laadulla todettu olevan yhteyttä toisiinsa (Merikanto 1998, 34; Laine 2005; Voutilainen ym. 2002, 119). Riittävä hoitohenkilökunta on myös mielekkään toiminnan järjestämisen edellytys (Hertzberg & Ekman 2000). Tutkimuksestamme ilmeni myös, että hoitohenkilökunnalla tulisi olla perehtyneisyyttä dementoituneiden hoitoon. Dementoituneiden ymmärtäminen ja asianmukainen hoito on tärkeää, koska tutkimuksen mukaan hoitajien ymmärtämättömyys ja ammattitaidottomuus voivat lisätä dementoituneiden oireilua ja fyysisten rajoitteiden käyttöä (Topo ym. 2007, 113, 120). Koska dementoituneiden määrä kasvaa kaikissa palveluissa ja heitä hoidetaan dementiayksiköiden lisäksi esimerkiksi vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, olisi kaikilla heidän hoitoon osallistuvilla henkilöillä hyvä olla tietoa dementoituneiden hoitotyöstä ja siihen liittyvistä erityispiirteistä.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa luotettavuutta voidaan kuvata käsitteiden validiteetti ja reliabiliteetti avulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa validiteetti- ja reliabiliteettikysymykset eivät ole niin tärkeitä kuin määrällisessä tutkimuksessa, mutta nykyään niitä käytetään myös laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Validiteetti kuvaa, miten on onnistuttu mittaamaan sitä, mitä luvattiin. Kyselytutkimuksessa tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, miten onnistuneita asetetut kysymykset olivat. Reliabiliteetti on kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia.

Sillä kuvataan myös tutkimustulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 - 228; Tuomi 2007, 149 - 152.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin kohteena ovat tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Luotettavuutta parantaa mielestämme tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, joka sisältyy tutkimuksen jokaiseen vaiheeseen. (Vilka 2005, 158 - 159.)

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijoiden huolellinen perehtyminen aikaisempiin tutkimuksiin ja teorian tietoon. Tutkimus toteutettiin avoimella kyselylomakkeella. Kysymykset muodostimme tutkimuskysymysten ja teorian tiedon perusteella. Avoimet kysymykset pyrittiin esittämään käyttämällä yksiselitteisiä ja vastaajille tuttuja sanoja. Asiasisältö pyrittiin jakamaan siten, että yhdessä kysymyksessä haettiin vastausta vain yhteen asiaan. (Vilka 2005, 87 - 88.) Koimme tutkimuksen analyysissä hieman ongelmalliseksi sen, kun olimme kysyneet samassa kysymyksessä omaisten kokemuksia hoidon laadusta ja kehittämis ehdotuksia kyseiseen asiaan liittyen. Meidän oli joidenkin vastausten kohdalla vaikea tietää, kumpaan kysymykseen omaiset olivat vastanneet. Sillä voi mielestämme olla vaikutusta tutkimustulosten luotettavuuteen.

Aineiston keruun luotettavuuden arviointiin liittyvät menetelmän ja tekniikan valinta sekä mahdolliset ongelmat ja erityispiirteet. Tutkimuksen tiedonantajien luotettavuutta arvioidaan sillä, millä perusteella heidät on valittu, miten heihin on otettu yhteyttä ja kuinka monta henkilöä tutkimuksessa oli mukana. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 - 228; Tuomi 2007, 149 - 152.) Avoin kyselylomake valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska mielestämme tiedonantajia olisi ollut liian vähän määrällisen tutkimuksen toteuttamiseen. Saatua aineistoa ei olisi voinut tulkita tilastollisesti. Avointen kysymysten avulla omaiset voivat myös paremmin tuoda esille omia kehittämis ehdotuksiaan hoidon laatua koskevissa asioissa (Hirsjärvi ym. 2007, 193). Haastattelua emme käyttäneet aineiston hankinnassa, koska omaiset eivät ehkä olisi kertoneet kokemuksistaan ja mielipiteistään meille riittävän avoimesti ja totuudenmukaisesti, koska olemme molemmat töissä kyseisessä hoitokodissa. Mielestämme omaisilla oli mahdollisuus nimettömien vastausten avulla paremmin tuoda ilmi tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä hoitoon. Lisäksi haastattelut olisi ollut vaikea toteuttaa käytännössä, koska suurin osa omaisista ei asu tällä paikkakunnalla. Kyselylomake lähetettiin kaikkien asukkaiden Suomessa asuville lähiomaisille, jotka oli merkitty asukkaiden hoitosuunnitelmiin. Kyselylomake lähetettiin 20 omaiselle, joista kyselyyn vastasi puolet. Heidän vastauksistaan saimme mielestämme riittävän hyvän kuvan hoidon laadusta ja sen ke-

hittämistarpeista sekä pystyimme analysoimaan ja tulkitsemaan tutkimusaineistoa riittävän monipuolisesti. Vielä laajemman ja rikkaamman aineiston olisimme voineet saada, jos kaikki olisivat vastanneet kyselyymme tai olisimme tehneet lisäksi haastatteluja joidenkin asukkaiden omaisille. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa ei kuitenkaan säätele määrä vaan sen laatu. Tutkimusaineisto toimii apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämisessä tai teoreettisesti mielekkään tulkinnan muodostamisessa. (Vilka 2005, 126.) Pienen hoitokodin omaisista ei voi saada määrällisesti suurta vastaajien määrää, koska asukkaita hoitokodissa ei ole paljon. Tutkimuksen avulla omaisilta saadut kokemukset ovat mielestämme hoitokodin toiminnan kehittämisen kannalta merkittäviä. Tuloksia voidaan mielestämme käyttää Eevakodin hoidon laadun kehittämiseen.

Tutkimuksen luotettavuutta paransi mielestämme se, että testasimme kyselylomakkeen ensin yhdellä omaisella, minkä jälkeen teimme muutamia tarpeellisia muutoksia kysymysten muotoiluun. Siten pystyimme varmistamaan, että vastaajat ymmärsivät kysymykset eikä niihin vastaamisessa syntynyt väärinkäsityksiä. Olisimme kuitenkin voineet testata lomakkeen vielä useammalla henkilöllä, jolloin olisimme saaneet paremmin tietoa kyselylomakkeen toimivuudesta. (Vilka 2005, 88 - 89.) Kyselylomakkeen lopuksi kysyimme omaisilta mielipiteitä kyselylomakkeesta ja sen kysymyksistä. Yli puolet omaisista ilmoitti, että kysymykset olivat asiallisia, tarpeellisia ja hyviä. Kahden omaisen mielestä kyselyyn oli vähän vaikea vastata, koska he olivat tottuneet monivalintakysymyksiin. Ehkä monivalintakysymyksillä olisimme voineet saada myös paremman vastausprosentin. Eräs omainen puolestaan kertoi, että kyselyyn on hankala vastata, kun niin asukas kuin omaisetkin ovat erittäin tyytyväisiä hoitoon. Yhden omaisen mukaan pitäisi asua vähän aikaa hoitokodissa ennen kuin osaisi kaikkea arvioida. Omaiset kokivat myös tärkeäksi, että heillä on mahdollisuus tämän kyselylomakkeen kautta ilmaista mielipiteitään ja osallistua hoidon laadun kehittämiseen. Silti puolet omaisista jätti kuitenkin vastaamatta kyselyymme. Kyselylomakkeiden käytön yleistymisen on johtanut siihen, että ihmiset ovat tottuneempia niiden käyttöön. Toisaalta ihmiset saattavat olla kyllästyneitä postista tulleisiin kyselyihin ja ovat siksi haluttomia osallistumaan tutkimukseen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 36.)

Muita luotettavuuteen liittyviä asioita ovat tutkimuksen kesto ja sen vaikutus tuloksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 226 - 228; Tuomi 2007, 149 - 152). Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa kyselylomakkeiden täyttämisen ja tutkimustulosten julkaisemisen välinen aika, koska asukkaiden vaihtuvuus voi olla ikääntyneiden hoitokodissa joskus suurta sairastumisien

ja kuolemantapauksien vuoksi. Omaisilla voi olla hyvinkin eriäviä odotuksia ja toiveita hoidosta. Myös asukkaiden jäljellä olevat voimavarat ja aktiivisuus vaikuttavat mahdollisuuksiin osallistua esimerkiksi järjestettyyn toimintaan. Tutkimuksen tuloksiin saattoi vaikuttaa se, miten paljon omaiset käyvät hoitokodissa vierailemassa, koska aktiivisimmin hoitoon osallistuvien omaisten on helpompi arvioida hoidon laatua. Kuitenkin meidän tutkimuksessamme omaisten vastaukset olivat pitkälti samanlaisia asukkaiden ja omaisten erilaisuudesta huolimatta.

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, koska kyselylomakkeen kysymykset on muodostettu osittain koskemaan kyseisen hoitokodin toimintaperiaatteita ja tavoitteita. Laadullisella tutkimuksella ei tavoitella yleistettävyyttä samassa merkityksessä kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Sen voidaan sanoa olevan pätevä ja yleistettävä, kun tutkija on osannut kuvata, että jokin asia on tietyllä tavalla jollekin henkilölle jossakin tilanteessa, ajassa ja paikassa. (Eskola & Suoranta 1999, 61; Vilka 2005, 126, 157 - 158.) Mielestämme tutkimustuloksista saa hyvän kuvan hoidon laadusta hoitokodissa.

8.3 Tutkimuksen etiikka

Tutkijan ammattietiikalla tarkoitetaan eettisiä periaatteita, sääntöjä, normeja, arvoja ja hyveitä, joita tutkijan tulee noudattaa harjoittaessaan omaa ammattiaan. Tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, mutta eettiset periaatteet vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin. Eettinen ajattelu on kykyä pohtia, mikä jossain tilanteessa on oikein tai väärin. Tutkimuksessa on lähtökohtana ihmisarvon kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan sillä, että tutkittavana oleville ihmisille annetaan mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Sen vuoksi kerroimme tutkittaville perustiedot tutkimuksesta ja sen toteuttajista sekä saatujen tietojen käyttötarkoituksesta. Kyselylomakkeen liitteenä oleva saatekirje antoi omaisille informaatiota tutkimuksen toteuttamisesta, tavoitteista ja tarkoituksesta. Annoimme omaisille mahdollisuuden kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta, koska kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Vapaaehtoisuus osallistumiseen oli voimassa koko tutkimuksen ajan. (Hirsjärvi ym. 2007, 25; Kuula 2006,

21, 62, 86; Lötjönen 1999, 9; Tuomi 2007, 143 - 149.)

Omaiset saivat vastata kyselyyn nimettömänä. Omaisten osoite- ja henkilötiedot saatiin hoitokodista, eikä niitä saatettu ulkopuolisten tietoon. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia eli tutkimusaineistoa ei käytetty muuhun kuin tämän tutkimuksen tekemiseen ja aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla. Kyselylomakkeen mukana lähetettiin vastauskirje, jolla omaiset postittivat vastauksensa suoraan meille eikä vastauksia ole missään vaiheessa annettu sivullisten nähtäväksi. Tutkimustulokset perustuvat omaisten kokemuksiin. Ne ovat julkaistu rehellisesti ja totuudenmukaisesti sekä siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäisen vastaajan tietoja. (Kuula 2006, 64, 115 - 116; Lötjönen 1999, 9; Tuomi 2007, 143 - 149.)

8.4 Jatkotutkimusaiheita

Hoidon laatua ja asiakastyytyväisyyttä on vaikea tutkia kysymällä niistä dementoituneelta asiakkaalta, mutta olisi silti mielenkiintoista saada tietää myös heidän mielipiteitään hoidosta. Sellaisen tutkimuksen tekeminen vaatisi kuitenkin enemmän kokemusta, koska se voitaisiin varmaan parhaiten toteuttaa havainnoimalla asiakkaita. Asiakasnäkökulmasta hoidon laatua voisi tutkia myös kykeneviä asukkaita haastattelemalla.

Olisi mielenkiintoista toteuttaa tällainen samanlainen tutkimus hoitokodissa tietyin väliajoin, jotta voisi vertailla hoidon laatua ja sen kehittymistä vuosien aikana. Jos tutkimus tehtäisiin uudelleen hoitokodin asukkaiden omaisille, voisi aluksi kysyä vastaajasta joitakin taustatietoja, jotka voisivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. Tiedonantajien vähäisen määrän vuoksi siitä saattaisi kuitenkin tunnistaa yksittäisen vastaajan, mikä olisi eettisesti ongelmallista.

Lisäksi mielestämme olisi kiinnostavaa tehdä vertaileva tutkimus paikkakunnan eri hoitokotien välillä. Sen tekeminen saattaisi kuitenkin olla haasteellista, koska yhtenäisiä laatu-kriteerejä ikääntyneiden pitkäaikaishoitoon liittyen ei ole. Myös asukkaiden elämäntilanteet sekä hoitokotien toimintaperiaatteet ja tavoitteet poikkeavat toisistaan.

8.5 Oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä ja monivaiheinen prosessi, johon on liittynyt paljon työtä. Tämän prosessin avulla olemme oppineet paljon tutkimuksen tekemisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Jo tässä vaiheessa on tullut esiin monia asioita, joita olisi voinut tehdä toisin. Opinnäytetyön tekemisestä saadut oppimiskokemukset auttavat oman ammattitaidon kehittämisessä myös tulevaisuudessa, koska tämän avulla on oppinut lukemaan tehtyjä tutkimuksia ja hankkimaan tietoa. Tämän työn tekeminen myös antaa hyvin valmiuksia mahdollisten jatko-opintojen suorittamiseen. Teoriataustaan tutustumisen avulla on myös oppinut paljon dementiaa ja dementoituneiden hoitoon liittyvistä erityistarpeista, mistä on varmasti hyötyä tulevaisuudessa.

Ensimmäinen vaikea tehtävä oli mielestämme aiheen valinta. Kun saimme näin työelämä- lähtöisen aiheen, oli meidän helppo aloittaa opinnäytetyömme tekeminen. Aiheen valinnan jälkeen aloimme tutustua aikaisempiin tutkimuksiin ja teorian tietoon, jotta saimme aiheesta monipuolisen kuvan. Seuraavana haasteena olikin aiheen rajaus, joka tuotti kyllä monenlaisia vaikeuksia, koska valitsemaamme aiheeseen liittyvää tietoa oli saatavilla runsaasti. Tutkimuskysymysten muodostaminen oli tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden mukaisesti melko helppoa. Tutkimuksen toteuttamiseen liittyvien valintojen tekeminen sen sijaan vaatii enemmän pohtimista ja kirjallisuuteen tutustumista, minkä jälkeen saimme alkaa miettiä ja rakentaa kyselylomaketta. Kysymysten muodostaminen oli huolellisen aiheeseen perehtymisen ja aiheen rajauksen jälkeen suhteellisen helppoa, mutta niiden saattaminen lopulliseen muotoon oli haasteellista. Aineiston analysointi oli mielestämme mukavaa ja mielenkiintoista, mutta tutkimustulosten kirjoittaminen tuntui puolestaan työläältä. Pohdinnan kirjoittamisen koimme myös melko haastavana.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on vienyt paljon energiaa, mutta silti se on ollut palkitsevaa ja opettavaista. Yhteistyömme on sujunut erittäin hyvin koko ajan ja molempien työpanos on ollut välttämätöntä opinnäytetyön tekemisessä. Olemme saaneet viettää monia antoisia, mieleenpainuvia ja hauskojakin hetkiä opinnäytetyömme parissa. Aina tämän työn tekeminen ei kuitenkaan ole tuntunut mukavalta ja helpolta, vaan se on ollut raskasta ja saattanut lähes hermorumahduksen partaalle. Kaikesta on kuitenkin selvitty ja kaukana siintävä haave valmiista opinnäytetyöstä on tullut hetki hetkeltä lähemmäksi.

Haluamme esittää suuret kiitokset työtämme ohjanneelle yliopettaja Annukka Klemolalle asiantuntevasta ohjauksesta, kannustuksesta ja monista arvokkaista neuvoista opinnäytetyön tekemisen eri vaiheissa. Lisäksi haluamme kiittää Eevakodin johtajaa Eeva Penttistä hyvästä ja toimivasta yhteistyöstä, jota ilman tutkimuksen käytännön toteutus ei olisi onnistunut.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen perusteella esitämme seuraavat johtopäätökset:

1. Omaiset olivat Eevakodin hoidon laatuun pääosin tyytyväisiä.
2. Omaisten mukaan hoidon laatua kehitettäessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota toiminta- ja harrastusmahdollisuuksien lisäämiseen. Hoitohenkilökunnalta omaiset toivoivat enemmän sosiaalista kanssakäymistä asukkaiden kanssa. Osa omaisista myös ilmaisi huolestuneisuutensa hoitohenkilökunnan riittävydestä.

LÄHTEET

Ahoranta, P. & Virolainen, A. 2001. Fyysinen hoitoympäristö dementoituvan potilaan hyvän hoidon mahdollistajana. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotiede: Terveystieteiden opettajankoulutus.

Alzheimer's Disease International. 2003. Charter of principles. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.alz.co.uk/adi/pdf/charter.pdf> Luettu: 12.4.2010.

Eevakodin toimintasuunnitelma. 2008.

Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. 2008. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Dementoituneen ihmisen kohtaaminen. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki.

Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Käyttöoireista kärsivän muistisairaana ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. *Dementiauutiset* 2: 14 - 16.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Finnema, E., de Lange, J., Dröes, R-M., Ribbe, M. & van Tilburg, W. 2001. The quality of nursing home care: do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *Journal of Advanced Nursing* 35 (5): 728 - 740.

Finne-Soveri, H. 2008. Muistisairauden diagnosoiminen ja hoidon seurannan järjestäminen tärkeää. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heimonen, S. & Qvick, L. 2002. Dementoituvien hyvä hoidon elementit - kriteeristö kehittämisen tueksi hoitopaikoissa. *Alzheimerin keskusliiton julkaisusarja* 1 / 2002.

Heimonen, S., Topo, P. & Voutilainen, P. 2008. Laadukkaiden dementiapalveluiden pääperiaatteet. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Högström, S., Ketonen, K. & Granö, S. 2008. Dementoituva hyötyy kuntoutuksesta myös pitkäaikaishoidossa. *Sairaanhoitajalehti* 3/2008. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/3_08/ajankohtaiskirjoitus/dementoituva_hyotyy_kuntoutukses/ Luettu: 17.2.2010.

Janhunen, S. & Lemmetty, M. 2007. Palvelutalo Sarahovin hoidon ja palvelun laatu omaisten näkökulmasta. Opinnäytetyö. Pieksämäen diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma.

Kaukonen, N. 2003. Yhteisöllisyys palvelutalossa ikäihmisten ja työntekijöiden kokemana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kotilainen, H., Virkola, C., Eloniemi-Sulkava, U. & Topo, P. 2003. Dementiakoti – koti hyvää elämää varten. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Suomen dementiahoitoyhdistys. Kuopio: Liikekirjapaino Oy.

Kotilainen, H. & Topo, P. 2009. Kotiympäristö muistisairaana tukena. *Memo* 1: 16 - 19.

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

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laine, J. 2005. Vanhusten laitoshoidon laatu ja tuotannollinen tehokkuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (2005):4. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/868FBF46-6432-4DD3-BF6C-92295E829F81/0/054laine.pdf> Luettu: 15.2.2010.

Laivo, A. 2008. Omaisten tyytyväisyys vanhusten hoitoon Rauman vanhainkodeissa. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Lehtoranta, H. 2007. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen. Teoksessa Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. (toim.) *Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke*. Loppuraportti 2007. Stakes. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf> Luettu: 17.2.2010.

Luoma, M-L. 2007. Dementiaosaamisen kehittäminen. Teoksessa Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakes. WWW-dokumentti. Saatavilla:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf> Luettu: 5.10.2009.

Lötjönen, S. (toim.). 1999. Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Opetusministeriö. Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja.

Merikanto, K. 1998. Omaisten ja henkilökunnan käsityksiä dementiayksiköiden hoidon laadusta muuttuvassa yhteiskunnassa. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Meriläinen, S. 2003. Dementoituneen potilaan hoitotyö - ajankäyttötutkimus pitkäaikais-sairaanhoidon vuodeosastoilla. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Muurinen, S. 2007. Ammatillisen hoidon laadun arviointi. Teoksessa Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. (toim.) Stakes. WWW-dokumentti. Saatavilla:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf> Luettu: 17.2.2010.

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

Nordström, Elisa. 2002. Palvelujen kehittäminen dementiaivanhusten hoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos.

Palomäki, U. 2004. Dementoituneen omaiset hoitoon osallistujina ja hoitohenkilökunnan voimavarana. Sairaanhoitajalehti 8/2004. WWW-dokumentti. Saatavilla:

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitajalehti/8_2004/muut_artikkelit/dementoituneen_omaiset_hoitoon_o/ Luettu: 5.1.2010.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki: Stakes. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf> Luettu: 17.2.2010.

Porkka, S-T. 1998. Validoiva lähestymistapa dementoituvien hoidossa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammerpaino Oy.

Raita, L. 2002. Dementoituvan vanhuksen ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaaminen. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2004. (toim.) Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Andersson, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympäri-

vuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia-palvelut. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Stakes. 2007. Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveystilastot 2001, 2003, 2005. Tilastotiedote 20/2007. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt20_07.pdf Luettu: 23.9.2009.

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

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Koh-taamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkö-kulmasta. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tam-mi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Vouti-lainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki.

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim. Hä-meelinna: Karisto Oy.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Ikäihmisten laitoshoido. Hyvän lai-toshoidon tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki.

Voutilainen, P. 2005. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sai-raanhoitajalehti 3/2005. WWW-dokumentti. Saatavilla: https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/3_2005/vaitos/hoitotyön_laatu_ikaantyneiden_pi/ Luettu: 11.2.2010.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Vouti-lainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki.

Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatu laitoksesta – kuntouttavan lyhytaikaishoidon haasteet. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita Prima Oy.

Zingmark, K., Sandman, P.O. & Norberg, A. 2002. Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (1): 50 - 58.

Arvoisa omainen!

Olemme sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä ja tarvitsemme siihen teidän apuunne. Opinnäytetyömme käsittelee hoidon laatua dementiakodissa. Lähetämme ohessa kyselylomakkeen, joka on tarkoitettu Eevakodin asukkaiden omaisille. Kyseessä on laadullinen tutkimus, joka toteutetaan avoimella kyselylomakkeella. Avointen kysymysten avulla Te voitte tuoda paremmin esille mielipiteitänne ja kehittämisehdotuksianne hoidon laatua koskevissa asioissa.

Tutkimustulosten avulla voidaan saada tietoa hoidon nykytilasta ja mahdollisista epäkohdista. Sen avulla Eevakoti voi kehittää toimintaansa. Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että jokainen kyselylomakkeen saanut osallistuu tutkimukseen. Oikeita tai vääriä vastauksia ei ole, vaan kaikki mielipiteet ovat arvokkaita. Tutkimukseen osallistuminen on kuitenkin vapaaehtoista.

Antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käytetään vain kyseisen tutkimuksen tekemiseen. Kyselylomakkeita ei luovuteta muiden kuin allekirjoittaneiden käyttöön. Tutkimustulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, ettei yksittäisen vastaajan tietoja voi tunnistaa. Osoitetietonne on saatu Eevakodista eikä niitä ole saatettu muiden tietoon. Kyselyyn vastataan nimettömänä.

Palauttakaa täyttämänne kysely oheisessa palautuskuoressa _____ mennessä, olemme maksaneet postimaksun.

Kiitos vastauksistanne!

Valmis opinnäytetyö on luettavissa Eevakodissa keväällä 2010.

Ystävällisin terveisin,

Emilia Kinnunen
sairaanhoitajaopiskelija
emilia.kinnunen@cou.fi

Emmilotta Kinnunen
terveydenhoitajaopiskelija
emmilotta.kinnunen@cou.fi

KYSELY HOIDON LAADUSTA EEVAKODIN ASUKKAIDEN OMAISILLE

Vastatkaa kysymyksiin sille varattuun tilaan. Vastauksia saa myös jatkaa paperin toiselle puolelle.

1. Miten läheisenne tarpeet ja toiveet huomioidaan hoidossa?

2. Miten läheisenne jäljellä olevia voimavaroja ja omatoimisuutta tuetaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa? Mikäli niitä tulee huomioida enemmän, niin miten hoitohenkilökunta voisi tukea läheisenne voimavaroja ja omatoimisuutta?

3. Millaisiksi kuvailisitte läheisenne toiminta- ja harrastusmahdollisuuksia (esim. virike-toiminta) hoitokodissa? Mikäli ne eivät ole hyvät, niin miten niitä tulisi parantaa?

4. Kuunnellaanko ja huomioidaanko Teitä läheisenne hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa? Jos Teitä ei huomioida tarpeeksi, niin miten Teitä tulisi huomioida?

5. Millainen on hoitohenkilökunnan ammattitaito? Mikäli hoitajien ammattitaidossa on parantamista, niin mitä asioita hoitohenkilökunnan tulisi parantaa?

6. Millaiseksi kuvailisitte hoitokodin asukkaiden ja henkilökunnan yhteenkuuluvuuden tunnetta? Millaisilla asioilla yhteenkuuluvaisuutta voisi kehittää, jos se on heikko?

7. Millaiseksi koette hoitokodin tilat ja sisustuksen? Mitä asioita parantaisitte, jos tiloissa ja sisustuksessa on puutteita?

8. Miten läheisenne turvallisuus toteutuu hoitokodissa? Mitä asioita tulee kehittää läheisenne turvallisuudessa, jos siinä on puutteita?

9. Mikäli Teillä on vielä asioita, joita haluatte tuoda esiin, niin voitte kirjoittaa niistä tähän.

10. Mitä mieltä olette kyselylomakkeesta ja sen kysymyksistä?

Kiitos vastauksistanne!

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Millaista on hoidon laatu omaisten arvioimana?	<p><i>"perustarpeet ovat kunnossa"</i> <i>"fyysistä ja psyykkistä tilaansa seurataan ja tarpeen vaatiessa käytetään lääkärillä mahdollisten lääkitysten aloittamiseksi tai muuttamiseksi ja tilanteen seuraamiseksi"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"saa nukkua pitempään ja saa sitten vasta myöhemmin aamupalan"</i> <i>"toteutetaan hänen toiveet"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"kannustetaan nousemaan sängystä, jos vain suinkin jaksaa"</i> <i>"jos jollakulla jokin taito niin se käyttämistä kannustetaan ja tuetaan"</i> <i>"antamalla omaiselle hänelle sopivia tehtäviä, auttamalla omaista hänen ollessaan pulmatilanteessa tekemisissään"</i> <i>"auttamalla omaiseni hoitaa itsenäisesti omasta siisteydestään niin pitkälle kuin hän kykenee"</i> <i>"kiittämällä hyvistä suoriutumisista"</i></p>	<p>perushoito terveydentilan seuranta ja lääkehoito</p> <p>-----</p> <p>aikaisemmat tavat ja tottumukset toiveiden huomiointi</p> <p>-----</p> <p>voimavaralähtöinen kannustaminen kannustaminen ja tukeminen toiminnallisuuteen tukeminen</p> <p>omatoimisuuden tukeminen</p> <p>myönteinen palaute</p>	<p>Fyysisten tarpeiden huomiointi</p> <p>-----</p> <p>Yksilöllisyys</p> <p>-----</p> <p>Voimavara- lähtöisyys</p>	<p>Asiakaslähtöisyys</p>
	<p><i>"kanssakäyminen on vaikuttanut hyvin kotoiselta ja luontevalta"</i> <i>"mitään asioita ei saa jättää selvittämättä, turvallisuuden tunne kasvaa, kun asioista puhutaan"</i> <i>"näyttää että kyseinen henkilö on tärkeä ja että hänestä välitetään vaikka hän on välillä hankalakin. hän ei ole sitä tahallaan, hän voi olla tuskastunut ja väsynyt sairauteensa"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"saa osallistua vointinsa mukaan talon töihin ja on kannustettu siinä"</i> <i>"läheistäni ulkoilutetaan ja hänelle toimitetaan ja järjestetään askareita niin, että aika ei tule pitkäksi"</i> <i>"kotitalous- ja käsityöt on mahdollista"</i> <i>"on yksi erittäin mieluisa harrastus, jonka alullepanossa ja lopetuksessa hän saa apua henkilökunnalta"</i></p>	<p>kotoinen ja luonteva kanssakäyminen avoimuus</p> <p>välittäminen</p> <p>-----</p> <p>arjen askareisiin osallistuminen ulkoilu, askareet</p> <p>kotitalous- ja käsityöt aikaisempien harrastusten ylläpitäminen</p>	<p>Inhimillinen kohtaaminen</p> <p>-----</p> <p>Ajankulu ja tekeminen</p>	<p>Yhteisöllisyys</p>

<p>Millaista on hoidon laatu omaisten arvioimana?</p>	<p><i>"viihtyisä, tilava, lämminhenkinen"</i></p> <p><i>"erittäin viihtyisäksi ja kodikkaaksi"</i></p> <p><i>"mielestäni hoitokodin tilat ovat viihtyisät. tilojen laajennus vielä lisäsi sitä."</i></p> <p><i>"toisimme äitini henkilökohtaisia tavaroita, valokuvia jne, mutta hän ei halua"</i></p> <p><i>"pienessä hoitokodissa säilyy läheisyys"</i></p> <p><i>"olen onnellinen läheiseni puolesta, että häntä hoidetaan Eevakodissa ja tiedän, että läheiseni on siellä kuin kotonaan"</i></p> <hr/> <p><i>"oivat ovat lukossa, joten hoidettavat eivät pääse yksin harhailemaan ulos"</i></p> <p><i>"tärkeää on, ettei läheiseni pääse vahingossa loukkaamaan itseään tai jotakuta toista tai joku häntä"</i></p> <p><i>"hoidettavien käyttäytymisen tunteminen on tärkeää, jotta henkilökunta pystyy ennakoimaan mahdolliset vaarat"</i></p> <hr/> <p><i>"olen kuitenkin luottavainen että hoitohenkilökunta näkee joka päivä läsnä ollessaan omaiseni tarpeet paremmin kuin minä kaukana ollessani"</i></p> <p><i>"hoitohenkilökunta tuntee hänet paremmin nyt kuin me lapset"</i></p> <p><i>"olen saanut hoitohenkilökunnasta hyvän käsityksen käyttäytymisen ja ammattitaidon osalta"</i></p> <hr/> <p><i>"omaisille ilmoitetaan läheisen tarpeista, esim. uusien vaatteiden tarpeesta sekä muutoksista terveyden suhteen"</i></p> <p><i>"hyvä, että on keskusteluyhteys"</i></p> <p><i>"henkilökunta on kivoja. Pitäisi vaan enempää heidän kanssaan keskustella"</i></p> <hr/> <p><i>"Oli aikoja jolloin ei saanut esim. jumpaa ja nyt taas äiti saa"</i></p> <p><i>"jumppaa on pyydetty enemmän ja varmaan sitä saadaan lisää"</i></p>	<p>viihtyisä, tilava, lämminhenkinen</p> <p>viihtyisyys, kodikkuus</p> <p>viihtyisyys</p> <p>henkilökohtaiset tavarat</p> <p>hoitoyksikön pienuus</p> <p>kotoisuus</p> <hr/> <p>harhailemisen estäminen</p> <p>vaaratilanteiden ennaltaehkäisy</p> <p>vaarojen ennakointi</p> <hr/> <p>asukkaiden tarpeiden huomiointi</p> <p>asukkaiden tunteminen</p> <p>ammattitaitoinen henkilökunta</p> <hr/> <p>omaisille tiedottaminen</p> <p>keskusteluyhteys</p> <p>keskustelu henkilökunnan kanssa</p> <hr/> <p>omaisten toiveiden toteuttaminen</p> <p>toiveiden toteuttaminen</p>	<p>Viihtyisyys ja kodinomaisuus</p> <hr/> <p>Turvallisuus</p> <hr/> <p>Omaisten luottamus hoitoon</p> <hr/> <p>Omaisten ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus</p> <hr/> <p>Omaisten kuuleminen</p>	<p>Hyvä fyysinen hoitoympäristö</p> <hr/> <p>Yhteistyö omaisten kanssa</p>
---	--	---	---	--

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Miten hoidon laatua tulee kehittää omaisten mukaan?	<p><i>"ulkoiluttakaa mahdollisimman paljon, niin asiakas näkee enemmän ulkomaailmaa, jota hän varmaan kaipaa paljon ja ikävöi"</i></p> <p><i>"pitäisi huomioida ehdottomasti enemmän esim. liikunnan ja ulkoilun kautta"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"virikkeitä ja innostusta"</i></p> <p><i>"asiakkaan voimavarojen mukaan toivoin iloista viriketoimintaa mm. reipasta laulua/musiikkia ja yhteisiä leikkejä"</i></p> <p><i>"voisivatko kykenevät osallistua vanhainkodin toimintapäivään"</i></p> <p><i>"yhteisiä askartelu, lauluhetkiä, jotain kirkossa käyntejä jne."</i></p> <p><i>"esim. kukkalaatikoita, kukkapenkkejä, pieniä kasvipenkkejä ym. joita asukkaat voisivat hoitaa"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"yrittää vaan motivoida ettei jäisi sängynpohjalle"</i></p> <p><i>"käyttämään käsiään enemmän esim. pyörätuolilla mahdollisimman paljon itse rullailemaan"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"liikkumavälineissä olisi parantamisen varaa"</i></p> <p><i>"sänkyjähän olisi hyvä uudistaa"</i></p> <p><i>"mukavia istuimia ei liene koskaan liikaa ja keinutuoleja (turvallisia) vanhat ihmiset yleensä rakastavat"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"parantamisen varaakin olisi"</i></p> <p><i>"hoitohenkilökuntaa tulisi lisätä"</i></p> <p><i>"työntekijöitä valittaessa otettaisiin huomioon työntekijöiden kyky ottaa huomioon tällaisten vanhusten erityistarpeet hoidossa ja hyvinvoinnissa"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"läheisyyden tunnetta enemmän että vanhus tietää ettei ole yksin"</i></p> <p><i>"enemmän läheistä kontaktia hoidettavan"</i></p> <p><i>"yhteistä aikaa, jollo kaikki rauhattomasti olisivat yhdessä"</i></p> <p><i>"seuranpito"</i></p> <p><i>"keskustelua asiakkaan kanssa enemmän hänen toiveisiin ja mielipiteisiin"</i></p> <p>-----</p> <p><i>"omahoitajan kanssa pieniä palavereita, aikaisemmin oli mut nyt ei ole ollut"</i></p> <p><i>"lääkärikäynneistä tietoa ajankohdista"</i></p>	<p>ulkoilu</p> <p>liikunta, ulkoilu</p> <p>-----</p> <p>virikkeellisyys musiikki, leikit</p> <p>toimintapäivä</p> <p>askartelu, laulu, kirkossa käynnit puutarhatyöt</p> <p>-----</p> <p>toiminnallisuuteen tukeminen omatoimisuuden tukeminen</p> <p>-----</p> <p>liikkumisvälineiden kunto sänkyjen uudistaminen istuimet, keinutuolit</p> <p>-----</p> <p>henkilökunnan ammattitaito lisää henkilökuntaa erityisosaaminen</p> <p>-----</p> <p>läheisyys</p> <p>läheinen kontakti yhdessäolo seuranpito keskustelua asiakkaan toiveista ja mielipiteistä</p> <p>-----</p> <p>omahoitajan kanssa keskustelut tiedottaminen lääkärikäynneistä</p>	<p>Fyysinen aktiviteetti</p> <p>-----</p> <p>Virikkeellisyys</p> <p>-----</p> <p>Kuntouttava työote</p> <p>-----</p> <p>Huonekalujen ja apuvälineiden kunto</p> <p>-----</p> <p>Riittävä ja osaava henkilökunta</p> <p>-----</p> <p>Sosiaalinen kanssakäyminen</p> <p>-----</p> <p>Yhteistyö omaisten kanssa</p>	<p>Toiminnallisuutta tukeva hoitoympäristö</p> <p>-----</p> <p>Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen</p>