

ACTA UNIVERSITATIS LAPPONIENSIS 210

Riitta Räsänen

**IKÄÄNTYNEIDEN ASIAKKaidEN ELÄMÄNLAATU  
ympäriuurokautisessa hoivassa  
sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille**

**LUP** LAPLAND UNIVERSITY PRESS  
LAPIN YLIOPISTOKUSTANNUS

Rovaniemi 2011

Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

© Riitta Räsänen

Taitto: Ritva Lahtinen

Myynti:

Tiede- ja taidekirjakauppa Tila  
PL 8123, 96101 Rovaniemi  
puh. +358 40 821 4242  
faksi +358 16 362 932

[julkaisu@ulapland.fi](mailto:julkaisu@ulapland.fi)  
[www.ulapland.fi/lup](http://www.ulapland.fi/lup)

Juvenes Print, Tampere 2011

ISSN 0788-7604  
ISBN 978-952-484-468-0

## Tiivistelmä

Räsänen Riitta

Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille

Rovaniemi: Lapin yliopisto 2011, 242 s., Acta Universitatis Lapponiensis 210

Väitöskirja: Lapin yliopisto

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-468-0

Tutkimusta huonokuntoisten vanhusten elämänlaadusta sekä hoidon ja johtamisen laadun merkityksestä sille on vähän, vaikka sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän odotetaan tukevan kaikenikäisten elämänlaatua. Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää, miten tämä vaatimus toteutuu ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoivassa. Teoreettiset premissit nousivat sosiaalipolitiikasta, terveystieteistä ja hyvinvointiteoriasta. Tutkimus on avaus monitieteiseen ikääntyneiden palvelujen tutkimukseen.

Aineisto kerättiin kansainvälisellä Care Keys -mittaristolla laitoshoidossa, ympärivuorokautisessa palveluasumisessa ja muutamassa yksityisessä hoitokodissa 11 kunnassa Jyväskylän seudulla vuosina 2006–2007 (perusjoukko 1 375 ja tutkimusjoukko 682 vanhusta). Asiakkaan kognitiivinen taso määrittä tutkimukseen osallistumistavan. Tutkimusaineisto koostui ei-muistisairaiden asiakkaiden haastatteluista, muistisairaiden asiakkaiden havainnoinnista, tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden hoitotyön asiakirjoista poimituista tiedoista ja toimiyksikköjen johtajille tehdystä kyselystä.

Ei-muistisairaiden asiakkaiden ( $n = 294$ ) elämänlaatu oli kohtuullinen. Elämänlaatu ei eronnut iän, sukupuolen tai hoitomuodon perusteella. Eroja ei ollut kunnallisen tai yksityisen palvelun kesken. Hoidon laatu, tyytyväisyys asumiseen ja hoitajiin, vaikuttamismahdollisuudet, toimeentulo muiden asiakkaiden kanssa, tekemisen riittävyys sekä hyvä avun tarvestaavuus vaikuttivat vanhuksen elämänlaatuun myönteisesti. Valtaosa oli tyytyväisiä hoitopaikkaansa. Tyytyväisyys hoitajiin, hoitajien antaman ajan riittävyys ja elämänlaadun kokonaisuus eivät liittyneet korkeaan henkilöstömitoitukseen. Yhden tai kahden hengen huoneessa asuvien vanhusten elämänlaatu ei eronnut toisistaan, mutta oli parempi kuin useamman hengen huoneessa asuvilla. Elämänlaatu muodostui aiempien tutkimusten tapaan fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja ympäristöllisestä ulottuvuudesta, joilla oli yksittäisen merkityksen lisäksi yhteisvaikutusta. Fyysinen terveys, toimintakyky, sopeutuminen omaan vanhenemiseen, sosiaaliset suhteet sekä psyykinen hyvinvointi selittivät puolet elämänlaadun vaihtelusta.

Muistisairaiden asiakkaiden ( $n = 388$ ) elämänlaatu oli kohtalainen ja aiempien vähäisten tutkimustulosten mukainen. Ikä tai sukupuoli ei vaikuttanut vanhuksen elämänlaatuun. Erot hoitomuotojen kesken olivat vähäiset. Vanhukset saivat tarvitsemansa avun kaikissa hoitomuodoissa, mikä vaikutti elämänlaatuun positiivisesti. Havainnoinnin tulokset osoittivat, että elämästä on mahdollista nauttia myös iäkkäänä ja huonokuntoisena, vaikka masentuneisuus olikin yleistä.

Ammatillisen hoivan laatu liittyi asiakkaiden ( $n = 682$ ) hyvään elämänlaatuun. Hoitotyön kirjaaminen oli puutteista huolimatta hyvää, tosin sen laadulla ei ollut vaikutusta vanhusten elämänlaatuun. Kirjaamisen perusteella asiakkaan avun tarve ja saanti vastasivat toisiaan hyvin. Muisti-

sairaat saivat paremmin apua, jos he asuivat yhden hengen huoneessa kuin useamman hengen huoneessa.

Johtajakyselyn (n = 41) perusteella matalampi organisaatorakenne sekä laadunhallinta- ja johtamisjärjestelmän käytännönläheisyys olivat yhteydessä ei-muistisairaiden vanhusten parempaan elämänlaatuun. Sinänsä laadunhallintajärjestelmän laajuudella ei ollut merkitystä asiakkaiden elämänlaadulle. Hyvää elämänlaatua tuottaneissa yksiköissä henkilöstömitoitukset ja kustannukset olivat alhaisimpien joukossa. Työn kuormittavuuden arviointi ei sisällynyt tutkimukseeni. Organisaatiorakenteella tai korkeammalla henkilöstömitoituksella ei ollut merkitystä muistisairaiden vanhusten elämänlaadulle.

Tulosten perusteella muodostui kuva elämänlaatua tuottavan hoivan sisällöstä. Sen toteuttaminen edellyttää gerontologista hoivan ammattityötä ja johtamista. Vasta näin muodostuva kokonaisuus voi vahvistaa vanhusten elämänlaatua ja vastata joustavasti eritasoisiiin hoivan ja hoidon tarpeisiin ilman ikääntyneen siirtämistä hoitopaikasta toiseen.

Avainsanat: hoiva, hoitotyö, pitkäaikaishoiva, elämänlaatu, hoidon laatu, johtamisen laatu

## Abstract

Räsänen Riitta

The Quality of Life of the Long-Term Care Clients and the Significance of Care and Management for it  
Rovaniemi: University of Lapland, 2011, 242 pp., Acta Universitatis Lapponiensis 210

Dissertation: University of Lapland

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-468-0

Little research has been done on the quality of life of the frail old and on the significance of the quality of care and management for it even though the social and health care system is expected to support everyone's quality of life regardless of age. The aim of my research was to explore how this standard is materialised in the long-term care of the old. The theoretical premises emerged from social policy, health sciences, and welfare theory. This research is an opening for a multidisciplinary research on the services for the old.

The international Care Keys instrument was used to collect the data in residential care, long-term care, and a few private nursing homes in 11 municipalities in the Jyväskylä region during the years 2006–2007 (a population of 1 377 and a sample of 682 old people). The client's cognitive level determined his/her manner of participation in the research. Therefore, the data consisted of interviews from non-demented clients, observation of demented clients, excerpts from the research participants' care documentation, and a questionnaire for the care units' directors.

The quality of life of the non-demented clients ( $n = 294$ ) was moderate. It did not differ in age, gender, or between residential or institutional care. There were no distinct differences between public and private sector services. The experienced quality of care, contentment with housing and nurses, having personal influence possibilities, getting along with other clients, having enough activities and receiving sufficient help had a positive impact on quality of life. The majority was content with their care unit. Contentment with nurses, adequacy of time given by nurses, and the entity of quality of life was not connected with a high number of personnel. The quality of life of the old who lived in a one or two-person room did not differ but was better than of those who lived in a room of more than two persons. As in previous studies, quality of life encompassed the physical, mental, social, and environmental dimensions which in addition to their individual significance had interaction with each other. Physical health, the ability to function, adaptation to ageing, social relations and mental well-being explained nearly half of the variation of quality of life.

The quality of life of the demented clients ( $n = 388$ ) was moderate and in accordance with the previous few studies. Neither age nor gender affected the quality of life of the old. Differences between residential and institutional care were minor. The supply for help corresponded with the need for it which had a positive impact on quality of life. Observation results proved that also the frail old can enjoy life even though depression was common among the demented clients.

The quality of professional care was connected with clients' ( $n = 682$ ) good quality of life. Investigating the care documents proved that quality of care was good regardless of imperfections of care and service plans. Based on the care documents, the client's need for help corresponded well with the

supply for it. The demented clients received help more often if they lived in a one-person room than in a room of more than two persons.

Based on the results of the questionnaire for the managers ( $n = 41$ ), it became evident that a lower organisation structure as well as the practicality of quality management and the management system were connected with better quality of life of the old. The extent of the quality management system did not have an impact on the quality of life of the clients as such. The costs and the number of personnel were among the lowest ones in the units that produced good quality of life. I did not include the analysis of work strain in my research. The organisation structure or higher personnel dimensioning did not have an impact on the quality of life of the demented clients.

The concept of the content of quality of life and care was comprised of the results. Gerontological professional care and management are required in order to realise it – only holistic care that consists of these elements can support the quality of life of the old. This kind of care can flexibly correspond to the needs of care and nursing of different levels without having to move the old from one care unit to another.

Keywords: care, nursing, long-term care, quality of life, quality of care, quality of management

## Sisälllys

Esipuhe.....	11
1 Johdanto .....	15
1.1 Tutkimuskohteen valinta .....	15
1.2 Tutkimuksen taustatekijöitä .....	17
1.3 Ikääntyneiden palvelujärjestelmä .....	20
2 Pitkäaikaishoivan käsitteet ja toimintaympäristö .....	29
2.1 Hoivan käsite ja sisältö .....	29
2.2 Hoito ja hoitotyö.....	36
2.3 Gerontologinen hoitotyö hoitotyön erityisalueena .....	40
2.4 Hoiva ja hoito ympärivuorokautisen hoivan kontekstissa .....	44
3 Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon laadun aikaisempi tutkimus .....	47
3.1 Ikääntyneiden elämänlaatu kotona ja laitoksessa .....	47
3.2 Ammatillinen laatu.....	50
3.3 Johtamisen laatu.....	60
4 Elämänlaatu teoreettisena viitekehyksenä.....	66
4.1 Hyvinvointi elämänlaadun lähikäsitteenä .....	66
4.2 Elämänlaadun käsite .....	70
4.3 Elämänlaadun moniulotteisuus.....	74
4.4 Ikääntyneen muistisairaana elämänlaatu .....	81
4.5 Elämänlaadun mittaaminen .....	87
5 Tutkimusaineisto, sen hankinta ja aineiston analyysimetodit .....	91
5.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuksen viitekehys .....	91
5.2 Tutkimusaineiston hankinta .....	93
5.3 Tutkimuksessa käytetyt arviointimenetelmät .....	102
5.4 Tutkimusaineiston analyysissa käytetyt tilastomenetelmät .....	105
5.5 Tutkimuksen etiikka, validiteetti ja reliabiliteetti.....	107
6 Vanhusten pitkäaikaishoivan asiakkaiden elämänlaatu .....	111
6.1 Asiakkaiden kuvaus .....	111
6.2 Haastateltujen asiakkaiden elämänlaatu .....	112
6.3 Muistisairaiden elämänlaatu .....	127
7 Ammattityön ja johtamisen laatu .....	134
7.1 Hoidon ammatillinen laatu kirjaamisen perusteella.....	134
7.2 Johtamisen laatu.....	141
8 Asiakkaan elämänlaadun sekä ammattityön ja johtamisen laadun erot ja yhteydet toisiinsa .....	151
9 Tulosten tarkastelua ja pohdinta .....	167
10 Johtopäätökset .....	177
Lähteet .....	186
Liitteet .....	219

## Kuvioluettelo

Kuvio 1.	Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä . . . . .	22
Kuvio 2.	Synergisesti muodostuva hoiva toimii elämänlaatua tuottavana hoivana. . . . .	46
Kuvio 3.	Hoivan laadun vaikutukset vanhusten laitoshoidossa. . . . .	65
Kuvio 4.	Elämälaadun ulottuvuudet WHO: n (1998) ja Lawtonin (1991) mukaan . . . . .	72
Kuvio 5.	Malli hyvinvoinnin ja dementian yhteyksistä toisiinsa. . . . .	82
Kuvio 6.	Tutkimuksen viitekehys Care Keys -arviointimallin mukaisena. . . . .	92
Kuvio 7.	Avun tarve ja saanti haastatelluilla vanhuksilla. . . . .	122
Kuvio 8.	Haastateltujen asiakkaiden tyytyväisyys omaan hoitopaikkaansa. . . . .	153
Kuvio 9.	Haastateltujen asiakkaiden kokemus hoitajien ajan riittävytydestä eri hoitomuodoissa. . . . .	154
Kuvio 10.	Tutkimuksen viitekehys täydennettynä tutkimuksen tuloksilla. . . . .	183

## Taulukkoluetelo

Taulukko 1.	Hoivan ja hoidon keskeisimpien tekijöiden vertailu kirjallisuuskatsauksen perusteella. . . . .	45
Taulukko 2.	Elämänlaadulle tärkeitä tekijöitä . . . . .	74
Taulukko 3.	Dementiahoidon hyvät käytännöt . . . . .	86
Taulukko 4.	Tutkimusaineistojen muodostuminen. . . . .	95
Taulukko 5.	Laskentamalli tutkimusjoukkoon otettavien asiakkaiden määrittämiseksi. . . . .	96
Taulukko 6.	Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden jakautuminen eri hoitomuotoihin. . . . .	97
Taulukko 7.	Asiakkaiden jakautuminen perus- ja tutkimusjoukkoon iän mukaan . . . . .	98
Taulukko 8.	Tutkimukseen osallistumisen tapa hoitomuodoittain . . . . .	99
Taulukko 9.	Tutkittavien jakautuminen haastatteluun ja havainnointiin kunnittain . . . . .	102
Taulukko 10.	Haastateltujen asiakkaiden elämänlaadun ulottuvuuksien keskiarvo, mediaani, keskihajonta, minimi ja maksimi sekä ulottuvuuksien merkitys elämänlaadun kokonaisuuteen . . . . .	114
Taulukko 11.	Haastateltujen vanhusten koetun elämänlaadun ulottuvuuksien tarkastelu faktorianalyysillä: faktorilataukset, kommunaliteetit, faktorikorrelaatiot ja ala-asteikkojen reliabiliteetit . . . . .	116
Taulukko 12.	Asiakkaiden kokemukset hoitopaikasta asuinympäristönä . . . . .	117
Taulukko 13.	Asiakkaiden keskinäisen toimeentulon vaikutus koettuun elämänlaatuun. . . . .	119



Taulukko 14. Asiakkaan arvio siitä, saako hän tarpeeksi apua keskeisiin toimintoihinsa .....	121
Taulukko 15. Haastateltujen asiakkaiden kokemus hoidon laadusta .....	124
Taulukko 16. Korrelaatiomatriisi hoitajatytyväisyyden ja elämänlaatumittarin ala-asteikoiden (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristö) välillä.....	126
Taulukko 17. Asiakkaiden koettu elämänlaatu suhteessa koettuun hoidon laatuun.....	127
Taulukko 18. QUALID-mittarin arviointiosioiden jakaumat.....	129
Taulukko 19. Havainnoitujen vanhusten elämänlaadun tarkastelu Qualid-mittarin arviointikohteiden perusteella .....	130
Taulukko 20. Tutkimukseen osallistuneiden vanhusten hoito- ja palvelu suunnitelmien laatua selvittävät kysymykset ja niihin annettujen kyllä-vastausten määrä hoitomuodoittain .....	135
Taulukko 21. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden hoidon kliinistä tuloksellisuutta selvittäneiden muuttujien jakaumat.....	137
Taulukko 22. Johtajien arviot organisaation laadunhallinnan, strategian ja käytännön periaatteista.....	144
Taulukko 23. Organisaatioissa käytetyt ohjeet hoidossa sattuvien ongelmien ehkäisemiseksi.....	145
Taulukko 24. Tavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen tutkimusta edeltäneen vuoden aikana ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä.....	148
Taulukko 25. Johtajien (n = 41) yleisarvio tavoitteiden saavuttamisesta viimeisen vuoden aikana suhteutettuna laadunhallintajärjestelmään. ...	149
Taulukko 26. Haastateltujen asiakkaiden elämänlaatupisteiden summasta laskettu keskiarvo ja keskihajonta hoitomuodoittain.....	151
Taulukko 27. Havainnoitujen asiakkaiden elämänlaatua kuvaavien QUALID-pisteiden keskiarvot.....	155
Taulukko 28. Ei-muistisairaiden asiakkaiden elämänlaadun kokonaisuutta kuvaava kokonaispistemäärä kunnittain .....	159
Taulukko 29. Qualid-pistemäärät kunnittain.....	161
Taulukko 30: Ympärivuorokautisten hoivayksiköiden hoitopäivän nettohinnat eli kunnan maksuosuus kuntien oman ilmoituksen mukaan vuonna 2005.....	163
Taulukko 31. Kunnan vuosikustannus RAVA-pistettä kohti.....	165
Taulukko 32. Keskeiset tutkimustulokset laadun eri ulottuvuuksista.....	166
Taulukko 33. Ikääntyneiden elämänlaatua tukevan hoivan keskeiset periaatteet.....	180

## Liiteluettelo

Liite 1. Asiakashaastattelukaavake CLINT-IC. Lyhyt versio. ....	219
Liite 2. Havainnointiin käytetyt mittarit Qualid ja Cornell täyttöohjeineen. ....	224
Liite 3. Lomake hoitotyön asiakirjoista poimittavalle tiedolle. ....	229
Liite 4. Esimiehille suunnattu kysely. ....	231
Liitetaulukko 1. Tutkimuskunnat ja niiden asukasmäärät vuonna 2006, yli 75-vuotiaiden osuus vuonna 2006 ja ennuste vuodelle 2020 sekä RAVA-arvioinnin keskiarvot laitoshoidossa ja palveluasumisessa. ....	240
Liitetaulukko 2. Asiakkaiden kokemus avun tarpeestaan ja saannistaan hoitomuodoittain. ....	240
Liitetaulukko 3. Muistisairaiden asiakkaiden elämänlaadun (Qualid-mittari) yhteys asuinhuoneessa asuvien lukumäärään. ....	241
Liitetaulukko 4. Avun tarpeen ja saannin välinen suhde hoitotyön asiakirjojen mukaan. ....	241
Liitetaulukko 5. Pitkäaikaishoitoon siirtymisajankohdan yhteys elämänlaatuun. ....	241
Liitetaulukko 6. Havainnointimittariston vertailu. ....	242
Liitetaulukko 7. Havainnoitujen vanhusten masentuneisuuden tarkastelu Cornell-mittarin arviointikohteiden perusteella. Faktorianalyysi: faktorilataukset, kommunaliteetit, faktorikorrelaatiot ja ala-asteikkojen reliabiliteetit. ....	242

## Esipuhe

Vanhusten pitkäaikaishoitoon liittyvä väitöstyö oli mielessäni Jyväskylän yliopistossa jo 2000-luvun alkuvuosina, mutta varsinainen impulssi oli professori Marja Vaaraman tapaaminen vuonna 2006. Hän tarjosi mahdollisuutta käyttää kansainvälisessä Care Keys -projektissa vasta valmisteilla olevaa mittaristoa. Aihe toi hänet ohjaajakseni, mikä merkitsi yliopiston ja pääaiheen vaihtumista. Tutkimuksen ja arkityöni vuoropuhelu oli antoisaa, sillä sain hyödyntää pitkää kokemustani vanhus- ja terveystalvelujen johtamisesta ja edelleen kehittää tietämystäni palvelujen laadusta. Vuoropuhelu teki usein myös kipeää. Perehtyminen kokonaan uuteen tieteenalaan, sosiaaligerontologiaan, laajensi pitkäaikaishoivan näkemystäni merkittävästi. Ilman sitä työni ja sen monitieteisyys olisivat jääneet vajaiksi. Koen työni merkitykselliseksi ja uutta luovaksi, sillä olen etsinyt työssäni uudenlaista lähestymistapaa vanhusten ympärivuorokautiseen hoivaan, sen järjestämisen tapaan ja käytänteisiin. Tutkimusprosessini aikana yritin siirtää teoreettista tietämystäni myös arjen hoivatyöhön. Nyt olemme tilanteessa, jossa hoivan toimintakulttuuria on pakko muuttaa, eikä siinä riitä vain toimintamuodon nimitysten muuttaminen.

Työni ohjaaminen oli vaativaa. Haluan kiittää lämpimästi alkuajan pääohjaajaani professori Marja Vaaramaa innostavasta ja kannustavasta ohjauksesta. Erityisen suuret kiitokset haluan osoittaa loppuajan ohjauksesta emeritus professori Simo Koskiselle, jonka loputon innokkuus ja osaaminen saivat minut kerta toisensa jälkeen ihastumaan ja hämmästyämään. Hän ohjasi minua tukevalla mutta lempeällä tavalla auttaen minua eteenpäin työssäni. Jälkeenpäin ajatellen raskas matka Jyväskylästä Rovaniemelle milloin yöjunalla, milloin omalla autolla maksoi vaivan. Kiitokseni myös työni toiselle ohjaajalle professori Anneli Pohjolalle, jonka tarkat näkemykset rikastuttivat erityisesti sosiaalipoliittista ajatteluaani.

Esitarkastajiani professori Arja Isolaa ja dosentti Teppo Krögeriä haluan kiittää tarkkuudesta ja työtäni parantavista ehdotuksista. Kommentitne avasivat ja syvensivät ajatteluaani merkittäväällä tavalla. Kriittiset ja samalla riemukkaan kannustavat lausuntonne antoivat uskoa saattaa työ loppuun.

FM Timo Törmäkankaan asiantuntijuus ja apu tilastollisten menetelmien käytössä on ollut korvaamaton. Hän jaksoi neuvoa sekä auttaa aina yhtä rauhallisesti ja ystävällisesti. Hänen osaamisensa vuoksi työni tilastotieteellinen osio muodostui vahvaksi. Timolle esitän mitä suurimmat kiitokseni.

Suuri kiitos kuuluu mukana oleville kuntien sosiaali- ja terveysjohdolle, jotka ottivat tutkimukseni hyvin vastaan haluten tietää johtamiensa yksiköiden laadusta. Lämpimät kiitokset kaikille niille, jotka antoivat tavalla tai toisella työpanostaan tiedonkeruutyöhön ja niille vanhuksille, jotka osallistuivat tähän tutkimukseen. Kiitokset myös niille omaisille, jotka tukivat työtäni ja ottivat yhteyttä kannustaakseen juuri tämän aihealueen tutkimukseen. Kiitos kuuluu myös työnantajilleni. Haluan kiittää Tutkimus- ja kehittämissäätiö GeroCenterin erityistutkija Raija Leinosta, ylilääkäri, professori Mauri Kallista, geriatri Pertti Karppia, yliopettaja Pirjo Tiikkaista sekä lehtori Sinikka Hakosta ja Anneli Yabalia. Kommenttinne avarsivat omaa ajatteluani. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriä ja Taja ry:tä kiitän taloudellisesta tuesta.

Väitöstyön teko monografiana ja vaativan päätyön ohessa ei ole ollut helppoa. Omat hankaluutensa toi myös Lapin yliopiston etäisyys. Perheeni tuki ja rakkaus ovat olleet kaikki kaikessa. Mitä nöyrimmin haluan kiittää ikääntyneitä vanhempiani Helvi ja Veikko Paanasta Viitasaarelta siitä, että he ovat antaneet minulle aikanaan eväät elämälle, opiskelulle ja elämän syvällisempienkin asioiden tarkastelulle. Seuratessani heidän ikääntymistään olen saanut tietoa, jota en koskaan olisi oppinut pelkästään oppikirjoista. Kauko Räsäselle osoitan lämpimät kiitokset lukuisista kansalaisnäkökulman varmistaneista keskusteluistamme Juuan Penttiniemessä, josta on myös kannen kuva. Kiitokset vanhimmalle tyttärelleni FM Marica Jensenille kielenhuoltoon liittyvästä avusta. Tehtävä oli juuri pienen pojan menettäneelle, pienen keskostytön äidille vaatava. Kiitokset myös vävylleni LitM Benjamin Jensenille ja englannin kieltä pääaineenaan opiskelevalle tyttärelleni Annemarille abstraktini englannin kielen oikeellisuuden tarkastuksesta. Tytärtäni Hannelea ja poikaani Jonia haluan kiittää innostavasta uteliaisuudesta ja rohkaisusta työtäni kohtaan.

Puolisoni Reijon kannustus ja rakkaus ovat aina kaikessa olleet pyyteettömiä ja ehdottomia. Hän oli kriittinen ja ammattitaitoinen keskustelukumppani aiheen ja alan hyvin tuntevana ylilääkärinä, mutta myös

konkreettinen apu kodin käytännön töissä tai autonkuljettajana pitkällä Jyväskylä–Rovaniemi-matkoillamme. Ilman Reijon innostavaa tukea ja lempeää rakkautta en tähän työhön olisi ehkä koskaan lähtenytkään. Yhteinen toiveemme on saada elää pitkään ja nauttia tulevaisuudestamme yhdessä ikääntyen. Väitöstyö on tapana omistaa jollekin erityisen rakkaalle ihmiselle. Omistan tämän Sinulle, Reijo – saatesanoilla, jotka vain Sinä tiedät.

Palokassa Melindan 1-vuotispäivänä 17.4.2011

Riitta Räsänen

Neljä pitkään elettyä elämää  
joutuneet toistensa huonetovereiksi.

Yksi kiroilee.

Toinen ojentaa kättä ja sanoo robotin äänellä:

Päivää päivää päivää päivää.

Kolmas tuijottaa.

Neljäs tietää ettei ole kuin toiset, ja kärsii.

Miten niin kärsii,  
siistissä hygieenisessä talossa,  
hyvän arkkitehdin piirtämässä,  
ympärillä terveellinen mäntymetsä?

Eihän tässä muuta pyydetä  
kuin että sopeutat elämäsi  
eri lailla eläneitten,  
eri olojen muovaamien elämään  
lopuiksi lukuisiksi päiviksesi.

Helena Anhava (2005)

# 1 Johdanto

## 1.1 Tutkimuskohteen valinta

Tutkimukseni tieteellisenä tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millainen on ympärivuorokautisessa hoivassa asuvien vanhusten elämänlaatu, miten elämänlaadun eri ulottuvuudet löytävät siinä paikkansa ja millainen yhteys asiakkaan elämänlaadulla on hoivan ammattityöhön ja johtamiseen sekä niiden laatuun. Ajatuksenani on, että oikeus hyvään elämänlaatuun ei riipu henkilön iästä eikä kunnosta. Primääristi en esitä toimenpidesuosituksia tai toimintamallia, vaan pikemminkin tarjoan tietopohjaa elämänlaadun tukemisesta ikääntyneiden ympärivuorokautisissa hoivapalveluissa.

Tutkimuskohteen valintani nousee vanhustyön nykytilanteesta sekä siitä esitetyistä hoivan ammattityön ja johtamisen laadun kehittämistarpeista. Ikääntyneiden elämänlaatua ja hoivaa on tutkittu vielä vähän, lähinnä vain yhden tieteenalan näkökulmasta. Hoivan tutkimus on keskittynyt hoivan antamiseen, ja tuloksia on hyödynnetty lähinnä sosiaalipolitiikan alueella. Tutkimuksesta on uupunut asiakkaan näkökulma ja samanaikainen tarkastelu ammattityön ja johtamisen laadun kanssa. Omassa tutkimuksessani tarkastelen hoivaa kahden tieteenalan – sosiaalipolitiikan ja hoitotieteen – synteesinä, mikä on Suomessa uusi, mutta tulevaisuutta ajatellen välttämätön lähestymistapa. Tutkimukseni paikantuu sosiaalipoliittisesti mielenkiintoiseen ajankohtaan, sillä yhtäältä Suomessa ollaan purkamassa ikääntyneiden laitoshoidtoa ja siirtymässä sekä ideologisesti että käytännössä hoivalla tuetun asumisen palvelutuotantoon. Toisaalta sosiaalipalveluja ollaan viemässä yhteiseen järjestämisvastuuseen ja yhteistoiminta-alueille terveyspalvelujen kanssa. Lisäksi kotikuntalain muutos mahdollistaa pitkäaikaista laitoshoidtoa, asumispalveluja tai perhehoitoa tarvitsevien henkilöiden oikeuden valita kotikunnakseen tosiasiallinen asuinkuntansa. Tutkimukseni lähestymistapa pyrkii siis hyödyntämään sosiaali- ja terveystieteiden erilaisia näkökulmia ikääntyneiden parhaaksi – onhan myös käytännön työssä sama yhteiskunnallinen tavoite.

Mielenkiintoni ikääntyneiden palvelujen laatuun tulee parinkymmenen vuoden työskentelystä sosiaali- ja terveyspalvelujen esimies-, kehittämis- ja opetustehtävissä sekä seurattessani alan kehitystä ja keskustelua. Diskurssin rajoittuneisuus on uhka itse toiminnan sisällön asialliselle ja

laajemmalle tarkastelulle. Se voi jopa vähentää kehittämistyötä sekä heikentää hoiva-alan ammattilaisten hakeutumista alalle, työssä pysymistä ja jaksamista sekä alan yleistä kehittymistä. Usein yksittäisten, kielteisten laatukokemusten perusteella tehdyt yleistyksiset ovat olleet irrallaan laadun kokonaisuudesta. Erityisesti laitoshoidon rutiinimainen toiminta, vanhusten yksilöllisyyden vähäisyys, medikalisaatio ja epäasiallinen kohdeltu ovat keskusteluttaneet. Laatuongelmista huolimatta myös myönteistä kehitystä on tapahtunut. Laatuongelmien syinä on pidetty järjestelmä- lähtöisyyttä sekä asiakas- ja henkilöstömäärän epäsuhtaa (esim. Leinonen 2009, 132).

Sosiaaligerontologiset teoriat tukivat tutkimuskohteen valintaani, koska ne tarkastelevat sekä yksilön että yhteiskunnan sopeutumista ikääntymiseen. Niiden perusteella pidän tärkeänä toimintakyvyn näkökulmaa ikääntymisen, vanhuuden ja elämänlaadun tarkastelussani. Aidosti asiakkaan tarpeisiin vastaavien, tyytyväisyyttä ja elämänlaatua vahvistavien hoivapalvelujen pohjana tulisi olla asiakkaan aiemman elämäntien, olemassa olevien voimavarojen sekä todellisten tarpeiden tunteminen ja huomioon ottaminen. (Ks. Atchley 2000, 2–22; Jamieson 2002, 7–20; Jyrkämä 2003, 267–271; Sarvimäki & Heimonen 2010, 19–29.)

Sosiokulttuurisesti näen vanhuuden ainutkertaisena, tulevaisuuteen suuntautuvana, jatkuvasti kehittyvänä ja arvostettavana elämäntien vaiheena, joka nykyään kestää aiempaan nähden kauemmin. Ikä osana yksilön identiteettiä on merkittävä ihmisen elämänlaadulle. Se sai minut pohtimaan ikääntymistä ja elämänlaatua yhteiskunnallisesti säädeltyinä sekä sosiaalisten tilanteiden rakentumista siinä. Ikääntymistä representoidaan eri tavoin. Nuoruuden ihannoimisen merkitys ulottuu jopa elämänlaatuun asti. Voiko vanha ihminen kokea hyvää elämänlaatua, ja kuka viime kädessä määrittelee, mikä on hänelle hyvää? Vanhuuteenhan on perinteisesti yhdistetty irtaantumisen- ja luopumisen näkökulman mukaisesti autonomian menetys sekä avuttomuuden ja riippuvuuden lisääntyminen (Karisto 2002; Koskinen 2004; Sarvimäki & Heimonen 2010, 27). Kasvava riippuvuus yhdistetään järjestelmä- lähtöisesti useimmiten yksipuolisesti ja asenteellisesti juuri ympärivuorokautisen hoidon asiakkaisiin (esim. Rintala 1999). Elämänlaadun monipuolisuus avautuu siinä, että menetykset voivat avata uusia mahdollisuuksia ja mielenkiinnon kohteita. Aktiivisuusnäkökulman mukaan näen ikääntyneet yhteiskunnan toimeliaina, täysivaltaisina ja omatoimijoina jäseninä. Jatkuvuusdimen-



sion mukaan tarkastelen ikääntymisprosessia, palveluja ja elämänlaatua suhteessa yksilön aiempaan elämänkulkuun psykologian ja sosiologian näkökulmasta. (Moody 1998, 75–76; Jylhä 1990, 113; Koskinen 2004; Sarvimäki & Heimonen 2010, 28.)

Epistemologinen lähtökohtani oli käyttää monia aineistoja, joilla on omat metodologiset lähtökohtansa, mutta sosiokulttuurisesti niitä yhdistää sama konteksti eli ympärivuorokautinen hoiva. Tutkimusotteeksi valitsin sosiaalitieteissä ja erityisesti elämänlaatututkimuksissa vähemmän käytetyn kvantitatiivisen menetelmän. Tiedonkeruumenetelminä olivat haastattelu, havainnointi, kirjallinen kysely ja asiakirjatarkastelu. Erityisen huonokuntoisten ikääntyneiden elämänlaadun selvittämiseksi havainnointi oli ainoa keino. Sen käyttö mahdollisti ikääntyneiden tutkittavien käyttäytymisen seuraamisen ja sen ymmärtämisen siten, että havainnointitulokset oli mahdollista koota strukturoidulla mittarilla. Ontologisesti ajatellen tarkasteluni keskittyi ikääntyneisiin hoivan asiakkaisiin, ei pelkästään mittaustuloksiin. Laadun arviointivälineinä käytin osin vielä vähän testattuja mittareita, joista tutkimus antoi lisätietoa. Työni empirian esitän jaoteltuna asiakkaan kokemaan laatuun sekä ammattityön ja johtamisen laatuun. Emansipatorinen tiedonintressini on vahvistaa hoivaa saavien ikääntyneiden asemaa sekä hoivatyön ammatillista identiteettiä perustyössä ja johtamisessa. Kirjallisuushakuja tein systemaattisina tiedonhakuina eri tietokannoista (Medline, Cinahl, PubMed, Arto, Nelli). Myös kirjallisuus itse antoi viitteitä poikkeittieteellisen lisätiedon etsimiseen. Pidin mahdollisena hankkia tietoa eri lähteistä mutta en ilman lähdekritiikkiä. Lisätieto oli välttämätöntä aiheen laajuuden ja myös erityiskysymysten vuoksi. Tutkimusasetelma ja oma asiantuntemukseni ohjasivat lähteiden käyttöni.

## **1.2 Tutkimuksen taustatekijöitä**

### **Väestö vanhenee**

Väestö vanhenee Suomessa muita EU-maita nopeammin ikääntyneiden ihmisten absoluuttisen määrän kasvaessa ja eri ikäryhmien suhteellisten kokojen muuttuessa (Luoma, Rätty, Moisio, Parkkinen, Vaarama, Mäkinen 2003). Todellinen väestönkehitys näyttää ennusteita myönteisem-

pänä kuolleiden määrän jäätyä viime vuosina ennustetta pienemmäksi sekä nettomaahanmuuton ja syntyvyyden kasvaessa (Parkkinen 2007, 7). Suomalaisten elinajanodote on lähes kaksinkertaistunut runsaassa sadassa vuodessa niin vastasyntyneillä kuin 65- ja 80-vuotiaillakin ja on edelleen nousussa (Tilastokeskus 2007). Elinajan kolmen vuoden lisäyksestä yksi vuosi on terveenä ja kaksi pitkäaikaissairana elettyjä vuosia (Sihvonen, Martelin, Koskinen, Sainio & Aromaa 2003, 48–59).

Yli 65-vuotiaista kolme prosenttia on yli 90-vuotiaita. Kahden vuosikymmenen kuluttua useampi kuin joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias, ja kolmen vuosikymmenen kuluessa kaikkein vanhimpien suomalaisten määrä yli kolminkertaistuu. (Tilastokeskus 2009.) Lukuihin liittyvä epävarmuus tosin suurenee, kun tulevaisuutta ennustetaan kauemmas (Hallipelto 2008, 42).

Vuonna 2008 Suomessa oli eläkeikäisiä ensimmäistä kertaa vuoden 1895 jälkeen enemmän kuin alle 15-vuotiaita (Martelin, Koskinen & Sihvonen 2008, 40; Rapo 2009; Tilastokeskus 2009). Väestöllinen huoltosuhde on kuluvan vuosikymmenen lopussa Euroopan unionin heikoin, ja vuoteen 2026 mennessä se on heikoin koko Suomen itsenäisyyden aikana (Rapo 2009). Eläkkeiden maksusta, riittävien hoito- ja hoivapalvelujen rahoittamisesta ja toteuttamisesta vastaa jatkossa siis pienenevä työikäisten joukko (Vaarama 2009, 15).

## Ikääntymisen diversiteetti ja elämänlaatu

Elämänlaatu tai oikeus siihen ei ole iästä kiinni. Eliniän pidentyminen onkin synnyttänyt elämänlaadun kannalta tärkeän ikääntymisen paradoksin: osalle vanhuus on hyvä elämänvaihe, osalle enimmäkseen kielteinen. Ikä ja ikääntyminen saavat erilaisia merkityksiä ja arvoja yhteiskunnan sekä yksilön tulkittaessa ja uudistaessa niitä. Tieteenalat arvioivat vanhuuden alkamista erilailta, eivätkä kalenteri-ikä ja toiminnallinen ikä välttämättä tarkoita samaa asiaa. Ikääntymismuutokset lisääntyvät 75 ikävuoden jälkeen, ja itsenäinen selviytyminen heikkenee sairauksien myötä noin 80 vuoden iässä. Vanhuuden katsotaan useimmiten alkavan vasta 85 ikävuoden jälkeen, jolloin sairauksista ja toimintakyvyn heikkeneemisestä johtuen avun tarve kasvaa. Ikääntymiseen hyväksytään aiempaa huonommin avun tarve, avuttomuus ja riippuvuus. (Niemelä 2003, 94; Koskinen 2004, 25–28; Rantanen 2005, 200; Tedre 2007, 102–104.)

Tulevaisuuden pitkäaikaishoidon tarpeita ja kustannuksia on arvioitu väestöennusteiden, terveyden ja toimintakyvyn kehittymisen sekä kuolemien tunnuslukujen avulla. Ennusteet toimintakyvyn paranemisesta ja toimintakykyvajakuuksien myöhentymisen vaikutuksista ovat kolmi-jakoisia (esim. Sihvonen ym. 2008, 51–63). Pessimistisimmän näkemyksen mukaan elinaika pitenee, mutta samalla raihnaisuuden aika lisääntyy ja kasvattaa hoidon tarvetta. Toinen vaihtoehto on, että ehkäisevistä toimenpiteistä huolimatta hoidon tarpeen kesto ei vähene, vaikka terveet vuodet lisääntyvät. Optimistisimman ennusteen mukaan hoidon tarve vähenee tai hoitoaika lyhenee terveiden elinvuosien lisääntyessä ja niiden osuuden kasvaessa suhteessa muuhun elinaikaan.

Ikääntyminen ja siihen liittyvä kehitys näkyy yhteiskunnassa monipuolisesti, tosin myös sen kapeutta on kritisoitu (esim. Kröger, Karisto & Seppänen 2007, 11). Valtio, kunnat ja liike-elämä näkevät väestön ikääntymisen omista tavoitteistaan johtuen eri tavalla, mikä tuo mukanaan myös lukuisia eettisiä kysymyksiä. Kaikenikäisten hyvinvointia ajatellen arvokasta hyvinvointivaltion legitimizeettiä pidetään siihen kohdistuvista paineista huolimatta edelleen suurena. Silti sosiaalipolitiikan ja talouspolitiikan yhteensovittamisen vaikeus näkyy ikääntyneiden palvelujen arjessa, mikä hämmentää ikääntyneitä, heidän omaisiaan ja heidän kanssaan työskenteleviä: ikääntyminen nähdään usein vain ongelmana. Väestön ikääntymisen haasteista selviytymisen nähdään edellyttävän työllisyyden edistämistä sekä julkisten menojen ja velkaantumisen hillitsemistä. Hyvinvointivaltion rahoituspohjan turvaamiseksi on esitetty julkisen sektorin uudistamista, johtamisen parantamista ja ikääntyvien osallistumista työntekoon. Ikääntyvien voimavarojen korostaminen olettaa kaikkien ikääntyneiden olevan aktiivisia osallistujia, kuluttajia ja tekijöitä. Näkemys voi olla vaatimuksineen kiusallinen ja ikääntyneitä eriarvostava. Toisaalta palvelujärjestelmä ei osaa hyödyntää ikääntyneiden omia voimavaroja eikä omaa toimijuutta. (Phillipson 1998, 99–102; Walker & Naegele 1999, 31; Kiander & Lönnqvist 2002, 7–8, 53, 151, 161–162; Lähdesmäki 2003, 43; Koskinen 2004, 33–36; Kröger ym. 2007, 11–12; ETENE 2008; Ilmarinen 2008, 488; Vaarama & Moisio 2009, 20–29.)

Suomen virallinen ikäpolitiikka näkyy ikääntyneiden hoidon ja palvelujen valtakunnallisissa laatusuosituksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Suositukset voivat olla joskus enemmän rajoittavia kuin mahdollistavia. Paikalliset poliitikot ja viranomaiset päättävät, miten

ja millaisilla voimavaroilla tulkitaan ja toteutetaan ohjeita, suosituksia sekä lainsäädäntöä. Ensimmäinen valtakunnallinen suositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) aiheutti laajaa keskustelua hoivan tarpeista ja laadusta sekä ikääntymisestä sinällään, vaikka käytännössä suositukset painottuivat henkilöstömitoituksiin. Uusin laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) tavoittelee ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin sekä niiden laadun ja vaikuttavuuden parantamista. Siinä korostetaan ihmisarvoisen vanhuuden eettisiä periaatteita. Se ottaa kantaa hoitohenkilöstön määrään ja rakenteeseen mutta ei juurikaan vanhushuollon lääkäriyöhön, gerontologisen sosiaalityön kehittämistarpeeseen tai sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjun kokonaisuuden vahvistamiseen. Suositus tavoittelee vuoteen 2012 mennessä perinteisen laitoshoidon vähentämistä kolmeen prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä. Tavoitetta on kritisoitu epärealistiseksi, sillä uusi toimintamuoto ei automaattisesti merkitse toiminnan sisällön muuttumista ja ikääntyneiden hyvää elämänlaatua. Ikääntyneiden saama hyöty jää toisarvoiseksi, jos kyseessä on vain kustannusten uusjako. Valmisteilla oleva ikääntyneiden palvelulaki korostaa ikääntyneen väestön asemaa. Samansuuntainen palvelurakenteen uudistus näkyy myös kansainvälisissä tutkimuksissa ja suosituksissa (European Commission 2009).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) ohjaa vanhusten ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa myös Ikähoiva-raportilla, joka kannustaa varmistamaan vanhusten hyvää elämänlaatua eheällä, yksiportaisella ja joustavalla hoivakokonaisuudella. Raportti ohjeistaa hoiva- ja hoitopalvelujen rakenteita ja kehittämistä sekä asumispalvelujen asiakasmaksujen määrätymisen yhdenmukaistamista. Yhdenmukaisesti laatusuosituksen (2008) kanssa raportti ehdottaa laitoshoidon asteittaista vähentämistä sekä kotihoidon ja palveluasumisen lisäämistä.

### ***1.3 Ikääntyneiden palvelujärjestelmä***

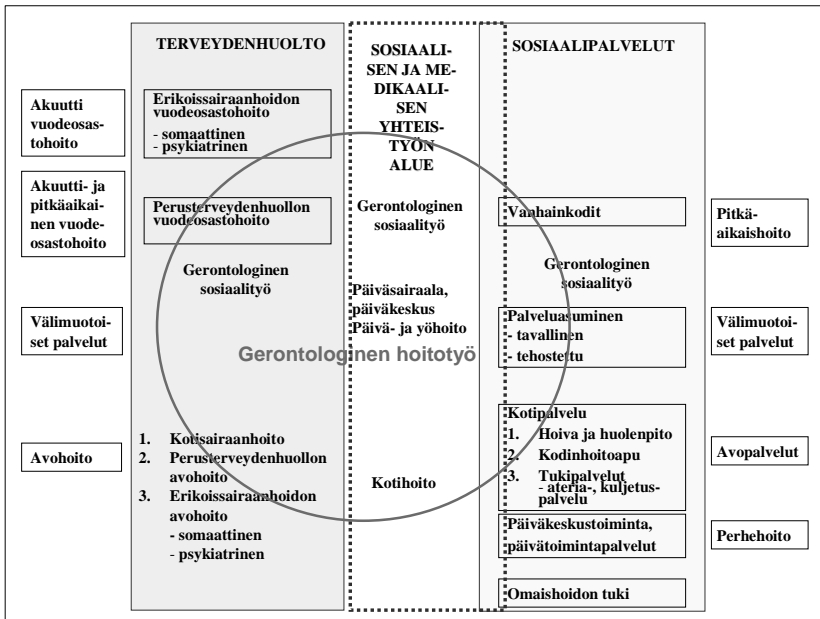
Edelleen kuntien vastuulla

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä kuntien rooli ja vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa, myös ikääntyneiden palveluissa, on merkittävä. Kunnalla on palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu, mutta tuot-

tamivastuun se voi hoitaa itse tai antaa toisen palveluntuottajan tehtäväksi. Paikallistasolla poliittisella päätöksenteolla määritellään palvelutarjonnan määrä, hyvin pitkälle myös palvelun rahoitus ja käytännössä myös julkisen hoivan markkinoiden laajuus. Kuntayhtymien ja isäntäkuntien palvelujen järjestämistavat ovat samat kuin kunnilla. Useissa Suomen kunnissa sosiaali- ja terveydenhuolto on hallinnollisesti yhdistetty samaan organisaatioon valtion keskushallinnon tavoin. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66; Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710; Vaarama 1995, 89, 91; Kröger 2009, 104.) Puitelain 5§ tarkennus on eduskuntakäsittelyssä. Lait ohjaavat myös yksityistä palvelutuotantoa (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 1990/152; Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 1996/603).

Väestön ikääntymisen moninaiset vaikutukset näkyvät yhteiskunnassa ja palvelujärjestelmässä. Säännöllinen hoivapalvelujen käyttö alkaa kotihoidossa noin 80 vuoden ja laitoshoidossa noin 82 vuoden iässä, ja tarve kasvaa erityisesti yli 85-vuotiailla. Yli 75-vuotiaista 10 prosenttia on pitkäaikaishoidon asiakkaita. Pitkäaikaishoidon asiakkaita lähes 90 prosenttia on puolestaan yli 75-vuotiaita. (Paasivaara 2002, 78–79; Stakes 2007; SVT 2007; Voutilainen, Kauppinen, Heinola, Finne-Soveri, Sinervo, Kattainen, Topo & Andersson 2007, 154–189; SVT 2009). Laitoshoito ja palveluasumistarpeita aiheuttavat sairaudet, toimintakyvyn muutokset, korkea ikä, sukupuoli, yksin asuminen, hoitavan henkilön puute, asuin- ja elinympäristö, sosiaalisen verkoston puutteet, päihdekäyttö ja psyykkiset ongelmat. Kaatumiset ja dementoivat sairaudet aiheuttavat laitoshoidon tarvetta. Noin 90 prosentilla ympärivuorokautisen hoivan asiakkaita on alentunut kognitiivinen toimintakyky, ja heistä 70 prosentilla se on vähintään keskivaikea. (Vaarama 1995, 91; Black & Rabins & German 1999, 559–568; Valvanne & Noro 1999, 1593; MacDonald & Cooper 2006, 16–22; SVT 2007; Voutilainen ym. 2007, 153–189; Voutilainen 2008b, 36; Wallace & Grossman 2008, 59; Einiö 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Asiakkaat, joilla on diagnosoitu muistisairaus, käyttävät noin puolet pitkäaikaishoidon kaikista hoitopäivistä. Tosin dementoiva sairaus on tilastoitu vain yli puolelle asiakkaita (Stakes 2007). Alidiagnostisoinnin syy voi olla asenteissa, arvostamisessa ja osaamisen vajeessa. Diagnoosilla ei kaikissa tapauksissa erheellisesti enää nähdä hoidon kannalta merkitystä. Vuoteen 2020 mennessä keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsiviä arvioidaan olevan jo noin 127 000 (Voutilainen 2008b, 36).

Palvelujärjestelmän eri osissa annettavat ikääntyneiden hoivapalvelut ovat enemmän kuin vain sosiaali- ja terveystalvveluja tai lokaalista toimintaa, koska hoivassa risteilevät jakolinjat asettuvat eri yhteiskunnissa eri kohtiin. Tämä on aiheuttanut huolta siitä, että mikään taho ei ota hoivasta kokonaisvastuuta. (Anttonen, Sointu, Valokivi & Zechner 2009, 249; Kröger 2009, 99.) Nykyinen ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä on esitetty kuviossa 1. Olen muokannut sen Päivi Voutilaisen (2008a, 112) mallista laajentamalla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä työaluetta ja lisäämällä kuvioon gerontologisen sosiaalityön ja hoitotyön sekä perhehoidon. Gerontologista hoitotyötä ja sosiaalityötä tehdään niin sosiaali- kuin terveystalvvelujenkin vanhustyössä.



mukaillen Voutilainen 2008a, 112

Kuvio 1. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä.

Ympäri vuorokautisen hoivan palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja kolmiportainen: terveyskeskussairaala, vanhainkoti ja palveluasuminen. Vanhusten laitospalveluista ja kotipalvelusta yksityisen tuottamaa palvelua on noin 10 prosenttia ja tehostetusta palveluasumisesta 60 prosenttia.

Tilanne on hallinnollisesti ja toiminnallisesti monimutkainen eikä tue palveluita tarvitsevan vanhan ihmisen hyvinvointia, vaikka tavoitteena onkin tukea kaikkien ikääntyneiden hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista heidän toimintakyvystään riippumatta. (SVT 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Terveydenhuoltolaki (1.5.2011) parantaa asiakkaan valintamahdollisuuksia ja edistää sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumattoman yhteistyön toteutumista (Kokko, Heinämäki, Tynkkynen, Haverinen, Kaskisaari, Muuri, Pekurinen & Tammelin 2009, 15–17; VN 2009). Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki (1.12.1989/1062) ovat edelleen voimassa. Yhteisen sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan hallintolain valmistelu on käynnistynyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

Kokonaisuutena Suomen hoivajärjestelmä ja sen organisointi poikkeavat muista Euroopan maista. Suomessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten määrä on Euroopan keskitasoa (OECD Health Data 2007; SVT 2007). Esimerkiksi Saksassa lapsilla on lakisääteinen vastuu vanhemmistaan ja hoivavakuutus, ja julkisia hoivapalveluja on vähän. Itävallassa perheen rooli huolenpitäjänä on keskeistä, ja verovaroin kustannettava ja lääketieteellisin perustein myönnettävä hoivaraha mahdollistaa ikääntyneen kotona asumisen myös kunnan heikennyttyä. Isossa-Britanniassa kotona asumista tuetaan hoivarahalla, joka myönnetään tarveperusteisesti. Hoivaa tuottavat julkinen, yksityinen ja epävirallinen taho. Tanskassa hoivavastuu on julkisella sektorilla, ja palvelut ovat pääosin kotihoidon palveluja. Palvelun saantia ohjaavat asiakkaan tarpeet, ei taloudellinen tilanne. Palveluja tarjotaan myös muille kuin vain kaikista huonokuntoisimmille. Ruotsissa painopiste on kotihoidossa, ja ympärivuorokautinen hoiva on eritasoisissa yksiköissä. (Metsämäki 2006, 31–39.)

## Ympäri vuorokautisen hoivan toimijatahot

Laitoshoidon kehitys 1800-luvun vaivaistalosta aina nykypäivän vanhainkotiin ja terveyskeskussairaalaan on ollut merkittävä. Vielä 1990-luvulla pääpaino vanhushoivapalveluissa oli laitoshoidossa. Tullessa 2000-luvulle terveyskeskussairaalan osastoja siirrettiin hallinnollisesti vanhainkodin pitkäaikaishoidoksi. Sosiaalitoimen tai yksityisen yrittäjän ylläpitämät hoivakodit ovat yleistyneet. (Kansaneläkelaki 1956/347, asetus 2002/1241;

Kuntaliitto 2010.) Hoivasairaala on terveydenhuollon vastine hoivakodille. Toiminta on hoitotyövaltaista ja siinä on yhdistetty piirteitä vanhainkoti- ja terveyskeskussairaaloiminnasta, joten työ muodostuu hoivan ja hoivasairaanhoidon elementeistä. (Räsänen 2005, 6–8.) Pitkäaikaishoidossa asiakasmaksu määräytyy hoidettavan verotettavien tulojen perusteella. Maksu sisältää kaiken tarvittavan, kuten asumisen, palvelut, lääkkeet ja apuvälineet.

Merkittävä osa vanhainkodeista on muutettu sosiaalitoimen sisällä palveluasumiseksi, joka on avohoitoa (Voutilainen ym. 2007, 162). Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Ryhmäkodissa on enemmän huolenpitoa ja valvontaa erityisesti dementoituneille vanhuksille. Turvallisuuden taso ei välttämättä ole olennaisesti parempi kuin yksityiskodissa, jossa hyödynnetään turvateknologiaa (Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2001, 488–499; Juva, Valvanne & Voutilainen 2001, 501; MacDonald & Cooper 2006, 16–22).

Vanhainkotien ja ikääntyneiden tavallisen palveluasumisen asiakasmäärät ovat olleet laskusuunnassa kun taas tehostetussa palveluasumisessa nousussa. Palvelurakenne vaihtelee jonkin verran alueellisesti. Vuoden 2005 lopussa oli 18 900 yli 65-vuotiaasta vanhainkodin pitkäaikaishoidon asiakasta eli saman verran kuin vuonna 1950. Vuoden 2008 lopussa vanhainkodeissa oli 18 138 ja palveluasumisessa 22 867 asiakasta. (Paasivaara 2002, 78–79; Stakes 2007, SVT 2007, Voutilainen ym. 2007, 153–189, SVT 2009.) Terveyskeskusten pitkäaikaishoidon asiakasmäärä (vajaa 11 000) on pysynyt vuodesta toiseen sangen tasaisena. Vuonna 2008 kootun aineiston (n = 3 508) mukaan 56 prosenttia sen hetken terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoidossa olevista olisi voitu hoitaa myös vanhainkodeissa tai tehostetussa palveluasumisessa. Tähän perustuen yksi prosentti 75 vuotta ja yksi prosentti 80 vuotta täyttäneistä vanhuksista tarvitsisi hoitoa terveyskeskuk- sen pitkäaikaishoidossa. (Finne-Soveri 2009.)

## Palvelujärjestelmään kohdistuvat paineet

Pitkäaikaishoidon ja hoivan kustannukset muodostavat suuren osan ikääntyneiden palvelukustannuksista, jotka ovat alle kaksi prosenttia bruttokansantuotteesta. Ennusteen mukaan vuonna 2030 taso voi lähennellä jo neljää prosenttia. Nykymääräksi arvioidaan 2,3 miljardia euroa vuodessa. (Hujanen, Peltola, Häkkinen & Pekurinen 2008, 47; Sosiaali-



ja terveysministeriö 2009.) Muistisairaiden hoidon osuus on vähintään 85 prosenttia, sillä muistisairaista jopa kolme neljästä tarvitsee sairauden edetessä ympärivuorokautista hoivaa (Juva ym. 2001, 500; Sulka-va 2006). Ikääntyneiden palvelukustannuksista naisten osuus on miehiä huomattavasti suurempi (Hujanen ym. 2008, 47). Ikääntyneiden palveluissa kunnan maksuosuuksia vähentää muun muassa palveluasumisen monikanavainen rahoitusjärjestelmä, jolloin kustannukset jakautuvat valtion, kunnan, Kansaeläkelaitoksen ja asiakkaan kesken. Toisin kuin laitoshoidossa palveluasumisessa asiakas on oikeutettu Kansaeläkelaitoksen maksaman hoitotuen lisäksi myös asumistukeen ja lääkekustannusten korvauksiin, jotka edesauttavat asiakkaan maksukykyä. Organisoinnin erilaisuus vaikeuttaa kustannusten arviointia eri organisaatiomuotojen kesken, sillä toiminta, toimintaympäristö ja rahoituspohja ovat niissä erilaiset (Sinervo ym. 2010). Laki ei määrittele palveluasumisen asiakasmaksuja, joten kuntien erilaiset käytännöt heikentävät kansalaisten yhdenvertaisuutta. Kansaeläkelaitoksen etuuksien myöntämisperusteet ovatkin johtaneet epätarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Kun rahoituksen kokonaisuus hämärtyy, järjestelmä kannustaa Aatos Hallipellon (2008) mukaan osaoptimointiin eli siirtämään kustannuksia toisten maksettavaksi.

Yksilön ja yhteiskunnan kasvavien laatuvaatimusten ja rajallisten resurssien yhteensovittamiseksi ympärivuorokautisen hoivan järjestämiseen on jo pitkään etsitty uusia rakenne-, rahoitus- ja toimintamalleja. Parantamalla palvelujen laatua on pyritty kustannuskasvun hillitsemiseen, mikä tosin edellyttää palvelujen käytön rakenteen muuttumista ja kalliiden palvelujen korvautumista edullisimmilla (Aaltonen, Järviö & Luoma 2009, 1). Tehdyillä palvelurakennemuutoksilla kunnat ovat tavoitelleet oman rahoitusvastuunsa pienentymistä ja resurssien järkevää kohdentamista. Timo Sinervo ym. (Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja & Syrjä 2010) osoittivat tutkimuksessaan, että yksityinen palvelutuotanto ei ollut kustannustasoltaan julkista edullisempi.

Hyvinvoinnin palvelujärjestelmän alueelliset erot ovat haaste palveluja koskevalle korkealle tasa-arvovaatimukselle (Perustuslaki 11.6.1999/731). Alueellinen erilaistuminen, kuntien vaikeudet selviytyä palvelujen järjestämisveloitteestaan sekä demografiset muutokset johtivat vallitsevaan kunta- ja palvelurakennemuutukseen. Vuosille 2009–2012 annettu puitelaki (9.2.2007/169) esitti linjauksia sosiaali- ja terveyspalvelujen

kehittämislle edellyttäen perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalipalvelujen järjestämistä pääasiassa vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohjalla (VN 2009). Suomen kunnat luokitellaan kaupunkiseudun keskuksiin, kaupunkimaisiin kuntiin, kaupungin läheiseen maaseutuun, ydinmaaseutuun ja harvaan asuttuun maaseutuun (Kainulainen, Rintala & Heikkilä 2001). Tutkimusaineistoni keruuajana suuri osa Suomen ja tutkimukseni kunnista kuului kolmeen viimeksi mainittuun ryhmään eli maaseutukuntiin.

Ikääntyneiden palveluissa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan käytännön vaikeudet johtuvat professioiden sekä organisointi- ja toimintamallien keskinäisistä eroista sekä työnjaon epäselvyydestä. Suomessa terveydenhuolto on vähentänyt vastuutaan ikääntyneiden palveluista. Se on johtunut pitkälti hoidon porrastuksesta, jolla on tavoiteltu resurssi- ja kustannustekijöiltään tarkoituksenmukaisinta hoitomuotoa. Sosiaalipalveluista on tullut terveydenhuollon tukipalveluja, jotka määrättyvät lääketieteellisiin tai sairaanhoidollisiin perusteisiin arkielämän tarpeiden sijaan. Sosiaalipalvelujen tehtäväksi on jäänyt reagoida terveydenhuollon muutoksiin sopeuttamalla omaa toimintaa niiden mukaisesti. (Kröger 2009, 104–105.) Tosin nykyiset toimintaympäristön muutostekijät johtuvat yhteiskunnallisista ja myös maailmanlaajuisista tekijöistä, joihin julkinen sektori voi vaikuttaa varsin vähän (Hallipelto 2008, 26).

## Hoivan kenttä elämänlaadun kannalta

Ikääntyneissä on sekä erittäin toimintakykyisiä että erittäin huonokuntoisia. Osa heistä kokee yksinäisyyttä, johon usein liittyy myös menetetyt toimintakyvyn aiheuttamaa kärsimystä, turvattomuutta, luottamuksen puutetta ja masentuneisuutta. Yhä useampi ikääntynyt elää yksin, mikä on riski elämänlaadun heikkenemiselle, eristäytymiselle, yksinäisyydelle ja hoivan puutteelle. Eniten se koskee naisia, sillä he elävät miehiä pidempään. Ikääntyneillä miehillä puolison kanssa asuminen vähentää selvästi ulkopuolisen avun tarvetta ja jopa laitokseen siirtymistä. (Phillipson 1998, 99–102; Nihtilä & Martikainen 2004, 142–144; Einiö 2010.)

Ikääntyneiden asuminen omassa kodissaan niin kauan kuin mahdollista on yleisesti hyväksytty elämänlaatua edistävä periaate. Tosin tavoitteeseen liittyvä aikaulottuvuus ja kulttuuriset ihanteet ovat tehneet siitä

kuluneen ilmaisun jo aikoja sitten (esim. Peace, Kellaher & Wilcocks 1997, xiii). Yksityiskodin priorisointi kaikenikäisten parhaana asumismuotona on johtanut kodin politisoitumiseen hoivan tilana (Sointu 2009, 180). Hoivan ammattityöllä on pyritty edistämään kotona asumista ja tukemaan ikääntyneen elämänlaatua, mikä edellyttää hoivan lisäksi myös muita arkielämää tukevia palveluja (Kuronen 2007, 121–138).

Arki on tuonut kuitenkin ongelmia: kotihoidon ammattikentällä työskenotelee kirjava toimijakunta, palvelut kohdentuvat yhä huonokuntoisemmille ja kokonaisuuden varmistaminen arjessa on vaikeaa (Kautto, Häkkinen, Laine, Parkkinen, Parpo, Tuukkanen, Vaarama, Vihriälä & Volk 2006, 13; STM 2011). Pelkona on, että ilman hoivaa vanhuksat jäävät ”kotinsa vangiksi”. Kotihoidon nopeat kontaktikäynnit ilman siivousapua ja kuntouttamista ovat medikalisoituneet. (Vaarama 2004, 175; Vaarama ym. 2004, 36–59; Tedre 2006, 161–172; Kuronen 2007, 121–138.) Hoivan vähyys voi siten luoda yksilöiden elämänlaatuun vaikuttavia kohtuuttomia tilanteita sekä arvottomuuden tunnetta ja kokemuksia (Ala-Nikkola 2003, 94). Elämänlaadun näkökulmasta pelkkä asuinympäristön tuttuus ei takaa kotona asumisen turvallisuutta ja ihmillisyyttä, koska ikääntyneen autonomia ei välttämättä ole siellä sen suurempi kuin mitä se on laitosoloissa asuvallakaan (Peace ym. 1997, xiii; Vilkkö 2000, 213–230; Boyle 2005, 731–748).

Hoivan saatavuutta on pyritty edistämään rahoitustapojen ja julkisjohtamisen uudistamisella, jotka ovat luoneet vaihtoehtoisia hoivatapoja, kuten palveluseteli, omaishoidontuki ja kotitalousvähennys (Kautto ym. 2006, 13; Ihalainen 2007, 56–57). Vaihtoehdot ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä, mutta vanhuksilta ne edellyttävät osallistumista sekä tietoa sosiaalipoliittisesta ja käytännöllisestä toimintaympäristöstä (Zechner 2010, 19). Nykyisin useimmiten rahoitusjärjestelyt ja järjestelmä määrittävät asiakkaan hoidon sekä tarpeet. Ikääntynyttä itseään koskevia asioita päätetään jopa häntä kuulematta, ja vanhuksen on sopeutettava omat tarpeensa tarjolla olevaan palvelujärjestelmään. Vanhuksella on harvoin aiempaa kokemusta hoivan valinnasta, joka on usein oman elämäntilanteen tai pakon sanelema. Valinnan voi tehdä jopa joku muu kuin vanhus itse. (Kane & Kane 2001, 118–119; Ala-Nikkola 2003, 94; Zechner 2010, 91; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Ikääntyneen asiakkaan ja hänen läheisensä tulisi kuitenkin voida luottaa palvelujärjestelmään ja sen taustalla olevaan instituutioon (Metteri

2003, 95). Jäljellä oleva elinajan rajallisuus, lisääntyvä hauraus, toisista riippuvuus sekä lähestyvä kuolema ovat palvelujärjestelmässä vakavasti otettavia elämänlaatuasioita. Nykyinen aktiivisuutta ja nuorekkuutta ihannoiva ajattelumalli ei pyri vakauttamaan huonokuntoisten ikääntyneiden arkielämää eikä vahvistamaan hiipumiseen ja luopumiseen liittyvää elämänlaatua (Jylhä 2006, 138–146; 91; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Vanhukset käyttävät viimeisinä elinvuosinaan laitoshoidtoa, ja puolet heistä kuolee pitkäaikaishoidossa. Hoitoaika kertyy noin kaksi vuotta. (Sonkin, Hult & Rönkkö 2000, 22.) Terveyskeskus on sitä yleisempi kuolinpaikka mitä vanhempana ihminen kuolee. Lähes puolet suomalaisista yli 70-vuotiaista kuolee terveyskeskuksessa, ja yleisintä se on yli 90-vuotiaina kuolevilla. Yli 80-vuotiaista vain harva kuolee omaan kotiinsa. (Aaltonen, Forma, Rissanen, Raitanen & Jylhä 2010, 91–100.) Tampereen yliopiston tutkimusprojektissa (Aaltonen ym. 2010) todettiin, että kahden viimeisen elinvuoden aikana hauraita vanhuksia siirrettiin hyvin usein palvelujärjestelmän sisällä. Sama vanhus joutui uuteen hoitopaikkaan enimmillään 168 kertaa, ja vain 13 prosenttia sai pysyä samassa hoitopaikassa. Siirtojen määrä vaihteli hoitopaikoittain. Miehiä siirrettiin naisia useammin, muistisairaita enemmän kuin muita ikääntyneitä ja nuorempina kuolleita enemmän kuin vanhempina kuolleita. Vielä viimeisten kuuden elinkuukauden aikana miehistä kuusi prosenttia ja naisista kolme prosenttia joutui vaihtamaan hoitopaikkaa yli kymmenen kertaa. Siirtymien määrä kasvoi sitä enemmän, mitä lähempänä kuolinhetki oli. Tulokset kertovat karua kieltä: hauraan ikääntyneen elämänlaatua ei kunnioiteta, vakaa lähihoiva ei ole arvokasta tai tavoiteltavaa, eikä mikään tahon halua ottaa vastuuta vanhan ihmisen harmonisesta loppuajan hoidosta. Vanhuksen kannalta jatkuva kodittomuus, siirtäminen tai jonottaminen johonkin toiseen paikkaan on pahinta: syrjäytymisriski on tällöin suurinta. Haaste heitetään tulevaisuudessa palveluasumiselle, joka vastaa enemmän huonokuntoisten vanhusten ja siten myös kuolevien hoitamisesta. Se tulee muuttamaan palvelutalojen imagoa, toimintaa ja osaamisen vaatimuksia merkittävästi.

## 2 Pitkäaikaishoivan käsitteet ja toimintaympäristö

### 2.1 Hoivan käsite ja sisältö

Tämä tutkimus kohdentuu formaaliin hoivaan (vanhushoivaan), jota koulutettu henkilökunta toteuttaa ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoivassa palkallisena ammattityönä. Oma professio on edistänyt hoivan yhteiskunnallista asemaa, vaikka sitä voidaan edelleenkin määritellä ikivanhan ihmisten keskinäisen huolenpidon kautta (vrt. Kivelä 2006; Anttonen & Zechner 2009, 18–19). Ensimmäiset maininnat hoivan ammattityöstä ovat varhaiskristittyjen sairaiden hoidosta, jolloin sitä pidettiin tärkeämpänä kuin sairaanhoitoa. Jo tuolloin eroteltiin hoiva ja erityyppiset laitokset: *noscomia* oli sairaita, *ptochia* köyhiä ja *gerontochia* vanhuksia varten (Vuori 1979, 187–188).

Ympäri vuorokautisen hoivan asiakas on tässä tutkimuksessa ikääntynyt henkilö, vanhus. Ikääntynyt tai vanhus-sanaa en rajaa tiettyyn ikään, vaan käsite koskee elämänsä jatkumon loppupäätä, mikä on tyypillistä puhuttaessa ympärivuorokautisesta hoivasta. Käytän tilannekohtaisesti hoivan saajasta nimitystä asiakas, ikääntynyt tai vanhus. Hoitotyön ja hoivan ammattilaisten yhteisnimitys on tässä tutkimuksessa hoitaja.

Ympäri vuorokautisella hoivalla sidon yhteen asumisen, hoivan ja hoidon – koko elämän. Yksinkertaistan tietoisesti käsitteitä. Käytän pitkäaikaishoidon, pitkäaikaishoivan ja ympärivuorokautisen hoivan käsitteitä synonyymeinä, kun tarkoitan ikääntyneiden ympärivuorokautista huolenpitoa, hoitoa ja hoivaa tai niitä sisältävää palvelua. Tutkimukseni ei siis kohdistu näissä toimintamuodoissa toteutettavaan lyhytaikaishoitoon eikä lainkaan kotona tapahtuvaan hoivaan.

Palvelun määrittäkseni pohjaa ajatukseen, että asuminen on ensin ja sen jälkeen sitä vahvistavat hoivapalvelut eli ikääntyneen henkilön päivittäistä suoriutumista tukevat sosiaali- tai terveyspalvelut. Käsitteenä muodostan palvelun neljästä perusoletuksesta: aineettomuudesta, prosessimaisuudesta, niiden tuottamisen ja kuluttamisen samanaikaisuudesta sekä käyttäjän osallistumisesta itse palvelutapahtumaan (Donabedian 1987; Hiidenhoivi, Åstedt-Kurki & Paunonen-Ilmonen 2001; Edvardsson, Gustafsson & Roos 2005, 118–119). Ympäri vuorokautisessa hoivassa palvelu on näkö-

kulma, jonka avulla tarkastelen arvon luomista asiakkaille ilman, että palvelu rinnastuu missään vaiheessa puolesta tekemiseen. Hoivalla voi luoda arvoa yhdessä asiakkaiden kanssa, koska se on perusluonteeltaan vuorovaikutteinen prosessi ja kokemus. Arvon liitän laadun käsitteeseen.

Englannin kielessä sanat *care*, *caring* ja *caregiving* tarkoittavat sekä hoitoa että hoivaa. Brittiläinen yhteiskunta jakaa hoivan käsitteen terveysulottuvuuteen (*medical care, care, caring*) ja sosiaaliulottuvuuteen (*social care*). Sosiaalinen hoiva viittaa arkiseen ja jokapäiväiseen huolenpitoon, joka ei ole lääketieteeseen perustuvaa eikä siihen kuulu hoidollisia tai siivoustehtäviä (vrt. Kuronen 2007). Suomessa hoito- ja lääketieteessä puhutaan hoidosta ja sosiaalitieteissä hoivasta. Ne ovat itsenäisiä sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä erilaisissa ja enimmäkseen erillisissä konteksteissa. Arkityössä niillä on myös yhteisiä sisältöjä, koska ne sekoittuvat toisiinsa, eikä niille ole löydettävissä tarkkoja rajoja tai struktuuria (esim. Aarva 2009). Sosiaalisesti määrittyvä hoiva on vaikeasti hahmottuva, moniulotteinen, määrittelyltään jokseenkin eriytymätön sekä rajoiltaan epäselvä suhteessa lähikäsitteisiin ja hoivaa lähellä oleviin toimintoihin (esim. Tedre 2007, 117; Anttonen, Valokivi & Zechner 2009, 8–9; Anttonen & Zechner 2009, 17). Määrittelyissä näkyvät sosiaali- ja terveysalan erilaiset intressiarvot: hoiva on arvoasteikossa hoidon alapuolella (ks. Kivelä 2006; Kuronen 2007, 124; myös Kröger 2009, 104–106). Sitä on kutsuttu jopa huonoksi hoidoksi (Kivelä 2006) tai holhoavaksi tehtäväksi (Tedre 2007, 107).

Hoiva saa merkityksiä ja rasitteita myös yhteiskunnallisista tekijöistä. Siihen yhdistetty naiseus naisten yhteiskunnalle tekemänä palkattomana huolenpityönä näkyy vahvana naisvaltaisuutena ja matalapalkkaisuutena. (Helne, Julkunen, Kajanoja, Laitinen-Kuikka, Silvasti & Simpuura 2003, 35; Kosonen 2005, 20; Anttonen & Zechner 2009, 19–20, 25, 30–42.) Toisaalta eri toimijoiden intressit ja tiedot tekevät hoivasta moniulotteisen. Sen tietoperusta ei löydy pelkästään lääke-, hoito- tai sosiaalitieteellisestä tiedosta. Hoivan kulttuurisella tietopohjalla ja sosiaalisuudella voidaan tavoitella kuntoutumisen ja paranemisen kannalta toivottavia asioita, mutta myös vanhuksen tilanteen ennallaan säilymistä ja pysymistä sekä arvokasta huononemista. (Johansson 2001; Kröger 2009, 99–105.)

Lähestyn hoivaa ensin sen *saajan näkökulmasta*. Hoivan lähestymistavoissa ja myös käytännön arjessa näkökulma jää usein sivuun. Joan

Tronton (1993) määrittelee hoivan jakamalla sen antajan näkökulmasta neljään eri kategoriaan *care receiving*, *care about*, *care for* ja *care giving* (hoivan vastaanottaminen, välittäminen, hoitaminen ja huolenpito). Osittain Tronton luokittelun vastaisesti ensisijaistan vanhuksen näkökulman. Ensisijaistaminen löytyy hoivan arvoista ja eettisistä näkökohdista (esim. Sevenhuijsen 1998) sekä ihmisen omasta tahdon- ja tarpeen ilmaisusta. Tarve todetaan ja siihen reagoidaan hoivan tarvitsijan ja hoivan antajan välisessä kanssakäymisessä. Toinen ihminen ei voi tietää, mitä mielekkyyttä ja arvoja valintoihin sekä ratkaisuihin voi kuulua. Käytännössä avun tarve usein kuitenkin syrjäyttää vanhuksen omat voimavarat, toiveet ja unelmat. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 57–58; Pietiläinen & Seppälä 2003, 27; Zechner & Valokivi 2009, 154–155; Blood 2010.)

Uusin hoivatutkimus nostaa esille hoivan tarvevastaavuuden (esim. Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008; Zechner & Valokivi 2009), jolloin hoiva perustuu sitä tarvitsevan omiin lähtökohtiin ja tarpeisiin. Ongelmaksi nousee, kuka määrittelee ikääntyneen hoivan tarpeet ja päättää niistä: lääketieteellinen diagnoosi, sosiaalisen hoivan mittaaminen, ikääntyneet itse vai heidän perheensä. Käytännössä kyse on siitä, kuinka paljon vanhus tarvitsee tukea tai mihin määrään hänellä on oikeus, jotta hän voi pitää itsensä puhtaana, syödä, saada riittävästi hoivaa tai mahdollisuuksia osallistumiseen. Ikääntyneistä puhutaan usein vain heidän tarpeidensa kautta ja unohdetaan heidän toiveensa sekä oikeutensa aktiivisempaan rooliin omassa elämässään. Järjestelmässämme ei välttämättä ole kuitenkaan aidosti tilaa ikääntyneiden aktiivisemmalle toiminnalle: omatoimisuuden tukemiseen ei löydy aikaa eikä aina haluakaan. Kiire, kasvava työkuorma, ageismi sekä siihen sisältyvä väheksyminen syrjäyttävät helposti vanhuksen oman mielipiteen ja osallistumisen, jolloin hän ei voi toteuttaa oikeuksiaan yksilöllisesti, säilyttää omaa toimijuuttaan eikä saada vahvistusta elämänlaadulleen. Iäkkään hoidettavan oman tahdon sivuuttaminen on kuitenkin etiikan ja lain vastaista, sillä henkilökohmainen koskemattomuus säilyy ihmisellä pitkään. Koskemattomuudella on merkitystä myös hoivasuhteen tasapainon kannalta. (Koskinen 1997; Ala-Nikkola 2003; Pahlman 2007; Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007; Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008; Anttonen & Zechner 2009; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009; Zechner & Valokivi 2009; Zechner 2010; Blood & Bamford 2010; Garwood 2010.)

Epätasapainoisen hoivasuhteen rutiinimaiset hoivakäytännöt voivat infantilisoida aikuista hoivan saajaa, heikentää hänen itsemääräämisoikeuttaan ja itsenäisyyttään. Rutiineista vain hyvää tekevät, toimivat ja ajanmukaisimmat edistävät elämänlaatua. Pahinta on vanhuksen epäasiallinen kohtelu ja alistaminen ylihuolehtimisella ja puolesta tekemisellä. Hoivalla voi myös voimaannuttaa vanhusta itsenäisyyteen ja omaan toimijuuteen. Tällöin se on toimintakykyä palauttavaa ja vahvistavaa. (Tedre 1999, 49; 2000, 523; 2003, 57–71; Salonen 2007, 145; vrt. Johansson 2001; Jyrkämä 2007.)

Koska hoivasuhteessa on kyse ensisijaisesti huolenpidon vaihtamisesta, riippuvuuden ja luottamuksen kysymykset nousevat esille ja sitovat ihmisiä yhteen. Selma Sevenhuijsen (1998) lähtee ajatuksesta, että hoivasuhteessa kumpikin osapuoli on riippuvainen toisistaan ja tarvitsee luottamusta. Hoivan saaja osoittaa luottamusta hoitajalleen antaessaan osan itsestään tämän vastuulle. Hoivan antaja puolestaan osoittaa luottamuksensa välittämisenä ja huolenpitona. Tätä luottamustaan hoitaja voi käyttää myös väärin (Sevenhuijsen 1998; Teeri ym. 2006; Topo ym. 2007, 108, 114; Saarnio 2009). Luottamus on eettisyyden ja hoivan kivijalka. Arjessa työyhteisön ja yksittäisen hoitajan arvot ja eettiset periaatteet todentuvat, kun vanhus antaa niille merkityksensä. Julkilausuttujen arvojen sisällä osin tiedostamattomat piiloarvot voivat ohjata arjen työtä, ellei hoitaja ole sosiaalisesti ja eettisesti vastuullinen. Ympärivuorokautisen hoivan eri ammattilaisia koskevat samat eettiset velvoitteet. (Koskinen 1997, 36–51; Sevenhuijsen 1998; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 45–46.)

Omaisten rooli hoivassa korostuu. He tarvitsevat läheisensä hoitamiseen tukea ja tietoa (Hertzberg & Ekman 1996; Port, Hebel, Gruber-Baldini, Baumgarten, Burton, Zimmerman & Magazine 2003, 52–56; Isola, Backman, Voutilainen & Rautsiala 2003, 399–408; Nuutinen & Raatikainen 2005, 131–143; Karvinen 2009, 139). Omaisten mahdollisuus olla ikääntyneiden tukena ja äänenä korostuu, sillä tämän ajan vanhat ihmiset arkailevat pyytää mitään itselleen (Isola 2008, 14). Tulevaisuuden ikääntyneet tulevat olemaan omien tarpeiden esittämisessään vaativampia (Middleton, Hancock, Kellard, Beckhelling, Phung & Perren 2007). Omaiset voivat tukea vanhuksen oman elämäntyylin säilymistä ja tuoda ilmi suhtautumisensa esimerkiksi vanhuksen liikkumista rajoittaviin tekijöihin (Haut, Kolbe, Strupeit, Mayer & Meyer 2010, 448–456).



He voivat tukea myös vanhuksen toiminnallisuutta, mikä edellyttää luopumista yliauttamisesta ja liikkumiseen liittyvien riskien hyväksymistä (Karvinen 2009, 139).

Lähestyn hoivaa toiseksi sen *antajan näkökulmasta* ja otan lähtökohdaksi välittämisen. Välittäminen on ympärivuorokautisessa hoivassa yhteisöllisyyttä: arki jaetaan ja arki yhdistää. Arjen askareissa hoitaja tarvitsee ensinnäkin tietoa hoivaa tarvitsevan vanhuksen moninaisista ja vaihtuvista tarpeista sekä voimavaroista. Toiseksi hän toteuttaa inhimillisiä välittämisen, huolehtimisen, huolenpidon, hoitamisen ja vastuunoton tehtäviä. Kolmanneksi hän tukee omalla toiminnallaan vanhuksen hyvinvointia ja elämänlaatua, kartuttaa hänen voimavarojaan eikä millään teoillaan vahingoita vanhusta. Välittäminen lähtee kuitenkin siitä, että vanhus itse määrittää, mikä hänelle on hyvää. Hoitajan toimiessa sen mukaisesti hoiva tukee hyvää elämää ja vanhuutta. Hoitajalta se edellyttää kykyä ymmärtää ikääntyneen ihmisen erityisyys sekä tukea ja kannustaa vanhusta hienovaraisella tavalla arjen, kulttuurisen osaamisen ja aidon läsnäolon taidoillaan. Omalla pienelläkin tekemisellä on merkitystä vanhuksen itsemääräämisoikeudelle, elämän kokonaisuudelle ja hyvinvoinnille. (Knapp 1984, 2; Sevenhuijsen 1998; Tedre 1999, 44; Hohenthal-Antin 2001; 2009; Heikkinen 2003, 363–370; Liikanen 2005, 11–22; Tedre 2007, 111, 115; Anttonen & Zechner 2009, 17–18; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 44–47; Topo 2009, 236; Zechner 2010, 90; Zechner & Valokivi 2009, 163; vrt. Hendersson 1961, 12.)

Hoivaan liittyvä läsnäolo on vaikea käsitteellistää. Lauri Rauhala (2005, 41–47) puhuu situationaalisuudesta ihmisen yksilöllisen olemassaolon muotona. Vähäinenkin muutos, kielteinen tai positiivinen tekijä, voi näkyä monenlaisina kerrannaisvaikutuksina yksilön tilanteessa. Vanhuksen parhaaksi toimiva hoitaja mukautuu hänen rytmiinsä kiireettömästi ja rauhallisesti, jolloin vanhukselle syntyy tunne toisen ihmisen lähellä olosta. Kerrannaisvaikutuksena yksin olevan vanhuksen kokemus pelko vähenee, kun toinen ihminen tulee lähelle ja viivähtää siinä. Lähelle tulemiseen liittyy niin kehollinen kuin henkinen aspekti, jotka molemmat voidaan kokea vaativina hoivan tehtävinä.

Hoivan ruumiinläheisyys synnyttää mielikuvan, että hoiva on työtä, jossa ollaan jatkuvasti kosketuksissa ihmisten eritteiden kanssa. Ruumiillisuus liitetään ihmisten ohella myös tiloihin. Tämä näkyy ympärivuoro-

kautisessa hoivassa siinä, että vanhukset pidetään puhtaina sekä tilojen yleisilme siistinä. Tämä tukee yhteisöllisyyttä ja edistää vanhuksen sosiaalista hyväksyttävyyttä, vaikka hän ei voikaan enää pitää itsestään huolta. Kyse on vanhuksen kunnioittamisesta ja siinä samalla annetusta ihanteellisesta oman yhteisön kuvasta. (Douglas 2000, 11, 14–15, 130; Tedre 2000, 525.)

Ruumiillisuus koetaan monin tavoin. Silva Tedre (1999, 45–46; 2000, 523–525; 2003, 57–71) korostaa, ettei vahva ruumiillisuus vähennä hoivaa saavan ihmisen arvoa, psyykkisyyttä ja sosiaalisuutta. Oman kehon hallinnan menettämistä pidetään yleisesti yhtenä pahimpana ihmiselle tapahtuvana asiana. Ruumiillinen auttaminen lisääntyy toimintakyvyn heikentyessä ja kuoleman lähestyessä, mutta silloinkaan se ei tee hoivaa saavaa ihmistä taakaksi. Ruumiillisuuteen sisältyvien emootioiden merkitys jokapäiväisessä hoivassa ja vuorovaikutustilanteissa on ilmeinen, sillä ruumista ja sielua ei voi erottaa. Ruumiillisuuteen liittyen ihmisellä on luonnostaan myös vahva kosketuksen kaipuu. Koskettamalla toista ihmistä astuu samalla hänen henkilökohtaiselle vyöhykkeelleen, jota tulisi kunnioittaa (Rosqvist 2003, 19, 35; Ryttyläinen & Valkama 2010, 103). Vanhuksen ja hoitajan persoonallisuus sekä kosketustilanne vaikuttavat siihen, miten koskettaminen tapahtuu. Kosketuksellaan hoitaja ilmaisee hyväksymistään, läheisyyttä, ystävällisyyttä ja välittämistä. Hellät kädet yhdistetään usein hoivaan. Vanhuksen koskettaminen on osa ammatillisesta hoivasta, mutta vanhuksen tekemä koskettelu voidaan kokea kiusallisena ja hoivaan kuulumattomana (Rosqvist 2003, 114; Ryttyläinen & Valkama 2010, 214). Hoitajien tuttuus voi ilmetä monin tavoin esimerkiksi koskettamisella. Tuttuus on hoivassa laatutekijä (Zechner 2010, 84).

Tässä yhteydessä palaan vielä rutiineihin, jotka hoivan ammattityössä liitetään jokapäiväisiin ja turvallisiin toistuviin arjen askareisiin. Rutiineina toimivat arjen askareet voivat vähentää hoivan kykyä ylläpitää elämänlaatua ja tehdä työn yksinkertaiseksi. Rutiinit voivat olla myös ammattityön menetelmä, sanattomien sopimusten ja hiljaisten tekojen alue; osaaminen muuttuu rutiiniksi ja tulee puuttuessaan näkyväksi. Työntekijöille totutut toimintamallit luovat turvallisuutta ja jatkuvuutta. Rutiineihin implikoitua kykyä ylläpitää valtarakenteita ja omanlaistaan organisaatiokulttuuria vaikuttaa myös organisaation hoitokulttuuriin, jonka muuttaminen on todettu vaikeaksi ja aikaa vieväksi. (Tedre 2000, 520–521; 2003, 57–71; Sarvimäki & Sandelin-Benkö 1998, 30–36.)

## Hoiva tuotteena

Tuotteistamisella määritellään palvelujen sisältö, tavoitteet ja resurssit, ja sitä tarvitaan esimerkiksi kilpailutettaessa hoivapalveluja. Oikein tuotteistettu hoiva lähtee asiakkaista ja heidän tarpeistaan. Se suunnitellaan ja koordinoidaan tukemaan hoidon ja kuntoutumisen tavoitteita sekä myös yhteiskunnan etuja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Tuotteistamista kuitenkin kyseenalaistavat vaikeasti tuotteistettavat elementit, kuten inhimillinen kanssakäyminen, välittäminen, kohtaaminen ja vuorovaikutus, koska ne ovat hoivassa sekä rakenne, prosessi että tulos (Donabedian 1987, 75–85).

Näkemyks hoivasta tuotteena saa uhkakuvan vain kovien arvojen New Public Management -julkishallintomallista, joka käyttää yksityisen sektorin johtamistapoja ja johtajuuden valtaa. Malli merkitsisi muutosta julkisen alueen perustehtäviin ja -arvoihin, sillä se edellyttää kustannustehokkuutta, monipuolisia rahoitusmuotoja, täsmällisiä ja mitattavia tulosstandardeja sekä toiminnan suoritusperustaista kontrollointia. Vaikutusten arviointi koetaan hoivassa vaikeana, koska siinä tullaan lähelle ihmistä, hänen arkeaan ja hyvinvointiaan. (Kinnunen 2007; Watson & West 2008, 302–318.)

Tuuli Hirvilampi ja Markku Laatu (2008) epäilevätkin, ettei kansalaisten hyvinvointi ole enää välttämättä sosiaalipolitiikan toteuttamisesta vastaavien ylin tavoite. Sosiaalipolitiikasta on häviämässä sosiaalinen, ja jokaisen on kyettävä pitämään itse puoliaan. Se edellyttää vahvaa toimijuutta ja tietoa. Toimijuutta heikentää hoivan tarve, jolloin palvelujen etsiminen ja jopa käyttäminen vaikeutuvat (Zechner 2010, 91; Blood & Bamford 2010). Hoivapalvelun kysyjä voi toki olla muu kuin hoivaa tarvitseva (Sintonen, Pekurinen & Linnakko 1997, 98–103), koska esimerkiksi sairausdiagnoosit virallistavat hoivatarpeen (Topo 2009, 236). Palvelujärjestelmän kirjavuus korostaa tiedon epäsymmetriaa, sillä palveluja tarvitsevan odotetaan itse tietävän parhaiten tarpeensa ja niitä parhaiten tyydyttävän palvelun (Sintonen, Pekurinen & Linnakko 1997, 35, 95). Ikääntyneiden kohdalla näin ei aina ole. Vanhus tietää tarpeensa, mutta hänellä ei välttämättä ole tietoa siihen sopivasta palvelusta tai sen laadusta.

## 2.2 Hoito ja hoitotyö

Hoitotyön eri elementit – kuten inhimillisuus, välittäminen, huolehtiminen – voidaan jakaa luonnolliseen eli ei-ammattilliseen ja ammattilliseen hoitamiseen. Tässä tutkimuksessa hoitotyö on terveystalouden ammattilaisen antamaa ammattillista ja ammatin valtuuttamaa hoitamista. Hoitotyö on ihmisten välinen tilanne, johon jokainen tuo myös oman menneisyytensä. Ammatillinen hoitaminen (*professional caring*) perustuu ihmisen perusmotiiviin pitää huolta itsestään ja toisista ihmisistä käyttäen hyväkseen taitoa, tietoa ja etiikkaa (professionaalisuuden, legaalisuuden ja eettisyyden käsitteet). Hoitotyön ammatissa tapahtuvasta hoidosta ja hoitamisesta käytän tässä tutkimuksessa pelkästään käsitettä hoitaminen. Hoitotaito määrittelee hoitajan tavat kohdata iäkäs asiakas ja hänen läheisensä. Elämänlaadun kannalta se on tärkeä kokonaisuus, jossa hoitaja käyttää erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä eri tilanteissa. (Haho 2006, 23.)

Hoidon tavoitteena on terveen tai sairaan ihmisen terveyden edistäminen ja säilyttäminen, sairaanhoito ja myös hyvä kuoleman hoito. Tavoitteiden saavuttamiseksi hoito on konkreettista hoitoa, hoivaamista ja huolenpitoa. Hoitotyön ydinsaaminen perustuu tässä tutkimuksessa Virginia Henderssonin (1961) ja Nancy Roperin (2000) hoitotyön malliin. Hoitotyön perustana ovat ihmisen fysiologiset, psyykkiset ja sosiaaliset perustoiminnot sekä niiden ongelmat. Kuten hoivaan niin myös hoitoon ja hoitotyöhön liittyy olennaisena osana ruumiillisuus, eikä sen merkitys ole vähentynyt. Sen sijaan käytänteet, menetelmät ja teknologian mahdollisuudet ovat kehittyneet voimakkaasti ja vaikuttaneet merkittävästi hoitotyön sisällön kehittymiseen. Hoitotyössä hoitajan päätöksenteolla on iso merkitys hoidettavan elämälle ja elämänlaadulle (Simionato, Di Giulio, Dimonte, Villani, Gentile, Toscani & Giunco 2010, 378–384).

Ideaalimallissa hoitotyön toteuttaja on ystävällinen ja hyväntahtoinen käyttäen näitä ominaisuuksiaan toisen ihmisen hyväksi konkreettisina auttamisen tapoina ja kokonaistilanteen tiedostamisena (esim. Hiidenhovi, Åstedt-Kurki & Paunonen-Ilmonen 2001). Kokonaistilanteen tiedostamisessa hoitaja parhaimmillaan toteuttaa Lauri Rauhalan (2005, 152–155) mukaan kokonaisvaltaisuuden ideologiaa. Konkreettisen avun hoidettava saa kehonsa ja kohtaamisiin liittyvät tunneilmaisut tajuntansa kautta. Vanhuksen auttamistyö tapahtuu aina hänen situaatiossaan, mikä

vaatii hoitajalta kykyä valita menetelmä, jonka avulla vanhus kokee tulensa oikein ymmärretyksi ja kohdelluksi. Rauhala kritisoi hoitotyötä pitkälle eriytyneeksi ammattityöksi, joka kohdistuu hoidettavan ihmisen kehon eri osiin, vaikka hoitotyö on aina myös psyykkis-henkistä. Rauhalan mielestä eriytyneessä ammattityössä kokonaisvaltaisuuden periaate ei toimi eikä kehitä itse hoitoa.

Ikääntyneiden hoitotyössä kokonaisvaltaisuuden ja elämänlaadun pohja löytyy ihmisläheisyydestä. Se ei toteudu, jos hoidettavalle annettavaa aikaa ei ole riittävästi tai sitä ei arvosteta eikä yksilöidä tai hoidossa on hoidettavan hyvinvointia heikentäviä ja inhimillisesti nöyryyttäviä piirteitä (Isola ym. 1997; Fulmer 2002, 369–695; Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 116–129; Topo ym. 2007, 108, 114; Saarnio & Isola 2009, 272; Trinkoff, Johantgen, Storr, Gurses, Liang & Han 2011, 1–8).

Hoitaminen hoitotyössä sisältää aina eettisyyttä (ETENE 2008). Mikäli hoitaja toimii eettisesti oikein, hän kohtaa vanhan ihmisen aidosti sekä luo turvallisen ja avoimen ilmapiirin. Todennäköistä on, että vanhus tulee näin myös paremmin autetuksi. Hoitajan inhimillinen hoitamisen taito vaikuttaa hoidettavan kokemaan arvokkuuteen ja hyvään hoitoon, jopa kuntoutumiseen tai inhimilliseen kuoleman kohtaamisen tapaan. Hoitajalta se vaatii eettistä ja tietoista sitoutumista sekä hoitamisen hyvälle annettavia naturalistisia ominaisuuksia. Arjen etiikkaa on, miten vastata hoidettavan käsitykseen hyvästä. (Roine, Töyry & Vehviläinen-Julkunen 1998; Haho 2006, 136, 147, 153, 159; vrt. Koskinen 1997, 36–51.) Kuinka asettua toisen ihmisen asemaan ilman vallan käyttöä ja ilman, että rikkoo hänen sosiokulttuurista kontekstiaan? Ongelmaksi voi nousta työntekijälähtöinen tulkinta, mikäli se ei perustu hoitamisen etiikkaan, sen holistiseen ja kontekstuaaliseen näkökulmaan. Eettisyyttä on se, että ihmistä hoidetaan kokonaisuutena (McCormack 2004, 31–38; Slater 2006; vrt. Blood & Bamford 2010).

Hoitamisen olemusta tutkinut Annu Haho (2006, 24; myös Erikson 1987, 10) toteaa, että ilman sydäntä teknisenä tapahtumana tehty hoitaminen ei välttämättä sisällä hoitamista. Onko tällainen hoitaja sopiva hoitamaan vanhuksia, koska hoitaminen ilman hoitamisen oleellisia eettisiä piirteitä ei voi tukea heidän elämänlaatuaan? Eettisillä piirteillä Haho (2006, 145, 159; myös Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 45–46) tarkoittaa tunteiden ilmaisemisen sallimista ja niiden ymmärtämistä, hoi-vaamista, toisen huomioimista, toivon ylläpitämistä, ihmisyyden rajojen

tunnistamista sekä rakkauden ja sosiaalisuuden osoittamista. Hahon ajatukset sopivat vanhusten hoitamiseen erityisen hyvin, koska keskiössä on ikääntynyt avun tarvitsija, ei hoitaja tai ammatillinen hoitotyö sinällään.

Hoitaminen hoitotyön ilmiönä on käytännöllistä hoitajan toimintaa, jossa huolenpidon keinoin pyritään auttamaan ihmistä kohti mahdollisimman hyvää elämää, toimintakykyä ja elämänlaatua hänen ehdoillaan (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2007, 84; Haho 2006, 136; ks. myös Eriksson 1987, 22; vrt. Hendersson, 1961, 12). Toimintakyvyn edistämistä pidetään hoidon lähtökohtana. Elina Karvinen (2009, 139) toteaa, että perinteinen hoitokäsitys ja laitosmainen hoitokulttuuri ovat passivoivia eivätkä siten ole ikääntyneen parhaaksi, vaikka niiden taustalla onkin ollut vanhuksen hyvä. Pia Vähäkangas (2010) totesi tutkimuksessaan, että hoitajan aktivoiva toiminta oli yhteydessä hoitajan uskoon asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuudesta. Mikäli tällaista uskoa ei ollut, hoitotyö muuttui vähemmän aktivoivaksi. Miten tuottaa hoidettavalle tunne juuri hänen tärkeydestään osana hoitotyötä? Hoidettavansa näköinen ja häntä tyydyttävä hoito perustuu hoidettavan tarpeisiin ja osallistumiseen eikä niitä ohiteta tietämällä paremmin. Tämä ei silti syrjäytä hoitohenkilökunnan kokonaisvastuuta hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden toteutumiseksi. Ongelmaksi muodostuu – kuten hoivasakin – ikääntyneen oman näkökulman heikkous tarpeen määrittämisessä, hoidon toteuttamisessa ja hoidon tulosten arvioinnissa. (Routasalo & Lauri 2004, 207–215; Hallila 2005, 23–35; Suhonen 2005, 36–50; Isola 2008, 14.) Tästä aiheesta tehdyistä tutkimuksista kirjoitan luvussa 3.

Omaiset voivat olla mukana hoidossa tahtonsa ja mahdollisuuksiensa mukaan. Yhteistyön ja tiimityön merkitys asiakkaan, hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä korostuu vanhuksen elämänlaadun vahvistamiseksi. Käytännössä tämä järjestyy muun muassa perhepalaverilla tai muulla vapaamuotoisella tapaamisella. Hoitotyön suunnittelussa omaisten rooli vaihtelee, mutta sen tulisi näkyä myös hoitotyön kirjaamisessa. (Hertzberg & Ekman 1996; Hertzberg, Ekman & Axelsson 2003; Räsänen 2007b, 32–33; Burke 2008; Isola 2008, 14).

Mutta entä vanhukset, joilla ei ole omaisia puolestupuhujina? Annu Hahon (2006) mukaan asiakaslähtöisessä hoidossa hoidettava yksilö on ilman ehtoja hoitamisen keskipisteessä (myös Hertzberg & Ekman 1996,

205, 211; Hobbs 2009; vrt. Blood & Bamford 2010). Hoitotyön ammatillinen eetos painottaakin asiakkaan ensisijaistamista, mitä vahvistaa empatian ohella tietynlainen kutsumus hoitotyöhön. Tiina Surakka (2008, 62) toivoo, että palkkatyönäkin tehdystä hoitotyöstä saisi nauttia kutsumuksena. Kutsumusta hän pitää työnä, johon sitä tekevä tuntee vetoa sekä innostusta, ja jossa hän kokee voivansa toteuttaa omaa sisintään.

Lopuksi nostan lyhyesti esille kaksi hoitotyölle keskeistä käsitettä: hoitotyön dokumentointi ja hoitotyön moniammatillisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaiden hoidon kirjaaminen perustuu lakiin. Oikein toteutettuna hoitotyön suunnitelma on hoitotyön pohja. Hoito- ja palvelusuunnitelman osana se ohjaa asiakaslähtöisyyttä, hoidon ja palvelun tehokasta kohdentamista sekä tavoitteellista toteuttamista ja laadun arviointia (Voutilainen 2004, 25). Hoitotyön kirjaaminen koetaan tärkeänä, mutta myös kritiikkiä esiintyy (Ihalainen 1998, 90; Tiililä & Karvinen 2006, 16–17; Härmä, Juvonen & Ovaska 2009, 1681). Kirjaaminen edellyttää oikeaa asennetta, riittäviä hoito- ja viestintätaitoja, sovittuja käytänteitä sekä aikaa kirjata. Hoitajat eivät kyseenalaista kirjaamisen tarvetta vaan sen viemää aikaa välittömästä hoitotyöstä (Ihalainen 1998, 90; Tiililä & Karvinen 2006, 16–17; Härmä, Juvonen & Ovaska 2009, 1681). Ajanpuutteessa tehty kirjaaminen voi tehdä kirjaamisesta itseisarvoisen rutiinin (vrt. Tedre 1999, 46 mielipide hoivan rutiineista).

Hoitotyön moniammatillisuuden kiteytän käsitteeseen yhteistoiminnallinen hoitotyö. Toimintamallina se edellyttää eri osapuolilta kiinnostusta, sitoutumista ja luottamusta yhteisen päämäärän saavuttamiseen yhdessä ikääntyneen itsensä ja hänen läheistensä kanssa. Ikääntyneiden palveluissa niiden pirstaleisuudesta huolimatta yhteinen päämäärä on vanhan ihmisen elämänlaadun turvaaminen. Monitoimijuus pirstoo vanhuksen hoivaa ja hoitoa pieniin osiin, jolloin hoivan ydin ja inhimillinen kohtaaminen ovat vaarassa hävitä (Kröger 2005, 261). Tämä asettaa haasteita niin toiminnan kuin organisaation hallinnollisella tasolla ja sen kehittämisessä (Latvala, Saranto & Pekkala 2005, 24–25). Tutkimuksissa onkin todettu puutteita tällä osaamisen alueella (esim. Muurinen ym. 2006; Kröger 2009, 104–106).

## 2.3 Gerontologinen hoitotyö hoitotyön erityisalueena

Gerontologista hoitotyötä on pidetty perinteisesti terveydenhuollon työnä, mutta jatkossa se tulee koskemaan kaikkea ikääntyneiden hoivatyötä. Lähtökohtana on, että se soveltaa ikääntyneiden hoitotyöhön teoria-tietoa ikääntymisestä. Hoitotyön toiminnot ja interventiot perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin sekä hyviin gerontologiisiin käytänteisiin (näyttöön perustuva hoitotyö). Tämä mahdollistaa hoidettavan parhaan joka tilanteessa, millä on iso merkitys hoidettavan elämänlaadulle. Hoitajalle ehyt hoidon kokonaisuus antaa paremmat mahdollisuudet tehdä itsenäisiä vanhuksen edunmukaisia päätöksiä, mikä on todettu selkeitä laatuvaikutuksia. (Haho 2006, 153; Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2007, 33, 41, 118–120; Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki, Pelkonen 2008; Cullum, Ciliska, Marks & Haynes 2009, 1–4; Häggman-Laitila 2009, 4.)

Gerontologisen hoitotyön lähtökohtana on kyky tunnistaa ikääntymisen diversiteetti, mikä edellyttää ikääntymisprosessin yksilöllisten vaikutusten tuntemista ja huomioimista kaikessa ammattityössä. Keskeistä on ikääntyneen asiakkaan toimintakyky sekä sen ulottuvuudet ja käyttö arjen tilanteissa. Gerontologisen hoitotyön filosofia lähtee ikääntyneen toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemisesta. Filosofia edellyttää tietoa nykyisen elämäntilanteen lisäksi myös aiemmasta elämäkulusta ja voimavaroista. Yhteistyö kuntoutuksen henkilökunnan kanssa on tärkeää toimintakyvyn edistämisessä. Toimintakyvyn ja terveyden edistäminen sekä sairauksien hoito edellyttävät gerontologiselta hoitotyöntekijältä itsenäistä päätöksentekokykyä, myös akuuteissa hoitoa vaativissa tilanteissa. Hän vastaa osaltaan pitkäaikaissairauksien hoidosta, seurannasta ja kuntoutuksesta sekä koordinoi yhteistyötä. Gerontologinen hoitotyö on silta, joka auttaa rakentamaan ikäihmisten palvelukokonaisuuden asiakaslähtöiseksi ja saumattomaksi. Näin se vähentää esimerkiksi vanhusten siirtoa hoitopaikasta toiseen. Joissakin vaikeissa sairaustilanteissa sairaala-hoito voi olla tarpeen. (Koskinen ym. 1998, 169–171; Resnick 2004, 2; Routasalo & Lauri 2004, 207–215; Adeniran & Carrick, 2008, 50; Hyttinen 2008, 54; Garwood 2010).



Myös gerontologinen hoitotyö korostaa elämänlaadulle tärkeitä tekijöitä: asiakaslähtöisyyttä, dialogista vuorovaikutusta ja luottamusta. Ikääntyneen asiakkaan oikea-aikainen tarpeiden ja voimavarojen arviointi ja huomioon ottaminen ovat huolenpidon, monipuolisten konkreettisten hoito- ja huolenpitotehtävien sekä läsnäolon pohjana. Kaikella tavoitellaan ikääntyneen ihmisen hyvää. Asiakkuuden vaativuus näkyy eettisyydessä. Iäkäs asiakas on haavoittuva kahdella tavalla: vanheneminen haavoittaa sairauksilla ja omat voimavarat heikkenevät. Haurasta ja heikkoa ihmistä on helppo vahingoittaa ja loukata fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Haavoittuvuutta pidetäänkin riskinä, jota tulisi välttää. Tosin voimien heikkenemistä ei voida estää, mutta sitä voi tukea arvokkaasti. (Johansson 2001; Adeniran & Carrick, 2008, 50; Hyttinen 2008, 43–46; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 33.) Vanhan ihmisen haavoittuvuuden vaikutus hoitotyöhön korostuu muistisairaiden hoidossa. Siitä on enemmän luvussa 4.

Gerontologinen huolenpito korostaa hoitotyön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista integriteettiä sekä vanhuksen yksilöllisyyttä ja omaa elämää koskevaa päätöksenteko-oikeutta. Ikääntyneen ihmisen kokonaisuuteen ei saa kajota ilman lupaa, mutta hoitotyö on tässä kaksikasvoinen. Toisaalta kehon integriteetin kunnioittamisella suojataan vanhusta fyysisesti, mutta toisaalta kehon ja mielen koskemattomuutta voidaan rikkoa. Ihmisen fyysistä aluetta on lisäksi myös se fyysinen tila, jota hän pitää omanaan. Tällä on ympärivuorokautisessa hoivassa emotionaalista merkitystä ja vaikutusta myös toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä haluun ja tarpeeseen hallita oma elämää ja intimitteettiä. (Heikkinen 1998; Isola ym. 1997; Meripaasi, Routasalo & Arve 2001; Rosqvist 2003; Teeri ym. 2006; Vilkkö 2006; Sarvimäki 2008; Saarnio & Isola 2009; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009.)

Gerontologisen hoitotyön menetelmillä voidaan tukea vanhuksen omaa elämänhallintaa. Vanhuksen on kuitenkin ensin kokemuksellisesti otettava auttaminen vastaan, jotta hän voi sen myös hyväksyä (Rauhala 2005, 154). Hyväksymistä vaikeuttavat vanhuksen kokema ahdistus, pelko ja turvattomuus. Hoitaja voi tukea emotionaalisesti sekä suojella ja vahvistaa tunne-, arvo- ja ajatusmaailmaa vanhuksen aiemman elämäntyylin mukaisesti. Myös mielekäs ajanviete vahvistaa elämänhallintaa. (Settersten 2005; Teeri ym. 2006; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009).

Hoitajan herkkyyks ja sensitiivisyys ovat eläytymisen ja empaattisuuden voimavara, mikä syntyy Anneli Sarvimäen ja Bettina Stenbock-Hultin (2009, 28, 33, 43) mukaan hoitajan haavoittuvuudesta. Herkkyyks antaa mahdollisuuksia aistia ja havaita asioita vanhan ihmisen hyvän näkökulmasta. Aina hoitajan toiminta ei ole vanhukselle hyvää, mutta kaikki poikkeukset itsemääräämisoikeudessa tulisi kyetä perustelemaan (Sarvimäki 2008, 33–34; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 47–50). Hilka Sand (2003, 135–136) kirjoittaa ”pakottavasta ympäristöstä”, jossa hoitajien kiire ja muiden samanaikainen auttaminen pakottaa vanhuksen yksilöllisyyden ympäristön antamaan muottiin ja odottamaan vuoroaan. Tällöin aito läsnäolo voi jäädä vähäiseksi ja myös vanhuksen pyytämät asiat toteuttamatta (myös Hirst 2002; Heikkinen 2003, 363–370; 2008, 449–457).

Gerontologinen hoitotyö joutuu jatkuvasti kosketuksiin kuoleman kanssa joko sen lähestyessä, läsnä ollessa tai sen jälkeisenä omaistyönä. Hyvään elämään ja elämänlaatuun ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoidossa kuuluu myös arvokas kuolema, joka ei useinkaan ole ennenaikainen tai vieras asia (O’Shea, Murphy, Larkin, Payne, Froggatt, Casey, Leíme & Keys 2008, 28; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Hoitohenkilökunnalle kuolema on kaksijakoinen: siihen liittyy sekä vaatimus hyvästä kuolemasta että menetyksen kokemus. Kuoleman kohtaamisen tavat ja paikka ovat muuttuneet yhteiskunnassa modernisaation myötä. Arjessa ja auttamistyössä vaikeasti kohdattavat ja haltuun otettavat tabut nähdään ajattomina, koska tavoitteiden ja toteutumisen välillä on ristiriitaa. (Miettinen 2006, 11; O’Shea ym. 2008, 27–28; Laitinen 2009, 9, 12.) Hoitajien valmiudet keskustella kuolemaan liittyvistä asioista ja vanhusten halu puhua lähestyvistä kuolemasta riippuvat omista asenteista, osaamisesta ja kulttuuritekijöistä. Hoitajien puutteellisten tietojen ja taitojen vuoksi vanhus ei aina saa tietoa omasta ennusteestaan eikä edes tiedosta lähestyvää kuolemaa. (Wadensten, Condén, Wahlund & Murray 2007, 241–249; O’Shea ym. 2008, 19–20.)

Kuolinprosessi on kompleksinen ja vaikea, koska siinä on kyse niin elävän kuin kuolevan elämänlaadusta (O’Shea ym. 2008, 28). Haasteena on kuoleamisen kulun yksilöllisyys, sillä huonokuntoisena eläminen voi nykyisin kestää pitkään (Higginsson 2005, 161–173; O’Shea ym. 2008, 26). Gustaf Molander ja Anssi Peräkylä (2000, 955–961) toteavatkin, että iäkkäät eivät ole kuoleman edessä samanarvoisia silloin, kun kuole-

minen on pitkäkestoista. Ympäristö tottuu iäkkään ihmisen hauraaseen olemukseen elämän ja kuoleman välimaastossa, ja vanhus jää ilman varsinaista loppuelämän hoitoa. Toisena ääripäänä on lähtö ”saappaat jalassa” eli ”kuolematta kuoleminen”, jolloin elämän loppuvaihetta ei tule. Saattohoito onkin filosofia eikä paikka, Molander ja Peräkylä toteavat. Toteamus sopii ikääntyneiden pitkäaikaishoitoon erityisen hyvin. Filosofiana se selkiyttää ja mahdollistaa elämänlaadun aina viimeiseen hengenvetoon asti, kun hoidettavalle mahdollistetaan kuolevan identiteetti. Lähtijälle tarjoutuu tilaisuus elää omaa kuolemaansa, saattajille taas tilaisuus elää toisen kuolemaa. Filosofia implikoi samalla siis myös tulevaisuutta.

Saattohoitopäätöksen asettaminen ammattityössä ei ole helppoa, sillä erilaiset näkemykset voivat nostaa tunnekuohuja, epävarmuutta ja pelkoa oman osaamisen riittämättömyydestä (Seymour ym. 2005; O’Shea ym. 2008, 24). Vanhenevan ihmisen hauraus ja hoivan kasvava ruumiillisuus kohdistavat hoivan Silva Tedren (2000, 524) mukaan taantumiseen, erityisesti kun auttamisen tavoitteena on kuolemaan saattaminen. Hoitajan taidot välittää ja olla lähellä korostuvat työn käydessä usein yhä fyysisemmäksi ruumiillisen auttamisen lisääntyessä. Lisäksi työskentely elämän ja kuoleman välimaastossa sekä ajan ja tiedon puute kuoleman hoidosta kuormittavat hoitajia. Myöskään fyysiset tilat eivät aina tue hyvää loppuajan hoitoa, vaan kuolemaan saattamista tehdään huoneissa, joissa on muita hoidettavia. Tällöin hoitajaa uuvuttaa tunne, että hän työskentelee välillä kuoleman ja välillä elämän kanssa. (O’Shea 2008, 19–20.)

Kuolema on sosiaalinen prosessi. Pitkäaikaishoidossa onkin alettu saattohoidon sijaan puhua elämän loppuvaiheen hoidosta (*end-of-life care*), joka on kuolemaa lähestyvän ihmisen hyvää elämän viimeistelyä ja hyvästelyä. Pitkäaikaisten sairauksien ja vanhuuden raihnaistumisen edetessä pysyvästi vanhus saa hyvää hoivaa ja sairaanhoitoa sekä psykososiaalista ja henkistä tukea. Näin voidaan turvata pois nukkuvan vanhuksen ja hänen perheensä hyvä elämänlaatu. (O’Shea ym. 2008, 27–28, 134; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Kuoleman huono hoito kertoo vanhusten ja heidän elämänlaatunsa heikosta arvostamisesta. Kuolevan ikääntyneen ihmisen elämänlaatututkimus puuttuu vielä kokonaan.

## 2.4 Hoiva ja hoito ympäri vuorokautisen hoivan kontekstissa

Ilmiönä hoiva on laaja ja moniulotteinen, eikä tutkimusten konstruoima hoivan käsittemäärittely ole yhtä selkeä kuin hoidon ja hoitotyön määrittelyt. Hoivan ja hoidon käsitteistä löytyy yhtäläisyyksiä ja eroja. Kim Aarva (2009, 27) ihmetteleeekin, miten käsitteet on otettu käytännön työhön ikään kuin ne olisivat yhteismitallisia. Arjen perustyössä yhteismitallisuus sekoittaa niiden sisällön ja voi siten heikentää kummankin itsenäistä asemaa ja arvoa. Teen yhteenvedon hoivasta ja hoidosta osana ikääntyneiden palvelujärjestelmää, jolloin on välttämätöntä yhdistää sosiaalipoliittinen ja terveystieteiden näkökulma. Hoivan ymmärrän ajattelu- ja toimintamalliksi, jolla tavoitellaan vanhan ihmisen toimintakyvyille, terveydelle ja hyvinvoinnille myönteisiä asioita, mutta myös tilanteen ennallaan säilymistä ja arvokasta huononemista.

*Sosiaalipoliittisesti* hoiva on elämän perusasia, arkisuudessaan tärkeä ja ajankohtainen, jota ilman ei olisi hyvää yhteiskuntaa. Vaikka hoivaa saadaan ja annetaan erillisinä sosiaalisissa suhteissa, ne kietoutuvat elämän perusasioille tyypillisesti toisiinsa fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista huolenpidon tarpeista. Suhteessa muodostuu hoitajalle tietoa, jonka avulla hän voi vahvistaa vanhuksen hyvinvointia, terveyttä sekä ihmisyyden pysyvyyttä myös silloin kun tämän omat voimavarat ovat vähäisiä. Sosio-kulttuurinen fyysinen ja emotionaalinen huolenpito ovat konkreettista auttamista, vastuullista ja välittävää lähellä oloa. Hoivan vastavuoroisuus näkyy suhteen läheisyytenä, joka perustuu keskinäiseen vuorovaikutukseen ja syvään toistensa tuntemiseen. Eksistentiaalisesti suhde on vaativa, sillä luottamus, tuttuus ja läheisyys eivät synny itsestään tai hetkessä. Erityisesti pitkäkestoiseen ja läheiseen hoivaan voi liittyä myös kielteisiä ilmiöitä ja tunnetiloja, joita käsittelem kolmannessa luvussa.

*Terveystieteellinen dimensio* hoivaan tulee lääke- ja hoitotieteestä geriatrician ja gerontologisen hoitotyön kautta: vanhuus ei ole sairaus, mutta siihen liittyvät sairaudet tulee hoitaa hyvin, ehkäistä niiden paheneminen tai uusien syntyminen, lievittää kärsimystä ja kipua sekä saattaa myös hyvään kuolemaan. Siten hoivan ammattihenkilöstöllä tulee olla riittävästi terveydenhuollon osaamista.

*Käyttätymistieteellinen tieto* on edellytys hoitajan kehittymiselle, sillä se antaa näkökulman ja asenteen ymmärtää yksilön käyttäytymistä.

Elämänkaari on läsnä kokonaisuutena elämän yksittäisissä vaiheissa ja tapahtumissa (Perttula 2009, 196). Vanhuksen nykykäyttäytymisen ymmärtäminen ja voimavarojen tunnistaminen edellyttävät hänen henkilökohtaisen elämänsä ja -tyylin tuntemista sekä tietoa ja ymmärrystä suorituskyvyn pitämisestä tasapainossa iäkkäänäkin (Kuusinen 2008, 181–191; Ruoppila 2008, 204–212; Suutama 2008, 192–203).

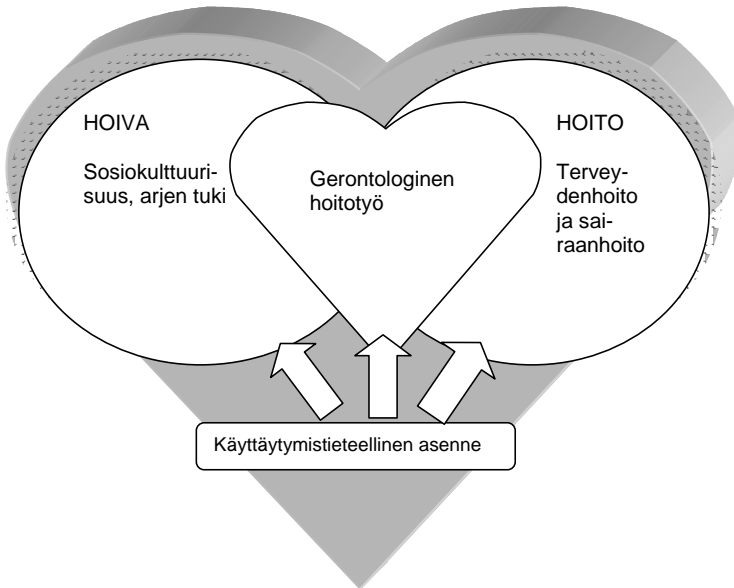
Tiivistetty yhteenveto ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan keskeisimmistä eroista on taulukossa 1. Hoito pyrkii ylläpitämään terveyttä ja tekemään hoivan tarpeettomaksi, sillä sen kuratiivinen luonne on toissijainen. Hoivassa korostuu huolenpito, ja hoito on hoivaa täydentävä osa. Hoidon intensiivisyys voi vaihdella tilanteen mukaan.

Taulukko 1. Hoivan ja hoidon keskeisimpien tekijöiden vertailu kirjallisuuskatsauksen perusteella.

VERTAILUKOHDE	HOITO	HOIVA
tavoite	parantuminen terveeksi tai entiselleen	varmistetaan jokapäiväinen elämä, tuetaan vanhuksen omia voimavaroja, mahdollistetaan toimintakyvyn heikkeneminen arvokkaasti
ajallinen dimensio	väliaikainen	pysyvä
osallisuus	enemmän objekti, tekemisen kohde	subjekti, palvelujen toimeksiantaja
koti	ajatuksena vieras, ei oleellinen	välttämätön ja tarpeellinen, elämän keskus
omaiset	yhdyshenkilö, viestin viejä, asianajaja	vanhuksen aiemman elämäntyylin tuntija, vahva tunneside
ideologia	hoito tärkein, hoivaa vain tarvittaessa	hoiva ja huolenpito primääristä, hoitoa tilanteen vaatiessa
ammattihenkilö	asiantuntija, opastaja	kumppani
elämänlaatu	korjaantuu hoidolla	hoivan tuottamaa ja ylläpitämää

Hoivan ja hoidon yhteisen kontekstin syntymistä pidän edellytyksenä sille, että ympärivuorokautinen hoiva ymmärretään yhteisenä ja merkitykseltään samana. Merkitykset ovat kontekstisidonnaisia (Puutio 2002, 12–20). Hoivan ja hoidon kontekstointi ympärivuorokautisen hoidon todellisuudessa osoittaa niiden yhteiseksi tehtäväksi ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaadun tukemisen. Muodostan oman näkemykseni ympärivuorokautisen hoivan käsitteellistämistä käyttämällä hyvinvointiteoreettista näkökulmaa. Perustan ajatukseni sosiaalipoliittisesti ja yhteiskuntatieteellisesti Martin Knappin (1984, 14–27) ajatukseen

hoivan ammattityöstä hyvinvoinnin kautta. Kuviossa 2 esitän oman ajatukseni ja kokoan nykyään vielä erillään olevan hoivan ja hoidon käytännössä yhteen. Yhdistävä tekijä on hoivan sosiaalisen ja emotionaalisen huolenpidon oheen rakentuva gerontologinen hoitotyö, joka kattaa gerontologian eri ulottuvuudet. Myönteinen ikä- ja ikääntymiskäsitys hoivatyön käytännöissä takaavat ikääntyneelle tarkoituksellisen sekä merkityksellisen arjen, jota ei kyseenalaista mikään osapuoli. Ympäri vuorokautinen hoiva muodostuu ammattityöksi, joka sisältää sosiokulttuurisen ja gerontologisen, hoito- ja lääketieteellisen ulottuvuuden sekä lisäksi käyttäytymistieteellistä ajattelua ja asennetta.



Kuvio 2. Synergisesti muodostuva hoiva toimii elämänlaatua tuottavana hoivana.

Synergisesti muodostuva ja elämänlaatua tuottava hoiva ylläpitää asiakkaan hyvinvointia. Tällöin vahva ikääntyneiden arvostaminen, ikääntymisen ja hoivan yksilöllisyys ja diversiteetti sekä ammattityötä ohjaavat gerontologiset ja eettiset periaatteet kuvaavat hoivaa. Keskeistä ei ole aineellisten resurssien määrä vaan aineettomien resurssien kunto ja kaikkien resurssien tarkoituksenmukainen kohdentaminen ikääntyneen ihmisen parhaaksi (ks. Knapp 1984, 25–26).

## 3 Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon laadun aikaisempi tutkimus

### 3.1 Ikääntyneiden elämänlaatu kotona ja laitoksessa

Elämänlaatu on monien tieteenalojen suosima tutkimusaihe. Erityisesti huonokuntoisten vanhusten elämänlaadun tutkimus on ollut vähäistä. Sitä selittävät osittain sopivien arviointimenetelmien niukkuus ja tutkitavien heikko kunto. Tutkimuksiin voikin valikoitua parempikuntoisia, koska vaikeasti muistisairaiden ja täysin toisten avun varassa olevien vanhusten osallistuminen tutkimukseen on ongelmallista ja jopa mahdotonta. Moni ikääntynyt saattaa myös kuolla kesken tutkimuksen. Tutkimuksia löytyy myös ympärivuorokautisen hoivan vanhuksille suunnatuista interventioista, niiden vaikutuksesta ja vanhusten sopeutumisesta laitokseen. (Lyketsos, Gonzales-Salvador, Chin, Baker, Black & Rabins 2003, 275–281; Tester ym. 2003; Pieper & Vaarama 2008, 65.)

Tutkimuksilla on pystytty konstruoimaan ikääntyneiden elämänlaadulle tärkeät tekijät, kuten ikä-, sosioekonomiset faktorit, fyysinen toimintakyky ja mielen terveys, persoonalliset ja psykologiset faktorit, elämään tyytyväisyys, sosiaalinen verkosto ja osallistuminen, elinympäristö, elämänmuutokset ja tapahtumat sekä hoiva. Jennifer Frytak (2000, 200–236) kiteyttää elämänlaadun tekijät jokapäiväisen elämän asioiksi, joita ikääntyneillä ovat hyvät sosiaaliset suhteet perheeseen ja tuttaviiin, hyvä terveys ja toimintakyky, hyvä asuminen ja naapurusto, riittävä taloudellinen toimeentulo, osallistumisen mahdollisuudet ja aktiviteetit, optimistinen tulevaisuuskuva, autonomia sekä oman elämän hallinta (myös Guse ja Masesar 1999, 527–539; Tenkanen 2003; Vaarama, Luoma & Ylönen 2006, 104–132; Bowling & Gabriel 2007, 827–848; Bowling, Seetai, Morris & Ebrahim 2007, 310–315). Ann Bowlingin ja Zahava Gabrielin (2007, 827–848) tutkimuksen mukaan edellä mainitut tekijät antoivat heille vapauden toimia haluamallaan tavalla ilman rajoitteita, toivat mielihyvää, tyytyväisyyttä elämään, mielenrauhaa sekä turvallista oloa. Sosiaaliset suhteet, intimitetti, rakkauden ja sitoutumisen tunne sekä sosiaaliset roolit loivat sisältöä elämään.

Marja Vaarama, Minna-Liisa Luoma ja Lauri Ylönen (2006) tutkivat vuosina 1998 ja 2004 yli 65-vuotiaiden suomalaisten myönteisempään

suuntaan kehittynyttä elämänlaatua, joka muodostui hyvästä terveydestä, psyykkisestä hyvinvoinnista ja sosiaalisista suhteista. Valtaosa koki yleisen elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi ja naiset hieman miehiä useammin. Elämänlaatu oli huono yleisimmin 75–79-vuotiaiden miesten ja 85 vuotta täyttäneiden naisten mielestä. Kivun haitat näkyivät jo 50–64-vuotiaiden elämänlaadussa. Samansuuntaiset tulokset tulivat brittiläisessä yli 65-vuotiaille tehdyssä tutkimuksessa (Bowling, Seetai, Morris & Ebrahim 2007, 310–315), jossa hyvä toimeentulo yhdessä terveyden ja toimintakyvyn kanssa varmisti paremman elämänlaadun.

Care Keys -projektin (Vaarama & Tiit 2008, 168–195) myös kotihoidon asiakkaiden elämänlaatu tutkimuksessa elämänlaadun tekijät olivat suurelta osin samoja kuin ikääntyneillä yleensä. Elämänlaatua huononsivat akuutit sairaudet, toimintakyvyn ja asumiseen liittyvät vaikeudet, osallistumisen mahdollisuuksien rajoitteet sekä läheisten omaisten puute. Elämänlaadulle myönteisiä olivat positiivinen asenne omaan ikääntymiseen ja tyytyväisyys kotihoidon palveluun. Tyytyväisyys kotihoitoon oli suurinta silloin, kun asiakas koki sen vastaavan hänen tarpeisiinsa. Keskeisiä tekijöitä hyvälle hoivalle olivat asiakkaan mahdollisuus pitää yllä hyvä hygienian taso, kodin siisteys, oman tyylinen pukeutuminen ja vuorokausirytmien sekä hoitohenkilökunnan ymmärtävä suhtautuminen.

Kotona asumisen päättymistä ja vanhuksen siirtymistä omasta kodista laitokseen on pidetty perinteisesti raskaana ja kielteisenä elämänvaiheena (esim. Kane & Kane 2001), mistä kertoo nimitys ”viimeinen muutto” (Renzenbrink 2004, 63–74). Siirtymisvaihe kodista laitosolosuhteisiin on vanhukselle suuri muutos asuin- ja elinympäristöön sekä itsenäisyyden ja riippuvuuden asteeseen (Ford & Hazel 1996, 73; Tester ym. 2003; Bowers, Clark, Crosby ym. 2009). Annukka Klemolan (2006; myös Bowers 2009) tutkimuksessa vanhukset kokivat hoitokotiin siirtymisvaiheen raskaana sekä saamansa tuen ja tiedon riittämättömänä. Reagointi oli yksilöllistä, mutta itse siirtymisaika koettiin kielteisenä elämänvaiheena. Susan Tester ym. (Tester, Hubbard, Down, MacDonald & Murphy 2003) havaitsivat, että laitokseen muutto saattoi vaikuttaa sopeutumiseen myös muihin elämäntilanteisiin, toimintakyvyn heikkenemiseen sekä uuteen ympäristöön. Valintamahdollisuudet eivät toteudu aidosti. Mitä paremmin muuttoa onkin valmisteltu etukäteen, sitä helpommin se myös sujuu



(Bowers ym. 2009). Vanhus voi kokea itselleen vieraassa ympäristössä ensin levottomuutta, sekavuutta, ahdistusta ja kodittomuuden tunnetta. Lisäksi muiden asukkaiden huono kunto voi yllättää. (esim. Heliker & Scholler-Jaquish 2006; Muurinen ym. 2006; ks. myös Zechner 2010, 84.) Useimmiten tilanne korjautuu, kun vanhus oppii tuntemaan uuden asuinpaikkansa hoitohenkilökunnan, arkirytmien ja sen virikkeet sekä turvallisuuden (Reed & Roskel Payton 1996).

Susan Tester ym. (Tester, Hubbard, Downs, MacDonald & Murphy 2004) tutkivat pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten elämänlaatua. Vanhuksilla oli useita fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia. Elämänlaadun määrittäjistä muodostui neljä kokonaisuutta (vrt. Pieper ja Vaarama 2008, 66–67): itsetunto, ympäristö, ihmissuhteet ja merkitykselliset aktiviteetit. Tärkeimmäksi muodostui itsetunto, joka joutui koetukselle terveyden ja toimintakyvyn heiketessä (vrt. Johansson 2001). Itsetunnon sisään kuuluivat omat sekä myös toisten voimavarat ja toiminnan vajeet, yksityisyys, ulkonäkö sekä henkilökunnan suhtautuminen. Ympäristön merkitys näkyi oman kontrollin ja valinnan mahdollisuuksina, riippumattomuuden tunteissa ja suhteissa henkilökuntaan. Omissa valinnoissa tärkeimpiä olivat ruoka, vaatteet ja heräämisaika aamulla. Ihmissuhteet käsittivät vuorovaikutuksen, suhteet toisiin asukkaisiin ja perheeseen. Aktiviteetit olivat merkityksellisiä arjen askareita, yhteisön tapahtumia ja hengellisiä tilaisuuksia. Aineellisten resurssien painoarvo jäi emootioita vähäisemmäksi.

Andrew Sixsmith, Margaret Hammond ja Grant Gibson (2008, 217–233) tutkivat muistisairaiden elämänlaatua viidessä EU-maassa Care Keys -projektissa. Suomessa ja Ruotsissa vanhusten elämänlaatu oli parempi kuin Saksassa ja Virossa. Sukupuoli ja kognitiivinen taso huononsivat suomalaisten ja saksalaisten vanhusten elämänlaatua vähemmän kuin ruotsalaisten ja virolaisten. Ruotsalaisilla naisilla oli miehiä alhaisempi elämänlaatu. Virossa tutkimukseen osallistuneiden vanhusten kognitiivinen taso vaikutti elämänlaatuun: mitä vakavampi kognitiivinen toiminnanvaje, sitä alhaisempi elämänlaatu. Tutkijat havaitsivat, että laitospöloissa asuvat muistisairaajat asiakkaat arvostivat koettua elämänlaatua jopa enemmän kuin itse hoitoa tai sen laatua (myös Sloane, Zimmerman, Williams, Reed, Karminder & Preisser 2005, 37–49). Muistisairaiden elämänlaatu on siten ”enemmän kuin vain heidän kognitionsa”, koska

psykososiaalisella tuella, toiminnalla sekä ympäristöllä on nähty positiivista vaikutusta elämänlaatuun (Lawton 1994; Rappe 2005). Kokemus ympäristöstä ja ihmissuhteista korvaa omien kykyjen menettämistä.

Yvonne McGivern (2007) tutki pitkäaikaishoivan asiakkaiden elämänlaatua julkisissa ja yksityisissä hoitopaikoissa. Asukkaat olivat asuneet hoitopaikassaan muutamasta kuukaudesta useisiin vuosiin saakka. He kokivat yksilöllisyyden ja oman tilan sopeutumisensa edistäjinä. Oma huone oli tavallisempi yksityisessä hoitokodissa. Sairaalan pitkäaikashoidon asiakkaat kokivat vähäisintä yksityisyyttä monen hengen huoneissa. Vanhukset kokivat hoivan voimaannuttavana, jos se salli heille omia valintoja, mutta alistavana, jos se oli rutiinimaista ja säädeltyä. Rutiinihoivaa oli julkisella ja yksityisellä puolella. Yhteydenpito ulkomaailmaan ja sieltä vanhuksiin koettiin riittämättömänä.

Pitkäaikaishoidon on todettu alentavan elämänlaatua kokonaisuutena (Lyketsos ym. 2003, 275–281; Scocco, Rapattoni & Fantoni, 2005, 281–287). Toisaalta elämänlaatu on kuitenkin osalla asiakkaista parantunut tai pysynyt samana. Positiivisina vaikutuksina on löydetty vanhuksen yksinäisyyden lieventymistä sekä osallistumismahdollisuuksien ja turvallisuuden tunteen lisääntymistä. (Reed & Roskel Payton 1996; Lyketsos ym. 2003; Selwood, Thorgrimsen & Orell 2005.) Helsingin vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu oli tutkimuksen mukaan kohtalainen (Muurinen ym. 2006). Vanhukset olivat yksinäisyydestä ja kielteisistä tuntemuksistaan huolimatta tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja läheisten tukeen sekä asumiseen yksin tai jaetussa huoneessa. Lähes kolmasosa muistisairaista asiakkaista oli masentuneita.

### **3.2 Ammatillinen laatu**

Ympäri vuorokautisessa hoivassa laadun osatekijöitä on tutkittu itsenäisenä tai kokonaisuutena. Saatujen tulosten tulevaisuushyöty on saatu esille toiminnan ongelmakohtien ja kehitystarpeiden avulla (Øvretveit 2002, 179–198; Rissanen & Kansanen 2003, 22–27; Vaarama 2006, 68–69). Hoidon ja hoivan laadun arviointia pidetään vaikeampana kuin konkreettisen tuotteen, koska asiakas arvioi kokemuksellisesti palvelun laatua verraten sitä myös aiempiin kokemuksiinsa (Rissanen & Kansanen 2003,

7; Laine 2005, 35). Asiakkaiden odotusten ja laatuvaatimusten on todettu eroavan toisistaan, joten laatu on kohdallaan vasta, kun asiakkaan odotukset täyttyvät (Hannukainen 1992, 11). Tähän Juha Laine (2005, 35–36) huomauttaa, ettei asiakkaan laatuarviota pidetä aina luotettavana. Erityisesti pitkäaikaishoidon asiakkaiden kyky arvioida palvelun laatua voi olla rajallinen heikentyneiden kognitiivisten taitojen vuoksi.

Ympärivuorokautisen hoivan ammattityöllä tavoiteltavista laatu-teki-joistä moni liittyy kotiajatukseen. Se näkyy yksityisyyden kunnioittamisena sekä kodikkuutta vahvistavina asioina. Kodin käsite ei ole ongelmaton, sillä siihen sisältyy vahvoja tunnelatauksia (Vilkko 2000, 213–229; 2003, 119–120; 2005, 55–56; Tester ym. 2003; Rentzenbrink 2004, 63–74). Useimmiten koti on siellä missä on asumisen paikkakin. Anni Vilkko (2000, 213–229; 2003, 119–120; 2005, 55–56) kuvaa ”kodin tuntua” ja ”riittävää kotia” omien tavaroiden, sosiaalisten suhteiden, tutun elämänmenon ja mielekkään tekemisen tyssijaksi. Nämä hyvään ja ihmisarvoiseen elämään kuuluvat asiat hoivaavat ja hoitavat (ks. myös Murphy, O’Shea & Cooney 2008).

## Hoitotyön dokumentointi hoidon laadun osoittajana

Hoitotyön laadun mittaamista on tehty arvioimalla hoitotyön dokumentointia. Ympärivuorokautisesta hoidosta saadut tulokset ovat Suomessa vuosi vuodelta varsin samantyyllisiä. Laatuarvioinnit antavat tietoa organisaation ja työn suorittajan, ei niinkään asiakkaan näkökulmasta. Ajantasainen hoitotyön suunnitelma puuttuu isolta osalta pitkäaikaishoidon asiakkailta. Tehdyissä suunnitelmissa on runsaasti puutteita, eivätkä ne kykene ohjaamaan käytännön hoitotyötä. Pääpaino on hoidettavan ongelmien kirjaamisessa, eikä auttamismenetelmillä saavutettu hyöty tule esille. Hoitosuunnitelmat ovat hoitohenkilökunnan työkalu, koska ne pohjautuvat kaavakkeeseen. Suunnitelma ei ole asiakkaan dokumentti, sillä tarpeet ja voimavarat määritellään epätarkasti ja puutteellisesti sekä käytetyt hoitotyön tavoitteet ja keinot yleisellä tasolla. Hoidettavien voinnin seuranta on hyvää, mutta selviä laiminlyöntejäkin on. Hoitotyön systemaattinen arviointi ei toimi. Kirjaamisen avulla tapahtuva hyvä tiedonkulku on hoidon laatu-tekijä. Täsmällinen, yksilöllinen ja ajantasainen hoitotyön olennaisiin asioihin keskittyvä kirjaaminen edis-

tää hoitohenkilöstön ja muiden toimijoiden välistä tiedon kulkua, joka on edellytys hoidon jatkuvuudelle ja turvallisuudelle. Hoitohenkilökunnan sitoutuminen hoitosuunnitelmaan on vaikuttanut edullisesti muistisairaiden vanhusten elämänlaatuun. (Isola & Voutilainen 1998; Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling 2000, 6–13; Voutilainen, Muurinen, Vaarama & Isola 2001; Björvell 2002; Muurinen 2003; Voutilainen 2004; Kärkkäinen, Bondas & Eriksson 2005; Zimmerman ym. 2005; Muurinen ym. 2006; Pieper, Frommelt, Heislbez & Vaarama, 2008; Saks, Tiit, Muurinen, Mukkila, Frommelt & Hammond 2008; Muurinen & Soini 2009.)

Kai Saksin ym. (2008) kansainvälisessä laitoshoidon tutkimuksessa hoitotyön kirjaamisen laadulla oli useita merkitseviä yhteyksiä hoidon laatuun sekä asiakkaiden tyytyväisyyteen hoitoonsa ja hoitoympäristöön. Yhteyttä asiakkaan laatuvaatimuksien ja hoitohenkilökunnan toiminnan välillä ei löytynyt. Valviran (2010) tutkimuksessa vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä hoito- ja palvelusuunnitelma oli lähes aina tehty, mutta sen päivittäminen oli puutteellista.

Kirjaamisen laadulla on todettu yhteys myös vanhusten elämänlaatuun (Muurinen ym. 2006; Saks ym. 2008; Vaarama & Tiit 2008). Care Keys -projektin kansainvälinen tutkimus kotihoidossa (Vaarama & Tiit 2008, 168–175) ja pitkäaikaishoidossa (Saks ym. 2008, 196–216) osoitti, että hyvällä kirjaamisella oli suoraan myönteinen vaikutus asiakkaiden elämänlaatuun. Aikaisemmissa tutkimuksissa kirjaaminen on nähty vain hoidon laadun tekijänä (Saks ym. 2008, 213). Seija Muurinen (2003) totesi tutkimuksessaan, että hoitajien koulutuksen pituudella oli yhteys hoitotyön kirjaamisen laatuun. Koulutusinterventioilla onkin kehitetty kirjaamisen laatua (esim. Björvell 2002).

## Hoitohenkilökunta hoidon laadun osoittajana

Vuonna 2005 tehdyn NORDCARE-kyselytutkimuksen (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 250–266) mukaan suomalaiset laitoshoidon hoitotyöntekijät olivat muihin pohjoismaihin verrattuna koulutetumpia: joka toisella oli vähintään kaksivuotinen koulutus. Hoitohenkilökunnan ja myös lääkärin koulutuksen yhteys parempaan hoidon laatuun on todettu kansainvälisissä ja kansallisissa tutkimuksissa (esim. Frolik & Gallo 2003,

44, 50; Muurinen 2003; Maas, Specht, Buckwalte, Gittler & Bechen 2008). Meridean Maas ym. (2008) korostavat kirjallisuuskatsauksessaan hoitajien koulutuksessa gerontologista osaamista. Hoitokulttuurin muuttamisessa koulutus on eduksi (Beer ym. 2009). Sheryl Zimmerman ym. (Zimmerman, Sloane, Williams, Reed, Preisser, Eckert, Boustani & Dobbs 2005, 133–146) ja Andrew Sixsmith ym. (2008, 217–233) havaitsivat, että muistisairaiden hoitoyksiköissä hoidon laatu ja elämänlaatu olivat parempaa, jos henkilökunta oli koulutettu nimenomaan muistisairaiden hoitoon (myös Kazui, Harada, Eguchi, Tokunaga, Endo & Takeda 2008, 72–78). Tosin on myös tuloksia, joissa koulutuksella ei ole ollut positiivista merkitystä (Samus, Rosenblatt, Steele, Baker, Harper, Brandt, Mayer, Rabins & Lyketsos 2005, 19–26). Hoitotyön ammatillinen sitoutuminen on todettu korkeaksi hoiva- ja ryhmäkodeissa työskentelevillä (Stordeur ym. 2003, 39). Sinervon ym. (2010, 65–66) palveluasumisen tutkimuksessa työntekijät olivat melko sitoutuneita työpaikkaansa, mutta sitoutuminen työhön sen sijaan oli melko matalalla tasolla. Mahdollisuudet opittujen taitojen hyödyntämiseen olivat selvästi heikommat yritysten palveluasumisen kuin järjestöjen ja julkisen sektorin yksiköissä.

Ajantasainen ammattitaito on hoidon laadun tekijänä tärkeä myös ammatti-identiteetin ja itsetunnon kannalta. Kouluttautumistarve toimii tällöin moraalisen velvoitteenä, joka puolestaan kietoutuu professio-ideologiaan. Koulutus antaa työkaluja kehittää laatua. Työssä oppimista on pidetty hyvänä, mikäli työn tekeminen ja käytettävät menetelmät ovat laadukkaita. (Smith, Kerse & Parsons 2005; Wadensten 2006; Topo ym. 2007; Nolan, Davies, Brown, Wilkinson, Warnes, McKee, Flannery & Stasi 2008; Fukaya, Koyama, Kimura & Kitamura 2009.) Henkilökunnan ammatillisuus näkyy myös kykynä evaluoida hoidon laatua. Tosin hoitajat eivät työpaikkansa menettämisen pelosta aina uskalla kritisoida hoidon huonoa laatua. Myös ulkopuolisia laadunarviointeja on pidetty pinnallisena (Frolik & Gallo 2003, 48, 54).

Hoitohenkilökunnan määrää on Suomessa arvioitu suhteessa laatu-suositukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Suositus ympärivuorokautisen hoivan hoitohenkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6, ja hyvä mitoitus on 0,7–0,8 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Henkilöstön tarpeeseen ja rakenteeseen vaikuttavat suuresti toiminnan luonne ja hoidettavien asiakasryhmien erityispiirteet. Anja Noron (2005, 47–63)

selvityksessä keskimääräinen mitoitus pitkäaikaisosastoilla oli 0,64 ja terveyskeskuksissa 0,69, johon kuuluivat myös laitosapulaiset tai -huoltajat. Sinervon ym. (2010) tutkimuksessa henkilöstömitoitus asiakasrakenne huomioiden (hoidon tarve on kustannuspainona) oli yritysten palveluasumisessa 0,54, järjestöjen palveluasumisessa 0,61, julkisessa palveluasumisessa 0,43 ja järjestöjen vanhainkodeissa 0,62. Henkilöstömitoitus ei kerro kuitenkaan tarpeeksi vaan rinnalle tarvitaan osaamisen arviointia ja sen oikeanlaista hyödyntämistä. Tutkimusten mukaan (Lammintakainen & Kinnunen 2006; Aho, Hynninen, Ruoholinna & Vanttaja 2010) sairaanhoitajat joutuvat tekemään koulutukseensa, työhönsä ja ammattitaitoonsa nähden toisarvoisia töitä. Avustava henkilökunta kaipaa vaikutusmahdollisuuksia vähemmän, mutta enemmän mahdollisuuksia tehdä työtä omalla tavallaan ja että heihin luotetaan.

Valviran (2010) selvityksessä todettiin, että julkisen sektorin yksiköistä 15 prosentilla ja yksityisistä yksiköistä 32 prosentilla henkilöstömäärän taso oli hyvä (0,7 tai enemmän). Julkisen sektorin yksiköistä 17 prosenttia ja yksityisen sektorin yksiköistä 8 prosenttia jäi henkilöstömäärässä alle suosituksen alarajan 0,5. Henkilöstön määrä oli yhteydessä myös siihen, miten pitkäksi yöpaasto muodostui vanhuksilla. Yöpaaston pituus oli 76 prosentilla julkisen sektorin yksiköistä (473 yksikköä) ja 42 prosentilla yksityisen sektorin yksiköistä (261 yksikköä) 11 tuntia tai enemmän. Kysely ei selvittänyt vanhuksille annettavan ilta- ja yöpalan yleisyyttä, vaikka tällainen käytäntö on sangen yleinen. Ilta- ja yöpala ravintosisältö voi olla merkittävämpi kuin pelkkä yöpaaston pituus.

Myös muissa tutkimuksissa on löydetty merkkejä henkilöstömäärän ja -rakenteen sekä hoidon laadun välisistä yhteyksistä (esim. Muurinen 2003; Finlayson, Aiken & Nakarada-Kordic 2007). Esimerkiksi amerikkalaisessa vanhainkotitutkimuksessa (Schnelle, Simmons, Harrington, Cadogan, Garcia, Bates-Jensen 2004, 225–250) hoidon laatua mitattiin 16 osa-alueella. Paras hoidon laatu 13 osa-alueella oli yksikössä, jossa oli korkein henkilöstömitoitus (7,6 asukasta/hoitaja). Hoidon laatu oli huonompi kaikilla osa-alueilla vanhainkodissa, jossa mitoitus oli alhainen (9–10 asukasta/hoitaja). Syynä tutkijat pitivät henkilökunnan kuorittumista. Työn perushoitopainotteisuus ilmeni Louis Paquayn ym. (Paquay, De Lepeleire, Milisen, Ylieff, Fontaine & Buntinx 2007) tutkimuksesta, jossa he tarkastelivat hoitokotien henkilökunnan työtehtäviin

käyttämää työaika. Perushoitoon kului noin puolet, logistisiin ja tuki-palveluihin lähes kolmasosa, sairaanhoitoon reilut kymmenen prosenttia sekä loput hallinnollisiin ja viestintätehtäviin.

Hoidon laatua on tutkittu myös henkilökunnan asenteiden ja toiminnan avulla. Irlantilaisessa pitkäaikaishoidon laatututkimuksessa (McGivern 2007) henkilökunnan myönteinen asenne työhön ja hoivaan mahdollisti asiakkaille paremman osallistumisen omaan hoitoonsa, mikä edisti heidän elämänlaatuaan. Maas ym. (2008) kuvaavat kirjallisuuskatsauksessaan vanhusten arjen ongelmia. Lääkehoidossa tapahtuu laiminlyöntejä ja virheitä, kivunhoito on puutteellista ja ei-lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttö vähäistä. Hoitajat eivät paneudu vanhusten virtsankarkailun ongelmiin riittävästi ja ennakoivasti, mikä on johtanut liian automaattiseen vaippojen käyttöön. Kyky havaita asiakkaiden psyykkistä oireilua ja tukea aktiiviseen toimintaan on puutteellista.

Sheryl Zimmermanin ym. (2005) vanhainkotitutkimuksessa vuorovaikutus nousi keskeiseksi elämänlaadun ja hyvän hoidon osatekijäksi. Asiakkaiden ja henkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus onkin hoidon laatutekijä. Vuorovaikutuksen monipuolisuus näkyy myös muiden asiakkaiden kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen merkityksenä sekä henkilökunnan tukena säilyttää yhteys omaisiin ja läheisiin (Jyrämä 1997; Perälä & Rääkkönen 2000; Muurinen ym. 2006; Saks ym. 2008).

Henkilökunnan ja asiakkaiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa esiintyy puutteita, eikä se aina tue muistisairaana asiakkaan tarpeita (esim. Topo ym. 2007, 95–108). Muistisairaiden kykyä olla vuorovaikutuksessa aliarvioidaan (Blood & Bamford 2010). Ongelmatonta ei ole myöskään henkilökunnan ja omaisten välinen kommunikaatio. Ruotsalaistutkimuksessa (Hertzberg & Ekman 1996, 205–211) todettiin, että vuorovaikutus syntyi omaisten aloitteesta ja jäi pinnalliseksi. Omaiset eivät esimerkiksi uskaltaneet tuoda esille vanhuksen hoitoon liittyviä kielteisiä asioita. Myöhemmin tehdyssä ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa (Hertzberg, Ekman & Axelsson 2003, 431–441) omaisten tyytyväisyys hoivaan riippui ainakin osittain juuri heidän ja henkilökunnan välisestä vuorovaikutuksesta ja yhteydenpidosta.

Vuorovaikutuksesta on löydetty myös muita kielteisiä piirteitä. Niistä pahin on vielä vähän tutkittu eettinen haaste, vanhuksen kaltoinkohtelu. Hoitajan epäasiallista toimintaa ja henkistä kaltoinkohtelua on huutam-

nen, ilkeä ja kovaääninen kielenkäyttö, nuhtelu, rankaisu, uhkailu, työn-tekijöiden keskustelu keskenään vanhuksen läsnä ollessa eikä vanhuksen kanssa, vanhusten alentava puhuttelu tai nimittely, lapsenomaiseen toimintaan ohjaaminen tai jopa pakottaminen, omatoimisuuden estäminen tai vanhusten omien toiveiden kuulematta tai toteuttamatta jättäminen. (Teeri ym. 2006; Topo ym. 2007, 108, 114.) Kaltoinkohtelua on myös hoidon tarkoituksellinen tai tarkoittamaton laiminlyönti (Isola ym. 1997; Maas, Specht, Buckwalter, Gittler & Bechen, 2008; Saarnio & Isola 2009, 272). Vanhusten huonolle kohtelulle altistavat yhteiskunnallisten linjausten puuttuminen, niukat henkilöstö- ja muut toimintaresurssit, hoitajien ammatillisen koulutuksen puutteet, kouluttamattomat työntekijät sekä työuupumus (Teeri ym. 2006; Lindbloom ym. 2007, 610–616).

Reetta Saarnio (2009, 56–60) tutki fyysisten rajoitteiden käyttöä ympärivuorokautisissa hoitoyksiköissä. Isommissa yksiköissä oli enemmän rajoitteiden käyttöä kuin pienissä. Vanhusten liikkumisen rajoittamista tehtiin suoraan, kuten sitomisella tai piilottamalla liikkumisen apuväline. Epäsuora rajoittamista oli passivoiva toimintatapa, hälytyskellon pois ottaminen tai ulkoilun estävä vähäinen vaatetus. Päätökset rajoittavien menetelmien käytöstä teki useimmiten hoitohenkilökunta, joskus myös omainen tai vanhus itse. Hoitajat pitivät rajoitteita sallittuina, jos ne olivat ”arkisia” (kuten geriatriksen tuolin pöytälevy) ja vähemmän sallittuina, jos ne olivat ”todellisia rajoitteita” (magneettivyö). Rajoitteiden käyttöä vähensivät vanhuksen hoitotahto, hoitajien taitava ammatillinen toiminta, luovuus ja elämäkokemus, omahoitajajärjestelmä sekä hoitoympäristön turvallisuus.

## Asiakkaan ja omaisen näkökulma ammattityön laadun osoittajana

Ammatillisen hoivan laatua on tutkittu asiakkaan omaisten käsityksinä hyvästä hoidosta. Omaisat ovat yleensä tyytyväisiä läheistensä hoitoon. Fyysiset tarpeet tulevat tyydyttyiksi, mutta liikkumisen, ulkoilun ja miellyttävien asioiden nauttimismahdollisuuksien vähäisyyttä kritisoidaan (Isola, Voutilainen, Rautsiala, Muurinen, Backman & Paasivaara 2001; Muurinen ym. 2006; McGivern 2007; Hjaltadóttir & Gústafsdóttir 2007). Amerikkalaiset tutkijat Lawrence Frolik ja Stephanie Gallo



(2003, 43–59) havaitsivat vanhainkotihoidon laatua arvioidessaan, että hoidon laadun tiedostamiseen vaikuttaa asiakkaan ja omaisen koulutus. Lisäksi osa asukkaista ja omaisista kyllä tunnisti hoidon huonon laadun, mutta ei halunnut tuoda sitä julki. Pelkona oli, että kritiikki huonontaisi tai päättäisi vanhuksen hoidon. Maas ym. (2008) havaitsivat, että omaisen mukanaolo vanhuksensa hoidossa paransi hoitoa ja vähensi hoidon laiminlyöntejä.

Yhteistyötä omaisten kanssa on kuvattu tärkeäksi useissa kansallisissa (esim. Muurinen ym. 2006) ja kansainvälisissä tutkimuksissa (esim. Hertzberg & Ekman 1996, 220–211; Hertzberg, Ekman & Axelsson 2003, 431–441). Ruotsalaiset tutkijat (Hertzberg & Ekman 1996) havaitsivat, etteivät omaiset tienneet, mitä he voisivat laitoksessa tehdä. Omaisten suhteet henkilökuntaan olivat pintapuolisia ja käytännöllisiä, eikä omaisten kritiikille ollut sijaa. Uudemmassa tutkimuksessaan samat tutkijat (Hertzberg, Ekman & Axelsson 2003) huomasivat henkilökunnan ja omaisten välisen yhteistyön kehittyneen. Hoitohenkilökunta piti omaisia enimmäkseen hoidon voimavarana, tosin vaativina. Yhteistyön onnistuminen riippui pitkälti luottamuksellisen suhteen syntymisestä sekä vuorovaikutuksen onnistumisesta omaisten ja hoitavan henkilökunnan välillä. Mitä luottamuksellisempi suhde, sitä paremmin omainen sitoutui myös läheisensä hoitoon ja oli todellinen voimavara.

Hoidon laatua on arvioitu myös aktiviteettien ja toimintakyvyn avulla (Alexopoulos, Abrams, Young & Shamoian 1988; Noro 2005). Jyrki Jyrkämä (1997) totesi vanhainkotitutkimuksessaan, että yksinäisyys, pitkästyminen ja avuttomuuden tunne leimasivat pitkäaikaishoidon asiakkaiden arkea. Useassa tutkimuksessa onkin todettu, etteivät pelkkä fyysinen perushoito, puhtaus, vaatteet ja ruoka riitä elämän merkitykseksi (Bergman-Evans 2004, 27–34; Muurinen ym. 2006; Maas ym. 2008; Bowers 2009). Pia Vähäkangas (2010) totesi vanhusten pitkäaikaishoidon tutkimuksessaan, että päivittäinen toimintakykyä edistävä toiminta vähensi vuoteeseen hoidettavien määrää, lisäsi asiakkaiden sosiaalista osallistumista ja heidän saamaansa välitöntä hoitoaika. Amerikkalaiset Bates-Jensen ym. (Bates-Jensen, Alessi, Cadogan, Levy-Storms, Jorge, Yoshii, Al-Samarrai & Schnelle 2004, 260–272) tutkivat 15 vanhainkodissa eri menetelmillä, millaisia aktiviteetteja asukkailla oli ja miten paljon. Neljäsosa vanhuksista sai monella tavalla aktivoivaa hoitoa, mutta iso osa

heistä vietti aikaa vuoteessa vähintään 17 tuntia vuorokaudessa. Päivällä nukkuminen vähensi vanhusten sosiaalisia suhteita sekä heille annetun ruoan ja juoman määrää.

Päivi Topo ym. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007) tutkivat havainnoimalla dementiahoidon laatua ympäri-vuorokautisessa hoivassa. Tulokset osoittivat asiakkaiden voivan keskimäärin kohtuullisen hyvin. Vanhuksen hyvinvointi oli sitä matalampi, mitä vaikeammasta muistiongelmasta oli kyse. Hoivayksiköiden välillä oli suuria eroja asiakkaiden tarpeisiin vastaamisessa. Erityisesti vaikeasti dementoituneiden vanhusten arki koostui pääasiassa istuskelusta. Poikkeuksena olivat toimenpiteet, joilla henkilökunta vastasi heidän fyysisiin tarpeisiinsa.

Hoidon laadun ja tuotannollisen tehokkuuden välistä yhteyttä tutkinut Juha Laine (2005) huomasi, että laitoshoidon yksiköissä tuotannollinen tehokkuus, hoidon laatu ja asiakkaille annettavan hoidon määrä poikkesivat toisistaan merkittävästi. Hoidon laadulla oli yhteys myös kustannuskehitykseen: haitalliset hoitotulokset saattoivat nostaa kustannuksia. Huono laatu oli yhteydessä sekä korkeisiin kustannuksiin että korkeaan tekniseen tehokkuuteen. Eroja selittivät yksikön työvoiman käyttö ja toiminnan resurssointi. Henkilöstön riittävyys, henkilöstörakenne, jaksaminen ja ammattitaito onkin todettu tärkeiksi hoitotyön ja hoivan laadulle (Muurinen 2003; McGivern 2007; Räikkönen, Perälä & Kahanpää 2007; Topo ym. 2007; Trinkoff ym. 2011).

Ympärivuorokautisen hoivan eri toimintamuotoja on verrattu myös keskenään. Anja Noron (2005) selvityksessä todettiin vanhainkotien ja terveyskeskussairaalan hoidon laadussa suuria eroja eri yksiköiden kesken, mutta kumpikaan laitostyyppi ei yksiselitteisesti osoittautunut paremmaksi. Käytettyjen laatuindikaattoreiden (RAI-järjestelmä) arvot vaihtelivat eniten palvelutaloissa. Kokonaisuudessaan laitoshoidon laatu osoittautui varsin hyväksi.

Sosiaalitoimen hoivapalveluista validoiduilla mittareilla tehty laadun tutkimus on erittäin vähäistä. Timo Sinervo kolleegoineen (Sinervo ym. 2010, 55–64) tutki sekä julkisen että yksityisen tehostetun palveluasumisen asiakasrakennetta ja hoidon laatua RAI-instrumentilla 134 palveluyksikössä. Kunnallisten, järjestöjen ja yritysten omistamien

palvelutaloyksikköjen asiakkaiden toimintakyky oli keskenään erilaista. Yritysten ja järjestöjen yksiköt tarjosivat pääasiassa muistisairaiden asu- mista ja hoitoa. Kunnallisissa yksiköissä asiakkaat olivat usein moni- sairaita, ja he tarvitsivat enemmän sairaanhoitoa. Näissä yksiköissä oli myös muistisairaita. Hoidon laadun osalta tulokset olivat erilaisia riip- puen mitattavasta teknisestä laatutekijästä. Esimerkiksi kunnallisissa palvelutaloissa suurella osalla asiakkaita oli käytössä useampia lääkkeitä kuin yksityisellä puolella. Toisaalta järjestöjen yksiköissä käytettiin muita yksikköjä useammin rauhoittavia ja unilääkkeitä. Kunnallisissa palvelu- taloissa oli paremmin käytössä liikkumisen apuvälineitä. Hoitamaton- kipua ja alavireistä mielialaa oli kunnallisissa yksiköissä muita enemmän.

Myös vanhusten terveydenhoidon laadusta on vähän tutkimuksia, vaikka huono terveydenhoito haavoittaa eniten juuri huonosta tervey- destä kärsiviä hauraita vanhuksia. Tom Fahey ym. (Fahey, Montgome- ry, Barnes & Protheroe 2003) arvioivat jo vuonna 2003, että iäkkäiden henkilöiden terveydenhoidon laadussa oli todettu puutteita. Paremmin koordinoitu hoito voisi vähentää tarpeetonta tai haitallista lääkehoitoa sekä edistää hyödyllisen lääkehoidon käyttöä ja pitkäaikaissairauksien hyvää hoitoa. Useat maat ovatkin laatineet hyvän hoidon suosituksia. Suomessa vanhusten laitoshoidon laadun parantamisessa tärkeimmäksi tekijäksi nähdään lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan hyvä geriatri- nen osaaminen, ei henkilöstömäärän lisääminen (Kivelä 2006). Pitkäaikais- hoidon sairaanhoitajilta toivotaan enemmän pitkäaikaissairauksien hoi- don osaamista sekä lääkäri- ja hoitotyön keskinäisen työnjaon kehittä- mistä. Hoivassa lääketieteellisiä keinoja voidaan käyttää hoitoihin, joilla ei ole lääketieteen ensisijaisia tavoitteita. Usein hoitajan läsnäolo voi olla vaikuttavampi.

Vanhusten hoidon laadusta kokonaisuutena on esitetty kansallisen ja kansainvälisen tason arviointeja. Syksyllä 2009 julkaistiin oikeusasias- miehen kooste lääninhallituksille tehdyistä vanhuspalvelujen kanteluista. Muun muassa vanhusten ravitsemustilassa, hygienian hoidossa ja ulkoi- lumahdollisuuksissa todettiin puutteita. Vanhusten ravitsemus on todet- tu tärkeäksi elämänlaadun tekijäksi (Hakala 2002, 8–99). Vanhuksen painon lasku voi johtua myös kehon toiminnan väijäämättömistä muu- toksista. Esimerkiksi dementoitunut vanhus laihtuu, eikä syynä ole huo- no hoito vaan luonnollinen kuituminen. Myös huono suun terveys voi

hankaloittaa syömistä (Hiltunen 2009, 3551–3554). Edelleen oikeus-  
asiamies (2010) kuitenkin huomauttaa, että yksinomaan kantelujen pe-  
rusteella ei voi tehdä kattavaa arviota ympärivuorokautisessa hoidossa  
olevien vanhusten hoidon laadusta. Laatuongelmien syyksi on esitetty  
muun muassa hoitajien alimitoitettua määrää.

OECD:n (2005) kansainvälisessä vertailussa vanhusten hoidon laatu  
vaihteli eri maiden kesken ja myös maiden sisällä. Palvelut eivät vastan-  
neet asiakkaan ja hänen läheisensä toiveita. Laitoshoidossa palveluiden  
tarkoituksenmukaisuudessa, yksityisyyden turvaamisessa sekä kivun ja  
masennuksen hoidossa oli puutteita. Vanhusten asuintilojen koko vaihteli  
suuresti yhden hengen huoneesta useamman hengen huoneeseen.

### **3.3 Johtamisen laatu**

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen ja siten myös johtaminen ovat  
haasteellisia sosiaalipoliittisten tekijöiden, lakivelvoitteiden, väestön,  
veronmaksajien ja asiakkaiden ristipaineissa. Hyvinvointiyhteiskunta  
merkitsee jatkuvaa yhteiskunnan kulttuurista muutosta, joten myös sillä  
voi nähdä vaikutusta johtamisen laatuun. Sosiaali- ja terveyspalvelujen  
johtamisen on todettu vaativan asiantuntijuuden vuoksi diplomatiaa ja  
ihmistuntemusta huomattavasti enemmän kuin tavalliset organisaatiot.  
Lisäksi valtasuhteiden merkitys hierarkkisissa asiantuntijaverkostoissa ja  
linjaorganisaatioissa on havaittu. Valta on keskeisessä asemassa organisaation  
toiminnassa ja päätöksenteossa, vaikka sitä ei juuri tuodakaan esille.  
Uusimmissa johtamismalleissa johdon rooli nähdään valmentajana ja  
mentorina. (Kuittinen 2006, 176.) Ammattien sisäinen ja eri ammattien  
välinen hierarkkisuus ovat silti edelleen olemassa. Useiden eri ammattiryhmien  
vuoksi organisaatiossa on lähes jokaisella ammattiryhmällä oma  
esimies ja siten monenlaista johtamistapaa ja -kulttuuria koko organisaation  
johtamiskulttuurin rinnalla. Myös vahva lainsäädäntö ja erilaiset  
säännöt ylläpitävät hierarkkisuutta. Maamme sosiaali- ja terveydenhuollon  
toimintaa on kuvattu sekä byrokraattiseksi että professionaaliseksi mutta myös  
näiden yhdistelmäksi. (Kuusela & Kuittinen 2008, 153.)

Ikääntyneiden palvelujen tuottamisessa johtamisen merkitys ja  
koulutustarve on tiedostettu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; 2011;

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 25–26). Pyrkimys kohti korkeampaa koulutusta on ollut kasvussa. Lähijohtajien ja myös keskijohdon kelpoisuudet sosiaali- ja terveyssektorilla ovat pitkälti samat kuin alan työntekijöiden kelpoisuusvaatimukset. Ylimmäältä johdolta vaaditaan ylempi korkeakoulututkinto. Sosiaalialalla johtajaksi edetään tyypillisesti työkokemuksen kautta ilman erityistä johtamiskoulutusta. Keskijohtoon kuuluvien johtajien kelpoisuudet noudattavat lähes täysin lähijohtajien kelpoisuuksia, joten substanssiosaaminen painottuu. Sosiaalihuollon johtajista 81 prosenttia on suorittanut korkeakoulututkinnon, joista ammattikorkeakoulututkinnon tai vastaavan tutkinnon suorittaneita on 12 prosenttia. Johtajista 14 prosentilla on opistoasteen tutkinto ja 5 prosentilla ammatillisen toisen asteen tutkinto.

Ikääntyneiden palvelujen tuottamisessa ja johtamisessa organisaatiokulttuuri on todettu merkittäväksi. Se ohjaa toimintaa, valintoja ja päätöksentekoa näkyvänä, tiedostettuna tai tiedostamattomana ja määrittää, miten organisaatiossa toimitaan ja ajatellaan; kulttuuri on organisaation oma identiteetti heijastuen nykyhetkeen ja tulevaan. (Huhtala & Laakso 2007, 14.) Organisaatiokulttuurin on todettu vaikuttavan työntekijöiden työtyytyväisyyteen, työhyvinvointiin sekä organisaation menestykseen (esim. Casida & Pinto-Zipp 2008, 7,14). Johtajan on todettu toimivan kulttuurin muokkaajana (Kane-Urrabazo 2006, 189–194). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että johtajan puheiden ja tekojen tulisi vastata toisiaan. Organisaatiossa asenteet, arvot ja käyttäytyminen alkavat johtamisesta ja ulottuvat kaikille organisaation tasoille (Hill & Cox 2009).

Terveydenhuollon johtamistutkimuksia on tehty johtajan eri johtamisrooleista ja -tyyleistä sekä terveydenhuollon rakenteista. Sosiaalipalvelujen johtamisesta on vähemmän tutkimuksia kuin terveydenhuollon johtamisesta. Näiden kahden palvelujärjestelmän samanaikainen tutkimus on vähäistä. Vähän on arvioitu myös ammattityön ja sen johtamisen yhteyksiä asiakkaan kokemaan elämänlaatuun, ja pitkittäistutkimus puuttuu kokonaan.

Suomalaisten sairaaloiden, terveyskeskusten ja hoitolaitosten johtamista tutkineet Ari Heiskanen ja Antti Niemi (2010) toteavat, että puolet niistä on huonosti johdettuja. Johto ja henkilökunta ovat erkaantuneet toisistaan, ja arki toimii huonosti – perustehtävä ja strategia ovat kadoksissa. Johdon ja työntekijöiden käsitykset poikkeavat toisistaan merkittävästi, mikä todentuu, kun johto heittää ”norsunluutornistaan”

uudistuksiaan ilman, että henkilökunta on kehittämisessä mukana (myös Viitala 2007, 277). Myös Mirja Tuomiranta ym. (Tuomiranta, Poutanen, Silvennoinen-Nuora & Hemminki 2008) toteavat tutkimuksessaan, että terveydenhuollon työntekijät kokevat omat vaikuttamismahdollisuutensa toiminnan suunnitteluun huonoksi. Johto ja työntekijät ovat erillään, ja luotto poliittiseen johtoon on huono. Myös laadun arviointi on eriytynyt ja siirtynyt hallinnolliseksi rutiiniksi, jolla on vain löyhä sidos itse perustehtävään (Parviainen 2009, 210–210). Tämä sama kritiikki on kohdistunut myös hoitotyön johtamiseen.

Lääkäriyön johtamista on tutkittu Suomessa vähän. Jari Vuori (2005) havaitsi lääkärijohtajien vahvan asiantuntijaohjauksen mutta heikommien ihmisten ja yhteistyön johtamisen. Juha Virtanen ja Anne Kovalainen (2006) havaitsivat, että lääkärin ja hoitajien linjaorganisaatiot toimivat erillään, niiden välinen tiedonkulku oli puutteellista ja keskinäinen valtataistelu ilmeistä.

Tiina Tampsi-Jarvala, Elina Viitanen ja Juhani Lehto (2005) tutkivat keskijohdon johtamiskäsityksiä sosiaali- ja terveystoimessa. Esimiehet arvioivat itsensä vuorovaikutustaitoisiksi, henkilöstöään kannustaviksi ja kuunteleviksi. He arvostivat henkilöstöjohtamisen työtään ja kokivat voivansa vaikuttaa sekä organisaation että omaan toimintaan. Terveystoimen johtajia huolestutti henkilöstön saatavuus ja hyvinvointi, kun taas sosiaalijohtajia taloudelliset tekijät. Terveystoimien ylläpitojohtajat tekivät lähes puolet työajastaan kliinistä työtä, sosiaalijohtajista kymmenen prosenttia.

Tyytymättömyys johtamiseen on lisääntynyt sosiaalihuollon kaikilla toiminta-alueilla, varsinkin kotipalvelussa. Lähiesimiehen johtamistapaan ollaan edelleen tyytyväisempiä kuin koko organisaation johtamiseen. (Sosiaali- ja terveystoimien ministeriö 2009, 25–26.) Sinervon ym. (2010, 72–74) tutkimuksessa ympärivuorokautisen hoivan johtamista henkilöstö piti sängen oikeudenmukaisena.

Pitkäaikaishoidossa työnjohdollisten tukitoimilla on todettu vaikutuksia työntekijöiden voimavaroihin, oman osaamisen ja hoidon laadun arvostamiseen. Työntekijät, joiden mielestä työyksikön henkilöstömäärä ja työnjohdollinen tuki ovat riittämättömät, pitävät ammattitaitoaan ja hoidon laatua huonona. Myönteisiä kokemuksia vahvistava, luotettava, kuunteleva, työntekijöidensä tarpeita ymmärtävä ja tunneälyä omaava

esimies edistää tutkimusten mukaan henkilökunnan työtyytyväisyyttä, yhteistyökykyä ja jaksamista. Tämä näkyy myös asiakkaiden myönteisenä palautteena. Tietynlainen pragmaattisuus on säilynyt: työntekijät arvostavat esimiehensä työkokemusta ja käyttäytymistä jopa enemmän kuin esimies itse. (Stordeur ym. 2003; Cumming, Hayduk & Estabrooks 2005, 2–12; Sellgren 2006, 348–355; Räikkönen ym. 2007; Finlayson, Aiken & Nakarada-Kordic 2007; Sinervo ym. 2010.)

Ammatillisen hoidon laadun yhteydessä totesin, että hoitotyöntekijöiden kuormittumisella on yhteys heikentyneeseen hoidon laatuun (esim. Schnelle ym. 2004; Finlayson ym. 2007). Tähän liittyen Laura Pekkari (2007) totesi tutkimuksessaan, että työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet työhönsä, omien kykyjen käyttö ja johdon oikeudenmukaiset päätöksentekotavat paransivat työntekijöiden selviytymistä hoitotyössä. Hoitotyöntekijöiden hyvät vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet vähensivät myös vanhusten liikkumisen rajoittamista sekä antipsykoottien, rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöä. Hyvää palautetta antaneiden asiakkaiden elämänlaatu oli hyvä. Trinkoff ym. (2011, 1–8) puolestaan totesivat tutkimuksessaan, että hoitajien työvuorosuunnittelulla ja työnjaolla oli yhteyttä jopa potilaiden sairastuvuuteen. Pitkät työvuorot altistivat hoidossa tapahtuneille virhearvioinneille. Sairaanhoidtajien työtehtävät ja niihin kohdistuvat paineet on todettu samanlaisiksi riippumatta siitä, minkälainen on järjestelmän rakenne. Kunta-alan työntekijöiden hyvinvoinnissa on keskinäisiä eroja. Sosiaalialalla henkilöstön vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ovat hieman paremmat kuin terveydenhuollossa. Vanhainkotien henkilökunta kokee mahdollisuutensa melko vähäisiksi. (Laine ym. 2006; Finlayson ym. 2007; Nakari & Sjöblom 2009; Sinervo ym. 2010.)

Julkisjohtaminen on lisännyt sosiaalialan johtajien paineita parempaan talous- ja kustannustehokkuuteen (Kinnunen 2007; Watson & West 2008, 302–318). Puutteita löytyy moniosaamisen ja palvelujen johtamisessa. Sosiaalialan johtajien taidot hallita ja johtaa yhteiskunnallisia muutoksia sekä kyky vastata muutosvaateisiin innovatiivisesti ja tulevaisuuteen suuntautuvasti on heikkoa. (Hopkins & Hyde 2002, 1–15; Watson 2008, 318–333.) Vanhuspalvelujen ylimmän johdon ja päättävässä asemassa olevien poliitikkojen näkemykset voivat poiketa toisistaan merkittävästi. Ruotsalaistutkimuksessa sen havaittiin olevan mahdollisesti

jopa yhtenä syynä alan huonoon vetovoimaan (Henriksen & Rosenqvist 2003, 27–35).

Kansainvälisessä Care Keys -projektissa (Pieper, Sixsmith & Frommelt 2008, 255–280) suomalainen vanhuspalvelujen johtaminen sai kokonaisuutena hyvät arvioinnit. Tutkijat pitivät tulosta hieman yllättävänä, sillä johtaminen on Suomessa pitkälle professio- ja lääketiedevetoista sekä sisältää siksi sangen kovia arvoja. Toisaalta järjestelmässä on myös pehmeämpiä arvoja, kuten oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus.

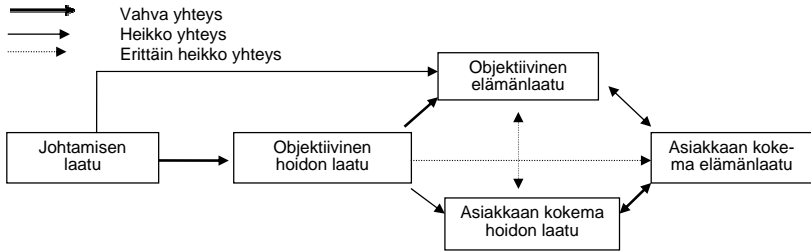
### Asiakkaan elämänlaadun, hoidon laadun ja johtamisen laadun yhdistäminen tutkimuksissa

Vanhusten elämänlaatua on tutkittu vähän yhdistämällä ympärivuorokautisen hoivan asiakkaan, ammattityön ja johtamisen näkökulmat. Care Keys -projektissa (Vaarama 2006, 4–5) syntyi kolmikantainen laadun tarkastelumalli, jossa laatujohtaminen havainnollistui myös hoivan tuottamisessa. Malli tarkastelee laatua kokonaisvaltaisesti asiakkaan, ammattityön ja johtamisen ulottuvuudesta sekä yhdistää siihen lisäksi rakenne-, prosessi- ja tulostekijät Avedis Donabedianin (1988, 1743–1748; ks. myös Telaranta 1999, 229–230) mallin mukaan. Malli implikoituu elämänlaadun käsitejärjestelmään ja myös tähän tutkimukseeni.

Care Keys -tutkimus (Saks ym. 2008, 196–216; Vaarama & Tiit 2008, 169–195) osoitti, että kotihoidon ja laitoshoidon johtaminen olivat yhteydessä hoidon laatuun ja asiakkaan kokemaan elämänlaatuun. Laitoshoidon asiakkaiden elämänlaatuun vaikuttivat aiemmat elämäntapahtumat, nykyinen asuinympäristö (esimerkiksi ulospääsy, huoneiden siisteys ja hyvä huoneilma) sekä saadun hoivan vastaavuus omiin tarpeisiin. Asiakkaiden subjektiivinen arvio hoidon laadusta kertoi tyytyväisyydestä hoitoon sekä henkilökunnan toimintaan. Hoitotyytyväisyyteen vaikuttivat hoidon laadun objektiivisen arvioinnin mukaan hoitotyön dokumentoinnin laatu ja hoitotyön kliiniset tulokset. Mukana olleista viidestä EU-maasta asiakaslaadussa parhaiten pärjasi sosiokulttuurisesti vahva Iso-Britannia. Kirjaamisen laatu oli puutteellisuksineenkin parasta Suomessa ja Ruotsissa. Hoitotyön kirjaaminen oli hoidon laadun determinantti, ja sille löytyi selkeä yhteys myös asiakkaiden elämänlaatuun. Suomalainen johtaminen oli puutteistaan huolimatta parasta. Kuviolla



3 esitän tutkimusten yhteenvedona, mikä merkitys hoidon ja johtamisen laadulla on asiakkaan kokemaan elämänlaatuun.



Pieper, Heislbetz & Frommelt 2008, 254

Kuvio 3. Hoivan laadun vaikutukset vanhusten laitoshoidossa. Care Keys -tutkimus.

Tutkimukset kuvaavat asiakkaan, ammattityön ja johtamisen laatua moniulotteiseksi. Ei siis ole yhdentekevää, millaisella laadulla ja johtamisella ammattityö toteutetaan, kun tavoitteena on asiakkaan hyvä elämänlaatu. Organisaatiota johdetaan niin, että laatu näkyy toiminnassa ja tuloksissa.

## 4 Elämänlaatu teoreettisena viitekehystenä

### 4.1 Hyvinvointi elämänlaadun lähikäsitteenä

Sosiaalipoliittisesti merkittävässä hyvinvoinnin ja elämänlaadun määrittelyssä lähtökohtanaani ovat eettiset, käsitteelliset ja filosofiset kysymykset. Subjektiiivinen elämänlaatu ja hyvinvointi limittyvät, saavat hyvin samantaisia sisältöjä, mutta ovat käsitteinä erillisiä. Hyvinvointia voi tarkastella sosiaalisesta, psykologisesta ja subjektiivisesta näkökulmasta ja mitata objektiivisena hyvinvointina (*welfare*) tai subjektiivisena hyvinvoinnin tunteena (*well-being*). (Bowling 2005, 16–17; Vaarama & Ollila 2008, 17.)

Ikääntyneiden hyvinvoinnin määrittelyssä lähdetään ikääntyneen hyvästä elämästä. Hedonistisesti tarkasteltuna se määrittyy yksilön positiivisen kokemuksen, mielihyvän ja onnen tunteista. Hyvän käsittemäärittelyissä, painotuksissa sekä tulkinnoissa näkyvät yhteiskunnalliset, ajalliset, kulttuuriset ja yksilölliset tekijät. Tällöin hyvinvointi on sitä, mitä on ihmisen hyvä (subjektiiivinen tunne) tai mikä on hänelle hyväksi (objektiiivinen voimavara). Hyvinvointi, onnellisuus ja tyytyväisyys elämään saavat arjessa samoja piirteitä. Omakohtainen hyvinvointi on sekä mielentilaa että käytännöllisyyttä: yksilö tietää, mitä hänen hyvinvointinsa on, eikä vain miltä se näyttää. Oma arvio omasta elämästä ja sen hyvydestä, positiivisista kokemuksista tai kielteisten kokemusten vähäisyydestä mahdollistaa myös vertaamisen toisten ihmisten tilanteeseen. Itsetunto, käsitys omasta itsestä sekä itsemääräämisoikeus vahvistavat vanhuksen tyytyväisyyttä elämäänsä ja itseensä, luovat onnellisuutta, nautintoja sekä arvostuksen kokemuksia. Myös terveyttä pidetään yleisesti tärkeänä onnellisuuden ja tyytyväisyyden osatekijänä. (Allardt 1976, 16–17, 35–38; Frytak 2000, 200–236; Heikkilä & Kautto 2000; Bowling 2005, 17–20, 17; Huusko & Pitkälä 2006, 11; myös Lönnqvist 2008.)

Iäkkäällä ihmisellä kehon, mielen ja ihmissuhteiden haavoittuvuus voi johtaa hänen oikeuksiensa heikompaan toteutumiseen. Vanhus voi tehdä valintoja ja päätöksiä miellyttääkseen muita tai toteuttaakseen heidän tahtoaan. (Randers & Mattiasson 2004, 66; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 42–43.) Ympäri vuorokautisessa hoivassa vanhuksen itsemääräämisoikeutta rajoitetaan joskus hoidon turvallisuuden vuoksi, ja hän voi luopua omalla päätöksellään osittain omasta itsemääräämis-

oikeudestaan (ETENE 2008, 15–16). Myös heikot taloudelliset tekijät voivat huonontaa vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumista (Rodgers & Neville 2007).

Määrittelyissä on myös kovempia arvoja. Erik Allardt (1976, 16–33, 134) kuvaa yksilöllistä tarpeentyydytystä, joka muodostuu elintason (*having*), ihmissuhteiden (*loving*) ja itsensä toteuttamisen (*being*) kautta. Yksilön käytettävissä olevat voimavarat eivät pelkästään ratkaise hänen hyvinvointiaan, vaan mitä hän saa niillä aikaiseksi: se mikä on yhdelle hyvinvointia, ei ole välttämättä toiselle (hyvinvoinnin paradoksi) (Bowling 2005, 10–12). Aleksi Neuvonen ja Roope Mokka (2006, 51) määrittelevätkin hyvinvoinnin ihmisen luottamukseksi siihen, että hän on oman elämänsä tekijä. Tällöin hyvinvointi muodostuu synteensä hänen toimijuudestaan sekä lähiyhteisön ja palvelujärjestelmän antamasta tuesta. Hyvinvointipalvelujen perimmäisin tavoite on asiakkaan hyvinvointi. Vanhuspalveluissa tavoitellaan ihmisten hyvinvointia ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä.

Powel Lawton (1983) määrittelee hyvinvointia neljänä ulottuvuutena: psyykinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu, kompetentti käyttäytyminen ja objektiivisen ympäristön soveltuvuus yksilön toimintakyvylle. Ikääntyvällä ihmisellä psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttaa esimerkiksi elämänasenne. Koettu elämänlaatu muodostuu ikääntyneiden subjektiivisina kokemuksina perheestä, ystäväistä, toiminnasta, taloudellisesta tilanteesta ja asumisesta. Kompetentti käyttäytyminen tarkoittaa ikääntyneen hyvää toimintakykyä ja terveyttä, elämäkokemuksen kartuttamaa tietotaitoa sekä kykyä vuorovaikutukseen ja erilaisiin ihmissuhteisiin. Hyvä ympäristö tukee ikääntyneen toimintakykyä.

Samansuuntaisesti David Felce ja Jonathan Perry (1997, 56–71) koovat hyvinvointitekijät viiteen yksilön hyvinvointia jokapäiväisessä elämässä kuvaavaan kategoriaan ja niiden sisällöllisiin alaluokkiin: 1. fyysinen hyvinvointi: terveys, liikkumiskyky ja turvallisuus, 2. aineellinen hyvinvointi: asuminen ja taloudenhoitoon liittyvät tekijät, 3. sosiaalinen hyvinvointi: erilaiset ihmissuhteet ja osallistuminen, 4. emotionaalinen hyvinvointi: itsensä toteuttaminen, mielenterveys, stressi ja itsetunto ja 5. tuottava, luova hyvinvointi: kompetenssi ja sen ylläpito, riippumattomuus, valinnat ja tuotteliaisuus. Yksilö voi arvioida hyvinvointiaan objektiivisesti (elinolot) ja subjektiivisesti (henkilökohtainen tyytyväisyys).

Ikääntyneen arjessa hyvinvointi ilmenee itsenäisenä, turvallisenä, terveellisenä ja sosiaalisena selviytymisenä omassa asuin-, elin- ja palveluympäristössään (Perttilä, Orre, Koskinen, Rimpelä 2004, 18; Allen 2008). Ikääntyneelle hänen aito arvostamisensa on tärkein hyvinvoinnin tekijä. Hyvä ja turvallinen asuminen, ihmissuhteet sekä oikea-aikainen hoiva, isovanhemmuus, aktiivinen toiminta, liikunta, elinikäinen oppiminen, uskonto, vapaaehtoistyö sekä henkisen jaksamisen tuki lisäävät hyvinvointia. Sitä vähentävät hoidon ja hoivan puute, mielenterveysongelmat, yksinäisyys, huono sosioekonominen tilanne, päihteet, kaltoin kohtelu ja väkivalta. Muuttuvat perherakenteet kasvattavat jatkuvasti yksin elävien ja yksinäisten ikääntyneiden määrää. (Allen 2008, 31–32, 34–36.)

Hyvinvoinnin vastakohtana Jeja-Pekka Roos (1994, 187–192) pitää kurjuutta ja turvattomuutta, jotka voivat olla pientä tai suurta, mutta ikääntyneen yksilön tulevaisuudelle aina merkittäviä. Hyvinkin iäkkäät henkilöt suhtautuvat tulevaan optimistisesti, jos he kokevat oman elämänsä vielä elämisen arvoiseksi (Read 2008, 239). He kykenevät nuorempien tapaan muokkaamaan odotuksiaan, vaikka pelkäävät ikävien tapahtumien sattumista. Optimismia ja samalla jonkinasteista riskien aliarviointia kuvaa se, että ikääntyneet ihmiset pitävät omaa elämäänsä nuorempien elämän kaltaisena tai jopa parempana sekä myönteisempänä kuin mitä heidän lääkärinsä sitä pitävät. (Bowling 2005, 25.) Yhteiskunta ei kuitenkaan arvosta vanhan ihmisen tulevaisuutta, sillä palvelujärjestelmä ei tue vanhuksen pärjäämistä kokonaisuutena (Neuvonen & Mokka 2006, 51; Allen 2008). Kyse on pitkälti arjen sujuvuudesta. Erik Allardt (1983, 81) toteaaakin, että kaikki mikä on suurta ja tärkeää, tapahtuu ihmisten arjessa.

## Hyvinvointi ja hoiva

Allardtin (1976) käsitteet toimivat myös ympärivuorokautisessa hoi-vassa. Hyvä, kodikas ja terveellinen asuminen (asuinympäristö), riittävä perushoito, terveys, hyvä ruoka sekä hoivan jatkuvuus toteuttavat *having*-ajattelua. Tähän liittyy ajatus kodista tai kodin tuntu, jotka luovat yksilölle erilaisia tunteita, myös omasta itsestä. Kotona voi pukeutua haluamallaan tavalla, ja siellä ovat tutut tavarat sekä elämän merkit. Ne voivat paikata nykyhetken puutteita, sillä niiden avulla voi palata johon-

kin aiempaan hyvinvointinsa tilaan. (Vilkko 2000, 214; Marin 2006, 147–148.) *Loving*-malliin liittyvät vanhuksen ihmissuhteet henkilökuntaan, omaisiin, ystäviin ja muihin asukkaisiin. Sosiaaliset suhteet tuottavat emotionaalista hyvää ja käytännön tukea. Petri Kinnunen (1998, 3) yhdistää sosiaalisen tuen toimintakäytäntöihin, joiden kautta yksilö itse, hänen lähiyhteisönsä sekä auttajatahot pyrkivät turvaamaan yksilön hyvinvointia. *Being*-tarpeentyydytys sisältää arjen mielekkäät askareet ja aktiviteetit, vapauden toimia ja valita, aiemman elämäntyylin mahdollistamisen sekä arvostamisen. Mahdollisuus saada tehdä jotain on itsensä toteuttamisen edellytys. Sen vastakohtaksi Erik Allardt (1976, 45–49) nimeää vieraantumisen, jos ihminen ei itse voi vaikuttaa omaan tekemiseensä tai elämäänsä. Tyytyväisyys omiin vaikuttamismahdollisuuksiin, elämänrytmiin ja sisältöön vahvistaa tyytyväisyyden kokemusta (Atchley 2000, 2–22; Sixsmith 2008, 220–221).

Hoivan arjessa tarvitaan toisiaan täydentävät käsitteet tarve ja tavoite. Tarve on objektiivinen ja mitattavissa oleva, ja tavoite puolestaan subjektiivinen. Pitkäaikaishoivassa asiakas ei aina kykene kertomaan tarpeistaan, jolloin esittämättömät tarpeet ja subjektiiviset tavoitteet eivät tule esille tai ne mitätöidään, eikä niihin vastata vanhuksen hyvän mukaisesti. Tarpeen käsitettä Allardt (1976, 36) korvaa myös hyvinvoinnin käsitteellä resurssi, koska tyydytetyt tarpeet voivat myös toimia resursseina. Tätä soveltaen hoiva, joka kykenee tyydyttämään ikääntyneen asiakkaan tarpeet, on tarvevastaavuudeltaan hyvä sekä tuottaa yksilölle hyvinvoinnin kokemuksia ja tyytyväisyyttä. Tarpeen rinnalla pidän tärkeänä niihin liittyviä toiveita ja unelmia.

Mitä on ympärivuorokautisen hoivan asiakkaan tyytyväisyys ja mitä on realistisesti tavoiteltavissa? Harriet Finne-Soveri (1999) ei usko, että nämä kodistaan luopuneet, monisairaavat ja hauraat ikääntyneet ilmaisevat suurta tyytyväisyyttä elämäänsä, saamaansa hoitoon ja tulevaisuuteen. Onko heillä oikeutta osoittaa kielteisiä tunteita niin tuntiessaan? Raili Gothoni (1987, 245) esittääkin tyytyväisyyden tavoitteeksi optimitilannetta, sillä vain positiiviset määritelmät soveltuvat pitkäaikaishoivan tarkasteluun rajallisesti. Keskeisin on pyrkimys arjen harmoniaan, asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen tai toimintakyvyn säilymiseen sekä kipujen ja kärsimyksen lievittämiseen (Kane 1998, 232–237; Finne-Soveri 1999; 2005). Kyse on siis jälleen hyvästä arjesta.

## 4.2 Elämänlaadun käsite

Elämänlaadun tutkimuksia ja määrittelyjä on tehty vuosikymmenten ajan eri tieteenalojen omista lähtökohdista, mutta holistista teoriaa ei ole löytynyt. Eri tieteenalojen elämänlaadun käsitteistä on kuitenkin muodostunut elämänlaadun käsitejärjestelmä, eräänlainen elämänlaadun mallikokoelma. Robert Cummins (2005, 699–706) on pyrkinyt muodostamaan käsitteiden joukosta lakeja, jotka systematisoivat elämänlaatua koskevat empiiriset säännönmukaisuudet. Hänen yrityksensä siirtä teorianmuodostuksen vaiheeseen ei ole kuitenkaan edennyt.

Käsitteiden eroista huolimatta yhteinen ymmärrys on siitä, että elämänlaatu on objektiivista ja subjektiivista, moniulotteista sekä kaikkia ihmisiä koskeva. Objektiivinen elämänlaadun arviointi perustuu ulkoisesti havaittaviin tekijöihin (havaittu elämänlaatu), ja muuttujina ovat tavallisimmin tulotaso sekä myös subjektiivisina mittareina käytetyt terveys ja toimintakyky. Tulotaso voi iäkkäillä olla yhteydessä terveyteen, asumistasoon, ravitsemukseen, vaatetukseen, harrastuksiin ja sosiaaliseen osallistumiseen. Sukupuoli voi vaikuttaa epäsuorasti erityisesti iäkkäiden yksin asuvien naisleskien elämänlaatuun. Sosioekonomisilla tekijöillä on vahva yhteys objektiiviseen hyvinvointiin. Hyvinvoinnin paradoksin mukaisesti toiselle hyvän elämänlaadun tekijä voi olla toiselle huono. (Bowling 2005, 10–12; Huusko & Pitkälä 2006, 9–14; Cummins 2005, 700; Vaarama ym. 2008, 7.)

Elämänlaadun subjektiivisuus (koettu elämänlaatu) on arkisesti sitä, millaisena yksilö kokee hyvän elämänlaadun ja hyvän elämän. Painotus voi vaihdella elämänsä aikana. Subjektiivista elämänlaatua rakentavat elämään tyytyväisyys, psyykinen hyvinvointi, omien yksilöllisten tarpeiden tyydyttyminen, kuva omasta itsestä ja onni. Myös esimerkiksi erilaiset psykologiset tekijät, kuten toivottomuus, pessimismi ja masennus vaikuttavat elämänlaadun kokemiseen. (Allison, Locker & Feine 1997, 221–230; King 2003, 29–42; Bowling 2005, 13–14, 25–28; Vaarama 2009, 119.)

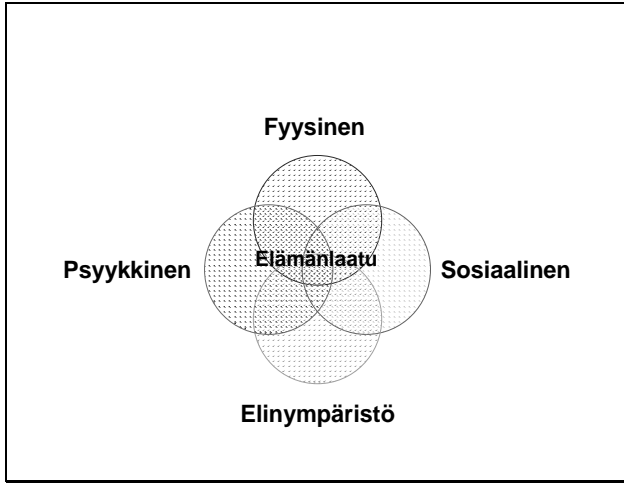
Terveyden vaikutus elämänlaatuun on moniulotteinen, subjektiivinen ja varioiva. Terveydestä riippuva elämänlaatu (health-related quality of life, hrQoL) ilmaistaan jonkin oireen tai haitan puuttumisena suhteessa terveydentilaan. Sitä tarkastellaan emotionaalisena hyvinvointina,

toimintakyknä, ihmissuhteiden laatuna, tyytyväisyytenä saatuun hoitoon tai sen taloudelliseen aspektiin sekä yksilön kokemuksina omasta terveydentilasta ja hyvinvoinnista, seksuaalisuudesta, kehonkuvasta tai intimiteetistä. Terveyteen liittyvä elämänlaatu voidaan määritellä yksilön omasta tai toisen ihmisen subjektiivisesta perspektiivistä tai objektiivisesti. (Cummins 1997, 116–150; Bowling 2001, 16; Frytak 2000, 200–236; Kane 2003, 28–36; Rapley 2003, 26–32; Huusko & Pitkälä 2006, 14–16.)

Ikääntyneiden elämänlaatu on vähäisestä tutkimuksesta johtuen puutteellisesti määritelty (Zimmerman ym. 2005, 133; Pitkälä, Huusko, Savikko & Stranderg 2006, 112; Vaarama ym. 2008, 6). Vielä sangen hyväkuntoisten ikääntyneiden elämänlaatatutkimusta on tehty useimmiten jonkin sairauden tai toimintakyvyn yhteydessä. Erityisen huonokuntoisten vanhusten elämänlaadun tarkastelussa tulee esille sen suhde hoivaan ja hoivan tuottamiseen. Hoivan merkitys elämänlaadulle on eri tutkimuksissa ollut joko suoraa, epäsuoraa tai tekijöiden välille ei ole saatu mitään yhteyttä. (Vaarama & Pieper 2008, 65–102.) Marja Vaaraman ja Richard Pieperin (2008, 13–14) koostamassa hoivasta riippuvan elämänlaadun rakennemallissa hyvinvoinnin tuotanto muodostaa yhdessä Øvretveitin (1998) luoman elämänlaatuajattelun kanssa kokonaisuuden, jossa hoiva on välittävänä tekijänä elämänlaadulle. Mallissa korostuu iäkkäiden ja toisten ihmisten jatkuvaa apua tarvitsevien ihmisten elämänlaadun ja hyvinvoinnin osatekijöiden monimuotoisuus. Toisaalta malli on asenteellinen kuvatessaan automaattisesti riippuvuussuhteen olemassaolon.

Powel Lawton (1991) hyödynsi elämänlaadun määrittelyssä WHO:n vuonna 1948 tekemää mallia, jossa elämänlaatu nähtiin yksilön, yhteiskunnan ja kulttuurin välisenä asiana. Siinä terveys määriteltiin fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Lawton kehitti mallia edelleen jakamalla elämänlaadun neljään itsenäiseen, osin päällekkäin menevään ulottuvuuteen ja sen lisäksi koettuun elämänlaatuun. Vuonna 1998 WHO liitti määrittelyyn ympäristön. Sen mukaan yksilö vertaa omaa tilannettaan omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa, voimavaroihinsa ja ongelmiinsa aikaisemman terveydentilansa ja muiden ominaisuuksiensa perusteella. Siksi terveyteen kohdistuvan uhkan tai sairauden merkitys on yksilöllinen ja vaihtelee eri elämäntilanteissa. Arvioihin vaikuttavat elämän tavoitteet ja käsitteet hoitoon liittyvien toimien seurauksista.

(WHOQOL Group 1996.) Vaaraman ja Pieperin (2008) tekemässä kuviossa (kuvio 4) elämänlaadun moniulotteisessa mallissa on yhdistetty WHO:n ja Lawtonin mallit. Elämänlaadun ulottuvuuksista on enemmän luvussa 4.3.



Vaarama, henkilökohtainen tiedonanto 1.12.2007

Kuvio 4. Elämälaadun ulottuvuudet WHO: n (1998) ja Lawtonin (1991) mukaan (Vaarama & Pieper 2008).

Lawtonin (1991) keskeinen ajatus on, että ikääntyneen yksilön omien valintojen ja toiminnan sekä toisaalta ympäristön edellytysten ja olosuhteiden välillä tulisi vallita tasapaino. Sen mukaan hyvä vanheneminen edellyttää elinympäristön muuntumista vanhenevan ihmisen tarpeisiin. Vanhan ihmisen muutto omasta kodista laitokseen, laitoksesta toiseen tai sen sisällä tapahtuvat huoneen vaihdot muuttavat siten myös vanhuksen ja ympäristön välistä suhdetta.

Felce ja Perry (1995, 55) kuvaavat elämänlaatua ja sen muotoutumista Lawtonin mallin kanssa samansuuntaisesti neljän käsitellin avulla, joissa näkyvät elämänlaadun moniulotteisuus ja muokkaantuvuus. Mallin ensimmäisessä osassa ihmisen elämän ulkopuoliset tekijät määrittävät elämänlaatua enemmän kuin omakohtainen kokemus, jota on vasta vähän. Elämänlaatu ja ihmisen henkilökohtainen tyytyväisyys omaan elä-



mään eivät kohtaa. Toisessa mallissa elämisen pohjana ovat edelleen ulkoiset tekijät, mutta elämänlaatu on jo yksilön omaa kokemusta omasta elämästä. Kolmannessa mallissa elämän arki ja henkilökohtainen tyytyväisyys muodostavat yhdessä elämänlaadun käsitteen. Neljäs malli pohjaa edelliseen, mutta siinä yksilö lisäksi arvottaa ja painottaa elämänlaatuun omien tavoitteidensa mukaisesti. Myös Robert Cummins (2005, 699–706) näkee, että elämänlaatuun vaikuttavat yksilön tarpeet, subjektiivinen hyvinvointi sekä niiden välinen suhde.

Kuten hyvinvoinnin niin myös elämänlaadun kohdalla on syytä kysyä, voiko toinen ihminen arvioida toisen elämänlaatua luotettavasti. Ulkoinen elämänlaatu voi olla muiden mielestä huono, vaikka henkilö itse kokee voivansa hyvin. Tässä nousee esille myös tietoisuuden aste ja asioiden suhteellisuus. Onko vanhus itse tietoinen omasta tilanteestaan ja kuka määrittelee, mikä on hyvää elämänlaatua? Ikääntyneen omaiset, läheiset ja hoivan ammattilaiset arvioivat ikääntyneen elämänlaatua oman ikänsä, taustansa ja arvomaailmansa kautta, jolloin näkemys voi olla hyvinkin erilainen kuin vanhuksen oma ja aito näkemys. Moni heidän elämäänsä liittyvä asia voi jäädä nuoremmilta ymmärtämättä tai muodostua ahdistavaksi, koska ei ole omakohtaista kokemusta vanhuudesta, sen arvomaailmasta ja asioiden tärkeysjärjestyksestä. Vanhus sen sijaan vertaa omaa tilannettaan vertaistensa tilanteeseen. Oma ryhmä voi toimia siten tukena, motivoijana ja esimerkin antajana. (Rapley 2003, 26–32; Huusko & Pitkälä 2006, 11; Heikkinen 2008, 213.)

Yhteenvetona taulukossa 2 ovat yleensä elämänlaadulle ja huonokuntoisten kotona tai laitoksessa asuvien vanhusten elämänlaadulle tärkeäksi osoittautuneet tekijät (Vaarama ym. 2006, 104–132; Vaarama ym. 2008, 8). Luokittelussa huomio kiinnittyy elämän kaventumisen voimakkuuteen, joka todellisuudessa ei kuitenkaan ole kaikilla samanlaista.

Taulukko 2. Elämänlaadulle tärkeitä tekijöitä.

Elämänlaadulle yleisesti tärkeitä tekijöitä	Huonokuntoisten vanhusten elämänlaadulle tärkeitä tekijöitä
Sosioekonomiset tekijät (mm. koulutus, tulot, asumistaso)	Ikä
Yksilötekijät (mm. ikä, terveys, kognitio, tunne-elämään liittyvät asiat)	Sosioekonominen tilanne
Sosiaaliset tekijät (mm. perhe, sosiaaliset verkostot ja suhteet, osallistuminen)	Fyysinen terveys
Elämänmuutokset (mm. traumaattiset tapahtumat)	Psyykkinen terveys
Asuin- ja elinympäristö (mm. yksinasuminen, asunnon turvallisuus, esteettömyys ja varustetaso, lähipalvelujen saavutettavuus, naapurusto, kulkuvälineiden saatavuus)	Sosiaalinen verkosto
Sosiaali- ja terveyspalvelut ja niihin kohdistetut odotukset ja preferenssit	Elinympäristön soveltuvuus
Henkilökohtainen autonomia, valinnan ja kontrollin mahdollisuus	Elämäntyylit ja aktiviteetit
Vapaa-ajan toiminta, liikunta ym. harrastukset, tuottava toiminta	Traumaattiset elämäntapahtumat
Psyykkinen hyvinvointi, yksinäisyys ja onnellisuus, tyytyväisyys elämään, subjektiivinen elämänlaadun kokeminen	Hoiva

Vaarama ym. 2006; Vaarama ym. 2008

### 4.3 Elämänlaadun moniulotteisuus

Tarkastelen elämänlaadun eri ulottuvuuksia käyttämällä Powel Lawtonin (1983, 1991) jaottelua. Jaottelussa painottuu toimintakyvyn merkitys elämänlaadulle, toimintakykyisyys puolestaan implikoituu usein onnistuneeseen ikääntymiseen. Jaottelu ei tee oikeutta elämänlaadun moniulotteisuudelle, mutta perehtyminen sisältöihin auttaa havaitsemaan, että elämänlaatu ei ole pelkkä ulottuvuuksiensa summa. Elämänlaadun diversiteetti ja kompleksisuus todentuvat. Toimintakyvyn määrittely riippuu tilanteesta ja tutkimusalasta. Toimintakykyä kuvataan usein sen vajeiden tai voimavarojen kautta. Yksinkertaisimmillaan toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästään. Tässä tutkimuksessa toimintakyky käsittää ainakin seuraavat tekijät: fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen, emotionaalinen, sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky sekä taloudelliset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Toimintakyvyn eri osat alueet kietoutuvat ja vaikuttavat toisiinsa. Hyvällä sosioekonomisella asemalla on kuitenkin todettu olevan yhteys parempaan toimintakykyyn (Higgs, Hyde, Arber, Blane, Breeze, Nazroo & Wiggins 2005, 30–32; Laukkanen 2008a, 267). Vastakkaisiakin tuloksia on raportoitu (Asakawa ym. 2000, 319–328).

*Fyysinen ulottuvuus* liittyy yksilön itsenäiseen selviytymiseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Toimintakyky alkaa heiketä erityisesti 85 vuotta täyttäneillä. Ikääntyminen, pitkäaikaissairaudet ja vammat aiheuttavat toimintakykyvajeita, mutta yksilölliset erot voivat olla suuria. Ikääntyneiden naisten toimintakyky on miehiä huonompi. Toimintakyvyn vajuuksien määrä ei ole ratkaisevaa elämänlaadulle, vaan miten jäljellä olevat voimavarat tukevat arjen sujuvuutta. Vanhukset ovat taitavia kompensoimaan vajeita. Toimintakyvyn säilymistä edistävät hyvän asumisen tekijät, kuten asunnon toimivuus, esteettömyys, siisteys sekä turvallinen ja helppo ulospääsy. Liikkumiskyvyn säilyminen auttaa niin vanhusta kuin häntä hoitavia henkilöitä. (Voutilainen ym. 2007, 153–189; Laukkanen 2008a, 262–268; Rantanen & Sakari-Rantala 2008, 286–293.)

Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen vaikuttavat positiivisesti vanhuksen omaan pystyvyyden tunteeseen, itsenäiseen selviytymiseen ja elämänlaatuun – pienikin oma tekeminen on tärkeää. Ympärivuorokautisessa hoivassa vanhuksen toimintakyvyn heikkeneminen voi johtaa asteittain tai nopeastikin vuodehoitoon, itsenäisen ruokailukyvyn ja erityistoiminnan heikkenemiseen sekä virkistävien sosiaalisten tilanteiden vähenemiseen. Menetetty toimintakyky ei palaudu itsestään. (Rantanen 2005, 200–202; Vaarama 2006, 128; Hirvensalo ym. 2008, 458–466.)

Vanhusten toimintakykyä ja elämänlaatua heikentävät kivut. Toistuvien kipujen määrä vaihtelee runsaasti, mutta arviolta joka neljäs ikääntynyt kärsii jatkuvaa kipua. Vanhusten kipua ei aina edes tunnisteta, sillä kipukokemuksen subjektiivisuus vaikeuttaa sen havainnointia. Ympärivuorokautisessa hoivassa erityisesti muistisairaavat saattavat jäädä kipunsa kanssa vaille asiallista hoitoa. Ensinnäkin sitä kysytään heiltä liian harvoin ja toisekseen saatuun vastaukseen ei luoteta. (Tilvis 2004, 223–227; Kivelä & Rähkä 2007, 74.)

Elämänlaadun *psykykinen ulottuvuus* liittyy psyykkiseen ikääntymiseen ja toimintakykyyn. Ympärivuorokautisen hoivan vanhuksella on omat, ehkä jo rajoittuneet psyykkiset voimavarat, taidot ja kyvyt, ja hänen psyykinen vanhenemisensä voi näkyä älyllisten toimintojen, persoonallisuuden, minäkuvan ja elämänhallinnan muutoksina. Hyvä psyykinen toimintakyky on tunteiden, toiminnan ja ajatusten hallintaa, mutta psyykkisen hyvinvoinnin häiriytyminen, esimerkiksi masennus, ahdistus ja pelko, voi heikentää sitä. Oireiden havaitseminen ei ole aina helppoa. Masennuksen oireiden tunnistamisen vaikeutta ikääntyneillä li-

säävät oireiden monimuotoisuus. Ne voivat ilmetä mielialaperäisinä tai somaattisina, kuten kipuina, unihäiriöinä ja ruokahaluttomuutena. (Kivelä & Rähä 2001, 225–234; King 2003, 32.)

Mielen tasapaino sekä elämänhallinnan tunne kietoutuvat toisiinsa ja määrittävät myös elämänlaatua. Vanhan ihmisen elämänhallinnan tunnetta vahvistaa se, kuinka hyvin hän ymmärtää ympäristöönsä, tajuaa merkityksiä ja hallitsee tilanteita. Puutteistaan huolimatta vanhus on arvokas, ja hän voi ja hänellä on oikeus kokea tyytyväisyyttä, hyvää oloa ja yksilöllistä arvoa. Mieliala ja ihmissuhteiden toimivuus ovat tärkeitä mielen ja tunne-elämän tasapainolle. Myös kokemus omasta ulkonäöstä ja kehosta on osa emotionaalista hyvinvointia. (Ruoppila 2002, 119–150; Bowling 2005, 21; Huusko & Pitkälä 2006, 15; Suutama 2008, 192–203.)

Elämän tarkoituksellisuuden kokeminen ylläpitää hyvinvointia, lisää tyytyväisyyttä elämään, hyvää itsetuntoa sekä itse arvioitua hyvää terveyttä ja toimintakykyä. Jos elämä tuntuu tarkoituksettomalta, elämänhalu vähenee ja tyhjyyden tunne lisääntyy. Vanhuudessa elämän tarkoituksellisuutta kuluttavat toimintakyvyn heikkeneminen, erilaiset menetykset, kuten puolison ja ystävien kuolema sekä oma lähestyvä kuolema. Elämänhalu antaa ikääntyneelle voimia ja motivoi häntä huolehtimaan itsestään ja terveydestään. Yhtenä tärkeimmistä voimavaroista pidetäänkin elämänhalua, jota edistää ikääntyneen kokemus olla arvostettu ja tarpeellinen. (Takkinen 2003, 210–219; Lindström & Eriksson 2005, 440–442; Lyyra 2006.)

lääkäillä oma pystyvyys ja suoriutuminen tukevat psyykkistä hyvinvointia, tosin omia kykyjä ja pystyvyydentunnetta aliarvioidaan herkästi, ja niin voivat tehdä myös toiset ihmiset. Helena Jaakkola (2004, 10) muistuttaakin, että virikkeettömässä ympäristössä ja ilman muistelemisen arvoisia hetkiä vanhus voi kokea muuttuvansa ”koppakuorlaiseksi” (myös Fruchter 2001, 72–73). Esimerkiksi spontaani puuhastelu on mielekäs keino ohjata levottomankin vanhuksen huomio ja tarmo mielekkääseen tekemiseen. David Pulsford (1997, 706) pitääkin vääränä hoitajien tapaa rauhoittaa levotonta vanhusta olemaan vain paikoillaan. Seksuaalisuus ymmärretään ihmisen perustarpeeksi, joka on erottamaton osa ihmisyyttä. Se on olennainen osa ihmisen hyvinvointia, elämänlaatua, terveyttä ja persoonallisuutta ollen läsnä ja muuttuen ihmisen koko elämän ajan. Se mielletään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen kokonaisuudeksi,

johon kuuluvat tunteet, itsensä hyväksyminen sellaisenaan ja sosiaalinen vuorovaikutus. Ihmisten väliset vuorovaikutustapahtumat voivat olla osa seksuaalisuutta. Ympäri vuorokautisessa hoivassa erityisesti muistisairaalla ihmisellä voi olla hyvinkin voimakas läheisyyden tarve, joka voidaan tulkita pelkästään seksuaaliseksi tarpeeksi. Hoitohenkilökunta ja muut asukkaat voivat kokea asian kiusallisena, vaikka mielihyvä ja onnistuminen seksuaalisuuden kokemisessa ja vuorovaikutuksessa toisi onnistumisen iloa. Etenkin vanhuudessa koskettamisen tarve korostuu ja säilyy usein myös viimeisenä kommunikaatiomuotona. (Hervonen, Arponen & Jylhä 1994, 111; Apter, Väisälä & Kaimola 2006, 227; Ryttyläinen & Valkama 2010, 11, 211–215.)

Myös *hengellinen hyvinvointi* on ihmisen hyvinvoinnin osatekijä, joka on hyvä erottaa psyykkisestä hyvinvoinnista. Se vahvistaa elämää suhteessa asioihin, jotka tukevat, hoivaavat ja vahvistavat ihmisen kokonaisuutta ja elämänlaatua. Vanhuksen hengellisyyden hyväksyminen ja vahvistaminen on kykyä ymmärtää hänen arvomaailmaansa. Määrittely syventää toimintakyvyn käsitettä huomioidessaan ikääntyneen yksilön hengelliset voimavarat, niiden merkityksen hänen toimintakykyisyydelleen ja elämänlaadulle. (Olson & Kane 2000, 300–319; Hohenthal-Antin 2001; King 2003, 32.)

Elämänlaadun *sosiaalinen ulottuvuus* avautuu sosiaalisen toimintakyvyn kautta, tosin kietoutuneena myös fyysisen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Käsitteenä sosiaalinen toimintakyky on monikerroksinen ja -ulotteinen. Ensinnäkin se viittaa ihmisen osallisuuteen ja yhteisöllisyyteen. Toiseksi se edellyttää tilanteeseen sopivia vuorovaikutustaitoja muiden ihmisten kanssa. Vuorovaikutukseen voi sisältyä läheisyyttä, osallisuutta yhteisölliseen elämään, kykyä huolehtia itsestään ja tietoisuutta omista oikeuksistaan. Formaalisten suhteiden avulla ikääntynyt saa apua oman riippumattomuuden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Vuorovaikutuksessa voi olla myös elämänlaadulle kielteisiä asioita. (Allardt 1976, 42–45; Aartsen, Van Tilburg, Smits & Knipscheer 2004, 249–266; Martelin ym. 2004, 117–131; Zimmerman 2005; Topo ym. 2007.) Sosiaalisella toimintakyvyllä on havaittu sekä suoria että epäsuoria yhteyksiä terveyteen ja hyvinvoinnin kokemuksiin, tosin yhteydestä ollaan osin epävarmoja. Sen on kuitenkin havaittu vaikuttavan iäkkäiden ihmisten elämän tyytyväisyyteen. (Bowling 2005, 33.)

Ikääntyvät käyttävät sosiaalista toimintakykyään omissa ja yhteiskunnan määrittelemissä toimintaympäristöissä. Tämä näkyy Marjaana Seppäsen, Mika Simosen ja Raisa Valveen (2009) kehittämässä sosiaalisen toimintakyvyn teoreettisessa mallissa, jossa yhdistyy sosiaalisen toimintakyvyn kaksi pääulottuvuutta. Ensimmäisenä ulottuvuutena ovat ikääntyneen sosiaaliset taidot, yhteisöön kuuluminen ja tuen saanti. Toisen ulottuvuuden muodostavat toimintakyvyn aktuaaliset ja potentiaaliset käyttötilanteet. Potentiaalinen sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön sekä erilaisten yksilötekijöiden (ikäntyneen sosiaaliset taidot, temperamentti, motiivit, tavoitteet, arvostukset) sekä sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan välisessä dynaamisessa vuorovaikutuksessa. Aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky ilmenee vuorovaikutuksena sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisenä, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina.

Sosiaalinen aktiivisuus vaihtelee elämänkulun aikana. Tässä tullaan jälleen kerran siihen, kuinka ilman yksilön aiemman elämänkulun ja sosiaalisen aktiivisuuden tuntemista on vaikea tukea vanhusta pysymään edelleenkin sosiaalisesti aktiivisena. Lisäksi sairaudet sekä kognition heikkeneminen voivat vaikuttaa ihmissuhteisiin ja vaikeuttaa osallistumista. (Asakawa ym. 2000; Aartsen ym. 2004, 249–266; Wilhelmson, Andersson, Waern & Allebeck 2005, 597.) Jennifer Frytakin (2000, 200–236) mielestä sosiaalisen osallistumisen merkitystä ei pidä kuitenkaan korostaa liikaa. Sosiaalisten suhteiden mahdollisuudet vaihtelevat, mutta yksilön omat käsitykset ja arvot niistä ovat määrää tärkeitä. Suhteen luonteesta ja laadusta riippuen ne voivat lisätä tai vähentää elämänlaatua, elämään tyytyväisyyttä, henkistä jaksamista ja hyvinvoinnin kokemuksia. Yksinäisyyden kokeminen on keskeinen ongelma ikääntyneillä. Sosiaalista yksinäisyyttä lisäävät harvat ystävyys-suhteet, mielialaongelmat ja kontaktien ylläpitoa vaikeuttava huono toimintakyky. (Levin 2000, 177–117; Bowling 2005, 32–33; Tiikkainen 2006.)

## Toimijuus sosiaalisen toimintakyvyn lähikäsitteenä

Henkilökohtainen toimijuus on tärkeä yksilön subjektiiviselle hyvinvoinnille (Atchley 1998, 19–38). Sen yhdistäminen toimintakykyyn laajentaa

itsenäisen selviytymisen käsitettä. Käsite oli aluksi individualistinen, jota luonnehti autonomisuus, itsenäisyys, aloitteellisuus ja sopeutuminen. Sittemmin Larry May (1992, 52) esitti käsitteen voivan olla myös sosiaalinen. Mayn mukaan konteksti, jossa ihminen toimii, rakentuu ihmisen asenteista, taipumuksista ja tavoista. Yleinen asenneilmapiiri voi vaikuttaa yksilöiden käytökseen. Asenteiden tarkastelussa osana toimijuutta on syytä ottaa huomioon paitsi yksilön omat asenteet myös muiden yhteisön jäsenten asenteet, jotka voivat vaikuttaa toimijan toimintaan.

Myös Jyrki Jyrkämä (2007, 195–217; 2008, 276) liittyy toimintakyvyn sen sosiaalisuuteen ja ihmisen toimimiseen rakenteiden ohjaamana tai itsenäisenä toimijana. Hän ehdottaa sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin toimintakyvyn käytön tarkastelua. Ikääntyneet elävät, toimivat ja tekevät valintojaan omista elinoloistaan, jotka voivat olla mahdollistajia, esteitä tai rajoja. Käytännössä toimijuus näkyy kuudessa eri ulottuvuudessa, jotka ovat monimuotoisesti ja kontekstisidonnaisesti suhteessa toisiinsa. Osaamisen ulottuvuus sisältää erilaisia tietoja ja taitoja. Kykeneminen on eri tilanteissa vaadittavia ja vaihtelevia fyysisiä sekä psyykkisiä kykyjä. Haluaminen on toiminnan taustalla olevaa motivaatiota, tahtomista, päämäärää ja tavoitteita. Täytymisen ulottuvuuteen sisältyvät fyysiset ja sosiaaliset pakot sekä rajoitukset, jotka voivat olla normatiivisia ja moraalisia. Voiminen ilmentää mahdollisuuksia, joita syntyy eri tilanteissa ja niissä ilmenevissä rakenteissa. Tuntemisen ulottuvuus liittyy siihen, miten ihmiset arvioivat, arvottavat ja kokevat asioita sekä asioihin ja tilanteisiin liittyviä tunteita. Analyysitasoina Jyrkämän mukaan voivat olla toimijat, arjen toimintakäytännöt, fyysiset ja sosiaaliset tilat, hyvinvointitekniologia ja paikalliskulttuuri. Toimijuudessa ilmenevät myös elämänlaatu ja sen moniulotteisuus, ja se liittyy myös ikääntyneiden pitkäaikaishoivaan. Kaikilla tasoilla voidaan esittää kysymys, mitä ikääntyneen toimijan pitää osata, kyetä tai voida tai mitä odotuksia niihin liittyy.

Anneli Anttonen ja Minna Zechner (2009, 37) muistuttavat hoivan toimijuuden erilaisuudesta verrattaessa sitä yhteiskuntateoreettisesti tai poliittisesti maskuliinisesti määriteltyn (vrt. Neuvonen & Mokka 2006, 51). Muistisairas ja fyysisesti hauras vanhus on menettänyt autonomiaansa ja tullut riippuvaiseksi muista ihmisistä sekä heidän päätöksistään, eikä siten edusta sosiaalisen teorian toimijaa eikä nykysosiaalipolitiikan aktiivista ja omia valintojaan tekevää ikääntynyttä. Tähän Kröger, Karisto

ja Seppänen (2007, 13) huomauttavat, että myös vuoteeseen hoidettava vanhus on toimija.

Ympäristögerontologia korostaa ikääntyneen elämänlaadulle *ympäristö-  
ulottuvuuden* merkitystä paikallaan vanhenemisena (Bowling 2006, 36–37). Ympäristön merkitys ikääntyneen elämänlaadulle korostuu Lawtonin (1991) näkemyksissä. Hän pitää hyvän elämän vaatimuksia yksilön ja ympäristön välisessä suhteessa ratkaisevina, sillä ympäristön hallittavuus, muunnettavuus ja turvallisuus vaikuttavat vanhuksen arjen elämään, asumiseen ja osallistumiseen. Osallistuminen vaikeutuu toimintakyvyn heiketessä. Yksilön ja ympäristön välinen suhde on jatkuva, muuntuva ja siksi merkittävä elämänlaadulle koko elämänkulun aikana. Vanhat ihmiset sopeutuvat ympäristön muutoksiin yleensä hyvin. (Myös Frytak 2000, 200–236; Bowling 2005, 36–37; Vaarama ym. 2006, 104–136; Levasseur & Desrosiers & St-Cyr Tribble 2008.)

Ympäristön merkitys riippuu yksilöstä ja toimijuudesta. Ympärivuorokautisessa hoivassa ympäristön merkitys on kolmijakoinen. Se sisältää ensinnäkin tavanomaisia asumiseen liittyviä tekijöitä, kuten yksityisyys, persoonallisuus, valinnan mahdollisuudet ja yhteisöllisyys, joita mahdollistavat asunnon fyysiset tekijät, kuten turvan terveyden ja avun mahdollistaminen sekä mukavuus. Toiseksi ympäristö tukee kognitiivisia taitoja ja tietoisuutta ympäröivästä maailmasta. Kolmanneksi ympäristö on ensisijaisesti vanhuksen koti, mutta myös hoitajien työtila, johon liittyy toive esimerkiksi tilojen väljyydestä ja elvyttävästä ympäristöstä. (Guse & Masesar 1999; Kim 2000, 1–7; Lauri & Elomaa 2001, 65; Parker ym. 2003, 946; Mikkola 2005, 120; Rappe 2005; Elo 2008, 95–96; Levasseur & Desrosiers & St-Cyr Tribble 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Sosiaalinen ympäristö ja siihen liittyvä yksityisyys mahdollistavat ikääntyneelle sosiaalisen verkoston haasteet ja mahdollisuudet. Yksityisyyden toive varioi elämänkulun ja -tilanteiden mukaan (Burden 1998, 15–23). Arja Kuula (2006, 76) toteaa yleisesti yksityisyyden kokemisen riippuvan henkilöstä ja tilanteesta. Kuulan ajatuksia mukaillen yksityisyyden kokeminen riippuu henkilöstä ja tilasta, jolloin käsitteellisinä yksityisyyden vastinpareina asumisessa ovat itsemääräämisoikeus ja yhteisöllisyys, eristyisyys ja sosiaalisuus sekä koskemattomuus ja luokse päästävyys. Yksityisyyttä ei voi rikkoa ilman siihen saatua oikeutusta. Ympärivuorokautisessa hoivassa hoitotyöntekijä on virallinen auttaja, joten hän voi mennä vanhuksen omaan tilaan, eikä hänen silloin katsota rikkovan autettavansa



yksityisyyttä (esim. Gubrium 1991, 9). Tämä ei poista hoitajalta velvollisuutta pohtia, toimiiko hän ammatillisesti hyväksyttävästi ja tiedostaako rikkovansa toisen ihmisen yksityisyyttä. Vanhuksen yksityisyyden rikkominen hienovaraisella tavalla on hoitamisen taitoa. Yksityisyys ja oma reviiiri saattavat olla vain näennäisesti vanhuksen omaa. Ympäri vuorokautisen hoivan tilaratkaisuissa valvonta- ja turvaratkaisuilla on positiivisia ja kielteisiä vaikutuksia. Asukas- ja aputilojen ovien aukipitäminen lisää ympäristön rauhattomuutta ja vähentää yksityisyyttä. (Heikkinen 1998, 49; Juva ym. 2001, 510; Marin 2003, 31; Saks ym. 2008; Vaarama & Tiit 2008.)

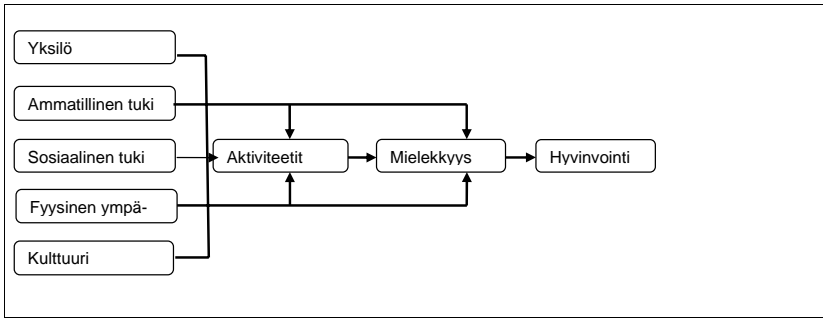
Olenainen osa ympäristöä liittyy asumiseen elämisenä, sosiaalisena ja kulttuurisena perustoimintona, jonka sisällä suoritetaan monia muita toimintoja. Vanhuksen elämänlaadun kannalta keskeisin asumisen paikka on koti, joka antaa mahdollisuuden omien asioiden kontrollointiin, riippumattomuuteen, intiimiyteen ja vapaasti olemiseen. Ympäri vuorokautisessa hoivassa pyritään kodinkaltaisuuteen. Mikäli koti ei tunnu kodilta, vanhus kokee hoitopaikan vain ”paikaksi, jossa odottaa kuolemaa” (Tester ym. 2003). Koti on paikka, jossa on mahdollisuus tehdä itselleen mieluisia asioita. Sen vuoksi kotiin liittyvät teknologiset ratkaisut auttavat vanhusta säilyttämään omaa itsenäistä selviytymistä pidempään. (Bowling 2005, 36–37; Heinonen & Ratvio 2007, 10; Vilkkö 2007, 13–26.)

#### ***4.4 Ikääntyneen muistisairaana elämänlaatu***

Huonokuntoisen vanhuksen elämä ja elämänlaatu ovat kaikista hauraimmillaan. Vanhenevan kehon ja mielen raihnastuminen, sairaudet ja toimintakyvyn vajeet sekä muut menetykset ovat riski heikolle elämänlaadulle. Muistisairaana ikääntyneen elämänlaatu on käsitteellisesti ja metodologisesti heikko. On esitetty jopa näkemyksiä, ettei sellaiselle ole edes tarvetta, koska muistisairas ihminen on ”hukassa elämästään”. Muistisairaiden elämänlaadun määrittelyssä ja dementiahoidon kehittämisessä on hyödynnetty psykososiaalisia teorioita ja malleja, koska monet muistisairasta haavoittavat tekijät ovat juuri mieltä haavoittavia. (Sixsmith ym. 2008, 217–220.)

Judit Torrington (2006) esittää mielenkiintoisen näkökulman elämänlaadun yhteydestä dementiaan (kuvio 5). Mallissa muistisairaana ihmisen

aktiviteetteihin ja hyvinvointiin vaikuttavat monet yksilötekijät, kuten toimintakyky eri osa-alueineen ja kontekstitekijät, kuten apu, tuki, fyysinen sekä kulttuurinen ympäristö. Jokapäiväiset aktiviteetit joko tukevat tai rajoittavat näitä persoonallisia ja kontekstuaalisia tekijöitä. Se, miten mielekkäiksi muistisairas kokee omat arkiaktiviteettinsä, on kaiken keskiössä. Hoivan tulisi siten antaa muistisairaalle elämään nautittavia asioita, eikä se saisi vaikeuttaa elämää vaan tehdä siitä vakaata. Arkkitehti, sairaanhoitaja Judit Torrington on hyödyntänyt mallia suunnitellessaan asuintiloja muistisairaille.



Torrington 2006

Kuvio 5. Malli hyvinvoinnin ja dementian yhteyksistä toisiinsa.

Care Keys -projektissa (Sixsmith ym. 2008, 221) tutkittiin, miten hoivalla voidaan tukea muistisairaalle elämänlaatua. Projektissa kehitetty hoivasta riippuva elämänlaatu-malli (Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008) soveltuu myös dementiahoitoon, sillä hyvä hoidon laatu edistää ikääntyneen muistisairaalle elämänlaatua.

### Muistisairaudet ympärivuorokautisen hoivan arjessa

Suurimmalla osalla ympärivuorokautisen hoivan asiakkaista on muisti-ongelmia. Muistisairaus (dementia) ei ole erillinen sairaus vaan oireyhtymä, joka vaikuttaa arjen elämään monin eri tavoin. Oireiden ilmaantuminen ja niiden peittelemisenkin voi kestää vuosia. Sairauden edetessä riippuvuus toisista ihmisistä kasvaa, ja sairauden loppuvaiheessa henkilö on täysin riippuvainen muista ihmisistä. Dementoivia sairauksia paran-

tavaa lääkitystä ei vielä ole, mutta lääkkeillä voidaan hoitaa joitakin demencian oireita. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 56–57; Sixsmith ym. 2008, 217–233.)

Yleisin (65–70 %) dementoiva sairaus on Alzheimerin tauti. Hitaasti, tasaisesti ja taudille tyypillisin vaihe in etenevä tauti kestää keskimäärin kymmenen vuotta, josta viimeiset vuodet vanhus useimmiten on pitkäaikaishoidossa. Jo taudin varhaisvaiheessa on monenlaisia muistamisen ja päättelykyvyn ongelmia, jotka johtavat alati paheneviin muistin, hahmottamisen sekä kätevyvyyden ongelmiin ja sitä kautta kasvavaan riippuvuuteen. Lähimuisti hiipuu vähitellen, kunnes vaikeasti muistisairaalla on muistikuvia lähinnä lapsuudestaan. Toiseksi yleisin (15–20 %) on verenkiertoperäinen dementia, joka on etenevä ja iän myötä lisääntyvä muistisairaus. Myös otsalohkorappeumasta ja Parkinsonin taudista johtuvat muistisairaudet aiheuttavat etenevää dementiaa. Alkoholidemencian yleisimpinä syinä ovat alkoholin suurkulutus ja pään vammat. (Viramo & Sulkava 2006, 20–36; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62–64, 74, 90–93, 96.)

Valtaosalla muistisairaista on psyykkisiä, toisiinsa kietoutuvia käytös- oireita, kuten masennusta, ahdistusta ja käyttäytymisen muutoksia. Ne ovat usein syy ympärivuorokautisen hoivan tarpeeseen. Hoivapaikan vaihtuminen voi lisätä käytös- oireita. Käytös- oireiden takana voi olla kipua, huonoa oloa, surua tai masennusta. Niiden havaitseminen on ympärivuorokautisessa hoivassa tärkeää, sillä muistisaira an ilmaisukyky on vaikeutunut. Masennus- oireet ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Masentunut muistisairas vanhus suoriutuu huonommin arjesta, mikä vaikuttaa hänen terveyteensä ja siten koettuun elämänlaatuun. Myös unihäiriöt voivat olla itsenäinen käytös- oire tai yhdistyneenä muuhun käytös- oireeseen. (Perel 1998, 1038–1039; Asakawa ym. 2000, 319–328; Eloniemi-Sulkava ym. 2001, 498; Kivelä & Räihä 2001, 225–234; Zeisel, Silverstein, Hyde, Levkoff, Lawton & Holmes 2003, 707; Mozley, Sutcliffe, Bagley, Cordingley, Challis, Huxley & Burns, 2004, 19.)

## Muistisairaiden elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä

Muistisaira an ikääntyneen elämänlaadun tarkastelussa käytän aiemmin esittämäni Lawtonin (1991) ajattelumallia, jonka mukaan elämänlaa-

dun arviointiin tulisi kuulua sen eri ulottuvuudet subjektiivisesti ja objektiivisesti tarkasteltuina. Lawtonin mukaan muistisairaana vanhuksen psykologinen hyvinvointi, koettu hyvinvointi, käyttäytymiseen liittyvät taidot sekä objektiivinen ympäristö määrittävät hänen elämänlaatuaan.

Muistisairaana ihmisen haavoittuvuus on keskeistä elämänlaadulle ja vaikuttaa muistisairaana huolenpitoon ja hoivaan. Haurastuva muisti heikentää kykyä ilmaista itseä ja voi johtaa vaaratilanteisiin, kuten eksymiseen. Hoiva lähtee yksilön tarpeista ja hänen oikeudestaan hyvään elämänlaatuun, jotka ovat samat kuin terveillä. Mikään haavoittava tekijä ei vie ihmisarvoa eikä identiteettiä. (Heimonen 2009, 67).

Ikääntyneen muistisairaana elämänlaadun fyysisen ulottuvuuteen vaikuttavat hyvä koettu terveydentila, fyysinen kunto ja kyky selviytyä arjen askareista. Sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen ja erilaiset fyysiset oireet, kuten kävelyvaikeudet, virtsan ja ulosteiden pidätysvaikeudet, laihtuminen sekä lihaskato aiheuttavat arjesta selviytymisen vaikeuksia, avuntarvetta ja haavoittuvuutta. Liikkumiskyky huononee ja arjen toiminnoista selviytyminen vaikeutuu. Itsenäisyyden ja itsemääräämisoikeuden heikentyminen lisäävät myös kehon haavoittuvuutta. Hoivassa tämä voi johtaa erilaisten rajoitteiden käyttöön ja oman suorittamisen tyrehtymiseen. (Heimonen 2009, 73–74.)

Elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden kannalta muistisairaana omat, tosin rajoittuneet, psyykkiset voimavarat ovat merkittäviä elämänlaadulle. Toimintakyvyn heikkeneminen ja siihen liittyvä huoli omasta tulevaisuudesta voi aiheuttaa masentuneisuutta, ahdistusta, epätoivoa sekä uskon puutetta tulevaisuuteen. Ikääntyneen mahdollisuudet tehdä itsenäisiä päätöksiä ja valintoja rajoittuvat, mikä uhkaa hänen asemaansa ja arvoaan yhteiskunnan jäsenenä ja haavoittaa hänen mieltään. (Chow & MacLean 2001; Beard, Knauss & Moyer 2009, 227–235; Heimonen 2009, 70–72.)

Muistisairaana ikääntyneen ihmissuhteet muuttuvat kahdesta syystä. Hänen kykynsä pitää yhteyttä ja kommunikoida heikkenevät, toisaalta myös muiden ihmisten suhtautuminen häneen muuttuu. Muuttunut kohtelu ja asennoituminen heikentävät itsetuntoa, sillä muistisairasta ihmistä ajatellaan herkästi vain sairautensa kautta. Kun ihmissuhteiden ylläpitäminen vaikeutuu ja kyky vuorovaikutukseen heikkenee, elämä maailma pienenee. Samanaikaisesti riippuvuus muista kasvaa. Myös muistisairailta ikääntyneillä ihmissuhteet lisäävät elämään tyytyväisyyt-

tä, henkistä jaksamista ja hyvinvoinnin kokemuksia, joita kielteiset piirteet huonontavat. Heikentynyt kognitiivinen toimintakyky vaikeuttaa ihmissuhteiden ylläpitoa ja lisää yksinäisyyden kokemista. Muistisairaat käyttävät sosiaalista toimintakykyään eri toimintaympäristöissä, joita yhteiskunta määrittelee. Heidän asuminen ja hoiva ovat kuitenkin yhä useammin eristetty muusta yhteiskunnasta, mikä vähentää kontakteja ulkomaailmaan. (Levin 2000, 177; Bowling 2005, 32–33; Tiikkainen 2006.) Seppäsen, Simosen ja Valveen (2009) mallia hyödyntäen potentiaalisen sosiaalisen toimintakyvyn merkitys vähenee. Myös aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky heikkenee. Sen harjaannuttaminen voi olla rajallista, koska sosiaalinen verkosto ja aktiivisuus sekä osallistuminen vähenevät. Myös yhteisyyden ja osallisuuden kokemukset harvenevat.

Ympäristöulottuvuus on muistisairaiden elämänlaadulle merkittävä. Muistisairaalle ihmiselle rakkain paikka on koti, joka luo turvallisuutta tuttuine paikkoineen ja tavaroineen sekä tukee elämänhallintaa. Siirrot uuteen asuinympäristöön haavoittavat muistisairasta enemmän kuin ei-muistisairasta. Erityisesti jatkuva asuin- ja hoitopaikan vaihtuminen huonontaa hänen elämänlaatuaan. Itsenäistä selviytymistä edistävät heille soveltuvat tilat. Vieraa tilat, erityisesti jos selviytyminen niissä edellyttää hyvää kognitiota, aiheuttavat ahdistusta ja turvattomuutta. Toisaalta turvallisuusteknologiset ratkaisut voivat ahdistaa ei-muistisairaita vanhuksia. Tutkijat suosittavat pientä ryhmäkotia: optimaalisena pidetään kahdeksan hengen kotia. Kodin pienuus lisää elämänlaadulle tärkeitä tekijöitä, kuten turvallisuutta, kodikkuutta sekä vähentää rauhattomuutta, aggressiivisuutta ja keskinäisiä tilaristiriitoja. (Lawton 1997; Kotilainen 2003, 20; Zeisel ym. 2003, 697–711; Parker, Barnes, McKee, Morgan, Torrington & Tregenza 2004, 941–962; Utton 2007, 6.)

Ympäristön turvallisuuden kokeminen elämänlaadun edistäjänä voi olla myös henkistä, jota ylläpitää henkilökunnan arvostava ja ystävällinen käyttäytyminen, helläkätinen koskettaminen sekä varmat mutta ystävälliset otteet. Henkistä ympäristöturvallisuutta tuo myönteinen kokemus ympäristön ilmapiiristä. Siihen yhdistyy henkinen esteettömyys ikääntymisen, itsensä tarpeelliseksi kokemisen ja luovien voimavarojen kautta. Asenteellinen suhtautuminen ikääntyneisiin ja muistisairaisiin, ikääntymisen diversiteetin kieltäminen sekä ikääntyneiden näkeminen vain kulueränä nostavat henkisiä esteitä ikääntyneiden elämään. (Elo 2008, 95–99; Hohenthal-Antin 2009, 17; vrt. Vaarama & Tiit 2008, 105.)

Muistisairauksiin liittyvä eristäytyminen, tietoisuuden menetys sekä yksilön kykenemättömyys tehdä itsenäisesti elämänlaadulle mielekkäitä asioita näkyvät ympärivuorokautisen hoidon arjessa. Muistisairaana ikääntyneen elämänlaadun tukeminen lähtee ympärivuorokautisessa hoivassa hänen kokonaistilanteensa ja toimintakykynsä arvioinnista. Vanhusta ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittavalla hoivalla ja hoitotyöllä tuetaan yksilöllisesti hyvän olon tunnetta, toimintakykyä sekä edistetään elämänlaatua. Vanhuksen omaa suoriutumista vahvistava hoito edellyttää aiemman elämänkulun ja -tyylin tuntemista, missä omaisten tieto on tärkeää. Keskeisimpänä näkökulmana on dementoituneen elämäntarinan tunteminen ja sen huomioiminen arjessa. Sairauden loppuvaiheessa dementoitunut vanhus voi olla täysin puhumaton, jolloin tärkeintä on ymmärtää hänen sanattomia viestejään, tunteitaan ja tarpeitaan. Hoitajalta se edellyttää kykyä ymmärtää muistisairaana ikääntyneen sisäistä kokemuksellista maailmaa. Vaikka muisti on hiipumassa, tunteet säilyvät. Muistisairaana ihmisen kohtaaminen voi tukea tai heikentää hänen oman arvon tunnettaan ja hyvinvointiaan. Huonot kohtaamiset voivat haavoittaa jo ennestään haavoittunutta ja haurasta vanhusta lisää. (Topo ym. 2007, 121; Laine & Heimonen 2010, 21–25.)

Topo ym. (2007) tutkivat dementiahoidon laatua ympärivuorokautisessa hoivassa havainnoimalla työkäytäntöjä. Tutkimuksessa luotiin 17 hyvää dementiahoidon käytäntöä, joista muodostui neljä ulottuvuutta, jotka on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Dementiahoidon hyvät käytännöt

DEMENTIAHOIDON ULOTTUVUUS	DEMENTIAHOIDON HYVÄ KÄYTÄNTÖ
Arvokkuuden ja minuuden ylläpitäminen	Aikuinen, tasavertainen ja yksilöllinen suhtautuminen vanhukseen; yksilöllinen toiminta, myönteisen palautteen anto, viihtyisä ja turvallinen ympäristö.
Läheisyyteen ja yhteenkuuluvuuteen rohkaiseminen	Sosiaalinen kanssakäyminen, huumori, yhteinen nauru, vieraanvaraisuus
Toimiminen asiakkaan mukaan, pyrkiminen keskinäiseen ymmärrykseen ja avun tarjoaminen	Asiakkaan todellisuuden kunnioitus, tilanteen seuranta, lohduttaminen, turvallisuuden ylläpito, tahdikkaus, sopiva tekemisen tahti
Asiakkaan toimijuuden tukeminen	Asiakkaan voimavarojen käytön ohjaus, kannustus ja stimulointi, tekemisen edellytysten luominen, aktiivisuutta tukeva ympäristö, ulkoilu.

Keskeisin muistisairaana ihmisen elämänlaatuun vaikuttava hoivan tekijä on hoitajan asenne muistisairaitten ihmisten hoitamiseen sekä kohtaamisen taidot. Vuorovaikutus- ja toimintatavat ovat arjen viihtyisyyttä luovia tekijöitä, joilla osoitetaan muistisairaana ihmisen arvostusta ihmisenä. (Topo ym. 2007, 121.)

#### **4.5 Elämänlaadun mittaaminen**

Elämänlaadun monimuotoisuus näkyy arviointimenetelmissä, jotka eroavat toisistaan käsitteellisesti, rakenteellisesti ja sisällöllisesti. Mittaamisessa erotetaan koettu (subjektiivinen) ja havaittu (objektiivinen) elämänlaatu, mutta mittarien kehittämisessä lähtökohtana on ollut tarkastella elämänlaatua objektiivisesti ja tehdä eroa subjektiiviseen tyytyväisyyteen ja hyvinvointiin. Mittarin on huomioitava ikääntyneiden diversiteetti, elämänlaatua määrittävät determinantit ja niiden ominaisuudet, ikääntyneiden elämänlaadulle tärkeät osa-alueet sekä niiden suhteellinen ja keskinäinen merkitys. Tästä johtuen väestölle kohdennettujen elämänlaatumittarien sopivuus erittäin huonokuntoisten ja laitoksessa asuvien vanhusten elämänlaadun evaluointiin on kyseenalainen. Eri mittaustapojen käyttö laajentaa näkemystä ja mahdollistaa havaita elämänlaadun kehittyminen. (Frytak 2000, 200–236; Mozley ym. 2004, 15–16; Sloane ym. 2005, 38; Pitkälä ym. 2006, 112; Vaarama ym. 2008, 20–21.)

Pitkäaikaishoivan asiakkaiden elämänlaatua on pohdittava niin yksilö-, ryhmä- kuin yhteiskunnan tasolla. Erityisen huonokuntoisten vanhusten kohdalla joudutaan miettimään, kuka heidän elämänlaatunsa lopulta määrittelee, jos he itse eivät siihen enää kykene. Toiseksi on pohdittava elämänlaadun suhdetta muihin ihmisiin, toisiin asukkaisiin, henkilökuntaan ja omaisiin. Myös yhteiskunnan tasolla arvo- ja asenneilmasto sekä järjestelmät vaikuttavat hoivassa olevien asiakkaiden elämänlaatuun suoraan ja epäsuorasti. Vanhusten ja vanhustyön yleinen arvostus näkyy siinä, miten heille suunnattuja palveluja ensisijaistetaan ja resursoidaan, mikä vaikuttaa ikääntyneiden elämänlaatuun.

Ensisijaisesti arviointi pyritään saamaan henkilöltä itseltään. Muistisairailta siihen liittyy erityisiä ongelmia. Mittaria valittaessa on ensin päätettävä, kuka arvioi ja kenen näkökulmasta. Valintakorissa ovat yksilön oma

arviointi tai toisen henkilön luoma arvio, joka voi perustua esimerkiksi havainnointiin. Haasteellisuudestaan huolimatta muistisairaana elämänlaatua on mielekästä mitata. Dementian varhaisvaiheessa se onnistuu hyvin, ja nämä henkilöt arvioivatkin elämänlaatunsa yleensä yhtä hyväksi kuin terveet. Sairauden edetessä pitkälle luotettavan tiedon saanti on vaikeampaa. Sairastuneen persoona sekä kyky ilmaista ja arvioida itseään sanallisesti muuttuvat, sillä sairaudentunto ja jopa puhekyky katoavat. Tällöin lähes ainoa keino on havainnointi, joka on menetelmänä työläs, sillä havaintojen tekeminen vaatii aikaa ja havainnointien tallentaminen tarkkuutta. (Frytak 2000, 200–236; Hubbard, Cook, Tester & Downs 2002; Lyketsos ym. 2003, 275–281; Sloane ym. 2005, 38; Byrne-Davis ym. 2006; Kuula 2006, 147; Vaarama & Ylönen 2006, 13; Viramo & Sulkava 2006, 20–36; Sixsmith ym. 2008, 217–233.)

Havainnoinnin sopivuus elämänlaatu tutkimuksiin jakaa mielipiteitä. Observoijan tulisi asettua havainnoitavan ihmisen elämään juuri hänen näkemyksiensä mukaisesti, tietää ja tuntee hänet sekä hänen henkilökohtaiset tarpeet, tavoitteet, unelmat ja arvot. Havainnoijan ja vanhukseen välisen ihmissuhteen laatu vaikuttaa, ja jopa omaisen voi olla vaikeaa havainnoida läheistään. Havainnointituloksiin ja niiden luotettavuuteen voivat vaikuttaa arvioijan omat käsitykset, arvostukset, asenteet sekä myös arvioivan henkilön oma elämäntutkimus, käsitys ikääntymisestä ja elämänlaadusta. Myös oma suhtautuminen sairauksiin ja erityisesti muistisairauksiin voi vaikuttaa kielteisesti (ks. myös Kuula 2006, 155). Palveluja toteuttavat henkilöt saattavat arvioida tietoisesti asiakkaittensa elämänlaadun paremmaksi tai huonommaksi omien tarkoitusperiensä vuoksi.

Yleisin ja helpoin arviointitapa on kysely. Iäkkäiden henkilöiden kuulo- ja näköongelmat, käytettävissä oleva aika, väsymisherkkyys sekä haastattelun aiheuttama hämmennys on otettava huomioon. Ikääntyneet voivat pelätä vastausten vaikuttavan kielteisesti omaan hoitoon (Laine 2005, 35–36). Tutkimuksen tekijän on korostettava osallistujille, että tiedot ovat luottamuksellisia, eikä niitä käytetä vahinkoa aiheuttavassa merkityksessä (Kuula 2006, 115–121).

Elämänlaadun fyysistä ulottuvuutta mitattaessa fyysistä toimintakykyä tai todettuja toiminnanvajauksia arvioidaan tavallisimmin selviytymisenä päivittäisistä toiminnoista. Päivittäisten perustoimintojen lisäksi voidaan selvittää asioiden hoitamiskykyä. (Laukkanen 2008b, 294–308.) Mit-



tareita on runsaasti. Tässä tutkimuksessa käytetty RAVA-toimintakyky-mittari ja -indeksi kuvaavat ikääntyneen ihmisen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja palvelun tarvetta.

Kognitiivisen toimintakyvyn mittaamisessa voidaan käyttää muisti-häiriön ja dementian vaikeusasteen arviointiin esimerkiksi MMSE-testiä (Mini Mental State Examination). Psykkisen toimintakyvyn mittaamiseen sopii PGMS (Philadelphia Geriatric Morale Scale), joka soveltuu jopa keskivaikeasta muistiongelmasta kärsiville henkilöille (Muurinen ym. 2006, 9). Masennusta voi mitata esimerkiksi käyttämälläni Cornell-mittarilla (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD).

Elämänlaadun sosiaalista ulottuvuutta voidaan tutkia sosiaalisena toimintakykynä läheissuhteiden ja kontaktien määrällä, osallistumisena, harrastustoimintana sekä järjestöihin ja yhdistyksiin kuulumisena. Moni toimintakykymittari, kuten CDR (Clinical Dementia Rating), FIM™-järjestelmä (Functional Independence Measure) ja RAI-järjestelmä, sisältävät näitä tekijöitä. (Duodecim Terveyskirjasto 2009; Voutilainen & Vaarama 2005, 20). Seppäsen, Simosen ja Valveen (2009) kehittämällä sosiaalisen toimintakyvyn mittarilla arvioidaan, miten ikääntynyt käyttää sosiaalista toimintakykyään yhteiskunnan toimintaympäristöissä.

Elämänlaadun ympäristöulottuvuuden arviointiin ei ole omaa mittaria. Asumisen ja ympäristön kartoittamiseen keskittyviä menetelmiä on, mutta ympäristötekijöiden mittaaminen osana toimintakykyä on vähäistä. Helsingin sosiaali- ja terveysvirastojen yhdessä kehittämä Arjessa selviytymisen profiili -mittarilla arvioidaan ympäristötekijöitä, kuten asumismuotoa ja asunnon varustetasoa. (Voutilainen & Vaarama 2005, 20.)

Terveysteen liittyvää elämänlaatua mittaavista mittareista paljon käytettyjä ovat: Sickness Impact Profile (SIP), RAND -36, Nottingham Health Profile (NHP), Health Utilities Index (HUI), EuriQOL (EQ-5D), 15 D©, WHOQOL-Bref ja PSMG (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale).

Hyvien elämänlaatumittareiden puute näkyy ikääntyneiden palvelujärjestelmässä. Se heikentää muun muassa elämänlaatua edistävien interventtioiden, palveluiden ja palvelujärjestelmien arviointia. (Pitkälä ym. 2006, 114–115; Vaarama ym. 2008, 6–7.) Asiakkaan näkökulmasta asiakkaan elämänlaadun arviointiin kuuluu pitkäaikaishoivan laadun mittaaminen. Se edellyttää mittarilta kykyä tunnistaa asiakkaan arvio hoivayksikön olosuhteista, käytettävistä hoivamenetelmistä, hoivan peri-

aatteista ja eettisyydestä sekä niiden toteutumisesta ja laadusta. Tietoa tarvitaan myös hoivayksikön vuorovaikutuksen tilasta ja ihmissuhteista, sosiaalisten suhteiden ylläpitämisestä sekä asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä, henkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. (Vaarama ym. 2008, 28.)

## Yhteenveto elämänlaadusta

Paljon tutkittua elämänlaatua on vaikea määrittellä yksiselitteisesti. Ikään-tyneiden elämänlaatua on tutkittu vähemmän. Se muodostuu pitkälti samoista elementeistä kuin nuoremmilla, mutta sille ominaisiakin tekijöitä on löydetty. Käsitekirjosta huolimatta on laaja ymmärrys elämänlaadun objektiivisesta ja subjektiivisesta luonteesta sekä sen moniulotteisuudesta. Fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöulottuvuuden yksittäinen merkitys yksilön elämänlaadulle voi vaihdella. Elämänlaadun kokonaisuus voi vaihdella yksilökohtaisesti olosuhteiden tai ikäkausien mukaan ja jopa hetkestä toiseen. Sen kulttuuri- ja yksilöspesifisyydestä johtuen sen mittaaminen on vaikeaa. Lähtökohtana pidetään yksilön omaa määrittelyä. Myös niiden ihmisten elämänlaadun mittaaminen on tärkeää, jotka eivät itse voi kertoa oman elämänsä laadusta.

## 5 Tutkimusaineisto, sen hankinta ja aineiston analyysimetodit

### 5.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuksen viitekehys

#### Tutkimustehtävä

Tutkimuskysymykseni on:

1. Minkälainen on ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden elämänlaatu?

Seuraavilla lisäkysymyksillä tarkennan tutkimustani:

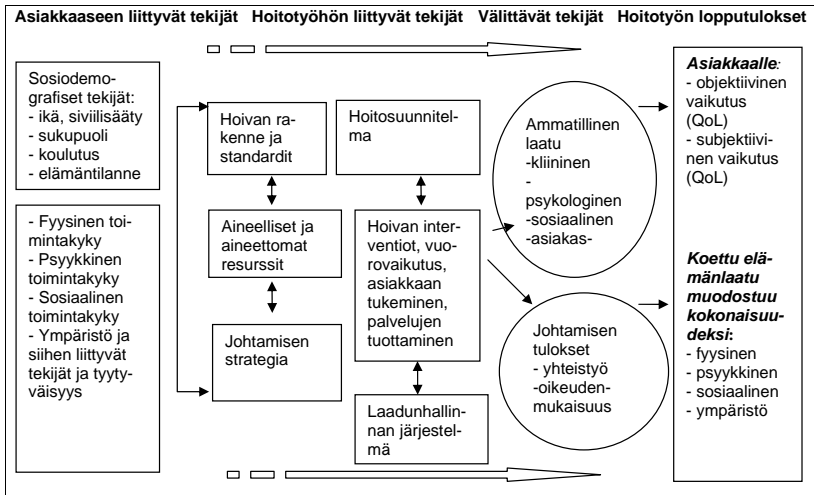
2. Millainen on ympärivuorokautisen hoivan hoidon laatu eli ammatillinen laatu?
3. Millainen on ympärivuorokautisen hoivan johtamisen laatu?

Kysymysten avulla lähestyn ympärivuorokautisen hoivan laadun kokonaisuutta ja etsin hoivan ammattityön ja johtamisen yhteyksiä asiakkaiden elämänlaatuun. Tulosten avulla pyrin selvittämään, millaista johtamista tarvitaan, jotta se kykenee luomaan ammattityölle edellytykset, joilla turvataan asiakkaille hyvä elämänlaatu. Käytännöllinen tavoite on pohtia, miten asiakkaiden elämänlaatua voidaan tukea sosiaalikuluttuuri- sen hoivan, gerontologisen hoitotyön ja johtamisen keinoin.

#### Care Keys -arviointimalli tutkimuksen viitekehystenä

Tutkimuksessani käytän ajatteluni apuna moniulotteista Care Keys -arviointimallia, joka perustuu hyvinvoinnin tuotantoteoriaan (Vaarama ym. 2008). Kehikko kokoaa yhteen asiakkaan, ammattityön sekä johtamisen laatu- ja toimintakäsitteet ja toimii tutkimukseni viitekehystenä (kuviot 6). Lähtökohdani on, että asiakkaan elämänlaatu on hoivan ylin tavoite ja tehtävä. Asiakkaaseen ja hänen elämänlaatuunsa liittyvät yksilölliset tekijät ovat asiakkaan resurssit. Ne kirjataan hoitosuunnitelmaan (hoitotyön suunnitelma, hoito- ja palvelusuunnitelma), joka tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa. Suunnitelma arvioidaan ja tarkistetaan aina tarvittaessa.

Tutkimuksen viitekehyksessä (kuvio 6) ammatillinen hoiva on hyvinvoinnin tuotanto -mallin mukainen tuote. Hoiva yhdessä gerontologisen hoitotyön ja hoidon kanssa vastaa hoitosuunnitelman mukaisesti asiakkaan tarpeisiin, ottaa huomioon hänen omat voimavaransa, vahvistaa ja kartuttaa niitä sekä kompensoi voimavarojen ja hyvinvoinnin vajeita. Intervention ja hoitosuunnitelman välillä on jatkuva reflektio, eli suunnitelma vastaa vanhuksen arjen muuttuviin tilanteisiin ja tarpeisiin. Ammatillinen työ perustuu gerontologiseen tietotaitoon, jossa keskeistä on elämänlaadun varmistaminen. Ammattityön tulokset muodostavat ammatillisen laadun, jota ohjaa aina tietty sovittu laadun tuottamisen järjestelmä (laadunhallinta).



Vaarama ym. 2008, 14

Kuvio 6. Tutkimuksen viitekehys Care Keys -arviointimallin mukaisena.

Asiakkaan elämänlaatua vahvistetaan sen kaikilla neljällä ulottuvuudella. Johtamisen laatu vaikuttaa ammatillisen työn laatuun ja asiakkaan kokemaan elämänlaatuun. Asiakkaan hyvinvointi ja hyvä elämänlaatu ovat hoivan lopputavoite, ja näyttöön perustuva ammatillinen hoivatyö ovat keinoja tavoitteen saavuttamiseen. Johtamisen tehtävä on tukea, mahdollistaa ja kontrolloida, että tavoitteiden ja standardien mukaisen ammattityön voimavarat käytetään tehokkaasti tuottamaan asiakkaille hyvää elämänlaatua.

## 5.2 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimukseni **kohderyhmä** on laaja ja koostuu erilaisista tekijöistä. Ensinnäkin se kohdistuu pitkäaikaishoidon ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatuun sekä hoivan ja johtamisen laatuun. Toiseksi tutkimus kohdistuu alueellisesti Keski-Suomen 11 kunnan pitkäaikaishoitoyksiköiden ammattityöhön ja kolmanneksi näitä yksiköitä johtaviin esimiehiin. Valitsin alueen, koska olen asunut ja työskennellyt siellä pitkään. Ennen tiedonkeruuta olin työskennellyt johtajana myös tutkimukseen osallistuneessa hoivasairaalassa, josta osallistujien määrä oli 7 prosenttia kaikista tutkimukseen osallistujista. Olen osallistunut tällä alueella myös useisiin ikääntyneiden hoivaa koskeviin tutkimus- ja kehittämishankkeisiin (ks. Räsänen 2006; 2007a, b). Aineistoa kerätessä työskentelin alueellisessa vanhuspalvelujen kehittämishankkeessa, jonka rahoitti sosiaali- ja terveysministeriö. Sain luvan kerätä tutkimusaineistoni hankkeen aikana, joten tutkimusluvan myönsi hankkeen hallinnoijana Jyväskylän kaupunki. Tutkimukseni ei muutoin kuulunut hankkeeseen.

Pitkäaikaishoidolla tarkoitan tässä tutkimuksessa terveyskeskuksen vuodeosastolla, vanhainkodissa ja tehostetussa palveluasumisessa annettavaa hoitoa ja hoivaa. Tutkimukseni *perusjoukon* muodostivat vuonna 2006 tutkimuskuntien pitkäaikaishoidossa olleet 1 373 henkilöä. Tehostetun palveluasumisen piirissä heistä oli 599 (44 %), terveyskeskuksen pitkäaikaishoidossa 265 (19 %), hoivasairaalassa 109 (8 %) ja vanhainkodissa 400 (29 %). Perinteisen laitoshoidon asiakkaat muodostivat selvän enemmistön perusjoukkoon kuuluvista. Kaikki tutkimuksen perusjoukkoon kuuluvat olivat siis ympärivuorokautisen hoivan tarpeessa.

Tutkimuksen kohteena oli myös ammattityö. Tutkimukseen osallistui yhteensä 33 hoitoyksikköä, joista 14 (42 %) edusti tehostettua palveluasumista, 9 (27 %) terveyskeskusta ja 10 (30 %) vanhainkotiä. Hoitoyksiköistä 12 prosenttia oli yksityisiä palvelukoteja. Kaikista tutkimuksessa mukana olleista hoitoyksiköistä neljä oli erikoistunut dementiahoitoon. Hoitoyksiköitä ovat muun muassa terveyskeskussairaaloiden ja vanhainkotien eri osastot, palveluasumisen yksiköt ja ryhmäkodit. Tuloksissa käytän hoitomuotoina terveyskeskussairaala, vanhainkotiä ja palveluasumista. Joissakin tuloksissa erittelen palveluasumisesta yksityiset hoitokodit.

Tutkimusyksiköissä oli yhteensä 59 esimiestä, jotka jakaantuivat hoitomuotojen osalta eri kunnissa hieman eri tavalla. Terveyskeskussairaalois-

sa esimiehinä olivat ylilääkäri, ylihoitaja ja osastonhoitaja. Isoimmista kunnissa heidän yläpuolellaan oli vielä yksi tai kaksi ylempään johtoon kuuluvaa henkilöä. Sosiaalipuolella vanhainkodeissa esimiehinä olivat sosiaalijohtaja, vanhustyönjohtaja/vanhainkodin johtaja, lähiesimies ja mahdollisesti tiiminvetäjä. Lisäksi isoimmista kunnissa sosiaalijohtajan ja vanhustyön- tai vanhainkodinjohtajan välissä oli yksi tai kaksi esimiestä, jotka toimivat tulosaluejohtajina.

Tutkimukseni perusjoukkoon kuuluvien asiakkaiden selviytymistä ja hoidon tarvetta oli arvioitu juuri ennen oman tutkimukseni tiedonkeruuta RAVA<sup>TM</sup>-toimintakykymittarilla ja -indeksillä (ks. Räsänen 2006; Räsänen & Valta 2007), jota hyödynnän myös tässä tutkimuksessa. Mittarin antama indeksi voi olla 1,29–4,02. Mitä suurempi on indeksin arvo, sitä suurempi on hoidon tarve. Arvojen erojen kaventumisesta huolimatta hoidon tarpeen ero oli silti merkittävä varsinaisen laitoshoidon ja palveluasumisen välillä (1–1½ pistettä). Palveluasumisessa arvojen keskiarvo 2,7 vastasi palvelutarpeena tehostettua kotihoitoa, ja laitoshoidon indeksin keskiarvo 3,5 laitoshoidon arvotavoitetta. Terveyskeskussairaalan asiakkaista 80–90 prosenttia ja vanhainkotien asiakkaista 40–70 prosenttia kykeni liikkumaan vain apuvälineiden turvin tai hoitajan avustamana. Tehostetun palveluasumisen asiakkaat kykenivät liikkumaan joko itsenäisesti, apuvälineellä tai henkilökunnan avustuksella. Virtsankarkailuongelmia oli tehostetussa palveluasumisessa 40–80 prosentilla ja laitoshoidossa yli 80 prosentilla hoidettavista. Ruokailussa avuntarve oli suurinta laitoksissa. Kaikkien hoitoyksiköiden vanhusten lääkkeiden ottamista oli valvottava. Puolet tehostetun palveluasumisen asiakkaista tarvitsi apua peseytymisessä ja pukeutumisessa, laitoshoidossa kaikki. (Räsänen 2006.)

Muistiongelmät olivat yleisiä. Tehostetussa palveluasumisessa vähintään joka kolmas ja enimmillään kaksi kolmesta kärsi keskivaikeasta muistiongelmasta, laitosten asiakkaista 80–85 prosenttia. Masennusoireet olivat tehostetussa palveluasumisessa yleisempiä kuin laitoksissa. Hoitopaikasta riippuen muistisairauteen liittyviä käytöshäiriöitä oli 10–20 prosentilla asiakkaista. Laitoshoidossa olevista suurin osa tarvitsi kaksi hoitajaa selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista. Laitoshoidon asiakkaista 47–66 prosentilla ja palveluasumisesta 27 prosentilla oli korkea hoidon tarve.

## Tutkimusjoukkoon valikoituminen ja aineistojen muodostuminen

Pitkäaikaisasiakkaiden (1373) kokonaismäärä oli liian suuri tutkimuksen läpiviemiseksi. Asetin tutkimusjoukon määrälliseksi tavoitteeksi noin puolet perusjoukosta, jotta se oli tutkimuksellisesti paremmin hallittavissa sekä riittävä analyysin pohjaksi. Tutkimusjoukon määrää suurensi ensinnäkin se, että arvioin mitattavien ominaisuuksien vaihtelevan tutkittavien yksilöiden ja yhteisöjen kesken. Varmistin, että tutkimusjoukko edusti tasapuolisesti asiakkaiden ikää, sukupuolta, hoitoaikaa, hoidon tarvetta ja eri hoitopaikkoja. Toiseksi sitä kasvatti useamman aineistonkeruutavan – haastattelun, havainnoinnin, asiakirjatarkastelun ja kirjekyselyn – käyttö. Kolmanneksi tutkimusjoukon rajauksessa pidin tärkeänä sitä, että tutkimuksessa oli mukana erikokoisia kaupunki- ja maaseutukuntia sekä hoitoyksiköitä. Hoitoyksiköt vaihtelivat huomattavasti kooltaan ja organisaatorakenteeltaan. Monissa kunnissa kaikki yksiköt olivat melko pieniä, ja joissakin kunnissa kaikki laitoshoidon yksiköt olivat suuria. Neljäntenä suunniteltu tilastollisten menetelmien käyttö asetti omat vaatimuksensa, sillä tilastollisten testien luotettava käyttö edellyttää vähintään viisi havaintoa (Nummenmaa 2008, 26). Viidentenä vaikuttajana olivat johtopäätösten tekemisen mahdollisuudet. Johtopäätösten tekemiseksi lähtökohtana oli, että saisin myös pienistä yksiköistä riittävästi osallistujia. Tätä tuki valtakunnallinen suuntaus keskittyä nimenomaan aiempaa pienempiin lähiyksiköihin, joka oli kuudes tutkimusjoukon valintaani vaikuttanut tekijä. Tavoitteenani oli saada tuloksia kunta- ja hoitoyksikkötasolla sekä alueellisella tasolla, jolloin tarvitaan vähintään 300 osallistujaa (Nummenmaa 2008, 26). Viitearvoissa mainitaan myös, että jos tutkimuksessa on alaryhmiä, ryhmän koko ei saisi jäädä alle 30 osallistujan. Taulukosta 4 selviää tutkimusaineistojen muodostuminen.

Taulukko 4. Tutkimusaineistojen muodostuminen.

Tutkimuskohde	Aineiston keruutapa	Osallistujien määrä
Ei-muistisairaat asiakkaat	Haastattelu	294
Muistisairaat asiakkaat	Havainnointi	385
Hoivan ammattityö	Asiakirjatarkastelu	679
Hoivan esimiehet	Kysely	41

Tutkimuskohteen monipuolisuus mahdollisti moniulotteisen laadun tarkastelun. Tutkimusjoukon heterogeenisuus edellytti tutkimusaineiston hankinnassa useita menetelmiä.

### Pitkäaikaishoidon asiakkaiden haastattelu- ja havainnointiaineistot

Ratkaisin osallistujien valinnan kehittämällä laskennallisen otantamallin (taulukko 5). Ajatuksena oli saada kaikenkokoisista yksiköistä, niin kaupunki- kuin maaseutukunnista, riittävästi osallistujia mukaan. Otin alle 20 asiakkaan yksiköistä kaikki asiakkaat mukaan tutkimukseen. Jos paikkaluku vaihteli 20–60 välillä, valitsin pohjaluvuksi 20 asiakasta ja lisäksi otin ylimenevästä määrästä mukaan kolmanneksen. Jos yksikön koko oli yli 60 asiakasta, otoksen pohjalukuna oli edelleen 20, minkä lisäksi otin mukaan joka kolmannen välillä 20–60 ja vielä joka neljännen 60 paikan ylittäneistä yksiköistä. Otantamenetelmä oli melko harkinnanvarainen. Se toteutti kuitenkin suhteellisen otannan periaatetta, koska otantakoko kasvoi paikkaluvun lisääntyessä. Tutkimusjoukon kasvu väheni suhteellisesti paikkaluvun kasvaessa, jotta tutkimusjoukko ei kasvanut liian suureksi. Kehittämäni laskennallinen otantamalli antoi tutkimusjoukoksi 745 asiakasta eli 54 prosenttia perusjoukosta.

Taulukko 5. Laskentamalli tutkimusjoukkoon otettavien asiakkaiden määrittämiseksi.

Toimiyksikön hoitopaikkojen määrä (n)	Laskentakaava	Tutkimusjoukko
0–20	kaikki osallistuvat	kaikki asiakkaat
21–60	$20 + 1/3 \times (n - 20)$	20–33
61–	$20 + 1/3 \times (60 - 20) + 1/4 \times (n - 60)$	33 tai enemmän

Tutkittavien valikoimiseksi perusjoukosta (1373 asiakasta) poimin aakkosjärjestyksessä parittomana päivänä syntyneet. Mikäli en näin saanut laskennallista määrää täyteen, poimin mukaan myös parillisena päivänä syntyneitä aakkosjärjestyksessä alkaen aakkosten lopusta. Tutkimukseen osallistumiseksi pyysin kirjallisen luvan vanhukselta itseltään, hänen omaiseltaan tai muulta hänen asioitaan hoitavalta henkilöltä. Uudistin lupapyyynnön kerran. Sain luvan yhteensä 682 asiakkaan osallistu-



miseen. Hylkäsin kolmen vanhuksen havainnointitiedot niissä esiintyneiden systemaattisten virheiden vuoksi. Lopullinen tutkimusjoukko oli 679 vanhusta eli 49 prosenttia perusjoukosta.

Tutkimusjoukkoon kuuluvista henkilöistä 63 prosenttia asui laitoksessa ja 37 prosenttia tehostetussa palveluasumisessa (taulukko 6). Perusjoukosta 44 prosenttia asui palveluasumisessa ja 56 prosenttia laitoshoidossa. Perinteisen laitoshoidon painottuminen ei ollut tavoiteltua mutta ei haittakaan. Mahdollisimman kattavan kuvan saaminen laitoshoidon laadusta oli perusteltua, sillä laitoshoidon vähentäminen oli valtakunnallinen tavoite.

Taulukko 6. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden jakautuminen eri hoitomuotoihin.

Hoitomuoto	Perusjoukko %	Tutkimusjoukko %
Terveyskeskussairaala (TKS)	19	19
Hoivasairaala (HS)	8	7
Vanhainkoti (VK)	29	37
Palveluasuminen (PAS)	44	26
- Hoitokodit (HK, ryhmäkotityyppinen palveluasuminen)		11
- (Hoitokodeista yksityiset)		(6)
<b>Yhteensä</b>	100 %	100 % (N=679)

Asiakkaiden tutkimusjoukko edustaa perusjoukkoa ikärakenteeltaan hyvin (taulukko 7). Yli 85-vuotiaiden osuus jää tutkimusjoukossa perusjoukkoa pienemmäksi. Heidän osallistumistaan heikensi omaisten nihkeämpi tutkimuslupien antaminen. Saadun palautteen mukaan osa omaisista ei pitänyt mahdollisena tai edes tärkeänä tutkia näin huonokuntoisten elämänlaatua. Tutkimusjoukko edustaa perusjoukkoa myös sukupuolen mukaan hyvin (taulukko 7).

Taulukko 7. Asiakkaiden jakautuminen perus- ja tutkimusjoukkoon iän mukaan.

	Perusjoukko %	Tutkimusjoukko %
alle 65-vuotiaat	3	3
65–74-vuotiaat	12	14
75–84-vuotiaat	44	46
yli 85-vuotiaat	41	37
miehet	28	26
naiset	72	74
yhteensä	100	100
	N=1373	N=679

Otantatutkimuksella on käytännössä vaikea tavoittaa kaikkia tutkimusryhmiä. Otanta on kuitenkin tehty niin, että se muistuttaa perusjoukkoa kaikilta ominaisuuksiltaan niin paljon kuin mahdollista (Nummenmaa 2008, 21).

### Asiakkaiden hoitotyön asiakirja-aineisto

Toinen laaja aineisto muodostui tutkimukseen osallistuneiden vanhusten hoitotyön asiakirjatarkastelun perusteella. Asiakirjoista kerättiin vanhusten hoitamiseen liittyvää tietoa strukturoidulla tiedonkeruun menetelmällä (liite 1). Tiedonkeruu tapahtui vasta onnistuneen haastattelun tai havainnoinnin jälkeen.

### Johtamisen aineisto

Strukturoitu johtamisen ja talouden kysely kohdentui hoitoyksiköiden kaikille esimiehille, joita oli yhteensä 59. Heistä 41 eli 70 prosenttia suostui tutkimukseen. Vastausprosentti on melko hyvä. Katoa aiheutui siitä, etteivät kolmen kunnan ja kaikkien yksityisten yksikköjen esimiehet palauttaneet lainkaan kyselykaavakkeita. Sosiaalijohtajat olivat haluttomia vastaamaan, sillä vain yhden kunnan sosiaalijohtaja palautti kyselykaavakkeen. Kolme sosiaalijohtajaa oli delegoinut kyselyyn vastaamisen lähiesimiehelle. Itse en osallistunut omien hoitoyksikköjeni johtajakyselyyn.

## Tiedonkeruu

Jaoin tietojen hankkimista varten pitkäaikaishoidon asiakkaat kahteen ryhmään heidän kognitiivisen tasonsa mukaan. Kognitiotason arvioinnissa käytin 20 osa-alueita sisältävää MMSE-arviointia, jolla arvioidaan orientaatiota, keskittymistä, muistia, kielellisiä toimintoja ja hahmottamista (ks. Hänninen & Pulliainen 2001, 348–357). Testin validiteetti ja reliabiliteetti ovat hyvät. Testiä ei voitu tehdä kaikille heidän muistisairautensa vuoksi. Mikäli MMSE-arvioinnin tulos oli 16–18 pistettä, haastattelun mahdollisuuden arvioin käyttämällä lisäksi RAVA-toimintakykyarviota. Käytännössä päädyin useimmiten havainnointiin. Havainnointi tehtiin aina niille vanhuksille, joiden MMSE-arvo oli 15 tai vähemmän. Haastattelu onnistui 294 asiakkaalta ja havainnointi 385 asiakkaalta. Haastateltavien ja havainnoitavien asiakkaiden määrät on esitetty hoitomuodoittain taulukossa 8.

Taulukko 8. Tutkimukseen osallistumisen tapa hoitomuodoittain.

	Terveyskeskus-sairaala f (%)		Hoivasairaala sairaala f (%)		Vanhainkoti f (%)		Palvelu- asuminen f (%)		Yhteensä f (%)	
Haastattelu	19	(15 %)	23	(51 %)	92	(36 %)	160	(63 %)	294	
Havainnointi	108	(85 %)	22	(49 %)	162	(64 %)	93	(37 %)	385	
Yhteensä	127	(100 %)	45	(100 %)	254	(100 %)	253	(100 %)	679	
		(19 %)		(7 %)		(37 %)		(37 %)		(100 %)

Kaikki tiedonkeruun lomakkeet olivat Care Keys -mittaristosta. Haastattelumittari (CLINT-IC) oli lyhennetty versio (liite 1). Testasin sen itse viidellä ikääntyneellä henkilöllä. Koska tutkimusjoukko oli suuri, ja oma työpaikkani kuului tutkimukseen osallistuneisiin laitoksiin, minun ei ollut mahdollista kerätä aineistoa itse. Kaksi opiskelijaa, joista toinen oli sosionomiopiskelija ja toinen lääketieteen opiskelija, tekivät haastattelut kesän 2006 aikana. Tein opiskelijoiden kanssa erillisen sopimuksen vaitiolovelvollisuudesta. Lomakkeen testauksesta saamieni kokemusten perusteella perehdytin opiskelijat tehtävään. Kävimme läpi ongelmatilanteita, kuten osallistujan kommunikaatio-ongelmia, tutkimuksesta kieltäytymistä ja väsymistä kesken haastattelun. Ennen haastattelua haastattelijat keskustelivat henkilökunnan kanssa vanhuksen tilanteesta ja huomioon otettavista asioista. Haastattelun alussa he kertoivat asiakkaalle lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimuksen tekijästä ja siitä, että haastateltavana hänellä oli mahdollisuus tarvittaessa keskeyttää kes-

kustelu. Haastattelun kesto vaihteli puolesta tunnista tuntiin. Haastattelijat kokosivat päivittäin saamansa tiedot yhteen, ja lääketieteen opiskelija kirjasi ne päivän päätteeksi sekä Excel- että SPSS-ohjelmalla.

Havainnoitavien ryhmään valikoituneiden observointi toteutettiin syksyn 2006 ja kevään 2007 aikana. Hoitoyksiköiden hoitajat, mieluummin havainnoitavan omahoitaja, observeivat. Tutkimuksen organisoinnin ja neutraalisuuden takaamiseksi jokaisessa hoitoyksikössä toimi yhdyshenkilö, jonka tehtävänä oli ohjata tiedonkeruuta antamiensa suullisten ja kirjallisten ohjeiden avulla. Havainnoinnissa käytettiin kahta erilaista arviointimenetelmää (Qualid ja Cornell), jotka oli koottu yhdeksi lomakkeeksi (liite 2). Keskeisiä havainnoitavia asioita olivat elämänlaatua kuvaavat asiat, mielialaan liittyvät oireet, käyttäytymiseen liittyvät häiriöt ja fyysiset oireet. Lomakkeen täyttäminen kesti 10–15 minuuttia. Havainnointi toteutettiin kertaluonteisena, mutta asiakkaalla esiintyviä oireita ja löydöksiä arvioitiin havainnointia edeltäneen viikon perusteella. Fyysisestä sairaudesta tai toimintakyvystä johtuvat oireet erotettiin erilleen.

Ammatillisen työn laadun selvittämiseksi haastattelijat tekivät InDex-arvioinnin (liite 3) keräämällä tietoja haastateltujen ja havainnoitujen asiakkaiden asiakaskertomuksista sekä hoito- ja palvelusuunnitelmista. Haastattelijoina toimineet opiskelijat keräsivät tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden hoitotyön asiakirjoista tietoja heidän asumisestaan, toimintakyvystään, avun tarpeestaan ja saannistaan, kliinisen hoidon tuloksellisuudesta sekä hoito- ja palvelusuunnitelmissa kirjatusta hoidon ja palvelun tavoitteista. Asiakirja-aineiston keruu-aika vei asiakasta kohden 30 ja 80 minuuttia riippuen muun muassa siitä, kirjattiinko yksikössä manuaalisesti vai elektronisesti.

Hoitoyksiköiden esimiehille suunnattu johtajakysely toteutettiin syksyn 2006 ja kevään 2007 aikana. Johtajatiedot kerättiin siihen tarkoitukseen tehdyllä ManDex-kyselykaavakkeella (liite 4). Toimitin kyselykaavakkeet tutkimuskuntien sosiaali-, terveys- tai vanhustyön johtajille, joiden toivoin jakavan edelleen kaavakkeet oman organisaationsa hoitoyksiköille. Mahdollisesti kesäajasta johtuen kyselyjen levitys ja palautus tapahtuivat hitaasti.

## Tutkimukseen osallistuneet kunnat

Tutkimukseen osallistuneet kunnat olivat suurimmasta pienimpään Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Laukaa, Muurame, Keuruu, Hankasalmi, Korpilahti, Petäjävesi, Uurainen, Toivakka ja Multia, joiden yhteinen väestömäärä oli 177 000 asukasta vuonna 2006. Maantieteellisesti tutkimusalue ulottui itä-länsisuunnassa läpi koko Keski-Suomen maakunnan kuntien äärirajojen välisten maksimietäisyyksien ollessa 170 kilometriä. Keski-Suomen maakunta on Suomen 20 maakunnasta asukasluvultaan viidenneksi ja pinta-alaltaan kuudenneksi suurin (Tilastokeskus 2009). Kuntien ikärakenne poikkesi toisistaan. Muuramessa 75-vuotiaiden osuus oli tutkimuksen tekohetkellä 4,2 prosenttia ja Multialla 14 prosenttia. Liitetaulukossa 1 ovat kuntakohtaiset väestötiedot, yli 75-vuotiaiden osuus sekä RAVA-arvioinnin hoitomuotokohtaiset keskiarvotiedot.

Tutkimuskuntien terveydenhuollon tuotti terveyskeskus tai terveyskeskuskuntayhtymä. Myös pitkäaikaishoidon järjestämisessä kunnat erosivat jonkin verran. Jyväskylän maalaiskunta, Petäjävesi, Toivakka ja Uurainen muodostivat väestöpohjaltaan 44 000 asukkaan Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän. Jyväskylän maalaiskunnassa ja Petäjävedellä ei ollut vanhainkotia, vaan raskas hoivahoito oli organisoitu hoivasairaalana terveydenhuollossa. Laukaan terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito oli siirretty hallinnollisesti sosiaalitoimeen vanhainkodin hoivaosastoksi. Laukaassa kaiken palveluasumisen tuotti yksityinen taho. Keuruu ja Multia muodostivat terveydenhuollon kuntayhtymän, josta tutkimukseen osallistui terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito. Muurame ja Korpilahti toimivat yhdessä terveydenhuollon kuntayhtymänä. Muuramessa ei ollut kunnallista vanhainkotia, vaan vain säätiöpohjaista palveluasumista. Kuntien ja hoitoyksiköiden halukkuus osallistua tutkimukseen vaihteli, mikä näkyy taulukon 9 kuntatiedoissa. Kuntatieto puuttui kahdelta tutkittavalta, joten kuntatiedoissa tutkimusjoukko oli 680.

Taulukko 9. Tutkittavien jakautuminen haastatteluun ja havainnointiin kunnittain.

Kunta	Tutkittavien määrä	Havainnointi	Haastattelu	Prosenttiosuus tutkimuksesta
Jyväskylä	280	150 (54 %)	129 (46 %)	41 %
Jyväskylän maalaiskunta	94	67 (71 %)	27 (29 %)	14 %
Laukaa	45	33 (73 %)	12 (27 %)	7 %
Keuruu	40	16 (40 %)	24 (60 %)	6 %
Muurame	27	8 (30 %)	19 (70 %)	4 %
Hankasalmi	34	25 (73 %)	9 (26 %)	5 %
Korpilahti	48	36 (75 %)	12 (25 %)	7 %
Petäjävesi	12	10 (83 %)	2 (17 %)	2 %
Uurainen	33	13 (39 %)	20 (61 %)	5 %
Toivakka	31	12 (39 %)	19 (61 %)	4 %
Multia	37	16 (43 %)	21 (57 %)	5 %
<b>Yhteensä</b>	<b>680*</b>	<b>388 (57 %)</b>	<b>294 (43 %)</b>	<b>100</b>

\*Kuntatieto puuttui kahdelta tutkittavalta.

Osallistujien määrä vaihteli kuntien kesken siten, että kuntien omasta tai yksityisestä palveluasumisesta mukana oli 17–70 prosenttia asiakkaista ja laitoshoidosta 39–83 prosenttia. Tiedoissa ovat myös ne kolme, joiden havainnointitulokset hylkäsivät.

### 5.3 Tutkimuksessa käytetyt arviointimenetelmät

Tutkimuksessa käytettiin Care Keys -instrumentteja, jotka kehitettiin ja testattiin EU:n rahoittamassa projektissa vuosina 2003–2006. Mittariston käyttäminen tutkimuksessani perustui siihen, että minulle tarjottiin mahdollisuutta pilotoida mittaristoa. Lisäksi se mahdollisti asiakkaan elämänlaadun, ammatillisen laadun ja johtamisen laadun yhteyksien keskinäisen tarkastelun. Projektiin osallistuivat Iso-Britannia, Ruotsi, Saksa, Suomi, Viro sekä alussa myös Espanja. Projektissa kehitettiin lähestymistapoja, malleja ja indikaattoreita palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja resurssien käytön tehokkuuden arviointiin. (Vaarama ym. 2008, 3–18.) Care Keys -konsortiolta oli suostumus Care Keys -mittariston käyttöön tässä tutkimuksessa.

Mittariston teoreettinen viitekehys pohjaa hyvinvoinnin tuotanto-teoriaan (The Production of Welfare, PoW), jossa hoitotyö nähdään elämänlaatua välittäväksi tekijäksi ja hyvinvointi lopputuotteena (Vaa-

rama ym. 2008, 5–6). Teoria on alkujaan kehitetty Isossa-Britanniassa vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen tehokkuuden arviointiin (Knapp 1984, 1–3, 14). Mallia pidetään perinteistä tuotantoteoreettista lähestymistapaa laajempänä, koska se yhdistää aineelliset ja aineettomat voimavarat tuottamaan hyvinvointia, ja myös tavoitteiden, toiminnan sekä tuotosten välinen yhteys korostuu. Tuotokset voivat olla lopputuotoksia tai välittäviä tuotoksia. Tässä tutkimuksessa lopputuotoksena syntyneet hoitotulokset on saavutettu asiakkaalle hoivan interventiolla. Yksilöllinen hyvinvoinnin lopputuotos mittaa muutoksia asiakkaan hyvinvoinnissa verrattuna hänen hyvinvointiinsa ilman saatuja palveluja. Välittävinä tuotoksina syntyvien palvelujen avulla voidaan mitata palvelujärjestelmän suorituskykyä asetettujen tavoitteiden toteuttamisena. Ne eivät kuitenkaan yksinään kykene mittaamaan asiakkaiden hyvinvointimuutoksia. (Vaarama 1995, 57, 97.)

### Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Perusjoukon kuvaamisessa ja vanhusten tutkimusjoukon valinnassa käytin seuraavia mittareita:

1. **RAVA™-toimintakykymittari** arvioi hoidon tarvetta ja sisältää toimintakyvyn arvioinnin, mielialatestin ja hoitajan subjektiivisen arvion hoidon raskaudesta. Mittarilla saadaan summaindeksi, ja hoidon tarve on sitä suurempi, mitä korkeampi indeksin arvo on. Arvot voidaan jakaa eri indeksiluokkiin avun tarpeen ja palvelujen mukaan. (Lahtinen ym. 1999.) Mittari mittaa kognitiota vain vähän. Mittarin validiteetista ja reliabiliteetista ei ole selkeää näyttöä (Toimia-verkosto 2011).
2. **MMSE-testi** arvioi kognition tasoa. Se sisältää 20 osa-aluetta, joilla arvioidaan orientaatiota, keskittymistä, muistia, kielellisiä toimintoja ja hahmottamista. Korkein pistemäärä on 30. Normaalin ja lievästi heikentyneen rajaksi on esitetty pistemäärää 24/30, joskus myös 25–26/30. Tason on todettu olevan riippuvainen iästä ja koulutustasosta. Testin validiteetti ja reliabiliteetti ovat hyvät. (Hänninen & Pulliainen 2001, 348–357.)

Varsinainen aineisto kerättiin käyttäen seuraavia valideja arviointivälineitä (Vaarama ym. 2008):

1. **CLINT-IC-Bref** (lyhyt versio) strukturoitu haastattelulomake (liite 1) on tarkoitettu ympärivuorokautisen hoidon asiakkaille, joiden kognitiivinen taso mahdollistaa haastattelun. Tässä tutkimuksessa mittari oli lyhennetty versio, joka on noin puolet pidemmästä Care Keys -versiosta. Mittarin sisään on rakennettu yhdeksän hyvän hoidon laatu-ulottuvuutta, jotka edesauttavat asiakkaan hyvää elämänlaatua: 1. hoidon tarkoituksenmukaisuus, 2. hoidon jatkuvuus, 3. työntekijöiden ammatillinen pätevyys ja taidot, 4. vuorovaikutuksen laatu henkilökunnan ja asiakkaan välillä, 5. asiakkaan autonomia, 6. turvallisuus, 7. terveydenhoidon tulokset, 8. hoitotyön tulokset ja 9. tyytyväisyys hoitoon (Vaarama ym. 2008, 115). Laajempi mittari-versio sisältää myös sosiaalityön tulokset. Lomake sisältää henkilön taustatiedot, hoitoympäristön koetun laadun, koetun hoidon laadun, toimintakyvyn, avun tarpeen ja koetun elämänlaadun. Vastausasteikko on pääasiassa viisiportainen. Kokonaispistemäärä on 51 kysymyksestä 80 pistettä. Asiakkaan koetun elämänlaadun arviointiosiossa on kolme kysymystä PGMS-mittarista (Lawton 2003) ja 13 kysymystä WHOQOL-Bref -elämänlaatumittarista (World Health Organisation Quality of Life Assessment), jotka osoittautuivat Care Keys -tutkimuksessa kaikkein tärkeimmiksi iäkkäille (Vaarama ym. 2008, 19–44).

PGMS-mittarin ulottuvuudet ovat levottomuus, asenne omaan ikääntymiseen sekä yksinäisyys / tyytymättömyys. Vastaaminen tapahtuu kyllä/ei-asteikolla. WHOQOL-Bref-mittari on reliabiliteetiltaan hyvä, ja se on testattu jokaisessa maanosassa 23 maassa (WHOQOL Group 1998, 551–558). Kysymyksistä muodostuu neljä ulottuvuutta, jotka mittaavat elämänlaadun fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja ympäristöulottuvuutta. Lisäksi yleisestä elämänlaadusta ja koetusta terveydestä on kummastakin yksi kysymys. Lomakkeen 51 kysymyksen tuloksena syntyy elämänlaadun profiili. Lisäksi jokaiselta osaluodelta voi laskea erilliset pisteet, jolloin muodostuu kuva henkilön kokemasta elämänlaadusta kullakin ulottuvuudella. Elämänlaatusiis- teet saadaan laskemalla vastausten antamat pisteet yhteen. Suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua. Pisteet voi myös skaalata asteikolla 0–100.

2. **QUALID**-arviointimenetelmä (liite 2) soveltuu vaikeaa dementiaa sairastavien psyykkisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun havainnointiin. Mittari on kehitetty erityisesti keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastaville. (Weiner ym. 2000, 114–116.) Mittari jakautuu taustatieto-osioon ja varsinaiseen elämänlaatuosioon, jossa on 11 kysymys-



tä. Asteikko on viisiportainen. Mitä alhaisempi pistemäärä on, sitä parempi on elämänlaatu. Kokonaispistemäärä on 11–55 pistettä.

3. **CORNELL**-arviointimenetelmä (Cornell Scale for Depression in Dementia, CSDD, liite 2) mittaa erityisesti ikääntyneiden dementia-potilaiden depressio-oireita ja tunnistaa niiden vaikeusasteen (Alexopoulos ym. 1988). Arviointi tehdään haastattelemalla tai havainnoimalla. Cornell on validi mittari sekä dementoituneiden että ei-dementoituneiden ikääntyneiden masennuksen seulonnassa (Alexopoulos ym. 1988; Kørner ym. 2006). Mittarin 19 kysymystä kuvaavat masentuneisuutta viidellä osa-alueella: mielialaan liittyvät oireet, käyttäytymiseen liittyvät häiriöt, fyysiset oireet, säännöllisesti toistuvat ilmiöt sekä vääristyneet mielikuvat. Mittaria voidaan käyttää haastatteluun tai havainnointiin. Asiakkaalla esiintyviä oireita ja löydöksiä arvioidaan havainnointia edeltäneen viikon perusteella. Arviointiasteikko on: oireita ei esiinny (0 pistettä), lievää oireilua (1 pistettä) tai vakavaa oireilua (2 pistettä). Kokonaispistemäärä on 0–38 pistettä. (Alexopoulos ym. 1988; Sixsmith, 2008.) George Alexopouloksen mukaan mittarin yhteispistemäärä >10 viittaa mahdolliseen vakavaan masennukseen, yhteispistemäärä >18 viittaa vakavaan masennukseen ja yhteispistemäärä <6 viittaa vakavien depressio-oireiden puuttumiseen.
4. **InDEX**-lomakkeella (liite 3) poimittiin hoitoasiakirjoista keskeisiä hoidon ammatillista laatua koskevia tietoja asiakkaan asumisolosuhteista, avun tarpeesta, hoidon tavoitteellisuudesta, hoidon toteutumisesta sekä hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen laadusta.
5. **ManDEX**-lomakkeella (liite 4) kerättiin organisaation eri tason johtajilta tietoa palveluorganisaatiosta, henkilöstöstä, resursseista, johtamisstrategioista ja johtamisen itsearvioidusta laadusta. Mittari sisälsi kaavakkeen taloustiedoista, resursseista ja tuotoksista.

## **5.4 Tutkimusaineiston analyysissä käytetyt tilastomenetelmät**

Kerätty aineisto on tallennettu Excel- ja SPSS-ohjelmilla. Aineiston tarkastus ja muokkaukset on suoritettu SPSS-ohjelmalla. Aineiston analysoinnissa on käytetty SPSS- ja SAS-ohjelmia sekä kuvaamises-

sa ryhmien keskiarvoja ja keskihajontoja sekä riippuvuuden osalta korrelaatiokertoimia. Korrelaatiokertoimien tilastollisella testauksella selvitin riippuvuuden merkitsevyyttä muuttujaparien välillä. Suuria ta-pausmääriä tutkittaessa jo varsin pienetkin korrelaatiot voivat osoittautua tilastollisesti merkitseviksi, joten tulkinnoissa painotin myös sisällöllistä merkittävyyttä (Heikkilä 2005, 206). Korrelaatiokertoimista muodostin korrelaatiomatriisin. Käytin myös  $\chi^2$ -riippumattomuustestistä ja epäparametrisia testejä. Esitän tuloksista tilastollisen merkitsevyyden ja useissa tilanteissa vain tilastollisesti merkitsevät tulokset (ts. kun  $p < 0,05$ ). Prosenttiosuuksia ja keskiarvoja koskevat tulokset kuvaan pylväskuvajoina, kahden muuttujan yhteishajonnan jatkuville muuttujille hajontakuvioidina ja diskreeteille muuttujille ristiintaulukkoina.

Osa tutkimuksen muuttujista kerättiin käyttäen arviointiasteikkoja. Käytin faktorianalyysia (Heikkilä 2005, 236–249) asteikon kysymysten rakenteen tarkasteluun. Faktorianalyysillä halusin syventää mittareiden antamaa tietoa, mutta myös testata itse mittareidenkin toimintaa. Tässä käytin eksploratiivista analyysiotetta (EFA), koska minulla oli oletus siitä, millainen teoria yhdistää tutkittavana olevia muuttujia. Analyysi suoritettiin Mplus-ohjelmalla, koska kyseinen ohjelma pystyi ottamaan huomioon muuttujien diskreetin mitta-asteikon tason. Faktorien lukumäärän päättelin perustuen faktorirakenteen sisällölliseen tulkittavuuteen, Cattelin scree-testiin (Cattell 1966) ja faktorirakenteen rinnakkais-analyysiin (Enzmann 1997). Vaikka faktoreiden korrelaatio vaikeuttaa faktorirakenteen tulkintaa, faktoreiden annettiin korreloida keskenään. Tämä oli tässä perusteltua, koska faktoreiden väliltä löytyi selkeää korrelaatiota.

Asteikkomuuttujista laskettiin jatkotarkasteluja varten summamuuttujat, joita analysoitiin käyttämällä yleisiä lineaarisia malleja (varianssi- ja regressioanalyysia, ks. esim. Heikkilä 2005, 236–249). Ammattityön osalta tarkastelin InDex-osion muuttujia löytääkseni keskeiset hoidon laadun tekijät, joilla on merkitystä asiakkaan kokemalle elämänlaadulle. ManDex-osion tietoja hyödynsin ryhmittämällä yksittäisten kysymysten vastausluokkia summamuuttujiksi suurempien asiakokonaisuuksien mukaan. Regressioanalyysiin yhdistin kaikki aineistot, kun tarkastelin laitostason selittävien muuttujien vaikutusta asiakkaan elämänlaatuun. Näissä tarkasteluissa on käytetty lineaarista regressiomallia yleistettyjen lineaaristen mallien viitekehksessä.

## **5.5 Tutkimuksen etiikka, validiteetti ja reliabiliteetti**

Tutkimuksen luotettavuutta arvioin tarkastelemalla aineistonkeruuta, mittaamista ja tulosten luotettavuutta. Tutkimusmenetelmien avulla syntyy kattava kuva ympärivuorokautisen hoivan kokonaisvaltaisesta laadusta asiakkaan, ammattityön ja johtamisen dimensioista. Kuvaa ohentavat tiukasti strukturoidut arviointimenetelmät, jotka olivat kuitenkin välttämättömiä, koska suurin osa tutkittavista oli huonokuntoisia. Esimerkiksi haastattelussa avoimiin kysymyksiin vastaaminen olisi ollut heille vaikeaa, jopa mahdotonta.

Kävin henkilökohtaisesti jokaisessa tutkimuksessa mukana olleessa kunnassa esittelemässä tutkimukseni suunnitelman ja sopimassa käytännön järjestelyistä ylimmän johdon kanssa. Hoitoasiakirjojen tarkastelu voidaan katsoa organisaatioiden työn tutkimiseksi. Tähän sain kunkin yksikön johdolta luvan, joka samalla velvoitti hoitohenkilökuntaa avustamaan tutkimuksessa tarvittavalla tavalla (Kuula 2006, 145).

Tutkijana korostui eettinen vastuuni, koska tutkimus kohdistui ihmisten henkilökohtaisiin kokemuksiin. Eettisesti oli tärkeää huomioida, etten tutkimuksellani aiheuttanut tutkimukseen osallistuneille haittaa. (Kuula 2006, 75, 80.) Tutkimusaineiston hankintaa ohjasi tutkimukseen osallistuvien yksityisyyden kunnioittaminen. Tutkimukseni kohteena olivat asiakkaiden kokemukset, myös tutkiessani viranomaisen toiminnan tuloksellisuutta (hyvinvoinnin tuotannon kykyä elämänlaadun tuottamisessa).

Henkilörekisteri muodostui henkilötietolain säädösten mukaisesti. Tutkijana toimin itse rekisterinpitäjänä. Aineiston säilyttämisessä tutkimuksen jälkeen noudatan luottamuksellisuuden periaatetta, eli säilytän aineiston ohjeiden mukaisesti. (Kuula 2006, 82–85, 88–89, 105).

### **Haastattelututkimus**

Tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamisessa oli keskeistä, että tutkittavalla säilyi mahdollisuus kontrolloida sitä, kenelle ja missä tarkoituksessa hän kertoi omista asioistaan. Haastateltavien kognitiivisten kykyjen arvioinnilla varmistin, että haastatellut henkilöt ymmärsivät, mistä tutkimuksessa oli kyse.

Haastattelututkimukseen osallistuminen ja asiakirjojen tarkastelu edellyttivät suostumusta (liite 5), jonka tuli olla vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen tahdonilmaisu (Kuula 2006, 85). Luvan antoi tutkittava itse tai hänen edustajansa, mikäli tutkittavalla oli muistisairaus. Lupa korosti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Se oli yksilöity, kirjallinen ja oikeutti minut tutkijana käsittelemään sekä säilyttämään tutkitavan henkilötietoja. Tutkittavien motivoimiseksi kerroin saatekirjeessä, millaista uutta tietoa tavoittelin tutkimuksella ja miten tutkimustuloksia tulevaisuudessa kenties hyödynnetään.

Ulkopuoliset tiedonkerääjät lisäsivät haastattelun ja asiakirjatietojen keruun luotettavuutta. He olivat vaitiolovelvollisia ja perehdytetty tehtäväänsä huolella. Haastattelijat pyrkivät tekemään haastattelutilanteesta rauhallisen ja valitsemaan ajankohdan hoitohenkilökunnan avustuksella haastateltavan aktiiviatason mukaan parhaiten sopivaksi. Haastatteluaineiston erojen minimoimiseksi käytin vain kahta samalla tavalla perehdytettyä haastattelijaa. Haastattelijat eivät saaneet ohjata vastaamista, ottaa kantaa tai provosoida ja kysymykset tuli esittää aina samassa muodossa.

## Havainnointitutkimus

Havainnointitutkimukseen osallistumisesta päätti lähiomainen (vrt. Kuula 2006, 148). Informoidun suostumuksen takaamiseksi tutkimukseen osallistuvien lähiomaiselle kerrottiin tutkimuksen tekijästä, tarkoituksesta ja aineistojen käytöstä. Tutkimus koettiin tärkeäksi, eikä sen oletettu häiritsevän vanhusten tai laitosten elämää ja normaalitoimintoja. Havainnoinnin etuna oli, että se tapahtui vanhuksen luonnollisessa ympäristössä, ja sen tekivät vanhuksen hyvin tuntevat henkilöt. Havainnointiin liittyviä riskejä käsitelmin luvussa 4.5. Riskeistä huolimatta havainnointi toimi arviointimenetelmänä. Vanhusten oikeus kunnioittavaan kohteluun ohjasi tutkimuksen tekoa ja siitä raportointia.

Havainnointi sopi menetelmäksi, koska tutkittavilla oli kielellisiä ja kognitiivisia vaikeuksia. Havainnoinnin validiteettia pidetään usein ongelmallisena. Elämänlaadun mittaaminen havainnoimalla herättääkin kysymään, onko havainnointi relevantti mittaustapa tutkittaessa yksilön omakohtaista elämänlaatua. Voiko toinen ihminen arvioida toisen yksi-

lön tunteita ja elämänlaadulle ominaisia subjektiivisia kokemuksia? Tutkimuksen objektiivisuutta saattavat heikentää havainnoijan emotionaalinen sitoutuminen tai asenne tutkittavaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 208.)

Organisaatiokulttuuri, organisaation odotukset, toimintafilosofia sekä yksikön vanhuskäsitys, arvomaailma, sisäinen toimintakulttuuri, totutut tavat ja imago voivat vaikuttaa siihen, että toisten avusta riippuvaisten henkilöiden elämänlaatua pidetään huonona ja sen mittaamista turhana. Pyrin ennakoimaan sen sekä metodiin liittyvät riskit ohjaamalla yhdyshenkilöitä oikeanlaiseen havainnointiin. Havainnointi oli strukturoitua ja systemaattista. Ohjasin havainnointia kohdistumaan vanhuksen eleisiin, ilmeisiin, asentoon ja sen vaihtamiseen, liikehdintään sekä kipujen aiheuttamiin kärsimyksiin ja ilmauksiin.

Vaikka tutkimukseni suuntautuikin ikääntyneisiin ympärivuorokautisen hoivan asiakkaisiin, otin tutkimukseen mukaan myös alle 65-vuotiaat asiakkaat. Tämän marginaaliryhmän (3 %) mukanaolo on mielestäni eettisesti oikeutettua, sillä he kuuluivat tutkimuksen kohteena olevien hoivapalvelujen asiakaskuntaan. Eettisesti oikeana ja tärkeänä pidin myös sitä, että kognitiivisesti heikompi kykyiset saivat osallistua tutkimukseen. Tulevaisuudessa iso osa ikääntyneistä palvelun saajista kuuluu tähän ryhmään, joten on tärkeää saada tietoa heitä koskevista asioista. Haastatteluvastauksissa esiintyi joitakin satunnaisia puutteita. Puutteiden esiintyminen voi johtua osittain kysymysten sisällöstä. Anonymiteetin ja yksityisyyden turvaamiseksi en raportoi toimiyksikkökohtaisia tietoja.

## Aineiston analyysi

Käyttämäni aineisto on anonymisoitu. Se sisältää epäsuoria henkilötietoja ja arkaluonteisiakin tietoja. Epäsuoria tunnistetietoja ovat esimerkiksi koulutustiedot. Arkaluonteisina tietoina pidetään terveydentilaa, sairautta, hoitotoimenpiteitä ja palvelujen käyttöä koskevia tietoja. Olennaista tämääntyyppisten aineistojen käytössä on se, että tutkimuksiin osallistuvilla on oikeus päättää, mitä tietoja he tutkimuksen käyttöön antavat ja että heillä on mahdollisuus tutkimuksen kuluessa vetäytyä tutkimuksesta. (Kuula 2006, 82, 91.)

Aineiston analyysin luotettavuuden arvioinnissa auttoi aineiston kannalta relevanttien menetelmien valinta ja valittujen menetelmien tuntemus. Vaikka Care Keys -projektissa kehitetyistä uusista mittareista oli saatavissa vasta vähän tietoa, niiden validiteetti ja reliabiliteetti on todettu hyväksi (Vaarama ym. 2008). Kokonaisuudessaan käytetyn arviointimenetelmän validiteetti ja reliabiliteetti ovat siis hyvät (Alexopoulos ym. 1988; WHOQOL Group 1998; Weiner, Martin-Cook, Svetlik, Saine, Foster, Fontaine 2000, 114–116; Muurinen ym. 2006, 9; Vaarama ym. 2008). Tutkimuksen reliabiliteetin varmistamiseksi tutkimustyö on tehty huolellisesti, jotta tutkimuksen tuloksia voidaan pitää toistettavina. Tutkimuksen validiteettia parantaa tutkimuskohteen tarkastelu useasta näkökulmasta.

Kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa käytettyjen tilastollisten menetelmien käyttösuunnitelman tein yhdessä FM Timo Törmäkankaan kanssa, joka on erikoistunut erilaisten tilastomenetelmien soveltamiseen ja kehittämiseen ikääntyneiden tutkimuksessa. Hän suoritti lähes kaikki tilastolliset tietokoneajot, avusti tulosten tulkinnassa ja tarkisti analyseistä tekemäni johtopäätökset.

Aineistonkeruun ja analyysin olen erottanut selkeästi peräkkäisiksi vaiheiksi. Aineiston käsittelyn aloitin puuttuvien tietojen ja poikkeavien havaintojen tarkastelulla. Poikkeavat havainnot käsitteletin tapauskohtaisesti. Aineistot on analysoitu ajallisesti eri aikoina. Viimeisimmäksi yhdistin kaikki aineistot, joten kokonaisuuden hahmottaminen paikantuu ajallisesti siihen vaiheeseen.

## 6 Vanhusten pitkäaikaishoivan asiakkaiden elämänlaatu

### 6.1 Asiakkaiden kuvaus

Tutkimukseen osallistuneiden vanhusten ikä vaihteli 53–103 vuoden välillä. Keski-ikä oli 83 vuotta, mikä oli sama kuin pitkäaikaishoivan asiakkaiden keski-ikä Suomessa (Stakes 2007). Muissa vastaavissa tutkimuksissa keski-ikä on ollut alle 82 vuotta (esim. Noro 2005, 49; Saks & Tiit 2008, 157). Haastatelluista kaksi oli yli 100-vuotias. Havainnointiin osallistuneista vanhin oli 98-vuotias. Tutkimukseen osallistuneista naisten osuus oli 74 prosenttia sekä haastatelluista että havainnoituista.

Alle 65-vuotiaita oli kolme prosenttia ja yli 85-vuotiaita 37 prosenttia. Yli 85-vuotiaiden ikäryhmästä miehiä oli vajaa viidesosa eli neljäsosa kaikista tutkimukseen osallistuneista miehistä. Vastaavasti yli 85-vuotiaita naisia oli 41 prosenttia kaikista tutkimukseen osallistuneista naisista. Ikä- ja sukupuolijakauma olivat yhdenmukaisia verrattuna muihin vastaavilaisiin tutkimuksiin (Noro 2005; Muurinen ym. 2006; Soini, Luoma, Muurinen & Varis, 2008).

Laitoshoidon tai palveluasumisen asiakkaaksi tuloajankohta poimittiin hoitotyön asiakirjoista. Valtaosa (94 %) oli tullut hoivapaikkaansa 2000-luvulla. Hoitoaika oli 0–7 vuotta 77 prosentilla haastatelluista ja 90 prosentilla havainnoituista. Yksi haastatelluista ja yksi havainnoituista oli asunut pitkäaikaisessa hoidossa useita vuosikymmeniä. Tutkimukseen osallistuneista lähes puolet oli tullut laitokseen noin vuoden sisällä tutkimusajankohdasta. Tuloajankohdan antama tieto oli samansuuntainen kuin Anja Noron (2005) tutkimuksessa, jossa ympärivuorokautisen hoidon asiakkailla keskimääräinen hoitoaika oli 2,6 vuotta.

Haastateltavilta kysyttiin mahdollisia traumaattisia tapahtumia kahden viimeisen vuoden aikana. Joka viides oli kokenut vakavan sairastumisen tai jonkin muun vakavan tapahtuman, yhtä moni oli kokenut läheisen perheenjäsenen vakavan sairastumisen, ja neljäsosa oli kokenut taloudellisia vaikeuksia. Tutkimusalueeseeni ei kuulunut selvittää elämänmuutosten vaikutusta elämänlaatuun.

Hoitotyön asiakirjoista puuttui koulutustaustatieto kaikilta havainnoituilta, ja haastateltaviltakin se löytyi vain kolmelta prosentilta. Tiedon

puuttuminen kuvaa sitä, että ikääntyneen ihmisen elämänkulun kannalta tärkeää aiempaa elämää ei kartoiteta (ks. Settersten 2005, 25–41). Myös tieto, ettei asiakkaalla ole koulutusta, on tärkeä, sillä asiakkaan koulutus vaikuttaa muun muassa hoidon laadun tiedostamiseen (Frolik & Gallo 2003, 43–59). Yleisin oli perustaso- eli kansakoulutaso. Korkeakoulutasoinen koulutus oli hyvin harvalla. Koulutustaso oli hieman alhaisempi kuin Helsingin vanhainkotitutkimuksessa (Muurinen ym. 2006, 20).

## **6.2 Haastateltujen asiakkaiden elämänlaatu**

### Koettu elämänlaatu

Vanhuksen subjektiivisen eli koetun elämänlaadun selvittämisessä käytin asiakashaastattelukaavakkeen (CLINT-IC, lyhyt versio) sisältämiä elämänlaatukysymyksiä eli kysymyksiä 36–51 (liite 1). Kullekin vastaajalle laskin elämänlaatukysymysten yhteispistemäärän kuvaamaan koettua elämänlaatua. Korkein mahdollinen pistemäärä oli 80. Koetun elämänlaadun summapisteyden keskiarvo oli 58,3 pistettä ja keskihajonta 6,78. Sukupuoli, ikä tai ikäryhmä ei aiheuttanut eroja. Tulokset olivat samansuuntaiset kuin vastaavassa Helsingin vanhainkotitutkimuksessa (Muurinen ym. 2006), jossa vanhusten elämänlaatu todettiin keskinkertaiseksi. Muurinen ym. (2006) tekivät pistemäärän laskemisen skaalalla 1–100, mikä on huomioitu tulosten vertailussa. Koettua elämänlaatua arvioin Lawtonin (1991) elämänlaatu-ulottuvuuksien mukaan. Kategorisuus tulee käyttämästäni arviointityökalusta. Elämänlaatu ei ole kategorinen sinänsä, mutta sen ulottuvuudet kietoutuvat toisiinsa, ja niiden keskinäinen painotus vaihtelee elämänkulun ja -tilanteiden mukaan.

Tarkastelin elämänlaatua suhteessa ympärivuorokautisessa hoivassa vietettyyn aikaan. Elämänlaadun fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus olivat heikointa hoitopaikassaan 2–3 vuotta asuneilla vanhuksilla. Hoitoaika ei vaikuttanut elämänlaadun muihin ulottuvuuksiin tai kokonaiselämänlaatuun (liitetaulukko 3). Naisilla hoiva-ajan pituus ei vaikuttanut elämänlaadun kokonaisuuteen eikä sen osa-alueisiin lukuun ottamatta sen lievää vaikutusta sosiaaliseen ulottuvuuteen. Tulos kuvaa sopeutumista ympärivuorokautisen hoivan tarjoamaan elämään (Jamieson 2002, 7–20; Jyrkämä 2003, 267–271). Miehillä ei löytynyt tilastollista yhteyttä elämänlaadun ja pitkäaikaishoivassa vietetyn ajan välille.



Elämänlaadun fyysistä dimensiota selvittivät haastattelukaavakkeen kysymykset 36–38 ja 44 (liite 1). Puolet vastanneista asiakkaista oli tyytyväisiä terveyteensä ja kolmasosa tyytymättömiä. Kaksi kolmasosaa haastatelluista oli tyytyväisiä kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista. Lääkehoito tuki selviytymistä, sillä yli kolmasosa tarvitsi paljon lääkehoitoa, ja vain harva selviytyi päivittäisistä toimista ilman lääkitystä. Haastateltujen vanhusten toimintakyky sekä palvelutarve oli arvioitu ennen haastattelua, ja sen perusteella kaikki haastateltavat olivat vähintäänkin jatkuvan valvonnan tarpeessa (RAVA-indeksin keskiarvo 2,7). Oman aktuaalin terveystilan (sairauden) kanssa elämään oppiminen ja sopeutuminen voivat vahvistaa ihmistä sekä parantaa psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua (Savikko, Huusko & Pitkälä 2006, 25).

Psyykkisen elämänlaadun ulottuvuutta kuvasivat kysymykset 42–43 ja 46–48 (liite 2). Kolmasosa vastaajista oli tyytyväisiä ulkomuotoonsa, ja neljäsosalle asialla ei ollut merkitystä. Yli 70 prosenttia nautti elämästään vähintään kohtuullisesti, vaikkakin yli puolet vanhuksista ei enää kokenut olevansa yhtä onnellisia kuin nuorempana. Tätä tukee myös Erik Allardtin (1976, 33) näkemys, jonka mukaan hyvinvointi on onnellisuutta kestävämpää.

Haastattelumittarin kysymykset 45, 49 ja 50 (liite 2) koskivat elämänlaadun sosiaalista dimensiota. Noin kolme neljäsosaa vanhuksista oli tyytyväisiä ystäviensä tukeen ja ihmissuhteisiinsa ylipäättäen. Noin puolet haastatelluista ei kokenut yksinäisyyttä, mutta joka kymmenes sen sijaan koki. Hoitomuotojen välillä ei ollut tilastollisesti mainittavaa eroa, vaikka asiakkaiden kunnossa oli runsaasti eroja hoitomuotojen kesken. Elämänlaadun sosiaalista ulottuvuutta vahvistavat sosiaaliset suhteet ovat ikään-tyneille tärkeitä, erityisesti niiden laatu ja ikään-tyneen oma kokemus suhteesta (Tiikkainen 2006). Tarkastelin vanhuksen kognitiivista kyvykkyyttä samanaikaisesti ystäviltä saadun tuen ja yksinäisyyden kokemisen kanssa. Vanhukset, joilla oli vain vähäisiä muistiongelmia (MMSE-arvo 25–30), olivat tyytyväisempiä ystäviltä saatuun tukeen ja ihmissuhteisiinsa sekä kokivat yksinäisyyttä vähemmän kuin he, joiden kognitiivinen taso oli heikentynyt (MMSE-arvo 18–24,  $p = 0,024$ ) tai selvästi heikentynyt (MMSE-arvo alle 18,  $p = 0,057$ ). Vakavien sairauksien sekä kognition heikkenemisen onkin todettu vaikuttavan ihmissuhteisiin ja heikentävän niiden ylläpitämistä (Asakawa ym. 2000; Aartsen ym. 2004, 249–266; Wilhelmson ym. 2005, 597; Tiikkainen 2006).

Ympäristöulottuvuuden (kysymykset 39–41 ja 51) merkitys jäi muita elämänlaadun osioita vähäisemmäksi. Vanhukset kokivat olonsa turvallisiksi, mikä onkin yksi ikääntyneiden perustarpeista (ETENE 2008). Suurin osa haastatelluista kaikissa hoitomuodoissa oli tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa saada terveyspalveluja. Vajaa 70 prosenttia koki omaavansa mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintoihin. Vapaa-aika on kysymyksen käsitteenä mielenkiintoinen. Onko se hoivasta vapaata aikaa? Ymmärsin kysymyksen koskevan aktiviteetteja.

Psyykkisen ulottuvuuden merkitys oli elämänlaadun muita ulottuvuuksia suurempi. Kullakin elämänlaadun osa-alueella koetun elämänlaadun merkitys elämänlaadun kokonaisuudelle osoittautui tärkeäksi, sillä kaikki keskinäiskorrelaatiot muodostuivat tilastollisesti merkitseviksi. Tämä todisti elämänlaadun moniulotteiseksi ja ulottuvuuksiensa tekemäksi kokonaisuudeksi (Lawton 1991; Cummins 2005). Tulokset on esitetty taulukossa 10.

Taulukko 10. Haastateltujen asiakkaiden elämänlaadun ulottuvuuksien keskiarvo, mediaani, keskihajonta, minimi ja maksimi sekä ulottuvuuksien merkitys elämänlaadun kokonaisuuteen.

	Fyysinen ulottuvuus (maksimi 20 p)	Psyykinen ulottuvuus (maksimi 25 p)	Sosiaalinen ulottuvuus (maksimi 15 p)	Ympäristöulottuvuus maksimi 20 p
Keskiarvo	9,9	24,8	7,7	15,7
Mediaani	10,0	25,0	8,0	16,0
Keskihajonta	1,7	3,4	1,7	2,4
Minimi	5,0	14,0	10,0	2,0
Maksimi	14,0	25,0	14,0	20,0
p-arvo= Merkitys koetun elämänlaadun kokonaisuudelle	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
<b>N</b>	<b>286</b>	<b>285</b>	<b>279</b>	<b>285</b>

Haastateltujen asiakkaiden elämänlaadun ulottuvuuksien selvittämistä syvensin faktorianalyysillä. Lähtökohtana oli ajatus, että Lawtonin (1991) elämänlaadun teoria yhdistää tutkittavia muuttujia, joten tulkinassa olen hyödyntänyt hänen jakoaan elämänlaadun ulottuvuuksista. Korrelaatiot näkyvät taulukosta. Keskiarvoeroille testattiin myös lineaarinen trendi. Kahden kysymyksen (kyselykaavakkeen kysymykset 37 ja 46) pisteytys tehtiin käänteisellä asteikolla kysymyksen kielteisen sanamuodon takia.

Fyysisen ulottuvuuden osalta korkeimmat lataukset voi havaita pääasiassa ensimmäisellä faktorilla, tosin myös neljännen faktorin lataukset

olivat kohtalaisia. Faktori kuvasi elämänlaadun fyysisiä alueita, fyysistä terveyttä ja toimintakykyä sekä sopeutumista omaan vanhenemiseen, jotka tukivat toinen toisiaan ja tyytyväisyyttä itsen. Tämän osa-alueen reliabiliteetti oli kohtalainen. Heikoimmin mittariin sopi lääkehoidon määrää selvittävä kysymys 37 (liite 1). Sen pisteytys tehtiin käänteisellä asteikolla, koska kysymyksen sanamuoto oli käänteinen muihin osioihin verrattuna. Tämän osion heikko laatu saattoi johtua myös kysymyksen sanamuotoon liittyvistä menetelmäongelmista. Kommunaliteetit olivat kohtalaisen korkeita. Elämänlaadun fyysisen ulottuvuuden faktori selitti yksinään 23 prosenttia elämänlaadun koko vaihtelusta.

Elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden kysymykset latautuivat pääasiassa toisella faktorilla, joka kuvasi tyytyväisyyttä sosiaalisiin suhteisiin ja ystäviltä saatuun tukeen. Se selitti 12 prosenttia elämänlaadun vaihtelusta. Reliabiliteetti oli melko heikko.

Psykkisen osaskaalan kysymysosiot saivat korkeimman latauksen ensimmäisellä faktorilla. Kysymykset 43–44 ja 46 (liite 1) saivat korkean latauksen myös kolmannella faktorilla. Lisäksi kaikkien kysymysten lataukset olivat kohtalaisia neljännellä faktorilla. Psykkisen ulottuvuuden reliabiliteetti oli koko asteikon korkein, ja sen kysymysosioiden kommunaliteetit olivat korkeat. Elämänlaadun kokonaisuudesta tämä faktori selitti 12 prosenttia.

Neljäs faktori antoi kuvan herkästi hermostuvasta ja yksinäisyyttä kokevasta, ei kovin tyytyväisestä ihmisestä ympärivuorokautisessa hoivassa. Faktorin nimeäminen oli vaikeaa, koska lähes kaikilla osioilla oli jonkin verran korkeampi toissijainen lataus kuin tällä faktorilla. Alavireisyyden kokeminen voi johtua eri tekijöistä, kuten yksilöllisestä kokemisen tavasta, peruspersoonallisuudesta ja masentuneisuudesta (esim. Kivelä & Rähä 2001). Yhteyksien merkitystä ei selvitetty.

Ympäristön faktorilataukset jäivät tasaisen mataliksi. Mikään faktori ei siten erottunut selkeästi ympäristöfaktoriksi. Se voi olla myös osoitus tämän faktorin tarpeettomuudesta, sillä elämänlaadun ympäristöulottuvuuden merkitys jäi kokonaisuudessaan vähäiseksi. Tätä heijastelivat myös tämän osaskaalan alhainen reliabiliteetti ja osioiden alhaiset kommunaliteetit. Ympäristön muita ulottuvuuksia vähäisempi merkitys voi johtua siitä, että hoitopaikkojen ympäristöolosuhteet olivat suunniteltu nimenomaan toimintakyvyltään rajoittuneille ikääntyneille. Lawtonin (1991) korostama ikääntyneen yksilö–ympäristö-suhde oli sen

vuoksi toimiva. Taulukossa 11 on esitetty faktorianalyysin tulokset ja muuttujien kommunaliteetit, jotka osoittavat, kuinka hyvin faktori selitti yksittäisen muuttujan hajontaa.

Taulukko 11. Haastateltujen vanhusten koetun elämänlaadun ulottuvuuksien tarkastelu faktorianalyysillä: faktorilataukset, kommunaliteetit, faktorikorrelaatiot ja ala-asteikkojen reliabiliteetit (n = 278).

Elämänlaadun muuttuja	F1	F2	F3	F4	h <sup>2</sup>
<b>Fyysinen</b> (α = 0.62)					
Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne? (36)	0,74	0,14	-0,29	0,35	0,56
Kuinka paljon tarvitsette lääkettä pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne? (37) (r)	0,37	-0,07	-0,19	0,30	0,20
Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista? (38)	0,61	0,14	-0,34	0,36	0,40
Onko teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämään varten? (44)	0,59	0,29	-0,48	0,33	0,44
<b>Psyykinen</b> (α = 0.76)					
Kuinka tyytyväinen olette itseenne? (42)	0,84	0,27	-0,24	0,38	0,72
Kuinka paljon nautitte elämästänne? (43)	0,56	0,30	-0,72	0,34	0,64
Oletteko nyt yhtä onnellinen kuin nuorempana? (46)(r)	0,49	0,26	-0,68	0,33	0,55
Hermostuttekko helposti? (47)	0,24	0,09	0,09	0,58	0,37
Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon? (48)	0,62	0,30	-0,19	0,32	0,40
<b>Sosiaalinen</b> (α = 0.58)					
Tunneteko itsenne yksinäiseksi? (45)	0,23	0,19	-0,19	0,43	0,20
Kuinka tyytyväinen olette ystävilänne saamaanne tukeen? (49)	0,30	0,92	-0,18	0,32	0,85
Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiin? (50)	0,34	0,66	-0,34	0,28	0,49
<b>Ympäristö</b> (α = 0.30)					
Missä määrin teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan? (39)	0,21	0,25	-0,39	0,14	0,19
Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne? (40)	0,15	0,17	0,12	0,25	0,11
Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiin? (41)	0,19	0,11	-0,15	0,28	0,09
Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveyspalveluja? (51)	0,38	0,24	-0,20	0,37	0,20
<b>Ominaisarvo</b>	3,62	1,92	1,97	1,93	
<b>Selitysarvo</b>	23 %	12 %	12 %	12 %	
	<b>Faktoreiden keskinäiset korrelaatiot</b>				
F2	0,27				
F3	-0,37	-0,18			
F4	0,51	0,28	-0,15		

Suluissa kysymysnumero.

HUOM. Käänteisesti pisteytettyjen osioiden kohdalla on käytetty symbolia \*. Cronbachin alfa-reliabiliteettikertoimen symbolina on α. Kokonaisasteikon reliabiliteetti α = 0.82.

## Koetun elämänlaadun ja asumisen keskinäinen merkitys

Kysely sisälsi kysymyksiä hoitopaikasta asuinympäristönä. Haastatelluista runsas puolet asui yhden hengen huoneessa, jossa oli oma wc-tila. Lähes kolmasosa jakoi huoneensa toisen kanssa, ja joka kymmenes asui kolmen tai neljän hengen huoneessa. Asumisolosuhteet olivat samankaltaisia kuin muissa vastaavissa tutkimuksissa (esim. Soini ym. 2008). Taulukossa 12 on esitetty haastattelukaavakkeen kysymyksiin 8–15 annettujen vastausten jakaumat.

Taulukko 12. Asiakkaiden kokemukset hoitopaikasta asuinympäristönä (n = 288).

Asiakkaiden kokemus	Laitoshoito (n=135) f(%)	Palveluasuminen (n=124) f(%)	Yksityiset hoitokodit (n=29) f(%)
<b>Tyytyväinen asumiseen yksin/jaetussa huoneessa</b>			
1. Kyllä	118 (87)	114 (92)	27 (93)
2. En osaa sanoa	8 (6)	5 (4)	0 (0)
3. En	9 (7)	5 (4)	2 (7)
<b>Hoitopaikan puhtaus ja siisteys</b>			
1. Kyllä, aina tai yleensä	132 (98)	120 (97)	29 (100)
2. Joskus	2 (1)	4 (3)	0 (0)
3. Harvoin tai ei koskaan	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Hoitopaikan sisäilman laadun hyvyys</b>			
1. Kyllä, aina tai yleensä	132 (98)	112 (90)	29 (100)
2. Joskus	2 (1)	10 (8)	0 (0)
3. Harvoin tai ei koskaan	1 (1)	2 (2)	0 (0)
<b>Helppo päästä käymään ulkona (esim. puutarhaan tai parvekkeelle)</b>			
1. Kyllä, aina tai yleensä	70 (52)	90 (73)	20 (69)
2. Joskus	32 (24)	21 (17)	7 (24)
3. Harvoin tai ei koskaan	33 (24)	13 (10)	2 (7)
<b>Vierailuajkojen sopivuus itselle ja vierailijoille</b>			
1. Kyllä, aina tai yleensä	132 (98)	124 (100)	29 (100)
2. Joskus	2 (1)	0 (0)	0 (0)
3. Harvoin tai ei koskaan	1 (1)	0 (0)	0 (0)
<b>Oma mahdollisuus suunnitella päivien kulkua</b>			
1. Kyllä, aina tai yleensä	94 (70)	99 (80)	18 (62)
2. Joskus	22 (16)	12 (10)	6 (21)
3. Harvoin tai ei koskaan	19 (14)	13 (10)	5 (17)
<b>Tekemisen riittävyys</b>			
1. Kyllä, aina tai yleensä	70 (52)	85 (68)	15 (52)
2. Joskus	39 (29)	24 (19)	7 (24)
4. Harvoin tai ei koskaan	26 (19)	15 (12)	7 (24)
<b>Toimeentulo muiden asukkaiden kanssa</b>			
1. Erittäin tai melko hyvin	96 (71)	88 (71)	25 (86)
3. En hyvin enkä huonosti	29 (22)	31 (25)	4 (14)
4. Melko tai erittäin huonosti	10 (7)	5 (4)	0 (0)

Vastausten avulla pyrin muodostamaan käsitykseni hoivapaikasta ikään-tyneen ihmisen hoivan saamisen tilana ja paikkana. Peilaan tuloksia Erik Allardtin (1976, 16–33) hyvinvointiteoreettisen ajattelun (*having-, loving- ja being-alueet*) mukaisesti. Vertaan niitä myös Lawtonin (1991)

elämänlaatuajatteluun sekä ominaisuuksiin, joita asumiseensa tyytyväiset vanhuksat ovat aiemmissa tutkimuksissa yhdistäneet kotiajatukseen. *Helsing-hyvinvointialueen* tarkastelu osoittaa asumisen kokonaisuutena tärkeäksi vanhuksen hyvinvoinnille. Valtaosa haastatelluista oli asumiseensa tyytyväisiä omassa tai myös toisen kanssa jakamassaan huoneessa. Tulos on yhdenmukainen Helsingin vastaavan tutkimuksen kanssa (Muurinen ym. 2006). Yksityisyyden lähtökohdaksi mielletään yleensä kodin jakautuminen pienempiin yksityisyyttä tukeviin tiloihin tai oma huone omalla pesu- ja wc-tilalla (Kane & Kane 2001, 116; Kotilainen 2005, 122–127; Sointu 2009, 181). Ympäri vuorokautisen hoivan asiakkaiden hyvä elämänlaatu ei edellyttänyt omaa huonetta tai wc-tilaa. Huonekohtaisen wc-tilan vaikutuksesta vanhuksen tyytyväisyyteen ei liene tutkimuksellista näyttöä (ks. Finne-Soveri 1999, 1600).

Onko tyytyväisyys asumiseen yhteydessä myös parempaan koetun elämänlaadun kokonaisuuteen? Vertasin asiakkaiden koetun elämänlaadun pisteiden keskiarvon ja asumistyytyväisyyden keskiarvon välisiä eroja. Tyytyväisyys asumiseen oli varianssianalyysin perusteella elämänlaadulle tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,007$ ). Koska varianssianalyysi osoitti vastausvaihtoehtojen välillä olevan eroja, käytin ryhmäkeskiarvojen erojen vertailuun myös Scheffén parittaista vertailua. Myös sen perusteella tyytyväisyys asumiseen oli elämänlaadun kannalta tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,011$ ). Yksityisyyden toteutuminen ei ollut keskeisin asumisen tavoite, tai sitten sen rajoittunutkin toteutuminen riitti vanhuksille. Mahdollisesti hyvä asuminen tuotti hyvinvointia antamalla kodinomaista tunnetta ja vahvistamalla vanhuksen tunnetta omasta itsestään. Tähän sopii Anni Vilkon (2000, 213–229; 2003, 119–120; 2005, 55–56) ajatus riittävästä kodista tai kodin tunnusta. Toimijuuden mahdollistava ympäristö tukee elämänlaadun ympäristöulottuvuutta (Jyrkämä 2007). Fyysinen ulottuvuus toteutui hoivan tarjoamina palveluina.

*Loving-hyvinvointialueen* tarkastelu osoitti sosiaalisten suhteiden ylläpitoa vahvistavia tekijöitä. Ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen kannalta oli hyvä, että hoitopaikoissa ei ollut vain tiettyyn kellonaikaan rajattu vierailumahdollisuus. Vierailuaikoja pidettiin pääsääntöisesti sopivina. Aiemmissa vastaavissa tutkimuksissa vanhuksat ovat kokeneet, että sosiaalinen kanssakäyminen, vertaissuhteet ja oman ikäisten seura on edistänyt heidän elämään tyytyväisyyttään ja henkistä jaksamistaan, luonut monenlaisia mielihyvän kokemuksia ja vähentänyt

yksinäisyyttä (esim. Lawton 1991; Bowling 2005, 32–33; Tiikkainen 2006, 19; Zechner & Valokivi 2009, 157–158).

Työntekijöistä tulee asiakkaille ajan myötä läheisiä, mikä vahvistaa sosiaalisen turvallisuuden kokemista, arvostusta, arkielämän turvaa sekä luottamusta siihen, että huolenpito ja hoiva järjestyvät myös silloin, kun itse ei siihen enää kykene (Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008, 108). Usko tulevaisuuteen vaikuttaa vanhan ihmisen elämänhaluun, jota edistää ikääntyneen kokemus olla arvostettu ja tarpeellinen.

Yhteisöasumiseen liittyy myönteisiä ja kielteisiä näkemyksiä, sillä hoivapaikka kotiympäristönä edellyttää asiakkailta yksityisyyden ja yhteisöllisyyden yhteensovittamista. Parhaimmillaan yhteisöllisyys on voimavara, jonka vahvistumista voidaan tietoisesti tukea. Yhteisöllisyys ympärivuorokautisessa hoivassa ei välttämättä ole stabiili tila, vaan siihen vaikuttavat myös työyhteisössä vallitsevat ilmiöt ja tapahtumat. Valtaosa vastanneista vanhuksista tuli toimeen toisten asukkaiden kanssa. Asian henkilökohtaisesta kipeydestä kertonee, että joka viides vastaaja ei ottanut kantaa kysymykseen, kuinka hyvin tuli toimeen muiden asukkaiden kanssa. Asian tärkeyden vuoksi tutkin vielä, miten toimeentulo muiden asukkaiden kanssa vaikutti vanhuksen koetun elämänlaadun kokonaisuuteen. Varianssianalyysin ja Scheffen parittaisten vertailujen perusteella muiden kanssa erittäin hyvin toimeentulevat erosivat niistä, jotka tulivat muiden kanssa toimeen melko hyvin tai sitä huonommin (taulukko 13). Heikommin muiden kanssa toimeentulevat olivat vähemmän tyytyväisiä elämäänsä ja heidän elämänlaatunsa oli heikompi.

Taulukko 13. Asiakkaiden keskinäisen toimeentulon vaikutus koettuun elämänlaatuun.

Toimeentulo toisten asiakkaiden kanssa	p-arvo
Erittäin hyvin toimeen tulevat – melko hyvin toimeen tulevat	$p < 0,001$
Erittäin hyvin toimeen tulevat – ei hyvin eikä huonosti toimeen tulevat	$p < 0,001$
Erittäin hyvin toimeen tulevat – melko huonosti toimeen tulevat	$p = 0,010$
Melko huonosti tai erittäin huonosti toimeen tulevat	$p = 0,001$

*Being-hyvinvointialueen* tarkasteluun liittyvät omat vaikuttamisen sekä mielekkään tekemisen mahdollisuudet ja kokemukset. Kaksi viidestä osallistujasta koki voivansa itse vaikuttaa päivän kulun suunnitteluun, ja noin kymmenen prosenttia ei kokenut voivansa vaikuttaa lainkaan elämänsä rytmytykseen. Mikäli itse sai vaikuttaa päivän ohjelmaan, elämän-

laatu oli varianssianalyysin mukaan korkeampi. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ). Tuloksesta löytyy yhdenmukaisuutta myös sosiaaligerontologisen rooliteorian (esim. Atchley 2000, 2–22) ja Lawtonin (1991) elämänlaatukäsitteen kanssa. Hoitajien antama emotionaalinen ja henkinen tuki kuuluivat Lawtonin psyykkiseen ulottuvuuteen. Oman elämän subjektina olon merkitys hyvinvoinnille tulee esille monissa aiemmissa tutkimuksissa (esim. Atchley 2000, 2–22; Voutilainen, Backman & Paasivaara 2004, 115–121; Neuvonen & Mokka 2006, 51). Ikääntyneen toiveet eivät useinkaan ole suuria, mutta pienelläkin asialla voi olla suuri merkitys ikääntyneelle. Tärkeintä on, että hoitohenkilökunta kuulee vanhusta eikä toteuta kaikissa tilanteissa tasapuolisuuden nimissä kaikille samoja rutiineja.

*Being-hyvinvoinnin alueeseen* kuuluvat myös riittävä ja mielekäs tekeminen. Lähes 60 prosenttia haastatelluista asiakkaista koki, että heillä oli yleensä ottaen riittävästi tekemistä (taulukko 10). Vain kymmenellä haastateltavalla ei ollut koskaan riittävästi tekemistä hoitopaikassaan. Tulos ei poikkea Helsingin vanhainkotitutkimuksesta (Muurinen ym. 2006). Tekemisen riittävyys oli varianssianalyysin mukaan yhteydessä ikääntyneen elämänlaatuun. Ne ikääntyneet, joilla oli aina tai yleensä riittävästi tekemistä, kokivat elämänlaatussa paremmaksi kuin he, joilla tekemistä oli joskus, harvoin tai ei koskaan. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ). Tulos tukee aiheesta tehtyjä aiempia tutkimuksia (esim. Atchley 2000, 2–22; Frytak 2000; Levin 2000; Jaakkola 2004, 10; Sixsmith ym. 2008). Vanhukselle on tärkeää saada tehdä hänelle tuttuja asioita, vaikka ne olisivat muiden mielestä hyödyttömiä tai vähäisiä (myös Parkkila, Routasalo & Välimäki 2000, 26–35; Kelley-Moore ym. 2006, 126–141). Vanhukset kaipaavat tekemistä, jotain mitä odottaa ja mikä katkaisee tapahtumattomuutta. Tekemisen riittävyys ja myös omat vaikutusmahdollisuudet olivat positiivisempia kuin mitä on todettu muissa tutkimuksissa (esim. Jyrkämä 1997). Tuloksesta löytyy yhteys myös sosiaaligerontologisiin vuorovaikutus-, aktiivisuus- ja rooliteorioihin. Itsensä toteuttaminen lisää omaa ja toisten arvostusta (Allardt 1976, 33; Atchley 2000, 2–22; Heikkilä & Kautto 2000, 20). Kysely ei yksilöinyt aktiviteettitarjontaa, jonka teorialähtöisesti tulisi ottaa huomioon ikääntyneiden sukupuoli, erilaisuus, yksilöllisyys ja aiemman elämäntyylin mukaiset mielenkiinnot (esim. Airila 2003; Settersten 2005; Laine & Heimonen 2010).



## Toimintakyky, avun tarve ja saanti

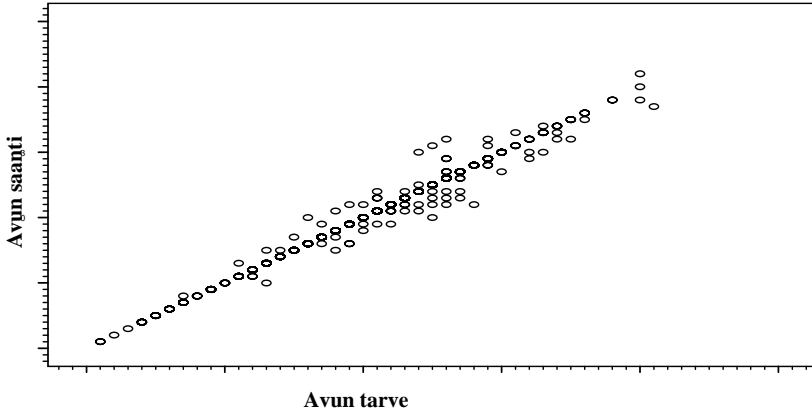
Yksilöllinen toimintakyvyn tukeminen on vanhukselle tärkeä kokemus myös hoivan laadusta ja elämänlaadusta. Toimintakykyä ja asiakkaan saamaa apua arvioin keskeisten päivittäisten toimintojen avulla, jotka on kuvattu taulukossa 14.

Taulukko 14. Asiakkaan arvio siitä, saako hän tarpeeksi apua keskeisiin toimintoihinsa (n = 288).

Avun saannin riittävyys	Ei tarvitse apua %	Kyllä saa apua %	Ei saa apua %	Yhteensä %
Liikkumiseen sisätiloissa	68	30	2	100
Liikkumiseen ulkona	36	55	9	100
Pukeutumiseen ja riisuutumiseen	43	57	-	100
Varpaankynsien leikkaamiseen	16	81	3	100
Ihon ja hiusten hoitoon	32	67	1	100
Suun ja hampaiden hoitoon	50	49	1	100
Lääkitykseen/lääkkeiden ottoon	23	77	-	100
Yhteydenpitoon muihin ihmisiin	66	31	3	100
Harrastustoimintaan osallistumiseen	51	42	7	100

Eniten avun tarvetta koettiin notkeutta, kumartumista ja tarkkuutta vaativissa toimissa, joihin asiakkaat myös saivat eniten apua. Lääkkeiden otto onnistui asiakkaiden mielestä paremmin kuin mitä hoitohenkilökunta arvioi (ennen tutkimusta tehdyn RAVA-arvioinnin mukaan kaikki ympärivuorokautisen hoivan asiakkaat tarvitsivat lääkehoidossa apua). Avun tarve ja saanti hoitomuodon suhteen on esitetty liitetaulukossa 3. Puuttuvia vastauksia ei ollut. Pieni osa asiakkaista ei saanut mielestään riittävästi apua ulkona liikkumiseen, harrastustoimintaan tai ihmis-suhteidensa ylläpitoon.

Koska käytännön tasolla pienelläkin avun kohtaamisvajeella voi olla merkitystä (Atchley 2000, 2–22; Aartsen ym. 2004, 249–266; Jaakkola 2004), tarkastelin vielä muuttujia niille lasketun summan mukaan. Kuvion 7 avun tarpeen ja saannin välinen hajontakuviokuva havainnollistaa, kuinka avun tarve ja saanti kohtaavat toisensa lähes täydellisesti.



Kuvio 7. Avun tarve ja saanti haastatelluilla vanhuksilla.

Asiakkaiden hyvinvointi toteutuu tarpeiden tyydyttämisen kannalta, kun sitä suhteuttaa Erik Allardtin (1976) tarveteoreettiseen näkökulmaan (having, loving ja being) tai Marja Vaaraman ja kumppaneiden (2008, 70–71) esittämään hoivan tarvevastaavuuden vaatimukseen. Se sopii myös Robert Cummins (2005) käsitykseen elämänlaadusta, jota hän pitää tasapainoisena tilana, kun yksilön tarpeet otetaan huomioon ja niihin vastataan hänelle parhaiten sopivilla menetelmillä. Mainittakoon, että pohjoismaisessa NORDCARE-tutkimuksessa (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 250–266) hoitohenkilökunta koki, että asiakkaat jäivät välillä ilman kohtuullista apua eniten Suomessa ja Ruotsissa. Tanska ja Norja pärjäsivät tutkimuksessa paremmin.

### Asiakkaiden arvio hoidon laadusta

Asiakkailta kysyttiin heidän kokemuksiaan hoidon laadusta 11 muuttujan avulla (taulukko 15). Kysymysten taustalla on ajatus hoidon ja palvelun laadusta: mitä riippuvaisempi yksilö on ulkopuolisesta avusta ja mitä enemmän elämänpiiri kapenee, sitä tärkeämpää hoiva on elämänlaatua tukevana ja ylläpitävänä keinona (Vaarama 2002, 11–18). Kysymykset selvittivät asiakkaiden omia mahdollisuuksia ja hoitajien toimintaa. Alun perin viisiluokkaiset kysymykset yhdistin analyysissä kolmeen luokkaan

(taulukko 13). Luokista ”kyllä aina” ja ”kyllä yleensä” tein kyllä-luokan. ”Harvoin” tai ”joskus” muodostivat joskus-luokan. ”Ei koskaan” -luokka pysyi samana.

Yleensä ottaen asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa, hoidon laatuun ja hoitajien toimintaan. Hajontaa tuli eniten kysyttäessä hoitajien ajan riittävydestä. Lähes puolet kaikissa hoitomuodoissa koki, ettei hoitajien antama aika ollut aina riittävä. Ruoasta nauttiminen nousi keskeiseksi (taulukko 15). Minna-Liisa Luoman (2008, 80) mukaan kyky nauttia aterioista ankkuroituu elämänlaadun sosiaaliseen dimensioon. Mielestäni ravitseminen ja ruokailu liittyvät kuitenkin kaikkiin elämänlaadun ulottuvuuksiin. Fyysinen, fysiologinen puoli liittyy terveyteen. Psykkinen ja sosiaalinen puoli liittyvät sekä terveyteen että nautintojen kokemiseen. Ruokailu rytmittää päivää, mikä lisää turvallisuutta ja liittyy siten elämänlaadun ympäristölliseen ulottuvuuteen. Ruokailutilanteiden järjestämisen tapa ja ruoan laatu voivat kuvastaa organisaation ikääntymiskäsitystä ja ikääntyneiden arvostamista. Tutkimuksessa en kysynyt kokemusta ruoan laadusta tai arviota sen ravintopitoisuudesta.

Taulukko 15. Haastateltujen asiakkaiden kokemus hoidon laadusta (n = 287–288).

Hoidon laatuominaisuus	f	%
<b>Aterioista nauttiminen</b>		
Kyllä	237	82
Joskus	38	13
Ei koskaan	13	5
<b>Mahdollisuus pitää itsensä niin puhtaana kuin haluaisi</b>		
Kyllä	270	94
Joskus	9	3
Ei koskaan	8	3
<b>Mahdollisuus pukeutua yhtä hyvin kuin haluaisi</b>		
Kyllä	269	93
Joskus	9	3
Ei koskaan	10	4
<b>Hoitajien ajan riittävyys</b>		
Kyllä	164	57
Joskus	74	26
Ei koskaan	49	17
<b>Hoitajien antaman tiedon riittävyys hoidosta</b>		
Kyllä	228	79
Joskus	34	12
Ei koskaan	26	9
<b>Hoitajien kyky ymmärtää asiakasta ja hänen tarpeitaan</b>		
Kyllä	253	87
Joskus	26	9
Ei koskaan	9	3
<b>Hoitajien kyky kuunnella asiakasta</b>		
Kyllä	242	84
Joskus	34	12
Ei koskaan	12	4
<b>Hoitajien ystävällisyys</b>		
Kyllä	272	95
Joskus	13	4
Ei koskaan	2	1
<b>Hoitajien kyky kohdella arvostavasti ja kunnioittavasti</b>		
Kyllä	273	95
Joskus	14	5
Ei koskaan	1	0
<b>Hoitaja tekee asiakkaan toivomia asioita</b>		
Kyllä	270	94
Joskus	16	6
Ei koskaan	1	0
<b>Yleinen tyytyväisyys hoitopaikkaan</b>		
Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	253	88
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	20	7
Tyytymätön	14	5

Pitkäaikaishoivan kotiajatukseen yhdistyvä vapaus toimia toivomallaan tavalla ilmeni asiakkaiden kokemuksena saada pukeutua haluamallaan tavalla (taulukko 15). Yksityisessä hoitopaikassa vanhus joutui itse ostamaan ja maksamaan omat vaatteensa, mikä lisäsi mahdollisuutta pukeutua haluamallaan tavalla. Kunnallisessa laitoshoidossa olevien asiakkaiden toimintakyky oli heikompi kuin yksityisten hoivapaikkojen asiakkailla, mikä asettaa vaatimuksia vaatteiden käytettävyydelle ja huollolle. Se ei kuitenkaan vähennä vaatetuksen esteettisyyden merkitystä ihmisen

itsetunnolle, arvokkuuden ja identiteetin kokemiselle sekä vuorokausirytmiiin orientoitumiselle. Aikuisten ihmisten lapsellistaminen vaatteilla vie oikeuden pukeutua viehättävästi ja tyylikkäästi ikään katsomatta.

Hoidon laatuosion viimeinen kysymys selvitti, kuinka tyytyväinen vanhus oli yleensä ottaen omaan hoitopaikkaansa. Valtaosa asiakkaista oli tyytyväisiä hoitopaikkaansa, myös laitoshoidossa. Tulos ei siis täysin vahvista usein julkisuudessa esitettyjä kielteisiä näkemyksiä vanhusten laitoshoidosta. Tyytyväisyys voi kuvastaa sopeutumista omaan tilanteeseen.

## Hoitajien merkitys hoidon laadulle

Kokonaiskäsityksen muodostaminen hoitajien toiminnasta edellytti sitä arvioivien kysymysten käsittelyä yhtenä kokonaisuutena ja yhtymäkohtien hakemista asiakkaiden kokemaan elämänlaatuun. Elämänlaadun kustakin ulottuvuudesta laskin summapistemäärän, jota vertasin hoitajien toiminnasta muodostamaani summapistemäärään. Nämä keskinäiset korrelaatiot on esitetty korrelaatiomatriisina (taulukko 16), joka kuvaa elämänlaadun ulottuvuuksien ja hoitajatytytyväisyyden välistä suhdetta. Kaikki korrelaatiot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä ( $p < 0,001$ ).

Tyytyväisyys hoitajiin oli yhteydessä elämänlaatuun, eli mitä tyytyväisempi asiakas oli hoitajiin, sitä parempi oli koettu elämänlaatu (0,479,  $p < 0,001$ ). Hoitajat koettiin ymmärtäväisinä, kuuntelevina, ystävällisinä sekä vanhuksia arvostavina. Hoitajien toiminta, asenne ja käytös on todettu myös aiemmissa tutkimuksissa merkittäväksi tekijäksi vanhuk-selle, kodinomaisuudelle ja elämänlaadulle (esim. Parkkila ym. 2000; Meripaasi ym. 2001; Saks ym. 2008). Kun hoivalla tavoitellaan hyvää elämänlaatua, yksittäisen hoivatapahtuman ja hoivakokonaisuuden laatu ovat tärkeitä (Øvretveit 1998, 228–272). Tällöin vanhuksen yksilölliset tarpeet määrittävät hoivaa (esim. Hantikainen & Käppeli 2000, 1196–1205; Voutilainen ym. 2004, 115–121).

Vertasin haastateltavien tyytyväisyyttä hoitajiin myös elämänlaadun eri ulottuvuuksien mukaan. Heikoin korrelaatio suhteessa hoitajiin oli elämänlaadun fyysisellä ulottuvuudella (taulukko 16). Tämä kertoo, että elämän merkitykseksi ja elämänlaadun tekijäksi ei riitä pelkkä fyysinen hoiva (esim. Bergman-Evans 2004, 27–34). Tyytyväisyys hoitajiin voi olla sopeutumista ympärivuorokautisen hoivan elämään ja puitteisiin,

mikä on pohjana myös elämänlaadulle (Jamieson 2002, 7–20; Jyrkämä 2003, 267–271).

Taulukko 16. Korrelaatiomatriisi hoitajatytyväisyyden ja elämänlaatumittarin ala-asteikoiden (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristö) välillä (n = 277–285).

	<b>Hoitajat</b>	<b>Fyysinen</b>	<b>Psyykinen</b>	<b>Sosiaalinen</b>
Fyysinen	0,237			
Psyykinen	0,352	0,474		
Sosiaalinen	0,422	0,248	0,410	
Ympäristö	0,400	0,241	0,389	0,364

Selkein yhteys suhteessa hoitajiin löytyi ympäristöulottuvuudesta ( $r = 0,400$ ,  $p < 0,001$ ) ja sosiaalisesta ulottuvuudesta ( $r = 0,422$ ,  $p < 0,001$ ). Ympäri vuorokautiseen hoivaan kuuluu, että hoitajalla on hoidettavanaan useita vanhuksia samanaikaisesti. Vanhuksen tunne on tällöin sidoksissa hänen elämänlaatunsa ympäristöulottuvuuteen, kokemukseen ympäristön tuomista tunteista. Asiakkaat arvostivat hoitajien välittämää turvallisuutta, heidän antamia hoivapalveluita ja heidän kanssaan syntyneitä vuorovaikutusta. Hoitajien toiminta ja heidän antamansa ajan riittävyys koettiin samansuuntaisesti kuin Helsingin vanhainkotitutkimuksessa (Muurinen ym. 2006). Tulos tukee aiempia tutkimuksia ja sosiaaligerontologian vuorovaikutus- ja rooliteorian mukaista ajattelua, joissa vanhuksia arvostavan kohtaamisen merkitys elämänlaadulle ja hyvälle hoidolle on todettu (esim. Meripaasi ym. 2001; Atchley 2000, 2–22). Hoivatyöntekijät ovat myös toivoneet aikaa muullekin kuin välttämättömimmälle perushoivalle eli myös seurustelulle, ulkoilulle ja ylipäättään yksilölliselle hoivalle (esim. Leinonen 2009, 132–148). Kyse ei siis ole pelkästään annetun ajan pituudesta vaan sisällöstä (myös Laine & Heimonen 2010).

### Koetun elämänlaadun ja koetun hoidon laadun keskinäinen merkitys

Asiakkaiden subjektiivista elämänlaatua suhteessa heidän kokemaansa hoidon laatuun selvitin 11 muuttujalla. Valtaosa vastauksista sijoittui luokkiin ”erittäin tyytyväinen”, ”tyytyväinen” tai ”tytymätön” hoito-

paikkaansa, joten kokosin muuttajat kolmeen muuttujaluokkaan. Jätin pois neutraalin ”ei tyytyväinen eikä tyytymätön” -muuttujaluokan. Yhdistin ”erittäin tyytymätön”- ja ”tyytymätön”-luokat yhteen tyytymätönluokaksi. Vertasin muodostamaani kolmea muuttujaluokkaa asiakkaiden elämänlaatupisteiden summaan saadakseni käsityksen hoidon laadun vaikutuksesta elämänlaadulle. Asiakkaan kokemalla hoidon laadulla oli selkeä merkitys hänen elämänlaadulleen (taulukko 17). Elämänlaatupisteet olivat korkeimmat hoidon laatuun erittäin tyytyväisillä asiakkaila. Heidän koettu elämänlaatusa oli parempi kuin heillä, jotka olivat vähemmän tyytyväisiä hoidon laatuun. Ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 17. Asiakkaiden koettu elämänlaatu suhteessa koettuun hoidon laatuun (n = 277).

Tyytyväisyys hoidon laatuun	n=277	Elämänlaatupisteet (keskiarvo)	Keskihajonta	P-arvo
Erittäin tyytyväinen	83	62,3	5,1	< 0,001
Tyytyväinen	162	57,5	6,4	< 0,001
Tyytymätön	32	51,7	6,1	< 0,001

Hoiva on ikääntyneelle tärkeä päivittäinen tekijä, joten myös kokemus sen laadusta on tärkeä hänen elämänlaadulleen (Vaarama 2002, 11–18; Vaarama & Pieper 2008, 72).

### 6.3 Muistisairaiden elämänlaatu

Muistisairaus oli havainnoiduilla asiakkailla vakava (MMSE alle 10 pistettä, ks. Hänninen & Pulliainen 2001, 348–357). Vajaa puolet heistä asui yhden hengen huoneessa, jossa oli oma wc-tila, yksi kolmasosa kahden hengen huoneessa ja joka viides kolmen hengen huoneessa. Nämä vanhuksat asuivat siis haastateltuja vanhuksia useammin kahden tai useamman hengen huoneessa. Toimintakykyarvion mukaan he olivat täysin toisten avun varassa (RAVA-indeksin keskiarvo 3,5).

Observoinnin suoritti vanhuksen omassa asuinympäristössä hänet hyvin tuntenut hoitaja, mieluiten omahoitaja. Arviointi perustui yhden viikon mittaiseen ajanjaksoon. Käytin Qualid-mittaria (Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale, liite 2), joka on kehitetty vaikeaa dementiaa sairastavien psyykkisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun havainnointiin

(Weiner ym. 2000, 114–116). Mittarin kokonaispistemäärä voi vaihdella 11–55 pisteen välillä.

Laskin jokaiselle vanhukselle hänen saamiensa Qualid-pisteiden summan. Tämän jälkeen laskin kaikkien havainnoitujen vanhusten pisteistä keskiarvon, joka oli 23,9 pistettä. Muistisairaiden elämänlaatua voi pitää keskinkertaisena. Tulos on samansuuntainen kuin Helsingin vastaavassa tutkimuksessa (Soini ym. 2008), jossa se oli 22,4 pistettä. Elämänlaatu on sitä parempi, mitä alhaisempi pistemäärä on.

Qualid-arviointi antoi pisteiden ohella arvokasta tietoa asiakkaiden voinnista (taulukko 18). Vanhuksilla oli mielihyvän kokemuksia ja elämäniloa, mutta myös alakuloisuutta sekä epämiellyttävää oloa. Puolet vanhuksista hymyili spontaanisti ainakin kerran päivässä ja vaikutti tyytyväisiltä oloonsa. Neljäsosa koki ajoittain ikäviä tuntemuksia, ja oleminen vaikutti muutoinkin ongelmalliselta. Itkuisuutta oli vähän, vaikka vajaa puolet vaikutti surullisilta. Suurin osa nautti syömisestä. Koskettamisen tärkeys konkretisoitui, sillä valtaosa vanhuksista nautti siitä. Suuri osa vanhuksista vaikutti muutoinkin emotionaalisesti rauhallisilta ja oloonsa tyytyväisiltä ainakin puolet päivästä.



Taulukko 18. QUALID-mittarin arviointiosioiden jakaumat (n = 388).

<b>HAVAINNOITAVA ASIA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>A. Asiakas hymyilee</b>	<b>(356)</b>	
spontaanisti kerran tai useammin päivässä	177	50
spontaanisti harvemmin kuin kerran päivässä	41	12
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä	47	13
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä	37	10
harvoin, jos koskaan	54	15
<b>B. Asiakas vaikuttaa surulliselta</b>	<b>(355)</b>	
harvoin tai ei koskaan	149	42
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä	53	15
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä	22	6
ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä	62	18
ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä	69	19
<b>C. Asiakas itkee</b>	<b>(355)</b>	
harvoin tai ei koskaan	273	77
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä	38	11
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä	5	1
ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä	27	8
ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä	12	3
<b>D. Asiakkaan ilmeet kertovat levottomuudesta, hän vaikuttaa olevan onneton tai hänellä näyttää olevan kipuja (asiakas näyttää huolestuneelta, irvistele, on kulmat kurtussa)</b>	<b>(356)</b>	
harvoin tai ei koskaan	116	33
harvemmin kuin kerran päivässä	101	28
ainakin kerran päivässä	88	25
lähies puolet päivästä	31	9
suurimman osan päivästä	20	6
<b>E. Asiakkaalla näyttää olevan fyysisesti epämiellyttävä olo (kiemurtelee, väentelehti, vaihtaa jatkuvasti asentoa)</b>	<b>(356)</b>	
harvoin tai ei koskaan	148	41
harvemmin kuin kerran päivässä	82	23
ainakin kerran päivässä	77	22
lähies puolet päivästä	32	9
suurimman osan päivästä	17	5
<b>F. Asiakas sanoo asioita tai äänтелеe tavalla, joka vaikuttaa johtuvan tyytymättömyydestä, onnettomasta tai epämiellyttävästä olost (valittaa, vaikeroi, huutaa)</b>	<b>(356)</b>	
harvoin tai ei koskaan	141	40
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä	60	17
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä	59	16
ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä	24	7
ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä	72	20
<b>G. Asiakas on helposti ärtyvä tai aggressiivinen (suuttuu, kiroilee, tönnii tai pyrkii vahingoittamaan toisia)</b>	<b>(356)</b>	
harvoin tai ei koskaan	198	56
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä	58	16
ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä	51	15
ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä	17	5
ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä	32	9
<b>H. Asiakas nauttii syömisestä</b>	<b>(356)</b>	
useimmilla aterioilla ja välipaloilla	234	66
kahdesti päivässä	13	4
ainakin kerran päivässä	48	13
harvemmin kuin kerran päivässä	22	6
harvoin tai ei koskaan	39	11
<b>I. Asiakas nauttii koskettamisesta</b>	<b>(353)</b>	
lähies aina; tekee lähies aina aloitteen kosketukseen	36	10
yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteen kosketukseen	66	19
puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei vastusta koskettamista	182	52
alle puolet ajasta; vastustaa usein tai toistuvasti koskettamista	35	10
harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähies aina koskettamista	34	9

<b>J. Asiakas nauttii muiden seurassa olemisesta tai kanssakäymisestä muiden kanssa</b>	<b>(350)</b>	
lähes aina; tekee lähes aina aloitteen kanssakäymiseen muiden kanssa	50	14
yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteen kanssakäymiseen muiden kanssa	73	21
puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei myöskään vastustaa kanssakäymistä muiden kanssa	178	51
alle puolet ajasta; vastustaa usein tai toistuvasti kanssakäymistä muiden kanssa	25	7
harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähes aina kanssakäymistä muiden kanssa	24	7
<b>K. Asiakas vaikuttaa emotionaalisesti rauhalliselta ja oloonsa tyytyväiseltä</b>	<b>(351)</b>	
suurimman osan päivästä	176	50
enemmän kuin puolet päivästä	62	18
puolet päivästä	55	16
vähemmän kuin puolet päivästä	36	10
harvoin tai ei koskaan	22	6

Qualid-asteikolle löytyi kohtalainen reliabiliteetti (0,774), ja sen faktori-rakenne vaikutti melko selkeältä (taulukko 19). Ensimmäisen faktorin osalta suurimmat lataukset löytyivät osioilta, jotka liittyivät rauhattomuuteen, levottomuuteen ja epämukavaan oloon (osiot D–G ja K). Faktori kuvaa epämiellyttävää olotilaa, ja sen selitysaste on 30 prosenttia. Sillä on korkeita toissijaisia latauksia myös surullisuuteen liittyvillä osioilla (osiot B ja C). Toinen faktori sai korkeimmat lataukset osioilla, jotka liittyivät erilaisiin nautintoihin ja hymyilyyn (osiot A ja H–J). Faktori todentaa, että vanhuksilla on vielä elämäniloja ja mielihyvän kokemuksia. Kolmas faktori sai korkeimmat lataukset surullisuutta kuvaavissa kohteissa (koh-teet B ja C). Surullisuus voi olla faktorin nimenä.

Taulukko 19. Havainnoitujen vanhusten elämänlaadun tarkastelu Qualid-mittarin arviointikohteiden perusteella. Faktoriantalyysi: faktorilataukset, kommunaliteetit, faktorikorrelaatiot ja ala-asteikkojen reliabiliteetit (n = 343).

<b>Arviointikohte</b>	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>	<b>h<sup>2</sup></b>
asiakas hymyilee (a)	0,09	0,55	-0,16	0,32
asiakas vaikuttaa surulliselta (b)	0,54	0,00	0,69	0,53
asiakas itkee (c)	0,32	-0,06	0,69	0,47
asiakas on levoton, onneton, kipuileva (d)	0,85	0,16	0,46	0,73
asiakkaan fyysinen olo on epämukava (e)	0,74	0,15	0,26	0,56
asiakas valittaa, vaikeroi, huutaa (f)	0,76	0,17	0,45	0,58
asiakas on ärtyisiä tai aggressiivinen (g)	0,57	0,18	0,26	0,32
asiakas nauttii syömisestä (h)	0,14	0,36	0,10	0,14
asiakas nauttii koskettamisesta (i)	0,17	0,75	-0,09	0,57
asiakas nauttii kanssakäymisestä (j)	0,17	0,74	-0,07	0,55
asiakas on emotionaalisesti rauhallinen ja oloonsa tyytyväinen (k)	0,81	0,28	0,42	0,66
<b>Ominaisarvo</b>	<b>3,29</b>	<b>1,74</b>	<b>1,71</b>	
<b>Selitysarvo</b>	<b>30 %</b>	<b>16 %</b>	<b>16 %</b>	
	<b>Faktoreiden keskinäiset korrelaatiot</b>			
		0,24		
F2				
F3	0,47	0,06		

Cronbachin alfa-reliabiliteettikertoimen symbolina on  $\alpha$ . Kokonaisasteikon reliabiliteetti  $\alpha = 0,77$ .

Kahden viimeisen faktorin välillä oli kohtalaisen korkea korrelaatio. Faktorianalyysin mukaan muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun vaikuttavat epämiellyttävä olotila, elämänilojen rajallisuus, surullisuus ja kivut. Elämänilojen vähydestä huolimatta niiden merkitys vanhukselle on suuri tuottaessaan positiivisia tunteita ja elämyksiä. Asiakkaat nauttivat analyysin mukaan syömisestä sekä siitä, että heidän kanssaan oltiin ja heitä kosketettiin. Näiden toteuttaminen löytyy hoivasta inhimillisinä välittämisen, huolehtimisen, huolenpidon, hoitamisen ja vastuunoton tehtävinä. Hoitaja tukee kaikella omalla toiminnallaan vanhuksen hyvinvointia ja elämänlaatua, eikä millään teoillaan vahingoita vanhusta. (Knapp 1984, 2; Sevenhuijsen 1998; Tedre 1999, 44; Heikkinen 2003, 363–370; Salonen 2007; Anttonen & Zechner 2009, 17–18; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 44; vrt. Hendersson 1961, 12.)

### Muistisairaiden asiakkaiden masentuneisuuden arviointi

Muistisairaiden vanhusten masentuneisuutta arvioin käyttäen havainnointimittarina Cornellin testiä (CSDD, liite 2). Se mittaa erityisesti ikääntyneiden muistisairaiden masentuneisuusoireita ja tunnistaa niiden vaikeusasteen (Alexopoulos ym. 1988). Arviointi onnistui 296 asiakkaalle (76,3 %) kaikista havainnoinnissa mukana olleista (n=388). Kokonaan vastaamatta jättämisen syyksi ilmoitettiin, ettei voida havainnoida. Sen perusteluina mainittiin vanhusten erittäin huono kunto, jatkuva vähäilmeisyys, ilmeettömyys tai puuttuva kontakti ulkomaailmaan. Kadon vuoksi masentuneisuuden selvittäminen jäi hieman puutteelliseksi. Mittarin ohje ”arviointia eli pisteytystä ei tehdä niistä osioista, joissa oireet johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta” saattaa kannustaa vastaamattomuuteen. Kun kyse on erittäin huonokuntoisista vanhuksista, heidän oireensa voivat vaikuttaa syy–seuraus-suhteiltaan helposti pelkästään fyysisiltä. Kadosta huolimatta halusin selvittää syvemmin arvioinnin antamaa tietoa.

Masentuneisuuden arviointimenetelmän (Cornell, CSDD) kokonaispistemäärä voi vaihdella 0–38 pisteen välillä. Mitä korkeampi pistemäärä on, sitä masentuneempi henkilö on kyseessä. Alexopoulosin (1988) mukaan mittarin yhteispistemäärä > 10 viittaa mahdolliseen vakavaan masennukseen, yhteispistemäärä > 18 viittaa vahvasti (*definite*) vaka-

vaan masennukseen ja yhteispistemäärä  $< 6$  vakavien depressio-oireiden puuttumiseen. Mallia käyttäen masentuneisuutta oli reilulla neljäsosalla havainnoiduista. Tuloksen kokonaisuuden arvioon vaikuttaa se, että kaikista havainnoitavista vanhuksista tähän osioon osallistui vain 76 prosenttia. Tutkimukseen osallistuneiden mahdollinen valikoituminen huonontaa tulosten luotettavuutta. Siitä johtuen tulos saattaa olla hieman myönteisempi kuin vastaavassa Helsingin vanhainkotitutkimuksessa (Muurinen ym. 2006) ja Anja Noron (2005) tutkimuksessa, joissa kolmasosa koki masentuneisuutta. Kansainvälisessä Care Keys -projektin vastaavassa havainnointitutkimuksessa (Sixsmith ym. 2008) joka toisella dementoituneella asiakkaalla oli masentuneisuutta. Sinervon ym. (2010) tutkimuksessa palveluasumisen asiakkaista noin 17 prosentilla mieliala arvioitiin alavireiseksi.

Mittarin kaikki arviointikohdat oli täytetty 75 henkilöltä (19 %). Tarkastelin tätä ryhmää hieman enemmän, sillä tässä ryhmässä kenelläkään ei ollut mitään fyysistä tekijää, joka olisi aiheuttanut vastaamatta jättämisen johonkin arviointikohtaan. Näiden ihmisten mahdollinen masentuneisuus voisi siis oletettavasti olla merkki todellisesta masentuneisuudesta. Näin havainnoitujen kokonaispistemäärä vaihteli 0–30 pisteen välillä, keskiarvo oli 20,4 ja keskihajonta 8,8. Jos käyttää masentuneisuuden poissulkumenetelmänä Alexopouloksen (1988) määrittämää leikkauspistettä ( $< 6$ ), niin havainnoiduista lähes 90 prosenttia koki masentuneisuutta. Sukupuolen tai iän mukaan ei ollut keskiarvoeroa. Tulokset ovat vakavia, mutta mielestäni eivät kuitenkaan yllättäviä. Suuri raihnaisuus ja täydellinen riippuvuus toisista ihmisistä heikentävät mielialaa: elämä on toisten ihmisten käsissä hyvin konkreettisella tavalla. Tulos on suuri haaste ammatilliselle hoivalle, sillä nämä vanhukset tarvitsevat tavallista enemmän huomiota sekä emotionaalista ja sosiaalista tukea. Duodecimin terveyskirjaston (2011) mukaan leikkauspisteenä voisi käyttää 9 pisteen rajaa. Se vähentää masentuneisuutta kokeneiden määrää huomattavasti.

Cornell-mittarin muuttujien korrelaatorakenteen selvittäminen oli hankalaa. Tein faktorianalyysin käyttämällä vain niitä vastauslomakkeita, joissa kaikki kohdat olivat täytettyinä havainnoinnin perusteella ( $n = 75$ ). Faktorianalyysin (liitetaulukko 5) tulos piirtää kuvan erityisen huonokuntoisesta muistisairaasta ikääntyneestä, joka näkee nykyhetken ja tulevaisuutensa vähemmän toiveikkaana, on ahdistunut ja levoton sekä kokee

elämää haittaavia kipuja ja ärtyisyyttä. Hänellä on vain vähän mielihyvän kokemuksia. Cornell-asteikon faktorirakenne ei muodostunut selkeäksi, sillä useilla osioilla oli korkeita toissijaisia latauksia. Osa-asteikoiden reliabiliteetit olivat kohtalaisen korkeita samoin kuin kokonaisasteikon reliabiliteetti ( $\alpha = 0,83$ ). Pääosin osiot eivät latautuneet selkeästi kokonaisasteikon ala-asteikoille. Faktorianalyysin tulokset osoittavat kohtalaista yhtenäisyyttä Alexopouloksen ym. (1988) tutkimustulosten kanssa. Myös Harwood ym. (1998) selvittivät Alzheimerin tautia sairastavilla henkilöillä mittarin faktorirakennetta. Sen sisäinen konsistenssi oli hyvä ( $\alpha = 0,86$ ). Pääkomponenttianalyysi ( $\alpha$ -kerroin  $> 0,65$ ) tuotti neljä faktoria: 1) yleinen depressio, 2) häiriöitä elämän säännönmukaisuudessa, 3) levottomuus/psykoosi ja 4) negatiiviset oireet.

Vertasin vielä käyttämäni masennusmittaria (Cornell) ja kognition tasoa kuvaavaa mittaria (MMSE) toisiinsa. Niiden välillä oli selvä yhteys: 0,14 MMSE-pisteen väheneminen vaikutti yhden Cornell-pisteen lisäyksen eli mitä vaikeampi muistisairaus, sitä enemmän oli masentuneisuutta. Tämä tulos vastasi aiempia tuloksia (esim. Muurinen ym. 2006).

Masentuneisuuden arviointi antoi yksityiskohtaista tietoa. Fyysisten tekijöiden merkitys jäi psykososiaalisia tekijöitä huomattavasti vähemmälle mittarin rakenteesta johtuen. Lievä ahdistuneisuus heikensi mielialaa joka kolmannella asiakkaalla, ja vajaalta kolmasosalta sitä ei voitu arvioida. Joka toinen vanhus ei vaikuttanut surulliselta; toisaalta lievää tai satunnaista surullisuutta oli joka kolmannella. Neljäsosa vanhuksista ei reagoanut miellyttäviin tapahtumiin. Lievää tai satunnaista ärtyisyyttä esiintyi puolella heistä. Lievää tai satunnaista kiihtyneisyyttä oli paljon, ja moni ilmaisi jollakin tavalla fyysisiä vaivoja.

Fyysisinä oireina neljäsosalla oli ruokahaluttomuutta, mutta vakavaa laihtumista oli vain alle viidellä prosentilla. Viidesosalla oli viimeisen kuu-kauden aikana ilmennyt muutoksia jaksamisessa. Nukahtamisvaikeuksia, unen aikana heräilyä ja aamuvaihain heräämistä oli joka kolmannella. Toisaalta univaikeudet eivät välttämättä iäkkäillä johdu masentuneisuudesta. Uni muuttuu luontojaan ikääntyessä: se voi olla pinnallista ja katkonaista (Kivelä & Räihä 2007, 68). Erilaisia harhakuvitelmia oli reilulla kymmenesosalla havainnoiduista vanhuksista.

## 7 Ammattityön ja johtamisen laatu

### 7.1 Hoidon ammatillinen laatu kirjaamisen perusteella

Hoidon ammatillista laatua selvitin hoitotyön dokumentoinnin avulla. Hoidon laadun osoittimena kirjaamisen laatu on rajallinen, sillä se antaa tietoa työn suorittajan, ei asiakkaan näkökulmasta. Sitä on kuitenkin käytetty useissa tutkimuksissa (esim. Björvell, Thorell-Ekstrand & Wredling 2000; Muurinen 2003; Voutilainen 2004; Vaarama & Tiit 2008; Saks ym. 2008; Muurinen & Soini 2009). Tässä tutkimuksessa sen käyttö liittyi Care Keys -instrumenttien käyttöön. Tarkastelin ensin hoitotyön dokumentoinnin laatua arvioimalla puuttuvien tietojen määrää käyttämällä Care Keys -projektissa kirjaamisen tasomäärittelyä:

- alle 10 % puuttuvia tietoja → erittäin hyvä kirjaamisen taso
- 10–19 % puuttuvia tietoja → hieman puutteellinen kirjaamisen taso
- 20–49 % puuttuvia tietoja → puutteellinen kirjaamisen taso
- 50–69 % puuttuvia tietoja → hyvin puutteellinen kirjaamisen taso
- yli 70 % puuttuvia tietoja → erittäin puutteellinen kirjaamisen taso

Hoivasairaalassa oli käytössä sähköinen hoitotyön kirjaaminen. Muissa hoitopaikoissa kirjattiin manuaalisesti. Osalla asiakkaista oli hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä niiden osana hoitotyön suunnitelma. Haastateltujen asiakkaiden hoitotyön asiakirjoista puuttuivat kaikki hoitotyön tiedot kymmeneltä prosentilta sekä kunnallisessa että yksityisessä palveluasumisessa. Havainnoiduilta vanhuksilta tiedot puuttuivat 6,5 prosentilta, ja puutteet keskittyivät yhden kunnan terveyskeskussairaalaan, vanhainkotiin ja palveluasumiseen, joten syynä lienee kunnan sisäinen kulttuuri. Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen laatua selvitin seitsemällä kysymyksellä hoidon ja palvelun tavoitteiden kirjaamisesta kyllä/ei-asteikolla. Hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältö vaihteli yksiköittäin ja hoidettavien kesken. Yksityiskohdissaan tarkinta kirjaaminen oli terveyskeskussairaaloissa. Hoidon ja palvelun arviointia ei tehty hoitajan ja hoidettavan kanssa yhteistyönä. Puutteet kirjaamisessa ovat samoja kuin mitä on todettu muissakin tutkimuksissa (Isola & Voutilainen 1998; Voutilainen ym. 2001; Muurinen 2003; Voutilainen 2004; Muurinen ym. 2006; Muurinen & Soini 2009; Valvira 2010). Taulukossa 20

on esitetty kooste hoito- ja palvelusuunnitelmien laadusta. Myönteistä on, että toiminnot, joista asiakas selviytyy itsenäisesti, oli eroteltu niistä, joihin hän tarvitsee hoitajan apua kaikissa hoitomuodoissa. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisälsi keinoja myös vanhuksen omien voimavarojen tukemiseen.

Taulukko 20. Tutkimukseen osallistuneiden vanhusten hoito- ja palvelusuunnitelmien laatua selvittävät kysymykset ja niihin annettujen kyllä-vastausten määrä hoitomuodoittain (n = 567).

Hoitosuunnitelman laatua kuvaava kysymys	Terveys-	Hoiva-	Van-	Palvelu-	Yksityi-
	keskus-	sairaala	hain-	asumi-	set hoi-
	n = 105	n = 45	n = 230	n = 140	n = 47
Ovatko ne toiminnot, joista asiakas selviytyy itsenäisesti eroteltu niistä, joihin hän tarvitsee hoitajan apua?	92	45	213	138	47
Onko hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattu keinoja asiakkaan omien voimavarojen tukemiseksi ja lisäämiseksi?	93	45	209	137	44
Tehtäänkö säännöllinen hoidon ja palvelun arviointi yhdessä hoitotyöntekijän ja asiakkaan kanssa?	85	45	204	137	45
Sisältääkö säännöllinen hoidon ja palvelun arviointi tietoa asiakkaan mieltymyksistä ja elämäntyylistä?	46	24	110	75	32
Sisältääkö säännöllinen hoidon ja palvelun arviointi tietoa epävirallisen avun tai muun tahon sopivuudesta asiakkaan hoidon ja palvelun suunnitteluun?	12	1	3	1	0
Sisältääkö hoito- ja palvelusuunnitelma menetelmiä yhteistyölle?	19	0	12	0	1
Onko hoito- ja palvelusuunnitelmassa arvioitu ennaltaehkäisevien hoitomenetelmien vaikutuksia?	12	0	17	0	1

Suunnitelmat sisälsivät huonosti tietoa asiakkaan mieltymyksistä ja elämäntyylistä kaikissa hoitomuodoissa, mikä osoittaa siltä osin hoivan laatuvaajetta. Tutkimusten mukaan aiemman elämäntyylin säilyttäminen on tärkeää hyvinvoinnille, mikä edellyttää hoitohenkilökunnalta sen tuntemista (Settersten 2005; Perttula 2009). Muiden tahojen kanssa tehtävää yhteistyötä tai niiltä saatavaa apua sekä preventiivisiä hoitomenetelmiä oli kirjaamisen perusteella vähän.

### Kliinisen hoidon tuloksellisuus

Kliinisen hoidon tuloksellisuutta arvioidin kysymällä unilääkkeen käytön, kaatumiset, painehaavat, kivut ja infektiot sekä painoindeksin (BMI). Unilääke oli käytössä joko jatkuvasti tai vain tarvittaessa 60 prosentilla tutkittavista. Unilääke oli merkitty aina asiakirjoihin. Unilääkkeen käyttö

oli kaikissa hoitomuodoissa samantyylistä. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Stakesin tutkimuksessa vuosina 2000–2004, jolloin unilääkkeen käyttöä oli 53–61 prosentilla ympärivuorokautisen hoivan asiakkaista, ja 29–42 prosentilla unilääke oli käytössä jatkuvasti (Noro 2005, 101). Hel-singin vastaavassa vanhainkotitutkimuksessa unilääkkeen käyttö oli vähäisempää: joka kolmannelle asiakkaalle oli unilääke säännöllisessä käytössä tai tarvittaessa (Muurinen ym. 2006). Sinervon ym. (2010) tutkimuksessa rauhoitettavia ja/tai unilääkkeitä ilman psykoottisen sairauden diagnoosia tai oireita oli 42 prosentilla ympärivuorokautisen hoivan asiakkaista. Hyvän hoidon raja-arvoksi on määritelty 16,4 prosenttia ja erinomaisen hoidon raja-arvoksi 5,5 prosenttia asiakkaista (Noro 2005), joten tarkastelluissa palveluntuottaja-organisaatioissa raja-arvoja ei saavutettu.

Organisaation toimintatavoilla ja johtamiskulttuurilla voi olla vaikutusta jopa lääkehoidon toteuttamiseen. Pekkarinen (2007) totesi tutkimuksessaan, että esimiestyö vaikutti vanhuksille annettavien rauhoittavien ja unilääkkeiden määrään. Lääkehoidon onnistumisen lähtökohtana pidetään riittävää henkilöstömäärää, tarkoituksenmukaista henkilöstörakennetta sekä pitkäjänteistä lääkärityötä (esim. Fahey ym. 2003; Kivelä 2006).

Kaatumiset oli kirjattu hyvin kaikissa yksiköissä. Niitä oli ollut kolmen viimeisimmän kuukauden aikana lähes joka kymmenennellä vanhuksella, eikä eroa ollut yksityisen ja kunnallisen toimijan välillä. Painehaavaumia esiintyi noin kuudella prosentilla, ja määrä oli sama kunnallisella sekä yksityisellä puolella. Hyvän hoidon raja-arvoksi on määritelty 7,7 prosenttia ja erinomaisen hoidon rajaksi 2,4 prosenttia asiakkaista (Noro 2005). Hyvän hoidon raja saavutettiin kaikissa palveluntuottajaorganisaatioissa.

Keskimäärin joka kolmas vanhus koki kipuja, mutta tieto oli kirjattu vain reilulla viidesosalla. Näin on ollut myös aiemmissa tutkimuksissa (Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005; Muurinen ym. 2006, 77). Vanhuksen usein vaikeasti tunnistettava kipu kuitenkin huonontaa elämänlaatua, joten sen tunnistaminen ja lievitys on tärkeää. Riittävä ja tarkoituksenmukainen kivun hoito on ikääntyneelle myös juridinen ja eettinen oikeus. Krooninen kipu ei kuulu normaaliin vanhenemiseen, vaikkakin pitkäaikaishoidossa olevilla vanhuksilla päivittäinen ja pitkäkestoinen kipu on yleistä. (Tilvis 2004, 223–227; Palviainen, Kankkunen & Suominen 2005, 32–33; Kivelä & Rähä 2007, 74; Sixsmith ym.



2008, 217–233.) Myös infektioiden asianmukaisella ehkäisyllä ja hoidolla voidaan vaikuttaa ikääntyvien henkilöiden elämänlaadun säilymiseen. Toisaalta infektio voi olla myös väistämättä elämän viimeinen vaihe.

Taulukossa 21 on esitetty yhteenveto kliinisen hoidon tuloksellisuuden selvittämisessä käytetyistä poimintatiedoista asiakkaiden hoitotyön asiakirjoista. Puuttuvat vastaukset arviointikohdissa 1–5 olivat palveluasumisesta. Puuttuvia vastauksia oli 40 prosentilla palveluasumisesta tutkimukseen osallistuneista. Siltä osin kirjaamisen taso oli erittäin puutteellista. Kohdassa 6 puuttui vastauksia kaikista hoitomuodoista. Vaikka hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältö vaihteli jonkin verran yksiköittäin ja hoidettavien kesken, tilastollisia eroja ei löytynyt. Kirjaaminen oli laitoshoidossa palveluasumista perusteellisempaa, mutta tilastollista eroa siinä ei ollut.

Taulukko 21. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden hoidon kliinistä tuloksellisuutta selvittäneiden muuttujien jakaumat.

Arviointikohde	Kyllä		Ei		Puuttuva vastaus (n)
	f	%	f	%	
1. Unilääkkeen käyttö	374	61,3	234	38,4	71
2. Kaatumiset viimeisen 3 kk:n aikana	67	11,0	540	88,5	72
3. Painehaavaukia viimeisen vuoden aikana	38	6,2	570	93,4	71
4. Asiakas kärsii kivusta	136	22,3	468	76,7	75
5. Asiakkaan sairaala-bakteeri-infektio viimeisen vuoden aikana	4	0,7	605	99,2	70
6. Painoindeksi (BMI)	73	12,0			606

Vanhuksilla voi esiintyä ravitsemustilan häiriöitä, ja erityisesti laitoshoidon huonokuntoiset iäkkäät ovat riskiryhmä (Kivelä & Rähä 2007, 96). Asiakkaiden ravitsemustilaa olikin laitoshoidossa seurattu painonmittaamisella ja indeksimittauksilla. Indeksimittaus oli tehty tai ainakin kirjattuna vain neljässä hoivapaikassa ja ainoastaan, jos asiakkaalla oli yli- tai alipainoon viittaavaa ongelmaa. Ylipaino oli alipainoa yleisempi ongelma. BMI-arviointi oli tehty 12 prosentille kaikista tutkimukseen osallistuneista.

### Asiakkaiden avun tarve ja sen saaminen

Tiedot avun tarpeesta ja saannista puuttuivat hoito- tai palvelusuunnitelmasta joka kymmeneltä tutkimukseen osallistuneelta haastatellulta

vanhukselta. Suunnitelman tärkeys on kuitenkin kiistaton (Voutilainen 2004, 25). Puutteet keskittyivät sekä kunnalliseen että yksityiseen palveluasumiseen kolmessa kunnassa. Kirjaamisella on palveluasumisessa laitoshoidtoa lyhyempi perinne. Asiakkaiden hoidon tarve on ollut aiemmin laitoshoidtoa vähäisempi, jolloin hoitotyön suunnittelun ja kirjaamisen tarvekin on pienempi. Osasyynä voi olla myös toimintaideologia ja organisaatiokulttuuri. Kokonaisuutena kirjaamisen tasoa voidaan pitää kuitenkin erittäin hyvänä, vaikka palveluasumisessa hoitotyön kirjaamisen kehittämistarpeet ovat ilmeiset. Kirjaamisen merkitys tulee kasvamaan asiakkaiden kunnan huonontuessa.

Yleisesti ottaen kirjaamisen perusteella asiakkaan avun tarve ja saanti kohdentuivat hyvin, eikä siinä ollut eroa asiakkaan kognitiivisen tason mukaan. Positiivista oli, että lähes kaikkiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin oli kirjattu hoidettavan voimavarat sekä toiminnot, joihin hän tarvitsi apua, ja myös keinot voimavarojen tukemiseen. Toiminnot, joista asiakas selviytyi itsenäisesti, oli eroteltu niistä, joihin hän tarvitsi hoitajan apua. Tässä kyllä- ja ei-vastausten välinen ero oli jopa tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,002$ ). Keinot asiakkaan omien voimavarojen tukemiseksi kirjattiin kaikissa hoitomuodoissa samantapaisesti, eikä tilastollisia eroja eri hoitomuotojen kesken löytynyt. Omatoimisuuden tukeminen oli kirjattu täsmällisimmin terveyskeskus- ja hoivasairaaloissa.

Tarkastelin asiakkaiden tarvitseman ja saaman avun välistä suhdetta jokaisen yksittäisen avun tarpeen ja saannin välillä käyttämällä niistä saamiani keskiarvoja. Pieni puutos oli psykososiaalisen tuen saannissa, mitä tulosta tukevat myös haastateltujen asiakkaiden omat kokemukset. Avun saanti oli sen sijaan avun tarvetta suurempi sydän- ja verenkiertoon, lääkitykseen ja kivun hoitoon liittyvissä tarpeissa. Avun tarvetta ja saantia kuvasivat seuraavat vaihtoehdot: 1. pukeutuminen ja riisuutuminen, 2. hampaiden ja suun hoito, 3. ihon ja hiusten hoito, 4. varpaankynsien leikkaaminen, 5. liikkuminen sisätiloissa, 6. liikkuminen ulkona, 7. hengitys, sydän ja verenkierto, 8. lääkitys, 9. kaatumisen ennalta ehkäisy, 10. kivun hoito, 11. emotionaalinen tuki, 12. masennus, 13. hengellinen/uskonnollinen toiminta, 14. virkistystoiminta ja 15. yhteydenpito muihin ihmisiin. Kysymyksen keskiarvo muodostui vastausvaihtoehtojen antamista pisteistä avun tarpeeseen ja avun saantiin. Ne olivat: 0 = ei avun tarvetta, 1 = avun tarve vähäinen, 2 = avun tarve keskikertainen ja 3 = avun tarve suuri. ”Ei tietoa” merkittiin erikseen.

Arvioin avun tarpeen ja saamisen välistä suhdetta vielä marginaalijakauman samankaltaisuuden testillä (Marginal homogeneity test), jonka tulokset on esitetty liitetaulukossa 3. Vaikka avun tarpeessa esiintyi vaihtelua, avun tarve ja saanti kohdistuivat niin tarkasti, etten voinut laskea eroa minkään selittävän muuttujan suhteen. Tuloksen positiivisuus yllättää, vaikka hoivassa asiakkaan tarpeiden ensisijaistaminen löytyykin arvoista ja eettisistä näkökohdista (vrt. Sevenhuijsen 1998) sekä ihmisen omasta tahdon- ja tarpeen ilmaisusta. Hoivan tarvevastaavuuteen on kiinnitetty huomiota myös muissa tutkimuksissa (Vaarama ym. 2008; Zechner & Valokivi 2009; Blood & Bamford 2010). Itse kirjaamisella lienee kuitenkin vaikutusta tulokseen, eli sitä kirjataan, mitä tehdään. Tällöin asiakkaan havaitsematta ja tyydyttämättä jääneet tarpeet (piilotarpeet) voivat jäädä kirjaamatta ja näin toteuttamatta. Tämä on mahdollista nykyjärjestelmässä ja siten myös tässä tutkimusasetelmassa, koska sama taho toteaa tarpeet ja tyydyttää ne. Tutkimuksen teossa ei ollut mahdollisuutta käyttää ulkopuolista henkilöä toteamaan konkreettisesti, objektiivisesti ja omakohtaisesti vanhuksen avun tarve ja saanti.

Hoitotyön asiakirjoista katsottiin merkinnät myös vanhuksen toimintakyvyn arvioinnista. Toimintakykyarvio oli tehty tutkimuskunnissa kaikille pitkäaikaishoivan asiakkaille juuri tutkimustani edeltäneinä kuukausina. Indeksiksi oli kuitenkin merkitty hoitotyön asiakirjoihin vain 174 (59 %) haastatellulla ja 270 (70 %) havainnoidulla tutkittavalla. Toimintakykyarviointi siis tehdään, mutta tulosta ei merkitä hoitotyön asiakirjoihin, eikä tietoa siis hyödynnetä.

## Muistisairaiden vanhusten avun tarve ja saanti

Tarkastelin avun tarpeen ja saannin vaikutusta muistisairaana asiakkaan elämänlaatuun vertaamalla hänelle tehtyä Qualid-elämänlaatuarviointia suhteessa hoitotyön asiakirjatiedoista saatuihin avun tarvetta ja saantia kuvaaviin muuttujiin. Avun saannin ja elämänlaadun välinen korrelaatio ja regressiomallin regressiokerroin eivät olleet merkitseviä ( $r = -0,09$ ,  $p = 0,155$ ). Linearisessa regressiomallissa elämänlaadun selittäjinä olivat huonekoko (huoneessa olevien lukumäärä), avun saanti ja näiden yhdysvaikutus. Tässäkään mallissa mikään selittäjistä ei ollut tilastollisesti merkitsevä, vaikka avun saannin ja elämänlaadun välinen yhteys vaihteli huo-

neessa asuvien henkilöiden määrän mukaan. Tosin tehokkuusestimaatit olivat alhaisia, mikä johtui ryhmäkokojen pienuudesta. Johtopäätösten varmistamiseksi tein vielä regressioanalyysin (liitetaulukko 3). Sen mukaan huoneessa olevien henkilöiden lukumäärän tilastollinen merkitys voisi selittyä sillä, että avun saanti on eri tavalla yhteydessä elämänlaatuun riippuen siitä, kuinka monta henkilöä huoneessa asuu.

Muistisairaiden avun tarpeen ja Lawtonin (1991) elämänlaadun ulottuvuuksien yhtäaikaisten tarkastelu osoitti, että fyysinen terveys oli tärkeä elämänlaadun ympäristöulottuvuudessa. Lisäksi asumisella oli merkitystä. Yhden hengen huoneessa asuvan vanhuksen tarpeet tulivat tyydytetyiksi paremmin kuin useamman hengen huoneessa asuvan ( $p = 0,010$ ). Lineaarinen trendi ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,172$ ). Useamman hengen huoneessa asuva vanhus sai huonommin apua myös kivunhoitoonsa kuin yhden hengen huoneessa asuva ( $p = 0,014$ ). Lääkityksen tarve ja kaatumisen ennalta ehkäisy eivät eronneet huonekoon tai hoitomuotojen kesken. Lääkehoito toteutui hyvin kaikissa hoitomuodoissa.

Muistisairaiden henkisen tuen tarpeen ja saannin välinen suhde oli myös hyvä ( $p = 0,026$ ). Sen suhde elämänlaadun psyykkiseen ulottuvuuteen näkyi apua saamattomien ja sitä kohtalaisesti saavien välillä ( $p = 0,025$ ). Lineaarinen trendi ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,064$ ). Testinä oli marginaalijakaumien samankaltaisuuden testi (Marginal homogeneity test).

Elämänlaadun sosiaalisessa ulottuvuudessa sosiaalisen ja psykososiaalisen tuen tarpeen ja saannin välillä oli vähäisiä eroja. Tilastolliset erot eivät olleet merkitseviä marginaalijakaumien samankaltaisuuden testillä. ANOVA-testin perusteella apua saamattomien tai apua vähän saavien välillä oli eroa ( $p = 0,023$ ), mutta lineaarinen trendi ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,064$ ).

## Ammatillisen laadun yhteys elämänlaatuun

*Kokonaisuutena hoitotyön kirjaamisen laatu ei vaikuttanut asiakkaiden elämänlaatuun.* Tulos haastaa pohtimaan tämän hoitotyön osa-alueen laajempaa merkitystä, myös johtamisen haasteena. Kirjaaminen koetaan tärkeänä, mutta kritiikkiäkin esiintyy. Rutiinimaisesti tehtynä se voi jopa edesauttaa sitä, etteivät hoitotyön perimmäiset periaatteet toteudu (Tii-

lilä & Karvinen 2006, 16–17; Härmä ym. 2009, 1681). Sen kokeminen rutiinina ei todennäköisesti edistä hoidon laatua eikä vanhuksen elämänlaatua. Se voi jopa tuudittaa uskomukseen, että hoito on laadukasta. Pitkäaikaishoidossa kirjaamisen tulisi lähteä hoitajan työtehtävien kirjaamisen sijaan vanhuksen omien voimavarojen käytön toteutumisesta. Muutokset voimavaroissa sekä kunnossa ja voinnissa esiintyvät poikkeamat edellyttävät aktiivista kirjaamista. Tällainen dokumentointi auttaa kartuttamaan vanhuksen omia voimavaroja ja säilyttämään niitä. Se edistää ongelmien varhaista havaitsemista, niihin puuttumista ja tarkempaa selvittämistä, mikä vaikuttaa vanhuksen terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä elämänlaatuun.

*Ei-muistisairaiden vanhusten hoiva-avun saanti vastasi avun tarvetta, ja riittävä avun saanti vaikutti myönteisesti elämänlaatuun.* Tulokset avun tarpeen ja saannin keskinäisestä vastaavuudesta viittaavat pitkälti aiempiin tutkimuksiin. Tulokset eivät kerro avun tarpeen ja saannin yhteydestä elämänlaatuun yhtä selkeästi kuin muut tutkimukset (ks. Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008, 12–14). Käytetty mittari ei selvittänyt annetun avun laatua.

*Muistisairaiden asiakkaiden avun saanti ei ollut tilastollisesti merkitsevä heidän elämänlaadulleen.* Tulos on looginen, sillä kirjaamisen perusteella avun tarve ja saanti kohdentuivat lähes täydellisesti, eikä siinä ollut eroa kognitiivisen tason mukaan. Asiakkaan avun tarpeen ja saannin yhteys elämänlaatuun olisi voinut olla erilainen, jos avun tarpeet olisivat tulleet huonosti tyydytetyiksi.

## 7.2 Johtamisen laatu

Pitkäaikaishoidon johtamista arvioin kyselyn avulla tarkastelemalla rakenteita, prosesseja ja vaikutuksia sekä miten johtamisen menetöt saavuttivat tavoitellun tason. Kysely pohjaa John Øvretveitin (1998, 228–272) malliin, jossa arviointi kohdistuu hoito- ja palveluresursseihin, hoidon ja palvelun jatkuvuuteen, tiedonkulkuun, laadunhallintaan, yhteistyöhön sekä johtamiseen. Koska arvioinnin näkökulmina ovat asiakas, ammattityö ja johtaminen, niin resurssit ovat sekä palvelun tuottajan että asiakkaan voimavaroja, joiden tehokasta, tarkoituksenmukaista ja asiakkaan elämänlaatua tukevaa käyttöä mitataan johtamisen laatuun. Prosessi-

tekijöinä ovat toiminta eli hoito- ja palvelumenetelmät, joten rakenteiden arviointi kohdistui hoidon ja palvelun määrään sekä laatuun.

Kyselykaavakkeessa oli tietoja palveluorganisaatiosta, henkilöstöstä, resursseista, johtamisstrategioista ja johtamisen itsearvioidusta laadusta. Lomake sisälsi yhteensä 70 kohtaa. Vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei sekä kysymyksestä riippuen myös en tiedä, tietoa ei saatavilla tai osittain. Uudelleenluokittelussa yhdistin osittain- ja kyllä-luokkia yhteen. Tutkimukseen osallistuneet organisaatiot koostuivat erilaisista ympäri- vuorokautisen hoivan yksiköistä, joten organisaatioista muodostui monipuolisesti pitkäaikaishoitoa kuvaava joukko. Vastajat työskentelivät terveydenhuollon laitoshoidossa terveyskeskussairaalassa (43 %) ja hoiva-sairaalassa (8 %) sekä sosiaalitoimen vanhainkodeissa (36 %) ja palvelu-asumisessa (13 %). Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon edustus on siten yhtä suuri. Ylimpään johtoon kuului 13, keskijohtoon 12 ja tiimi- eli lähijohtoon 16 vastaajaa. Ammattinimikkeiltään johtajat olivat yleisimmin sairaanhoitajia, ylihoitajia, erikoislääkäreitä ja vanhustyön johtajia. Yleisin nimike oli osastonhoitaja (26 %). Johtaja-nimikkeellä työskenteleviä oli vajaa neljäsosa. Ylihoitajia oli joka kymmenes ja avo- tai vanhuspalveluohjaajana hieman useampi. Viidestä ylilääkäristä kyselyyn vastasi kolme, ja yhdestätoista sosiaalijohtajasta vain yksi.

Johtajien koulutustaso oli kirjava. Määrällisesti eniten oli sairaanhoitajia (31 %) ja terveystieteiden maistereita (23 %). Sosiaaliohjaajia (18 %) oli hieman enemmän kuin erikoissairanhoitajia (13 %). Erot ylimmässä johdossa olivat suurimmat vaihdellen erikoislääkäristä sosiaalialan ammattitutkintoon. Keskijohdossa oli ylempään korkeakoulututkinnon suorittaneita vähemmän kuin ammatillisen tutkinnon suorittaneita. Useat terveystoimen esimiehet olivat suorittaneet johtamisen opintoja.

## Organisaation ja laadunhallinnan rakenteet

Käyttämäni mittari kykeni kuvaamaan laadunhallintajärjestelmän sisällön hyvin. Mittarin vastauksia ei pisteytetä, joten mittari ei tuota suoraan mitään summapistearvoa. Käsittelen kysymysvastauksia niiden sisällön perusteella. Laadunhallintajärjestelmän yhteyttä toimintaan analysoin käyttämällä apunani tilastollisia menetelmiä. Osoittelun välttämiseksi en esitä hoivayksikkö- tai kuntakohtaisia tuloksia.

Laadunhallinnan järjestelmät olivat moninaisia, ja kaikissa kyselyyn osallistuneissa organisaatioissa oli jokin organisaation toimintaa määrittelevä käytäntö. Määriteltyä laatua voi johtaa ja kehittää, koska silloin yhteisössä toimivilla on yhtenäinen käsitys laadusta. Laadutavoitteiden määrittelystä vastaa johto. (Lillrank 1990, 87; Lecklin 2002, 43.) Laadunhallinnan järjestelmä puuttui joka neljännessä työorganisaatiosta. Niissä oli käytössä kuitenkin jokin kirjallinen tai suullinen laatukäytäntö, jolla organisaation toimintaa määriteltiin. Organisaatioista 30 prosentilla oli osittainen tuloksellisuuden ja laadunhallinnan järjestelmä, jossa toimintaa määriteltiin pitkälti käytännön kautta. Muissa organisaatioissa oli käytössä yhteisesti määritetty laadunhallinnan järjestelmä. Hoivatyössä professionaalisuus ja ammattiperustaisuus edellyttävät, että jokainen alan ammattilainen on vastuussa hoivan ja hoitotyön laadunvarmistuksesta omassa työssään ja sitoutuu ammattitaitonsa kehittämiseen (Surakka 2008, 37). Helsingin vastaavassa tutkimuksessa lähes kaikissa laitoshoidon yksiköissä oli jokin laadunhallinnan järjestelmä (Muurinen ym. 2006, 61).

Eri tason johtajien arviot organisaation laadunhallinnasta, strategiasta tai käytännön periaatteista erosivat toisistaan vain vähän (taulukko 22). Asiakkaille oli laitoshoidossa nimetty oma vastuunhoitaja, mutta palveluasumisessa omahoitajakäytäntö oli vähäisempää. Kaikilla tasoilla johto arvioi, että palvelu kohdentui varsin tarkoituksenmukaisesti ja tuki hoivattavien omia voimavaroja sekä autonomiaa. Johtajien mielestä palvelut vastasivat ikääntyneen tarpeita (vrt. Pieper & Vaarama 2008, 70–71). Lähiesimiehet arvioivat palvelujen laadun ja palveluajan riittävyuden huonommaksi kuin ylin ja keskijohto. Lähijohto tunsu palvelutoiminnan arjen ylempää johtoa paremmin. Tulos on yhdenmukainen Heiskasen ja Niemen (2010) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin, että suomalaisten sairaaloiden ja hoitolaitosten johto on erkaantunut arjen perustyöstä.

Taulukkoon 22 on koottuna eri johtajatasojen arviot organisaation laadunhallinnan, strategian ja käytännön periaatteista. Kuhunkin väitteeseen vastattiin asteikolla ”ei”, ”osittain” tai ”kyllä”. Lisäksi oli mahdollisuus vastata ”en tiedä” tai ”tietoa ei saatavilla”. Taulukkoon olen koostanut vain vastaukset kohtiin ”kyllä” ja ”osittain”, koska muihin kohtiin oli vastattu vähän.

Taulukko 22. Johtajien arviot organisaation laadunhallinnan, strategian ja käytännön periaatteista.

Väittäjä	Vastausvaihtoehto	Ylin johto n = 13	Keski-johto n = 12	Tiimi-johto n = 13	Yhteensä n = 41
Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin ja elämäntyyliin.	osittain	1	1	2	4
	kyllä	12	11	13	36
Palvelut tukevat asiakkaiden autonomiaa ja itsenäistä selviytymistä.	osittain	1	2	2	5
	kyllä	12	10	13	35
Asiakkaalle on nimetty vastuuhenkilö vastaanmaan hänen hoidosta ja palvelusta.	osittain	8	2	2	12
	kyllä	2	10	13	25
Palvelusuunnitelmassa on selkeät tavoitteet asiakkaan hoidolle ja palvelulle ja toteutumista arvioidaan säännöllisesti.	osittain	8	4	9	21
	kyllä	5	8	5	18
Käypähoitostandardit ohjaavat profylaktista hoitoa ja niiden käytöstä on merkintä palvelusuunnitelmassa.	osittain	4	6	6	16
	kyllä	6	6	8	20
Palvelulle on määritelty aikaikkuna, jonka puitteissa sen tulee toteutua.	osittain	2	7	5	14
	kyllä	4	3	0	7
Palvelut ovat laadukkaita ja niiden antamiseen on varattu riittävästi aikaa.	osittain	5	6	12	23
	kyllä	7	6	3	16
Palveluissa hyödynnetään organisaation ulkopuolelta saatavia voimavaroja ja palveluita asiakkaiden sosiaalisen integraation tukemiseksi.	osittain	9	4	3	16
	kyllä	4	8	5	17
Asiakkaiden elin- ja asuinolot arvioidaan ja suoritetaan tarvittavat muutos- ja tukitoimet.	osittain	9	4	5	18
	kyllä	4	8	10	22
Asiakas osallistuu hoidon ja palvelun suunnitteluun ja sen päivitykseen.	osittain	8	4	3	15
	kyllä	5	7	11	23
Hoidon suunnittelu ja toteuttaminen tehdään moniammatillisessa tiimissä aina kun se on tarkoituksenmukaista.	osittain	11	1	1	13
	kyllä	2	11	14	27
Hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuvat myös omaiset aina kun se on tarkoituksenmukaista.	osittain	12	12	0	24
	kyllä	1	12	15	28

Tiimijohtolle eli käytännön hoitotyön lähiesimiehille osoittautui vaikeaksi arvioida, onko palvelulle määritelty aikaikkuna, jonka puitteissa sen tulee toteutua. Vastaus kertoo ristiriidasta, joka syntyy teoreettisen periaatteen ja käytännön yhteensovittamisesta. Laadunhallinnan periaatteissa asia on määritelty, mutta käytännössä se ei useinkaan toimi. Omaisten osallistumista hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen ylin johto piti paremmin onnistuneena kuin lähijohto. Yllättäen johto piti muuta esimiestasoa epätodennäköisempänä, että asiakkaalle oli nimetty vastuuhenkilö vastaanmaan hänen hoidostaan ja palvelustaan. Tässäkin tulee esille ylimmän johdon epätietoisuus arjen perustyön toteutumisesta (vrt. Heiskanen & Niemi 2010). Hyvä johtajuus kuitenkin edellyttää ymmärrystä perustyöstä, sen erilaisista toiminnoista ja tekemisestä. Myös asenne arvot ja käyttäytyminen alkavat johtamisesta ja ulottuvat kaikille organisaation tasoille. (Surakka 2008; Hill & Cox 2009.)

Laadunhallinnan järjestelmän sisältämiä periaatteita selvitin palveluiden laatuun ja ominaisuuksiin liittyvillä kysymyksillä (palvelujen yksilöllisyys, palvelusuunnitelmassa asetettu selkeä hoidon tavoite, palvelut



ovat laadukkaita ja niiden antamiseen on varattu aikaa). Tilastollista yhteyttä ei löytynyt palveluiden ominaisuuksien tai sen suhteen, oliko organisaatioissa määritelty laadunhallinnan järjestelmä. Palvelut vastasivat johtajien mielestä asiakkaiden tarpeita ja elämäntyyliä eniten niissä organisaatioissa, joissa oli selkeästi määritelty laadunhallinnan järjestelmä. Tilastollinen yhteys oli melkein merkitsevä ( $p = 0,092$ ). Jatkotarkastelu osoitti, että tulos poikkesi asiakkaiden arvioista ja hoitotyön asiakirjoista saadusta tiedosta, eli esimiestaso ei tuntenut käytännön toimintaa (vrt. Heiskanen & Niemi 2010). Helsingin vastaavassa tutkimuksessa (Muurinen ym. 2006, 61) puolet vastanneista johtajista arvioi, että palvelut vastasivat asiakkaiden tarpeita ja elämäntyyliä.

Ristiriita syntyi myös ennalta ehkäisevien hoitomenetelmien käytöstä (taulukko 23), joista oli erittäin vähän tai ei lainkaan kirjattua tietoa hoitotyön asiakirjoissa (vertaa luku 7.1). Johtajien mielestä yksiköissä oli tiedossa ainakin keskeisimmät ehkäisevät toimenpiteet painehaavojen, kaatumisen ja kivun hoitoon. Johtajatason hallitsema tieto ei siis ollut edennyt työntekijätasolle, vaikka hoivatyön johtajat vastasivat toiminnan toteuttamisesta ja kehittämisestä. Parhaiten oli sovittu toimintakäytäntö kaatumisten ennaltaehkäisyyn (myös Muurinen ym. 2006). Huonoiden oli sovittu yhteisiä käytänteitä aliravitsemuksen ehkäisyyn, vaikka hyvä ravitsemustila ja nestetasapaino edistävät ihmisen hyvinvointia sekä sairauksien hoitoa ja ovat siten tärkeä elämänlaadun tekijä (Kivelä & Riihinen 2007, 1). Käytänteet oli sovittu parhaiten niissä kunnissa, joissa käytettiin muun muassa BMI-mittausta vanhuksen ravitsemustilan ja painon arvioinnissa.

Taulukko 23. Organisaatioissa käytetyt ohjeet hoidossa sattuvien ongelmien ehkäisemiseksi.

Ohje	Kyllä	
	n	%
Painehaavojen ehkäisy	27	66
Keuhkokuumeen ehkäisy	20	49
Kaatumisten ehkäisy	29	71
Kuivumisen ehkäisy	27	66
Aliravitsemuksen ehkäisy	19	46
Kivun hoito	25	61
Immobilisaatio	22	53

Osa palveluasumisen esimiehistä ei tiennyt, käytettiinkö ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä ja oliko niiden käyttö merkitty palvelusuunnitelmaan (myös Muurinen ym. 2006). Tämä on ymmärrettävää, koska Käypä hoito -suosituksia käytetään enemmän terveydenhuollossa. Johtaja kuitenkin tarvitsee tietoa näyttöön perustuvista, tutkimustiedolla hyviksi havaituista palvelu- ja hoitomenetelmistä, ja hänen on tunnettava myös näiden menetelmien käyttö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 57–62).

Johtajat ovat avainasemassa kehitettäessä eri tahojen välistä yhteistyötä (Viitala 2007, 264–266). Tässä tutkimuksessa kysymykset yhteistyöstä kohdentuivat pääasiassa sosiaali- ja terveystoimen keskinäiseen tai terveydenhuollon sisäiseen yhteistyöhön jättäen kokonaan pois muun muassa sosiaalityön. Arviointimenetelmän kansainvälisyydestä johtuen kysyttiin asioita, joiden merkitys on yhteiskunnassamme vähäinen (kuten yhteistyö rahoittajien kanssa). Organisaatioiden laatujohtamisen strategioissa tai käytännössä oli huomioitu yhteistyö epävirallisen auttaja-tahon tai perheen kanssa. Yhteistyö laitoshoidon sisällä, terveyskeskuslääkäreiden, terveyskeskussairaalan, erikoissairaaloitten ja kuntoutuksen yhteistyökumppaneiden kanssa oli kohtalaista. Helsingin vastaavassa tutkimuksessa (Muurinen ym. 2006) tulos oli samankaltainen.

Yhteistyöllä ja laadunhallinnan järjestelmällä ( $p = 0,139$ ) ei löytynyt yhteyttä. Tulos ei yllätä. Hoiva on monien rajojen pirstoma, ja siihen osallistuu useita toimijoita sekä eri ammattiryhmiä, joiden toimialue on rajattu (Kröger 2009, 99). Paremmiin koordinoituihin hoidoihin voitaisiin kuitenkin saada etuja (esim. Fahey 2003). Johtamisen keskittyminen enemmän ihmisiin näkyisi myönteisinä vaikutuksina myös yhteistyötahoille (Lumijärvi & Jylhäsaari 2000, 27; Pieper ym. 2008, 129). Johtajuutta sinällään ei voi delegoida. Hoivapalveluissa toimitaan ihmisen hyväksi, joten johtajan vastuullisuus korostuu. (Surakka 2008, 61.)

## Resurssit

Hoivan tuotannossa henkilöstön osaaminen ja työkyky määrittävät resurssien laatua, millä puolestaan voi olla vaikutusta asiakkaan kokemaan hoidon laatuun ja elämänlaatuun (Kangasharju 2008, 9). Johtajalta vaaditaan kykyä hallita resursseja sekä samalla ennakoita tulevaisuudessa tarvittavaa henkilöstömäärää ja osaamista (Hopkins & Hyde 2002, 1–15; Sosiaali- ja

terveysministeriö 2009, 64). Laadunhallinta voi osaltaan toimia siinä avustavana työkaluna. Tältä pohjalta johtajat arvioivat henkilökuntamäärän keskinkertaiseksi (64 %) tai huonoksi (33 %). Vain harva piti organisaation henkilöstömäärää hyvänä. Laadunhallinnan järjestelmän yhteys henkilöstön määrään oli tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,032$ ). Organisaatioissa, joissa oli käytössä jokin yhteisesti määritetty laadunhallinnan järjestelmä, myös henkilöstömäärä oli suurempi. Johtajat arvioivat henkilöstön pätevyyden hyväksi (54 %) tai keskinkertaiseksi (44 %). Erittäin hyväksi henkilöstön pätevyyden arvioi vain harva. Organisaatioissa, joissa oli laadunhallinnan järjestelmä, henkilöstön pätevyys oli arvioitu hyväksi (48 %) tai keskinkertaiseksi (41 %). Ne organisaatiot, joissa laadunhallinnan järjestelmää ei ollut käytössä, arvioivat henkilöstön pätevyyden useimmin keskinkertaiseksi (35 %). Laadunhallinnan järjestelmällä ei ollut tilastollisesti yhteyttä arvioituun henkilöstön pätevyyteen ( $p = 0,454$ ). Johdon tehtävänä on luoda edellytykset laadukkaalle toiminnalle, vastata laadusta ja tukea työntekijöidensä ammatillista kehitystä (Surakka 2008, 37).

Hoitoteknologia vanhusten ja henkilökunnan arjessa on osa turvallisuuden laatua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 45–47). Suurin osa palveluasumisen ja vanhainkotien johtajista arvioi käytössä olevan hoitoteknologian korkeintaan keskinkertaiseksi ja käytettävissä olevat kulutustavarat hyväksi. Terveystoimen johtajat pitivät hoitoteknologiaa ja kulutustavaroita hyvinä. Hoitoteknologian puutteellisuutta toivat esille sosiaalitoimen esimiehet. Laadunhallinnan järjestelmällä oli yhteys käytettävissä olevaan hoitoteknologiaan. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,049$ ) siten, että organisaatiot, joissa oli käytössä jokin laadunhallinnan järjestelmä, käyttivät apuna enemmän hoitoteknologiaa. Hoitoteknologian käytöllä on terveystoimessa sosiaalitointa pidemmät perinteet. Palveluasumisessa hoitoteknologian käyttö lisääntyy koko ajan. Sinervon ym. (2010, 72) tutkimuksessa huonot ergonomiset työolot aiheuttivat eniten räsitusta vanhainkodeissa.

## Prosessit ja käytännöt

Prosessien ja rakenteiden tarkastelu on tärkeä osa laadunhallintaa (Øvretveit 1998, 228–272). Rakenteiden arviointi kohdistui hoidon ja palvelun määrään sekä laatuun. Tutkimuskunnissa oli tehty prosessikuvauksia,

mutta hyvinvoinnin tuotanto -mallin mukaan niiden lisäksi pitäisi tutkia, arvioida sekä mallintaa rakenteita, panoksia ja tuotoksia. Tällainen tarkastelu on edellytys hyvälle laadulle ja vaikuttavuudelle.

Organisaation laadunhallinnan järjestelmän ja työntekijöiden kanssa pidettävien virallisten arviointikeskustelujen välillä oli selkeä tilastollinen yhteys ( $p = 0,006$ ). Niissä organisaatioissa, joissa oli laadunhallinnan järjestelmä, esimiehet kävivät useammin arviointikeskusteluja työntekijöiden kanssa kuin niissä organisaatioissa, joissa laadunhallinnan järjestelmää ei ollut. Tilastollinen yhteys oli myös laadunhallinnan järjestelmän ja henkilöstön tyytyväisyystutkimuksien tekemisessä ( $p = 0,007$ ). Organisaatioissa, joissa oli käytössä laadunhallinnan järjestelmä, henkilöstön tyytyväisyyttä oli viimeisimmän vuoden aikana tutkittu eniten. Tulos vastasi aiemmin tehtyjä vastaavia tutkimuksia (esim. Muurinen ym. 2006). Menestykselliseen johtamiseen kuuluu henkilöstön hyvinvoinnista huolehtiminen, sillä henkilöstölle suunnatut tukitoimet on todettu tärkeiksi myös ammatilliselle laadulle (Muurinen 2003; Stordeur ym. 2003; Räikkönen ym. 2007; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 62–70).

## Johtajuuden tuloksellisuuden itsearviointi

Tavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen -osion jaottelin asiakaskeskeisiin toiminnan tavoitteisiin, työprosesseja koskeviin tavoitteisiin, voimavaroja ja niiden jakoa koskeviin tavoitteisiin sekä tiimien sisäisen ja ulkoisen yhteistyön tavoitteisiin (taulukko 24). Kaikki organisaatiot eivät olleet asettaneet tavoitteita, eivätkä asetetut tavoitteet olleet toteutuneet, mikä on ongelmallista johtamisen laadun kannalta. Hoivajohtamisen ydintehtävä on luoda edellytykset vaikuttavalle, laadukkaalle ja tulokselliselle hoivatyölle. Edellytysten täyttyminen vaatii tavoitteiden asettamista (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 38).

Taulukko 24. Tavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen tutkimusta edeltäneen vuoden aikana ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä (n = 41).

Tavoite	Tavoite asetettu n	Tavoite toteutunut n
Asiakaskeskeisen toiminnan tavoitteet	38	15
Työprosesseja koskevat tavoitteet	38	19
Voimavaroja ja niiden jakoa koskevat tavoitteet	38	21
Tiimien sisäistä ja ulkoista yhteistyötä koskevat tavoitteet	29	15

Johtajien yleisarvio organisaatiossa asetetuista tavoitteista on esitetty taulukossa 25. Tavoitteiden saavuttamisella ei ollut tilastollista yhteyttä siihen, oliko organisaatiossa käytössä laadunhallintajärjestelmä.

Taulukko 25. Johtajien (n = 41) yleisarvio tavoitteiden saavuttamisesta viimeisen vuoden aikana suhteutettuna laadunhallintajärjestelmään.

Muuttujat	Organisaation laadunhallintajärjestelmä				p-arvo
	Ei n	Osittain n	Kyllä n	Yhteensä n	
Asiakkaat saivat tarvitsemansa palvelun (n = 39)					
Kyllä	5	8	11	24	
Osittain	3	4	6	13	
Ei / en tiedä	2	0	0	2	
Yhteensä	10	12	17	39	0,188
Yksikään ei saanut palvelua, jota ei tarvinnut (n = 39)					
Kyllä	2	6	6	14	
Osittain	5	3	11	19	
Ei / en tiedä	3	3	0	6	
Yhteensä	10	12	17	39	0,079
Palveluresurssit olivat riittävät (n = 39)					
Kyllä	0	1	0	1	
Osittain	4	11	10	25	
Ei / en tiedä	6	0	7	13	
Yhteensä	10	12	17	39	0,025
Yhteistyö oli tyydyttävää (n = 39)					
Kyllä	4	9	5	18	
Osittain	6	3	11	20	
Ei / en tiedä	0	0	1	1	
Yhteensä	10	31	17	39	0,139
Parempaa palvelua ei mahdollista tuottaa huonontamatta toista (n = 39)					
Kyllä / totta	1	1	2	4	
Osittain totta	9	6	8	23	
Ei / ei tiedä	0	5	7	12	
Yhteensä	10	12	17	39	0,170

Esimiehen työn keskeisin tehtävä on huolehtia työn tekemisen edellytyksistä. Kysymykseen palveluresurssien riittävydestä kaikki eivät olleet kyenneet vastaamaan, vaikka perustehtävän toteuttaminen vaatii hoivatyössä riittävät aineelliset ja aineettomat voimavarat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 38). Palveluresurssien riittävydellä oli selkeä yhteys laadunhallinnan järjestelmän olemassaololle. Organisaation laadunhallintajärjestelmä ei kuitenkaan taannut sitä, että asiakas sai juuri tietyntarvitsemansa palvelun. Väitettä ”ei ollut mahdollista tuottaa parempaa palvelua joillekin asiakkaille huonontamatta toisten saamaa palvelua” pitivät totena erityisesti lähiesimiehet.

Johtamisosion tuloksien perusteella laadun johtamisesta löytyi erilaisia johtamismalleja. Kovien arvojen johtamisessa käytettiin mittareita, laatujohtamisen työkaluja, tekniikkaa ja erilaisia kontrollointijärjestelmiä. Pehmeämmän mallin edustajat käyttivät enemmän asiakaskeskeyden mallia ja tukivat sitä tiimityöllä, henkilöstön osallistamisella sekä vähäisemmällä mittareilla tehdyllä mittaamisella. (Lumijärvi & Jylhäsaari 2000.) Mittaaminen tehtiin perehtymällä itse käytäntöön.

## 8 Asiakkaan elämänlaadun sekä ammattityön ja johtamisen laadun erot ja yhteydet toisiinsa

Asiakkaiden elämänlaadun, ammattityön laadun ja johtamisen laadun välisiä suhteita selvitin ensin regressioanalyysin avulla. Kaikkien aineistojen yhdistämisellä etsin parasta mahdollista selittävien muuttujien yhdistelmää ennustamaan asiakkaiden elämänlaatua, ja miten ammattityön sekä johtamisen laatu vaikuttavat siihen. Asiakas-, ammattityön ja johtamisen laadun yhteyksistä toisiinsa ei löytynyt yhdysvaikutusta hoitomuodon tai kuntamuuttujan kanssa eikä siten tilastollisia merkitsevyyksiäkään. Perehdyin sen jälkeen organisaation rakenteisiin ja havaitsin, että hoivaan vaikuttavien tekijöiden kokonaisuus ratkaisi sen, miten hyväksi hoidettavien elämänlaatu muotoutui. Tätä asiaa halusin selvittää enemmän.

### Ei-muistisairaiden asiakkaiden elämänlaatu eri hoitomuodoissa

*Ei-muistisairaiden asiakkaiden elämänlaadussa ei ollut tilastollista eroa eri hoitomuotojen välillä* verrattaessa asiakkaiden elämänlaadun kokonaispistemääriä keskenään (taulukko 26). Korkein mahdollinen pistemäärä oli 80. Asiakkaiden elämänlaatu ei poikennut perinteisen laitoshoidon sisällä eikä sen suhteessa palveluasumiseen. Eroa ei löytynyt julkisen ja yksityisen palvelun kesken. Koska eroja hoitomuotojen välillä ei löytynyt, muita erittelyjä ei tehty. Palveluasuminen ei kyennyt tämän tutkimuksen mukaan tuottamaan sen parempaa elämänlaatua kuin perinteinen laitoshoitokaan. Ikääntyneiden elämänlaadun turvaaminen ei siis ollut hoitomuodosta eli palvelun järjestämistavasta riippuva asia.

Taulukko 26. Haastateltujen asiakkaiden elämänlaatupisteiden summat laskettu keskiarvo ja keskihajonta hoitomuodoittain.

<b>Hoitomuoto</b>	<b>Keskiarvo</b>	<b>Keskihajonta</b>
Terveyskeskussairaala (18)	56,6	5,10
Hoivasairaala (23)	59,8	4,08
Vanhainkoti (92)	56,9	6,72
Palveluasuminen (120)	59,4	7,03
Yksityinen hoivakoti (25)	58,0	7,98
<b>Yhteensä (278)</b>	<b>58,3</b>	<b>6,78</b>

Eroja syntyi vähän myös elämänlaadun eri ulottuvuuksissa. Elämänlaadun fyysisen ulottuvuuden tarkastelu osoitti, että asiakkaan hoiva-avun tarve ja saanti sekä terveystalvelujen saatavuus eivät poikenneet hoitomuotojen kesken. Yksinäisyyden kokemista oli kaikissa hoitomuodoissa, mutta eroja hoitomuotojen kesken ei siinäkään ollut.

Ympäristöulottuvuuden tarkastelu nosti esille joitakin yksityiskohtia eri hoitomuotojen asumisolosuhteista (huone, wc, suihku) ja niiden merkityksestä elämänlaadulle. Vanhukset kokivat turvallisuutta eniten perinteisessä laitoshoidossa. Lähes joka kymmenes palveluasumisen ja joka viides yksityisen hoitokodin vanhuksista koki turvallisuutensa vain kohtalaiseksi. Kokonaisuutena hoiva- tai palvelukodissa asuvat kokivat ympäristöulottuvuuden laadun paremmaksi kuin perinteisessä laitoshoidossa asuvat ( $p < 0,0001$ ). Se voi johtua laitoksessa elävien vanhusten niukemmista mahdollisuuksista erilaisiin aktiviteetteihin, koska näiden vanhusten toimintakyky oli selkeästi huonompi kuin palveluasumisen vanhuksilla.

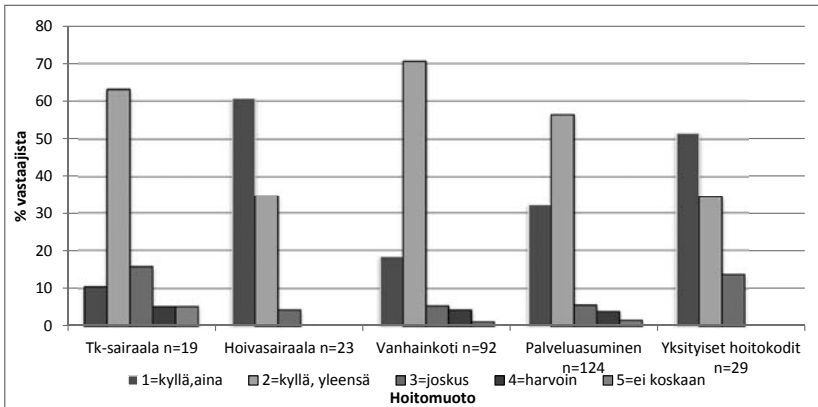
Myös huonetilalla voi olla merkitystä. Nykyaikaiset ympärivuorokautisen hoivan tila- ja hoivaympäristöratkaisut tukevat yksilöllisyyttä aiempia ratkaisuja paremmin, ja myös yhteisölliset tilat edistävät vanhusten identiteetin, toiminnallisuuden, virikkeellisuuden sekä sosiaalisuuden mahdollisuuksien säilymistä (Häggman-Laitila & Kotilainen 1996; Parker 2004, 942–962). Tosin elämänlaatunsa hyväksi kokeneet vanhukset asuivat sekä uudehkoissa että toisaalta hyvin vanhoissa ja epäkäytännöllisissä tiloissa, joten hoitopaikkojen ulkoisten olosuhteiden merkitys lienee vanhuksille itselleen vähäinen. *Kolmen tai useamman hengen huoneessa asuvat asiakkaat kokivat elämänlaatunsa huonommaksi kuin yhden ( $p = 0,002$ ) tai kahden hengen ( $p = 0,036$ ) huoneessa asuvat.* Elämänlaatu ei kuitenkaan eronnut sen suhteen, asuiko vanhus yhden vai kahden hengen huoneessa. Tulos ei siis yksiselitteisesti tue Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen (2008) oman huoneen ja hygieniatilan tavoitetta, josta nykyiset tilaratkaisut tosin ovat vielä kaukana. Sosiaali- ja terveysministeriö ei suosita vanhusten pitkäaikaishoidon järjestämistä laitosmaisissa olosuhteissa. Helsingin vastaavassa tutkimuksessa (Soini ym. 2009) yhden hengen huoneessa asuvien elämänlaatu oli parempi kuin useamman hengen huoneessa asuvilla, vaikka tilastollista merkitsevyyseroa ei tullutkaan esille.

Ympäristöulottuvuuden hoivan asuinpaikkojen hyvä suunnittelu lähtee tulosteni mukaan ajatuksesta, että elämänlaadun kaikkien ulottuvuuksien



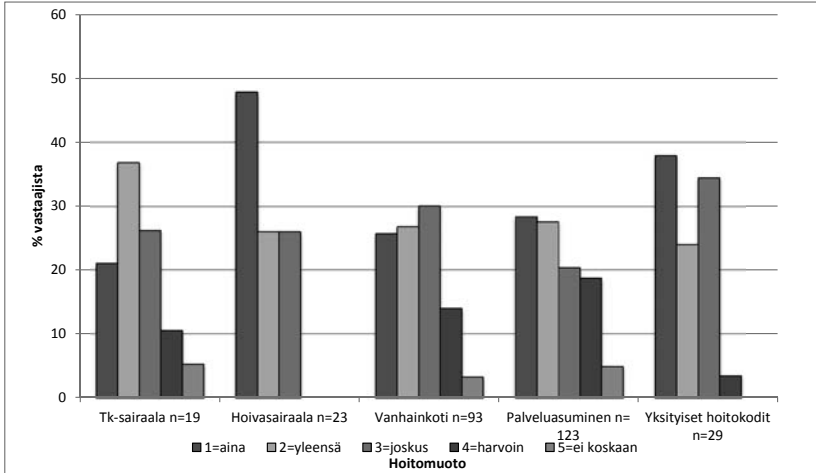
sien tukeminen on myös tilasuunnittelun lähtökohta. Edward Miller, Mark Booth ja Vincent Mor (2008) kritisoivat nykyrakentamisen biomedikaalista eetosta myös palvelutaloissa, joissa se konkretisoituu pitkinä käytävinä ja suurina ruokasaleina. Tutkittaessa vanhusten hoitopaikkoja Suomessa kotiympäristönä selkeää eroa tai paremmuutta yksityisten ja julkisten hoivakotiympäristöjen välillä ei ole löytynyt (Komu, Hujala, Kälviäinen, Rissanen & Vihma 2010).

Vanhukset saivat arvioida kokonaisuutena tyytyväisyyttään omaan hoitopaikkaansa. Kuvio 8 havainnollistaa keskiarvojen perusteella tilanteen. Yleisvaikutelma on, että *vanhukset ovat sängen tyytyväisiä hoitopaikkaansa*. Laatukäsitykset ovat aina kokemuksellisia ja liittyvät niihin toimintaprosesseihin, joissa vanhus itse on tai on ollut mukana. Jokainen arvottaa toimintoja joko myönteiseksi tai kielteiseksi, jolloin tarkastelun näkökulmana on minä suhteessa toimintoihin.



Kuvio 8. Haastateltujen asiakkaiden tyytyväisyys omaan hoitopaikkaansa.

Arvioin hoitajien toimintaa eri hoitomuodoissa osana asiakkaiden kokemaa hoidon laatua ja sen merkitystä asiakkaan elämänlaadulle. Asukkaat kokivat hoitajien antaman ajan riittävyyden eri tavalla eri hoitopaikoissa (kuvio 8). Terveyskeskussairaalassa samalla osastolla hoidetaan sekä akuutti- että pitkäaikaispotilaita, mikä saattoi vähentää pitkäaikais-hoidettaville annettavaa aikaa. Kunnallisissa hoitopaikoissa hoitajien aika riitti asiakkaille paremmin kuin yksityisissä hoitopaikoissa.



Kuvio 9. Haastateltujen asiakkaiden kokemus hoitajien ajan riittävyydestä eri hoitomuodoissa.

Tyytyväisyys hoitajien antamaan aikaan ei ollut yhteydessä hoitohenkilökunnan korkeaan määrään. Tyytyväisyys hoitajiin sen sijaan oli yhteydessä vanhusten kokemaan elämänlaatuun.

### Muistisairaiden asiakkaiden elämänlaadun erot eri hoitomuodoissa

Muistisairaiden vanhusten elämänlaadussa ei löytynyt hoitomuotojen kesken tilastollisesti merkitseviä eroja. *Muistisairaiden elämänlaatu oli kuitenkin parempi hoivakotityyppisissä dementiayksiköissä kuin terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoidossa* ( $p = 0,017$ ). Terveyskeskus- ja hoivasairaaloissa olivat lähes kaikki ne tutkimukseen osallistuneet vanhukset, joiden kognitiivinen kyvykkyys oli erityisen alhainen (MMSE-arvo = 0), ja joilla oli alentuneesta toimintakyvystä johtuen suuri hoidon tarve (RAVA-indeksi > 3,5). Palvelutaloissa ja dementiayksiköissä asiakkailla sen sijaan oli vielä jäljellä kognitiivisia ja liikkumisen taitoja. Palveluasuminen dementiayksiköissä ei vanhuksia yleensä hoidettu kuolemaan saakka, vaan fyysisen hoidon tarpeen kasvaessa heidät siirrettiin vanhainkoti-osastolle. Vanhainkodit olivat keskittyneet vaativaan dementiahoitoon, ja terveyskeskussairaaloissa oli vain akuuttia dementiahoitoa. Kaikissa

kunnissa laitoshoidossa ei ollut erillistä dementiayksikköä, vaan vaikeasti muistisairaatt hoidettiin sekaosastoilla. (Räsänen 2007a, 35–38.)

Taulukossa 27 on esitetty elämänlaatua kuvaavien Qualid-pisteiden keskiarvot hoitomuodoittain. Yksityisissä hoitopaikoissa oli vain muutama havainnoitava, joten näitä tuloksia ei eritellä, vaan ne on sisällytetty hoivakodin alle. Keskiarvon laskentaan otin vain ne havainnointipisteet, joissa ei ollut puutteellisia vastauksia (n = 341).

Taulukko 27. Havainnoitujen asiakkaiden elämänlaatua kuvaavien QUALID-pisteiden keskiarvot.

<b>Hoitomuoto</b>	<b>N</b>	<b>Keski-arvo</b>	<b>Keski-hajonta</b>	<b>Minimi</b>	<b>Maksimi</b>
Terveyskeskussairaalapitkäaikaishoito	83	<b>25,1</b>	5,9	14,0	40,0
Hoivasairaala	21	24,7	5,9	12,0	40,0
Vanhainkoti	157	24,2	5,9	6,0	36,0
Palvelutalo	37	22,3	5,6	13,0	34,0
Hoivakoti, dementiakoti	43	<b>21,9</b>	5,3	11,0	34,0
Yhteensä	341	23,9	5,9	6,0	40,0

*Yhden hengen huoneessa asuvan muistisairaalan asiakkaan elämänlaatu oli parempi kuin kahden ( $p < 0,001$ ) tai kolmen hengen ( $p < 0,001$ ) huoneessa (lineaarinen trendi  $p < 0,001$ ). Tulos puoltaa jokaiselle muistisairaalle omaa huonetta, vaikka kunnan huonontuessa vanhus itse ei enää kykene haluamaan omaa huonetta. Tutkimuksessa ei kysytty sitä, millä perusteilla huonesijoittelu oli tehty. Joskus vanhuksen arjen tapahtumien ja turvallisuuden tunteen lisäämiseksi voi olla perusteltua käyttää kahden hengen huonetta. Käytösoireet voivat olla syy sijoittaa vanhus yhden hengen huoneeseen, mikä rauhoittaa sekä hänen itsensä että myös toisten asukkaiden tilannetta.*

## Organisaatorakenteen merkitys ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaadulle

Johtamiskysely ei selvittänyt organisaatorakennetta, joten selvitin sen erikseen. Organisaatorakenteen jaoin kolmeen ryhmään: matala, keski-verta ja korkea. Matalassa organisaatiossa oli luottamusmieselimen ja

henkilöstön välissä korkeintaan kaksi esimiestä ja keskiverto-organisaatioissa kolme esimiestä. Korkeassa organisaatioissa oli luottamusmieselimen ja henkilöstön välissä neljä tai jopa viisi esimiestä. Rakenteeltaan matalia organisaatioita oli sekä sosiaali- että terveyssektorilla. *Matala ja keskiverto organisaatorakenne tuottivat parempaa elämänlaatua asiakkailleen kuin korkea organisaatio.* Varianssianalyysillä saatu ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,005$ , *power* 0,84). Sen lisäksi tehtiin vielä ei-parametrinen tarkastelu tulosten varmistamiseksi. Tulos aktivoi kysymään, etäännyttääkö korkea organisaatorakenne ylimmän johdon itse substanssista ja myös henkilökunnasta (vrt. Kuusela & Kuittinen 2008; Heiskanen & Niemi 2010) ja vähentääkö se organisaation ketteryyttä, joustavaa päätöksentekoa ja reagoitiherkkyttä. Tuloksen perusteella vaikuttaa siltä, että johdon keskittyminen pelkästään hallinnollisiin tehtäviin ei ole eduksi asiakkaiden elämänlaadulle. Johdon merkitystä asiakkaiden elämänlaadun varmistamisessa ei siis pidä väheksyä vaan korostaa yhtenä johtamisen keskeisimpänä tavoitteena ikääntyneiden palveluissa.

*Organisaatorakenteen merkitys ilmeni myös työprosesseja koskevien tavoitteiden arvioinnissa.* Arviota oli tehty kaikissa yksiköissä, mutta menetelmissä oli eroja. Yksiköissä, joissa hoidettavat kokivat parempaa elämänlaatua, koko esimiesporras tarkasteli prosesseja käytännönläheisesti. Kyselyn avoimissa kohdissa he kertoivat tekevänsä tarkastelua paneutumalla hoito- ja palveluketjun toimivuuden, hoivayksikön itsenäisen toiminnan ja omatoimisuuden sekä lääkehoidon onnistumisen kehittämiseen. Yksiköissä, joissa vanhusten elämänlaatu oli huonompaa, johto oli tarkastellut työprosesseja erilaisten mittareiden kautta. Tämä saattoi johtua osin korkeasta organisaatorakenteesta.

Analysoin laadunhallinnan järjestelmiä tarkastelemalla yhdessä niitä toimiyksikköjä, joissa asiakkaiden kokemana elämänlaatu oli parhainta, ja niitä yksikköjä, joissa asiakkaiden koettu elämänlaatu oli huonointa. *Laadunhallintajärjestelmän laajuus ei ollut yhteydessä hoidon laatuun tai vanhusten elämänlaatuun,* sillä esimerkiksi virallinen laatukäsikirja ei taannut asiakkaiden hyvää elämänlaatua. Hyvää elämänlaatua tuottaneissa yksiköissä laadunhallinnan järjestelmät olivat hyvin käytännönläheisiä, eikä käytössä ollut yhtään varsinaista laatukäsikirjaa. Toiminta oli kuitenkin ohjeistettua, ja kirjallista ohjeistusta oli laadittu ainakin keskeisiin toimintoihin, kuten ennaltaehkäisy, hoitomallit, perehdyttäminen ja poikkeamaseuranta. Huonointa elämänlaatua tuottaneissa yksiköis-

sä hoito-ohjeet ja toimintamallit olivat parhaiten määriteltyjä. Monimutkainen laadunhallintajärjestelmä voi vähentää työn tuottavuutta ja siten vanhusten saamaa aikaa. Jaana Parviainen (2009, 210–211) kohdistaa kritiikkinsä laadunhallintajärjestelmiin, jotka elävät omaa elämäänsä ja vievät työntekijältä suhteettoman paljon työaikaa, kun omaa työtä pitää sopeuttaa järjestelmien usein absurdeilta näyttäviin vaatimuksiin.

Kaikissa yksiköissä oli määritelty vastualueet. Tiimityö ja omahoitajuus olivat käytössä kaikissa niissä yksiköissä, joissa asiakkaiden kokemus elämänlaatu oli hyvää. Palveluasumisessa tiimityö ja omahoitajuus olivat vähäistä. Tiimityöllä on saatu hyviä tuloksia ympärivuorokautisessa hoidossa, koska se kohdistaa huomion henkilökunnan ohella myös asiakkaaseen ja hänen omaisiinsa (Meyer 2010, 51–52). Tiimityössä tiiminvetäjä ja esimies näyttävät mallia, oikeaa asennetta ja hyvää käyttäytymistä.

Tutkimuksessa käytetty talousmittari osana ylemmän johdon kyselyä antoi tietoa henkilöstömäärästä, mutta ei hoitohenkilöstömitoituksesta (hoitotyöntekijöiden määrä hoidettavia kohden) eikä henkilöstörakenteesta. Koska henkilöstö on tärkeä laadun tekijä, sen määrä kiinnostaa. Selvitin mitoituksen suhdeluvut ja tiedot henkilöstön rakenteesta tutkimusaineiston keruun aikana tehdystä vanhuspalvelujen seutuselvityksestä (Räsänen 2006). Suhdeluvussa ovat mukana kaikki hoitotyötä tekevät, mutta se ei ole työvuorokohtainen. Laitosapulaiset laskettiin hoitohenkilöstöön vain siltä osin, kun he osallistuivat hoitotyöhön tai ruokahuollon tehtäviin. Alin suhdeluku oli 18,5 prosenttia pienempi kuin korkein. Henkilöstömitoituksen suhdeluvut kesällä 2006 vaihtelivat kuntien välillä huomattavasti:

- Palveluasuminen, jossa yöhoito: 0,35–0,62 (myös dementiairyhmäkoti)
- Vanhainkoti: 0,43–0,57 (myös vaativa dementiahoito)
- Hoivasairaala: 0,54 (myös vaativa dementiahoito)
- Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito: 0,47–0,66 (akuuttihoidossa 0,47–0,72)

Hoitohenkilöstön mitoitus jää suosituksia (STM 2008) alhaisemmaksi. Valtakunnallinen suositus henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa.

Halusin selvittää henkilöstömitoituksen kykyä selittää elämänlaatua. Jaoin yksikköjen henkilöstömitoituksen suhdeluvut kolmeen muuttujaluokkaan: 1 = alhainen (alle 0,50), 2 = keskiverto (0,50–0,55) ja 3 = hyvä (yli 0,56). Muuttujaluokat muodostuivat samankokoisiksi. Vari-

anssianalyysin perusteella *korkeampi henkilöstömitoitus ja asiakkaiden hyvä elämänlaatu eivät riippuneet toisistaan*. Asiakkaidensa elämänlaadun tuottamisessa pärjäsivät hyvin yksiköt, joissa hoitohenkilöstön suhdeluku oli 0,44–0,54 eli alhaisimpien tai kohtalaisten mitoitusten joukossa. Työn kuormittavuutta suhteessa henkilöstömitoitukseen en selvittänyt. Henkilöstömitoituksen ja vanhusten elämänlaadun keskinäinen tarkastelu on tehty eksploratiivisesti. Tulosta voi pitää luotettavana (power = 0,90), koska vertailtavat ryhmät olivat samankokoisia, elämänlaatu oli normaalisti jakautunut ja varianssit olivat yhtä suuria eri ryhmissä. Tuloksen varmistivat vielä oheistarkasteluna tehdyt epäparametriset testit, jotka vahvistivat saatuja tuloksia.

Henkilöstörakenne vaihteli hoitomuodoittain. Sairaanhoidtajien määrä oli 20 prosenttia hoitohenkilöstöstä terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa ja hieman vähemmän hoivasairaalassa sekä vanhainkodeissa, mutta palveluasumisessa vain 8 prosenttia. Lähi-, perus- ja kodinhoitajien määrä oli suurinta palveluasumisessa (80 %) ja vanhainkodissa (60 %). Niissä oli myös työntekijöitä, joilla ei ollut hoitoalan loppututkintoa. (Räsänen 2006.) Usein hoitajat toivovat koulutettuja henkilöitä työkavereikseen, mutta myös kouluttamaton työvoima ja vapaaehtoiset nähdään mahdollisuutena (Leinonen 2009, 132–148).

Henkilökunnan sairauspoissaoloja oli kaikissa hoitomuodoissa, eikä niiden määrä ollut yhteydessä asiakkaiden hyvään elämänlaatuun. Hoitotyöntekijöiden sairauspoissaolot ovat olleet Suomessa pienemmät ja sairaana työssäolo yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 250–266). Sijaistamista kyettiin tekemään kohtalaisen hyvin (Räsänen 2006). Henkilökunnan vaihtuvuutta tutkijat pitävät ongelmallisena, sillä se ei ole omiaan tukemaan asiakkaiden elämänlaatua (Miller ym. 2008).

## Kuntakohtaiset erot

Vertasin haastateltujen asiakkaiden elämänlaatua erikokoisissa kunnissa. Ei-muistisairailta asiakkaiden elämänlaadun fyysiset ulottuvuudet toteutuivat paremmin alle 10 000 asukkaan kunnissa kuin suuremmissa kunnissa ( $p = 0,034$ ), samoin myös elämänlaadun psyykkiset tekijät ( $p = 0,008$ ).

*Ei-muistisairaiden vanhusten elämänlaatu poikkesi myös kuntien kesken. Korkeimmat pisteet (parempi elämänlaatu) sai Jyväskylän maalais-*

kunta (nykyisin osa Jyväskylää), josta mukana olivat kaikki pitkäaikaista hoivaa tuottavat tahot sekä Hankasalmi, josta mukana oli vain perinteinen laitoshoido. Hyvin pärjäisivät myös Toivakka, Korpilahti (nykyisin osa Jyväskylää) ja Uurainen, joista oli sekä palveluasuminen että vanhainkoti (taulukko 28). Muuramesta oli mukana vain palveluasuminen. Laukaasta ja Hankasalmelta osallistui vain laitoshoido. Kunnista, jotka tutkimuksessani osoittautuivat tuottamaan hoivan hyvinvointipalveluilla hyvää elämänlaatua ikääntyneille kuntalaisilleen, käytän jatkossa nimitystä *elämänlaatukunnat*.

Taulukko 28. Ei-muistisairaiden asiakkaiden elämänlaadun kokonaisuutta kuvaava kokonaispistemäärä kunnittain. Maksimipistemäärä = 80.

Kunta	N	Keskiarvo	Keskihajonta	Minimi	Maksimi
1 Jyväskylän mlk	48	61,4	5,7	48,0	73,0
2 Jyväskylä	115	56,4	7,1	38,0	71,0
3 Multia	16	59,2	5,9	45,0	70,0
4 Petäjävesi	10	59,1	6,6	51,0	71,0
5 Laukaa	6	54,6	5,7	45,0	61,0
6 Hankasalmi	9	61,4	4,4	51,0	66,0
7 Toivakka	11	60,6	6,3	50,0	68,0
8 Uurainen	13	59,3	5,8	47,0	68,0
9 Muurame	6	59,8	6,5	49,0	66,0
10 Keuruu	16	55,1	6,2	46,0	67,0
11 Korpilahti	28	59,3	6,6	42,0	73,0
<b>yht.</b>	<b>278</b>	<b>58,3</b>	<b>6,7</b>	<b>38,0</b>	<b>73,0</b>

Syventääkseni elämänlaatukuntanäkemykseni tein jatkovertailuja. Otin mukaan ne kunnat, joissa haastateltuja asiakkaita oli sekä laitoshoidosta että palveluasumisesta. Vertasin kolmea kuntaa, joissa asiakkaiden koettu elämänlaatu oli parasta (Jyväskylän maalaiskunta, Korpilahti ja Toivakka), kahteen kuntaan (Jyväskylä ja Keuruu), joissa asiakkaiden koettu elämänlaatu oli heikointa. Elämänlaadun välinen ero näiden kuntien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ). Arvioin myös hoitajien toimintaa eri kunnissa osana ei-muistisairaiden asiakkaiden kokemaa hoidon laatua ja sen merkitystä asiakkaan elämänlaadulle. Kuntien kesken oli eroja myös asiakkaiden kokemassa tyytyväisyydessä hoitajiin. Suurinta tyytyväisyys hoitajiin oli Uuraisilla, Jyväskylän maalaiskunnassa ja Korpilahdella. Ero näiden kuntien ja Jyväskylän välillä oli selkeä. Vanhusten kokema elämänlaatu ja tyytyväisyys hoitajiin näyttivät siis riippuvan toisistaan.

Mikä tekee kunnasta elämänlaatukunnan? Vaikka kyse on alun perin yksilöiden eli ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden subjektiivisista kokemuksista, pyrin kuitenkin selittämään niitä ulkoisilla elinoloilla. Selitykseni ohjaavat Erik Allardt (1976) having-, loving- ja being-kategoriat, koska ne ankkuroituvat käsitteellisesti yksilö–yhteiskunta-suhteeseen. Allardt (1976) painottaa resursseja, sosiaalisia kiinnityksiä yhteisöihin ja yksilönä olemista. Myös Simo Koskinen ym. (1998, 41) toteavat, että ikään tynyt tulee nähdä paikallisia erityispiirteitä vasten. Ympärivuorokautisessa hoivassa se tarkoittaa omaa paikallista perinne-, kulttuuri-, arvo- ja arkielämän kontekstia.

Tutkimuksessani elämänlaatukunnat ovat maaseutumaisia, ja kaikenikäiset suomalaiset voivat parhaiten juuri kaupungin läheisellä maaseudulla (Kainulainen & Rintala 2003). Ihmisten keskinäinen tunteminen ja vuorovaikutus ovat muokkautuneet omaksi kulttuurikseen, jota puolestaan usein leimaa vahva henkinen yhteenkuuluvuuden tunne ikäkohortista toiseen. Jokaisella kohortilla on omat ikäroolinsa sekä niihin liittyviä toiveita ja odotuksia, jotka evästävät myös yksilöiden käyttäytymistä. Jokainen sukupolvi on vanhanakin oman aikansa ilmentymä. Vaikka sukupolvet eivät vanhene täysin edeltäjiensä kaltaisesti, yksilöillä on taipumus tuntea yhteenkuuluvuutta omaan sukupolveensa ikäkaudesta toiseen (ks. Heikkinen 2008, 19). Tämä näkyy erityisesti pienemmissä yhteisöissä, joissa ihmiset tuntevat toisensa. Tuttuus, turvallisuus sekä tietynlainen moraalinen läheisyys ja velvoittavuus näkyvät myös ikäkohorttien välillä. Ne saavat aikaan henkisen yhteenkuuluvuuden tunteen ja oman kulttuurin, jotka ohjaavat yksilön toimintaa lähipalveluissakin, joissa useimmiten työskentelee oman kunnan asukkaita. Parhaimmillaan omakuntalaisuus näkyy jatkumona myös hoivassa. Pienessä hoivayksikössä hoitaminen tapahtuu omassa kulttuurissa hoitamisena. Tämä saattaa tuoda työhön eettisesti vahvemman ulottuvuuden, joka näkyy vastuullisena käyttäytymisenä. Tämä tukee vanhuspalvelujen säilymistä omassa kunnassa lähipalveluina. Asian nurja puoli on, että ulkopuolelta tulevat ihmiset eivät välttämättä koskaan tavoita tuota kulttuuria, jolloin yhteisöistä voi tulla sulkeutuneita. Suuremmilla paikkakunnilla ja kaupungeissa työntekijöille paikallinen kulttuuri voi olla vieraampaa. Kaupunkiyhteisöissä ikääntyneiden omat odotusarvot palvelulle voivat olla korkeampia, ja he voivat olla kriittisempiä hoivan suhteen. Syytä voisi



etsiä heidän hieman korkeammasta sosioekonomisesta statuksestaan ja urbaanimmasta elämänasenteestaan.

Myös *muistisairaiden asiakkaiden* elämänlaadun tarkastelussa löytyi kuntakohtaisia eroja (taulukko 29). Testasin ensin oletusten voimassaoloa. Variansseja voidaan pitää yhtä suurina ( $p = 0,116$ ), ja kaikissa kuntaryhmissä Qualid-mittarin jakaumaa voi pitää normaalina (matalin havaittu p-arvo Shapiro-Wilksin testissä  $p = 0,072$ ). Kuntien keskinäinen ero oli kokonaisuudessaan merkitsevä tekijä yksisuuntaisessa varianssi-analyysissä ( $p = 0,020$ ), mutta parittaisissa vertailuissa ainoa merkitsevä ero riskitasolla 0,05 oli Multian ja Laukaan välillä ( $p = 0,018$ ). Jyväskylän ja Laukaan välillä ero oli lähes melkein merkitsevä ( $p = 0,052$ ). Molemmista vertailuista Laukaassa oli keskimääräistä korkeammat Qualid-pistemäärät, eli muistisairaiden elämänlaatu oli muihin kuntiin verrattuna hieman huonompi. Laukaassa raskain pitkäaikaishoito oli keskitetty yhteen hoivayksikköön.

Taulukko 29. Qualid-pistemäärät kunnittain.

Kunta	N	Keskiarvo	Keskihajonta
Jyväskylän mlk	41	34,0	5,6
Jyväskylä	119	34,2	5,9
Multia	17	31,7	7,1
Petäjävesi	2	36,5	4,9
Laukaa	38	37,8	6,0
Hankasalmi	27	35,8	4,2
Toivakka	20	34,2	7,9
Uurainen	20	34,3	4,2
Muurame	20	35,4	4,7
Keuruu	24	36,7	4,8
Korpilahti	15	35,2	5,0
<b>Yhteensä</b>	<b>343</b>	<b>34,9</b>	<b>5,8</b>

Selvitin organisaatorakenteen ja henkilöstömitoituksen merkitystä muistisairaiden vanhusten elämänlaadulle. Organisaatorakenteella ( $p = 0,082$ , *power* 0,50) tai korkeammalla henkilöstömitoituksella ( $p = 0,190$ , *power* 0,35) ei ollut merkitystä muistisairaiden vanhusten elämänlaadulle. Muistisairaiden elämänlaadun mittaaminen ei antanut tietoja hoitajien merkityksestä vanhuksen elämänlaadun tuottamisessa.

## Kustannukset

Johtamisen laatuun liittyvät myös kustannustietoisuus ja -tehokkuus. Hoivatuotannossa kustannustehokkuus tarkoittaa tuotoksen eli hyvän elämänlaadun aikaansaamista mahdollisimman alhaisilla kustannuksilla (Heislbetz, Hertto & Vaarama 2008, 234). Kustannusten selvittäminen oli vaikeaa. Tutkimuskuntien taloudelliset tunnusluvut, kuten hoitopäivän hinta tai hallinnolliset vyörytykset, eivät olleet rakenteellisesti yhteismitallisia, joten niistä voi tehdä ainoastaan viitteellisiä päätelmiä. Tarkimmat suoritekohtaisesti lasketut kustannukset löytyivät kunta-yhtymistä. Yhden kunnan sisällä tapahtuvassa toiminnassa suoritekohtaisia kustannuksia ei käytetty. Laitoshoidon kustannuksissa oli eroja kuntien sekä myös sosiaali- ja terveystoimen kesken. Henkilöstökustannukset olivat suurin menoerä kaikissa. Ne olivat noin 80 prosenttia kaikista kustannuksista palveluasumisessa ja vanhainkotitoiminnassa sekä noin 70–75 prosenttia terveyskeskussairaalassa (Räsänen 2006).

Tutkimuskunnissa hoivayksiköiden koko vaihteli 9–178 hoitopaikan välillä. Tässä tutkimuksessa kaikki isot laitokset eivät näyttäytyneet pienempiä edullisempana. Edullisin vanhainkodin hoitopäivän hinta (taulukko 30) oli vanhainkodissa, jonka asiakkaat kokivat hyvää elämänlaatua. Hinta oli jopa edullisempi kuin hoitopäivän hinta kahden suurimman kunnan palveluasumisessa. Kalleimmat hoitopäivähinnat kaikissa hoitomuodoissa olivat kunnissa, joissa vanhusten kokemana elämänlaatu oli heikointa. *Hyvää elämänlaatua tuottaneiden hoitoyksiköiden hoitopäivähinnat puolestaan olivat edullisimpien joukossa* – korkeammat kustannukset eivät automaattisesti tuottaneet asiakkaille parempaa elämänlaatua. Suomalaistutkimuksessa todettiin, että liian alhaiset kustannukset voivat johtaa heikkoon laatuun (Voutilainen 2004; Laine 2005). Toisaalta johtamiselta edellytetään hyvää talous- ja kustannustehokkuuden hallintaa (Kinnunen 2007; Watson & West 2008, 302–318). Kustannusten tarkastelussa hoidon tarvetta ei painotettu suhteessa kustannuksiin, vaikka palvelutuottajayksiköt poikkesivatkin asukasrakenteen osalta toisistaan. Terveyskeskus- ja hoivasairaaloissa sekä vanhainkodeissa asukkaiden fyysinen ja psyykinen toimintakyky oli heikompi kuin palveluasumisessa.

Taulukko 30: Ympäri vuorokautisten hoivayksiköiden hoitopäivän nettohinnat eli kunnan maksuosuus kuntien oman ilmoituksen mukaan vuonna 2005.

Kunta	Laitos	Hoitopäivän kuntahinta	Hallinnolliset vyörytykset
Jyväskylä	Vanhainkoti	89,52	Mukana tulosalueen hallinnolliset kustannukset
	TK-sairaalan pitkäaikaishoito	130,00	Mukana tulosalueen hallinnolliset kustannukset
	Akseli ja Elina -koti	92,00	Ei vyörytyksiä
	Väinönkadun palvelutalo	92,80	Ei vyörytyksiä
	Kyllikinkadun palvelutalo	93,40	Ei vyörytyksiä
	Kotikaari	93,70	Ostopalvelu
	Lutakko	92,50	Ostopalvelu
	Matilda-koti (dementia)	99,81	Ostopalvelu
Jyväskylän mlk	Puuppolan hoivaosasto (Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä)	85,99	Mukana kaikki hallinnolliset kustannukset
	Palveluasuminen	77 (keskihinta)	Mukana vain osa hallinnollisista kustannuksista
Laukaa	Vanhainkoti	77,97	
	Hoivaosasto	84,32	
	Palveluasuminen (ostopalveluna)	54,75 (keskihinta)	Kaikki palveluasuminen, kaikissa ei yöhoitoa!
Keuruu	Vanhainkoti	86	Vyörytykset osittain
	TK-sairaala	135	Myös akuuttihoito
	Palveluasuminen		Ei tietoa
Muurame	TK-sairaala		Ei tietoa
	Palveluasuminen	53–103	Hoitotasosta riippuen
Hankasalmi	TK-sairaala		
	Vanhainkoti	95	
	Palveluasuminen		Ei ole laskettu hintaa
Korpilahti	Vanhainkoti	88	
	Palveluasuminen	54 (keskihinta)	Ei hallinnollisia vyörytyksiä
Uurainen	Vanhainkoti	68,39	Sisältää vyörytykset
	Palveluasuminen	47,30	
Petäjavesi	TK-sairaala	98	
	Palveluasuminen		Ei tietoa
Toivakka	Vanhainkoti	67,95	
	Palveluasuminen	35	Eritasoista palveluasumista
Multia	Vanhainkoti	62,91	Ei hallinnollisia vyörytyksiä
	Palveluasuminen	55,54	Ei hallinnollisia vyörytyksiä

Räsänen 2006

Kunnissa ja yksiköissä, joissa oli korkea hoitopäivähinta, oli moniportainen hallintorakenne ja korkeammat henkilöstömitoitukset. Korkeimman hoitohenkilöstömitoituksen ero alimpaan oli palveluasumisessa 43, vanhainkodeissa 25 ja terveyskeskussairaaloissa 29 prosenttia.

Hoitopäivähinnan eroja selittää vain pieneltä osin asiakkaiden erilainen hoidon tarve (Räsänen 2006). Terveydenhuoltoa rasittavat tietohallinnon kustannukset sähköisen terveystietojärjestelmän ylläpidosta, myös sosiaalitoimen osalta. Myös Sinervon ym. (2010, 52–54) tutkimuksessa ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan tuottajatahojen hoitopäiväkustannukset poikkesivat toisistaan. Sinervo ym. käyttivät erilaisia laskentatapoja. Laskentatavasta riippumatta tulokset osoittivat, että kunnalliset palvelutaloyksiköt olivat halvimpia. Järjestöjen palvelutalot olivat kalleimpia, mutta kun käytettiin asiakkaiden kustannuspainolla painotettuja lukuja, olivat yritysten hoitopäivät hieman kalliimpia. Henkilöstö- ja toimintakulujen kustannuspainolla kallein hoitopäivä oli yritysten palveluasumisen yksiköissä (105,39 €), mutta erot muihin palveluntuottajiin olivat pienet lukuun ottamatta julkisen palveluasumisen yksiköitä, joissa hoitopäivä oli selvästi halvin (82,81 €). Sinervo ym. (2010, 77) muistuttavat, että tulosten tulkinnessa on huomioitava, että kustannustietojen kerääminen etenkin palveluasumisesta on haasteellista erilaisien toimintamallien ja kustannusten jakautumisen takia.

Tarkastelin hoitopäivän hintaa suhteessa RAVA-toimintakykyarvioinnilla saatuun indeksiin. RAVA-indeksi (Lahtinen ym. 1999) perustuu seuraavaan neliluokkaiseen arviointiin hoidon tarpeesta: 1. itsenäinen, 2. vaatii jonkin verran apua/valvontaa, 3. vaatii paljon apua/hoitoa ja 4. täysin tai lähes autettava päivittäisissä toimissa. Vanhainkodissa, hoiva-sairaalassa ja terveyskeskussairaalassa hoidossa olevista 46,8–66 prosenttia kuului korkeimpaan RAVA-hoitoisuusluokkaan. Laitoshoidossa RAVA-arvojen keskiarvot olivat 3,1–4,0 ja palveluasumisessa 2,5–3,1, eli palvelutaloissa raskain hoito oli laitoshoidossa kevyintä. Taulukossa 31 on laskettu kunnan vuosikustannus RAVA-pistettä kohti laitoshoidossa ja palveluasumisessa Eero Vaissin (2009) laskentamallin mukaan. Siinä yksikön vuosikustannukset (€) jaetaan yksikön RAVA-indeksillä, jolloin jokaiselle RAVA-pisteelle saadaan euromääräinen hinta. RAVA-indeksi on tässä tapauksessa poikkileikkaus vuodesta, eli RAVA-arvo ei muodostu vuoden aikana kerätyn tiedon keskiarvona. Tulkinnessa on huomioitava seuraavat tekijät. Laitoshoidossa on käytetty terveyskeskussairaalan ja vanhainkodin hoitopäivän kuntahinnan keskiarvoa, mikäli kunnassa on molemmat. Palveluasumisessa on käytetty keskiarvoa tai laskettu vaihteluväli, jos toimijoita oli useita. Lisäksi on syytä huomioida erityisesti

palveluasumisessa hallinnollisten kustannusten puuttuminen. Pienissä kunnissa palveluasumisen hinta koskee kaikkea palveluasumista. Hoitopäivän hintaa alentaa se, että palveluun ei aina kuulu yövalvonta.

Taulukko 31. Kunnan vuosikustannus RAVA-pistettä kohti.

Kunta	Palveluasuminen €/vuosi	RAVA- keskiarvo palveluas.	Laitoshoido €/vuosi	RAVA- keskiarvo laitoshoido
Jyväskylä	11 070	3,0	11 125	3,6
Jyväskylän kunta	10 808	2,6	9 508	3,3
Laukaa	7 683	2,6	7 402	4,0
Keuruu	-	2,5	11 523	3,5
Muurame	7 439–14 458	2,6	-	3,4
Hankasalmi	-	3,0	9 735	3,7
Korpilahti	7 884	2,5	9 731	3,3
Uurainen	6 165	2,8	6 785	3,7
Toivakka	4 913	2,7	6 701	3,7
Multia	7 796	2,6	6 205	3,7

Useissa kunnissa palveluasumisen RAVA-pisteen vuosikustannus oli kunnalle laitoshoidoa kalliimpaa, vaikka yhteiskunnan muut tuet, kuten Kelan lääkekorvaukset sekä asumis- ja hoitotuet, olivat alentaneet kunnan kustannuksia. Palveluasumisessa pelkkä kuntaosuuden tarkastelu ei siten riitä kokonaiskustannusten hallinnan keinoksi.

Tutkimuksessani käytin moniulotteista Care Keys -arviointimallia, joka perustuu hyvinvoinnin tuotantoteoriaan. Sen avulla kokosin yhteen asiakkaan, ammattityön ja johtamisen laatunäkökulmat. Tutkimus tuotti runsaasti tuloksia, joista keskeisimmät esitän taulukossa 32.

Taulukko 32. Keskeiset tutkimustulokset laadun eri ulottuvuuksista.

Laadun ulottuvuus	Ei-muistisairaat	Muistisairaat
Asiakkaan elämänlaatu: Haastattelu Havainnointi	Keskinkertainen, aiempien tutkimustulosten mukainen Maaseutumaisissa kunnissa tuotettu pitkäikäishoiva tuotti parempaa elämänlaatua kuin kaupungissa Elämänlaatua edistivät: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tyytyväisyys elämään</li> <li>• tyytyväisyys asumiseen</li> <li>• tyytyväisyys hoitajiin (ei pelkästään fyysiseen palveluun)</li> <li>• tyytyväisyys hoitoon yleensä</li> <li>• toimeentulo muiden asukkaiden kanssa</li> <li>• omat vaikuttamismahdollisuudet päivän kulkuun (toiveet, valinnan mahdollisuudet)</li> <li>• mielekäs tekeminen</li> </ul>	Keskinkertainen, aiempien tutkimustulosten mukainen Paljon masentuneisuutta Elämänlaatua heikensivät: <ul style="list-style-type: none"> <li>• epämiellyttävä olotila</li> <li>• elämänilojen rajallisuus</li> <li>• surullisuus</li> <li>• kivut</li> </ul> Elämänlaadulle tärkeitä: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ruokailu</li> <li>• vanhusten lähellä oleminen, turvallisuuden tuottaminen</li> <li>• vanhusten koskettaminen (hellät kädet)</li> </ul>
Ammattityön laatu: Hoitotyön kirjaamisen avulla Johtamisen laatu: Johtajakysely	Kirjaamisen laatu hyvä, mutta se ei vaikuttanut asiakkaan elämänlaatuun Kliininen hoidon laatu varsin hyvä Hoidon tarvestaavuus hyvä Organisaation toiminta oli määritelty kirjallisena kaikissa yksiköissä, mutta varsinainen systemaattinen laadunhallinnan järjestelmä puuttui joka neljänestä hoivaorganisaatiosta Lähijohto tunsu palvelutoiminnan ja sen arjen ylempää johtoa paremmin Ylemmällä johdolla oli enemmän teoreettista tietoa Laadunhallinnan järjestelmällä: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ei ollut yhteyttä asiakkaiden parempaan elämänlaatuun</li> <li>• ja hoitohenkilökunnan korkeammalla määrällä oli keskinäinen yhteys</li> <li>• ja runsaammalla hoitoteknologialla oli keskinäinen yhteys</li> <li>• ja henkilökunnan kanssa käydyillä arviointikeskusteluilla oli keskinäinen yhteys</li> <li>• ja henkilöstön tyytyväisyystutkimuksilla oli keskinäinen yhteys</li> <li>• ja palveluresurssien riittävyydellä oli keskinäinen yhteys</li> </ul> Organisaatiiorakenteella oli merkitystä: <ul style="list-style-type: none"> <li>• korkeassa organisaatioissa asiakkaiden elämänlaatu oli huonompi kuin matalammassa organisaatioissa</li> <li>• matalammassa organisaatioissa johto tunsu työprosessit käytännön tasolla, korkeassa organisaatioissa vain teknisesti mitattuna</li> </ul>	Kirjaamisen laatu hyvä, mutta se ei vaikuttanut asiakkaan elämänlaatuun Hoidon tarvestaavuus hyvä Organisaatiiorakenteella ja hoitohenkilökunnan määrällä ei ollut merkitystä muistisairaana vanhuksen elämänlaadulle

## 9 Tulosten tarkastelua ja pohdinta

### Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua

Tutkimukseni yhdistää sosiaalipolitiikan ja terveystieteen näkökulmat. Minulla ei ollut aiempaa tutkimuskokemusta kahden eri tieteenalan rajapinnassa liikkumisesta. Kvantitatiivinen tutkimusprosessi oli vaativa, ja sen aikana tietoisuuteni tutkimukseni kohteesta lisääntyi. Olen oppinut tutkimuksen teon lisäksi tekemään valintoja, sietämään epävarmuutta, olemaan kriittinen ja ottamaan vastaan palautetta. Subjektiiivinen näkemykseni, asiantuntijuuteni sekä oman alan ja organisaation tutkiminen ovat voineet tuoda ennako-olettamuksia. Olenkin kiinnittänyt erityistä huomiota objektiiviseen näkökulmaan ja tulkintaan koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa on mielestäni tärkeää pitää tuntuma reaali maailmaan. Alan sisäiset tekijät ovat minulle tutumpia kuin ulkopuoliselle tutkijalle, mikä mahdollistaa helpommin asioiden taustojen ymmärtämisen joskus liiallisestikin. Olen kuitenkin pitänyt erityistä huolta siitä, että tarkastelen asioita neutraalisti ja vain tutkimuksen mahdollistamassa viitekehyydessä.

Elämänlaatu on vanhuudessa jokapäiväiseen elämään, ympäristöön sekä yhteiskuntaan sosiaalisesti ja kulttuurisesti kiinnittyvä omakohtainen kokemus. Ympäri vuorokautisen hoivan asiakkaiden heterogeenisuus vaati heidän elämänlaatunsa mittaamiseen kahta toisistaan merkittävästi poikkeavaa menetelmää: haastattelun ja havainnoinnin. Tutkimuksellisesti oli mielenkiintoista selvittää, onko ympärivuorokautisen hoivan ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu kuvattavissa empiirisen aineiston perusteella vai onko käsitys ikääntymisestä ja heidän elämänlaadustaan käsitteellisesti etukäteen annettu. Toisaalta kriittisyyteni elämänlaadun mittaamiseen kasvoi tutkimuksen edetessä. Huomasin, miten moni tekijä vaikuttaa siihen. Voiko elämänlaatu olla oikeasti jokin määrä pisteitä jonakin tiettyinä ajankohtana? Entä mikä painoarvo voidaan laittaa itse hoivalle?

Lisäksi olen pohtinut sitä, vastasivatko ikääntyneet kysymyksiin kauden kuluessa asioita. Aiemmissa tutkimuksissa on esitetty näkemyksiä, että toisten ihmisten auttamisesta riippuvaiset ikääntyneet eivät uskalla kertoa saamastaan palvelusta aidosti. Taustalla voi olla pelko palvelun tai kohtelun huonontumisesta. Tässä tutkimuksessa se pelko eliminoitiin,

koska tiedon kerääjät olivat ulkopuolisia, tieto oli luottamuksellista sekä anonyymia.

Haasteeksi havainnoinnin kohdalla nousee kysymys, onko tutkijan mahdollista päästä uskottaviin tuloksiin toisten ihmisten näkemysten perusteella. Ikääntynyt ihminen toimii, ajattelee, kokee ja tuntee yksilönä omassa kontekstissaan. Havainnoija kuitenkin tulkitsee omasta sosio-kulttuurisesta kontekstistaan. Ongelmana voikin olla liian työntekijälähtöinen ja jopa tavoitehakuinen tulkinta. Muistisairaiden elämänlaadun kuvaus ei näin ollen voi olla täysin kattava.

Liian työntekijälähtöinen tulkinta on mahdollista myös hoidon laadun tarkastelussa, koska hoidon laadun arviointi tapahtui hoitotyön asiakirjojen avulla. Näin ajatellen hyvä laatu merkitsee samaa kuin hoitajan tehdyn työn eli toiminnan kirjaaminen. Kirjaaminen ei kuitenkaan kerro kaikkea vanhukselle annetun palvelun todellisesta sisällöstä, eikä se voi todistaa tehtyä työtä laadukkaaksi: oliko hoito todella ikääntyneen asiakkaan tarpeita vastaavaa, tehtiinkö se ystävällisesti vanhusta ja hänen autonomiaansa kunnioittaen tai kohdeltiin häntä hellin käsin ja rohkaisten. Muistisairaiden kohdalla hoitajien kaksoisrooli on erityinen haaste: he arvioivat sekä vanhuksen elämänlaatua että hoidon laatua. Tutkimuksen kohteena on oma työ, joka saattaa ohjata havainnointia, jolloin oma tai yksikön toiminta nähdään myönteisempänä.

Johtamisen laadun tarkastelu keskittyi johtamisen eri alueisiin johtajien itsensä kertomana. Henkilöstöä tai asiakkaita ei kyselyssä kuultu. Kysymykset eivät selvittäneet johtamisen laatuun liittyviä tärkeitä asioita, kuten oikeudenmukaisuutta, luotettavuutta, johdonmukaisuutta sekä vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja. Riskinä on myös asioiden kaunistelun mahdollisuus. Johtamisen tutkimisen kokonaisuutta edisti se, että kyselyyn osallistui eri tason johtajia. Johtajakyselyn talousosio osoittautui yllättävän vaikeaksi täyttää, ja valtaosa palauttikin sen tyhjänä. Tämä kertoo enemmän kuntien sisäisistä taloustietojen kokoamisvaikeuksista kuin kyselykaavakkeen vaikeudesta. Tuloksissa en käyttänyt kyselyn antamia taloustietoja, vaan käytin seudullisen hankkeen vastaavia taloustietoja.

Tutkimustulosten yleistettävyyttä tutkimuskohteeni ulkopuolisiin vastaaviin konteksteihin on hyvä, koska tutkimusjoukko oli laaja. Tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voi sanoa varmasti, onko vanhusien elämänlaadusta todettavissa samoja johtopäätöksiä. Tulokset korostavat hoivan merkitystä elämänlaadulle, ja ne saavat tukea myös aiemmista



vastaavista tutkimuksista. Tutkimuksen luotettavuutta vahvisti se, että käytetyt kansainväliset mittarit ovat validoituja.

Tutkimus on tehty hyväksytyjen tutkimuskäytänteiden mukaisesti aina tieteenfilosofisista lähtökohdista luotettavuuden arviointiin saakka. Olen esittänyt tarkasti tutkimuksen teon eri vaiheet sekä aineiston keruun, käsittelyn ja säilytyksen. Tutkimusaineistoni on kerätty jo vuosina 2006–2007. Vanhuspalveluissa todelliset muutokset tapahtuvat ja näkyvät kuitenkin hitaasti, joten tulokset ovat siirrettävissä myös nyky-päivään. Johtamis- ja organisaatiokulttuurien muuttuminen on hidasta, sillä kulttuuri syntyy vasta uusien kokemusten myötä.

**Ei-muistihäiriöisten asiakkaiden elämänlaadun kokonaisuus** konkretisoitui hoivan avulla saavutettuna turvallisena, terveellisenä ja sosiaalisen selviytymisenä omassa palveluympäristössään. Ei-muistisairaiden elämänlaatu oli kohtalainen ja aiempien tutkimustulosten kaltainen. Vanhus arvosti asumista ja riittävää hoivaa, jossa perustarpeet ja ihmissuhteet tulivat tyydytetyiksi, hän koki itsensä tärkeäksi ja sai osallistua sekä tuntea siten tulevaisuutensa kuulluksi ja hyväksytyksi. Nämä kokemukset eivät riippuneet iästä, sukupuolesta tai edes paikasta, jossa vanhus asui. Tämä kertoo, että ikääntyneet olivat tehneet hoivakotinsa sinne, missä he asuivat.

Tulosten perusteella osa kunnista onnistui muita paremmin elämänlaadun tuottamisessa. Nämä elämänlaatukunnat olivat maaseutumaisia, ja niissä hoitopaikan organisaatorakenne oli matala tai korkeintaan keskiverto. Tyytyväisyys hoitopaikkaan oli tärkeä pitkäaikaishoidon vaikutustekijä. Tyytyväisyys perustui puhtaasti vanhusten omiin kokemuksiin hoitopaikan arjesta ja sen eri tilanteista. Kokemukset tapahtumista voivat olla paitsi yksilöllisiin mieltymyksiin myös tilanteisiin sidottuja. Asiakkaat olivat yleensä ottaen tyytyväisiä saamaansa hoivapalveluun. Hoivan merkitys vanhuksille ja heidän elämänlaadulleen osoittautui suureksi. Hoivan ihmisläheisyyttä korostaa se, että erityisesti tyytyväisyys hoitajiin oli yhteydessä asiakkaiden kokemaan elämänlaatuun. Riittävä ja responsiivinen hoiva tuki elämänlaatua. Hyvää elämänlaatua tuottaneissa hoitopaikoissa vanhukset olivat myös kaikista tyytyväisimpiä asiakaslähtöiseen hoitajien toimintaan.

Tutkimus vahvisti elämänlaadusta ja sen ulottuvuuksista tehtyjä aiempia tutkimuksia, joiden mukaan elämänlaadun kokonaisuudelle ovat tärkeitä kaikki sen neljä ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja

ympäristöulottuvuus. Toisaalta ulottuvuudet näyttivät kietoutuvan toisiinsa. Ei-muistisairaiden elämänlaatua mitannut CLINT-IC-mittari kykeni arvioimaan laajasti elämänlaatua ja sen positiivista ulottuvuutta. Sen etuna oli, että se mittasi myös ympäristön ulottuvuutta ja ikääntyneille relevantteja sosiaalisen ulottuvuuden alueita. Mittaaminen ei selvittänyt riittävästi autonomiaa ja valinnan mahdollisuuksia tai yksinäisyyden kokemista.

**Muistisairaiden asiakkaiden elämänlaatua** selvitin havainnointitutkimuksella muiden menetelmävaihtoehtojen puuttuessa ja tietoisena tutkimusmenetelmän vaikeuksista. Havainnointi tapahtui vanhusten omassa asuinympäristössä. Havainnoinnin tehneet hoitajat tunsivat hoidettavansa hyvin, mutta silti havainnointi ei onnistunut lainkaan viidesosalta havainnoitavista. Erityisen vaikeaksi hoitajat kokivat arvioida masentuneisuutta, ja useiden kysymysten kohdalla olikin merkintä, ettei arviointia voitu tehdä. Puuttuneet arvioinnit voivat johtua useista eri tekijöistä. (1) Masentuneisuutta muistuttavat oireet johtuivat fyysisestä sairaudesta tai kyvyttömyydestä, jolloin sitä koskeva arviointikohta jätettiin tyhjäksi annetun ohjeen mukaan, (2) havainnoija ei kyennyt arvioimaan tai ei ollut varma havainnoistaan ja jätti arviointikohdan tyhjäksi, (3) organisaatiokulttuurista johtuva vastaamistapa eli yhteinen sopimus jättää arvioimatta. Kokonaisuutena masentuneisuuden havainnointi koettiin ongelmallisena, erityisesti jos asiakkaalla oli ilmeitä ja eleitä häivyttävä dementoiva tai fyysinen sairaus.

Muistisairaiden vanhusten elämänlaatu oli kohtalainen verrattuna muihin vastaaviin tutkimuksiin, joita tosin on vielä vähän. Vanhusten mielialaa heikensivät ennen kaikkea kivut ja hankala olotila. Myönteisiäkin mielialoja esiintyi, ja vain neljäsosa vanhuksista vaikutti olevan usein onneton tai huolestunut. Masentuneisuutta esiintyi paljon. Masentuneisuuden suuri määrä ei yllätä, sillä heidän elämänsä on toisten ihmisten käsissä hyvin konkreettisella tavalla. Hoivan tärkeä tehtävä oli emotionaalinen: lähellä oleminen, turvallisuuden tuottaminen sekä vanhusten kohtaaminen ja koskettaminen. Muistisairas vaistoaa, miten mielellään hoitaja häntä hoitaa (Laine & Heimonen 2010, 55).

Havainnointi antoi arvokasta tietoa ympärivuorokautisessa hoivassa olevien vanhusten kunnosta ja siten ammatillisen hoivan sisällöstä sekä kaikkein huonokuntoisimpien ja maan hiljaisimpien vanhojen ihmisten elämästä. Mikään huonokuntoisten muistisairaiden hoitomuoto ei

noussut tässä tutkimuksessa toistaan paremmaksi elämänlaadun tuottamisessa. Organisaation koko, hallintorakenne, henkilöstömitoitus tai laadunhallinnan järjestelmä eivät vaikuttaneet muistisairaiden asiakkaiden elämänlaatuun. Tässä on huomioitava jälleen se, että havainnoinnin teki hoitohenkilökunta itse. Toisaalta tulos on lohduttava: vanhukset hoidetaan hyvin järjestelmästä riippumatta.

**Ammatillisen hoivan laatu** oli hoitotyön kirjaamisen perusteella kokonaisuutena hyvä, vaikka hoito- ja palvelusuunnitelmissa, niiden ajan tasalla pitämisessä ja arvioinnissa olikin puutteita. Yksi keskeinen puute oli, ettei vanhusten aiempaa elämää juurikaan kirjattu papereihin, vaikka elämänkulun tunteminen on edellytyksenä vanhuksen aiemman elämäntyylin säilyttämiselle. Samanlaisia tuloksia on saatu aiemmissakin tutkimuksissa (Muurinen ym. 2006). Ellei vanhuksen aiempaa elämäntyyliä tunneta, heidän autonomisuutensa voi edelleenkin olla vanhakantaisen rajallista. Kirjaamisen kohdennustehokkuutta tulisikin kokonaisuutena parantaa, mikä kehittää myös hoidon laatua ja sitä kautta asiakkaan elämänlaatua. Kirjaaminen tulee tehdä asiakkaan, ei hoitajan näkökulmasta.

Vaikka hoito- ja palvelusuunnitelmat olivat tehty hyvin, niiden tekeminen ja varsinkin suunnitelman arviointi yhdessä asukkaan ja hänen omaisensa kanssa oli harvinaista (myös Muurinen ym. 2006). Hoitotyön kirjaamisella on todettu yhteyttä hoidon laatuun ja asiakkaiden elämänlaatuun, mutta tässä tutkimuksessa itse hoitotyön kirjaamisen laadulla ei ollut yhteyttä vanhusten elämänlaatuun. Ei-muistisairailla asiakkaat evaluoivat hoidon laatua, mistä löytyi useita determinantteja hoidon laadulle. Hoitajien toiminnasta nousivat esille erityisesti kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tärkeys. Arjen mielekäs toiminta oli laatutekijä, jossa korostuu henkilökunnan merkitys tarkoituksellisen arjen luojana. Se ei ollut resurssikysymys: keskeistä ei olekaan ajan määrä, vaan miten sen kohdentaa vanhukselle. Tässä todentuu Erik Allardt'n (1983, 81) toteamus, että kaikki, mikä on suurta ja tärkeää, tapahtuu ihmisten arjessa. Tarkoituksellinen ja mielekäs arki hoitajan toiminnassa onkin ajattelu- ja asennoitumistapa (Laine & Heimonen 2010, 45). Vanhuksen hyvä löytyy dialogin ja muuntuvien työtapojen avulla.

**Johtamisen laadun** arvioinnissa painopiste oli elämänlaadun tuottamisessa. Lähes kaikissa yksiköissä oli jokin laadunhallinnan järjestelmä, myös niissä yksiköissä, jotka tuottivat asiakkailleen hyvää elämänlaatua.

Järjestelmän laajuudella ei ollut yhteyttä hoidon laatuun tai vanhusten kokemaan elämänlaatuun. Tuloksen mukaan toiminnan laatua tulee siis säädellä, mutta ei liian raskaalla menetelmällä. Aito asiakaslähtöisyys ei mahdollista täysin standardoituja palveluja. Laatustandardeja onkin moitittu niiden mahdollisuudesta johtaa näennäislaatuun tai laadun ohjeistukseen (Surakka 2008, 38). Tärkeämpää onkin *jatkuva seuranta siitä, mitä tehdään ja miten se näkyy asiakkaille*. Laatustandardina määritelty asiakkaan hyvä kohtelu ei vielä merkitse sen toteutumista käytännössä.

Johtamisen tavassa oli eroja organisaatiorakenteen mukaan. Matalassa organisaatiossa johto vaikutti perustyön toteuttamisen edellytyksiin korkeita organisaatioita konkreettisemmin. Lähijohto osallistui jossain määrin käytännön hoitotyöhön. Ylempi johto oli lähempänä itse toiminnan arkea ja vaikutti siten välillisesti myös asiakkaiden elämänlaatuun. Johdon tuki on tärkeää ikääntyneiden palvelujen sisällön kehittämisessä, jota voi toteuttaa koulutuksella ja kehittämishankkeilla sekä luomalla elämänlaatua ylläpitävä hoivastrategia ja sille myönteinen asenne- ja toteuttamisilmapiiri.

Tässä tutkimuksessa henkilöstön määrässä ja ammattirakenteessa oli eroja, mutta hyvä henkilöstömitoitus ei välttämättä merkinnyt asiakkaille hyvää elämänlaatua. Yllättäen niukemmalla henkilöstömäärällä oli mahdollista tuottaa asiakkaille hyvää elämänlaatua ja hyvää hoivan laatua. Suomalaisilla hoivatyöntekijöillä on Pohjoismaiden kollegoja suuremmat asiakasmäärät (ks. Kröger & Vuorensyrjä 2008, 250–266). Johtajan tehtäväksi jää arvioida, millä henkilöstömäärällä, millaisella ammattirakenteella, osaamisella sekä jaksamisella on kussakin tilanteessa laadukasta, järkevintä, turvallista ja taloudellista toimia. Tämä on gerontologisen johtamistyön yksi merkittävimmistä haasteista, joka edellyttää johdolta myös hyvää substanssiosaamista ja gerontologista tuntemusta sekä johtamista toiminnan keskeltä. Asiakas- ja ammattilaadun tulosten perusteella johdon pitää turvata riittävät aineelliset resurssit, kuten tarkoituksenmukainen henkilöstömitoitus ja -rakenne, hoitoteknologia ja -välineet, mutta painottaa myös aineettomien resurssien merkitystä. Perustehtävän – vanhan ihmisen hyvän – toteutuminen on koko toiminnan ydin ja siten myös johtamisen keskeisin tavoite. Hoitajien hoito- ja kohtelutaitojen merkitystä ei voi liikaa korostaa: ystävällisyys, arvostava kohtaaminen, kohteliaisuus sekä hellät kädet ja kieli eivät vaadi lisäresursseja eivätkä aiheuta lisäkustannuksia.

Johtamisen laatuun liittyi kustannusosio, sillä demografiset faktat ja hoivan toimintaympäristön jatkuva uudistuminen pakottavat pohtimaan resurssien riittävyttä. Tulos murtaa ajatuksen, että hyvä laatu on kallista: hyvää elämänlaatua tuottaneissa yksiköissä kustannukset olivat alhaisimpien joukossa, mikä kertoo kustannustehokkuudesta. Se voi kertoa myös siitä, että organisaatioissa keskitytään oleelliseen, perustehtävään, joka on asiakkaiden kaikkinaisen hyvän varmistamista. Hyvää oli myös eri toimijatahojen yhteistyö vanhusten hyväksi, eli fokus oli pysynyt tiukasti ikääntyneiden ihmisten hoivan monimuotoisissa tarpeissa. Palveluasumisen monikanavainen rahoitusjärjestelmä vaikeutti palveluasumisen kokonaiskustannusten selvittämistä, mitä voi pitää puutteena.

### Tutkimuksen antama tieto käytetystä mittaristosta

*Asiakashaastattelulomake CLINT-IC* (lyhyt versio) on suunniteltu nimenomaan ympärivuorokautiseen hoivaan. Kaavakkeen kysymysten ryhmitely keskeisten teemojen alle helpotti keskittymään yhteen kokonaisuuteen ohjaten siten myös vastausten analysointia. Mittarin kyky mitata asiakkaiden elämänlaadun kokonaisuutta ja elämänlaadun ulottuvuuksien painotus suhteessa toisiinsa ei välttämättä ole kohdallaan. Elämänlaadun ympäristöulottuvuus jää muita elämänlaadun ulottuvuuksia heikommaksi, sillä ympäristön osiot liittyvät seikkoihin, jotka eivät ole vain tutkittavasta riippuvia. Lyhennetty mittariversio on riittävä arkijohtamisen tarpeisiin, sillä kysely on helppo toteuttaa käytännössä. Ongelmana on, että lyhennetyt version käytöstä ei ollut aiempaa tutkimuskokemusta. Kyselyssä ei kysytä asiakkaalta, luottaako hän hoitajaan. Tämä olisi kuitenkin erityisen tärkeä tieto pitkäaikaishoidossa. Hyvä olisi kysyä myös hoitosuhteesta lääkäriin.

Yksittäisistä kysymyksistä haastattelukaavakkeen koulutuskysymys toimisi paremmin InDEX-osiossa, sillä vanhusten koulutustaso löytyy useimpien kohdalla heidän asiakirjoistaan. Taloudellisten vaikeuksien kysyminen heti haastattelun alkuvaiheessa (kysymys 7) oli kiusallinen. Sen voisi yhdistää kysymykseen rahan riittävydestä. Ulkonäköön liittyvää kysymystä pidettiin hieman outona ja loukkaavana. Joidenkin kysymysten kohdalla vanhusten oli vaikea erottaa omaa arjen kokemusta ja tunnetta esimerkiksi kysyttäessä, onko tarmoa suorittaa arjen asioita.

Tarmo käsitettiin psyykkisenä eikä fyysisenä ulottuvuutena. Vanhusten saamasta avusta mittari antoi tietoa, mutta ei sen laadusta.

*Qualid-mittarin* käyttö oli perusteltua, sillä puutteistaan huolimatta se ilmentää huonokuntoisten ikääntyneiden elämänlaadun tärkeyden. Mitataminen voi lisätä hoivassa laadun arvostusta ylipäättään. Haittana on, että se mittaa vain rajallisesti niitä asioita ja elämänlaadun ulottuvuuksia, jotka ovat tutkimusten mukaan tärkeitä täysin toisten ihmisten jatkuvan avun varassa oleville vanhuksille, kuten terveys, hyvinvointi, avun tarve, elämyskokemukset, arvostus, yksityisyys ja yhteisöllisyys. Ongelmaksi jää myös, miten voidaan arvioida subjektiivisia osa-alueita tai hoitajien toimintaa.

*Cornell-mittarilla* arvioin havainnoitavien vanhusten mielialaa. Dementoivaan sairauteen liittyy usein depressiivisyyttä, mutta on silti jossain määrin asenteellista yhdistää muistisairaiden elämänlaadun selvittämiseen masentuneisuutta mittaava osio. Cornell-mittaria pidettiin vaikeahkona, eikä sen täyttäminen sujunutkaan ongelmitta. Cornell-osioon jäi paljon tyhjiä kohtia, mikä voi kuvata asiakkaiden erityisen huonoa kuntoa sekä mittarin sopimattomuutta havainnointiin. Jako masentuneisiin ja ei-masentuneisiin ei ole yksiselitteinen, sillä mielialan laatu lienee pikemminkin jatkumo. Analyysissä käytettiin leikkauspistettä, joka olettaa, että ihminen on joko masentunut tai ei. Tästä syystä mittari voi pitää huonokuntoisia ihmisiä liian herkästi masentuneina, vaikka he eivät sitä olisikaan. Mittarissa olevan kohdan ”ei voida arvioida” sisältöä ei ole täsmennetty. Jos oireet johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta, havainnoija tekee merkinnän kyseiseen kohtaan. Siitä ei kuitenkaan voi päätellä, miksi kohta on jätetty täyttämättä: onko syynä sairaus vai eikö vanhuksen käyttäytymisestä kyetä tekemään tulkintaa.

Havainnointimittareiden välisessä vertailussa (liitetaulukko 5) negatiivisena kysytyt asiat on käännetty summapistearvon laskemista varten ensin positiivisiksi. Qualid- ja Cornell-mittareiden pistemäärät korreloivat merkittävästi ( $r = -0,389$ ). Jos Cornell käännetään positiiviseksi, korrelaatio on 0,116 ja  $p = 0,043$ . Jos mittarin asioita ei käännetä positiiviseksi, korrelaatio on  $-0,389$  ja  $p < 0,001$ . Koska Cornell mittaa masentuneisuutta, näiden mittareiden tuleekin korreloida negatiivisesti. Myös MMSE- ja RAVA-arvot korreloivat keskenään.

Olemassa olevien validien mittarien lisäksi käyttämässäni mittaristossa on kansainvälisenä yhteistyönä kehitettyjä kysymyssarjoja asiakirjojen

tarkastelulomakkeessa ja johtajille suunnatussa kyselyssä. *InDex-asia-kirjatarkastelun* lomake toimi sangen hyvin. Tarkastelulomakkeen täyttäjiltä ja johtajilta saadun palautteen mukaan suuri osa kysymyksistä soveltui myös suomalaisen ympärivuorokautiseen hoitoon. Suun terveydenhoito ei näy mittaristossa millään tavalla. Mielestäni se on puute, sillä suun terveys vaikuttaa vanhusten yleisterveyteen ja siten myös elämänlaatuun. Hyvä suunhoito on tärkeä laitoshoidon laatukriteeri. Sinällään on syytä pohtia, voiko kirjaamisella saada kuvaa toteutetun hoidon laadusta. Usein kirjaaminen vain toteaa työn tehdyksi, mutta ei sitä, miten se onnistui asiakkaan näkökulmasta.

*ManDEX-johtamisosio* tavoittelee kansainvälisyyttä, mikä vaikeuttaa kysymysten sisältöä. Kysymyksissä käytetyt vaihtoehdot ”en tiedä” ja ”tietoa ei saatavilla/saatavissa” voivat aiheuttaa sekaannusta. Kysymysten vastausluokat vaihtelevat kysymyssarjojen kesken, ja kokonaisuutena mittari vaikuttaa keskeneräiseltä ja teoreettiselta. Kysymyssarjoja ei ole mietitty riittävän pitkälle, eikä niitä ole johdettu gerontologisen johtamisen näkökulmasta. Mittari ei anna riittävästi tietoa johtamisen merkityksestä elämänlaadun kokonaisuudelle, eivätkä kaikki elämänlaadun ulottuvuudet tule kysymyksissä esille. Kysymykset keskittyvät fyysiseen ja ympäristöulottuvuuteen psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden puuttuessa lähes täysin. Tätä voi pitää suurena puutteena ja edelleen vanhakantaisena ajatteluna, vaikka gerontologisen johtamisen ylin tavoite on edistää asiakkaiden elämänlaatua kokonaisuutena. Lisäksi kysymyksiä ei ole integroitu erilaisiin hoitomuotoihin sopiviksi, mikä aiheuttaa vastamatta jättämistä. Mittari on mielestäni liian mekaaninen ja medikaalinen, eikä se arvioi johtamisen työtä henkilökunnan näkökulmasta riittävästi.

Johtamisen laadun kannalta keskeisiä arviointikohteita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa ovat toiminnan tehokkuus sekä kustannusten ja laadun välinen yhteys. Tähän tavoitteeseen kysely ylsi huonosti, sillä resurssi- ja kustannusosio eivät toimineet. Mittari yrittää koota runsaasti tietoa, mutta suuri osa tiedosta jää pintapuoliseksi. Yllättävää kyllä, erillisen kustannusosion täyttämistä pidettiin vaikeana, vaikka kysytyt tiedot ovat sellaisia, joiden tulisi olla kuntien taloustiedoista suoraan poimittavissa. Kerättävää tietoa pidän osittain epäolennaisena. Mittarissa on paljon hyvääkin, joten sitä tulisi edelleen kehittää johtamisen laadun mittaamiseen ja testata sen käytettävyyttä todellisessa gerontologisessa johtamisympäristössä.

Epistemologinen lähtökohtani käyttää monia aineistoja ja mittareita toimi hyvin. Vaikka niillä oli omat metodologiset lähtökohtansa ja puutteensa, sosiokulttuurisesti niitä yhdisti sama konteksti eli ympärivuorokautinen hoiva. Kvantitatiivinen menetelmä toimi tarkoituksenmukaisesti. Tiedonkeruumenetelminä haastattelun, havainnoinnin, kirjallisen kysely ja asiakirjatarkastelun yhdistäminen oli suuresta työmäärästä huolimatta toimiva. Kokonaisuutena mittaristo toimi hyvin ja antoi kattavan poikkileikkauskuvan laadun kokonaisuudesta.



## 10 Johtopäätökset

Tutkimukseni alussa kysyin, toteutuuko vaatimus hyvästä elämänlaadusta myös ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoivassa sekä miten ja millainen ammatillinen hoiva ja hoito, sen johtaminen ja niiden väliset suhteet vaikuttavat elämänlaatuun. *Tutkimukseni pohjalta syntyi käsitys, että vaatimus toteutuu. Hoivan tuottamisessa tiimityö, omahoitajuus ja johtaminen tukivat asiakkaiden kokemaa elämänlaatua välittömästi ja välillisesti.*

Ikääntyneiden asumisen ja hoivan palvelut ovat nykymallilla sirpaleinen, erilaisten toimintojen kirjo, joita leimaa uudistuksista huolimatta vanhakantaisuus. Vanhushoivan tarve on tulevaisuudessa merkittävä, ajattelimmepa me terveet ja nuorempien sukupolvien ihmiset mitä tahansa ihanteellisesta vanhuudesta. Hopeapaperin (2009) ja valmisteilla olevan Kultapaperin mukaan palvelujen ja niiden sisällön tulee pohjata elämäkaarajatteluun, ikääntyneiden mielipiteisiin ja uusimpaan tietoon pitkäkestoisista vanhustutkimuksista.

Tutkimuksessani todentuiivat useat *hoivan ja hoidon käsitteiden yhtymäkohdat*, vaikka ne ovatkin lähtökohdiltaan ja käsitteiltään erilaiset. Professionaalista hoitoa arvostetaan yleensä enemmän kuin sosiaalipalvelujen hoivaa, mikä näkyy sosiaali- ja terveysalojen välisessä jännitteisessä keskustelussa. Käytännön vanhuspalveluissa hoiva ja hoito ovat riippuvaisia toisistaan. Tutkimuksessani olenkin pyrkinyt käsitteellistämään hoivan lisäksi elämänlaatua ja siten pääsemään yksittäisten mutta myös tilanne- ja tapauskohtaisten elämänlaatu- ja hoivakokemusten yläpuolelle. Olen etsinyt laajempia, teoreettisia käsitteitä ja tulkintaperspektiivejä, koska minulla oli oletamus hoivasta ja elämänlaadusta ”tilkkutäkinä”.

Hoivan ja hoidon yhteisen elämänlaatukontekstin syntyminen on edellytys sille, että ympärivuorokautinen hoiva ymmärretään sosiaali- ja terveydenhuollossa merkitykseltään samana. Arvojen ja palvelujen muuttuminen uudistaa ja monipuolistaa erityisesti hoivan ammatillisia käytäntöjä ja käsitteisisältöjä. Se edellyttää, että hoiva kuvataan sen keskeisimmän tavoitteen eli asiakkaan elämänlaadun ja sen eri ulottuvuuksien tukemisen kautta. Tällöin hoiva on ajattelu- ja toimintamalli, jolla tavoitellaan vanhan ihmisen toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin kannalta myönteisiä asioita, mutta myös vanhuksen tilanteen ennallaan säilymistä ja arvokasta huononemista. Näkemys edellyttää sosiaali- ja

terveystieteellisen sekä hyvinvointiteoreettisen näkökulman yhdistämistä. Vasta teorioiden yhtäaikainen tarkastelu auttaa ymmärtämään laajemmin ikääntyneen ihmisen erityisyyttä sekä sitä tukevia ja siihen sopivia työmuotoja sekä -menetelmiä. Tältä perustalta pitkäaikaishoivalle löytyvät myös eettiset periaatteet.

Professionaaliseen hoivaan sisältyy intensiteitiltään tarpeen mukaisesti vaihtelevaa hoitoa gerontologisen hoitotyön keinoin. Hoivan ja hoidon keskinäinen suhde muodostuu tasapainoiseksi, kun niillä on yhteinen tavoite. Hoivan ammattityö sisältää ensinnäkin ikääntyneen asumisen ja siihen liittyvän kotiajatukseen sekä hyvän arjen. Toisekseen se on ikääntyneen jatkuvaa voimaannuttavaa huolenpitoa, välittämistä, psykososiaalista ja fyysisistä aktivointia sekä vuorovaikutusta. Kolmantena se on vanhukseen omien voimavarojen ja pärjäämisen tukemista. Neljäntenä siinä on perus- ja sairaanhoidollisia elementtejä, joilla varmistetaan pitkäaikais-sairauksien ja myös useiden akuuttisairaustilojen hyvä hoitaminen sekä aikanaan hyvään kuolemaan saattaminen.

Tulosteni mukaan ikääntynyt ihminen hyväksyi monenlaiset sairaudet ja toiminnanvajeet. Hän ei välttämättä edellyttänyt asunnon ehdotonta yksityisyyttä tai erityisiä mukavuuksia. Sen sijaan oli tärkeää, että hoitajat kunnioittivat hänen oikeuttaan olla hoivan tarpeessa, mutta silti omine tarpeineen ja tavoitteineen arvokas ja ainutkertainen yksilö. Häntä kohdeltiin ja käsiteltiin kunnioittavasti, annettiin aikaa ja mahdollisuuksia saada tehdä itse sekä kokea olevansa kykenevä, tarpeellinen ja arvostettu ihminen. Helposti unohtuu, että henkilökunta työskentelee ikään kuin vanhuksen kodissa ja että myös huonokuntoinen sekä usein muistisairas vanhus on arvokas yksilö ja toimija, jolla on samanlaiset oikeudet hyvään hoivaan kuin ei-muistisairaallakin.

*Hoivan missio on ikääntyneen asiakkaan elämänlaadun tukeminen kaikilla ammattityön ja johtamisen tasoilla. Se on siis sekä työn päämäärä että myös voimavara.* Organisaation toiminta-ajatuksessa näkyy tällöin (1) tavoiteltava gerontologinen hoiva ja sen tuottama elämänlaatu, (2) organisaation sitoumus siitä, miten henkilöstö asennoituu ja suhtautuu iäkkäisiin, monisairaisiin, raihnaistuviin ihmisiin, elämänlaatua tukevaan hoivaan sekä (3) henkilöstön osaaminen, työkyky ja -hyvinvointi sekä miten organisaatio huolehtii niistä. Tavoitteellinen toiminta tekee arjen perustyön vahvaksi ja tulokselliseksi, sillä se ohjaa resurssit tarkoituksen-

mukaisimmin. Tavoitteet antavat sisällölle suunnan ja mahdollistavat samalla arvioinnin sopivalla menetelmällä.

*Gerontologinen hoiva on tavoitteellista, ja sitä ohjaavat gerontologista ammattityötä ja johtamista määrittävät laatutekijät.* Ympäri vuorokautisen hoivan palveluvalikoimassa on oltava erilaisia vaihtoehtoja hoivan intensiteetille ja sisällölle sekä todellisia valinnan mahdollisuuksia. Palvelu lähtee asiakkaan ikääntymisen ja sen vaikutusten ymmärtämisestä sekä huomioimisesta. Rakenteet ja prosessit tukevat ikääntymistä, toimintakykyä ja asiakkaiden elämänlaatua.

*Hoivapalveluja arvioitaessa on välttämätöntä arvioida hoidon ja hoivan vaikuttavuus sekä kustannukset suhteessa hoidon ja hoivan tulokseen.* Vaikuttavuuden käsite ei ole hoivassa tuttua, vaikka esimerkiksi jäljellä olevan oman pärjäämisen säilyttämistä tai sen vääjäämätöntä mutta arvokasta huononemista voidaan pitää hyvinä tuloksina. Vaikuttavuus on yhteydessä resurssien tarkoituksenmukaiseen käyttöön, kustannuksiin ja hoidettavan elämänlaatuun. Fyysisen toimintakykyyn liittyvien tekijöiden ohella myös psykososiaaliset tekijät ja sosiaalinen toimintakyky ovat tärkeitä.

*Asuminen ja hoiva ovat yksilökeskeisiä sekä ikääntyneen elämänhistoriaa ja -tyyliä kunnioittavia.* Hoivassa hyödynnetään olemassa olevaa tutkimustietoa. Läkkäät ihmiset kykenevät arvioimaan omia palvelutarpeitaan. Milloin ihminen olisi tarpeeksi vanha, mutta riittävän nuori vaikuttamaan omiin asioihinsa ja päättämään niistä? Ajattelumallini hoivasta on humanismia, joka kunnioittaa erilaisuutta sekä yksilöllistä valintaa vahvistaen samalla inhimillistä yhteisöllisyyttä ja yhteisyyttä.

*Hoitajien toiminta on tärkeää ja arvostettua hoivan arvolähtökohdista.* Hoivan työote pohjaa sosiaali- ja terveystieteellisiin sekä hyvinvointiteoreettisiin, hyviksi todettuihin toimintamalleihin. Henkilökunnan määrää tärkeämpää voi olla, että henkilökunta on koulutettua, moniosaavaa ja kohtalaisen pysyvää. Välillisen hoivatyön määrä on jatkuvasti kasvanut, joten hoivassa on huomioitava, mihin koulutetun hoitohenkilöstön työaika on järkevintä käyttää. Johtamisen näkökulmasta koulutetulla hoitohenkilökunnalla on liian paljon erilaisia tukipalveluiksi katsottavia tehtäviä, kuten siivous, vaatehuolto, astiahuolto, rutiinimaiset tavaratilaukset, kuljetus ja tavaroiden paikoilleen laittaminen. Laaja-alaisuus kuvaa toki hoitohenkilöstön joustavuutta, mutta enemmänkin osaamisen vääränlaista hyödyntämistä. Se voi ajan myötä johtaa jopa työmotivaation heikkenemiseen ja alalta pois hakeutumiseen. Miksi tie-

toisesti latistetaan arvostetun ammattityön hehkua ja sen mielekästä kohdentamista? Onko meillä todellakin varaa sellaiseen?

Avustavaa henkilökuntaa on nykyisin vanhuspalveluissa vähän. Heillä on suositeltavaa olla hoiva-alan koulutusta sekä tietoa gerontologisen hoivatyön perusteista. Tähän tarpeeseen sopisivat täsmäkoulutetut hoiva-avustajat, jotka voisivat tehdä koulutettujen hoitajien työparina heitä avustavia tehtäviä. Hoiva-avustajien työhön tulee luottaa: he eivät heikennä ammattilaisten arvoasemaa, vaan parantavat sitä. Kehittyvässä professionaalisessa hoivassa esimerkiksi sairaanhoitajien työpanos tulisi kohdentaa välttämättömän lääkehoidon toteuttamiseen ja arviointiin, ei-lääkkeellisen hoidon vahvistamiseen, intensiiviseen toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä laaja-alaiseen asiakkaiden ja muun henkilökunnan ohjaamiseen. Näin turvataan vanhuksen asuminen samassa hoivapaikassa koko loppuelämänsä ajan. Se edellyttää, että hoivalla ja hoidolla vastataan muuttuviin sekä jatkuvasti vaativammiksi käyviin hoidollisiin tarpeisiin paikan päällä ilman vanhuksen siirtämistä uuteen hoitopaikkaan. Taulukossa 33 on esitetty ikääntyneiden elämänlaatua tukevan ammatillisen hoivan keskeiset periaatteet.

### Taulukko 33. Ikääntyneiden elämänlaatua tukevan hoivan keskeiset periaatteet.

Elämänlaatua tukeva hoiva	Tavoite	Käytännön toteutus
Hoiva vastaa asiakkaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja henkisiin tarpeisiin.  Hoivan kokonaisvaltainen laatu pohjaa yksilölliseen, toimintakykyä edistävään hoivaan.	Hoiva perustuu ikääntyneen asiakkaan julkutuomiin tai muutoin havaittuihin yksilöllisiin tarpeisiin.  Ikääntynyt asiakas kokee hoivan ja siihen sisältyvän hoidon laadun omakohtaisesti hyväksi elämänlaadun kaikilla ulottuvuuksilla (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöulottuvuus).	Yksilöllinen gerontologinen hoivasuunnitelma, joka huomioi sukupuolen ja aiemman elämäntilanteen.  Hyvä ja ravitseva ruoka, innostava ruokailutilanne, hyvä perushoito, terveyttä ja toimintakykyä edistävää toimintaa, aikuisten arkitiekeminen asiakkaan omilla ehdoilla, yksityisyyden, yhteisöllisyyden, levon ja rasituksen hyvä suhde.
Hoitajien toiminta pohjaa gerontologisen hoivan elämänlaatuajattelun arvolahtokohtiin.	Hoitaja työskentelee ikääntyneen asiakkaan tarpeiden mukaisesti hänen kodissaan. Asiakas tuntee itsensä, elämänsä ja elämänlaatunsa hoivan keskipisteeksi.	Hoitajalla on gerontologinen työote ja asenne. Hoitaja antaa aikaa riittävästi ja keskittyy oleelliseen ja tekee asiakkaan kannalta oikeita asioita. Hoitaja antaa tietoa, on ymmärtäväinen, kuuntelee ja on ystävällinen.
Hoivaa saadaan asiakkaan omassa tilassa, kodissa.	Yksityisyys, kodin ja erityisesti oman kodin tuntu ja tunnelma.	Yhden/kahden hengen huone, oma sisustus, oma harmonia – koti ja sen elementit.
Asiakkaan omat vaikutusmahdollisuudet ja autonomia. Asiakkaan pärjääminen.	Omaan elämään vaikuttaminen: vanhus on oman elämänsä toimija. Hänen pärjäämisensä tukeminen.	Oma toimijuus, pystyvyys, kykynevyys, tahto ja osaaminen. Päivän kulkuun vaikuttaminen, itselle merkityksellinen tekeminen.
Asiakkaan sosiaalisten suhteiden säilyttäminen ja vahvistaminen.	Muiden kanssa toimeentulo, yksinäisyyden vähentyminen.	Tuetaan asiakkaalle sopivan yhteisöllisyyden ja yksityisyyden tasapainoa. Tuetaan asiakkaan yhteydenpitoa omaisten ja ystävien kanssa. Vahvistetaan asiakassuhteen kumppanuutta.

Ammatillisen hoivan tarkastelu liittyy myös johtamiseen. Hyvän elämänlaadun tuottamisessa kysymys ei ollut yllättäen resurssien määrästä, vaan pikemminkin siitä, miten ne olivat kohdennettu asiakkaan parhaaksi. Tulosten mukaan johdon käytännön tuntemisella oli merkitystä ammattityön laatuun ja asiakkaan kokemaan laatuun. Ikääntyneiden palvelujen johtamista tulee näin ohjata vahva gerontologinen näkemys. Tältä perustalta johtamiselle löytyy keskeisiä pääperiaatteita, joiden perusteella muodostuu *gerontologinen johtaminen*. Gerontologisen johtamisen näkökulmasta toiminnan ylin tavoite on asiakkaan elämänlaadun tukeminen, joka näkyy johtamisen eri toiminnoissa. Tämä edellyttää hoivan ja hoidon lähestymistapojen yhdistämistä, niiden toteuttamista yhdessä ja saumattomasti. Niiden keskinäisen suhteen tulee olla tarkoituksenmukainen ja joustava. Ikääntyneen asiakkaan hoidon intensiteetti voi vaihdella kulloisenkin tarpeen ja tilanteen mukaisesti. Hoiva on pysyvä, ja hoito on suhteessa siihen väistyvässä, täydentävässä ja auttavassa roolissa. Johtamiseen liittyvä käytännön vahva tuntemus haastaa sekä strategisen että operatiivisen johtamisen. Gerontologinen ajattelu ohjaa toimintafilosofiaa, toiminnan tarkoitusta, laatua sekä eettisiä periaatteita, mitkä uudistavat itse johtamista. Johtamisen uudistaminen on edellytys toiminnan muutoksille. Hoitokulttuuri ei muutu, ellei johto sitä selkeästi tue ja edellytä. Kyseessä on laadun, talouden ja henkilöstön hyvä johtaminen.

Tältä pohjalta gerontologisen johtamisen osa-alueiksi muodostuvat:

1. Asiakaskeskeinen johtaminen  
Kaikki toiminta on ikääntyneen asiakkaan hyväksi ja lähtee hänen tarpeistaan. Moniulotteinen hoiva turvaa elämän loppuajan kodin yhteen paikkaan.
2. Arvokeskeinen johtaminen  
Asiakkaan elämänlaatu on johtamisen missio.
3. Hoivalähtöinen johtaminen  
Johtamistyötä ohjaa gerontologinen asenne, ajattelu- ja työskentelytapa, joiden avulla johtaja kykenee tukemaan henkilöstön gerontologista asennetta ja osaamista sekä työniloa. Hoivatyö on asiakkaiden tavoitteiden mukaista, eli se keskittyy oleelliseen perustehtävään asiakkaiden hyväksi. Hoivaan sisältyy vanhuksen yksilöllisen tilanteen mukainen riittävä ja oikea-aikainen hoito, joka toteutuu gerontologisena hoitotyönä ja riittävänä paikallisena lääkäriapuna. Tämä mahdollistaa myös loppuelämän hyvän hoidon ja arvokkaan kuoleman vanhuksen omassa paikassa ilman tarpeettomia hoitopaikan vaihtoja.

#### 4. Toiminta- ja laatulähtöinen johtaminen

Johtaja johtaa toiminnan keskeltä (matalan organisaation malli) sekä kykenee seuraamaan ja arvioimaan perustehtävän toteutumista. Laadunhallintajärjestelmä on kohdistettu, syvälinen ja konkreettinen, ja tulosten tarkastelu johtaa tarvittaessa käytännön toimenpiteisiin. Johtaminen perustuu käytännön työprosessien ja gerontologisten interventoiden syväliniseen ja käytännönläheiseen tuntemiseen sekä niiden jatkuvaan arviointiin. Resurssit kohdennetaan itse perustehtävään: henkilöstön määrä ja rakenne, suunnitelmallinen osaamisen kehittäminen, gerontologiset ja geriatriset tukipalvelut (kuten kuntoutus, lääkärityö ja hyvä geriatrinen osaaminen). Kustannustietoisuus ilmenee oikeiden menetelmien oikea-aikaisena käyttönä, moniammatillisena työnä sekä suositusten ja hyvien käytäntökokemusten hyödyntämisenä.

Seuraavat käytännön esimerkit kuvaavat, miten ammattityön ja johtamisen vaikutus näkyy suoraan tai epäsuoraan asiakkaan elämänlaadun eri ulottuvuuksissa.

#### *Vanhuksen elämänlaadun fyysistä ulottuvuutta vahvistavien tekijöiden toimivuus*

Johtaja mahdollistaa arjen sujuvuutta: tilojen sopivuus iäkkäille, vanhukseen toimintakykyä ja hyvää edistävän hoivatyön mahdollistaminen ja sitä rajoittavien toimien minimoiminen. Johtaja resurssoi, suunnittelee, arvioi ja johtaa arjen perustyötä vaikuttaen esimerkiksi työnjakoon ja työvuorosuunnitteluun, päiväohjelmaan, ravitsemukseen, lääkehoitoon sekä rajoitteiden käyttöön liittyviin asioihin.

#### *Johtaja tukee omalla esimerkillään vanhuksen psyykkistä elämänlaatua*

Johtaja edellyttää ja myös näyttää omalla esimerkillään, kuinka esimerkiksi toimintayksikön arvo- ja asenneilmasto, vanhusten vaatus, kodin tuntu ja kohtelun ystävällisyys edistävät elämänlaadun psyykkistä ulottuvuutta.

#### *Johtaja tukee omalla esimerkillään vanhuksen sosiaalista elämänlaatua*

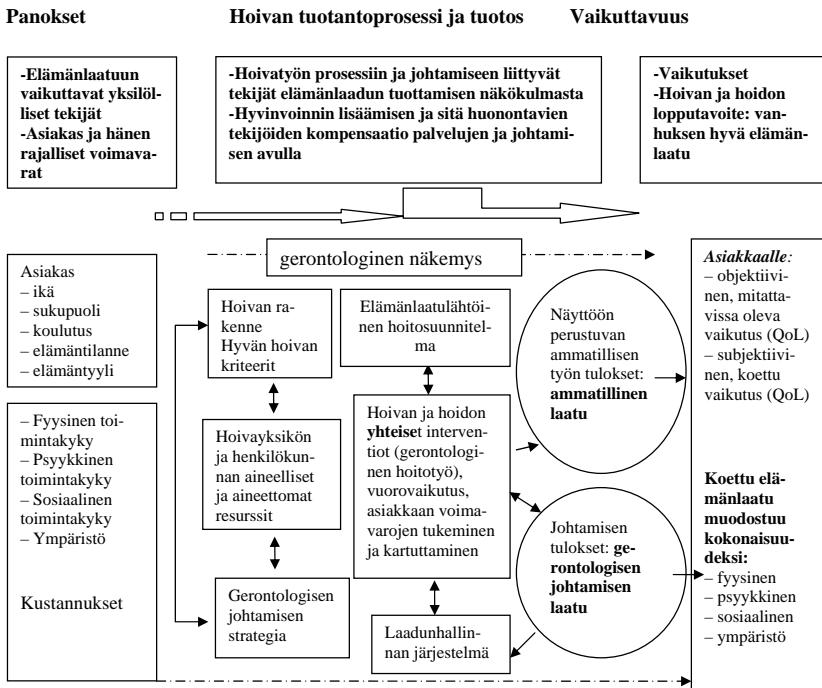
Henkilökunnan vuorovaikutus asiakkaiden kanssa, keskustelun sävy sekä erilaisten ihmissuhteiden vahvistaminen luovat pohjaa sosiaaliselle

elämänlaadulle. Tässä johtajan oma käytös ja toiminta toimivat esikuvana muulle henkilökunnalle.

*Johtaja tukee omalla esimerkillään vanhuksen elämänlaadun ympäristöulottuvuuden vahvistumista*

Ympäristöulottuvuuden tukemiseksi on tärkeää, että tukipalvelut (esimerkiksi lääkärityö, kuntoutus) ovat toimivia, hoito- ja palvelusuunnitelma on ajantasainen ja voimavarat tunnistava. Ympäristön merkitystä kotina korostetaan. Tässä johtaja on linjanvetäjänä ja yhteistyön tekijänä.

Täydensin tutkimuksen viitekehystä saamillani tuloksilla (kuvio 10). Kuvioista näkyy, miten vahva gerontologinen näkemys ohjaa ammattityötä ja johtamista, jolloin ne ovat ikääntyneen asiakkaan elämänlaatua vahvistavia.



Kuvio 10. Tutkimuksen viitekehys täydennettynä tutkimuksen tuloksilla.

Johtajan on hyvä tietää, mitä ikääntyminen on ja mitä on olla ikääntynyt asiakas, koska ne ovat organisaation asenneilmaston perustekijöitä. Tällöin hän kykenee johtamaan ja kehittämään perustehtävää sekä henkilökuntaa, koska hän tunnistaa keskeiset hoivan, hoidon ja henkilökunnan tavoitteet sekä tarpeet. Hän kykenee kehittämään ja luomaan toimintaa ohjaavia periaatteita sekä arvioimaan niiden toteutumista. *Arjen toiminnan johtaminen on erityisen tärkeää, koska kaikki, mikä on ikääntyneille tärkeää, tapahtuu juuri heidän arjessaan.*

## Ideita jatkotutkimukselle

Tämä tutkimus on avaus monitieteiseen vanhustyön tutkimukseen, joka edustaa Suomessa myös metodisesti tuoretta näkökulmaa. Ikääntyneitä koskeva sosiaalipolitiikan tutkimus on ollut enimmäkseen oman tieteenalan sisäistä, eikä sen ulkopuolelle suuntautuvaa tai monitieteistä tutkimusta ole juurikaan ollut. Monitieteistä tutkimusta edellyttävät edessä olevat rakenteelliset ja laadulliset uudistukset, joiden tavoitteena on vähentää nykyisen palvelujärjestelmän pirstaleisuutta ja vanhakantaisuutta. Se puolestaan edellyttää tutkimukselta hyvää palvelujen määrän, laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten tuntemusta. Laaja tietopohja auttaa kehittämään palvelujärjestelmää, koska se paljastaa järjestelmän ongelma-kohtia ja laatuvaajeita. Myös yksityistettäessä palveluja tarvitaan tutkimustietoa kaikista vaihtoehdoista sekä niiden hyödyistä ja haitoista.

Pidän tärkeänä huonokuntoisten vanhusten elämänlaadun arviointia ja siinä asiakkaan omaa kokemusta. Tutkimukseni korostaa hoivaa saavien ikääntyneiden asemaa sekä hoivatyön ammatillista identiteettiä perustyössä ja johtamisessa. Kvalitatiivisen tutkimuksen ohella on tärkeää tuottaa myös abstraktia ja kvantitatiivista tutkimusta. Ikääntyneiden palvelujen käytännöt tarvitsevat myös jatkossa teoreettista tutkimusta siitä, mitä perustehtävässä arjen ongelmille ja laatuvaajeille voisi tehdä. Vaikka emansipatoriset teoriat ja käsitteet saattavat tuottaa joskus käytäntöön heikosti soveltuvia ideaalisia toimintamalleja, tutkimustulokset silti jäsentävät käsitteellistä ajattelua. Ympäri vuorokautisen hoivan organisaatiokonteksti on muutosten pyörteissä, jossa monitieteisillä jatko-tutkimuksilla on nyt aikansa, mahdollisuutensa ja paikkansa.



Yksilön ja yhteiskunnan kasvavien laatuvaatimusten ja rajallisten resurssien yhteensovittamiseksi tarvitaan ikääntyneiden hoivapalveluihin uusia rahoitus- ja toimintamalleja, sillä nykyinen kustannukset kaksinkertaistuvat vuoteen 2030 mennessä. Palvelujen laadun parantamisella voidaan hillitä myös kustannusten kasvua. Tosin se onnistuu vain, jos laadun kehittyminen vähentää päällekkäisyyksiä, laatupoikkeamia ja niistä aiheutuvia ylimääräisiä kustannuksia. Myös palvelujen käytön rakenteen muuttuminen ja nykyisten kalliimpien palvelujen korvautuminen edullisimmilla voi vähentää kustannuksia. Tässä toimintakykyä edistävällä ja ylläpitävällä gerontologisella ajattelulla sekä toiminnalla on oma arvokas paikkansa. Ikääntyneiden palveluissa laatu tosin todentuu vasta, kun asiakas on antanut sille riittävän arvon.

Sosiaali- ja terveystaloudissa tarvitaan lähivuosina monialaista osaamista ja uusia osajia, myös johtajia, kaikilla tasoilla. Johtamista ajatellen valtakunnalliset hyvinvointipolitiikan tavoitteet ja paikallisen poliittisen päätöksenteon mekanismit edellyttävät uutta osaamista johtamiseen sekä uusia johtamisen välineitä, vankkaa asiantuntijuutta sekä systemaattista tukea johtajuudelle.

Konkreettiseksi jatkotutkimusaiheiksi esitän tulosteni perusteella palveluasumisesta nousevat kysymykset: (1) Onko osa laitoshoidosta siirtynyt vain uusien seinien sisälle palveluasumiseksi, vai siirtyykö vanhus hoidon tarpeen kasvaessa vielä sittenkin varsinaiseen laitoshoidon? Millainen on nykyisen palveluasumisen kyky vastata myös erityisen huonokuntoisten vanhusten hoidosta ja hyvästä elämänlaadusta aina heidän elämänsä loppuun saakka? (2) Mitkä ovat palveluasumisen kokonaiskustannukset? (3) Kuinka hyvin toteutuu vanhuksen yksilöllinen hoivapaikan valinnan mahdollisuus?

## Lähteet

- Aaltonen, Juho & Järviö, Maija-Liisa & Luoma, Kalevi 2009: Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät. Julkaisuja 49. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki.
- Aaltonen Mari, Forma Leena, Rissanen Pekka, Raitanen Jani, Jylhä Marja 2010: Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing*, 7(2), 191–100.
- Aartsen, Marja & Van Tilburg, Theo & Smits, Carolien & Knipscheer, Kees 2004: A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 249–266.
- Aarva, Kim 2009: Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. *Acta universitatis Tampereensis* 1421. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Aho, Simo & Hynninen, Sanna-Mari & Ruoholinna, Tarita & Vanttaja, Markku 2010: Osaavan työvoiman saatavuus ja osaamisen kehittämisen muodot tulevaisuudessa. Väliraportti: Näkökulmia opiskelijoiden työssäkäyntiin ja terveysalan muutoksiin. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 6. [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tiede/setu/liitteet/Setu\\_6-2010.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tiede/setu/liitteet/Setu_6-2010.pdf) (Luettu 28.1.2011).
- Airila, Airi 2003: Potilaan takaa löytyy ihminen - yksilöllisen virketoiminnan kehittäminen pitkäaikaishoidossa. Ikäinstituutti, Oraita 3.
- Adeniran, Rita & Carrick, Linda A. 2008: Directing and Delegation in Long-Term Care. In Sullivan-Marx, Elleen M. & Gray-Micell, Doanna (eds.): *Leadership and Management Skills for Long-Term Care*. Springer Publishing Company. New York, 50.
- Ala-Nikkola, Merja 2003: Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekomahdollisuudesta. *Acta universitatis Tampereensis* 972. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Allardt, Erik 1976: Hyvinvoinnin ulottuvuudet. *WSOY*. Porvoo, 16–17, 21–28, 32–38, 42–49, 134.
- Allardt, Erik 1983: *Sosiologia*. WSOY. Helsinki, 81.
- Alexopoulos, George & Abrams, Robert & Young, Robert & Shamoian, Charles 1988: Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23: 271–284.
- Allen, Jessica 2008: *Older People and Wellbeing*. Institute for Public Research. [http://www.vhscotland.org.uk/library/misc/ippr\\_older\\_people\\_and\\_well-being.pdf](http://www.vhscotland.org.uk/library/misc/ippr_older_people_and_well-being.pdf), 31–36. (Luettu 12.1.2011).
- Allison, Paul & Locker, David & Feine, Joselyne 1997: Quality of life: a dynamic construct. *Social Science and Medicine*, 45(2), 221–230.

- Anttonen, Anneli & Sointu, Liina & Valokivi, Heli & Zechner, Minna 2009: Lopuksi. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): Hoiva- Tutkimus, politiikka ja arki. Vastapaino. Tampere, 238–254.
- Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna 2009: Johdanto. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Vastapaino. Tampere, 7–15.
- Anttonen, Anneli & Zechner, Minna 2009: Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki. Vastapaino. Tampere, 16–53.
- Apter, Dan & Väisälä, Leena & Kaimola, Kari (toim.) 2006: Seksuaalisuus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 227.
- Atchley, Robert C. 1998: Activity adaptations to the development of functional limitations and results for subjective well-being: A qualitative analysis of longitudinal panel data over 16-year period. *Journal of Aging Studies*, 12, 19–38.
- Atchley, Robert C. 2000. *Social Forces and Aging. An Introduction to Social Gerontology*. 9th ed. Wadsworth. Belmont, 2–22.
- Asakawa, Tatsuto & Koyano, Wataru & Takatoshi, Ando & Shibata, Hiroshi 2000: Effects of Functional Decline on Quality of Life among the Japanese Elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 319–328.
- Bates-Jensen, Barbara M. & Alessi, Cathy A. & Cadogan, Mary & Levy-Storms, Lene & Jorge, Jennifer & Yoshii, June & Al-Samarrai, Nahla R. & Schnelle, John F. 2004: The minimum data set bedfast quality indicator: Differences among nursing homes. *Nursing Research*, 53, 260–272.
- Beard, Renée L. & Knauss, Jenny & Moyer, Don 2009: Managing disability and enjoying life: How we reframe dementia through personal narratives. *Journal of Aging Studies* 23, 227–235.
- Beer, Christopher & Horner, Barbara & Almeida, Osvaldo P. & Scherer, Samuel & Lautenschlager, Nicola T. & Bretland, Nick & Flett, Penelope & Schaper, Frank & Flicker, Leon 2009: Current experiences and educational preferences of general practitioners and staff caring for people with dementia living in residential facilities. *BMC Geriatrics* 2009, 9(36), 1–10.
- Bergman-Evans, Brenda 2004: Beyond the basics: Effects of Eden Alternative Model on Quality of Life Issues. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (6), 27–34.
- Björvell, Catrin & Thorell-Ekstrand, Ingrid & Wredling, Regina 2000: Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care*, 6–13.

- Björvell, Catrin 2002: Nursing Documentation in Clinical Practice. Instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme. ReproPrint AB. Stocholm. <http://diss.kib.ki.se/2002/91-7349-297-3/thesis.pdf>. (Luettu 12.1.2011).
- Black, Betty S. & Rabins, Peter V. & German, Pearl 1999: Predictors of Nursing Home Placement Among Elderly Public Housing Residents. *The Gerontologist*, 39(5), 559–568.
- Blood, Imogen & Bamford, Sally-Marie 2010: Equality and diversity and older people with high support needs. International Longevity Centre. UK. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/supporting-older-people-full.pdf>. (Luettu 12.1.2011).
- Bowers, Helen & Clark, Angela & Crosby, Gilly & Easterbrook, Lorna & Macadam, Alison & MacDonald, Rosemary & Macfarlane, Ann & Maclean, Mairi & Patel, Meena & Runnicles, Dorothy & Oshinaike, Tim & Smith, Cathy 2009: Older people's vision for long-term care. Joseph Rowntree Foundation, Loughborough University. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/older-people-vision-for-care-full.pdf>.
- Bowling, Ann 2001: Measuring disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales. Second edition. Open University Press. Philadelphia, 16.
- Bowling, Ann 2005: Ageing Well. Quality of Life in Old Age. Growing Older Series. Open University Press. New York, 10–28, 32–37.
- Bowling, Ann & Seetai, Sharon & Morris, Richard & Ebrahim, Sarah 2007: Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control of life. *Age and Ageing*, 36(3), 310–315.
- Bowling, Ann & Gabriel, Zahava 2007: Lay theories of quality of life in old age. *Ageing and Society*, 27, 827–848.
- Boyle, Geraldine 2005: The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings. *Ageing & Society* 25(5), 731–748.
- Burden, Barbara 1998: Privacy or help? The use of curtain positioning strategies within the maternity ward environment as a means achieving and maintaining privacy, or as a form of signalling to peers and professionals in an attempt to seek information or support. *Journal of Advanced Nursing* 27(1), 15–23.
- Burke, Kathleen G. 2008: Team Building. In Wallace, Meredith & Grossman, Sheila (eds.): *Gerontological Nurse Certification Review*. Springer Publishing Company. New York. <http://site.ebrary.com.ezproxy.jamk.fi:2048/lib/jypoly/Doc?id=10265594>. (Luettu 12.1.2011).
- Byrne-Davis, Lucie & Bennett, Paul & Wilcock, Gordon 2006: How are Quality of Life Ratings Made? Toward a Model of Quality of Life in People with Dementia. *Quality of Life Research* 15(5), 1038–1039.

- Casida, Jesus & Pinto-Zipp, Genevieve 2008: Leadership-Organizational Culture Relationship in Nursing Units of Acute Care Hospitals. *Nursing Economics*, 26(1), 7–15.
- Cattell, Raymond B. 1966: The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245–276.
- Chow, Tiffany W. & MacLean, Catherin H. 2001: Quality Indicators for Dementia in Vulnerable Community-Dwelling and Hospitalized Elders. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reprints/2005/RP1130.pdf>. (Luettu 1.9.2010).
- Cullum, Nicky & Ciliska, Donna & Haynes, R. Brian & Marks, Susan 2009: An Introduction to Evidence-Based Nursing. In Cullum, Nicky & Ciliska, Donna & Haynes, R. Brian & Marks, Susan (eds.): *Evidence-Based Nursing. An introduction*. Blackwell Publishing Company. Oxford, 1–4.
- Cummins, Robert 1997: Assessing quality of life. In Brown, RI (eds.): *Quality of life for people with disabilities. Model, research and practice*. Stanley Thorner Ltd. Cheltenham, 116–150.
- Cummins, Robert 2005: Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706.
- Cummings, Greta & Hayduk, Leslie & Estabrooks, Carole A. 2005: Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. *Nursing Annual Review* 7. Reprinted manuscript from *Nursing Research* 54(1), 2–12.
- Donabedian Avedis 1987: Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review*, 75–85.
- Donabedian, Avedis 1988: The quality of Care? How Can It Be Assessed? *The Journal American Medical Association*, 260 (12), 1743–1748.
- Douglas, Mary 2000: Puhtaus ja vaara. Rituaalistisen rajanvedon analyysi. Blom, Virpi & Hazard, Kaarina (suom.). *Vastapaino*. Tampere, 11–5, 130.
- Duodecim Terveyskirjasto 2009: Elektroninen aineisto. (Luettu 18.8.2010).
- Edvardsson, Bo & Gustafsson, Anders & Roos, Inger 2005: Service portraits in service research: a critical review. *International Journal of Service Industry Management* 16 (1), 107–121.
- Einiö, Elina K. 2010: Determinants of institutional care at older ages in Finland. *Finnish Yearbook of Population Research XLV 2010 Supplement*. The Population Research Institute. Helsinki.
- Elo, Satu 2008: Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.): *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY oppimateriaalit. Helsinki, 92–97.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla & Juva, Kati & Mäkelä, Matti 2001: Dementiapotilaan kotihoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo & Rinne, Juha & Alhainen, Kari &

- Soininen, Hilkka (toim.): Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Karisto, Hämeenlinna, 488–499.
- Enzmann, Dirk 1997: RanEigen: A program to determine the parallel analysis criterion for the number of principal components. *Applied Psychological Measurement*, 21(3), 232.
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.
- Erikson, Katie 1987: Hoitamisen idea. Birgitta Sumelius (suom.). Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Forssan kirjapaino, 10.
- Eriksson, Katie & Isola, Arja & Kyngäs, Helvi & Leino-Kilpi, Helena & Lindström, Unni Å. & Paavilainen, Eija & Pietilä, Anna-Maija & Salanterä, Sanna & Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2007: Hoitotiede. WSOY Oppimateriaalit. Helsinki, 33–41, 118–120.
- Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit 2008: Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. WSOY. Helsinki, 56–57, 62–64, 74, 90–93, 96.
- ETENE 2008: Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20. Vantaa.
- European Commission 2009: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. <http://coface-eu.org/en/upload/WG%20HANDICAP/Desinstitutionalisation-English.pdf>, 1–23. (Luettu 28.12.2010).
- Fahey, Tom & Montgomery, Alan A. & Barnes, James & Protheroe, Joe 2003: Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. <http://www.bmj.com/cgi/rep rint/326/7389/580.pdf> (Luettu 7.1.2009)
- Felce, David & Perry, Jonathan 1995: Quality of Life: its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1):51–74. <http://coface-eu.org/en/upload/WG%20HANDICAP/Desinstitutionalisation-English.pdf> 74.
- Felce, David & Perry, Jonathan 1997: Quality of Life: the scope of the term and its breadth of the measurement. In: Brown R. I (ed.): *QoL for people with disabilities. Models, research and practice*. Cheltenham Stanley Thornes, 2. Edition, 56–71.
- Finlayson, Mary & Aiken, Linda & Nakarada-Kordic, Ivana 2007: New Zealand nurses' reports on hospital care: an international comparison. *Nursing Praxis in New Zealand*. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m5PXL/is\\_1\\_23/ai\\_n29460445/pg\\_7/?tag=content;coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_m5PXL/is_1_23/ai_n29460445/pg_7/?tag=content;coll)

- Finne-Soveri, Harriet 1999: Pitkääikaishoidon laatu on mitattavissa, vertailtavissa ja parannettavissa. *Duodecim* 115(15), 1600–1610.
- Finne-Soveri, Harriet 2005: Hyvä lääketieteellinen hoito. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet (toim.): Ikäihmistien hyvä hoito ja palvelu. STAKES. Oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 65–69.
- Finne-Soveri, Harriet 2009: RAI-tietokanta, Stakes 2007. TOIMIA-työryhmä. Henkilökohtainen tiedonanto 17.4.2010.
- Ford, Pauline & Heath, Hazel 1996: *Issues of Living in a Care Home*. Butterworth-Heinemann. Edinburgh, 73.
- Frolik, Lawrence A. & Gallo, Stephanie R. 2003: Assuring Quality Nursing Home Care: A Case of “Market Failure”. *Ethics, Law, and Aging Review*, 9(3), 43–59.
- Fruchter, Minkove 2001: Encouraging Spontaneity. *Nursing Homes Long Term Care Management*, 50(10), 72–73.
- Frytak, Jennifer 2000: Assessment of quality of life. In Kane, Robert L. & Kane, Rosalie A. (eds.): *Assessing Older Persons. Measures, Meaning and Practical Applications*. Oxford University Press. Oxford, 200–236.
- Fukaya, Yasuko & Koyama Sachiyo & Kimura, Yusuke & Kitamura, Takanori 2009: Education to promote verbal communication by caregivers in geriatric care facilities. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(2), 91–103.
- Gabriel, Zahava & Bowling, Ann 2004: Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24, 675–691.
- Garwood, Sue 2010: A better life for older people with high support needs in housing with care. The Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrf.org.uk>. (Luettu 20.1.2011).
- Gothoni, Raili 1987: Pitkääikaissairaalan vanhuksen maailma ja uskonnollisuus. *Helsingin yliopisto*. Helsinki, 245.
- Grando, Victoria T. & Rantz, Marilyn J. & Petroski, Gregory F. & Maas, Meridean & Popejoy, Lori L. & Conn, Vicki & Wipke-Tevis Deidre 2005: Prevalence and characteristics of nursing homes residents requiring light-care. *Research in Nursing & Health*, 28(3), 210–219.
- Gubrium, Jaber 1991: *The Mosaic of care. Frail Elderly and Their Families in the Real World*. New York: Springer Publishing Company, 9.
- Guse, Lorna W. & Masesar, Mary Ann 1999: Quality of Life and Successful Aging in Long-term care: Perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 527–539.
- Haho, Annu 2006: Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. *Acta Universitatis Ouluensis* 898. Oulun yliopisto.

- Hakala, Paula 2002: Vanhusten ravitseminen: Hyvä ravitseminen on osa elämänlaatua. Ravitsemuskatsaus. 2.painos, 8–9.
- Hallila, Liisa 2005: Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu, 23–35.
- Hallipelto, Aatos 2008: Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat. Kunnallissalan kehittämisiäitiö. Polemia-sarja. Julkaisu 68. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala, 42.
- Hannukainen, Timo 1992: Laatuyritykset: laatujohtaminen maailman valioyriyksissä. MET. Tampere, 11.
- Hantikainen, Virpi & Käppeli, Silvia 2000: Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1196–1205.
- Harwood, Dylan G. & Ownby Raymond L. & Barker William W. & Duara, Ranjan 1998: The factor structure of the Cornell Scale for Depression in Dementia among probable Alzheimer's disease patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 6(3), 212–20.
- Haut, Antonie & Kolbe, Nina & Strupeit, Steve & Mayer, Herbert & Gabriele, Meyer 2010: Attitudes of Relatives of Nursing Home Residents Toward Physical Restraints. *Journal of Nursing* 42(4), 448–456.
- Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko 2000: Suomalaisten hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummeruksen kirjapaino. Jyväskylä, 20.
- Heikkilä, Tarja 2005: Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki, 206, 236–249.
- Heikkinen, Eino 2008: Tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät, teorianmuodostus. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu, 19.
- Heikkinen, Riitta-Liisa 1998: Iäkkäiden depressiomaisema. Kustannus Oy Tamara Press. Tampere, 49.
- Heikkinen, Riitta-Liisa 2003: Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu, 363–370.
- Heikkinen, Riitta-Liisa 2008: Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu, 213–222.
- Heinonen, Sirkka & Ratvio, Rami (toim.) 2007: Asumisen tulevaisuutta ennakoidessa. Ympäristöministeriö. Tutkimusraportti VTT-R-04021-07. Multi-print Oy. Helsinki, 10.
- Heimonen, Sirkkaliisa 2009: Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Teoksessa Sarvimäki, Anneli & Heimonen Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (toim.): Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita. Helsinki, 60–89.



- Heiskanen, Ari & Niemi, Antti 2010: Mustavalkoinen totuus terveydenhuollon johtamisesta. Talentum. Helsinki.
- Heislbetz, Claus & Hertto, Petteri & Vaarama, Marja 2008: The Target Efficiency of Care - Models and Analyses. In Vaarama, Marja, Pieper Richard & Sixsmith Andrew (eds.): Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings. Springer. New York, 234–254.
- Heliker, Diane & Scholler-Jaquish, Alwilda 2006: Transition of new residents to long-term care: basing practice on residents' perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(9), 34–42.
- Hewison, Alistair 1995: Nurses power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing* 21, 75–82.
- Helne, Tuula & Julkunen, Raija & Kajanoja, Jouko & Laitinen-Kuikka, Sini & Silvasti, Tiina & Simpura, Jussi 2003: Sosiaalinen politiikka. Helsinki: WSOY, 35.
- Hendersson, Virginia 1961: Sairaanhoidon periaatteet. 4. korjattu painos 1970. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Helsinki, 12.
- Henriksen, Eva & Rosenqvist, Urban 2003: Contradictions in elderly care: A descriptive study of politicians' and managers' understanding of elderly care. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), 27–35.
- Hertzberg, Annika & Ekman Sirkka-Liisa 1996: How the relatives of elderly patients in institutional care perceive the staff. *Scandinavian Journal Caring*, 10(4), 205–211.
- Hertzberg, Annika & Ekman, Sirkka-Liisa & Axelsson, Karin 2003: 'Relatives are a resource, but...': registered nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (3), 431–441.
- Hervonen, Antti, Arponen, Outi, & Jylhä, Marja 1994: Kun ei muista, mitä lusikalla tehdään. Dementiapotilaiden omaiset kertovat. *Gummerus. Jyväskylä*, 111.
- Higgs, Paul & Hyde, Martin, & Arber Sara & Blane, David & Breeze, Elizabeth & Nazroo, James & Wiggins, Dick 2005: Dimensions of the inequalities in quality of life in older age. In Walker, Alan (eds.): *Understanding quality of life in old age*. Open University Press. London, 30–32.
- Higginson, Irene J. 2005. 'End-of-life care: lessons from other nations.' *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), 161–173.
- Hiidenhovi, Hannele & Åstedt-Kurki, Päivi & Paunonen-Ilmonen Marita 2001: Palvelu potilaan kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede*, 13(1), 11–20.
- Hill, Katherine & Sutton, Liz & Cox, Lynne 2009: Managing resources in later life. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/older-people-resources.pdf>
- Hiltunen, Pirkko 2009: Vanhusten aliravitsemus ja syömishäiriöt. *Suomen lääkärilehti* 64(42), 3551–3554.

- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki, 208.
- Hirst, Sandi 2000: Resident abuse: an insider's perspective. *Geriatric Nursing*, 21(1), 38–42.
- Hirvensalo, Mirja & Rasinaho, Minna & Rantanen, Taina & Heikkinen, Eino 2008: Liikunta. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu, 458–466.
- Hirvilampi, Tuuli & Laatu, Markku (toim.) 2008: Toinen vääryyskirja. Kela. Helsinki.
- Hjaltadóttir, Ingibjörg & Gústafsdóttir, Margret 2007: Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 48–55.
- Hobbs, Jennyfer Lynn 2009: A Dimensional Analysis of Patient-Centred Care. *Nursing Research* 58 (1), 52–62.
- Hohenthal-Antin, Leonie 2001: Luvan ottaminen – ikäihmiset teatterin teki-jöinä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 191.
- Hohenthal-Antin, Leonie 2009: Muistot näkyviksi. Muistelutyön menetelmiä ja merkityksiä. PS-kustannus. Juva, 17.
- Hopea-paperi 2009: Vanhenemiseen liittyvät sairaudet: terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyyn, perustutkimuksen ja kliinisten näkökohtien tulevaisuus. Raportti eurooppalaisesta vanhenemiseen liittyviä sairauksia käsitelleestä kokouksesta. Lääkärilehti, liite 44. 30.10.2009.
- Hopkins, Karen M. & Hyde, Cheryl 2002: The human service managerial dilemma: New expectations, chronic challenges and old solutions. *Administration in Social Work*, 26(3), 1–15.
- Hubbard, Gill & Cook, Ailsa & Tester, Susan & Downs, Murna 2002: Beyond words: Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. In *Journal of Aging Studies*, 16(2), 155–167.
- Huhtala, Hannele & Laakso, Aino 2007. Kirjallisuuskatsaus organisaatiokulttuuriteorioihin: mitä ne ovat ja miten niistä on keskusteltu kansainvälisessä ja suomalaisessa tieteellisissä jurnaaleissa? *Hallinnon tutkimus* 2, 14.
- Hujanen, Timo & Peltola, Mikko & Häkkinen, Unto & Pekurinen, Markku 2008: Miesten ja naisten terveystenot 2006. Stakes. Työpapereita 37. Helsinki, 47.
- Huusko, Tiina & Pitkälä, Kaisu 2006: Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Huusko, Tiina & Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu (toim.): Voiko elämänlaatua mitata? Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto, 9–23.

- Hyttinen, Hanna 2008: Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.): Gerontologinen hoitotyö. WSOY oppimateriaalit. Porvoo, 42–56.
- Häggman-Laitila, Arja & Kotilainen, Helinä 1996: Tämäkö on nyt sitten se paras ratkaisu? Uudentyyppiset ja perinteiset pitkäaikaishoidon tilat ja ympäristöt vertailussa. STAKES: Raportteja. Helsinki.
- Häggman-Laitila, Arja 2009: Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät – systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö 7(2), 4–12.
- Hänninen, Tuomo & Pulliainen, Veijo 2001: Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa Erkinjuntti, Timo & Rinne, Juha & Alhainen, Kari & Soininen, Hilka (toim.): Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Karisto. Hämeenlinna, 348–357.
- Härmä, Markku & Juvonen, Pasi & Ovaska, Päivi 2009: WHOIKE- järjestelmän käyttöönotto jouduttiin keskeyttämään Etelä-Karjalan keskussairaalasaa. Lääkärilehti, 18(64), 1679–1682.
- Ihalainen, Jaana 1998: Tietotekniikka hoitotyön kirjaamisen apuna. Teoksessa Munnukka, Terttu & Halme, Seija & Kiikkala, Irma & Koponen, Päivi & Voutilainen, Päivi (toim.): Hoitotyön vuosikirja 1999. Kirjayhtymä Oy. Helsinki, 90.
- Ihalainen Rauno 2007: Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Acta Universitatis Tamperensis 1234. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Ilmarinen, Juhani 2008: Ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Otavan kirjapaino Keuruu, 488.
- Isola, Arja & Laitinen-Junkkari, Pirjo & Rissanen, Marja & Vitikainen, Anita 1997: Vanhuspotilaiden kaltoinkohtelun yleisyys hoitolaitoksissa omaisten ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Gerontologia 11(2), 145–155.
- Isola, Arja & Voutilainen, Päivi 1998: Vanhusten hoitotyön ulkopuolinen tarkastus. Raportteja 8. Helsingin kaupungin terveysvirasto. Helsinki.
- Isola, Arja & Voutilainen, Päivi & Rautsiala, Tarja & Muurinen, Seija & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena 2001: Vanhusten pitkäaikaishoidon ulkopuolinen tarkastus. Toinen vaihe. Helsingin kaupungin virasto. Helsinki.
- Isola, Arja & Backman, Kaisa & Voutilainen, Päivi & Rautsiala, Tarja 2003: Family members' experiences of the quality of geriatric care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17(4), 399–408.
- Isola, Arja 2008: Life at home and in a nursing home for the frail elderly. Julkaisussa Heimonen, Sirkkaliisa & Syren, Ilkka (toim.): Kokemus ja kokemuksellisuus. Seminaariesityksiä 26.–27.11.2007. Oraita 1. Ikäinstituutti, 14.

- Jaakkola, Helena 2004: Sosiaalialan työt ja medikalisaatio. *Talentia* 2, 10.
- Jamieson, Anne 2002: Theory and practice in social gerontology. Teoksessa Jamieson, Anne & Victor Christina R. (eds.): *Researching Ageing and Later Life*. Great Britain, 7–20.
- Johansson, Stina 2001: Den sociala omsorgens akademisering. Liber. Stockholm.
- Juva, Kati & Valvanne, Jaakko & Voutilainen, Päivi 2001: Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Erkinjuntti, Timo & Rinne, Juha & Alhainen, Kari & Soininen, Hilikka (toim.): *Muistihäiriöt ja dementia*. Duodecim. Karisto. Hämeenlinna, 500–515.
- Jylhä, Marja 2006: Elämänlaatu vanhenemisen tutkimuksessa: jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua. *Gerontologia*, 20(3), 138–146.
- Jyrkämä, Jyrki 1997: Vanhainkotiarki - näkymiä tutkimukseen ja tutkimiseen. *Gerontologia*, 11(3), 226–236.
- Jyrkämä, Jyrki 2003: Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.): *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. PS-kustannus. Jyväskylä, 267–271.
- Jyrkämä, Jyrki 2007: Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. PS-kustannus. Jyväskylä, 195–217.
- Jyrkämä, Jyrki 2008: Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki, 273–278.
- Kainulainen, Sakari & Rintala, Taina & Heikkilä, Matti 2001: Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Stakes. Tutkimuksia 114. Helsinki.
- Kainulainen, Sakari & Rintala, Taina 2003: Maaseutukuntien mosaiikki – menestyjiä ja häviäjiä. Stakes. <http://www.mua.fi/lehti/2003/Kainulainen.pdf>.
- Kananoja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri 2008: Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. PS-Kustannus. Jyväskylä, 108.
- Kane, Robert 1998: Assuring Quality in Nursing Home Care. *Journal of American Geriatrics Society* 46, 232–237.
- Kane, Robert L. & Kane, Rosalie A. 2001: What older people want from long-term care, and how they can get it. *Health Affairs*, 20(6), 114–127.
- Kane, Rosalie A. 2003: Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *Gerontologist*, 43(2), 28–36.

- Kane-Urrabazo, Christine 2006; Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management* 14, 188–194.
- Kangasharju, Aki 2008: Tuottavuus osana tuloksellisuutta. <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p081211113117W.pdf>. (Luettu 7.1.2010).
- Kansaneläkelaki 1956/347. STM. Asetus 2002/1241. Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Karisto, Antti 2002: Kolmannen iän käsitteestä ja sen käytöstä. *Gerontologia* 16(3), 138–142.
- Karvinen, Elina 2009: Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Sarvimäki, Anneli & Heimonen Sirkkaliisa & Mäki-Petjä-Leinonen, Anna (toim.): Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita. Helsinki, 126–155.
- Kautto, Mikko & Häkkinen, Unto & Laine, Veli & Parkkinen, Pekka & Parpo, Antti & Tuukkanen, Jorma & Vaarama, Marja & Vihriälä, Vesa & Volk, Raija 2006: Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveystalouden kustannusten kehityksestä. STAKES. Edita Prima Oy. Helsinki, 13.
- Kazui, Hiroaki & Harada, Kazuyoshi & Eguchi, Yoko S. & Tokunaga, Hiro-masa & Endo, Hidetoshi & Takeda, Masatoshi 2008: Association Between Quality of Life of Demented Patients and Professional Knowledge of Care Workers. *Journal Geriatric Psychiatry Neurology*, 21(1), 72–78.
- Kelley-Moore, Jessica & Schumacher, John & Kahana, Eva & Kahana, Boatz 2006: When do older adults become “disabled”? *Journal of Health and Social Behaviour*, 47(2), 126–141.
- Kiander, Jaakko & Lönnqvist Henrik 2002: Hyvinvointivaltio ja talouskasvu. WSOY. Vantaa, 7–8, 53, 151, 161–162.
- Kim, Hesook S. 2000: The nature of theoretical thinking in nursing. Second edition. Springer Publishing Company. New York, 1–7.
- King, Cynthia R. 2003: Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In King, Cynthia R. & Hinds, Pamela S. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives. Theory, research, practise*. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers. USA. Sudbury, 29–42.
- Kinnunen, Merja 2007: Sosiaalinen talous ja yhteiskunta. *Virkaanastujaisesityelmä. Sosiologia* 44(4), 332–335.
- Kinnunen, Petri 1998: Hyvinvoinnin ruletti. Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. *Acta Universitatis Lappeen-saaren*. Lapin yliopisto 20.
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Räihä, Ismo 2001: Masennus. Teoksessa Erkinjuntti, Timo & Rinne, Juha & Alhainen, Kari & Soininen, Hilikka (toim.): Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim. Hämeenlinna, 225–234.
- Kivelä, Sirkka-Liisa 2006: Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Selvityksiä 30. STM.

- Kivelä, Sirkka-Liisa & Rähkä, Ismo 2007: Iäkkäiden lääkehoito. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Edita Prima Oy, 68.
- Klemola, Annukka 2006: Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteet 138. Kopijyvä. Kuopio.
- Knapp, Martin 1984: *The Economics of Social care*. Macmillan. London, 14–27, 84.
- Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tamminen, Mia 2009: Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttaminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 36. Yliopistopaino. Helsinki, 15–17.
- Komu, Hannele & Hujala, Anneli & Kälviäinen, Mirja & Rissanen, Sari & Vihma, Susan 2010: Vanhustenhuollon ympäristöt kotina. *Abstrakti. Gerontologia* 1(24).
- Kørner, Alex & Lauritzen, Lisa & Abelskov, Kirsten & Gulmann, Nils & Brodersen, Anne Marie & Wedervang-Jensen, Torben & Kjeldgaard, Karen Marie 2006: The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nordic Journal of Psychiatry* 60(5), 360–4.
- Koskinen, Simo 1997: Vanhat ihmiset sosiaalipalvelujen asiakkaina. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): *Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta*. Ateena Kustannus Oy. Jyväskylä, 36–51.
- Koskinen, Simo & Aalto, Leena & Hakonen, Sinikka & Päivrinta, Eeva 1998: Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 57–58, 169–171.
- Koskinen, Simo 2004: Ikääntyminen voimavarana. *Tulevaisuusselonteon liite-raportti* 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisu 33. Edita Prima Oy. Helsinki, 25–36.
- Kosonen, Pekka A. 2005: Sosiaalialan ja hoitotyön asiantuntijuuden kehitysehdot ja opiskelijavalinta. Jyväskylän yliopisto, kasvatustieteellinen tiedekunta 271.
- Kotilainen, Helinä 2003: Hyvän asuinympäristön tekijät. Teoksessa Kotilainen, Helinä & Virkola, Carita & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Topo, Päivi: *Dementia koti – koti hyvää elämää varten*. Opas suunnittelijoille ja hoidon kehittäjille. Suomen dementiahoitoyhdistys ry, 14–39.
- Kotilainen, Heli 2005: Koti hoitoympäristönä. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet (toim.): *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 122–127.

- Kröger, Teppo 2005: Interplay between Formal and Informal Care for Older People: The State of the Nordic Research. In Marta Szebehely (ed.): *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt. TemaNord 508.* [http://www.norden.org/pub/welfaerd/scial\\_helse/sk/TN2005508.pdf](http://www.norden.org/pub/welfaerd/scial_helse/sk/TN2005508.pdf). (Luettu 21.9.2008).
- Kröger, Teppo & Karisto, Antti & Seppänen, Marjaana 2007: Sosiaalityö vanhuuden edetessä. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä.* PS-Kustannus, Juva, 11–13.
- Kröger, Teppo & Vuorensyrjä, Matti 2008: Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa vertailussa. *Vanhuspalvelujen koti- ja laitostyön piirteitä ja ongelmia. Yhteiskuntapolitiikka*, 73(3), 250–266.
- Kröger, Teppo 2009: Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): *Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki.* Vastapaino, 99–125.
- Kuittinen, Matti 2006: Johtaminen psykologisena vallankäyttönä. *Psykologia*, 03, 176–184.
- Kuntaliitto 2010: Vanhusten palvelut. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/Sivut/default.aspx> (Luettu 17.4.2010).
- Kuronen, Tanja 2007: Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä.* PS-Kustannus, 121–138.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. *Osuuskunta Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä*, 76, 82–83, 85–89, 91, 105, 115–121, 145–148, 155.
- Kuusela, Pekka & Kuittinen, Matti 2008: *Organisaatiot muutoksessa.* UNIPress, 153.
- Kuusinen, Jorma 2008: *Älykkyys ja vanheneminen.* Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos.* Helsinki, 181–191.
- Kärkkäinen, Oili & Bondas, Terese & Eriksson, Katie 2005: Documentation of individualized patientcare. *Nursing Ethics* 12 (2), 123–131.
- Lahtinen, Yrjö & Rajala, Tapio & Paunio, Pekka & Liukko, Matti 1999: *Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus: Vanhusten toimintakyky ja avuntarve.* Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Laine, Juha 2005: Laatus ja tuotannollista tehokkuutta? *Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidossa.* Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 35–36, 70–78.

- Laine, Marjukka & Wickström, Gustav & Pentti, Jaana & Elovainio, Marko & Kaarrela-Tuomaala, Anu & Lindström, Kari & Raitoharju, Reetta & Suomala, Tiina 2006: Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.
- Laine, Minna & Heimonen Sirkkaliisa 2010: Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaana ihmisen hoidossa. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä, 45, 55.
- Laitinen, Merja 2009: Johdanto – ajan tabut. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola Anneli (toim.): Tabujen kahleet. Vastapaino. Tampere, 9–12.
- Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 1996/603. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960603>.
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 1990/152. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>.
- Lammintakanen, Johanna & Kinnunen, Juha 2006: Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveyspalveluissa. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja Miettinen, Merja & Hopia, Hanna & Koponen, Leena & Wilskman, Kaarina (Toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Sairaanhoidajaliitto. Gummerus. Helsinki, 9–28.
- Latvala, Eila & Saranto, Kaija & Pekkala, Eila 2005: Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveytyössä – Tuloksia kehittämishankkeesta. Tutkiva hoitotyö 3(2), 24–29.
- Laukkanen, Pia 2008a: Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehiksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Helsinki, 261–272.
- Laukkanen, Pia 2008b: Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Helsinki, 294–308.
- Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena 2001: Hoitotieteen perusteet. WSOY. Helsinki, 65.
- Lawton, Martin Powell 1983: Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 10(4), 349–357.
- Lawton, Martin Powell 1991: A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In Birren, James E. & Lubben, James E. & Rowe, Janice & Deutchman, Donna (eds.): *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. Academic Press. USA.
- Lawton, Martin Powell 1994: Quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 138–150.
- Lawton, Martin Powell 1997: Assessing quality of life in Alzheimer disease research. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(6), 91–99.



- Lawton, Martin Powell 2003: Lawton's PGC Morale Scale. <http://www.abramsoncenter.org/PRI/scales.thm>. (Luettu 23.2.2008).
- Lecklin, Olli 2002: Laatu yrityksen menestystekijänä. Kauppakaari. Helsinki, 43.
- Leinonen, Anu 2009: Hoivatyöntekijöiden muutostoiveiden topografia. Kannanottoja vanhuksen kohteluun, henkilöstöresursseihin ja ikääntymispolitiikkaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(2), 132–148.
- Levasseur, Mélanie & Desrosiers, Johanne & St-Cyr Tribble, Denise 2008: Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes* 2008, 6(30), 1–11. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-6-30.pdf>
- Levin, Carrie 2000: Social Functioning. In: Kane, Robert L & Kane, Rosalie A. (eds.): *Assessing Older Persons. Measures, Meaning, and Practical Applications*. Oxford University Press, 170–199.
- Liikanen, Hanna-Liisa 2005: Taide- ja kulttuuritoiminnan vaikutus hyvinvointiin. Teoksessa Pitkälä, Kaisu & Routasalo, Pirkko & Blomqvist Lisbeth (toim.): *Ikääntyneiden yksinäisyys. Taide ja virikeryhmät psykososiaalisena kuntoutuksena*. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimusraportti 5. Gummerus Kirjapaino Oy, 11–22.
- Lillrank, Paul 1990: Laatumaa. Johdatus Japanin talouselämään laatujohtamisen näkökulmasta. *Gaudeamus*. Helsinki, 87.
- Lindbloom, Erik J. & Brandt, Julie & Hough, Landon J. & Meadows, Susan E. 2007: Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *The Journal of American Medical Directors Association* 8(9), 610–616.
- Lindstöm, Bengt & Eriksson, Monica 2005: Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and community Health*, 59, 440–442.
- Lumijärvi, Ismo & Jylhäsaari, Jussi 2000: Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. *Gaudeamus*. Tampere, 27.
- Luoma, Kalevi & Rätty, Tarmo & Moisio, Antti & Parkkinen, Pekka & Vaarama, Marja & Mäkinen, Erkki 2003: Seniori-Suomi Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. *Sitra*. Helsinki.
- Luoma, Minna-Liisa 2008: Elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.): *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY. Helsinki, 74–89.
- Lyketso, Constantine G. & Gonzales-Salvador, Teresa & Chin, Jing Jih & Baker, Alva & Black, Betty & Rabins, Peter 2003: A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 275–281.
- Lyyra, Tiina-Mari 2006: Predictors of Mortality in Old Age. Contribution of self-rated health, physical functions, life satisfaction and social support on

- survival among older people. University of Jyväskylä. Studies in Sport, Physical Education and Health 119.
- Lähdesmäki, Kirsi 2003: New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuuseriaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulostavastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Acta Wasaensia 113. Universitas Wasaensis, Vaasa.
- Lönnqvist, Jouko 2008: Mielenterveys luovana toimintana. Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. [http://www.ktl.fi/attachments/mielenterveys\\_luovana\\_toimintana.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/mielenterveys_luovana_toimintana.pdf). (Luettu 12.2.2009).
- Maas, Meridean L. & Specht, Janet P. & Buckwalte, Kathleen C & Gittler, Josephine & Bechen, Kate 2008: Nursing Home Staffing and Training Recommendations for Promoting Older Adults' Quality of Care and Life. Part 1. Deficits in the Quality of Care Due to Understaffing and Undertraining. <http://www.nursinglibrary.org/Portal/CMSLite/GetFile.aspx?ContentID=92076> (Luettu 29.12.2010).
- MacDonald, Alastair & Cooper Brian 2006: Long-term care and dementia services: an impending crisis. *Age and Ageing*; 36(1), 16–22.
- McCormack, Brendan 2004: Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, Issue Supplement s1, 31–38.
- Marin, Marjatta 2003: Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa: Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka: Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. PS-Kustannus. Jyväskylä, 31.
- Marin, Marjatta 2006: Merkitykselliset muistot. *Gerontologia* 20(3), 147–148.
- Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Koskinen, Simo 2004: Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa: Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. VNK:n julkaisusarja 33, 117–131.
- Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Sihvonen, Ari-Pekka 2008: Elinaika ja kuolemansyyt. Teoksessa: Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Helsinki, 36–50.
- May, Larry 1992: *Sharing Responsibility*. The University of Chicago Press. Chicago, 52.
- McGivern, Yvonne 2007: Improving Quality of Life for Older People in Long-Stay Care Settings in Ireland. Conference Proceedings. National Council on Ageing and Older People. Report No.97. Dublin.
- Meripaasi, Seija & Routasalo, Pirkko & Arve, Seija 2001: Koti ja kodinomaisuus laitoksessa asuvien vanhusten ja heidän hoitajiensa näkökulmasta. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja 2. Helsinki.

- Metsämäki, Niina 2006: Vanhusten hoiva Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa. Lisensiaattityö. Sosiaalipoliitiikan laitos. Turun yliopisto.
- Metteri Anna 2003: Kohtaamiset kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Luottamus kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Teoksessa Metteri A. (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys YTY r.y. Edita. Helsinki, 92–103.
- Meyer, Julianne 2010: Nursing home culture, teamwork and culture change. *Journal of Research in Nursing*, 16(1), 51–52.
- Middleton, Sue & Hancock, Ruth & Kellard, Karen & Beckhelling, Jacqueline & Phung, Viet-Hai & Perren, Kim 2007: The needs and resources of older people. Joseph Rowntree Foundation, Loughborough University.
- Miettinen, Sonja 2006: Eron aika. Tyttäreiden kertomuksia ikääntyneen vanhemman kuolemasta. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsinki.
- Mikkola, Arto 2005: Ympäristö vanhuksen hoitajana. Teoksessa Noppari, Eija & Koistinen, Paula (toim.): Laatusuhteita vanhustyöhön. Tammi. Helsinki, 120.
- Miller, Edward Alan & Booth, Mark & Mor, Vincent 2008: Meeting the demographic challenges ahead: Toward culture change in an ageing New Zealand. <http://www.anzhealthpolicy.com/content/5/1/5>.
- Molander, Gustaf & Peräkylä, Anssi 2000: Milloin hoidettavalle kuolevan identiteetti? *Duodecim*, 116(9), 955–961.
- Moody, Harry R. 1998: *Aging Concepts & Controversies*. Second Edition. Pine Forge Press. USA, 75–77.
- Mozley, Caroline & Sutcliffe, Caroline & Bagley, Heather & Cordingley, Lis & Challis, David & Huxley, Peter & Burns, Alistair 2004: *Towards Quality Care. Outcomes for Older People in Care Homes*. Ashgate Publishing, 19.
- Murphy, Kathy & O'Shea, Eamon & Cooney, Adeline 2008: Nurse Managers' Perceptions of Quality of Life of Older Adults Living in Long-Stay Care in Ireland: Is It Time for a Bill of Rights? *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), 47–55.
- Muurinen, Seija 2003: Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Tamperensis* 936.
- Muurinen, Seija & Vaarama, Marja & Haapaniemi, Hannele & Mikkola, Susanna & Hertto, Petteri & Luoma, Minna-Liisa 2006: Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kustannustehokkuus. Care Keys -projekti. Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2.
- Muurinen, Seija & Soini, Helena 2009: Helsingin monipuolisen vanhustenkeskuksen hoitotyön arviointi 2009. Hoitotyön asiakirjojen analysointi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2.

- Nakari, Risto & Sjöblom Stefan 2009: Toimiva kunnallinen palveluorganisaatio. Acta- julkaisusarja 209. Kuntaliitto. Helsinki.
- Neuvonen, Alekski & Mokka, Roope 2006: Yksilön ääni. Hyvinvointivaltio yhteisöjen ajalla. Sitran raportteja 69. Helsinki, 51.
- Niemelä, Jorma 2003: Järjestöt ajan hengen uudistajina. Teoksessa Niemelä, Jorma & Dufva, Virpi (toim.): Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhannella. PS-kustannus. Jyväskylä, 94.
- Nihtilä, Elina & Martikainen, Pekka 2004: Ikäihmisten yksinasuminen Suomessa vuosina 1970–2000. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2), 135–146.
- Nolan, Mike & Davies, Sue & Brown, Jayne & Wilkinson, Anna & Warnes, Tony & McKee, Kevin & Flannery, Jo & Stasi, Karen 2008: The role of education and training in achieving change in care homes: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 13(5), 411–433.
- Noro, Anja 2005: Asiakasrakenteen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: Noro, Anja & Finne-Soveri, Harriet & Björgren, Magnus & Vähäkangas Pia (toim.): Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Helsinki, 48–63.
- Nummenmaa, Lauri 2008. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala, 21, 26, 82.
- Nuutinen, Hanna-Leena & Raatikainen, Ritva 2005: Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotiede* 17(3), 131–144.
- OECD 2005: Ensuring quality long term care for older people. Policy Brief.
- OECC Health Data 2007: <http://www.ecosante.fr/OCDEENG/76.html> (Luettu 8.11.2007).
- Oikeusasiamies 2010: Ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoito ja sen valvonta. <http://www.oikeusasiamies.fi>. 18.2.2010. Dnro 213/2/09. (Luettu 27.2.2010).
- Olson, Douglas & Kane, Rosalie K. 2000: Spiritual Assessment. In: Kane, Robert K. & Kane, Rosalie K. (eds.): *Assessing older persons. Measures, meaning, and Practical Application*. Oxford University Press, 300–319.
- O'Shea, Eamon & Murphy, Kathy & Larkin, Philip & Payne, Sheila & Froggatt, Katherine & Casey, Dympna & Ní Léime, Áine & Keys, Mary 2008: *End-of-Life Care for Older People in Acute and Long-Stay Care Settings in Ireland*. Irish Centre for Social Gerontology, National University of Ireland. Galway, 19–28, 134.
- Paasivaara, Leena 2002: Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Oulun yliopisto. Oulu.
- Paquay, Louis & De Lepeleire, Jan & Milisen, Koen & Ylieff, Michel & Fontaine, Ovide & Buntinx, Frank 2007: Tasks performance by registered nurses

- and care assistants in nursing homes: A quantitative comparison of survey data. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1459–1467.
- Pahlman, Irma 2007: Läkään potilaan itsemääräämisoikeus. *Gerontologia* 21(3), 270–272.
- Palviainen, Jaana & Kankkunen, Päivi & Suominen, Helena 2005: Pitkäaikais-  
hoidossa olevien vanhusten kivun hoitotyön kirjaaminen. Kipuviesti. [http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkiset\\_tiedostot/Kipuviesti/KI-PUV\\_2\\_05\\_PITKAAIKAISH.pdf](http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/KI-PUV_2_05_PITKAAIKAISH.pdf). (Luettu 23.3.2008).
- Parker, Chris & Barnes, Sarah & McKee, Kevin & Morgan, Kevin & Torrington, Judith & Tregenza, Peter 2004: Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 24(6), 941–962.
- Parkkila, Marjatta & Routasalo, Pirkko & Välimäki, Maritta 2000: Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. *Hoitotiede* 12(1), 26–35.
- Parkkinen, Pekka 2007: Väestön ikääntymisen vaikutukset kuntatalouteen. Vätöstyö. Tampereen yliopisto. VATT-tutkimuksia 136. Tampere, 7.
- Parviainen Jaana 2009: Poliittinen johtajuus ja tunneilmaston muutos. *Yhteiskuntapolitiikka*, 74(2) 207–213.
- Peace, Sheila & Kellaher, Leonie & Willcocks, Dianne 1997: Re-evaluating residential care. Open University Press. Great Britain.
- Pekkarinen, Laura 2007: The Relationships Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Stakes Research Report 171. Helsinki.
- Perel, Valerie Denisse 1998: Psychosocial impact of Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1038–1039.
- Perttilä, Kerttu & Orre, Soili & Koskinen, Sari & Rimpelä, Matti 2004: Kuntien hyvinvointikertomus. Hankkeen loppuraportti. Aiheita 7, 18.
- Perttula, Juha 2009: Persoonallisuus ihmiseksi tulemisessa. Teoksessa Metsäpelto, Riitta-Liisa & Feldt, Taru (toim.): Meitä on moneksi. Persoonallisuuden psykologiset perusteet. PS-kustannus. WS Bookwell Oy. Juva, 195–212.
- Perustuslaki. 11.6.1999/731. Suomen lakikokoelma.
- Perälä, Marja-Leena & Rääkkönen, Outi 2000: Hoidon laatu omaisten silmin – avun saamiseen ja yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät pitkäaikaislaitoshoidossa. *Gerontologia* 14(2), 89–101.
- Perälä, Marja-Leena & Toljamo, Maisa & Vallimies-Patomäki, Marjukka & Pelkonen, Marjaana 2008: Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Stakes, Helsinki. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>. (Luettu 11.8.2010).

- Phillipson, Chris 1998: *Reconstrucsting old age. New Agendas in Social Theory and Practice*. Sage Publications. London, 99–102.
- Pieper, Richard & Vaarama, Marja 2008: *The Concept of Care-related Quality of Life*. Teoksessa Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew (toim.): *Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings*. Springer. New York, 65–101.
- Pieper, Richard, & Frommelt, Mona & Heislbetz, Claus & Vaarama, Marja 2008: *Quality Management in Long-Term Care*. Teoksessa Vaarama, Marja & Pieper Richard & Sixsmith, Andrew (toim.): *Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings*. Springer. New York, 255–280.
- Pietiläinen, Erja & Seppälä, Heikki 2003: *Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa*. Kehitysvammaliitto. Painopörssi, 27.
- Pitkälä, Kaisu & Huusko, Tiina & Savikko, Niina & Strandberg Timo 2006: *Johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia*. Teoksessa Huusko, Tiina & Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu (toim.): *Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke*. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki, 112–119.
- Port, Cynthia & Hebel, Richard & Gruber-Baldini Ann & Baumgarten, Mona & Burton, Lynda & Zimmerman, Sheryl & Magaziner, Jay 2003: *Measuring the frequency of contact between nursing home residents and their family and friends*. *Nursing Research* 52(1), 52–56.
- Puitelaki 9.2.2007/169.
- Pulsford, David 1997: *Therapeutic activities for people with dementia - what, why... and why not?* *Journal of Advenced Nursing*, 26, 704–709.
- Puutio, Risto 2002: *Merkitys mysteeri – organisaatiot ja kehittämisen kieli*. Odeco. Jyväskylä, 12–20.
- Randers, Ingrid & Mattiasson, Anne-Cathrine 2004: *Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity*. *Journal of Advanced Nursing* 45(1), 63–71.
- Rantanen, Taina & Sakari-Rantala, Ritva 2008: *Toimintatestit*. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia*. Duodecim. 2. uudistettu painos. Helsinki, 286–293.
- Rantanen, Taina 2005: *Vanhuuden toimintakyky tutkimuksen kohteena*. *Gerontologia* 4, 200–202.
- Rapley, Mark 2003: *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. SAGE Publications Ltd, 26–32.
- Rapo, Markku 2009: [http://www.tilastokeskus.fi/up/tietotrendit/tt\\_08\\_09.html](http://www.tilastokeskus.fi/up/tietotrendit/tt_08_09.html) (Luettu 27.12.2009).

- Rappe, Erja 2005: The influence of green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care. University of Helsinki. Department of Applied Biology 24.
- Rauhala, Lauri 2005: Ihmiskäsitys ihmistyössä. Uudistettu painos. Yliopistopaino. Helsinki, 41–47, 152–155.
- Read, Sanna 2008. Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Duodecim. 2. uudistettu painos. Helsinki, 231–241.
- Reed, Jan & Roskell Payton, Valerie 1996: Constructing familiarity and managing the self: ways of adapting to life in nursing and residential homes for older people. *Ageing and Society* 16, 543–560.
- Remsburg, Robin E. 2004: Pros and cons of using paid feeding assistants in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 25, 176–177.
- Renzenbrink, Irene 2004: Home is where the heart is: relocation in later years. *Illness, Crisis & Loss* 12(1), 63–74.
- Resnick, Barbara 2004: Restorative Care Nursing for Older Adults. A Guide for All Care Settings. Springer Series on Geriatric Nursing. Springer Publishing Company. New York, 2.
- Rintala, Taina 1999: Miten vanhuuskäsitys voi heijastua palveluihin? Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry. Julkaisu 13(2). Jyväskylä.
- Rintala, Taina & Karvonen, Sakari: 2003. Koetun huono-osaisuuden kasautuminen erilaisissa kuntatyypeissä. *Yhteiskuntapolitiikka* 68,(5), 254–264.
- Rissanen, Viljo & Kansanen, Martti 2003: Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatujärjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen keskussairaalan laatujärjestelmästä. Suomen kuntaliitto. Helsinki, 7, 22–27.
- Rodgers, Vivien & Neville, Stephen 2007: Personal autonomy for older people living in residential care: an overview. *Nursing Praxis in New Zealand*. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m5PXL/is\\_1\\_23/ai\\_n29460446/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m5PXL/is_1_23/ai_n29460446/) (Luettu 22.11.2009).
- Roine, Eeva & Töyry, Erja & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998: Tyytyväinen vai tyytymätön, potilasarviot hoidon ihmisläheisyydestä. Kuopion yliopistollinen sairaala. Tutkimus- ja kehittämissyksikkö. Alkuperäistutkimukset. Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo.
- Roos, Jeja-Pekka 1994: Hyvinvoinnin kurjuus. *Janus* 2(2), 187–192.
- Roper, Nancy & Logan, Winifred & Tierney, Alison J. 2000: Hoitotyön perusteet. 2. painos. Kirjayhtymä Oy.
- Rosqvist, Eerika 2003: Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla. *Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos*, Oulun yliopisto, 19, 35, 114.

- Routasalo, Pirkko & Arve, Seija & Lauri, Sirkka 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10(5), 207–215.
- Ruoppila, Isto 2008: Viisaus. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia*. 2. uudistettu painos. Duodecim. Helsinki, 204–212.
- Ryttyläinen, Katri & Valkama, Sirpa 2010: Seksuaalisuus hoitotyössä. *Edita Prima*. Helsinki, 11, 103, 211–215.
- Räikkönen, Outi & Perälä, Marja-Leena & Kahanpää, Anja 2007: Henkilöstön riittävyys, työnjohdollinen tuki ja hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa: henkilöstön käsitys. *Stakes*.
- Räsänen, Riitta 2005: Vanhainkodista hoivasairaalaksi. Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän laitoshoidouudistus. *Vanhustyö* 1, 6–8.
- Räsänen, Riitta 2006: Seutuhoiva-hanke. Selvitys Jyväskylän verkostokaupungin ja Keurusseudun kuntien pitkäaikaishoivan palveluista. *Loppuraportti*.
- Räsänen, Riitta & Valta, Maija 2007: Seutuhoiva-hanke Jyväskylän seudulla: Arvioinnissa auttaa toimintakykymittari. *Kuntalehti* 5, 39–40.
- Räsänen, Riitta 2007a: Dementiahoidon laatuun yhteydessä olevien tekijöiden kartoitus tarkistuslistan avulla. Julkaisussa: Lehtoranta, Heini & Luoma, Minna-Liisa & Muurinen, Seija (toim.): *Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke*. Loppuraportti. *Stakes*. Valopaino Oy. Helsinki, 35–38.
- Räsänen, Riitta 2007b: Laitoshoidossa tehtävä omaistyö Jyväskylän seudulla – henkilöstönäkökulma. Julkaisussa: Lehtoranta, Heini & Luoma, Minna-Liisa & Muurinen, Seija (toim.): *Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke*. Loppuraportti. *Stakes*. Valopaino Oy. Helsinki, 32–33.
- Saarnio, Reetta 2009: Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. *Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede*. Oulun yliopisto.
- Saarnio, Reetta & Isola, Arja 2009: Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: perspectives of patients and their family members. *Research in Gerontological Nursing*, 2(4), 276–286.
- Saks, Kai & Tiit, Ene-Margit 2008: Subjective Quality of Life of Care-Dependent Older People in Five European Countries. Teoksessa Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Andrew Sixsmith (toim.): *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical findings*. Springer. New York, 153–167.
- Salonen, Kari 2007: Haastava sosiaalinen vanhustyössä – avopalvelujen työntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. *Turun ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia* 26. Turku.
- Samus, Quincy M, & Rosenblatt, Adam & Steele, Cynthia & Baker, Alva & Harper, Michael & Brandt, Jason & Mayer, Lawrence & Rabins, Peter V &



- Lyketsos, Constantine G. 2005: The Association of Neuropsychiatric Symptoms and Environment With Quality of Life in Assisted Living Residents With Dementia. *Gerontologist*, 45 Special Issue I, 19–26.
- Sand, Hilikka 2003: Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. *Acta Universitatis Tamperensis* nro 191. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Sarvimäki, Anneli & Sandelin-Benkö, Singa 1998: Culture and climate 1: investigating aspects of organizational and care culture by the use of proverbs. *Vård I Norden* 48(18), 30–36.
- Sarvimäki, Anneli 2008: Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.): *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY. Porvoo, 27–40.
- Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa 2010: Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinoen Anna (toim.): *Vanhuus ja haavoittuvuus*. Edita Prima. Helsinki, 14–83.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2009: Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinoen Anna (toim.): *Vanhuus ja haavoittuvuus*. Edita Prima. Helsinki, 33–58.
- Savikko, Niina & Huusko, Tiina & Pitkälä, Kaisu 2006: Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Teoksessa Huusko, Tiina & Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu (toim.): *Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata*. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Gummerus Kirjapaino. Vanhustyön keskusliitto, 24–41.
- Schnelle, John F. & Simmons, Sandra F. & Harrington, Charlene & Cadogan, Mary & Garcia, Emily & Bates-Jensen, Barbara M. 2004: Relationship of Nursing Home Staffing to Quality of Care, 39(2), 225–250.
- Scocco, Paolo & Rapattoni, Monica & Fantoni, Giovanna 2006: Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 281–287.
- Selwood, Amber & Thorgrimsen, Lene & Orrell, Martin 2005: Quality of life in dementia – a one-year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 232–237.
- Seppänen, Marjaana & Simonen, Mika & Valve, Raisa 2009: Ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Kuvaus kehittämissprosessista ja arviointimallista. Helsingin yliopisto. Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. Lahti.
- Settersten, Richard A. Jr 2005: Toward a Stronger Partnership between Life-Course Sociology and Life-Span Psychology. *Research in Human Development*, 2, 25–41.

- Seymour, Jane & Witherspoon, Ros & Gott, Merryn & Ross, Helen & Payne, Sheila & Owen, Tom 2005: *End-of-Life Care: Promoting Comfort, Choice and Well-being for Older People*. The Policy Press. Bristol.
- Sellgren, Stina & Ekvall, Göran & Tomson, Göran 2006: Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 348–355.
- Sevenhuijsen, Selma 1998: Too Good to be True? Feminist Considerations about trust and social cohesion, IWM Working Paper No. 3. Vienna. <http://www.iiv.nl/epublications/1998/toogoodtobetrue.pdf>. (Luettu 12.1.2011).
- Sihvonen, Ari-Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Sainio, Päivi & Aromaa, Arpo 2003: *Sairastavuus ja toimintakyinen elämä*. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): *Gerontologia*. Duodecim. Tampere, 48–63.
- Simionato, Laura & Di Giulio, Paolo & Dimonte, Valerio & Villani, Daniele & Gentile, Simona & Toscani, Franco & Giunco, Fabrizio 2010: Decisions Affecting Quality of Life or Survival for Severely Demented Persons: A Survey on Doctors and Nurses of Nursing Homes and Districts. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(6), 378–384.
- Sinervo, Timo & Noro, Anja & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Sulander, Juhani & Taimio, Heikki & Finne-Soveri, Harriet & Lilja, Reija & Syrjä, Vesa 2010: *Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi*. Raportti 34. THL. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku & Linnakko, Eero 1997: *Terveystaloustiede*. WSOY. Porvoo, 98–103.
- Sixsmith, Andrew & Hammond, Margaret & Gibson, Grant 2008: *Quality of Life and Dementia*. Teoksessa Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew (toim.): *Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings*. Springer. New York, 217–233.
- Slater, Lynne 2006: *Person-Centredness: A concept analysis*. *Contemp Nurse* 23 (1). [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32155089](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32155089). (Luettu 12.8.2008).
- Sloane, Philip D. & Zimmerman, Sheryl & Williams, Christianna S. & Reed, Peter S. & Gill, Karminder S. & Preisser, John S. 2005: Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *The Gerontologist* 45 (Special Issue I), 37–49.
- Smith, Barbara & Kerse, Ngaire & Parsons, Matthew 2005: *Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference?* *The New Zealand medical Journal* 118 (1214). <http://www.nzma.org.nz/journal/118-1214/1437/>. (Luettu 12.8.2008).

- Soini, Helena & Luoma, Minna-Liisa & Muurinen, Seija & Varis, Maarit 2008: Muistisairaiden elämänlaadun mittaus. Havainnointi QUALID-mittaria käyttäen Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa vuonna 2008. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto.
- Sointu, Liisa 2009: Koti hoivan tilana. Teoksessa: Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): Hoiva. Vastapaino, 176–199.
- Sonkin, Leif & Petäkoski-Hult, Tuula & Rönkä, Kimmo & Södergård, Hans 2000: Seniori 2000. Ikääntyvä suomi uudelle vuosituhanneelle. Suomen itse- näisyyden juhlarahasto Sitra. Taloustieto Oy, 22.
- Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003: Ikääntyminen kansainvälisen ja kansallisen toiminnan kohteena. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansainvälisten asiain toimisto. Helsinki. <http://pre20031103.stm.fi/kvt/suomi/ikaanrap.htm>. Luettu 12.9.2008).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: Tie hyvään vanhuuteen. vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Selvityksiä 8. Yliopistopaino. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: Laitoshoidon asiakasmaksujen korotus liittyy avo- ja laitoshoidon etuuksien yhtenäistämiseen. Verkkouutinen 14.10.2009. (Luettu 15.10.2009).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Julkaisuja 18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän väliraportti 30.12.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011: Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28.
- Stakes 2007: Tilastotiedote 20/2007, 17.10.2007. Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä 2001, 2003 ja 2005. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt20\\_07.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt20_07.pdf). (Luettu 12.12.2008).
- Stordeur, Sabine & D'hoore, William & van der Heijden, Beatrice & Dibisceglie, Miriam; & Laine, Marjukka & van der Schoot, Esther 2003: Leadership, job satisfaction and nurses' commitment. In Hasselhorn, HansMartin & Tackenberg, Peter & Müller, Bernd Hans (eds.): Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. National Institute for Working Life Research Report 7. National Institute for Working Life. Stockholm, 28–45.

- Suikkanen, Asko 2003: Sosiaalipolitiikan yksilölähtöinen tulkintatapa. Teoksessa: Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (toim.): Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. PS-kustannus. Juva, 35–58.
- Suhonen, Riitta 2005: Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila L. (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu, 36–50.
- Sulkava, Raimo 2006: Muistisairauksien taloudelliset vaikutukset. Erikoislääkäri 6, 217–220.
- Surakka, Tiina 2008: Terveystuon johtaminen. Teoksessa Surakka, Tiina & Kiikkala, Irma & Lahti, Tuula & Laitinen Heleena & Rantala, Tuula: Osastonhoitaja ja johtaminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 37–62.
- Suutama, Timo 2008: Muisti ja oppiminen. Teoksessa: Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 2.uudistettu painos. Duodecim. Helsinki, 192–203.
- SVT 2007: Suomen Virallinen Tilasto. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Sosiaaliturva. Stakes. Helsinki.
- SVT 2009: Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2009. Terveystuon ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- SVT 2010: Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010. Terveystuon ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-4dd072dbfe3a>
- SVT 2010: Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveysalalla. [http://info.stakes.fi/yksityinen palvelutuotanto/FI/yksityisenosuus/sosiaalipalvelut/index.htm](http://info.stakes.fi/yksityinen_palvelutuotanto/FI/yksityisenosuus/sosiaalipalvelut/index.htm)
- Takkinen, Sanna 2003: Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 2.uudistettu painos. Duodecim Helsinki 210–219.
- Tampsi-Jarvala, Tiina & Viitanen, Elina & Lehto, Juhani 2005: Johtajana sosiaali- ja terveysalalla 2003. Aiheita 7. Stakes. Helsinki.
- Tedre, Silva 1999: Hoivan sanattomat sopimukset. Yhteiskuntatieteellisiä tutkimuksia, Joensuun yliopisto. Joensuun yliopistopaino, 45–46.
- Tedre, Silva 2000: Hoiva jokapäiväisten toistojen maailmassa. Yhteiskuntapolitiikka 65(6), 520–526.
- Tedre, Silva 2003: Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.): Seniori- ja vanhustyön arjen kulttuurissa. WS Bookwell. Juva, 57–71.
- Tedre, Silva 2006: Asunnon vangit - ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa: Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.): Väryyskirja. Kelan tutkimusosasto. Helsinki, 161–172.
- Tedre, Silva 2007: Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö.

- Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-Kustannus. Juva, 102–104.
- Teeri, Sari & Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2006: Long-term nursing care of elderly people: indentifying ethically problematic experinces among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing ethics* 13(2), 116–129.
- Telaranta, Seija 1999: Hoitotyön hallinto. Tammerpaino Oy. Tampere, 229–230.
- Tenkanen, Raija 2003: Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. *Acta Universitatis Lappeensis* 62. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Terveydenhuoltolaki 1.5.2011. [http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki)
- Terveyskirjasto. Duodecim. 2011. Saatavilla: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00510](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00510).
- Tester, Susan & Hubbard, Gill & Downs, Myrna & MacDonald, Charlotte & Murphy Joan 2003: Exploring Perceptions of Quality of Life of Frail Older People During and After their Transition to Institutional Care. Research findings: 24 Growing Older Project. <http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/index.htm>. (Luettu 20.3.2008)
- Tester, Susan & Hubbard, Gill & Downs, Myrna & MacDonald, Charlotte & Murphy, Joan 2004: Frailty and institutional life. In Walker, Alan and Hennessy Hagan, Catherine (eds.) *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Open University Press. Berkshire, 209–224
- Tiikkainen, Pirjo 2006: Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Yliopistopaino. Jyväskylä.
- Tiililä, Ulla & Karvinen, Kati 2006: Hyvään kirjaamiseen menee aikaa. *Dialogi*, 16–17.
- Tilastokeskus2007:[http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn\\_2007\\_2007-05-31\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html). (Luettu 3.12.2007).
- Tilastokeskus2009:[http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html). (Luettu 30.9.2009).
- Tilvis, Reijo 2004: Vanhusten kivut. *Duodecim*120(2), 223–227.
- Toimia-verkosto 2011. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/>. (Luettu 1.2.2011).
- Topo, Päivi & Sormunen, Saila & Saarikalle, Kristiina & Rääkkönen, Outi & Eloniemi-Sulkava, Ulla 2007: Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. *Stakes. Tutkimuksia* 162. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski, 95–114.
- Topo, Päivi 2009: Asiakkaana iäkkäille suunnatuissa palveluissa. Teoksessa Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.): *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus. Helsinki, 236.

- Trinkoff, Alison M. & Johantgen, Meg & Storr, Carla L. & Gurses, Ayse P. & Liang, Yualan & Han, Kihye 2011: Nurses' Work Schedule Characteristics, Nurse Staffing, and Patient Mortality Nursing Research, 60(1), 1–8.
- Tronto, Joan 1993: *Moral Boundaries: A Political Argument to an Ethic of Care*. Routledge. New York.
- Tuomiranta, Mirja & Poutanen, Raija & Silvennoinen-Nuora, Leena & Hemminki, Heimo 2008: Terveystuon strategiat eivt ohjaa ktntn tytt. Suomen Lkkrilehti 62(51–52), 4775–4779.
- Utton, Damien 2007: Designing homes for People with Dementia. *The Journal of Dementia Care*, 6.
- Vaarama, Marja 1995: Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto-nkklmasta. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Stakes.
- Vaarama, Marja & Noro, Anja 1997: Vanhusten sosiaali- ja terveystuvelut. Teoksessa Uusitalo, Hannu & Staff, Mikko: Sosiaali- ja terveystuon palvelukatsaus 1997. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyvskyl.
- Vaarama, Marja 2002: Tavoitteena vanhan ihmisen hyv elamnlaatu. Teoksessa Voutilainen, Pivi & Vaarama, Marja & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet (toim.): Ikkihminen hyv hoito ja palvelu. Stakes. Oppaita 49. Saarijervi: Gummerus Kirjapaino Oy, 11–18.
- Vaarama, Marja & Voutilainen, Pivi 2002: Kaksi skenaariota vanhuspalvelujen kehityksest ajankaksolla 1999–2030. Two scenarios on service development for older people 1999–2030). Yhteiskuntapolitiikka (Social Policy) 67.
- Vaarama, Marja 2004: Ikknntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikknntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33.
- Vaarama, Marja, Voutilainen, Pivi & Kauppinen, Sari 2004. Ikknntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa Heikkil, Matti & Roos, Milla (toim.): Sosiaali- ja terveystuon palvelukatsaus 2005. Stakes. Helsinki, 36–59.
- Vaarama, Marja 2005: Tavoitteena vanhan ihmisen hyv elamnlaatu. Teoksessa Voutilainen, Pivi & Vaarama, Marja & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet (toim.): Ikkihminen hyv hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijervi, 11–18.
- Vaarama, Marja & Ylonen, Lauri 2006: Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden nkklkulma. Sosiaali- ja terveystuimen julkaisu 3. Espoo, 13.
- Vaarama, Marja 2006: Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus -projekti. Loppuraportti ja suositukset.

- Espoon kaupunki ja Stakes, Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7. Espoo, 4–5.
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri 2006: Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto Markku (toim.): Suomalaisten hyvinvointi. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski, 104–136.
- Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew 2008: The General Framework and Methods of the Care Keys Research. In Vaarama, Marja, Pieper Richard & Sixsmith Andrew (eds.): Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings. Springer. New York, 65–102.
- Vaarama, Marja & Ollila, Kati 2008: Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa: Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes. Helsinki, 17.
- Vaarama, Marja & Tiit, Ene-Margit 2008: Quality of Life of Older Homecare Clients. In Vaarama, Marja, Pieper Richard & Sixsmith Andrew (eds.): Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings. Springer. New York, 168–195.
- Vaarama, Marja 2009: Poliittisesta kestävydestä. Teoksessa Vaarama, Marja (toim.): Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja, 3, 15, 119.
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi 2009. Hyvinvointivaltiomallin legitimitteetti. Teoksessa Vaarama Marja (toim.): Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3, 20–29.
- Vaissi, Eero 2009: RAVA-pisteen arvon laskentamalli. Kuntaaikkuna. Henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2009.
- Valvanne, Jaakko & Noro, Anja 1999. Milloin laitoshiitoon? Duodecim, 115, 1591–1599.
- Valvira 2010: Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet. Selvityksiä 3. Helsinki.
- Viitala, Riitta 2007: Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Edita. Helsinki, 264–277.
- Vilkko, Anni 2000: Riittävästi koti. Janus 8 (3), 213–230.
- Vilkko, Anni 2003: Vanhenemisen paikat. Pääkirjoitus. Gerontologia 17(3), 119–120.
- Vilkko, Anni 2005: Paikoillaan vanhenemisen politiikkaa. Pääkirjoitus. Gerontologia 19(2), 55–56.

- Vilkko, Anni 2006: Kodin merkitys vanhetessa. Luentomateriaali. Gerontologisen sosiaalityön kehittämishankkeen seminaari: Kohtaamisia arjessa – etiikka ja ihmiskuva vanhustyössä. 21.1.2006.
- Vilkko, Anni 2007: Kodin kaipuu - tuntuma ajassa muuttuvaan tilaan. Teoksessa Knuuttila, Seppo & Piela, Ulla (toim.): Menneisyys on toista maata. SKS. Helsinki 13–26.
- VN 2009: Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta.
- Viramo, Petteri & Sulkava, Raimo 2006: Muistihäiriöiden ja dementiaan epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, Timo & Alhainen, Kari & Rinne, Juha & Soininen, Hilkka (toim.): Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 23–39.
- Voutilainen, Päivi, & Viitakoski, Kaija & Qvick, Leena & Isola, Arja 1998: Hyvän hoidon edellytykset suomalaisessa dementiayksikössä. Teoksessa Parviainen, Tuire (toim.): Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Virtanen Juha V. & Kovalainen Anne 2006. Lääkäreiden ja hoitajien linjaorganisaatiot käytännön johtamisen näkökulmasta. Lääkärilehti 2006, 61 (33), 3247–3252.
- Voutilainen, Päivi & Muurinen, Seija & Vaarama, Marja & Isola, Arja 2001: Vanhusten hoitotyön nykytila Helsingin kaupungin vanhainkodeissa. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimuksia. Helsinki, 1.
- Voutilainen, Päivi 2004: Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Tutkimuksia 142. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Voutilainen, Päivi & Paasivaara, Leena & Backman, Kaisa 2004: Ikäihmisten laitoshoido. Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena & Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 115–121
- Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja 2005: Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes. Raportteja 7. Helsinki, 20.
- Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari & Heinola, Reija & Finne-Soveri, Harriet & Sinervo, Timo & Kattainen, Eija & Topo, Päivi & Andersson, Sirpa 2007: Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa Matti Heikkilä & Tuukka Lahti (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Yliopistopaino. Helsinki, 154–189.
- Voutilainen, Päivi 2008a: Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.): Gerontologinen hoitotyö, 109–122.



- Voutilainen, Päivi 2008b: Palvelujärjestelmän kehittäminen muistisairaiden ihmisten tarpeisiin. *Muisti* 3, 36.
- Vuori, Hannu 1979: Lääketieteen historia – sosiaalishistoriallinen näkökulma. Gummerus. Jyväskylä, 187–188.
- Vähäkangas, Pia 2010: Kuntoutusta edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 1060. Oulu.
- Wadensten, Barbro & Condén, Emelie & Wahlund, Lena & Murray, Kerstin 2007: How nursing home staff deal with residents who talk about death. *International Journal of Older People Nursing*, 2(4), 241–249.
- Walker, Alan & Naegele, Gerhard (eds.) 1999: *The Politics of Old Age n Europe. USA*, 31.
- Wallace, Meredith & Grossman, Sheila 2008: *Gerontological Nurse Certification Review*. New York: Springer Publishing Company, 59. <http://site.ebrary.com.ezproxy.jamk.fi:2048/lib/jypoly/Doc?id=10265594>.
- Watson, David & West, Janice 2008: The report of the 21st century social work review: Reviewing the ‘Transformational’ aspirations of a major public policy initiative in Scotland. *Public Policy and Administration*, 23(3), 302–318.
- Watson, Joan E. R. 2008: ‘The times they are a changing’ - post qualifying training needs of social work managers. *Social Work Education*, 27(3), 318–333.
- Weiner, Myron F. & Martin-Cook, Kristin & Svetlik, Doris A. & Saine, Kathleen & Foster, Barbara & Fontaine, Catherine 2000: The Quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 1(3), 114–116.
- Whittaker, Maxine 1999: Towards strategic quality management of health care. *Journal of Health Management*, 1, 215–248.
- WHOQOL-group 1996: WHOQOLBREF- Introduction, administration, scoring and generic version of assessment. The World Health Organization. Geneva.
- Zechner, Minna & Valokivi, Heli 2009: Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Vastapaino, 154–175.
- Zechner, Minna 2010: Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Tampereen yliopisto, Sosiaalitutkimuksen laitos 988. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Zeisel, John & Silverstein, Nina M. & Hyde, Joan & Levkoff, Sue & Lawton, M. Powell & Holmes, William 2003: Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer’s Special Care Units. *Gerontologist*, 43(5), 697–711.

- Zimmerman, Sheryl & Sloane, Philip D. & Williams, Christianna S. & Reed, Peter S. & Preisser, John S. & Eckert, J. Kevin & Boustani, Malaz & Dobbs, Debra 2005: Dementia Care and Quality of Life in Assisted Living and Nursing Homes. *Gerontologist*, 45 Special Issue I: 133–146.
- Øvretveit, John 1998: Evaluating Health Interventions. Open University Press, Buckingham, 179-198, 228–272.
- Øvretveit, John 2000: Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74–79.
- Øvretveit, John 2002: Action evaluation of health programmes and changes. A handbook for a user-focused approach. Radcliffe Medical Press, 179–198.

# Liitteet

## Liite 1. Asiakashaastattelukaavake CLINT-IC. Lyhyt versio.



LAITOSHOITO

ASIAKASHAASTATTELU

CLINT-LAITOSHOITO (lyhyt versio) © CareKeys 2005

### TAUSTATIEDOT

Asiakkaan nimikirjaimet: \_\_\_\_\_

Asiakkaan syntymäaika: 

päivä kk vuosi

Haastattelupäivämäärä: 

päivä kk vuosi

Äidinkieli:

suomi/ruotsi 1Muu 2

Sukupuoli:

Mies 1Nainen 2

Koulutustaso:

Alempi perusaste (0–6 vuotta) *Kansakoulu* 1Ylempi perusaste (7-9 vuotta) *Oppikoulu, kansalaiskoulu* 2Keskiaste (10–12 vuotta) *Ammatitutkinnot, lukio* 3Keskiaste (12–14 vuotta) *Keskiasteen jälkeinen (opisto)koulutus,* 4*joka ei ole korkea-asteen koulutusta* 5Korkeakoulutus (14+ vuotta) 6Tutkijakoulutus (lisensiaatti, tohtori) 6

### Oletteko kokenut jonkun tai joitakin seuraavista tapahtumista viimeisen kahden vuoden aikana?

*Merkittävä kaikki sopivat vaihtoehdot*

Kyllä Ei

Olen sairastunut vakavasti 1 2Läheinen perheenjäsen on sairastunut vakavasti 1 2Minulla on ollut taloudellisia vaikeuksia 1 2Muu vakava tapahtuma 1 2

### HOITOPAIKKA ASUINYMPÄRISTÖNÄ

Oletteko tyytyväinen asumiseenne yksin/jaetussa huoneessa?

Kyllä 1En osaa sanoa 2En 3

Onko hoitopaikkanne mielestänne puhdas ja siisti?

Kyllä, aina 1Kyllä, yleensä 2Joskus 3Harvoin 4Ei koskaan 5

Onko hoitopaikkanne sisäilman laatu mielestänne hyvä?

Kyllä, aina 1Kyllä, yleensä 2Joskus 3Harvoin 4Ei koskaan 5

Onko Teidän helppo päästä käymään ulkona? (esim. puutarhaan tai parvekkeelle)

Kyllä, aina 1Kyllä, yleensä 2Joskus 3Harvoin 4Ei koskaan 5

Ovatko vierailuajat sopivia Teille ja vierailijoillenne?

- Kyllä, aina  1  
 Kyllä, yleensä  2  
 Joskus  3  
 Harvoin  4  
 Ei koskaan  5

Voitteko itse suunnitella päivienne kulun?

- Kyllä, aina  1  
 Kyllä, yleensä  2  
 Joskus  3  
 Harvoin  4  
 Ei koskaan  5

Yleisesti, onko Teillä riittävästi tekemistä täällä?

- Kyllä, aina  1  
 Kyllä, yleensä  2  
 Joskus  3  
 Harvoin  4  
 Ei koskaan  5

Kuinka hyvin tulette toimeen muiden asukkaiden kanssa täällä?

- Erittäin hyvin  1  
 Melko hyvin  2  
 En hyvin enkä huonosti  3  
 Melko huonosti  4  
 Erittäin huonosti  5

#### TOIMINTAKYKY JA SAATU APU

Seuraavaksi arvioi kuinka paljon tarvitsette apua (jos siihen on tarvetta).

Saatteko tarpeeksi apua seuraavissa toiminnoissa?	En tarvitse apua 1	Kyllä 2	Ei 3
Liikkuminen sisätiloissa			
Liikkuminen ulkona			
Pukeutuminen ja riisuutuminen			
Varpaankynsien leikkaus			
Ihon ja hiusten hoito			
Suun ja hampaiden hoito			
Lääkitys / lääkkeiden otto			
Yhteydenpito muihin ihmisiin			
Osallistuminen harrastustoimintaan			

#### HOIDON LAATU

Nautitteko aterioista täällä?

- Kyllä, aina  1  
 Kyllä, yleensä  2  
 Joskus  3  
 Harvoin  4  
 Ei koskaan  5

Onko Teillä mahdollisuus pitää itsenne yhtä puhtaana kuin haluaisitte?

- Kyllä, aina  1  
 Kyllä, yleensä  2  
 Joskus  3  
 Harvoin  4  
 Ei koskaan  5

Onko Teillä mahdollisuus pukeutua yhtä hyvin kuin haluaisitte?

- Kyllä, aina  1  
 Kyllä, yleensä  2  
 Joskus  3  
 Harvoin  4

- Onko hoitajilla Teille riittävästi aikaa? 5  
 Kyllä, aina 1  
 Kyllä, yleensä 2  
 Joskus 3  
 Harvoin 4  
 Ei koskaan 5
- Antavatko hoitajat Teille riittävästi tietoa hoidostanne? 1  
 Kyllä, aina 1  
 Kyllä, yleensä 2  
 Joskus 3  
 Harvoin 4  
 Ei koskaan 5
- Ymmärtävätkö hoitajat hyvin Teitä ja tarpeitanne? 1  
 Kyllä, aina 1  
 Kyllä, yleensä 2  
 Joskus 3  
 Harvoin 4  
 Ei koskaan 5
- Tuntuuko Teistä, että hoitajat kuuntelevat Teitä? 1  
 Kyllä, aina 1  
 Kyllä, yleensä 2  
 Joskus 3  
 Harvoin 4  
 Ei koskaan 5
- Ovatko hoitajat ystävällisiä Teille? 1  
 Kyllä, aina 1  
 Kyllä, yleensä 2  
 Joskus 3  
 Harvoin 4  
 Ei koskaan 5
- Kohtelevatko hoitajat Teitä arvostavasti ja kunnioittavasti? 1  
 Kyllä, aina 1  
 Kyllä, yleensä 2  
 Joskus 3  
 Harvoin 4  
 Ei koskaan 5
- Tekevätkö hoitajat ne asiat, joiden haluatte tulevan tehdyiksi? 1  
 Kyllä, aina 1  
 Kyllä, yleensä 2  
 Joskus 3  
 Harvoin 4  
 Ei koskaan 5
- Yleisesti ottaen, kuinka tyytyväinen olette tähän hoitopaikkaan? 1  
 Erittäin tyytyväinen 1  
 Tyytyväinen 2  
 Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3  
 Tyytymätön 4  
 Erittäin tyytymätön 5

#### ELÄMÄNLAATU

Seuraavaksi pyydän Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muutamia asioita. Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valita, valitkaa vaihtoehto, joka vaikuttaa sopivimmalta. Miettikää elämänne kahden viikosen viikon ajalta.

Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?

- Erittäin tyytymätön 1  
 Tyytymätön 2  
 Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3  
 Tyytyväinen 4

- Erittäin tyytyväinen  5
- Kuinka paljon tarvitsette lääkettä pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne?  5
- Ei lainkaan  1
- Vähän  2
- Kohtuullisesti  3
- Paljon  4
- Erittäin paljon  5
- Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?
- Erittäin tyytymätön  1
- Melko tyytymätön  2
- Ei tyytyväinen eikä tyytymätön  3
- Melko tyytyväinen  4
- Erittäin tyytyväinen  5
- Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?
- Ei lainkaan  1
- Vähän  2
- Kohtuullisesti  3
- Lähes riittävästi  4
- Täysin riittävästi  5
- Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?
- En lainkaan  1
- Vähän  2
- Kohtuullisen turvalliseksi  3
- Hyvin turvalliseksi  4
- Erittäin turvalliseksi  5
- Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?
- Ei lainkaan  1
- Vähän  2
- Kohtuullisesti  3
- Lähes riittävästi  4
- Täysin riittävästi  5
- Kuinka tyytyväinen olette itseenne?
- Erittäin tyytymätön  1
- Melko tyytymätön  2
- Ei tyytyväinen eikä tyytymätön  3
- Melko tyytyväinen  4
- Erittäin tyytyväinen  5
- Kuinka paljon nautitte elämästänne?
- Ei lainkaan  1
- Vähän  2
- Kohtuullisesti  3
- Paljon  4
- Erittäin paljon  5
- Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?
- Ei lainkaan  1
- Vähän  2
- Kohtuullisesti  3
- Lähes riittävästi  4
- Täysin riittävästi  5
- Tunneteko itsenne yksinäiseksi?
- Kyllä, hyvin usein/aina  1
- Kyllä, melko usein  2
- Joskus  3
- Harvoin  4
- Ei koskaan  5
- Oletteko yhtä onnellinen nyt kuin nuorempana?
- Kyllä, hyvin usein/aina  1
- Kyllä, melko usein  2
- Joskus  3
- Harvoin  4
- Ei koskaan  5

- Hermostutteko helposti?
- Kyllä, hyvin usein/aina  1
- Kyllä, melko usein  2
- Joskus  3
- Harvoin  4
- Ei koskaan  5
- Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon?
- Erittäin tyytymätön  1
- Tyytymätön  2
- Ei tyytyväinen eikä tyytymätön  3
- Tyytyväinen  4
- Erittäin tyytyväinen  5
- Kuinka tyytyväinen olette ystäväiltänne saamaanne tukeen?
- Erittäin tyytymätön  1
- Tyytymätön  2
- Ei tyytyväinen eikä tyytymätön  3
- Tyytyväinen  4
- Erittäin tyytyväinen  5
- Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?
- Erittäin tyytymätön  1
- Melko tyytymätön  2
- Ei tyytyväinen eikä tyytymätön  3
- Melko tyytyväinen  4
- Erittäin tyytyväinen  5
- Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveystalveluja?
- Erittäin tyytymätön  1
- Tyytymätön  2
- Ei tyytyväinen eikä tyytymätön  3
- Tyytyväinen  4
- Erittäin tyytyväinen  5

## Liite 2. Havainnointiin käytetyt mittarit Qualid ja Cornell täyttöohjeineen.



CareKeys © CareKeys 2005

LAITOSHOITO ja PALVELUASUMINEN (jossa on yöhoito)

## TAUSTATIEDOT

Lomakkeen täyttöpäivämäärä \_\_\_\_\_ (pv) \_\_\_\_\_ (kk) \_\_\_\_\_ (v)

Asiakkaan syntymäaika \_\_\_\_\_ (pv) \_\_\_\_\_ (kk) \_\_\_\_\_ (v)

Lomakkeen täyttäjän suhde asiakkaaseen:

sukulainen

ystävä

omaishoitaja

vastuuhoitaja/omahoitaja

kotihoidon työntekijä

- 
- 1
- 
- 
- 2
- 
- 
- 3
- 
- 
- 4
- 
- 
- 5

Miten hyvin hoitaja tuntee asiakkaan:

Tuntee hyvin; huolehtii päivittäisestä hoidosta

 3

Tuntee melko hyvin; hoitaa melko usein

 2

Ei kovin hyvin; huolehtii vain lääkityksestä.

Vain vähän tekemisissä asiakkaan kanssa.

 1

Kuinka usein hoitaja tapaa asiakasta:

asuu asiakkaan kanssa

 6

useita kertoja päivässä

 5

kerran päivässä

 4

2-3 krt viikossa

 3

kerran viikossa

 2

harvemmin

 1

MMSE- arvo: \_\_\_\_\_

RAVA- arvo: \_\_\_\_\_





QUALID © CareKeys 2005

## A. Asiakas hymyilee:

- spontaanisti kerran tai useammin päivittäin  1  
 spontaanisti harvemmin kuin kerran päivässä  2  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä  3  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä  4  
 harvoin, jos koskaan  5

## B. Asiakas vaikuttaa surulliselta:

- harvoin tai ei koskaan  1  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä  2  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä  3  
 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä  4  
 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä  5

## C. Asiakas itkee:

- harvoin tai ei koskaan  1  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä  2  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä  3  
 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä  4  
 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä  5

## D. Asiakkaan ilmeet kertovat levottomuudesta, hän vaikuttaa olevan onneton tai hänellä näyttää olevan kipuja (Asiakas näyttää huolestuneelta, irvistele, on kulmat kurtussa):

- harvoin tai ei koskaan  1  
 harvemmin kuin kerran päivässä  2  
 ainakin kerran päivässä  3  
 lähes puolet päivästä  4  
 suurimman osan päivästä  5

## E. Asiakkaalla näyttää olevan fyysisesti epämiellyttävä olo (kiemurtelee, väantelehtii, vaihtaa jatkuvasti asentoa):

- harvoin tai ei koskaan  1  
 harvemmin kuin kerran päivässä  2  
 ainakin kerran päivässä  3  
 lähes puolet päivästä  4  
 suurimman osan päivästä  5

## F. Asiakas sanoo asioita tai äänтелеe tavalla, joka vaikuttaa johtuvan tyytymättömyydestä, onnettomasta tai epämiellyttävästä olostaan (valittaa, vaikeroi, huutaa):

- harvoin tai ei koskaan  1  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä  2  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä  3  
 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä  4  
 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä  5

## G. Asiakas on helposti ärtynyt tai aggressiivinen (suuttuu, kiroilee, tönnii tai pyrkii vahingoittamaan toisia):

- harvoin tai ei koskaan  1  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; harvemmin kuin kerran päivässä  2  
 ainoastaan vastauksena ulkoiseen ärsykkeeseen; ainakin kerran päivässä  3  
 ilman selvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä  4  
 ilman selvää syytä ainakin kerran päivässä  5

## H. Asiakas nauttii syömisestä:

- useimmilla aterioilla ja välipaloilla  1  
 kahdesti päivässä  2

- ainakin kerran päivässä  3  
 harvemmin kuin kerran päivässä  4  
 harvoin tai ei koskaan  5
- I. Asiakas nauttii koskettamisesta:  
 lähes aina; tekee lähes aina aloitteen koskettukseen  1  
 yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteen koskettukseen  2  
 puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei vastusta koskettamista  3  
 alle puolet ajasta; vastustaa usein tai toistuvasti koskettamista  4  
 harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähes aina koskettamista  5
- J. Asiakas nauttii muiden seurassa olemisesta tai kanssakäymisestä muiden kanssa:  
 lähes aina; tekee lähes aina aloitteen kanssakäymiseen  1  
 muiden kanssa  2  
 yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteen kanssakäymiseen  3  
 muiden kanssa  4  
 puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei myöskään vastusta kanssakäymistä muiden kanssa  5  
 alle puolet ajasta; vastustaa usein tai toistuvasti kanssakäymistä muiden kanssa  1  
 harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähes aina kanssakäymistä muiden kanssa  2  
 muiden kanssa  3  
 K. Asiakas vaikuttaa emotionaalisesti rauhalliselta ja oloonsa tyytyväiseltä:  
 suurimman osan päivästä  1  
 enemmän kuin puolet päivästä  2  
 puolet päivästä  3  
 vähemmän kuin puolet päivästä  4  
 harvoin tai ei koskaan  5



### CORNELL-testi Dementoituneiden depression mittari © CareKeys 2005

Pisteytyksen tulee pohjautua oireisiin ja löydöksiin, jotka ovat esiintyneet haastattelua edeltäneen viikon aikana. Pisteytystä ei tehdä niistä osioista, joissa oireet johtuvat fyysisestä kyvyttömyydestä tai sairaudesta.

#### VASTAAMISTA HELPOTTAVIA OHJEITA

Täytä taustatiedot huolella. Merkitse laitos/osasto yläkulmaan.

QUALID- osiossa arvioidaan vanhuksen elämänlaatua. Tämä perustuu hoitajan pidempiaikaiseen seurantaan, ei johonkin satunnaiseen käyttäytymiseen. Seurantaajaksoa on ajateltava ainakin noin viikon mittaisena.

#### 3. MASENNUSTA MITTAAVA CORNELL- TESTI

Dementiaan sinällään liittyvät käytöksen muutokset on erotettava masennuksesta: dementiaan liittyy psykomotorista hidastumista, ajatteluun ja keskittymiseen liittyviä vaikeuksia, mielenkiinnon vähenemistä ja univaikeuksia. Masennusta arvioitaessa on muistettava, että oireet voivat johtua myös fyysisestä sairaudesta tai kyvyttömyydestä. Tällöin se kohta on jätettävä arvioimatta (esim. sivu 5, kohta B6: hidastuminen; tämä voi johtua esim. Parkinsonin taudista tai toispuolihalvauksesta, jolloin sitä ei merkitä masennuksesta johtuvaksi).

Kaikkiin dementoiviin sairauksiin liittyy lisääntynyt mahdollisuus masennukseen. Sitä voi esiintyä sairauden kaikissa vaiheissa ja sen diagnosointi voi olla vaikeaa. Joillakin esiintyy apatiaa, ja sen erottaminen masennuksesta voi olla vaikeaa. Apatia on tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja mielenkiinnon vähenemistä. Apaattinen ihminen ei reagoi positiiviseen eikä kielteiseen asiaan omalla aikaisemmalla tavallaan.

Oireiden ilmaisu muuttuu demention vaikeusasteen mukaan. Mitä vaikeampi dementia on, sitä vaikeampi on ilmaista itseään ja masentunutta otiloilaansa sanallisesti. Masennuksen päällelpin näkyviä oireita kohtalaisessa ja vaikeassa dementiassa voivat olla mm. levoton käytös, pelokkuus, passiivisuus, aggressiivisuus ja huutele.

#### A. Mielialaan liittyvät oireet

1. Ahdistuneisuus: vaikuttaa ahdistuneelta, hautoo asioita, huolestunut ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
2. Surullisuus: vaikuttaa surulliselta, surullinen ääni, itkuinen  2

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
3. Ei reagoi miellyttäviin tapahtumiin  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
4. Ärtisyys  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
- B. Käyttäytymiseen liittyvät häiriöt
5. Kiihtyneisyys: on levoton, vääntelee käsiään, vetelee hiuksiaan  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
6. Hidastuminen: hitaat liikkeet, hidas puhe, hitaat reaktiot  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
7. Fyysisten vaivojen runsas valittaminen (pisteytys 0, jos vain vatsavaivoja)  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
8. Mielenkiinnon katoaminen: osallistuu vähemmän tavanomaisiin toimintoihinsa (pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukauden aikana)  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
- C. Fyysiset oireet
9. Ruokahaluttomuus: syö tavallista vähemmän  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
10. Laihtuminen (pisteytys 2, jos laihtunut yli 2 kg kuukauden aikana)  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
11. Energian puute: väsy helposti, ei jaksa osallistua (pisteytetään vain, jos muutos tapahtunut alle kuukaudessa)  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2
- D. Säännöllisesti toistuvat ilmiöt
12. Vuorokauden aikana tapahtuvat mielialan muutokset: oireet pahemmat aamuisin  
 ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

13. Nukahtamisvaikeudet: nukahtaa myöhemmin kuin tavallisesti

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

14. Herää usein unen aikana

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

15. Herää varhain aamulla

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

E. Vääristyneet mielikuvat

16. Itsemurha: ei koe elämäänsä elämisen arvoiseksi, itsemurha-ajatuksia tai yrittää itsemurhaa

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

17. Itsearvostuksen puute: moitiskelee itseään, huono omanarvontunne, epäonnistumisen tunteita

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

18. Pessimismi: odottaa pahinta

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

19. Mielialasta johtuvat harhakuvitelmat: harhakuvitelmat köyhyydestä, sairaudesta tai menetyksestä

- ei voida arvioida  A  
 ei esiinny  0  
 lievä tai satunnainen  1  
 vakava  2

## Liite 3. Lomake hoitotyön asiakirjoista poimittavalle tiedolle.



INDEX-LAITOSHOITO © CareKeys 2005

## TAUSTATIEDOT

Asiakkaan nimi tai nimikirjaimet: \_\_\_\_\_

Asiakkaan tutkimusnumero: Päivämäärä:   
päivä kk vuosi

Sukupuoli:

Mies 1Nainen 2Syntymäaika: 

päivä kk vuosi

Laitokseen muuttopäivä:   
päivä kk vuosi

## ASUMISOLOSUHTTEET

Asiakkaan huone:

Yhden hengen huone 1Kahden hengen huone 2Kolme tai useampia henkilöitä huoneessa 3

Onko asiakkaalla oma:

Kyllä Ei

WC 1 2Suihku 1 2

## TOIMINTAKYKY

ADL-pisteet IADL-pisteet Kognitiopisteet Masennuspisteet 

## KLIINISEN HOIDON TULOKSELLISUUS

Kyllä Ei Ei tietoa

Käyttääkö asiakas unilääkkeitä? 1 2 3Onko asiakas kaatunut viimeisen kolmen kuukauden aikana? 1 2 3Onko asiakkaalla ollut painehaavaumia viimeisen vuoden aikana? 1 2 3Kärssiikö asiakas kivusta? 1 2 3Onko asiakkaalla ollut sairaalabakteeri-infektiota viimeisen vuoden aikana? 1 2 3Painoindeksi (BMI)

## AVUN TARVE JA SAANTI

	Tarve					Saanti				
	0 Ei	1 Väh.	2 Kesk.	3 Suuri	9 Ei tietoa	0 Ei	1 Väh.	2 Kesk.	3 Suuri	9 Ei tietoa
Pukeutuminen ja riisuutuminen										
Hampaiden ja suun hoito										
Ihon ja hiusten hoito										
Varpaankynsien leikaaminen										
Liikkuminen sisätiloissa										
Liikkuminen ulkona										
Hengitys										
Sydän ja verenkierto										
Lääkitys										
Kaatumisen ennaltaehkäisy										
Kivun hoito										
Emtionaalinen tuki										
Masennus										
Hengellinen/ uskonnollinen toiminta										
Virkistystoiminta										
Yhteydenpito muihin ihmisiin										

## HOIDON JA PALVELUN TAVOITTEET-HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

Kyllä Ei Ei tietoa

Ovatko ne toiminnot, joista asiakas selviytyy itsenäisesti eroteltu niistä, joihin hän tarvitsee hoitajan apua?

1 2 3

Onko hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattu keinoja

1 2 3

asiakkaan omien voimavarojen tukemiseksi ja lisäämiseksi?

Tehdäänkö säännöllinen hoidon ja palvelun arviointi yhdessä

1 2 3

hoitotyöntekijän ja asiakkaan kanssa?

Sisältääkö säännöllinen hoidon ja palvelun arviointi tietoa

1 2 3

asiakkaan mieltymyksistä ja elämäntyylyistä?

Sisältääkö säännöllinen hoidon ja palvelun arviointi tietoa epävirallisen avun

1 2 3

tai muun tahon sopivuudesta asiakkaan hoidon ja palvelujen suunnitteluun?

Sisältääkö hoito- ja palvelusuunnitelma menetelmiä yhteistyölle?

1 2 3

Onko hoito- ja palvelusuunnitelmassa arvioitu ennaltaehkäisevien

hoitomenetelmien vaikutuksia?

1 2 3

## Liite 4. Esimiehille suunnattu kysely.



CareKeys Laitoshoito ManDEX © CareKeys 2005  
Ylemmän johdon kyselylomake

Organisaation perustiedot  
Organisaation nimi: \_\_\_\_\_

Osasto tai yksikkö: \_\_\_\_\_

Päivämäärä: \_\_\_\_\_

Lomakkeen täyttäjän taustatiedot

Lomakkeen täyttäjän koulutus \_\_\_\_\_

Lomakkeen täyttäjän asema \_\_\_\_\_

Aluksi pyydämme sinua kuvailemaan organisaatiosi laadunhallinnan järjestelmää

Onko organisaatiollanne yhteinen selkeästi määritelty tuloksellisuuden tai laadunhallinnan järjestelmä, jota sovellatte käytännössä?

Tavallisesti nämä käsitteet on kirjattu laatukäsikirjaan tai asiakirjaan jossa määritellään hyvän palvelun visio tai peruseriaatteet.

- 0 – Ei, siirry kysymykseen 2       1 – Osittain, siirry kysymykseen 2  
 2 – Kyllä, siirry kysymykseen 4       8 – En tiedä, siirry kysymykseen 2  
 9 – Tietoa ei saatavilla, siirry kysymykseen 2

Onko organisaatiollanne jokin muu kirjallinen tai suullinen (laatu)käytäntö, jolla organisaation toimintaa määritellään?

- 1 – Kyllä, siirry seuraavaan kysymykseen       2 – Ei, Kiitos vastauksistasi, voit keskeyttää lomakkeen täyttämisen tähän. Ole ystävällinen ja postita lomake Stakesiin, myös jo täyttämäsi tiedot ovat meille tärkeitä.

Onko tämä muu käytäntö:

a. Yhteisesti sovittu

- 0 – Ei       1 – Kyllä

b. Virallinen

- 0 – Ei       1 – Kyllä

c. Joidenkin ryhmien sopima

- 0 – Ei       1 – Kyllä, minkä ryhmien \_\_\_\_\_

Noudattaako organisaationne laadunhallinta / strategia / käytäntö seuraavia periaatteita?

Palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeisiin ja elämätyyliin? (

- 0 – Ei       1 – Osittain       2 – Kyllä  
 8 – En tiedä       9 – Tietoa ei saatavilla

Palvelut tukevat asiakkaiden autonomiaa ja itsenäistä selviytymistä.

- 0 – Ei       1 – Osittain       2 – Kyllä

<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Asiakkailla on nimetty vastuuhenkilö, joka vastaa hänen hoidostaan ja palvelustaan?	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Palvelusuunnitelmassa on asetettu selkeät tavoitteet asiakkaan hoidolle ja palvelulle ja niiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Palvelusuunnitelmaa ohjaavat käypähoito standardit koskien profylaktista eli ennalta ehkäisevää hoitoa ja niiden käytännön toteuttamisesta on merkintä palvelusuunnitelmassa?	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Palvelulle on määritelty aika-ikkuna, jonka puiteissa sen tulee toteutua (esim. tunnin tarkkuudella)	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Palvelut ovat laadukkaita ja niiden antamiseen on varattu riittävästi aikaa.	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Asiakkaiden elin- ja asuinolot arvioidaan ja suoritetaan tarvittavat muutos- ja tukitoimet.	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Palveluissa hyödynnetään myös organisaation ulkopuolelta saatavia (yhteisöllisiä ja yksityisiä) voimavaroja ja palveluita asiakkaiden sosiaalisen integraation tukemiseksi.	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Asiakas osallistuu hoidon ja palveluiden suunnitteluun ja suunnitelman päivitykseen.	
<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Aina kun on tarkoituksenmukaista, hoidon suunnittelu ja toteuttaminen tehdään moniammatillisessa tiimissä.	
<input type="checkbox"/> 0 – ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Aina kun on tarkoituksenmukaista, hoidon suunnitteluun ja palvelun toteuttamiseen osallistuvat myös omaiset ja muut läheiset, jos asiakas näin haluaa.	
<input type="checkbox"/> 0 – ei	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä	
<input type="checkbox"/> 8 – En tiedä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Täyttääkö organisaationne laadunhallinta / strategia / käytäntö seuraavat kriteerit?

Se on kirjallisena saatavissa.	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Siihen on kirjattu asiakkaan tietosuojaa koskevat periaatteet.	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Siinä määritellään miten valitukset käsitellään.	0 – Ei



	1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Siinä määritellään uusien työntekijöiden perehdyttäminen.	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa

**Onko organisaatiossanne käytössä ohjeet seuraavien ongelmien ehkäisemiseksi?**

Painehaavojen ehkäisy	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Keuhkokuumeen ehkäisy	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kaatumisten ehkäisy	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kuivumisen ehkäisy	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Aliravitsemuksen ehkäisy	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kivun hoito	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Immobilisaatio (liikkumattomuuden ehkäisy)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa

Onko organisaatiossanne laatujohtamisen strategiassa/käytännössä huomioitu yhteistyö seuraavien tahojen kanssa? Epäviralliset auttajat tai perhe	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Laitoshoito/päivähoito/ päiväkeskukset/ lyhytaikainen hoito	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Terveyskeskuslääkärit	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Terveyskeskussairaala(t)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Erikoissairaala(t)	0 – Ei 1 – Osittain

	2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Kuntoutuksen yhteistyökumppanit	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Muut palvelun tuottajat	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Oikeusaputoimisto (edunvalvonta, holhous)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Organisaation rahoittaja (vakuutusyhtiö, omistajaorganisaatio, kunta)	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Paikallisyhteisöt ja vapaaehtoisjärjestöt	0 – Ei 1 – Osittain 2 – Kyllä 9 – Tietoa ei saatavissa
Seuraavaksi pyydämme sinua kuvailemaan organisaatiosi resursseja Kuinka arvioisit seuraavia resursseja organisaatiossasi? Henkilöstöresurssit:	
a. Henkilöstön määrä	
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono
<input type="checkbox"/> 3 – Keskinkertainen	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä
b. Henkilöstön pätevyys	
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono
<input type="checkbox"/> 3 – Keskinkertainen	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä
Hoitoteknologia?	
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono
<input type="checkbox"/> 3 – Keskinkertainen	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä
Kulutustavarat?	
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono
<input type="checkbox"/> 3 – Keskinkertainen	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä
Muut resurssit, mitkä? _____	
<input type="checkbox"/> 1 – Erittäin huono	<input type="checkbox"/> 2 – Huono
<input type="checkbox"/> 3 – Keskinkertainen	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
<input type="checkbox"/> 4 – Hyvä	<input type="checkbox"/> 5 – Erittäin hyvä

Seuraavaksi pyydämme sinua kuvailemaan organisaatiosi prosesseja ja käytäntöjä.

Johtamiskäytännöt

Onko organisaatiossanne tapahtunut viimeisen kolmen kuukauden aikana joitakin seuraavista asioista?

Ulkopuolista työnohjausta	<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa
Tiimikokouksia / laatupiirejä	<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa
Virallisia arviointikeskusteluja työntekijöiden kanssa	<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa
Henkilöstön tyytyväisyystutkimus (12 kuukauden sisällä)			

<input type="checkbox"/> 0 – Ei	<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavissa
---------------------------------	------------------------------------	---

Miten usein organisaatiossanne / yksikössänne on järjestetty asiakkaiden hoitoon keskittyviä tapausneuvotteluja viimeksi kuluneiden 6 kuukauden aikana?

- 1 – Ei koskaan tai erittäin harvoin  
 2 – Harvemmin kuin kerran kuussa  
 3 – 1-2 kertaa kuussa  
 4 – Viikoittain tai useammin  
 9 – Tietoa ei saatavilla

Kuinka usein on johto sovitellut tiimin jäsenten välisiä tai tiimin ja johdon välisiä konflikteja viimeisen 6 kk aikana?

- 1 – Ei koskaan tai erittäin harvoin  
 2 – Harvemmin kuin kerran kuussa  
 3 – 1-2 kertaa kuussa  
 4 – Viikoittain tai useammin  
 9 – Tietoa ei saatavilla

Kuinka usein on organisaationne / yksikön johto järjestänyt tapaamisia, konsultaatiota tai konfliktinratkaisupalavereita omaisten tai muiden läheisten kanssa viimeisen 6 kk aikana?

- 1 – Ei koskaan tai erittäin harvoin  
 2 – Harvemmin kuin kerran kuussa  
 3 – 1-2 kertaa kuussa  
 4 – Viikoittain tai useammin  
 9 – Tietoa ei saatavilla

Lopuksi pyydämme vielä itsearviosi johtajuuden tuloksellisuudesta

Laadun parantaminen tapahtuu asettamalla pieniä tavoitteita ja saavuttamalla näitä asteittain.

Seuraavia neljää laadun parantamisen osa-alueita pidetään tavallisesti tärkeinä:

Laatukäsitteen selkeytyminen ja asiakasorientaation parantaminen

Menettelytapojen / prosessien ja työn organisoimisen parantaminen

Henkilöstön ammattitaidon, muiden voimavarojen ja teknologioiden kehittäminen

Tiimin sisäisen ja tiimien välisen yhteistyön sekä palvelujen integraation parantaminen.

Onko organisaatiossanne / yksikössänne asetettu ja saavutettu seuraavia tavoitteita?

Jos tavoitetta ei ole asetettu, siirry seuraavaan kysymykseen.

Tavoitteiden asettaminen	Tavoitteiden saavuttaminen
Asiakaskeskeisen toiminnan tavoitteet	
Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana	Tavoite on saavutettu
<input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 50	<input type="checkbox"/> 0 – Ei
<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Työprosesseja koskevat tavoitteet

Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana (ge_proc)	Tavoite on saavutettu
<input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 52	<input type="checkbox"/> 0 – Ei
<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Voimavaroja ja niiden jakoa koskevat tavoitteet:	
Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana (ge_res)	Tavoite on saavutettu
<input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 54	<input type="checkbox"/> 0 – Ei
<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Tiimien sisäistä ja ulkoista yhteistyötä koskevat tavoitteet	
Tavoite on asetettu viimeisen 12 kk aikana	Tavoite on saavutettu (ga_coop)
<input type="checkbox"/> 0 – Ei, siirry kysymykseen 56	<input type="checkbox"/> 0 – Ei
<input type="checkbox"/> 1 – Kyllä	<input type="checkbox"/> 1 – Osittain
<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla	<input type="checkbox"/> 2 – Kyllä
	<input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

Yhteistyön arviointi: Kuinka hyvin organisaatiosi on onnistunut yhteistyössään seuraavien tahojen kanssa?

Epäviralliset auttajat tai perhe	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Ikääntyneiden laitoshoido/päivähoito/päiväkeskukset/ lyhytaikainen hoito	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Terveyskeskuslääkärit	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Terveyskeskussairaala/ t	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä

	<input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Erikoissairaala/ t	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Kuntoutustahot	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Muut palveluiden tuottajat	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Oikeusaputoimisto (edunvalvonta / holhous)	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Palveluiden rahoittajat	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla
Paikallisyhteisöt ja vapaaehtoisjärjestöt	<input type="checkbox"/> 0 – Ei yhteistyötä <input type="checkbox"/> 1 – Huonosti <input type="checkbox"/> 2 – Osittain hyvin <input type="checkbox"/> 3 – Hyvin <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla

<p>Kaikki asiakkaat, jotka tarvitsivat tiettyä palvelua, saivat sitä.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa    <input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa    <input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkansa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 – En tiedä                      <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Yksikään asiakas ei saanut palvelua, ellei tarvinnut sitä</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa    <input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa    <input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkansa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 – En tiedä                      <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Palveluresurssit olivat riittävät (</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa    <input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa    <input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkansa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 – En tiedä                      <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Yhteistyö tiimin sisällä ja yhteistyökumppanien kanssa oli tyydyttävää</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa    <input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa    <input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkansa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 – En tiedä                      <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Ei ollut mahdollista tuottaa parempaa palvelua joillekin asiakkaille huonontamatta toisten saamaa palvelua</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Pitää paikkansa    <input type="checkbox"/> 2 – Pitää osittain paikkansa    <input type="checkbox"/> 3 – Ei pidä paikkansa</p> <p><input type="checkbox"/> 4 – En tiedä                      <input type="checkbox"/> 9 – Tietoa ei saatavilla</p>

## TALOUSOSIO VAIN YLEMMÄLLE JOHDOLLE

Resurssit - organisaation/osaston/yksikön aineelliset- ja henkilöstövoimavarat

<p>Kokonaiskustannukset (sisältäen henkilöstö ja pääomakustannukset)</p> <p>_____ €</p> <p>999999 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Henkilöstökustannukset</p> <p>_____ €</p> <p>999999 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Investointikustannukset koko vuoden osalta</p> <p>_____ €</p> <p>999999 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Työntekijöiden kokonaismäärä tietynä päivämääränä (esim. 31.12.2004)</p> <p>työntekijöiden määrä _____ päivänä _____</p> <p>999 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Työntekijöiden kokonaismäärä <u>muunnettuna täyspäiväisiksi työntekijöiksi (vakansseiksi)</u></p> <p>_____</p> <p>999 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Sairas- ja äkillisten poissaolopäivien määrä viimeisen 12 kuukauden aikana?</p> <p>_____</p> <p>999 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Irtisanoutumisien lukumäärä viimeisen 12 kuukauden aikana?</p> <p>_____</p> <p>999 – Tietoa ei saatavilla</p>
<p>Uusien vakinaisiin tai pitkäaikaisiin sijaistuksiin (väh. 4 kk) palkattujen henkilöiden lukumäärä vuoden 2004 aikana</p> <p>_____</p> <p>999 – Tietoa ei saatavissa</p>

Henkilöstö eritellään tässä seuraavien periaatteiden mukaan:

Termillä 'hoitohenkilöstö' tarkoitetaan sosiaali- ja/tai terveydenhuollon tehtäviä säännöllisesti suorittavaa henkilöstöä. Pätevyys, koulutustaso tai oppiarvo viittaa henkilöstöön, jolla on vähintään 2-vuotinen harjaantuminen ammattiin, tai jolla on ammatillinen tai korkeamman asteen pätevyys tehtävään (esim. lähihoitaja, sairaanhoitajan, tai sosiaalityön pätevyys)

Hoitohenkilöstön määrä (sosiaali ja terveys):  _____ 999 – Tietoa ei saatavilla
Pätevän henkilöstön määrä (sosiaali ja terveys)  _____ 999 – Tietoa ei saatavilla

#### Rahoitusrakenne

Kustannusten rahoituksen jakautuminen:

- a. Asiakasmaksut \_\_\_\_\_ %  
 b. KELA \_\_\_\_\_ %  
 c. Kunta \_\_\_\_\_ %  
 d. Muu, mikä? \_\_\_\_\_ %

#### Organisaation/osaston/yksikön tuotokset

Tuotokset koko vuoden aikana (täytä soveltuvat kohdat)

Asiakkaiden määrä  _____ 999 – Tietoa ei saatavilla
Hoitopäivien määrä  _____ 999 – Tietoa ei saatavilla
14. Hoitojaksojen määrä  _____ 999 – Tietoa ei saatavilla

## LIITETAULUKOT

## Liitetaulukko 1.

Tutkimuskunnat ja niiden asukasmäärät vuonna 2006, yli 75-vuotiaiden osuus vuonna 2006 ja ennuste vuodelle 2020 sekä RAVA-arvioinnin keskiarvot laitoshoidossa ja palveluasumisessa.

Kunta	Asukasmäärä	Yli 75-vuotiaiden osuus vuonna 2006 (%)	Yli 75-vuotiaiden osuuden kasvu vuosina 2004–2020 (%)	Rava- arvojen keskiarvo palveluasumisessa ja laitoshoidossa vuonna 2000
Jyväskylä	85 563	6,2	93	3,0 / 3,6
Jyväskylän mlk	35 854	4,6	151	2,6 / 3,3
Laukaa	17 504	6,0	117	2,6 / 4,0
Keuruu	11 001	10,2	65	2,5 / 3,5
Muurame	9 141	4,2	187	2,6 / 3,4
Hankasalmi	5 406	11,2	40	3,0 / 3,7
Korpilahti	5 042	10,1	46	2,5 / 3,3
Petäjavesi	3 669	10,0	66	2,5 / 3,1
Uurainen	3 115	7,9	94	2,8 / 3,7
Toivakka	2 399	9,5	58	2,7 / 3,7
Multia	1 952	14,0	0,3	2,6 / 3,7

Lähde: Tilastokeskus 2007, Räsänen 2006

## Liitetaulukko 2.

Asiakkaiden kokemus avun tarpeestaan ja saannistaan hoitomuodoittain.

Riittävä avun saanti	Laitoshoito %	Palveluasuminen %	Yksityiset hoitokodit %	Yhteensä %
Ei tarvitse apua liikkumiseen sisätiloissa	27	34	7	68
Ei tarvitse apua liikkumiseen ulkona	12	20	4	36
Ei tarvitse apua pukeutumiseen ja riisuutumiseen	12	25	6	43
Ei tarvitse apua varpaankynsien leikkaamiseen	5	11	1	17
Ei tarvitse apua ihon ja hiusten hoitoon	7	20	5	32
Ei tarvitse apua suun ja hampaiden hoitoon	12	30	8	50
Ei tarvitse apua lääkitykseen / lääkkeiden ottoon	9	12	2	23
Ei tarvitse apua yhteydenpitoon muihin ihmisiin	27	31	8	66
Ei tarvitse apua harrastustoimintaan osallistumiseen	15	28	8	51
Ei saa apua liikkumiseen sisätiloissa	1	1	0	2
Ei saa apua liikkumiseen ulkona	4	5	1	10
Ei saa apua pukeutumiseen ja riisuutumiseen	0	0	0	0
Ei saa apua varpaankynsien leikkaamiseen	1	1	1	3
Ei saa apua ihon ja hiusten hoitoon	0	0	0	0
Ei saa apua suun ja hampaiden hoitoon	0	0	0	0
Ei saa apua lääkitykseen / lääkkeiden ottoon	0	0	0	0
Ei saa apua yhteydenpitoon muihin ihmisiin	1	2	0	3
Ei saa apua harrastustoimintaan osallistumiseen	2	1	0	3



## Liitetaulukko 3.

Muistisairaiden asiakkaiden elämänlaadun (Qualid-mittari) yhteys asuinhuoneessa asuvien lukumäärään. Regressioanalyysi.

	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Malli 4
<b>Selittävä muuttuja</b>				
Huoneessa olevien lukumäärä				
1 vs. 2	<b>3,14</b> (0,84)			-2,01 (3,28)
1 vs. 3	1,76 (1,11)		<b>3,26</b> (0,85)	6,43 (3,53)
Avunsaanti		-0,05 (0,07)	1,83 (1,11)	-0,10 (0,09)
Yhdysvaikutus			-0,08 (0,07)	
1 vs 2				0,27 (0,17)
1 vs 3				-0,24 (0,18)

## Liitetaulukko 4.

Avun tarpeen ja saannin välinen suhde hoitotyön asiakirjojen mukaan.

Avun tarve	Avun tarpeen ja saannin välinen suhde (p-arvo)
Pukeutuminen ja riisuutuminen	1,000
Hampaiden ja suun hoito	0,750
Ihon ja hiusten hoito	
Varpaankynsien leikkaaminen	1,000
Liikkuminen sisätiloissa	1,000
Liikkuminen ulkona	0,750
Hengitys, sydän ja verenkierto	0,070
Lääkitys	0,063
Kaatumisen ennaltaehkäisy	0,688
Kivun hoito	0,250
Emotionaalinen tuki	0,076
Masennus	0,375
Hengellinen/uskonollinen toiminta	0,375
Virkistystoiminta	0,428
Yhteydenpito muihin ihmisiin	0,063

## Liitetaulukko 5.

Pitkäaikaishoitoon siirtymisajankohdan yhteys elämänlaatuun.

	Vuonna 2002 tai ennen	Vuosina 2003–2004	Vuosina 2005–2006	Anova p-arvo
	n=41	n=75–76	n=109–110	
<b>QoL-ullottuvuus</b>	keskiarvo (SD)	keskiarvo (SD)	keskiarvo (SD)	
Fyysinen	61,9 (14,2)	56,3 (14,5)	61,5 (16,2)	0,046
Psyykkinen	63,2 (9,2)	61,3 (10,8)	60,8 (12,8)	0,526
Sosiaalinen	65,4 (16,2)	67,8 (19,3)	73,1 (19,3)	0,041
Ympäristö	72,1 (14,6)	73,3 (14,6)	73,1 (15,2)	0,913
Kokonaiselämänlaatu	65,5 (9,4)	64,4 (10,7)	66,4 (11,9)	0,479

## Liitetaulukko 6.

## Havainnointimittariston vertailu.

		Cornell	Qualid	MMSE-arvo	RAVA-arvo
Cornell2	Pearson Correlation	1	,116(*)	-,118(*)	,104(*)
	Sig. (2-tailed)		,043	,022	,039
	N	609	303	375	393
Qualid2	Pearson Correlation	,116(*)	1	-,070	,162(**)
	Sig. (2-tailed)	,043		,303	,010
	N	303	343	221	255
MMSE-arvo	Pearson Correlation	-,118(*)	-,070	1	-,267(**)
	Sig. (2-tailed)	,022	,303		,000
	N	375	221	426	309
RAVA-arvo	Pearson Correlation	,104(*)	,162(**)	-,267(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,039	,010	,000	
	N	393	255	309	451

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Liitetaulukko 7.

Havainnoitujen vanhusten masentuneisuuden tarkastelu Cornell-mittarin arviointikohteiden perusteella. Faktorianalyysi: faktorilataukset, kommunaliteetit, faktorikorrelaatiot ja ala-asteikkojen reliabiliteetit. n= 75.

Arviointikohde	F1	F2	F3	F4	F5	h <sup>2</sup>
<b>Mieliala (<math>\alpha = 0.67</math>)</b>						
ahdistuneisuus	0.69	0.10	0.45	-0.51	-0.27	0.64
surullisuus	0.52	-0.07	0.64	-0.40	0.01	0.58
ei reagoi miellyttäviin tapahtumiin	0.21	0.09	0.26	0.24	-0.55	0.44
ärtyisyys	0.69	0.16	0.15	-0.08	-0.14	0.47
<b>Käyttäytyminen (<math>\alpha = 0.46</math>)</b>						
kiiihtyneisyys	0.78	-0.00	0.23	-0.30	-0.11	0.63
hidastuminen	0.02	0.37	-0.08	0.03	-0.36	0.24
runsaus valittaminen	0.37	0.15	0.39	-0.49	-0.49	0.54
mielenkiinnon katoaminen	0.14	0.98	-0.04	-0.12	-0.10	0.97
<b>Fyysiset oireet (<math>\alpha = 0.64</math>)</b>						
ruokahaluttomuus	0.39	0.19	0.33	-0.13	-0.57	0.45
lahtuminen	-0.01	0.16	0.15	-0.03	-0.64	0.43
jaksamattomuus	0.01	0.59	0.11	0.03	-0.47	0.48
<b>Säännöllisesti toistuvat ilmiöt (<math>\alpha = 0.69</math>)</b>						
mielialamuutokset	0.34	0.31	0.09	-0.15	-0.04	0.20
nukahtamisvaikeudet	0.16	0.05	0.36	-0.21	-0.15	0.15
unen aikana heräily	0.07	0.01	0.73	-0.24	-0.21	0.57
varhain herääminen	0.18	-0.05	0.75	-0.03	-0.18	0.59
<b>Vääristyneet mielikuvat (<math>\alpha = 0.78</math>)</b>						
itsetuhoajatukset	0.49	0.04	0.14	-0.53	-0.05	0.41
itsearvostuksen puute	0.32	0.16	0.50	-0.85	-0.09	0.82
pessimismi	0.68	0.25	0.33	-0.54	0.12	0.67
harhakuvitelmat	0.63	0.16	0.54	-0.39	-0.10	0.57
<b>Ominaisarvo</b>	<b>3.54</b>	<b>1.80</b>	<b>2.96</b>	<b>2.42</b>	<b>1.87</b>	
<b>Faktoreiden keskinäiset korrelaatiot</b>						
F2	0.14					
F3	0.29	-0.01				
F4	-0.32	-0.08	-0.27			
F5	-0.11	-0.23	-0.22	-0.02		

Cronbachin alfa-reliabiliteettikertoimen symbolina on  $\alpha$ . Kokonaisasteikon reliabiliteetti  $\alpha = 0.83$ .