



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

IKÄÄNTYNEIDEN OMIEN MIELIPITEIDEN ESILLETUOMINEN PALVELUN LAADUN KEHITTÄMISEKSI

Asiakaspalautejärjestelmä laadunhallinnan välineeksi
ikäntyneiden tehostetun palveluasumisen yksiköille

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosionomi (AMK)
Sosiaalipedagoginen aikuistyö
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Leena Korhonen
Minna Pekonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden
sosiologiikan osasto

KORHONEN LEENA & PEKONEN MINNA:

Ikääntyneiden omien mielipiteiden esilletuominen palvelujen laadun kehittämiseksi

Asiakaspalautejärjestelmä laadunhallinnan välineeksi ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen yksiköille

Sosiaalipedagogisen aikuistyön opinnäytetyö, 67 sivua, 15 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena on löytää asiakaspalaute menetelmä tai -väline, jolla peruspalvelukeskus Oivan tehostetun palveluasumisen yksiköt voivat kerätä asiakkailtaan, myös kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentyneiltä asiakkailta, konkreettista nykytilanteen mukaista arviointia asukkaiden kokemasta hoivan laadusta. Asiakaspalautteen keräämisen välineen tarve toimeksiantajalle lähti vanhuspalvelulain edellyttämästä omavalvonnan järjestämisestä.

Opinnäytetyömme tietoperustaa viitoitti uusi vanhuspalvelulaki, sekä sen pohjalta noussut ikääntyneiden elämänlaatu. Elämänlaadun käsitteiden moninaisuuden vuoksi rajasimme ja määrittelimme näkökulmaksi Eurooppalaisen Care Keys -projektin viitekehyksen, jonka mukaan hoivan laadulla voidaan vaikuttaa pitkäaikaishoivan asukkaan elämänlaatuun. Care Keys – tutkimuksessa elämänlaadun ulottuvuudet ovat fyysinen-, psyykkinen-, sosiaalinen- sekä ympäristöulottuvuus.

Työmme toiminnallisessa osiossa selvitimme palvelutalon asukkaiden ja vanhusneuvoston jäsenten toiveita asiakaspalautteen antamisen suhteen, laadimme kriteeristön elämänlaadun ulottuvuuksien pohjalta ja kartoitimme Suomessa käytössä olevia asiakaspalautejärjestelmiä. Kriteeristön perusteella valikoitui toimeksiantajalle esitettäväksi asiakasraati ja BIKVA- malli menetelmät, CLINT-IC ja ASCOT- lomakemittari, sekä QUALID- havainnointimenetelmä.

Esittelimestämme menetelmistä peruspalvelukeskus Oivan koti- ja asumispalvelujen päällikkö valitsi kaksi mittaria ja yhden menetelmän, jotka hän esitteli esimiesten välisessä palaverissa. Palaverin jälkeen saimme tiedon, että Oiva on halukas hyödyntämään CLINT-IC:tä ja QUALID:ia tehostetun palveluasumisen yksiköissään. Mittarit olivat toimeksiantajan mielestä hyviä ja ne soveltuvat heidän käyttöönsä. Löysimme toimeksiantajalle luomamme kriteeristön pohjalta soveltuvat työvälineet, joilla voidaan kehittää tehostetun palveluasumisen laatua. Mittareilla saaduilla tuloksilla kehittämisalueet voidaan kohdentaa vaikuttamaan asukkaiden elämänlaatuun.

Asiasanat: palveluasuminen, vanhuspalvelulaki, laatusuositus, palveluiden laatu, elämänlaatu, asiakaspalaute

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Social services

KORHONEN LEENA & PEKONEN MINNA: Elderly's own opinions introduction for developing of quality of services. Customer feedback system as a quality control for the units of intensified sheltered housing

Bachelor's Thesis in Social Pedagogy for work with adults 67 pages, 15 pages of appendices

Spring 2014

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to identify a method or tool of customer feedback for the intensified sheltered housing units of Peruspalvelukeskus Oiva, which would accurately reflect the perceived quality of care in the current situation. Our goal was to identify a method or tool that would also allow collecting feedback from the customers who are unable to express themselves.

Our bachelor's thesis is based on the new Senior Citizens' Services Act, which deals with the quality of life of the elderly. Additionally, we took into account sheltered housing, including the legislation which regulates this service, as well as its quality and the measurement of this quality.

Because the indicators for quality of life are so diverse, we decided to limit the indicators to those defined by the Care Keys project, which provides a theoretical framework for quality of life. The central themes of this framework are the most important for the quality of life of the elderly as a whole. These central themes comprise of physical, psychological, social, and environmental dimensions.

In the practical part, we surveyed elderly living in sheltered housing and two members of the council for the elderly about how they wished to give customer feedback. Afterwards we mapped out the criteria on the basis of existing customer feedback methods and surveyed feedback methods and means that are used in Finland. The chosen methods and means were Customer panel, BIKVA- model, CLINT-IC, ASCOT-indicator and perception-based QUALID. These methods were then introduced to the Home and housing service manager.

Out of those introduced methods, the Home and housing service manager chose the QUALID, CLINT-IC and BIKVA-models. These were then introduced in a meeting of managers, and we were informed that Oiva was willing to use the CLINT-IC and QUALID models in their sheltered housing units. The Home and housing service manager was of the opinion that those indicators were good and suit their needs. We surveyed suitable tools based on our criteria, which can be used to develop the quality of intensified sheltered housing.

Key words: sheltered housing, Senior Citizens' Services Act, quality recommendation, quality management, quality of life, customer feedback

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET	3
2.1	Toimeksiantajan esittely	3
2.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	4
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	8
3.1	Palveluasuminen ja sen toimintaympäristö	8
3.1.1	Palveluasumisen toteuttamista ohjaava lainsäädäntö	10
3.1.2	Palveluasumisen laatu ja sen mittaaminen	13
3.1.3	Asiakaslähtöisyys laatutyössä	17
3.2	Elämänlaatu	18
3.3	Elämänlaadun ulottuvuudet	20
3.3.1	Fyysinen ulottuvuus	21
3.3.2	Psyykinen ulottuvuus	22
3.3.3	Sosiaalinen ulottuvuus	24
3.3.4	Ympäristötekijät	26
4	OPINNÄYTETYÖN PROSESSINKUVAUS	28
4.1	Ikääntyneiden toiveiden kartoittaminen	30
4.1.1	Vanhusneuvoston jäsenten tapaaminen	31
4.1.2	Palveluasumisen asiakkaiden ryhmätapaaminen	33
4.2	Kriteeristön luominen mittareiden valinnan perusteeksi	36
4.3	Asiakaspalautemenetelmien ja -välineiden kartoittaminen ja esittely	40
4.3.1	CLINT-IC-mittari (lyhyt versio)	45
4.3.2	Havainnointi QUALID-mittarilla	47
4.3.3	Asiakasraati	50
4.3.4	ASCOT-mittari	52
4.3.5	BIKVA-malli	53
4.4	Mittareiden esittely toimeksiantajalle	55
5	POHDINTA	57
	LÄHTEET	60
	LIITTEET	68

Kun huolto pelaa,
niin minä olen ainakin
tyytyväinen

pitkäaikaishoivan asukas

1 JOHDANTO

Suomi on yksi maailman nopeimmin ikääntyvistä maista. Ikääntyneiden osuus väestöstä tulee tulevina vuosina kasvamaan voimakkaasti. Ikääntyneiden määrän ja osuuden kasvu luo merkittävän yhteiskuntapoliittisen haasteen julkisten kustannusten noustessa sosiaali- ja terveyspalveluiden menoissa vanhimpien ikäryhmien kohdalla. (Tilastokeskus 2009,1.)

Suomessa väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen muutokset ovat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin (34/2010) mukaan yhteiskunnallisen keskustelun keskeisiä teemoja. Väestöennusteessa arvelaan yli 65-vuotiaiden määrän olevan 26 % väestöstä vuonna 2030 ja erityisesti yli 80-vuotiaiden määrän ennustetaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä. Tämä asettaa haasteita erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiselle ja suunnittelemiselle, koska ne ovat avainasemassa myös kansantalouden kehityksen kannalta. Salosen (2007, 12) mukaan vanhusten palvelut ovat jatkuvan tarkastelun kohteena väestön suhteellisen ikääntymisen, kotona asumisen tukemisen, vanhuspalvelutarjonnan monipuolistumisen, vanhuuden tulevaisuuden odotusten sekä myös ikäihmisten poliittisen painoarvon kasvun takia. Noppari ja Koistinen (2005, 9) toteavat vanhustyöstä olevan kysyntää ja tarvetta väestön ikääntyessä. Vanhustyössä tullaan tarvitsemaan heidän mukaansa monipuolista osaamista ja siltä edellytetään laatua, asiakaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta. Hyvän ikääntymisen laatusuosituksessa (2013, 15) painotetaan yhteiskunnan tarvetta mukautua iäkkäämmän väestön tarpeisiin ikärakenteen muutoksessa. Erityisenä haasteena nähdään asennemuutokset. Yhteiskunnassa on ymmärrettävä, etteivät iäkkäät ihmiset ole yksi yhtenäinen ryhmä, vaan hyvin moninainen ja moninaisuuden kirjo tulee ottaa kaikessa toiminnassa huomioon. Iäkkäillä ihmisillä tulee olla mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omissa yhteisöissään.

Ikääntyneen väestön määrän voimakas kasvu tulevaisuudessa on luonut paineita saada aikaan yhteiskunnallisia uudistuksia. Tämä kehityssuunta on toiminut lähtökohtana myös uuden lain syntyyn. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan 1.7.2013. Lain tavoitteena on vahvistaa ikääntyneiden asemaa ja edistää heidän hyvinvointiaan. Lailla pyritään tukemaan iäkkäiden osallisuutta ja voimavaroja, lisäämään heidän vaikutusmahdollisuuksiaan oman palvelunsa suunnitteluun,

toteutukseen ja kehittämiseen, sekä turvata iäkkäille määrältään ja laadultaan riittävät palvelut. Laissa säädetään pitkäaikaisen huolenpidon toteuttamista ohjaavista periaatteista, palveluiden riittävyyden ja laadun arvioinnista sekä omavalvonnan järjestämisestä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 1, 6, 14, 23 §.)

Laadunhallinnan ja palvelutoiminnan kehittämisen tärkein väline on toimiva omavalvonta, joka on osa laadunhallintajärjestelmää. Sosiaalihuoltoa järjestävän tai tuottavan organisaation on täytettävä laissa säädetyt toimintaperiaatteet ja -velvoitteet, joiden toteutumista on seurattava ja valvottava omia toimintaedellytyksiään arvioimalla. Omavalvonta on ennakkovalvontaa, joka ehkäisee valvontaviranomaisten tarvetta puuttua toimintayksiköiden toimintaan jälkikäteisen valvonnan ja velvoitteiden keinoin. Sen tarkoitus on varmistaa hyvän sosiaalihuollon toimintaperiaatteiden toteutuminen. Omavalvonta on organisaation laadunhallintajärjestelmässä jatkuva prosessi, jolla havaitaan toiminnan epäkohtia ja jonka avulla niihin voidaan myös puuttua ilman viiveitä. (Valvira 2012.) Laadunhallinnassa on kysymys laadun seuraamisesta, kehittämisestä ja myös sen varmistamisesta arvioinnin avulla. Laadunhallinnan painopisteenä tulisi olla asiakaslähtöisyys ja sen pitäisi sisältyä jokapäiväiseen arjen elämään. Laadunhallinnan tavoitteena on varmistaa, että asiakas on tyytyväinen ja kokee saaneensa inhimillistä, tarpeisiinsa vastaavaa hoitoa ja palvelua. (Aejmelaesus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 368.)

Tämän opinnäytetyön tarve on lähtenyt vanhuspalvelulain velvoitteesta omavalvonnan järjestämiseksi ja siinä toteutettavasta asiakkaiden palautteen keräämisestä palvelun laadun arvioimiseksi. Opinnäytetyömme tarkoitus on löytää ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen yksiköille asiakaspalautteen keräämisen väline. Asiakaspalautteen avulla yksiköt voivat kehittää toimintaansa asiakaslähtöisemmäksi ja parantaa palveluidensa laatua. Pyrimme opinnäytetyössämme tuomaan esille näkemyksiä ikääntyneiden elämänlaadun eri tekijöistä. Haluamme herättää ajattelemaan, kuinka tärkeää hoivapalveluissa on kunnioittaa ikääntyneiden omia toiveita ja tukea heidän omaa toimintakykyään, jotta he voivat elää arvokasta elämänsä hyvää lopputaivalta.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITTEET

Tätä opinnäytetyötä voidaan kutsua toiminnalliseksi opinnäytetyöksi, koska siinä yhdistyvät toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi. Vilkan ja Airaksisen (2003, 9) mukaan toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja sen tarkoitus on kehittää sekä järkeistää toimintaa. Toikko ja Rantanen (2009, 16, 156) toteavat, että kehittämistoiminnassa tavoitteena on jonkin tuotteen, palvelun tai organisaation kehittäminen. Kehittäminen tähtää muutokseen, sillä tavoitellaan jotakin parempaa tai tehokkaampaa. Kehittäminen on luonteeltaan ennen kaikkea käytännöllistä asioiden korjaamista, parantamista ja edistämistä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähtökohtana on jokin käytännön tarve tai ongelma, jota lähdetään ratkaisemaan tavoitteena tuottaa ammatillisessa kentässä tapahtuvaa käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, järjestämistä tai järkeistämistä (Airaksinen 2009). Opinnäytetyön tulee olla käytännönläheinen, sekä tutkimuksellisella asenteella toteutettu. Siinä tulee osoittaa riittävä alan tietojen ja taitojen hallintaa. Tavoitteena voi olla työyhteisöjen käytäntöjen kehittäminen tai kokonaan uusien käytäntöjen suunnittelu, sen avulla voidaan tuottaa uusia toimintatapoja työyhteisöjen käyttöön. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kaksi osiota, toiminnallisen osuuden eli produktion ja opinnäytetyön raportoinnin. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden tulee perustua teoriaan, mikä tarkoittaa, että raportissa on oltava myös teoreettinen viitekehys. Toteutustapa on omien resurssien ja toimeksiantajan toiveiden, kohderyhmän tarpeiden sekä ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä koskevien vaatimusten yhdistelmä. (Vilka ja Airaksinen (2003, 53, 55, 56.)

2.1 Toimeksiantajan esittely

Toimeksiantajamme Peruspalvelukeskus Oivan koti- ja asumispalveluiden yksikkö kuuluu Hollolan kunnan organisaatioon, joka tuottaa Asikkalan, Padasjoen, Kärkölan, Hämeenkosken ja Hollolan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelut. Kunnat muodostavat yhdessä läntisen perusturvapiirin, jolla yhteistä väestöä on noin 40 000 asukasta. Kunnat muodostivat yhteisen Peruspalvelukeskus Oivan, joka toimi vuosina 2007 - 2013 kunnallisena

liikelaitoksena ja 1.1.2014 alkaen Hollolan kunnan taseyksikkönä.

(Peruspalvelukeskus Oiva 2011a.)

Oiva tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut joko omana toimintana tai ostopalveluina. Tavoitteena on vahvistaa perustason toimintoja ja muokata palvelurakennetta avopainotteiseen suuntaan, huomioiden asiakkaiden tarpeet ja lainsäädännön velvoitteet. Toiminnan lähtökohtana on ennaltaehkäisy, toimivat oikea-aikaiset palveluketjut sekä kokonaistaloudellisuus kuntien taloudellisten voimavarojen puitteissa. (Peruspalvelukeskus Oiva 2011a.)

Vanhusten palveluista vastaa peruspalvelukeskus Oivassa koti- ja asumispalvelujen tulosalue. Tulosalue on jaettu kahteen tulosityksikköön; kotiin annettavien palvelujen tulosityksikköön ja asumispalvelujen tulosityksikköön, johon kuuluvat palveluasuminen ja laitoshoido. Koti- ja asumispalveluiden tulosalueen toiminta-ajatuksena on turvata vanhusten kotona asumisen mahdollisimman pitkään järjestämällä tarkoituksenmukaiset tuki- ja kotihoitopalvelut.

Asumispalveluiden tulosityksikkö toteuttaa laadukasta, tuettua ja tehostettua palveluasumista, vanhainkotihoitoa sekä dementiahoitoa. Asumispalveluissa on noin 450 asiakasta. Lähtökohtana hoivassa ja huolenpidossa ovat vanhusten tarpeet ja omatoimisuuden säilyminen kuntouttavaa työtettä toteuttaen.

Perustehtävä on tuottaa ja järjestää hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa heikentyneeseen toimintakykyyn. Toimintaa määrittävät koti- ja asumispalvelujen arvot ja kriteerit sekä käytettävissä olevat resurssit. Toimintaa ohjaavat arvot ovat: eettisyys, asiakaslähtöisyys, ammatillisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus ja taloudellisuus.

(Peruspalvelukeskus Oiva 2011b.)

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme lähtökohtana on Oivan asumispalveluiden tarve luoda uusi asiakaspalautejärjestelmä tehostetun palveluasumisen yksiköille osaksi omavalvontaansa. Asumispalveluiden yksiköillä on nykyisellään käytössään Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalouden toimijoiden yhtenäinen asiakaspalautejärjestelmä. Käytännössä se tarkoittaa Oivan sivuilla olevaa sähköistä linkkiä, jonne asiakaspalautetta voi antaa. Asiakaspalautejärjestelmä ei

kuitenkaan toimi tehokkaasti kehittämisen ja laadunhallinnan välineenä, koska palautetta ei juurikaan saada ja lisäksi kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentyneiden on hankala käyttää järjestelmää palautteen antamiseen.

Tehostetun palveluasumisen yksiköiden asiakaspalautejärjestelmä on uudistettava vastaamaan paremmin myös vanhuspalvelulain mukaisia vaatimuksia. (Rautsiala 2013.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on löytää palautemenetelmä tai -väline, jolla Oivan tehostetun palveluasumisen yksiköt voivat kerätä asiakaspalautetta asiakkailtaan, myös sellaisilta asiakkailta, jotka eivät pysty ilmaisemaan itseään.

Palautejärjestelmän tavoitteena on tuottaa konkreettinen nykytilanteen mukainen arvio asukkaiden kokemasta hoivan laadusta. Palautejärjestelmän avulla tehostetun palveluasumisen yksiköt saavat ikääntyneiden oman näkemyksen kehittämistarpeista eri osa-alueilla. Opinnäytetyöllämme haluamme myös liittää laatuajattelun osaksi jokapäiväisessä työskentelyssä toimintayksiköissä.

Asiakaspalautteista saatujen tietojen avulla tehostetun palveluasumisen toimintayksiköt pystyvät kehittämään toimintaansa myös asiakaslähtöisemmäksi ja parantamaan palveluidensa laatua asiakasnäkökulman huomioiden.

Asiakaspalautteella saadaan tietoa palvelun nykytilasta ja kehittämistarpeista, sekä vahvistetaan iäkkäiden asiakkaiden osallisuutta.

Tavoitteena meillä on haastatella tehostetun palveluasumisen asiakkaita ja laatia kriteeristö pitkäaikaishoivan toivotusta laatutasosta, sekä kartoittaa käytössä olevia asiakaspalautejärjestelmiä ja toteuttaa mittareiden esittely toimeksiantajalle. Haastattelujen tarkoituksena on selvittää, miten pitkäaikaishoivan asiakkaat itse haluaisivat antaa palautetta ja mitä asioita heidän mielestään asiakaspalautteen kysymyksiin pitäisi sisältyä. Selvittämällä heidän toiveitaan voimme osallistaa heidät omaa palveluaan koskevaan kehittämiseen. Haastatteluissa esiin nousseet toiveet tulevat olemaan meille suuntaa-antavia ja tulemme huomioimaan ne kriteeristöämme laatiessa ja soveltuvien asiakaspalautejärjestelmien kartoittamisessa.

Toinen asettamamme tavoite on laatia kriteeristö, josta ilmenee kaikki ne tekijät mitä mittarilla tulisi mitata, eli tekijät, jotka ilmaisevat toivotun hoivan laadun. Tarkoituksenamme on luoda kriteeristö teoreettisen viitekehiksemme ja iäkkäiden selvityksessä esiinnousseiden toiveiden pohjalta. Kriteeristöemme tarkoituksena on toimia perusteena tarkastellessamme eri mittareiden soveltuvuutta pitkäaikaishoivan toimintaympäristöön ja valitessamme kartoittamistamme asiakaspalautejärjestelmistä soveltuvimmat vaihtoehdot. Tulemme peilaamaan kartoittamiamme mittareita kriteeristöömme ja päättämään sen perusteella mitkä mittarit tulemme esittelemään toimeksiantajallemme.

Kolmas tavoitteemme on toimeksiantajamme toiveen mukaisesti tehdä kartoitus Suomessa käytössä olevista asiakaspalautejärjestelmistä ja tarkastella niiden soveltuvuutta ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen piirissä olevien asukkaiden palautteen antamiseen hoivan laadusta. Kartoituksessa tarkoituksenamme on perehtyä eri välineisiin ja menetelmiin, joilla voidaan kerätä palautetta kaikilta pitkäaikaishoivan asiakkailta, myös sellaisilta joiden kognitiivinen taso on heikentynyt. Kartoituksen päämääränä on löytää luomamme kriteeristön perusteella mittareita, joilla voidaan selvittää pitkäaikaishoivan asukkaiden arvioita hoivan laadusta. Tarkoituksenamme on löytää mittari, jolla pystytään nykyistä käytössä olevaa asiakaspalautejärjestelmää tehokkaammin keräämään palautetta asiakkailta ja jonka avulla toimintaa pystytään kehittämään laadukkaammaksi.

Tarkoituksenamme on esitellä toimeksiantajallemme eri vaihtoehtoja kartoittamistamme mittareista, jotka olemme kriteeristöemme perusteella valikoineet. Esittelyssä tulemme kuvaamaan mittareiden ominaisuuksia ja käyttöä, sekä tarkastelemaan niiden soveltuvuutta heidän toimintaympäristöönsä ja kuvaamaan miten käytännössä mittausta voidaan toteuttaa. Esittelyn jälkeen toimeksiantajalla on mahdollisuus valita vaihtoehdoista soveltuva mittari ja päättää mittarin käyttöönotosta.

Kehittämistyömme tavoitteena on järjeistää nykyistä käytössä olevaa asiakaspalautejärjestelmää. Nykyisessä järjestelmässä on käytännön ongelmia, joiden ratkaisemiseksi tarvitaan uusi asiakaspalautteen keräämisväline ja tapa,

jolla palautetta asiakkailta kerätään. Kehittämistyö toteutetaan selvittämällä ikääntyneiden omia toiveita asiakaspalautejärjestelmän suhteen ja laatimalla kriteeristö niistä tekijöistä, mitä uudella asiakaspalautemittarilla tulee mitata, sekä tarkastelemalla käytössä olevien mittareiden soveltuvuutta ja valikoimalla niistä kriteeristömme perusteella mittarit, jotka esittelemme toimeksiantajallemme.

3 TEOREETTINEN VIIITEKEHYS

Teoreettista näkökulmaamme viitoittaa vanhuspalvelulain asettamat velvoitteet pitkäaikaishoivan järjestämiselle sekä ikääntyneiden hyvän palvelun laatusuositus. Ne ohjaavat työmme tietoperustaa ja siitä rakentuvaa viitekehystä. Esittelemme teoriaosuudessamme palveluasumisen, sen toimintaympäristön sekä avaamme tehostetun palveluasumisen käsitteen. Seuraavaksi käsittelemme palveluasumisen toteuttamista ohjaavaa lainsäädäntöä. Kerromme mitä laatutyö tarkoittaa pitkäaikaishoivassa ja miten sitä voidaan mitata, sekä kuvaamme mitä asiakaslähtöisyys tarkoittaa laatutyössä. Lopuksi avaamme elämänlaatu -käsitteen ja kerromme mistä ikääntyneen elämänlaatu muodostuu pitkäaikaishoivassa. Tietoperustamme pohjautuu lain ja suosituksen lisäksi aikaisempaan tietoon ja tutkimukseen, sekä kirjallisuuteen.

3.1 Palveluasuminen ja sen toimintaympäristö

Vanhusten palveluasumisen kehittämissuunnitelman (2004, 6–7) mukaan palveluasuminen on kunnassa lakisääteisesti järjestettävää sosiaalipalvelua, johon kuuluu asiakkaan omassa hallinnassa oleva vuokra-asunto, sekä asumiseen liittyvät asukkaan jokapäiväiselle suoriutumiseksi välittömät peruspalvelut, kuten ateriapalvelu, siivousapu, hygieniapalvelu, sekä asiointi. Andersson (2007, 9) toteaa, että tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuollon sanaston mukaan palveluasumista, jossa asukkailla on välitön avunsaannin mahdollisuus kaikkina vuorokauden aikana.

Kansaneläkelaitos määrittelee Anderssonin (2007, 9) mukaan palveluasumisen yksiköt avohuollon yksiköiksi. Sosiaalihuoltolain asetuksessa (1241/2001) todetaan, että tukipalveluista laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään annettavat palvelut ja jonka mukaan määräytyvät palvelumaksut. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982.) Avohoidolle on tunnusomaista, että henkilö voi itse vaikuttaa palveluiden ja asumisen järjestämiseksi, mutta sitä voidaan järjestää myös henkilöille, jotka eivät vammansa tai sairautensa vuoksi pysty itse osallistumaan itseään tai hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sosiaalihuoltolain asetus 1241/2002).

Tehostetussa palveluasumisessa asukas saa myös sairaanhoidollisia palveluita, mutta päivittäisiä lääkärinkäyntejä ei laitoshoidon tapaan ole. Tehostetussa palveluasumisessa pyritään siihen, että ikääntynyt voi asua samassa paikassa elämänsä loppuun asti siellä annattavan mahdollisen saattohoidon turvin. (Syrjä 2010, 55.) Jokaisella asukkaalla tulee olla oma huone, jonka yhteydessä on suihku ja wc. Kodinomaisuutta asumiseen luodaan omilla kalusteilla ja tavanomaisilla arkisilla toiminnoilla, joissa hoitohenkilökunta auttaa tarvittaessa. Ympäristön tulee olla esteetön, viihtyisä ja turvallinen, mikä tukee kuntouttavaa hoitotapaa ja antaa ikääntyneelle mahdollisuuden elää mielekästä elämää saattohoitovaiheeseen asti. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 41–42.)

Seija Loppi (2006, 22–24) kuvailee pro gradu -tutkielmassaan palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista. Palveluasuminen on koko ajan laajeneva vanhuspalvelujen muoto. Se on kotihoidon ja laitoshoidon väliin asettuva palvelumuoto. Palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka eivät kykene enää asumaan kotipalvelujen turvin kotonaan. Loppi kirjoittaa, että sekä kunnat että monet yleishyödylliset yhteisöt voivat tuottaa palveluasumista ja se onkin muodostunut yhdeksi keskeisimmistä huonokuntoisten ikäihmisten tarvitsemien palvelujen järjestämistavaksi. Valtakunnallisten strategioiden mukaan palveluasumista tullaankin lisäämään ja suuntaamaan entistä heikompikuntoisille ikäihmisille.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa (Syrjä 2010, 19, 21) todetaan palveluasumisen olevan voimakkaasti kasvava vanhuspalvelujen muoto, koska kunnat pyrkivät vähentämään vanhainkodeissa ja terveyskeskuksien vuodeosastoilla annetun hoidon osuutta. Raportissa todetaan myös, että sosiaalihuollon laitos- ja asumispalveluiden asiakasmäärä on noussut noin 26 prosenttia 2000-luvulla ja tehostetun palveluasumisen osuus siitä on jatkuvasti kasvanut, sen osuus yhteenlasketusta osuudesta oli lähes puolet (47 prosenttia) jo vuoden 2008 lopussa. Vuoden 2012 lopussa ikääntyneiden ympärivuorokautisen eli tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä nousi lähes 5 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Asiakkaita oli 32 257 ja heidän keski-ikänsä oli 83.5 vuotta. Naisten osuus asiakasmäärästä oli peräti 71.7 prosenttia. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 26/2013, 1-2.)

Loppi (2006, 24) toteaa, että tehostettua palveluasumista järjestetään ensisijaisesti muistihäiriöisille tai huonokuntoisille ikäihmisille. Stakesin täydentyvän palvelutalojen RAI-tietokannan (2008) mukaan palvelutalojen asiakkaista 60 - 80 prosentilla on alentunut kognitiivinen toimintakyky, yhdellä tai kahdella kolmesta asukkaasta kognitiovaje on lievä ja vähintään joka kolmannella asukkaalla vaikea. (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä-Leinonen & Andersson 2008, 127.)

Lopin (2006, 23–24) mukaan palveluasumisessa on tavoitteena, että heikkokuntoiset, säännöllistä apua ja tukea tarvitsevat ikäihmiset pystyisivät asumaan itsenäisesti. On tärkeää, että asukkaat saavat säilyttää oman elämäntyylinsä sekä itsemääräämisoikeutensa mahdollisimman pitkään. Palveluasumisessa korostetaan ikääntyneen ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä elämänlaadun merkitystä terveyden heikentyessä. Tehostetun palveluasumisen tavoitteena on, että asuminen olisi turvallista ja mahdollisimman omatoimista. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (2008, 41) painotetaan, että vaikka vanhuksen toimintakyvyssä on rajoituksia, on hän silti täysivaltainen ihminen, jonka itsemääräämisoikeus, osallisuus ja yksityisyys on turvattava tehostetussa palveluasumisessakin.

3.1.1 Palveluasumisen toteuttamista ohjaava lainsäädäntö

Aejmelaeuksen ym. (2008, 354) mukaan vanhuspolitiikan perustana ovat arvot ja yhteiskunnassa vallitsevat käsitykset vanhuudesta ja ikääntyneiden tarpeista. Suomessa vanhuspolitiikka noudattaa YK:n yleiskokouksen vuonna 1991 hyväksymiä periaatteita. Yleiset tavoitteet ja perusarvot koskevat itsenäisyyttä, osallistumismahdollisuuksia, hoidon ja hoivan turvaamista sekä itsensä toteuttamismahdollisuuksia ja oikeutta arvokkuuteen. Yleisenä tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia, kykyä selviytyä mahdollisimman itsenäisesti sekä hyvän hoidon turvaaminen. Perusarvoja vanhuspolitiikassa ovat tasa-arvoisuus, itsemääräämisoikeus ja taloudellinen itsenäisyys, turvallisuus sekä sosiaalinen yhteisyys. Julkisen vallan velvoite edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta pohjautuu perustuslakiin, jonka mukaan jokaisella on oikeus välittömään huolenpitoon ja toimeentuloon (Eskola 2014).

Suomen perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Laissa määritellään jokaiselle kansalaiselle oikeus arvokkaaseen ja turvalliseen vanhuuteen.

Keskeiset palveluasumisen toteuttamista ohjaavat lait ovat sosiaalihuoltolaki, vammaispalvelulaki, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä vanhuspalvelulaki. Sosiaalihuoltolain 23 §:n mukaan asumispalveluita on annettava henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Lain 27 §:ssä todetaan, että kunta voi perustaa, hankkia tai muuten varata paikallista tarvetta vastaavan määrän palvelu- tai tukiasuntoja. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982.) Vammaispalvelulain 8 §:n mukaan kunnan on järjestettävä vaikeavammaiselle henkilölle palveluasunto, jos henkilö vammansa tai sairautensa johdosta välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987).

Lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tavoitteena on edistää toiminnan asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Asiakkaan ihmisarvoa ei saa loukata ja hänen yksityisyyttään sekä vakaumustaan tulee kunnioittaa. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on huomioitava asiakkaan mielipide, toivomukset, etu sekä hänen yksilölliset tarpeensa huomioiden myös hänen äidinkieltensä ja kulttuuritaustansa. Sosiaalihuollon henkilöstöllä on velvollisuus selvittää ymmärrettävästi asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset hänen asiassaan. Sosiaalihuollon toteuttamiseksi on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jos kyse ei ole tilapäisestä neuvonnasta tai ohjauksesta. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palveluidensa suunnitteluun ja toteutukseen. Jos asiakas on estynyt itse tuomaan toiveitaan esille, on henkilökunnan selvitettävä asiakkaan tahtoa yhteistyössä hänen laillisen edustajansa tai hänen omaistensa sekä läheistensä kanssa. Sosiaalihuollon asiakasta koskevat asiakirjat ovat salassa pidettäviä, eikä niitä saa näyttää tai luovuttaa sivullisille. Henkilöstö on vaitiolovelvollinen kaikista asiakkaaseen

liittyvistä asioista ja tietoja asiakkaasta voidaan antaa vain asiakkaan tai hänen edustajansa suostumuksella. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 1§, 4§, 5§, 7§, 8§, 9§, 10§, 14§, 15§, 16§.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli vanhuspalvelulaki täydentää muuta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä, mutta se painottuu sosiaalihuoltoon. Uudella lailla pyritään parantamaan muun muassa ikääntyneiden mahdollisuutta osallistua tarvitsemiensa palveluiden kehittämiseen ja mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita. Laissa säädetään ikääntyneille henkilöille järjestettävien palveluiden laadun varmistamisesta. Laki edellyttää vanhustyön yksiköiden toiminnan ja palveluiden kehittämistä ikääntyneiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään säännöllisesti saadun palautteen perusteella. Vanhuspalvelulain keskeistä sisältöä ovat säädökset ikääntyneen väestön tukemisesta, palvelutoimintaa ohjaavista periaatteista sekä palvelutarpeiden selvittämisestä ja suunnitelmasta. Laissa säädetään lisäksi ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tukemisesta, riittävästä ja asiantuntevasta henkilöstöstä, vastuutyöntekijästä, toimitiloista, johtamisesta sekä omavalvonnasta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 1, 2, 5, 6, 19 §.)

Omavalvonta tulee järjestää uuden lain mukaan palvelun laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Omavalvontaa varten on toimintayksiköiden laadittava omavalvontasuunnitelma ja seurattava sen toteutumista.

Toimintayksiköiden on kehitettävä palveluita toimintayksikön palveluita saavilta iäkkäiltä henkilöiltä, heidän läheisiltään ja henkilökunnalta kerättävän palautteen perusteella. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 23§.) Omavalvontaa on toteutettava vanhuspalvelulain mukaan 1.1.2015 alkaen (Sosiaali- ja terveysministeriö 137/ 2013).

Uudessa vanhuspalvelulaissa linjataan myös pitkäaikaishoidon ja huolenpidon toteuttamista ohjaavat periaatteet, jotka toimivat keskeisenä työvälineenä pitkäaikaishoivan toiminnan kehittämisessä. Laissa todetaan, että sosiaali- ja

terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Hänen tulee voida ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä ylläpitävään ja edistävään toimintaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 14 §.)

Laissa säädetään, että iäkkäille suunnattujen palveluiden on oltava laadukkaita ja niillä pitää turvata iäkkäälle hyvä hoito ja huolenpito. Iäkkäille aviopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä niin halutessaan. Toimintayksiköissä on oltava riittävä ja osaava henkilöstö. Toimintayksikön johdon on tuettava kuntouttavan työotteen edistämistä, yhteistyötä ja toimintatapojen kehittämistä. Toimintayksiköiden toimitiloja on kehitettävä niin, että ne ovat turvalliset, esteettömät, riittävät kodikkaat ja olosuhteiltaan sopivat. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 14, 19, 20, 21, 22 §.)

3.1.2 Palveluasumisen laatu ja sen mittaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto ovat antaneet 17.7.2013 suosituksen iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille. Valtakunnallisen laatusuosituksen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain toimeenpanoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 137/2013.)

Laatusuositus antaa suosituksia vanhusten hoidon laadulle, ympäristölle ja henkilöstön koulutustarpeisiin. Laatusuosituksessa painotetaan erityisesti iäkkäiden osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Sen tavoitteita ovat kannustaa ikääntyneitä osallistumaan ja vaikuttamaan sekä kehittämään palveluita.

Keskeisiä kehittämistyön tavoitteita ovat parantaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja laatua sekä edistää laadun järjestelmällistä arviointia. Laatusuositus korostaa iäkkäiden osallisuuden vahvistamista aidolla yhdessä tekemisellä niin, että

kaikessa kehittämisessä ja päätöksenteossa kuuluu ikääntyneiden oma ääni. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 10.)

Räsänen (2011, 84) mukaan hyvä hoiva lähtee yksilön tarpeista ja hänen oikeudestaan hyvään elämänlaatuun, niin terveiden kuin dementoituneidenkin kohdalla. Laatusuosituksen perustan laadukkaalle hoidolle antaa asukkaan voimavarojen, kykyjen ja taitojen huomioiminen kokonaisvaltaisesti hoivatilanteissa sekä hoitoa ja elämää tukevissa tukitoimissa. Lisäksi asukkaiden elämän laadullisuutta nostaa ikääntyneen yksilöllisen elämänrytmin huomioiminen. Tärkeää on samalla täyttää myös ympäristö- ja henkilöstövaatimukset. Suositus korostaa laadukkaan palvelun olevan turvallista, asiakaslähtöistä ja hyvin suunniteltua. Se tukee asiakkaan toimintakykyä ja terveydentilaa sekä takaa myös elämän loppuvaiheen turvan ja hoivan. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 10, 65–66.)

Laatusuosituksessa (2013, 10) todetaan ikääntyneiden ihmisten palveluiden laadun tarkoittavan palvelun kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palveluntarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaisesti ja kustannustehokkaasti. Laadukkaalla palvelulla ylläpidetään tai parannetaan ikääntyneen asiakkaan toimintakykyä ja lisätään terveyshyötyä, sekä turvataan oireiden mukainen hoito elämän loppuvaiheessa. Hyvänlaatuinen palvelu ikääntyneiden palveluissa on vaikuttavaa ja turvallista, asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa, sekä hyvin koordinoitua. Ikääntyneiden laadukkaan hoivan ja palveluiden turvaamiseksi on tärkeää tunnistaa heidän erityispiirteensä, johon tarvitaan erityisesti gerontologisen osaamisen varmistamista ja tarpeellisia vuorovaikutustaitoja (Aejmelaeus ym. 2007, 370).

Laineen (2005, 25, 33) mukaan laatu käsitteenä on hyvin moniulotteinen, eikä sen määrittäminen tai mittaaminen hoivapalveluissa ole helppoa. Laadulle ei ole olemassa objektiivista mittaria, koska kriteerit riippuvat aina siitä kenen näkökulmasta laatua tarkastellaan. Koska eri tahojen määritelmät ja kokemukset laadusta saattavat vaihdella hyvinkin paljon, on siksi valittava näkökulma, jolla laatua tarkastellaan ja valittava sen mukaan sopiva mittari. Ammatillisen laatutyön

näkökulmasta arvioidaan saavatko asiakkaat tarvitsemaansa hoitoa ja palveluita, sekä onko henkilökunnalla riittävä osaaminen ja pystyvätkö he tyydyttämään asiakkaiden tarpeet oikealla tavalla. Palvelun järjestäjän näkökulmasta toiminnan laatua arvioidessa oleellista on palvelutuotantoa rajoittavien ja ohjaavien säädöksiin huomioiminen, sekä asiakkaiden tarpeisiin mahdollisimman optimaalisten voimavarojen avulla vastaaminen. Asiakas arvioi laatua henkilökohtaisen kokemuksen kautta ja sen mukaan kuinka hyvin hänen tarpeisiinsa vastataan.

Lamminniemen ja Nurmisen (2008, 12) mukaan asiakkaiden omat kokemukset heidän elämänlaadustaan ovat tärkeässä asemassa pitkäaikaisen hoidon ja hoivan kehittämisessä laadukkaaksi ja ikääntyneiden tarpeita vastaavaksi.

Pitkäaikaishoidon laadun mittaamisella saadaan Vaaraman ja Ollilan (2008, 28) mukaan näkökulma asiakkaan elämänlaadun arviointiin. Käytetyllä mittarilla tulee olla kyky tunnistaa asiakkaan arvio hoivayksikön olosuhteista, käytettävistä hoivamenetelmistä, hoivan periaatteista ja eettisyydestä, sekä niiden toteutumisesta ja laadusta. Oleellista tietoa, jota tarvitaan laadun seurannassa, saadaan arvioimalla hoivayksikön vuorovaikutuksen tilaa ja ihmissuhteita, sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä, sekä asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Ikääntyneiden hoidon palvelun laatu ilmeneekin kaikissa arkipäivän kohtaamisissa ja vuorovaikutustilanteissa (Aejmelaeus ym. 2007, 366).

Eurooppalaisen Care Keys -projektin viitekehyksen mukaan palveluasumisen hoivan ja palvelun laadulla voidaan vaikuttaa asukkaan kokemaan subjektiiviseen elämänlaatuun. Euroopan Unionin tukema projekti toteutettiin vuosina 2003 – 2006 ja siihen osallistui viisi eri maata; Suomi, Viro, Saksa, Ruotsi ja Iso-Britannia. Suomesta projektiin osallistuivat Stakes ja Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Projektilla haluttiin saada tietoa siitä, mitkä asiat määrittävät hoidosta ja palvelusta riippuvaa elämänlaatua (care-related quality of life) vanhuudessa, miten hoito edistää ja tukee ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatua ja miten hoito tulee järjestää laadukkaaksi ja tehokkaaksi hoidon aikaansaamiseksi. (Vaarama, Pieper, Frommelt, Muurinen, Sixsmith, Hammond & Ljunggren 2008, 10.) Projektissa tutkittiin sosiaali- ja terveystalouden sisältöä, tuloksellisuutta ja merkitystä

ikäntyneiden hyvinvoinnin ja elämänlaadun tuottamisessa asiakkaan, ammatillisen ja johtamisen laadun näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa lähestymistapoja, malleja ja indikaattoreita palvelun laadun, vaikuttavuuden ja resurssien käytön tehokkuuden arviointiin tutkimuksessa ja käytännön työssä. (Muurinen, Vaarama, Haapaniemi, Mukkila, Hertto & Luoma 2006, 2.)

Care keys -projektin mukaan elämänlaatu on sidoksissa hoivan laatuun. Palveluasumisen hoivan ja palvelujen tulee olla kokonaisvaltaisia, koska niiden avulla vaikutetaan ikääntyneiden elämänlaatuun. Asukkaan kokemaa elämänlaatua, joka on palveluasumisen hoivan ydin, voidaan tarkastella hoivan neljän ulottuvuuden kautta. Hoivan neljä ulottuvuutta ovat (Vaarama ym. 2008, 106–108.)

1. **Asukkaan toimintakyvyn ja itsenäisyyden säilyttäminen** (care as sustaining functional competence and autonomy). Tämän näkökulman mukaan henkilön kuntoutus tai kyvykkyyden säilyttäminen, kyvykkyys itsehoitoon sekä itsenäisyys ovat etualalla. Hoiva keskittyy henkilön omien kykyjen tukemiseen, mutta se parantaa myös henkilön mahdollisuuksia itsenäiseen toimimiseen, kuten hoitopäätöksien tekemiseen ja uusien selviytymiskeinojen oppimiseen. Hoitosuhdetta tarkasteltaessa asiakkaan täytyy hyväksyä oma vastuunsa hoidon yhteisessä tuottamisessa, ja hoitajan tulee pidättäytyä tukemasta asiakasta ”opittuun avuttomuuteen” sekä heikentämästä kuntoutusta ylikohdentamalla palveluita. (Vaarama ym. 2008, 106.)
2. **Asukkaan hyvän olon ja tunne-elämän tukeminen** (care as supporting emotional and existential well-being). Tämä näkökulma korostaa asukkaan tuen tarvetta, jotka liittyvät hänen henkilökohtaisen tunne-elämän tasapainon ja eheyden tunteen säilyttämiseen. Hoitajien tehtävänä on tukea asukasta elämäntilanteen muutoksessa. (Vaarama ym. 2008, 106.)
3. **Asukkaan sosiaalisen identiteetin ja sosiaalisten yhteyksien ja osallistumisen tukeminen** (care as supporting social identity, social relations and social participation). Tämän näkökulman mukaan hoivasuhde

itsessään nähdään tärkeänä hoivan näkökulmana, koska asukkaalla ei välttämättä ole muita sosiaalisia suhteita jäljellä. Hoivasuhde toimii asukkaalle tunne-elämän tukena, erityisesti kun asukas joutuu tukeutumaan yhä enemmän hoitajiin. Asukkaalle on tärkeää saada kuulua johonkin yhteisöön sekä ilmaista itseään yhteisön muille jäsenille. Asukkaan hoivassa korostuu sosiaalisten yhteyksien ja osallistumisen tukeminen, jotka auttavat asukasta säilyttämään oman sosiaalisen identiteettinsä. (Vaarama ym. 2008, 106.)

- 4. Asiakslähtöisten palvelujen tuottaminen** (care as service). Tässä näkökulmassa asiakas nähdään hoivan asiakkaana, jonka tulee saada hyvää palvelua ja joka voi tehdä valintoja eri vaihtoehtojen väliltä. Palvelu on asiakslähtöistä ja palveluiden tuottaminen sisältää asukkaan tarpeen mukaiset palvelut. Palvelut ja tukipalvelut järjestetään ammattitaitoisesti. (Vaarama ym. 2008, 107.)

3.1.3 Asiakslähtöisyys laatutyössä

Asiakslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan sosiaalihuollosta päättämistä ja sen toteuttamista asiakkaan tarpeista käsin, hänen mielipiteitään ja toiveitaan kuunnellen. Asukkaalla tulee olla mahdollisuus tehdä omia valintoja häntä koskevissa asioissa. Asiakslähtöisyydellä varmistetaan palveluiden hyvä laatu. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010, 46, 60.) Korkmanin ja Arantolan (2009, 7) mukaan asiakslähtöisyys tarkoittaa sitä, että pyritään ymmärtämään asiakkaan tarpeita ja toimimaan sellaisella tavalla, joka sopii asukkaalle ja jonka avulla hänen tarpeensa tulee täytetyksi. Myös Notkon (2007, 235) mukaan kyseessä on pyrkimys ymmärtää asiakasta, syventyä hänen elämäntilanteeseensa ja kokemuksiinsa sekä toiveisiin ja haaveisiin. Tavoitteena asiakslähtöisyydelle onkin asiakkaan elämänhallinnan tukeminen ja palvelutoiminnan tarkasteleminen palvelua saavan asiakkaan näkökulmasta.

Hyvärinen (2011, 2–3) kirjoittaa pro gradu tutkielmassaan kuinka asiakslähtöisyydellä on merkittävä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun laadun parantamisessa. Haasteita asiakslähtöisyyden toteutumiselle aiheuttavat

hänen mukaansa organisaatioiden vakiintuneet toimintatavat, kaavamaisuus palveluissa sekä ammattilaisen toimiminen palvelussa omista asiantuntijalähtökohdista käsin. Rissanen (2006, 17) toteaa, että viimekädessä palvelun hyvyys tai huonous on asiakkaan omakohtainen kokemus ja usein palveluntuottajalla on erilainen näkemys palvelun onnistumisesta. Asiakaslähtöisyys vaikuttaa toiminnan organisoinnin arvoperustana.

Sisäasiainministeriön (49/2006) julkaisussa asiakaskeskeisyys nähdään laatutyön ytimenä. Se edellyttää asiakkaiden ja heidän tarpeidensa tunnistamista kuuntelemalla heidän mielipiteitään. Heidän kuulemisensa ei pelkästään riitä, vaan on myös tehtävä mielipiteiden mukaisia toimenpiteitä. Tarkoituksena on mitata ja arvioida asiakkaiden näkökulmasta organisaation palvelukykyisyyttä, ja tämän toteuttamiseksi on luotava asiakaspalautejärjestelmä.

3.2 Elämänlaatu

Elämänlaatu on käsite, jolla yleisesti tarkoitetaan niitä subjektiivisia tai objektiivisia tekijöitä, jotka muodostavat yksilön ”hyvän elämän.” Objektiivisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi elämän aineelliset edellytykset sekä elämisen olosuhteet, ja subjektiivisia tekijöitä henkilön tyytyväisyys omaan itseen ja elämään, onnellisuus ja hyvä itsetunto. (Huusko & Pitkälä 2006, 9.)

Lamminniemen ja Nurmisen (2008, 3) mukaan objektiivisen elämänlaadun ulottuvuuksiin kuuluvat ne asiat, joita ulkopuolinen voi arvioida ja subjektiivinen elämänlaatu tarkoittaa ihmisen omaa kokemusta elämänsä laadusta.

Räsänen (2011, 70) toteaa, että subjektiivisen elämänlaadun painotus voi vaihdella elämänkulun aikana. Subjektiivinen elämänlaatu rakentuu elämään tyytyväisyydestä, psyykkisestä hyvinvoinnista, omien yksilöllisten tarpeiden tyydyttämisestä, kuvasta omasta itsestä ja onnesta. Elämänlaadun kokemiseen vaikuttavat lisäksi psykologiset tekijät, kuten toivottomuus ja pessimismi sekä masennus.

Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen (2010, 128) mukaan elämänlaatu on laaja-alainen käsite, johon vaikuttavat monimutkaisella tavalla ihmisen fyysinen terveydentila, psyykinen tila, autonomian aste, sosiaaliset suhteet sekä yksilön ja hänen elinympäristönsä välinen suhde. Maailman terveysjärjestö WHO:n (1997) mukaan elämänlaatu on yksilön arvio elämästään siinä kulttuurissa – arvokontekstissa, missä hän elää ja on suhteessa hänen omiin päämääriinsä, odotuksiinsa, arvoihinsa ja muihin hänelle merkityksellisiin asioihin (Vaarama ym. (2010, 128). Vaaraman ja Ollilan (2008, 116–118) mukaan elämänlaadun ja hyvinvoinnin käsitteitä käytetään joko synonyymeina tai toisistaan erillisinä.

Saks, Tiit, Muurinen, Mukkila, Frommelt ja Hammond (2008, 196) toteuttivat Care Keys -projektin yhteydessä tutkimuksen elämänlaadun ja hoivan laadun avainmuuttujista hoitolaitoksen ympäristössä. Tutkimustulosten mukaan hoitolaitoksissa asuvien ikääntyvien elämänlaatuun vaikuttavat hoitajien ymmärrys asukkaita kohtaan, asukkaiden haluamien asioiden toteuttaminen, asukkaiden huolien kuunteleminen sekä riittävän ajan antaminen. Myös tyytyväisyydellä henkilökohtaiseen hygieniaan ja pukeutumiseen on vaikutusta. Päivittäisissä askareissa apua tarvitseville asukkaille tärkeitä tekijöitä ovat apu sisätiloissa liikkumiseen, vaatettaminen ja riisuminen, hammas- ja suunhoito, ihon- ja hiustenhoito sekä varpaiden kynsien leikkaaminen. Myös osallistumisella vapaa-ajan toimintoihin sekä ruoasta nauttimisella on vahva vaikutus elämänlaatuun, koska ruokailu ja ateriointikokemus kuuluvat kiinteästi asukkaan elämään hoitokodissa. (Saks ym. 2008, 212–213.) Jos asukkaiden annetaan itse valita ruokansa, ruokailuaikansa ja ruokaseuransa, se voi kohottaa elämänlaatua (DePorter 2005, Saksin ym. 2008, 213 mukaan).

Tärkeää on myös ulospääsemisen mahdollisuus, sekä hyvä sisäilman laatu. Muita tekijöitä ovat muun muassa huonejärjestelyt; asuuko asukas yksin vai jakaako hän huoneensa toisen asukkaan kanssa, sekä onko asukkaalla oma WC ja suihku käytössään. (Saks ym. 2008, 213.)

Tutkimustulosten mukaan asukkaan omaiset, joita ei usein juurikaan huomioitu, tulisi huomioida hoitoprosessin aikana. Erityisesti Suomessa omaiset ja sukulaiset usein haluavat osallistua hoidossa olevien läheistensä hoitoprosessiin, mutta heillä on harvoin mahdollisuus siihen (Voutilainen 2004, Saksin ym. 2008, 213 mukaan). Tutkimuksen johtopäätöksissä ilmenee, että riippumattomana tekijänä asukkaiden hyvinvointiin ja hoidon tyytyväisyyteen vaikuttaa myös hoitodokumentoinnin laatu. Hoidon vaikuttavuuden arvioimista varten tarvitaan tutkimuksen mukaan sekä asukkaiden subjektiivisia näkemyksiä että henkilökunnan ammattitason laadun tarkkailua. (Saks ym. 2004, 8, 214.)

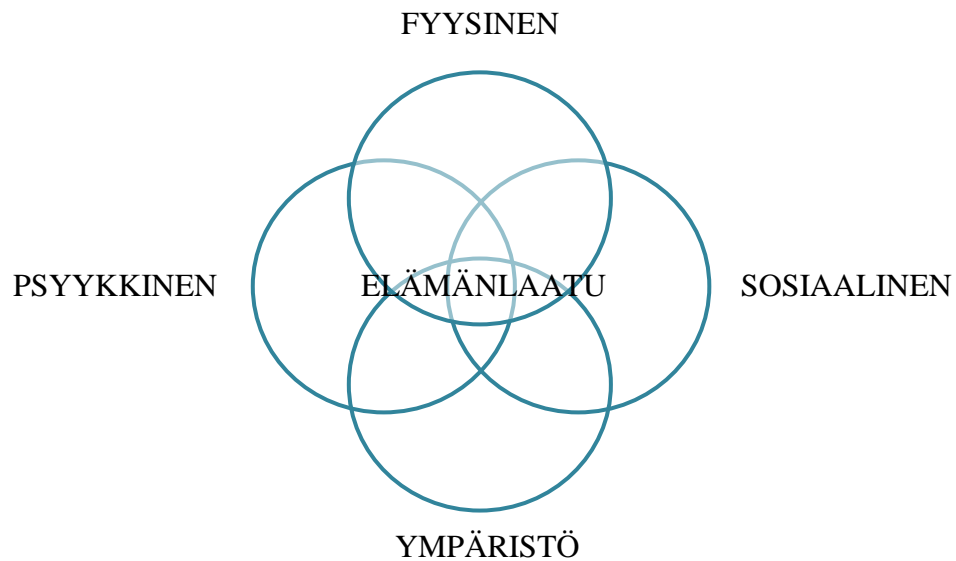
Care Keys -projektin mukaan ikääntyneiden koettua elämänlaatua lähestytään moniulotteisesti WHO:n elämänlaatukäsitteen mukaisesti. Projektin viitekehyksessä elämänlaatu jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen. Care Keys -tutkimuksen tulokset vahvistavat näiden neljän ulottuvuuden tärkeyden myös ikääntyneille. (Vaarama & Ylönen 2006, 9.) Myös Räsänen laajassa, vuosina 2006 – 2007 toteutetussa tutkimuksessa ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden elämänlaadusta, vahvistui käsitys kaikkien neljän elämänlaadun ulottuvuuden merkityksestä iäkkäiden elämänlaadun kokonaisuudelle. (Räsänen 2011, 71, 169–170.)

3.3 Elämänlaadun ulottuvuudet

Elämänlaadun neljä ulottuvuutta ovat lähtöisin Lawtonin (1991) muodostamasta jaottelusta, jossa hän jakoi elämänlaadun neljään itsenäiseen ja osittain päällekkäiseen menevään ulottuvuuteen sekä koettuun elämänlaatuun.

Elämänlaatua kuvaaviksi ulottuvuuksiksi muodostuivat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Vuonna 1998 WHO liitti määrittelyyn ympäristön.

Ulottuvuudet ovat esitelty kuviossa 1.



Kuvio 1. Elämänlaadun ulottuvuudet. Mukaeltu Lawton 1999, WHOQOL-group 1996, Pieper & Vaarama 2008.

3.3.1 Fyysinen ulottuvuus

Räsänen (2011, 75) mukaan fyysinen elämänlaadun ulottuvuus liittyy ikääntyneen itsenäiseen selviytymiseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Räsänen tutkimuksen mukaan toimintakyvyn vajavuuksien määrä ei ole ratkaisevaa elämänlaadulle, vaan se miten jäljellä olevat voimavarat tukevat arjen sujuvuutta. Laatusuositus (2013, 69) määrittelee toimintakyvyn niin, että henkilö selviytyy omassa elinympäristössään itselleen välttämättömistä ja merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista. Räsänen (2011, 75) mukaan toimintakyvyn säilymistä edistävät muun muassa asunnon toimivuus, esteettömyys, siisteys sekä turvallinen ja helppo ulospääsy. Toimintakykyä ylläpitämällä ja edistämällä vaikutetaan ikääntyneen omaan pystyvyyden tunteeseen ja itsenäiseen selviytymiseen, sekä elämänlaatuun.

Ikäihmisillä fyysisen toimintakyvyn voidaan myös katsoa tarkoittavan päivittäisistä perustoiminnoista sekä asioiden hoitamisesta suoriutumista (Valta, 2008, 22). Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat esimerkiksi erilaiset sairaudet sekä liikkumiskyky. Riippuen toimintakyvyn vahvuudesta nämä osa-alueet voivat

vaikuttaa joko negatiivisesti tai positiivisesti iäkkään kokemaan elämänlaatuun. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola, 2007, 36.) Kivulla on heikentävä vaikutus fyysiseen toimintakykyyn. Ympäri vuorokautisessa hoivassa erityisesti muistisairaat voivat jäädä ilman kivun hoitoa, koska kivusta kysytään heiltä liian harvoin tai heidän vastaustaan ei uskota. (Räsänen 2011, 75.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa tulee kiinnittää huomiota yksilön jäljellä oleviin toimintakyvyn osa-alueisiin, toimijuuteen sekä voimavaroihin. Muuttaessaan hoitokotiin ikääntyneen tavanomainen toiminta ja aktiivisuus vähenevät, jolloin myös toimijuus ja tätä kautta jäljellä oleva toimintakyky heikkenee. Tähän voidaan vaikuttaa esimerkiksi mielekkäällä tekemisellä ja erilaisilla säännöllisillä toiminnoilla. Toiminnan tulee olla sellaista, että se on sopivan haasteellista ja mahdollistaa onnistumisen kokemuksia. Hoidossa tulee myös huomioida ikääntyneen yksilöllisyys muun muassa tunnistamalla ja tukemalla yksilön päivittäisiä rutiineja ja tapoja, mielihaluja ja mielihyvää tuottavia asioita sekä mielenkiinnon kohteita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 26.)

Muistisairaana elämänlaadulle keskeistä on ihmisen haavoittuvuus, joka vaikuttaa hänen huolenpitoonsa ja hoivaansa. Muistin heikentyminen voi heikentää itseilmaisun kykyä, jolloin voi syntyä vaaratilanteita, kuten eksymistä. Muistisairaana elämänlaadun fyysiseen ulottuvuuteen vaikuttavat kyky selviytyä arjen askareista, hyvä koettu terveydentila sekä fyysinen kunto.

Arjessa selviytymisen vaikeutta, avuntarvetta sekä haavoittuvuutta aiheuttavat sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen sekä erilaiset fyysiset oireet, kuten kävelyvaikeudet sekä pidätyskyvyn heikkeneminen. (Räsänen 2011, 84.)

3.3.2 Psyykinen ulottuvuus

Elämänlaadun psyykinen ulottuvuus liittyy psyykkiseen ikääntymiseen ja toimintakykyyn (Räsänen 2011, 75–76). Psyykinen toimintakyky muodostuu muun muassa elämänhallinnasta, mielenterveydestä, voimavaroista, psyykkisestä hyvinvoinnista sekä asenteista ja käyttäytymismalleista. Psyykkisestä toimintakyvystä kertoo ihmisen kognitiiviset toiminnot, joita ovat esimerkiksi

muisti, ajattelu ja kieli. (Valta, 2008 23; Rautio 2006, 15.) Ympäri vuorokautisen hoivan asiakkailta on ehkä jo rajoittuneet psyykkiset voimavarat, taidot ja kyvyt. Masennus, ahdistus ja pelko voivat heikentää psyykkistä toimintakykyä. Ne voivat ilmetä mielialaperäisinä tai somaattisina, kuten kipuina, unihäiriöinä tai ruokahaluttomuutena. Oireiden havaitseminen ei kuitenkaan ole helppoa.

Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy tuntemiseen ja ajatteluun liittyvät toiminnot, kuten kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa sekä kyky tuntea ja kokea. Siihen liittyvät olennaisesti myös ihmisen kyky muodostaa käsityksiä itsestään ja ympäröivästä maailmasta, sekä oman elämän suunnittelu ja sitä koskevien ratkaisujen tekeminen. (Räsänen 2012, 11.) Psyykkisen toimintakyvyn näkökulmasta ikääntyneiden elämänlaatuun vaikuttavat esimerkiksi oma minäkuva, tapa käsitellä elämän muutoksia sekä omatoimisuus päivittäisissä askareissa. (Aejmelaeus ym. 2007, 36.)

Mielen tasapaino ja elämäntunne määrittävät ikääntyneen psyykkistä elämänlaatua. Elämäntunnetta vahvistaa ikääntyneen kyky ymmärtää ympäristöään, eri merkitysten tajuaminen ja tilanteiden hallitseminen. Vaikka näissä ilmenisi puutteita, on ikääntyneen koettava olevansa arvokas, ja hänellä on oikeus kokea tyytyväisyyttä, hyvää oloa ja yksilöllistä arvoa. Tunne-elämän tasapainolle on tärkeää mieliala ja ihmissuhteiden toimivuus, sekä kokemus omasta ulkonäöstä ja kehosta. (Räsänen 2011, 76.)

Ikääntyneen ihmisen kokemus arvokkaasta ja merkityksellisestä elämästä muodostuu muun muassa sen pohjalta, kuinka hyvin hänen yksilöllisyytensä, intimitteettinsä ja aikuisuuttaan kohdellaan ja kunnioitetaan. Pitkäaikaishoidossa voidaan tukea ikääntyneen arvokasta elämää esimerkiksi tukemalla häntä suoriutumaan mahdollisimman pitkään päivittäisistä toiminnoista, kuten pukeutumisesta, ruokailusta ja henkilökohtaisen hygienian hoitamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17.) Palvelutalojen asukkaat saattavat jäädä usein ilman vaikutusmahdollisuuksia omaa elämäänsä koskevissa asioissa. Itsemääräämisoikeuden puute heikentää heidän elämänlaatuaan, jos heille ei anneta mahdollisuutta pienten valintojen tekemiseen, kuten esimerkiksi nukkuma-ajasta päättämiseen, ruokavalintojen tekemiseen tai mahdollisuutta suoriutua

joistakin toiminnoista itsenäisesti. Itsemääräämisoikeudella aikaansaadaan vaikutusvaltaa, joka puolestaan lisää arvostusta ja arvokkuuden tunteen säilymistä. (Lehtosalo 2011, 9–10.)

Psyykkistä hyvinvointia voidaan tukea oman pystyvyyden ja suoriutumisen tukemisella. Ikääntynyt itse sekä myös toiset usein aliarvioivat herkästi ikääntyneen kykyjä ja pystyvyydentunnetta. Ikääntyneellä tulee olla myös virikkeellistä toimintaa, joka antaa hänelle muistelemisen arvoisia hetkiä. Seksuaalisuus on perustarve, joka on erottamaton osa inhimillisyyttä ja se liittyykin olennaisesti ikääntyneen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Seksuaalisuus mielletään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen alueen kokonaisuudeksi. Siihen kuuluvat tunteet, itsensä hyväksyminen sellaisenaan ja sosiaalinen vuorovaikutus. Ympäri vuorokautisen hoivan asiakkailta, erityisesti muistisairailta on voimakas läheisyyden tarve, jota ei pidä tulkita pelkästään seksuaaliseksi tarpeeksi. Ikääntyneillä ihmisillä korostuu koskettamisen tarve ja se säilyy usein myös viimeisenä kommunikaatiomuotona. (Räsänen 2011, 76–77.)

Muistisairaana psyykkiset voimavarat ovat merkittäviä hänen elämänlaadulleen. Toimintakyvyn heikkeneminen ja sen pohjalta esiin tuleva huoli omasta tulevaisuudesta voi aiheuttaa ahdistusta, masentuneisuutta sekä epätoivoa muistisairaille. Rajoittuneet mahdollisuudet itsenäiseen päätöksentekoon sekä valintojen tekemiseen voivat uhata hänen arvoaan yhteiskunnan jäsenenä sekä haavoittaa hänen mieltään. (Räsänen 2011, 84.)

3.3.3 Sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaalista ulottuvuutta voidaan tarkastella sosiaalisen toimintakyvyn kautta. Sosiaalinen toimintakyky on käsite, joka viittaa ihmisen osallisuuteen ja yhteisöllisyyteen ja joka edellyttää tilannesidonnaisia vuorovaikutustaitoja muiden ihmisten kanssa. Vuorovaikutus voi pitää sisällään osallisuuden yhteisölliseen elämään, kyvyn huolehtia itsestä ja tietoisuuden omista oikeuksista. (Räsänen 2011, 77.) Seppänen, Simonen ja Valve (2009, 7) kirjoittavat, että sosiaaliseen toimintakykyyn voidaan lukea kaksi pääulottuvuutta: henkilön sosiaalisten taitojen ulottuvuus sekä yhteisöön kuulumisen ja tuen saannin ulottuvuus.

Sosiaalisen toimintakyvyn käsite liittyy sekä fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn. Erityisesti psyykkisen toimintakyvyn kanssa sosiaalisella toimintakyvyllä on päällekkäisyyksiä käsitteissä, jonka takia niitä kahta ei voida täysin erottaa toisistaan. (Aejmelaesus ym. 2007, 24; Rautio, 2006, 15.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat henkilön sosiaaliset suhteet, sosiaaliset taidot sekä yhteisöön kuulumisen tunne. (Aejmelaesus ym. 2007, 36.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn katsotaan liittyvän taloudelliset, kulttuuriset ja sosiaaliset voimavarat, kuten ystävyys- ja perhesuhteet, koulutus ja terveys. Sosiaalisen toimintakyvyn perustana toimivat yksilön sosiaaliset taidot. Koska persoonallisuuden katsotaan kehittyvän ikääntymisen mukana, ikäihmisen vuorovaikutussuhteet ja sosiaaliset taidot voivat vahvistua samalla, kun hänen fyysinen ja psyykkinen toimintakyky saattavat heiketä. (Aejmelaesus ym. 2007, 24–25.)

Sosiaaliseen ulottuvuuteen voidaan liittää myös osallisuus. Yksilön tasolla osallisuutta voidaan tarkastella periaatteena, jonka tulee olla näkyvä osa ikääntyneille suunnatuissa palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja vahvistamisessa sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisessa (Tehy ry 2009, 1). Osallisuuden toteutuminen mahdollistaa ikääntyneelle ihmiselle muun muassa syvällisemmän tunteen kuulua johonkin ja olla osa jotakin, tarpeellisuuden kokemuksen sekä yhteisöllisissä prosesseissa mukana olemisen.

Osallisuuden puute voi puolestaan aiheuttaa osattomuuden ja syrjäytymisen tunnetta, sekä lamauttavaa kokemusta siitä, ettei ikääntyneellä ole mahdollisuutta vaikuttaa omiin asioihinsa. (Saarenheimo 2010, 13–14.)

Rautio (2006, 14–15) kirjoittaa, että sosiaalisen toimintakyvyn voi tulkita tarkoittavan tarkoituksenmukaisella tavalla toimimista läheisissä ihmissuhteissa ja yhteisöissä, ja se pitää sisällään myös yksilön harrastukset, muut ajanviettotavat sekä kyvyn solmia uusia ihmissuhteita. Räsänen (2012, 12) mukaan sosiaalisten taitojen lisäksi sosiaalinen toimintakyky ilmenee temperamentissa, arvostukseen liittyvissä kokemuksissa, motiiveissa ja tavoitteissa. Ongelmat näkyvät

sosiaalisina ongelmina tai vaikeuksina selviytyä arkielämän edellyttämistä tehtävistä.

Sosiaalista toimintakykyä on ongelmallisinta mitata sen moniulotteisuuden vuoksi. Sitä voidaan tarkastella sekä yksilön itsensä kautta että yksilöä ympäröivän yhteisön tai ympäristön kautta, mutta esimerkiksi ympäristön mittaaminen on vaikeaa. Sosiaalista toimintakykyä voidaan kartoittaa ADL-mittareiden avulla, jolloin arvioidaan ikääntyneen omaan arvioon perustuen erilaisia arkielämään liittyviä toimia (Jyrkämä 2003, 95).

Sosiaalinen toimintakyky voi heikentyä muistisairauden myötä. Muistisairaana kyky kommunikointiin ja yhteydenpito muihin ihmisiin voi heiketä, sekä muiden ihmisten suhtautuminen häneen voi muuttua. Nämä asiat vaikuttavat negatiivisesti muistisairaana itsetuntoon sekä lisäävät yksinäisyyden kokemista. Ihmissuhteiden ylläpitäminen lisää elämään tyytyväisyyttä ja hyvinvointia. (Räsänen, 2011, 84.)

3.3.4 Ympäristötekijät

Ikääntyneen ympäristö vaikuttaa ikääntyneen elämänlaatuun, sillä ympäristön hallittavuus, muunnettavuus ja turvallisuus vaikuttavat ikääntyneen osallistumiseen, asumiseen ja arjen elämään (Räsänen 2011, 80). Pitkäaikais-hoidossa turvallisuuden tunne muodostuu ikääntyneille ihmisille sen pohjalta, kokeeko hän saavansa tarvitsemaansa välttämätöntä apua kohtuullisessa ajassa ja voiko hän luottaa hoitojärjestelyn pysyvyyteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17). Ikääntyneen turvallisuuden tunteeseen vaikuttaa myös hoitolaitos; ovatko käytetyt kulkureitit esteettömiä ja turvallisia sekä ovatko hoitolaitoksen turvallisuusselvitys, pelastussuunnitelma ja turvallisuussuunnitelma, johon on kartoitettu ulkoisten ja sisäisten uhkien vaaratilanteet, päivitettyjä ja huolella laadittuja. (Sitra 2011, 14.)

Ympäristön sisäisellä ja ulkoisella suunnitellulla voidaan vaikuttaa koetun elämänlaadun lisäksi myös itsenäisyyteen ja yhteiskuntaan osallistumiseen. On tärkeää kiinnittää huomiota yksilön ja hänen ympäristönsä yhteensopivuuteen itsenäisyyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ihmisen ikääntyessä. Ympäristön,

kuten kodin on todettu vaikuttavan ikääntyneen kokemaan tyytyväisyyteen omaa elämäänsä kohtaan. Tyytyväisyyttä ovat lisänneet itsenäisyyttä helpottava teknologia, kuten jokapäiväisiä askareita helpottavat, turvallisuutta parantavat sekä kuntouttavat ja hoitavat menetelmät. (Bowling 2005, 36- 37.)

Ympäri vuorokautisessa hoivassa ympäristön merkitys nähdään kolmijakoisena. Ensimmäiseksi ympäristö koostuu tavanomaisista asumiseen liittyvistä tekijöistä, kuten yksityisyydestä, persoonallisuudesta ja valinnan mahdollisuuksista. Toiseksi ympäristö tukee ikääntyneen kognitiivisia taitoja sekä tietoisuutta häntä ympäröivästä maailmasta. Kolmanneksi palvelutalo voidaan nähdä ikääntyneen ensisijaisena kotina sekä hoitajien työtilana, jolloin ympäristön toivotaan olevan väljä ja elvyttävä. (Räsänen 2011, 80.)

Yksityisyys on käsite, jonka kokeminen riippuu henkilöstä ja tilasta. Se voidaan nähdä vastinparina asumiseen liittyvään itsemääräämisoikeuteen ja yhteisöllisyyteen, sekä sosiaalisuuteen ja koskemattomuuteen. Koska jokaisella ihmisellä on oikeus yksityisyyteen, se tulee huomioida myös pitkäaikaisessa hoivassa. Vaikka hoitotoimenpiteet vaativat hoitohenkilökunnan menemistä ikääntyneen omaan tilaan, yksityisyyttä voidaan kunnioittaa esimerkiksi asukas- ja aputilojen ovien kiinnipitämisellä. (Räsänen 2011, 81.)

Ympäristöulottuvuus on muistisairaiden elämänlaadulle merkittävässä asemassa. Koti on muistisairaalle rakkain paikka, joka luo turvallisuuden tunnetta tuttujen tavaroiden ja ympäristön vuoksi. Hoitokodin tilojen soveltuvuus korostuu itsenäisessä selviytymisessä, ja kodin pienuus lisää turvallisuutta, kodikkuutta sekä vähentää rauhattomuutta. Ympäristön turvallisuuden kokeminen lisää muistisairaana elämänlaatua, ja siihen vaikuttavat myös henkilökunnan arvostava ja ystävällinen käyttäytyminen sekä ympäristön ilmapiiri. (Räsänen 2011, 85.)

4 OPINNÄYTETYÖN PROSESSINKUVAUS

Oivan koti- ja asumispalveluiden yksikön johtaja esitti meille mahdollisuutta etsiä heidän yksikölleen soveltuva asiakaspalautejärjestelmä lokakuussa 2013. Otimme toimeksiannon mielellämme vastaan, koska pidämme tärkeänä, että ikääntyneiden hoivapalveluissa toteutetaan toimintaa asiakaslähtöisesti ja että hoivassa huomioidaan asukkaiden omat mielipiteet. Opinnäytetyön vastaanottaminen antoi meille mahdollisuuden vaikuttaa siihen miten asukkaat huomioidaan ja mitä asioita kehittämistyössä nostetaan esille. Opinnäytetyön ajallisen etenemisen kaavio on kuvattu kuviossa 2.

Opinnäytetyömme ideoinnin ja suunnittelun aloitimme tekemällä miellekartan, jonka avulla pohdimme mitä olemme tekemässä, miten teemme ja miksi. Miellekartta selkeytti meille lähtökohdat ja asiat mitkä pitää erityisesti ottaa huomioon opinnäytetyöprosessissa. Hahmotelman avulla mietimme asioita, mitkä vaikuttavat asiakaspalautemenetelmän tai -välineen soveltuvuudessa sekä millaiseen lopputulokseen pyrimme. Miellekartan työstäminen aloitti konkreettisesti opinnäytetyöprosessimme ja sen pohjalta etsimme sopivaa kirjallisuutta teoriapohjaamme varten.

Tapasimme toimeksiantajamme ensimmäisen kerran lokakuussa. Olimme jo aiemmin sähköpostitse sopineet toimeksiannosta ja esittäneet hänelle hänen pyynnöstään lyhyen alustavan suunnitelman opinnäytetyöstämme. Palaverissa tarkensimme vielä toimeksiantoa ja keskustelimme toimeksiantajan ajatuksista ja toiveista asiakaspalautemenetelmän suhteen. Toimeksiantaja painotti tapaamisella, että muistamme huomioida mittarin helppokäyttöisyyden ja että sen käyttö olisi toteutettavissa yksiköiden käytössä olevilla resursseilla.

Tapasimme toimeksiantajan opinnäytetyöprosessin aikana yhteensä kolme kertaa, sekä tarvittaessa olimme yhteydessä sähköpostitse. Sovimme toisessa tapaamisessa marraskuussa opinnäytetyömme rajauksesta. Olimme neuvotelleet ohjaajamme kanssa opinnäytetyön rajaamisesta koskemaan vain tehostettua palveluasumista ja valikoituneen välineen tai menetelmän esitestaamisen poisjättämisestä. Opinnäytetyömme alkuperäinen tarkoitus oli löytää asiakaspalautteen keräämisen väline tai menetelmä sekä kotihoidon että tehostetun

palveluasumisen asiakkaiden palautteen keräämiseen. Koska opinnäytetyön laajuus olisi kasvanut liian suureksi, päätimme keskittyä vain toiseen yksikköön. Toimeksiantajan suostumuksella rajasimme opinnäytetyömme kohteen tehostettuun palveluasumiseen. Tavatessamme toimeksiantajan kolmannen kerran helmikuussa sovimme myös esitestaamisen jättämisestä pois.

Opinnäytetyöprosessin aikana kirjasimme kaiken tapahtuneen ylös muistivihkoihimme. Muistivihkomme toimi tukenamme opinnäytetyön raportin kirjoittamisessa. Opinnäytetyömme ohjaajan kanssa pidimme kaksi suunnittelu-palaveria, joissa ohjaaja antoi palautetta opinnäytetyömme raportin rakenteesta ja tekstin sisällöstä. Toimeksiantajaa pidimme ajan tasalla opinnäytetyömme etenemisestä pääasiassa sähköpostitse sekä tapaamiskerroilla.



Kuvio 2. Opinnäytetyön etenemisen kaavio

4.1 Ikääntyneiden toiveiden kartoittaminen

Pidimme tärkeänä, että tässä kehittämistyössä huomioidaan iäkkäiden omat toiveet asiakaspalautemenetelmän tai välineen suhteen. Myös asiakaslähtöisyyden toteuttamisen ja osallisuuden vahvistamisen näkökulmasta on tärkeää kuulla iäkkäitä ihmisiä, koska he ovat asiantuntijoita itseään koskevissa asioissa. Keskustelimme asiasta toimeksiantajan kanssa toisessa palaverissamme marraskuussa ja myös hän näki tarpeellisen toteuttaa kehittämistyötä asiakaslähtöisesti. Toimeksiantaja esitti meille mahdollisuutta haastatella vanhusneuvoston jäseniä sekä pitkäaikaishoivan asiakkaita

Vilkan (2007, 20, 76) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyöprosessissa käytetään tutkimuksellista asennetta ja tarvittaessa erilaisia tutkimusmetodeja.

Tutkimusmenetelmän valinta perustuu siihen mikä on soveltuvin halutun tiedon saamiseksi ja siihen millaista tietoa toiminnallisen opinnäytetyön tueksi tarvitaan. Valitsimme iäkkäiden näkemysten selvittämisen menetelmäksi teemahaastattelun, joka antaa meille mahdollisuuden haastatella ihmisiä vapaamuotoisesti.

Haastatteluihin laaditaan teema runko, joka toimii haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana runkona haastattelutilanteissa (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 48).

Haastattelujen tarkoituksena on saada selville millainen palautteenantotapa ikääntyneistä itsestään on mieluinen, sekä mitä asioita heidän mielestään tulee ottaa huomioon mittarin soveltuvuuden tarkastelussa. Tutkimuksellista selvitystä voidaan käyttää toiminnallisessa opinnäytetyössä silloin, kun halutaan toteuttaa tuote kohderyhmälähtöisesti ja selvityksen avulla voidaan lisäksi varmistaa myös työn lopullinen muoto. Tieto joka menetelmiä käyttämällä saadaan, on suuntaa antavaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 57, 63.)

Laadimme haastatteluja varten etukäteen teema-aiheet (liite1), joiden pohjalta keskustelua tullaan vanhusneuvoston jäsenten ja pitkäaikaishoivan asukkaiden selvityksissä käymään. Keskeistä haastatteluteemojen valinnassa oli se, että saisimme asiakaslähtöisesti tietoa, joka viitottaisi meitä asiakaspalautemenetelmien ja välineiden soveltuvuuden tarkastelussa.

Teema-aiheet muodostimme toimeksiantajan kanssa käytyjen keskusteluiden pohjalta, teoreettisen viitekehiksemme pohjalta sekä kehittämistyön tarkoituksen pohjalta teema-aiheiden avulla halusimme selvittää, haluavatko ikääntyneet antaa palautetta yksin vai ryhmässä ja jos palautetta kerätään ryhmässä, niin minkä kokoinen ryhmän koon tulisi olla. Halusimme myös selvittää, mikä olisi heidän mielestään sopiva palautteen antamisen kesto aika, millaisella välineellä tai menetelmällä he haluaisivat antaa palautetta ja mitä tietoja asiakaspalautteella tulisi heidän mielestään kerätä, sekä miten kerättyjä palautteita tulisi käsitellä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä voidaan käyttää Vilkan ja Airaksisen (2003, 57) mukaan väljässä merkityksessä, vaikka tiedon keräämisen keinot ovat samat kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. Toikko ja Rantanen (2009, 140) toteavat, että kehittämisprosessin aikana tuotettu tieto on luonteeltaan käytännöllistä tietoa, jonka tehtävänä on tukea kehittämistä. Kehittämis-toiminnassa tuotetun tiedon kriteerit ovat siis erilaiset kuin perinteisissä tutkimuksissa. Tutkimusta kuvataankin Vilkan ja Airaksisen (2003, 57) mukaan lähinnä selvityksen tekemisellä, jonka ei tarvitse nojautua teoriaan. Saadun tiedon laatu pyritään turvaamaan käyttämällä valmiita tutkimuskäytäntöjä perustasolla. Laadullisista tutkimusmenetelmistä käytetään aineiston keräämisessä lomake- tai teemahaastatteluja yksilöille tai ryhmille. Kehittämistoiminnan tiedonkeruu voi Toikon ja Rantasen (2009, 141) mukaan kohdentua joko konkreettiseen toimintaan tai erilaisiin kehittämiseen liittyviin ja sitä kuvaaviin keskusteluihin.

4.1.1 Vanhusneuvoston jäsenten tapaaminen

Toimeksiantajamme lähestyi ensin vanhusneuvoston kahta jäsentä ja tiedusteli mahdollisuudesta haastatella heitä, sekä lupaa yhteystietojen luovuttamiseen meille. Kumpikin jäsen oli halukas haastatteluun, joten saimme heidän yhteystietonsa. Otimme heihin yhteyttä sähköpostitse, kerroimme heille keitä olemme ja miksi haluamme heitä haastatella, sekä mistä haastattelussa on kysymys. Lisäksi kerroimme heille käsittelevämme kaiken aineiston luottamuksellisesti ja että heidän henkilöllisyytensä ei tulisi missään vaiheessa paljastumaan. Vanhusneuvoston jäsenet olivat kumpikin halukkaita haastatteluun ja sovimme sähköpostitse haastattelun ajankohdan ja paikan.

Tapasimme vanhusneuvoston jäsenet Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen tiloissa. Olimme varanneet sieltä rauhallisen ja viihtyisän tilan etukäteen. Tapaamisen aluksi kertosimme keitä olemme ja mitä teemme, mitä varten halusimme heidät tavata ja mihin selvitystä tarvittiin. Kerroimme myös miten heiltä saatua aineistoa tullaan käsittelemään. Kysyimme heiltä luvan keskustelun nauhoittamiseen ja kirjaamiseen. Olimme sopineet etukäteen, että toinen meistä opinnäytetyöntekijöistä toimii keskustelun vetäjänä ja toinen kirjaa jo keskustelun aikana esiin tulleita asioita eri teema-alueiden alla ja nauhoittaa keskustelun. Olimme päätyneet tähän vaihtoehtoon siksi, että jos keskustelun anti olisi pelkän muistin varassa, voisi jotakin olennaista jäädä pois.

Olimme sopineet etukäteen tunnin mittaisesta keskustelusta. Keskustelu kesti sovitun ajan, koska kaikkien tiedossa oli että toisella vanhusneuvoston jäsenellä oli sovittu tapaaminen heti keskustelun jälkeen. Keskustelu eteni ennalta mietittyjen teema-aiheiden mukaan. Keskustelun vetäjä keskittyi kuuntelemaan ja puhumaan niistä teemoista mitkä oli etukäteen mietitty. Koska kyseessä oli toiminnalliselle opinnäytetyölle ominaisesta lähinnä selvityksen tekemisestä, vetäjä antoi haastateltavien kertoa myös vapaasti omista ajatuksistaan asiakaspalautemenetelmän suhteen. Keskustelun vetäjä esitti kuitenkin väliin tarkentavia kysymyksiä ja lopuksi vielä varmisti että teema-aiheet tuli kaikki käsiteltyä. Tapaamisella syntyi luontevasti lämminhenkinen vilkas keskustelu, jossa haastateltavat kertoivat myös esimerkkejä omasta elämästään. Olimme varanneet tarjottavaksi mehua ja joulutorttuja, joita nautimme keskustelun lomassa.

Haastattelun jälkeen läpikävimme haastattelutilanteen ja pohdimme sen sujuvuutta. Totesimme, että keskustelu oli sujunut hyvin ja olimme käsitelleet kaikki teema-alueet. Pohdimme, kuinka helposti keskustelu saattaa ruveta rönsyilemään ja että vapaalle keskustelulle kannattaa varata aikaa palvelutalon asukkaita haastatellessa. Kävimme heti myös läpi teema-aiheiden alle kirjatut asiat ja kuuntelimme keskustelun nauhoituksen. Tarkistimme nauhoituksen avulla, että kaikki oleellinen keskustelussa esiin tullut tieto oli kirjattu ylös eri teemojen alle. Poimimme nauhoituksesta joitakin kirjauksesta pois jääneitä kohtia ja tarkensimme joitakin jo kirjattuja kohtia.

Tässä vaiheessa esiin tulleet asiat olimme kirjanneet lähes sanasanalta niin kuin vanhusneuvoston jäsenet olivat ne ilmaisseet. Laadimme vielä teemoittain luettelon, jossa ilmaisimme esiin tulleet asiat lyhyemmin ja niin selkeästi, että pystyimme niiden perusteella tekemään luotettavia johtopäätöksiä.

Vanhusneuvoston jäsenten selvityksessä korostui lomakkeen soveltuvuus asiakaspalautteen keräämiseen. Heidän mukaansa lomake soveltuu hyvin jatkokäsittelyyn ja sillä voidaan kerätä tietoa pidemmältä aikaväliltä. He pitivät tärkeänä, että lomake olisi nettipohjainen. Tällöin lomakkeet voidaan tarvittaessa tulostaa ulos ja tulokset syöttää koneelle, jolloin ne ovat nopeasti saatavilla. Vanhusneuvoston jäsenet toivat esiin myös palautteiden analysoinnin tärkeyden ja sen, että palautetta tulee käyttää toiminnan kehittämisen keinona.

Vanhusneuvoston jäsenet korostivat, että palautetta tulee kerätä myös omaisilta sekä hoitohenkilökunnalta, ja heitä varten tulee olla omat palautelomakkeet. Heidän näkemyksensä oli, että palautteenkeruu olisi hyvä suorittaa kahdenkeskisesti, koska ikääntyneet eivät ole tottuneet ryhmiin. Palautteen keräämistilannetta kysyttäessä he vastasivat, että lomakkeen tulee olla tiivis ja enintään kolme sivua pitkä. Heidän mukaansa tärkeitä teemoja, joita asiakaspalautteen keräämisessä olisi hyvä huomioida, ovat viihtyvyys, virikkeellisyys, kuntoutusmahdollisuudet sekä asiat, joita palvelutalon asukkaat arvostavat ja jotka ovat heille tärkeitä. He toivat esille myös, että lomakkeessa tulee olla sopivissa määrin avoimia kysymyksiä, sekä jokaisessa tehostetun palveluasumisen yksikössä lomakkeen tulee olla samansuuntainen yhteismitattavuuden vuoksi.

4.1.2 Palveluasumisen asiakkaiden ryhmätapaaminen

Tapasimme toimeksiantajamme nimeämän palvelutalon johtajan tammikuussa. Toimeksiantajamme oli jo alustavasti kysynyt häneltä lupaa ja mahdollisuutta toteuttaa asiakkaiden mielipiteiden kartoittaminen kyseisessä palvelutalossa. Otimme häneen yhteyttä tutkimusluvan saatuamme ja sovimme tapaamisesta. Tapaamisella keskustelimme eri mahdollisuuksista toteuttaa haastattelut. Hän kertoi meille myös palvelutalon käytännöistä ja asiakaskunnasta. Esitimme hänelle mahdollisuutta järjestää virikkeellinen ryhmähaastattelu,

jossa ennen ja jälkeen keskustelun olisi toiminnallinen osuus. Toiminnallisen osuuden toivoimme luovan rennon ja mukavan tunnelman. Johtaja piti ajatusta hyvänä. Sovimme hänen kanssaan ryhmähaastattelun järjestämisen ajankohdasta ja käytännön asioista. Sovimme myös, että palvelutalon johtaja informoi palvelutalon henkilökuntaa, jotka edelleen kertoisivat asukkaille tulevasta virikkeellisestä ryhmähaastattelusta ja kartoittaisivat heidän halukkuutensa osallistua. Henkilökunta kertoi asukkaille ryhmän kokoontumisen tarkoituksen. Olimme sopineet, että ryhmään otetaan korkeintaan kymmenen osallistujaa. Osallistujat valikoituivat heidän oman halunsa mukaan osallistua, edellytyksenä kuitenkin oli, että heillä olisi riittävä kognitiivinen kyky osallistua keskusteluun.

Laadimme ennen ryhmätapaamista teema-aiheista kaavakkeen, johon olisi helppo kirjata keskustelun aikana asukkaiden mielipiteet. Koska kyseessä on kymmenen asukkaan ryhmähaastattelu, katsoimme tarpeelliseksi laatia kaavake, johon yksinkertaisella ja nopealla tavalla pystyisi merkitsemään mielipiteet eri teemojen alle. Sovimme etukäteen myös työnjaosta, jossa toinen toimisi keskustelun vetäjänä ja toinen kirjurina.

Toteutimme virikkeellisen ryhmähaastattelun helmikuussa palvelutalon juhlasalissa, jonne hoitajat sovitusti saattoivat kymmenen asukasta. Olimme sopineet johtajan kanssa, että menemme paikalle tuntia ennen ryhmän alkua tekemään tarvittavia järjestelyitä. Aloitimme tapaamisen itsemme esittelyllä ja kertomalla opinnäytetyöstämme. Kerroimme, että tapaamisen tarkoituksena on saada selville heidän mielipiteitään asiakaspalautteen antotavan suhteen ja tulisimme huomioimaan heidän mielipiteensä kartoittaessamme asiakaspalauttejärjestelmiä ja tarkastellessamme niiden soveltuvuutta. Kerroimme heille myös, että toinen meistä kirjaa samanaikaisesti keskustelussa esiin tulleita asioita ylös. Olimme varanneet kahvia ja pullaa, joita tarjoilimme heti alkuun. Kahvin lomassa pyysimme asukkaita esittelemään itsensä. Ennen keskustelua virittäydymme tunnelmaan laulamalla yhteislaulun, johon asukkaat innostuneesti osallistuvat. Seuraavaksi kerroimme tarkemmin teemoista, joista tulisimme keskustelemaan.

Keskustelu eteni etukäteen laatimamme teema-aiheluettelon mukaisesti. Asukkaat toivat mielipiteitään hyvin esille. Etenimme rauhallisesti ja kertosimme aina tarvittaessa mitä kysymys tarkoittaa. Jokaisessa teema-aiheessa huolehdimme siitä, että kuulumme jokaista asukasta. Koska ryhmästä nousi selkeästi esille puheliaampia persoonia, oli tärkeää antaa puheenvuoro järjestyksessä jokaiselle. Kävimme jokaisen teema-alueen lävitse, ja lopuksi kävimme vielä avointa keskustelua aiheesta.

Olimme sopineet ryhmän kokoontumisen kestoksi tunnin. Vilkas keskustelu vei ajasta suurimman osan, mutta halusimme ennen lopettamista toteuttaa luvattun virikkeellisen osuuden. Olimme varanneet sananlaskuja, joita kyselimme heiltä sanomalla sananlaskusta alun, asukkaat saivat vapaasti huudella sananlaskujen loppuosia heti kun se heidän mieleensä tuli. Asukkaat kokivat tämän hyvin mieluisana puuhana. Tämän jälkeen lauloimme vielä kaksi laulua. Olimme etukäteen tulostaneet laulujen sanoja ja asukkaat saivat valita toiveidensa mukaiset laulut. Tunti oli jo tähän mennessä kulunut, mutta asukkaiden saattajia ei vielä näkynyt joten kysyimme haluaisiko he vielä arvuutella sananlaskuja. Asukkaat olivat hyvin innostuneita ja arvuuttelimme sananlaskuja hetken ennen kuin asukkaiden saattajat saapuivat. Lopuksi kiitimme lämpimästi kaikkia osallistuneita. Ryhmätapaaminen sujui erittäin hyvin ja asukkaat olivat hyväntuulisia, sekä innostuneita. Henkilökunta oli avuliasta, ja osallistui järjestelyihin. Kävimme lopuksi vielä kiittämässä johtajaa hyvästä organisoinnista.

Kävimme kirjatun aineiston heti ryhmäkeskustelun jälkeen yhdessä lävitse. Totesimme, että kirjaus oli onnistunut hyvin. Ryhmäkeskustelu oli edennyt rauhallisesti ja koska olimme huolehtineet siitä, että kaikki saivat sanoa mielipiteensä kiirehtimättä, oli asioiden kirjaaminen ehditty tehdä luotettavalla tavalla. Kirjattuihin asioihin ei ollut enää mitään lisättävää ja niitä pystyi tulkitsemaan luotettavasti.

Keskustelusta nousi esiin asukkaiden toive antaa palautetta ensisijaisesti ryhmässä. Asukkaat toivoivat ryhmäpalautteen menetelmäksi keskustelutilaisuutta. Lomakekyselyä pidettiin toisena hyvänä vaihtoehtona,

koska lomake mahdollistaa kysymysten rauhassa pohtimisen. Asukkaiden mielipiteet ryhmän koosta vaihtelivat. Kahdelle kymmenestä ryhmän koolla ei ollut väliä ja kaksi totesi, että ryhmään voisi osallistua enintään kymmenen henkilöä. Kuuden asukkaan mielestä hyvä ryhmän koko olisi enintään viisi henkilöä. Asukkaat olivat yksimielisiä siitä, että palautteen keräämistilanne tulisi kestää korkeintaan puoli tuntia. Kaikki asukkaat toivoivat, että asiakaspalautetta käsiteltäisiin yhdessä asukkaiden ja henkilökunnan kesken. He pitivät myös hyvänä vaihtoehtona sitä, että johtoryhmä osallistuisi palautteen yhdessä käsittelemiseen. Kysyimme vielä keskustelun lopuksi tulisiko heille mieleen sellaisia asioita, mitä asiakaspalautteen kysymyksissä olisi hyvä ilmetä. Asukkaat totesivat, että palautteen kysymyksistä tulisi ilmetä ainakin turvallisuuteen, yksityisyyteen, yhteisöllisyyteen, viriketoimintaan, esteettömyyteen sekä yksinäisyyteen liittyviä asioita.

4.2 Kriteeristön luominen mittareiden valinnan perusteeksi

Aloitimme kriteerien luomisprosessin määrittelemällä ensin arvoperustan asumispalveluiden laadun arvioinnin pohjaksi. Oivan koti- ja asumispalveluiden toimintaa määrittävät arvot ja kriteerit, joita ovat: eettisyys, asiakaslähtöisyys, ammatillisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus ja taloudellisuus (Oiva peruspalvelukeskus 2011a). Uusi vanhustalovelvollisuuslaki esiintuo voimakkaasti periaatteita, jotka ovat ikääntyneiden palveluiden kehittämisen lähtökohtia ja toiminnan arvioinnin perusta. Pidämme niiden avaamista tärkeänä, koska periaatteet pitkäaikaishoivan järjestämiselle ohjaavat pitkälti myös opinnäytetyötämme. Vanhustalovelvollisuuden periaatteiden tulisi elää pitkäaikaishoivan toimintaympäristön arjessa samalla, kun periaatteet ja arvot ohjaavat toimijoita toimimaan laadukkaasti.

Vanhustalovelvollisuuslaki antaa selkeät määritelmät, joiden pohjalta pitkäaikaishoivaa on toteutettava niin, että hoiva on laadukasta ja ikääntyneistä mielekästä. Lain periaatteissa painottuu ikääntyneiden osallisuuden vahvistaminen ja asiakaslähtöisyyden toteuttaminen, sekä toimintakyvyn tukeminen ja turvallisuus. Tärkeä painotus on ikääntyneen arvokkuuden tunteella ja elämän kokemisella mielekkäänä ja merkityksellisenä.

Laissa esiintuodaan myös vahvasti sosiaalisuuden merkitys pitkäaikaishoivassa. Listasimme teoreettisen viitekehiksemme pohjalta periaatteet ja arvot vanhuspalvelulain näkökulmasta, sekä lain tavoitteita konkretisoivan laatusuosituksen näkökulmasta ja avasimme mitkä eettiset periaatteet sisältyvät arvoihin ja miten ne ilmenevät. Arvoperustamme pitkäaikaishoivan laadun arvioinnin kriteeristömmä pohjaksi muodostui seuraavanlaiseksi:

1. **Osallisuus** merkitsee eettisten periaatteiden, oikeudenmukaisuuden, yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, sekä voimavaralähtöistä toimintaa. Palvelut toteutetaan yksilöllisten tarpeiden pohjalta ja niillä tuetaan iäkkään omaa toimijuutta osallistavia työtapoja käyttämällä. Tämä edellyttää fyysisen ja sosiaalisen esteettömyyden varmistamista. Tärkeää on myös huomioida toimintaympäristön turvallisuus, ilmapiiri, syrjimättömyys ja asenteet. Osallisuutta tukevassa toimintaympäristössä korostuu henkilökunnan ja asiakkaan välinen tasa-arvoinen dialogi.

2. **Asiakslähtöisyys** toteutuu, kun palveluja tarkastellaan palveluja saavan asiakkaan näkökulmasta. Toiminta suunnitellaan niin, että asiakkaan voimavarat ja tarpeet ovat keskiössä. Asiakas otetaan mukaan palvelun tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja toteutuksessa. Kaikessa päätöksenteossa tulee kuulua iäkkään oma ääni. Asiakslähtöisyys liittyy asiakkaan asemaan ja asiakkaan oikeuksien tunnustamiseen, sekä asiakkaan osallistumiseen.

3. **Toimintakyvyn tukeminen** on yksi ikääntyneiden hoivatyön keskeinen pääperiaate. Se tarkoittaa toimintakyvyn ja kuntoutusta edistävän työtteen toteuttamista. Toimintakyvyn tukemisessa huomioidaan fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen toimintakyky. Myös toimintaympäristön esteettömyys, turvallisuus sekä viihtyvyys huomioidaan. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus kuntoutukseen ja arviointiin. Toimintakyvyn tukeminen on eettisten periaatteiden itsemääräämisoikeuden ja voimavaralähtöisyyden toteuttamista.

4. **Arvokkuuden tunne** muodostuu asiakkaan kunnioittavasta ja arvostavasta kohtaamisesta. Tähän liittyy eettisistä periaatteista yksilöllisyys, joka korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena persoonana sekä itsemääräämisoikeus, jonka toteuttamisella mahdollistetaan valintojen tekeminen ja sitä kautta arvokkuuden

tunteen säilyminen. Siihen liittyy myös oikeudenmukaisuus, jonka toteuttamisella huolehditaan yhdenvertaisesta kohtelusta, estetään syrjintää ja hyväksytään erilaisuus. Ihmisarvon kunnioittaminen on keskeinen perusarvo. Palveluissa tehtäviä päätöksiä on arvioitava siltä kannalta, miten ne vaikuttavat ihmisen kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi yksilöksi. Oleellista on myös ikäihmisiä arvostavat asenteet työyhteisössä.

5. Elämän merkityksellisyyden kokeminen muodostuu sen pohjalta, kuinka hyvin eettistä periaatetta yksilöllisyyttä ja intymiteettiä sekä aikuisuutta kohdellaan ja kunnioitetaan.

5. Sosiaalisuus merkitsee asiakkaan vuorovaikutussuhteita ja roolia siinä yhteisössä, jossa hän elää. Sosiaalisuus on sidoksissa eettiseen periaatteeseen osallisuuteen, jonka kautta asiakas voi tuntea olevansa osa jotakin yhteisöä ja sitä kautta tuntea itsensä tarpeelliseksi.

6. Turvallisuus on eettinen periaate, joka tarkoittaa asiakkaalle ennen kaikkea asuinympäristön turvallisuutta sekä tunnetta siitä, että hän voi luottaa hoitojärjestelyjen pysyvyyteen ja välttämättömän hoidon saamiseen kohtuullisessa ajassa.

Arvoperusta tarkensi meille laatuvaatimuksen arvoja ja periaatteita, mutta ei vielä laatukriteereitä. Ennen kuin palvelua tai laatua voidaan arvioida, on ensin määriteltävä mitä laadulla tarkoitetaan juuri kyseisessä tilanteessa. Hoivatyön jonkin vaiheen osalta odotettu ja toivottu taso voidaan ilmaista laatuvaatimuksilla ja laatukriteereillä. Laatuvaatimuksessa voidaan määritellä hoidon tai palvelun optimaaliseksi, saavutettavissa olevaksi tasoksi, johon toteutunutta suoritusta voidaan verrata. Sitä voidaan luonnehtia myös yhdessä sovituksi tavoitteeksi. Kriteeri on laadun määrittämisen perusteeksi valittu hoidon tai palvelun ominaisuus. Kriteerit voivat olla laatuvaatimusten osatekijöitä tai erillisiä tekijöitä, jotka voidaan mitata tai havaita ja ne heijastavat laatuvaatimusten tarkoitusta. Ne voivat olla rakenteeseen, prosessiin tai lopputulokseen liittyviä tekijöitä ja niillä voidaan kuvata toimintaa, olosuhteita sekä klinisiä tiloja. Laatuindikaattoreita ovat sellaiset laatukriteerit, joiden arvon vaihtelua seurataan ja jotka osoittavat palvelun laadun vaihtelua. (Muurinen ym. 2006, 5–6.)

Teoreettisena lähtökohtana kriteeristömme luomiselle on Care Keys -projektin näkemystä siitä, että ikääntyneen elämänlaatu on sidoksissa hoivan laatuun. Palveluasumisen laadun ydin on asukkaan kokemus elämänlaatu. Asiakkaiden omat kokemukset heidän elämänlaadustaan ovat tärkeässä asemassa pitkäaikaishoivan kehittämisessä laadukkaaksi ja ikääntyneiden tarpeita vastaavaksi, näin ollen pitkäaikaishoivan laadun mittaamisella saadaan näkökulma asiakkaan elämänlaadun arviointiin.

Viitekehiksemme kriteeristön luomiselle tarkentui elämänlaatuun ja täsmentyi sen eri ulottuvuuksiin. Kognitiiviselta toimintakyvyltään heikentyneet eivät voi antaa palautetta itse, vaan heidän arviointinsa perustuu toisen tekemään havainnointiin. Elämänlaatua tarkasteltaessa pitää muistaa, että vaikka elämänlaadusta ei voida puhua koettuna elämänlaatuena dementiaa sairastavien ikääntyneiden kohdalla, ovat kuitenkin elämänlaadun osa-alueet samat kuin muillakin ikääntyneillä (Räsänen 2011, 84).

Kriteeristömme tarkoituksena on kuvata yksityiskohtaisesti elämänlaadun eri ulottuvuuksien osatekijöitä, jotka yhdessä muodostavat arvioinnin kokonaisuuden. Aloitimme kriteeristön luomisen poimimalla teoreettisesta viitekehiksestämme elämänlaadun sosiaalisen-, fyysisen-, psyykkisen- ja ympäristöulottuvuuksien alle kaikki ne tekijät, jotka sisältyivät ulottuvuuksiin. Määrittelimme tekijät ensin muutamalla sanalla. Kävimme läpi vielä aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja tarkistimme, että määritelmiä oli kattavasti. Kirjaamiamme määritelmiä kertyi runsaasti eri ulottuvuuksien alle ja niissä esiintyi päällekkäisyyksiä. Seuraavaksi poistimme määritelmistä samankaltaisuudet ja päällekkäisyydet, sekä lyhensimme pitkiä määritelmiä selkeämmiksi. Näin muodostimme taulukon toivotun elämänlaadun laatutason laatuvaatimuksia kuvaavista osatekijöistä, jotka ovat elämänlaatuun vaikuttavia muuttujia eli kriteereitä.

Halusimme vielä selkiinnyttää, miten teoriaosuudessa esittelemämme hoivan eri ulottuvuudet ilmenevät elämänlaadun eri ulottuvuuksissa. Näimme tarpeellisena peilata mitkä elämänlaadun tekijät vaikuttavat hoivan eri ulottuvuuksiin. Listasimme elämänlaadun ulottuvuuksien tekijöiden viereen kohdennettuna teoriapohjastamme hoivan eri ulottuvuuksia kuvaavat tekijät.

Hoivan ulottuvuuksien peilaaminen elämänlaadun ulottuvuuksien muuttujiin antaa kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä siitä mitä mittareiden kysymyksissä tulisi ilmetä tarkastellessamme niiden soveltuvuutta.

Seuraavaksi listasimme kriteeristö taulukkoon vanhuspalvelulain asettamat toiminnan periaatteet ja lakia konkretisoivan laatusuosituksen suositukset. Uuden vanhuspalvelulain velvoitteet kertovat sen, mihin pitkäaikaishoivan toiminnalla tulisi pyrkiä, joten on tärkeää, että lain velvoitteet esiintyvät kriteeristössä. Lopuksi listasimme taulukkoon vielä ikääntyneiden selvityksissä esiinnousseet näkemykset niistä asioista, mitä heidän mielestään pitäisi sisältyä arviointiin. Kriteeristössämme (liite 2) esiintuodaan kaikki ne tekijät, jotka tulee ottaa huomioon mittareiden soveltuvuuden tarkastelussa.

Lopuksi vielä varmistimme, että muodostamassamme kriteeristössä olemme käyttäneet selkeitä ilmaisuja ja että se on ymmärrettävässä muodossa.

Laatimamme kriteeristö perustuu viimeisimpiin asiantuntijoiden tutkimustietoon ja tutkimuksiin, jotka on toteutettu pitkäaikaishoivan toimintaympäristössä, sekä vanhuspalvelulakiin. Kriteeristömme kuvaa, millaisilla asioilla eri elämänlaadun ulottuvuuksia voidaan mitata ja mitä asioita mittarissa tulisi olla, että se kattaisi kaikki elämänlaadun ulottuvuudet. Huusko ja Pitkälä (2006, 5) toteavat, että se mitä mitataan, niin sitä myös tuotetaan. Heidän mukaansa jos elämänlaatumittarit eivät mittaa ikääntyneille merkityksellisiä ulottuvuuksia, ei niitä myöskään ymmärretä kehittää.

4.3 Asiakaspalautemenetelmien ja -välineiden kartoittaminen ja esittely

Kriteeristön luomisen jälkeen kartoitimme iäkkäiden elämänlaatua mittaavia mittareita pitkäaikaishoivan toimintaympäristössä. Tutustuimme elämänlaadun mittaamista käsittelevään kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuihin sekä eri toimijoiden julkaisuihin ja hankkeisiin. Erityisesti eri tutkimukset antoivat tietoa elämänlaadun mittaamisessa käytetyistä mittareista ja niiden soveltuvuudesta. Elämänlaadun mittarit jakaantuivat erikoistuneisiin eli spesifeihin mittareihin ja yleisiin eli geneerisiin mittareihin. Spesifit mittarit ovat kehitetty mittaamaan tiettyjen sairauksien oireita

tai hoitojen vaikutuksia. Yleiset mittarit mittaavat yleisen terveydentilan mahdollistavaa toimintakykyä, niitä käytetään eri sairauksien hoidon yhteydessä arvioitaessa hoidon vaikuttavuutta. (Huusko & Pitkälä, 2006, 16–17.)

Totesimme hyvin pian, että mittareita, jotka mittaisivat kattavasti ikääntyneille tärkeitä kaikkia elämänlaadun ulottuvuuksia, oli vaikea löytää. Lisäksi mittaristot olivat suunniteltu ennen vanhuspalvelulain voimaantulemista, joten oli haasteellista löytää mittaria, jossa ilmenisi myös lain asettamat kaikki periaatteet pitkäaikaishoivan järjestämisessä.

Tutustuimme Toimia työvaliokunnan julkaisuun (Aalto, Korpilahti, Sainio, Malmivaara, Koskinen, Saarni, Valkeinen & Luoma 2013, 4, 8) jonka mukaan yleisimmät geneeriset elämänlaatumittarit ovat: RAND-35, 15D, WHOQOL-BREW, EQ-5D, sekä EuroHIS-8. Mittarit kartoittavat elämänlaatua pääasiassa terveydentilan ja toimintakyvyn näkökulmasta. Niissä keskitytään ikääntyneiden kannalta sairauden aiheuttamiin piirteisiin ja toiminnanvajaisiin. Niissä ei ole mukana elämänlaadun psyykkistä ulottuvuutta kuvaavia tekijöitä kuten tyytyväisyyttä elämään, kokemusta elämän merkityksellisyydestä ja itsearvostuksen kokemista. Niistä puuttuu myös keskeisiä elämänlaadun ympäristö- ja sosiaalisen ulottuvuuden kuvaavia tekijöitä. Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari WHOQOL-BREW sisältää kriteeristöämme elämänlaadun eri ulottuvuuksia mittaavia kysymyksiä, mutta siinä ei mitata yksinäisyyttä, yksityisyyttä, elämänhallintaa, valinnan mahdollisuutta eikä avun saantia. Mittari sisältää myös kysymyksiä, jotka eivät sovi pitkäaikaishoivan toimintaympäristöön, kuten oletteko tyytyväinen työkykyynne ja kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne, joka on intiimi kysymys ja voi aiheuttaa nolostumista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011–2014.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta löysimme ASCOT-mittarin, jonka lähtökohtana on asiakkaan näkökulma ja sitä voidaan käyttää myös kaikkein huonokuntoisimpien asukkaiden elämänlaadun arviointiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Mittari on monipuolinen ja vastaa monilta osin laatimaamme kriteeristöä. Mittarissa mitataan jokaista elämänlaadun ulottuvuutta ja kysymykset käsittelevät henkilökohtaista puhtautta ja hyvinvointia,

ruokaa ja juomaa, turvallisuutta, sosiaalista osallistumista ja osallisuutta, mielekästä tekemistä, asumisen siisteyttä ja viihtyvyyttä sekä arvokkuutta. Mittarin etuna on se, että asukkaan haastattelulomakkeen lisäksi myös hänen omaisilleen tai hoitohenkilökunnalle on laadittu oma haastattelulomake. Vaikka mittari huomioi monipuolisesti elämänlaadun eri osa-tekijöitä, mittari jää suppeaksi vähäisten kysymyksien määrän vuoksi. Mittarissa ei esiinny selvityksessä kartoittamiemme iäkkäiden toivomia yksityisyyttä tai kuntoutusmahdollisuuksia koskevia kysymyksiä. Kysymysten lisäksi lomakkeessa on myös havainnointilomake, mutta useammalla kysymyksellä saataisiin laajempaa ja realistisempaa tietoa asukkaan kokemasta elämänlaadusta.

Tutustuimme Care Keys -projektin eri tutkimuksiin, joissa testattiin ja pilotoitiin eri mittareita. Tutkimuksista esiin nousi projektissa kehitetty asiakashaastattelulomake CLINT- IC –mittari, jolla mitataan subjektiivista eli koettua elämänlaatua. Mittari mittaa laajasti elämänlaadun eri ulottuvuuksia, myös sen positiivista ulottuvuutta. (Räsänen 2011, 170.) Mittari on suunniteltu elämänlaadun mittaamiseen ympärivuorokautisessa hoivassa. Elämisen laatua ja hoivan laatua lähestytään monelta eri suunnalta, joten mittari on monipuolinen. Mittari sisältää kattavasti asettamamme kriteeristön ja siinä mitataan jokaista elämänlaadun ulottuvuutta usealla kysymyksellä. Kysymykset muodostavat kattavan kokonaiskuvan elämänlaadusta, vain joitakin kriteeristömme tekijöitä mittarissa ei ilmene. Kysymyksistä ei ilmene asukkaan yksityisyyden kunnioittamista eikä itsenäisyyden edistämistä.

CLINT-IC -mittari kattaa lähes kaikki ikääntyneiden selvityksissä esiin tulleet toiveet mitattavista asioista; turvallisuuden, viriketoiminnan, viihtyvyyden, yksinäisyyden kokemisen, yhteisöllisyyden ja asioiden tekemisen joita he itse arvostavat. Mittarissa ei esiinny kuitenkaan iäkkäiden toivomia yksityisyyttä ja kuntoutusmahdollisuutta mittaavia kysymyksiä. Vanhuspalvelulain edellyttämät pitkäaikaishoivan toiminnan periaatteet esiintyvät mittaristossa lähes kattavasti. Kysymyksillä saadaan kuvaus asukaan kokemasta elämän mielekkyydestä, arvokkuuden tunteen kokemisesta, turvallisuuden tunteen kokemisesta,

sosiaalisesta kanssakäymisestä, tyytyväisyydestä asumiseen yksin/jaetussa huoneessa, mahdollisuudesta osallistua mielekkääseen toimintaan ja toimintakyvyn tukemisesta.

Care Keys -Projektissa oli testattu myös PGMS mittaria, joka mittaa elämään tyytyväisyyttä. Mittari kohdistuu lähinnä kuitenkin vain yksipuolisesti psyykkisen elämänlaadun ulottuvuuden mittaamiseen. Kysymykset, joita mittarissa on, ovat kriteeristömme mukaisia psyykkisen elämänlaadun kysymyksiä ja yksi kysymys sosiaalisesta ulottuvuudesta. Mittarissa ei esiinny kriteeristömme fyysistä- ja ympäristöulottuvuutta mittaavia kysymyksiä. Mittari on kriteeristöömme peilaten aivan liian suppea. Sen etuna kuitenkin on, että sillä voidaan mitata myös keskivaikeasti muistisairaiden elämään tyytyväisyyttä. (Vaarama ym. 2006, 17).

Tutkimuksista nousi esille myös QUALID-mittari. Koska meille oli jo teoreettisen viitekehysemme pohjalta varmistunut, että vaikeasti dementoituneiden elämänlaadun mittaamiseen tarvitaan oma havainnointiin perustuva mittari, kartoitimme myös vaikeasti muistisairaille suunnattuja mittareita. QUALID-mittari on suunniteltu erityisesti vaikeasti ja keskivaikeasti muistisairaiden henkilöiden havainnointiin, havainnointia tehdään henkilön toiminnasta ja tunnetiloista. QUALID-mittarin yhteydessä voidaan lisäksi käyttää CORNELL-depressioseulaa, joka on dementoituneiden henkilöiden masennusta mittaava arviointimenetelmä. (Soini ym. 2008, 4). Räsänen (2011, 104) mukaan mittari soveltuu vaikeasti dementiaa sairastavien psyykkisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun havainnointiin. Mittari sisältää kriteeristömme jokaisesta elämänlaadun ulottuvuudesta havainnoitavia asioita. Kuten teoriapohjassamme esittelimme, dementoituneiden kohdalla elämänlaadun ulottuvuudet ovat samat kuin muillakin ikääntyneille, heillä vain painottuvat eri tekijät.

Löysimme ikääntyvien arjen ja elämänlaadun tutkimuksesta dementoituneiden havainnointimenetelmän DCM:n. Menetelmässä on ulkopuolinen havainnoitsija ja huomion kohteena on asiakkaan tekeminen, hyvinvointi sekä asiakkaan ja häntä hoitavien henkilöiden välillä tapahtuvat myönteiset ja asiattoman kohtelun tilanteet. Menetelmässä keskitytään kuitenkin liiaksi asiattoman kohtelun havainnointiin eikä riittävästi elämänlaadun ulottuvuuksien arviointiin.

Tavoitteemme oli löytää myös menetelmiä joilla voitaisiin, ikääntyneiden toiveen mukaisesti, antaa asiakaspalautetta ryhmässä. Haastatellessamme vanhusneuvoston kahta jäsentä keskustelusta nousi esiin asiakasraati -menetelmä, jossa toteutuu erityisesti ikääntyneiden mahdollisuus osallisuuteen.

Tutustuessamme asiakasraati menetelmään, totesimme että se soveltuu palautteen antamiseen ryhmässä pitkäaikaishoivan toimintaympäristössä. Asiakasraati-menetelmälle ei ole olemassa yhtä ainoata määritelmää, vaan se muovautuu aina käyttäjäryhmän mukaan. Kallio-Kökön, Nikusen, Pelanderin ja Kulmalan toimittamassa teoksessa "Asiakkaan ääni kuuluvaksi - Verkonkutoja-mittaristo ja asiakasraati laatutyön apuna" esitellään menetelmää. Asiakasraadın yhteydessä kehitettiin myös mittaristo, joka kuitenkin on niin suppea, että sitä emme nosta esille. Asiakasraati toimintamallia voidaan toteuttaa muillakin mittareilla.

Menetelmiä kartoittaessa löysimme asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta korostavan BIKVA-mallin. Mallin vahvuutena on asiakkaiden rooli oppimisen käynnistäjinä sekä arvioimisen tapahtuminen alhaalta ylöspäin, jolloin tieto kulkee asiakkailta työntekijöille aina johtoportaan ja poliittisiin päättäjiin saakka. (Krogstrup, 2004, 15.) Meillä oli etukäteistietoa laatupeli -ryhmähaastattelumenetelmästä. Laatupeli on kehitetty Hollannissa hoitokotien ja palvelukeskusten käyttöön. Suomeen käyttöoikeudet pelille on hankkinut Stakes. Pelin tarkoituksena on kerätä asiakkailta palautetta hoitoyhteisön toiminnan laadusta. Soitimme THL:n tiedustellaksemme laatupelin saatavuutta, mutta meille kerrottiin, ettei sitä enää tuoda maahan kustannussyistä. Tutustuimme myös Jelli-järjestötietokannan menetelmäoppaaseen, jossa esitellään erilaisia osallistavia arviointimenetelmiä. Menetelmät soveltuivat kuitenkin vain suppeasti tietyn toiminnan tai projektin arviointiin.

Päädyimme esittelemään toimeksiantajalle sekä välineitä että menetelmiä, koska ikääntyneiden selvityksissä esiin nousi heidän toiveensa antaa palautetta joko lomakkeen avulla tai ryhmämuotoisesti keskustelemalla. Välineistä valitsimme ASCOT-kysely ja havainnointilomakkeen sekä CLINT-IC-lomakkeen. Vaikeasti muistisairaiden asiakkaiden havainnointiin valikoitui QUALID-mittari ja sen yhteydessä lisäksi käytettävä CORNELL-arviointimenetelmä, jos halutaan tarkemmin selvittää dementoituneen henkilön masennuksen astetta. Menetelmistä

valitsimme BIKVA-mallin sekä vaihtoehdoksi Asiakasraati-toimintamallin. Menetelmien käyttämisellä asiakaspalautteen keräämisen keinona korostuu asiakaslähtöisyys ja osallisuus. Menetelmien käyttämisellä tuetaan myös asiakkaiden arvokkuuden tunnetta ja elämän kokemista mielekkäänä, sekä heidän sosiaalista toimintakykyään. Asiakaspalautteen kerääminen menetelmien avulla ei mahdollista kuitenkaan kaikkien asiakkaiden osallistumista, vaan niihin valikoituu pieni ryhmä.

4.3.1 CLINT-IC-mittari (lyhyt versio)

CLINT-IC-mittari (liite 3) on strukturoitu haastattelulomake, joka on tarkoitettu ympärivuorokautisen hoivan asiakkaille, joiden kognitiivinen taso mahdollistaa haastattelun. Mikäli MMSE-arvioinnin tulos on vähintään 16–18 pistettä, haastattelu voidaan tehdä. Asiakashaastattelulomake on Care Keys -mittaristoa, joka kehitettiin ja testattiin EU:n rahoittamassa projektissa vuosina 2003–2006. Mittariston teoreettinen viitekehys perustuu Care Keys -projektin arviointimalliin, hyvinvointituotantoteoriaan jossa hoitotyö nähdään elämänlaatua välittäväksi tekijäksi ja hyvinvointi lopputuotteena. Lomake sisältää henkilön taustatiedot, hoitoympäristön koetun laadun, koetun hoidon laadun, toimintakyvyn, avun tarpeen ja koetun elämänlaadun. Koettu elämänlaatu osio sisältää kolme kysymystä PGMS-mittarista ja 13 kysymystä WHOQOL-BREW-elämänlaatumittarista, jotka osoittautuivat Care Keys -projektin tutkimuksissa kaikkein tärkeimmiksi ikääntyneille ihmisille. (Räsänen 2011, 99, 104.)

Lomakkeen kysymykset sisältävät kokonaisuutena kaikki neljä ulottuvuutta, jotka mittaavat elämänlaadun fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja ympäristö ulottuvuutta. Fyysinen ulottuvuus mittaa fyysistä toimintakykyä ja tyytyväisyyttä terveydentilaan, sekä tyytyväisyyttä kykyyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja tarmokkuutta. Psyykkinen ulottuvuus mittaa psyykkistä hyvinvointia, tyytyväisyyttä itsen ja ulkomuotoon, sekä elämästä nauttimista. Sosiaalinen ulottuvuus mittaa sosiaalisia suhteita ja yksinäisyyden kokemista. Ympäristö ulottuvuus mittaa elinoloja, elinympäristön laatua ja turvallisuutta sekä palveluja.

Asiakashaastattelulomakkeeseen sisältyy yhdeksän hyvän hoivan laatu-
ulottuvuutta, jotka edesauttavat asiakkaan hyvää elämänlaatua: 1. hoivan
tarkoituksenmukaisuus, 2. hoivan 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.)

Mittarilla on tieteellisillä tutkimuksilla saatu pätevyysarvio, ja sen validiteetti ja
reliabiliteetti on Räsänen (sähköinen tiedonanto) mukaan hyvä. Mittari on ollut
käytössä useissa eri tutkimuksissa, joissa sen toistettavuus ja luotettavuus, sekä
toimivuus on myös Vaaraman ym (2008, 3) mukaan todettu hyväksi. Räsänen
pilotoi mittaria laajassa vuonna 2011 toteutetussa tutkimuksessaan, jossa tutkittiin
ikäntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa, sekä
hoivan ja johtamisen laadun merkitystä sille. Tutkimukseen osallistuneet kunnat
olivat Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Laukaa, Muurame, Keuruu,
Hankasalmi, Korpilahti, Petäjävesi, Uurainen, Toivakka ja Multia. Räsänen
toteaa tutkimuksessaan, että mittari kykeni arvioimaan laajasti elämänlaatua ja sen
positiivista ulottuvuutta. Hän näki mittarin etuna sen kyvyn mitata myös
ympäristön ulottuvuutta ja ikäntyneiden relevantteja sosiaalisen ulottuvuuden
alueita. Mittaaminen ei selvittänyt hänen mielestään riittävästi autonomiaa ja
valinnan mahdollisuuksia tai yksinäisyyden kokemista (Räsänen 2011, 170.)

Räsänen tutkimuksessa kerätty aineisto tallennettiin EXCEL taulukkolaskenta
ohjelmalla ja tilastotieteelliseen analyysiin suunnitellulla SPSS-ohjelmistolla.
Aineisto tarkastettiin ja muokattiin SPSS-ohjelmalla. Aineiston analysoinnissa
käytettiin SPSS- ja SAS-ohjelmia sekä kuvaamisessa ryhmien keskiarvoja ja
keskihajontoja sekä riippuvuuden osalta korrelaatio kertoimia. (Räsänen 2011,
100, 106.)

Mittaus voidaan toistaa samalla mittarilla ja tuloksia voidaan vertailla. Mittaria
voidaan käyttää kaikissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä, mikä
mahdollistaa myös yksiköiden välisen vertailun. Räsänen (2011, 177) mukaan
lyhennetty CLINT-IC-mittariversio on riittävä arkijohtamisen tarpeisiin, sillä
kysely on helppo toteuttaa käytännössä ja mittarin pisteytys on yksinkertainen.

Taustakysymysten lisäksi lomakkeessa on 46 kysymystä, joissa vastaustaulukko on viisiportainen. Elämänlaatuosion kokonaispistemäärä on 80. Räsänen (2011, 112) tutkimuksessa, koetun elämänlaadun summapisteyden keskiarvo oli 58,3 pistettä. Räsänen toteaa että tuloksen perusteella vanhusten elämänlaatua voidaan pitää keskinkertaisena. Elämänlaatupisteet saadaan laskemalla vastausten antamat pisteet yhteen. Pisteiden laskussa suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua. Jokaiselta elämänlaadun osa-alueelta voi laskea myös erilliset pisteet, jolloin saadaan kuva henkilön kokemasta elämänlaadusta kullakin ulottuvuudella. Pisteet voi myös skaalata asteikolla 0–100. Koko kyselylomakkeen maksimi pistemäärä on 203. Pistelaskussa suurempi pistemäärä tarkoittaa parempaa elämänlaatua, paitsi toimintakyky osiossa ja saatu apu osiossa. Niissä korkea pistemäärä tarkoittaa että asukas ei saa tarpeeksi apua. Kaikista osa-alueista voidaan laskea pistemäärä erikseen, jolloin saadaan yhden osa-alueen summanmuuttajat.

Tuloksista saadaan realistinen kuva asukkaiden kokemuksista hoivasta ja elämänlaadusta. Tulosten perusteella voidaan kehittää hoivan laatua eri osa-alueissa mahdollisimman hyvälle tasolle, huomioiden myös yksilöllisyys. Mittarin kysymykset ovat hyvin selkeitä ja ymmärrettäviä, lisäksi mittari on vapaassa käytössä.

Tarkistimme mittarin vapaan käytön ottamalla yhteyttä Riitta Räsäseen, joka vahvisti asian. Räsänen suositteli mittarin käyttöönottoa ja kehotti käyttämään sitä rinnakkain Qualid-mittarin kanssa. Hän kertoi puhelinkeskustelussa antavansa mittarin käyttöön koulutusta ja perehdyttämistä, sekä tutkimuksen toteuttamista ja analysointia ostopalveluna. Välitimme toimeksiantajalle hänen yhteystietonsa ja mahdollisuudesta käyttää hänen asiantuntijuuttaan mittarin pilotoinnissa. (Puhelinkeskustelu Räsänen kanssa 7.2.2014.)

4.3.2 Havainnointi QUALID-mittarilla

QUALID-mittari (liite 4) on spesifi mittari, joka on tarkoitettu jonkin tietyn sairauden yhteydessä olevan elämänlaadun mittaamiseen. Käytetään kun henkilö ei itse pysty arvioimaan luotettavasti omaa elämänlaatuaan sairautensa vuoksi.

Mittari on kehitetty vaikeasti ja keskivaikeasti muistisairaiden elämänlaadun mittaamiseen ja se sopii erityisesti ympärivuorokautisessa hoidossa olevien henkilöiden arviointiin. Mittarilla saadaan tilannekatsaus henkilön elämänlaadusta, ja se antaa arvokasta tietoa myös asukkaan voinnista. (Räsänen 2011, 104, 105.)

Mittari on kansainvälisesti validoitu ja se on käännetty Suomeksi yhteiseurooppalaisessa Care Keys -projektissa. Alkuperäinen mittari on englanninkielinen ja sen on kehittänyt Weiner yhteistyökumppaneineen vuonna 2000. (Vaarama & Ylönen 2006, 13.) Mittari on tarkoitettu muistisairaille, joiden MMSE-arvo (muistisairauden vaikeusaste) on 15 tai vähemmän. Jos MMSE-arvo on 16–18, haastattelun mahdollisuutta voi arvioida käyttämällä lisäksi RAVA-toimintakykyarviota. (Räsänen 2011, 99.)

Mittari on havainnointiin perustuva mittari, jossa muistisairaana elämänlaadusta tehdään päätelmiä ulkoisen käytöksen mukaan. Se perustuu käsitykseen että henkilön sisäiset tilat näyttäytyvät ulkoisena käytöksenä. Havainnointia tehdään pääasiassa henkilön toiminnan tasosta ja tunnetiloista. (Soini, Luoma, Muurinen, Varis 2008, 4.) Mittarilla arvioidaan havaittavaa käyttäytymistä 11 eri tilanteessa.

Arvioita henkilö saa havainnoinnin perusteella pisteitä, kokonaispistemäärän vaihteluväli on 11–55. Mitä pienemmän pistemäärän asukas saa, sitä paremmaksi hänen elämänlaatunsa on arvioitu. Havainnointien summapistemäärään keskiarvoa voi verrata omiin aiempiin tutkimuksiin ja toisten yksiköiden tuloksiin. (Vaarama & Ylönen 2006, 13.) Räsänen tutkimuksessa kaikkien havainnoitujen vanhusten pisteiden keskiarvo oli 23,9 pistettä. Räsänen toteaa että muistisairaiden elämänlaatua voi tuloksen mukaan pitää keskikertaisena ja tulos oli samansuuntainen kuin Helsingin vastaavassa tutkimuksessa (Soini ym. 2008), jossa se oli 22,4 pistettä. (Räsänen 2011, 128.) Helsingissä tehdyn muistisairaiden elämänlaatua mittaavan tutkimuksen tekijät toteavat että Suomessa aiemmin tehdyissä tutkimuksissa laitoshoidossa olevien Qualid summapisteen keskiarvo oli 21,77 pistettä (Soini ym. 2008, 4).

Arvioinnin perusteella voidaan kehittää muistisairaana hoitoa ja hoivaa, kuten levottomuuden vähentämiseksi, huolehtia ympäristön rauhallisuudesta

(TV:n käyttö, suunnittelu, taustamelun vähentäminen, musiikin ajallinen käyttö) kehittää kivun tunnistusta ja ottaa käyttöön lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja, kehittää ratkaisukeinoja joilla voidaan vähentää asukkaiden äänestä valitusta, vaikerointia ja huutamista sekä auttaa ärtyviä ja aggressiivisia. Havaintojen yhteenvedosta yksikkö saa käsityksen omasta toiminnastaan ja se voi suunnitella parannuskeinoja havaittuihin elämänlaadun puutteisiin. (Soini ym. 2008, 16 - 17.)

Arvioinnin voi tehdä omaiset tai omahoitaja. Mittarin käyttö edellyttää kuitenkin, että havainnoinnin suorittava henkilö on viettänyt arvioitavan henkilön kanssa riittävästi aikaa, tavallisimmin vähintään 30 tuntia 7 vuorokauden aikana. Havainnointiin perustuvat mittarit ovat alttiita mittausvirheille, koska toiset havainnoijat ovat herkempiä havaitsemaan käyttäytymisen vivahde-eroja. Toistomittauksen luotettavuutta voidaan parantaa käyttämällä aina samaa asiakkaan hyvin tuntevaa henkilöä. Mittari on helppokäyttöinen ja lyhyt, havainnointiin kuluu aikaa vain 5–10 minuuttia. (Soini ym. 2008, 4.)

Mittari jakautuu taustatieto-osioon ja varsinaiseen elämänlaatuosioon, jossa on 11 kysymystä. Asteikko on viisiportainen. Keskeisiä havainnoitavia asioita ovat elämänlaatua kuvaavat asiat, mielialaan liittyvät oireet, käyttäytymiseen liittyvät häiriöt ja fyysiset oireet. (Räsänen 2011, 104 – 105.) Elämänlaatu osiossa havainnoitavia asioita ovat: Asukas hymyilee - Asukas vaikuttaa surulliselta - Asukas itkee - asukkaan ilmeet kertovat levottomuudesta, on onneton tai kipuja - Asukkaalla näyttää olevan fyysisesti epämiellyttävä olo - Asukas äänitelee/ valittaa/vaikeroi/ huutaa - Asukas on helposti ärtyvä tai aggressiivinen - Asukas nauttii syömisestä - Asukas nauttii koskettamisesta - Asukas nauttii muiden seurasta tai kanssakäymisestä - Asukas vaikuttaa rauhalliselta ja tyytyväiseltä (Soini ym. 2008, 9–14.)

Räsänen (2011, 177) mukaan Qualid-mittari ilmentää huonokuntoisten ikääntyneiden elämänlaadun tärkeyden. Mittarin käyttö lisää hoivassa hänen mukaansa yleensäkin laadun arvostusta. Mittarin huonona puolena Räsänen pitää mittarin rajallista kykyä mitata elämänlaadun ulottuvuuksia, jotka ovat tutkimusten mukaan tärkeitä täysin toisten avun varassa oleville vanhuksille, kuten terveys, hyvinvointi, avun tarve, elämänkokemukset, arvostus, yksityisyys

ja yhteisöllisyys. Hän näkee ongelmaksi myös sen, miten voidaan arvioida subjektiivisia osa-alueita tai hoitajien toimintaa.

QUALID-mittarin tukena voidaan dementoituneen masennuksen syvyyttä arvioida CORNELL-arviointimenetelmällä. Se mittaa ikääntyneiden dementoituneiden depressio-oireita ja tunnistaa niiden vaikeusasteen. Arviointia voidaan tehdä haastattelemalla tai havainnoimalla. CORNELL on validi mittari dementoituneiden ja ei- dementoituneiden ikääntyneiden masennuksen seulonnassa. Mittarissa on 19 kysymystä jotka kuvaavat masentuneisuutta viidellä osa-alueella; mielialaan liittyviä oireita, käyttäytymiseen liittyviä oireita, fyysisiä oireita, säännöllisesti toistuvia ilmiöitä sekä vääriä mielikuvia. Asiakkaalla esiintyviä oireita ja löydöksiä arvioidaan havainnointia edeltäneen viikon perusteella. (Räsänen 2011, 105.)

Arviointi asteikko on: oireita ei esiinny (0 pistettä), lievä oireilu (1 piste) ja vakava oireilu (2 pistettä). Kokonaispistemäärä on 0-38 pistettä. Yhteispistemäärä mittarilla on >10, joka viittaa mahdolliseen vakavaan masennukseen, yhteispistemäärä >18 viittaa vakavaan masennukseen ja < 6 viittaa vakavien depressio-oireiden puuttumiseen. (Räsänen 2011, 105.)

4.3.3 Asiakasraati

Asiakasraati on kehitetty Varsinais-Suomessa toteutetussa Verkonkutoja-hankkeessa. Se on asiakaslähtöinen toimintamalli, jolla voidaan aktivoida asiakkaat palveluiden ideoimiseen, arviointiin ja kehittämiseen. Hankkeessa kehitettiin myös laatumittarit, joiden tuloksia käsitellään yksikkökohtaisesti asiakas-raadeissa. Raateihin voi osallistua asiakkaat, heidän omaisensa, yrityksen johto, henkilökunnan edustajat ja ostavan kunnan edustaja. Asiakasraadissa läpikäydään mittarilla saadut tulokset yrityskohtaisesti läpi osa-alueittain. Palautteiden pohjalta käydään keskustelua ja kehittämis ehdotukset kirjataan muistioon. Muistio toimitetaan tiedoksi kaikille osapuolille ja kehittämis ehdotusten toteutuminen tarkistetaan aina seuraavassa asiakasraadissa. Asiakasraati voi kokoontua vuosittain tai asian niin vaatiessa aikaisemmin. Asiakasraati vahvistaa asiakkaan osallisuutta ja asiakastyytyväisyys saadaan

dokumentoitua systemaattisen seurannan ja kehittämisen apuvälineeksi. Asiakasraati on väline jolla palveluntuottaja voi seurata toiminnan laatua ja kehittää toimintaa. Asiakasraati mallissa korostuu avoimuus ja läpinäkyvyys. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2011.)

Asiakasraati tai käyttäjäneuvosto on palvelun käyttäjistä muodostuva noin 10 hengen ryhmä, jonka tehtävänä on keskustella järjestettävistä palveluista niistä vastaavien henkilöiden kanssa. Asiakasraadin tehtävänä on antaa suoraa palautetta palvelujen laadusta ja tehdä ehdotuksia niiden kehittämiseksi ja parantamiseksi. Asiakasraati ei tee päätöksiä, vaan se toimii neuvoa-antavana elimenä. (Halttunen-Sommardahl 2008, 9.)

Verkonkutoja-hankkeessa pilotoitiin asiakasraatia. Pilotoinnissa raati koostui asiakkaista, heidän omaisistaan tai huoltajistaan sekä palveluja ostavan kunnan tai kuntien sekä yrityksen johdon ja henkilökunnan edustajista. Asiakasraadin tarkoituksena oli käsitellä systemaattisesti asiakas- ja henkilökuntapalautteita. Osallistuminen oli vapaaehtoista, ja raati koostui 12–15 edustajasta. Raportti palautteiden tuloksista toimitettiin yrityksen johdolle ja henkilökunnalle sekä kunnan edustajille hyvissä ajoin ennen raadin kokoontumista, ja asukkaille ja heidän omaisilleen tulokset esiteltiin vasta raadissa. Ensimmäisen asiakasraadın jälkeen päätettiin, että asukkaat ja heidän omaiset kutsuttiin paikalle puoli tuntia ennen raadin alkua, jolloin puheenjohtaja tutustutti heidät palautteiden tuloksiin. Asiakasraadın kannalta puheenjohtajan merkitys oli merkittävä, sillä hän toi keskusteluun keskeisimmät tulokset sekä aktivoi asiakasraatiin osallistujia keskusteluun. Asiakasraadista saatujen kokemusten perusteella haasteeksi nousi asiakasedustajien valinta, sillä monella vanhuksella kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen voi toimia esteenä raatiin osallistumiselle. Huomiota kiinnitettiin myös raadin kokoon, sillä liian suuri ryhmäkoko estää aktiivisen ja kaikkia osallistujia tasapuolisesti huomioon ottavan keskustelun. Asiakasraadın vahvuusiksi lueteltiin muun muassa avoimuus, tasapuolisuus ja oikeudenmukaisuus. (Kallio-Kökkö & Kulmala 2012, 30 – 34.)

4.3.4 ASCOT-mittari

Professori Ann Nettenin työn tuloksena syntynyt ASCOT-mittari (Adult Social Care Outcome Toolkit) on kehitetty hoivan avulla tavoitellun elämänlaadun mittaamiseksi. Lähtökohtana on asiakkaan näkökulma, ja mittarin avulla voidaan arvioida myös huonokuntoisimpien asukkaiden elämänlaatua. ASCOT koostuu kysely- ja havainnointilomakkeista, ja niiden avulla mitataan henkilökohtaista puhtautta, ruokaa ja juomaa, turvallisuutta, asumisen siisteyttä ja miellyttävyyttä, sosiaalista osallistumista ja osallisuutta, arjen hallintaa, mielekästä tekemistä sekä kohtelun arvokkuutta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Tehostetun palveluasumisen yksikölle soveltuu ASCOT:in CH3-mittari, jossa mitataan sekä senhetkistä (current SCRqL) että oletettua (ilman hoivaa; expected SCRqL) hoivaan liittyvää elämänlaatua. Haastattelulomakkeessa on kolme vastausvaihtoehtoa, sekä havainnointilomake. CH3-kokonaisuuteen kuuluvat sekä asukkaan CHResidentINT3-haastattelulomake sekä CHINT3-haastattelulomake, joka on tarkoitettu asukkaan omaiselle tai henkilökunnalle. (ASCOT.)

Suomessa lomakkeita on testattu muun muassa Diakissa sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamassa arviointitutkimuksessa. Toistaiseksi suomalaista hyötypainoa ei ole käytettävissä, joten käytettävät hyötypainot ovat brittiläisen väestön hyötypainoja. Suomalaisissa olosuhteissa ei ole varmistettu mittarin validiteettia tai reliabiliteettia. (ASCOT.)

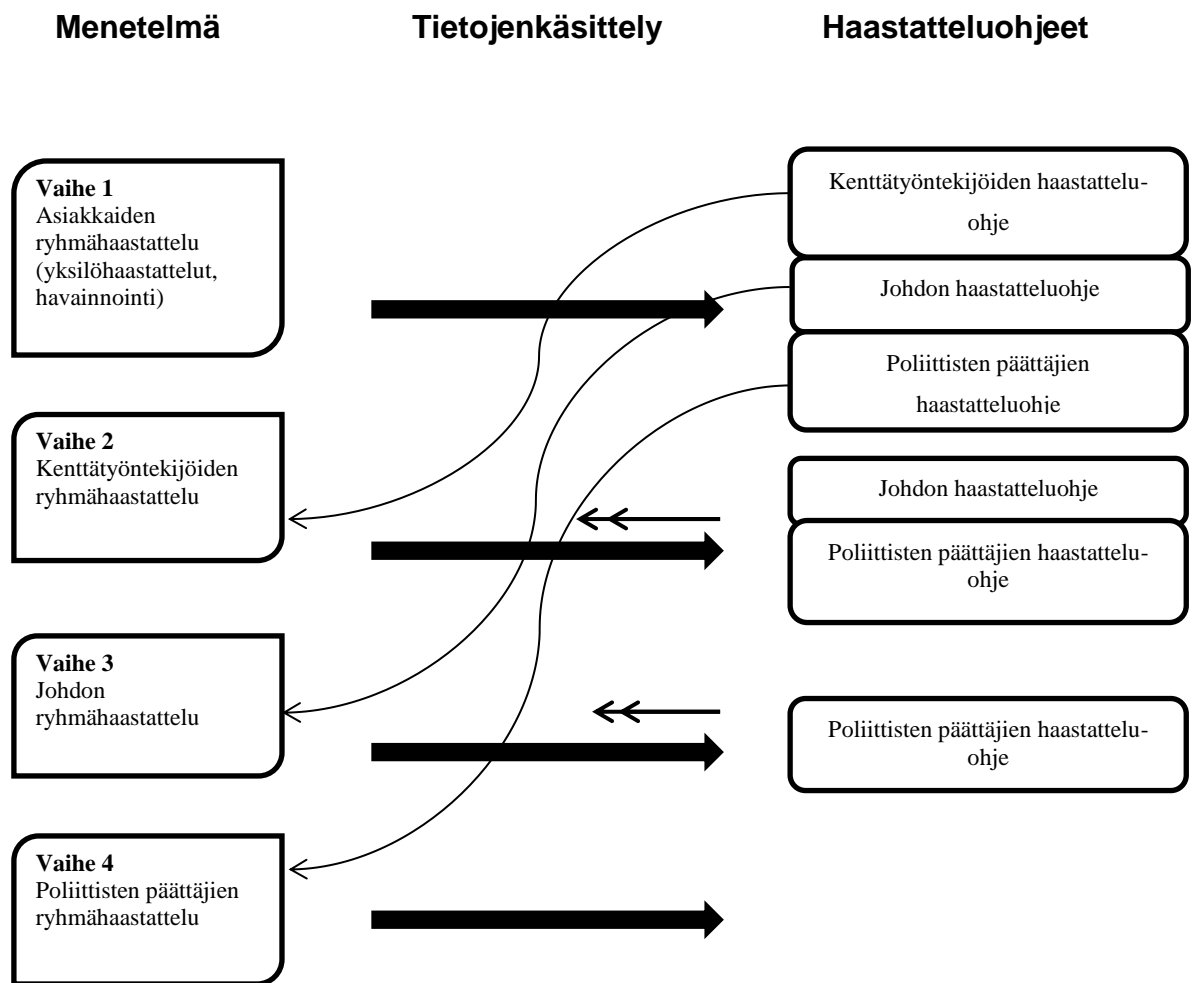
ASCOT-mittarissa hoivan tuottamaa elämänlaatua kuvaa yksi indeksiluku, joka saadaan painottamalla mittarin osa-alueita hyötypainoilla. Hyötypainoja on mitattu hyödyntämällä best-worst menetelmää (2, 3, 4, 5). sekä diskreetin valinnan kokeessa (1). Englannissa suoritettujen tutkimusten pohjalta on tultu siihen tulokseen, että hoivaan liittyvä elämänlaatu vaihtelee arvojen -0,17 ja 1 välillä. Mittari tunnistaa myös kuolemaa huonomman elämänlaadun, sillä 0 vastaa kuolemaa. Vaikuttavuutta mitataan ASCOT-mittarissa arvioimalla elämänlaatua palvelujen kanssa ja ilman niitä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

4.3.5 BIKVA-malli

BIKVA-malli on tanskalaisen Hanne Krogstrupin kehittämä asiakaslähtöinen arviointimalli. BIKVA on lyhenne, joka suomeksi käännettynä tarkoittaa asiakkaiden osallisuutta laadunvarmistajana. Tavoitteena on ottaa asiakkaat mukaan arviointiin, jolloin asiakkaiden ongelmien ymmärtämisen ja julkisen intervention väliin syntyy yhteys. BIKVA-mallissa asiakkaat määrittelevät arviointikysymykset omien kriteeriensä pohjalta. Asiakkaiden osallistamisella saadaan uusien ideoiden lisäksi esiin sellaisia ongelmakenttiä, joista kenttätöntekijät, johtajat tai poliittiset päättäjät eivät ole tietoisia. BIKVA-malli perustuu sille ajatukselle, että asukkaiden kiinnostuksen kohteita, prioriteetteja ja valmiuksia on kunnioitettava. (Krogstrup 2004, 7-8.)

BIKVA-mallissa oppiminen alkaa asiakkaiden avoimella ryhmähaastattelulla, jossa asiakkailla on mahdollisuus ilmaista mielipiteitään ja näkemyksiään sosiaalityöstä omasta näkökulmastaan. Esiin tulleet kuvaukset esitellään muille sidosryhmille. Asiakkaiden ryhmähaastattelun jälkeen haastatellaan kenttätöntekijöitä. Heidän mielipiteensä on tärkeä, koska heillä voi olla sellaisia erityisiä ja oikeutettuja näkemyksiä, jotka tulee huomioida lainsäädännössä ja poliittisessa päätöksenteossa, sekä yleistä etua ja yhteisiä näkökohtia punnittaessa. Kenttätöntekijöitä haastatteleamalla saadaan kuulla heidän mielipiteensä siitä kuinka työolosuhteet, kuten työorganisaation kulttuuri, rakenne ja prosessit vaikuttavat heidän työhönsä. BIKVA-mallissa osallistetaan myös johtajia ja poliittisia päättäjiä, mutta mallin mukaan heille tulee esittää vain sellainen saatu palaute, johon he voivat vaikuttaa ja heillä on toimivaltaa. (Krogstrup 2004, 8.)

BIKVA-mallin ja erityisesti kenttätöntekijöiden päätavoitteena on oppiminen ja kehittyminen. Haastattelujen avulla pyritään selvittämään millä eri tavoilla päivittäiset ilmiöt koetaan ja millaisia merkityksiä niille annetaan. Asukkaita haastatteleamalla saadaan kuvaus siitä miten he kokevat arkensa henkilökohtaisella tasolla. (Krogstrup 2004, 10, 13.)



Kuvio 3. BIKVA-MALLI (Krogstrup 2004, 16)

Kuviossa 3 vasemmalla ovat esitettyinä arviointiin osallistuvat sidosryhmät ja käytetty menetelmä. Paksut vaakasuorat nuolet osoittavat, kuinka haastattelutietojen käsittelyn perusteella laaditaan haastatteluohje seuraavalle taholle. Ohuemmat kaarevat nuolet osoittavat sen sidosryhmän, jolle haastatteluohje on tarkoitettu, esimerkiksi kenttätyöntekijöille on tarkoitettu heidän toimintatapaan koskeva asiakkaiden palaute ja hallintojohdolle heidän toimintatapaan koskeva asiakkaiden sekä kenttätyöntekijöiden palaute.

Käytännössä eteneminen on jokaisessa vaiheessa sama:

1. Valitaan arviointiin osallistuvat sidosryhmät (asiakkaat, kenttätyöntekijät, johtajat, poliittiset päättäjät).
 2. Sovitaan ja tiedotetaan ryhmähaastattelusta.
 3. Toteutetaan ryhmähaastattelu sidosryhmien kanssa.
 4. Käsitellään ryhmähaastattelun tietoja.
 5. Systematisoidaan haastattelusta saatu palaute.
 6. Laaditaan haastatteluohje seuraavalle sidosryhmälle.
- (Krogrstup 2004, 16.)

4.4 Mittareiden esittely toimeksiantajalle

Olimme sopineet toimeksiantajan kanssa tapaamisen helmikuulle ja tapaamisen tarkoituksena oli esitellä hänelle kartoittamamme asiakaspalautemenetelmät. Päivää ennen tapaamista saimme kuitenkin tiedon, että toimeksiantajamme on estynyt ja hän ehdotti meille tapaamista koti- ja asumispalvelujen päällikön kanssa. Olimme toimeksiantajamme ehdottamaan päällikköön yhteyttä puhelimitse ja saimme sovittua tapaamisen samalle ajankohdalle kuin mitä olimme sopineet toimeksiantajamme kanssa.

Koska koti- ja asumispalvelujen päällikkö tiesi ainoastaan vähän opinnäytetyöstämme, aloitimme tapaamisen esittelemällä itsemme ja meneillä olevan työmme. Kerroimme toimeksiantajan esittämät toivomukset opinnäytetyömme suhteen, sekä selvityksissä esiintulleet asiat. Perustelimme valittuja asiakaspalautemenetelmiä selvitysten ja toimeksiantajan toiveiden lisäksi myös näkökulmalla joka jonka pohjalta kriteeristöimme muodostui.

Olimme varautuneet tapaamiseen tulostamalla esittelemämme mittarit, sekä kirjoittamalla jokaisesta välineestä ja menetelmästä selkeän esitelmän. Toimme esiin mittareiden hyviä sekä huonoja puolia, joita olimme joko itse havainneet tai jotka olivat nousseet esiin tutkimuksien yhteydessä. Kävimme keskustelua mittareiden soveltuvuudesta kohderyhmälle.

Kun olimme esitelleet kaikki menetelmämme, koti- ja asumispalvelujen päällikkö valitsi QUALID-elämänlaatumittarin ja CLINT-IC-kyselylomakkeen esiteltäväksi yksiköiden esimiesten palaveriin. Näiden mittareiden lisäksi hän kiinnostui BIKVA-mallista hyödynnettäväksi omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä. Sovimme, että hän ottaa meihin yhteyttä 18.2 pidettävän palaverin jälkeen ja kertoo siellä tehdyistä päätöksistä. Esitimme hänelle toiveen palautteen saamisesta ja hän lupasi samassa yhteydessä kun kertoo palaverin päätöksestä, antaa meille myös kirjallisen palautteen.

Saimme koti- ja asumispalveluiden päälliköltä palautteen sähköpostitse 22.2.2014. Palautteessa hän totesi, että olimme perehtyneet hyviin mittareihin ja huomioineet monipuolisesti mittareiden ominaisuuksia. Hän näki hyvänä myös sen, että olimme kartoittaneet asiakkaiden toiveita palautteen antamisen suhteen ja ymmärryksemme heitä kohtaan välittyi työskentelystämme. Heillä on aikomus hyödyntää CLINT-IC haastattelulomaketta ja vaikeasti muistisairaiden havainnointiin perustuvaa QUALID –mittaria. Mittarit olivat yksiköiden esimiesten mielestä hyviä ja soveltuivat heidän käyttöönsä. Palautteessa toivottiin, että raportissamme pohtisimme vielä mittareiden tieteellistä viitekehystä. Palautteensaannin jälkeen etsimme lisää tietoa mittareiden luotettavuudesta, toistettavuudesta sekä vertailtavuudesta.

5 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää uusi asiakaspalautteen keräämisen väline tai menetelmä peruspalvelukeskus Oivan tehostetun palveluasumisen yksiköille osaksi heidän omavalvontaansa. Asiakaspalautemenetelmän löytäminen oli ajankohtaista, koska omavalvonta tulee voimaan vuoden 2015 alusta ja sitä varten toimintayksiköiden on kehitettävä palveluita niitä saavien ikääntyneiden, henkilökunnan ja omaisten antaman palautteen perusteella. (Valvira 2013; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, 23§.) Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen, koska pyyntö uuden asiakaspalautemenetelmän löytämiselle tuli peruspalvelukeskus Oivan koti- ja asumispalvelujen johtajalta.

Opinnäytetyömme lähtökohtana oli uusi vanhuspalvelulaki. Tämä laki on mielestämme erinomainen edistysaskel ikääntyneiden kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen huomioimiseen. Olemme kumpikin työskennelleet ikääntyneiden pitkäaikaishoivassa ja todenneet, että työskentely saattaa olla vielä varsin hoitopainotteista. Uusi vanhuspalvelulaki ohjaa uuteen ajattelutapaan, jossa korostetaan ikääntyneiden kokonaisvaltaista hyvinvointia. Enää ei riitä pelkästään hyvä hoito, vaan huomiota pitää kiinnittää kokonaisvaltaisen elämänlaadun varmistamiseen. Arjen elämän tulee olla laadukasta, ja siihen vaikuttavat erityisesti ihmissuhteet sekä iäkkään vaikutusmahdollisuudet oman arkensa sisältöön.

Asetimme opinnäytetyöllemme tavoitteiksi ikääntyneiden mielipiteiden kartoittamisen, kriteeristön luomisen sekä käytössä olevien asiakaspalautejärjestelmien kartoittamisen. Päämääränä meillä oli löytää kriteeristömme pohjalta tehostetun palveluasumisen toimintaympäristöön soveltuva helppokäyttöinen mittari, jolla Oivan tehostetun palveluasumisen yksiköt pystyvät, toimeksiantajan toiveen mukaisesti, omilla resursseillaan toteuttamaan mittaamisen.

Ikääntyneiden mielipiteiden kartoittamista varten tapasimme kaksi vanhusneuvoston jäsentä sekä kymmenen tehostetun palveluasumisen asukasta. Asiakkaiden osallistaminen oli meille tärkeää, sillä kartoittamalla heidän mielipiteitään he saivat mahdollisuuden vaikuttaa palvelujen kehittämiseen. Huomioimme selvityksissä saadut mielipiteet luomassamme kriteeristössä ja asiakaspalautemenetelmien kartoittamisessa.

Näkökulmana kriteeristöllemme pidimme Care Keys -projektin viitekehystä, jossa nähdään elämänlaadun neljän ulottuvuuden olevan tärkeitä pitkäaikaishoivan asukkaan elämänlaadun kokonaisuudelle ja asukkaan kokeman elämänlaadun olevan suhteessa hoivan laatuun. Laadimme kriteeristön, jossa lähtökohtana olivat elämänlaadun fyysinen-, sosiaalinen-, psyykinen- ja ympäristöulottuvuudet. Kriteeristössämme huomioimme myös hoivan ulottuvuudet ja vanhuspalvelulain periaatteet, ikääntyneiden laatusuosituksen, sekä selvityksissä esiin nousseet iäkkäiden toiveet. Onnistuimme mielestämme luomaan kattavan kriteeristön, jonka perusteella pystyimme tarkastelemaan kartoittamiemme asiakaspalautejärjestelmien soveltuvuutta.

Elämänlaadun arviointiin on olemassa paljon erilaisia mittareita, mutta oli haasteellista löytää mittareita, jotka huomioivat nimenomaan palveluasumisen asukkaille merkityksellisiä elämänlaadun ulottuvuuksia. Mittarit eivät huomioi sitä, että ikääntyneiden kannalta merkitykselliset elämänlaadun ulottuvuudet eroavat työikäisten elämänlaadun ulottuvuuksista. (Huusko, Strandberg & Pitkälä 2006, 2.) Huomasimme myös, että useimmissa mittareissa korostetaan asukkaan sairauksia tai muita toiminnanvajeita. Positiivisia ulottuvuuksia, kuten elämän merkityksellisyyttä tai elämään tyytyväisyyttä ei juurikaan huomioitu. Iäkkäille suunnatun mittarin tulisi Vaapion (2009, 19) mukaan olla suunniteltu iäkkäitä varten, sekä siihen kontekstiin ja kulttuuriin jossa sitä käytetään. Hyvän elämänlaatumittarin ominaisuuksia ovat selkeys, ymmärrettävyys sekä nopea täytettävyys ja luotettavuus toistomittauksissa. Omasta mielestämme onnistuimme löytämään pitkäaikaishoivan toimintaympäristöön sopivat mittarit, joilla voidaan mitata myös kognitiiviselta tasoltaan heikentyneiden ikääntyneiden elämänlaatua. Mittarit ovat helppokäyttöisiä, ja selkeitä. Niiden reliabiliteetti sekä validiteetti ovat todettu tieteellisissä tutkimuksissa hyväksi, sekä ne ovat toteutettavissa

toimeksiantajan edellyttämällä resursseilla. Toimeksiantajan palautteen perusteella voidaan todeta, että myös he olivat tyytyväisiä lopputulokseen.

Koimme opinnäytetyöprosessin ajoittain haastavana. Prosessi vaati meiltä perehtymistä vanhuspäalvelulakiin, palveluasumisen hoivan laatuun, elämänlaatuun ja sen käsitteeseen sekä asiakaspalautejärjestelmiin. Läpikävimme monia eri tutkimuksia ja kirjallisuutta. Työmme kannalta oli todella tärkeää, että aihe pysyi hyvin rajattuna ja ainoastaan oleelliset asiat nostettiin esille.

Kirjoittamaamme tekstiä syntyi opinnäytetyö prosessin aikana runsaasti ja lopulliseen raporttiin jouduimme tarkkaan miettimään tekstin rajausta. Aikataulullisesti sekä sisällöllisesti opinnäytetyö eteni melko samaa tahtia suunnitelman mukaisesti. Jäimme jälkeen suunniteltua aikataulua noin kuukauden verran. Tähän vaikuttivat muun muassa yhteisen ajan löytämisen haastavuus sekä odottamiseen vaadittu aika, ennen kuin palvelutalon asukkaiden mielipiteiden kartoittaminen voitiin suorittaa. Huomasimme myös asiakaspalautemenetelmiä kartoittaessamme, että resurssimme eivät tule enää riittämään niiden esitestaamiseen. Tämän vuoksi päätimme jättää esitestauksen pois.

Suomessa tulee tulevaisuudessa olemaan paljon ikääntyneitä, ja myös tehostettua palveluasumista tarvitaan. Koska osa ikääntyneistä viettää viimeiset elinvuotensa ulkopuolisen hoivan piirissä, on tärkeää panostaa hoivan kehittämiseen sekä huomioida asukkaan kokemaan elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Hyvällä ja laadukkaalla arjessa tehtävällä hoivalla tuetaan asukkaiden hyvää elämänlaatua. Palveluasumisen laadun mittaamisen avulla mahdollistetaan arvokkaan loppuelämän turvaaminen.

Koska opinnäytetyömme laajuus ei mahdollistanut enää valittujen mittareiden esitestaamista, mittareiden pilotointi tehostetun palveluasumisen yksikössä olisi hyvä opinnäytetyön aihe jollekin opiskelijalle. Toinen ehdotuksemme on tutkimus siitä, kuinka asiakaspalautteella saadun palautteen käsitteleminen voisi olla mahdollisimman tehokasta ja työyksikön kannalta hyödyllistä. On valitettavaa, jos asiakaspalautetta kerätään ainoastaan lain velvoittamana, mutta saatuja palautteita ei hyödynnetä palvelujen laadun parantamisessa tai yksiköiden kehittämistoiminnassa.

LÄHTEET

- Aalto, A-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M-L. 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa [viitattu 16.2.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia_QOL_suositus_131031.pdf
- Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto, K.R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimismateriaalit Oy.
- Airaksinen, T. 2009. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä [viitattu 21.3.2014]. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakesin raportteja 14/2007. Helsinki: Valopaino Oy.
- Ascot. Adult social care outcomes toolkit. 2014.[Viitattu 8.2.2014]. Saatavissa: www.pssru.ac.uk/ascot/finnish/
- Bowling, A. 2005. Ageing well. Quality of Life in Old Age. Berkshire: Open University Press
- Eskola, J. 2014. Viisas päättäjä tarvitsee jämäkän asiantuntijalaitoksen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 8.1.2014]. Saatavissa: <https://blogi.thl.fi/web/guest/>
- Hirsijärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Tammi.
- Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Yhteiskuntatieteiden pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Huusko & Pitkälä. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Huusko, T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen

kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti 12. Helsinki: Gummeruksen kirjapaino Oy, 9–23.

Jyrkämä, J. 2003. Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa: Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: WS Bookwell Oy.

Kallio-Kökkö, S. & Kulmala, A. 2012. Asiakasraati laadun varmistajana. Teoksessa: Kallio-Kökkö, S., Nikunen, S., Pelander, T. & Kulmala, A. (toim.) 2012. Asiakkaan ääni kuuluvaksi. Verkonkutoja-mittaristo ja Asiakasraati laatutyön apuna. Turun Ammattikorkeakoulun raportteja [viitattu 31.1.2014]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162885.pdf>

Korkman, O. & Arantola, H. 2009. Arki – eväitä uuteen asiakaslähtöisyyteen. Juva: WS Bookwell Oy.

Krogstrup, H.K. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt - menetelmä käsikirja [viitattu 8.2.2014]. Saatavissa: [/www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75625/bikva.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75625/bikva.pdf?sequence=1)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11 [viitattu 1.11.2013]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3 [viitattu 28.10.2013]. Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf=ikaihminen_palveluiden_laatusuositus_fi.pdf.

Laine, J. 2005. Laatua ja tuotannollista tehokkuutta. Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes, tutkimuksia 151. Saarijärvi: Gummerus

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalviteista 980/2012.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987.

Lamminniemi, T. & Nurminen, K. 2008. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu [viitattu 18.11.2013]. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18757/URN_NBN_fi_jyu-200807045586.pdf?sequence=1

Lehtosalo, T. 2011. Itsemääräämisoikeus vanhusten palveluasumisessa. Etnografinen tutkimus asukkaiden kokemuksista osallistua omaan arkeensa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Loppi, S. 2006. Globalisoituvat hoivapalvelut. Vertaileva tutkimus vanhusten hoivasta ja kohtelusta tehostetussa palveluasumisessa Pielisen-Karjalassa. Terveystieteiden pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto.

Muurinen, S., Vaarama, M., Haapaniemi, H., Mikkilä, S., Hertto, P. & Luoma M-L. 2006. Vanhainkotiasukkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Helsinki.

Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Notko, T. 2007. Asiakslähtöisyys iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien tukemisessa. Teoksessa: Seppänen, M., Karisto, A., Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: WS Bookwell Oy, 235–252.

Peruspalvelukeskus Oiva. 2011a. Läntinen perusturvapiiri [viitattu 5.11.2013]. Saatavissa: http://www.oivappk.fi/fi/sosiaali-ja_perusterveydenhuollon_palvelut/hallinto_ja_talous/organisaatio

Peruspalvelukeskus Oiva. 2011b. Vanhusten palvelut [viitattu 5.11.2013].

Saatavissa:

www.oivappk.fi/fi/sosiaali_ ja_ perusterveydenhuollon_ palvelut/ vanhusten_ palvelut

Rautio, N. 2006. Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Rautsiala, T. 2013. Koti- ja asumispalveluiden johtaja. Peruspalvelukeskus Oiva. Suullinen tiedonanto 27.9.2013.

Rissanen, T. 2006. Hyvän palvelun kehittäminen. Vaasa: Pohjantähti Polestar Ltd

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa, sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Tampere: Juvenes Print

Räsänen, R. 2012. Ikäihmisten palvelutarpeiden arviointi [viitattu 24.11.2013].

Saatavissa:

http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/lappi/juurruttaminen/vanhustyjohtaminen/121112_johtkehy/Palvelutarpeenarviointi.pdf

Saarenheimo, M. 2010. Yhteiskunta ja ihmisen osallisuus ikääntyessä [viitattu 14.1.2014]. Saatavissa:

http://phekaisevatyo.pbworks.com/f/yhteiskunta_ ja_ ihmisen_ osallisuus_ ikaantye_ssa.pdf

Saks, K., Tiit, E-M., Muurinen, S. Mukkila, S., Frommelt, M. & Hammond M. 2008. Quality of life in institutional care. Teoksessa: Vaarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. Care-related quality of life in old age. New York: Springer Science+Business Media, LLC [viitattu 23.11.2013] Saatavissa:

http://ners.unair.ac.id/materikuliah/ebooksclub.org_Care_Related_Quality_of_Life_in_Old_Age_Concepts_Models_and_Empirical_Findings.pdf

Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyö. Avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta [viitattu 3.11.2013]. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161475.pdf>

Seppänen, M. Simonen M & Valve, R. 2009. Ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Kuvaus kehittämisprosessista ja arviointimallista [viitattu: 1.12.2013]. Saatavissa:

http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Sosiaalinen_toimintakyky_raportti_031109.pdf

Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen. Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveysten ja hyvinvointikeskuksen raportteja 34/2010. Helsinki.

Sisäasiainministeriön julkaisuja 49/2006. Lääninhallituksen asiakaspalautejärjestelmä [viitattu 10.10.2013]. Sisäasiainministeriö. Saatavissa: <http://www.intermin.fi/julkaisu/492006?docID=25170>

Soini, H., Luoma, M-L., Muurinen, S. & Varis, M. 2008. Muistisairaiden elämänlaadun mittaus. Havainnointi QUALID-mittaria käyttäen Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa vuonna 2008. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto [viitattu 25.1.2014]. Saatavissa: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/53e0cc804a1563d99753f7b546fc4d01/tutkimukia_6.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=53e0cc804a1563d99753f7b546fc4d01

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

Sosiaalihuoltolaki 710/1982.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Tiedote 137/2013. Laatusuositus tukee ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palveluiden parantamista. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 1.11.2013]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1860540#fi>

Suomen perustuslaki 731/1999.

Syrjä, V. 2010. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 35/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Tehy ry. 2009. Ikäihmisten palvelujen keskeiset linjaukset [viitattu 14.1.2014]

Saatavissa:

www.tehy.fi/@Bin/45132/01.03.09+Tehyn+kannanotto+Ik%C3%A4ihmisten+palvelujen+keskeiset+linjaukset.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 1/2013. Ascot - Laukkakilpailu vai elämänlaadun mittari? OPTIMI– Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje [viitattu 8.2.2014]. Saatavissa:

www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ ja _sosiaalitalous/optimi/2013/ascot

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 26/2013. Sosiaalihuollon asumis- ja laitospalvelut 2012. Tilastoraportti [viitattu 11.11.2012]. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110583/Tr26_13.pdf?sequence=1.

Tilastokeskus. 2009. Väestöennuste 2009 – 2060 [viitattu 15.10.2013] Saatavissa:

http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Toikko, T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio [viitattu 16.2.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/>

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2011. Hyviä käytäntöjä. Verkonkutoja–hanke: Asiakasraati laadun varmistajana – toimiva työvälinen hyvinvointialan yritysten ja kuntien käyttöön [viitattu 12.1.2014]. Saatavana: http://www.tem.fi/ajankohtaista/vireilla/strategiset_ohjelmat_ja_karkihankkeet/hyvinvointiohjelma_-_hyva/hyvia_kaytantoja/verkonkutoja-hanke_asiakasraati_laadun_varmistajana_-_toimiva_tyovaline_hyvinvointialan_yritysten_ja_kuntien_kayttoon.104169.news

Vaarama, M., Luoma, M-L., Siljander, E. & Meriläinen, S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 126–149.

Vaarama, M. & Ollila, K. 2008. Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa: Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J., Heikkilä, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes. Helsinki, 116–136.

Vaarama, Pieper, Frommelt, Muurinen, Sixsmith, Hammond & Ljunggren 2008,. Teoksessa Vaarama, Pieper & Sixsmith 2008. Care-related quality of life in old age. Concepts, Models and Empirical Findings. New York: Springer Science+Business Media, LLC, 106-108. [Viitattu 15.1.2013]. Saatavissa: http://ners.unair.ac.id/materikuliah/ebooksclub.org_Care_Related_Quality_of_Life_in_Old_Age_Concepts_Models_and_Empirical_Findings.pdf

Vaarama, M. & Ylönen, M. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006. Espoo.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Valvira. 2012. Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014 [viitattu 20.11.2013]. Saatavissa:

http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/o/Sosiaalihuollon_valvonnan_periaatteet.pdf

Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma 2004. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004. Työryhmäraportti 10 [viitattu 12.10.2013].

Saatavana:

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/2f5fab004a176e948afc3d8d14668/palveluasumisen_kehittamisohj.pdf?MOD=AJPERES.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1: Selvitysten keskustelujen teema-aiheet

Liite 2: Kriteeristö mittareille

Liite 3: CLINT-IC-mittari

Liite 4: QUALID-mittari

SELVITYSTEN KESKUSTELUJEN TEEMA-AIHEET:

1. Millä tavalla asiakkaiden palautetta tulisi kerätä ?

- Yksin / ryhmässä

2. Minkä kokoinen ryhmän koon tulisi olla, jos palautetta annetaan ryhmässä ?

3. Mikä olisi sopiva palautteen antamisen kesto aika ?

4. Millaiset menetelmät sopisivat parhaiten palautteen keräämiseen ?

- lomake
- haastattelu
- havainnointi
- keskustelu
- toiminnallinen/osallistava

5. Mitä tietoa asiakaspalautteella tulisi kerätä ?

6. Miten palautetta tulisi käsitellä ja tulisiko asiakkaille tiedottaa tuloksista ?

- henkilökunta/johtoryhmä/asiakkaat yhdessä
- vain henkilökunta/johtoryhmä

ELÄMÄNLAADUN FYYSINEN ULOTTUVUUS:

ELÄMÄNLAATUA KUVAAVAT ASIAT/TEKIJÄT	HOIVAN ULOTTUVUUS	VANHUSPALVELU LAKI	LAATU-SUOSITUS	IÄKKÄIDEN TOIVEET
<p>asunnon toimivuus, esteettömyys, siisteys, turvallisuus ja helppo ulospääsy</p> <p>oma pystyvyyden tunne, koettu tarmokkuus ja terveys</p> <p>mielekäs tekeminen</p> <p>onnistumisen kokemusten mahdollistaminen</p> <p>yksilön päivittäisten rutiinien ja tapojen tukeminen</p> <p>kivun tunnistaminen ja hoito</p> <p>taloudellinen</p> <p>turvallisuus</p> <p>omasta puhtaudesta ja pukeutumisesta päättäminen</p> <p>arkipäivän askareista selviytyminen</p> <p>osallistumiseen tarvittava tuki ja apuvälineet</p>	<p>Aukkaan toimintakyvyn ja itsenäisyyden säilyttäminen:</p> <p>toimintakyvyn ylläpitäminen</p> <p>omatoimisuuden ja itsenäisyyden tukeminen</p>	<p>toimintakyvyn tukeminen (1§)</p> <p>itsenäisen suoriutumisen tukeminen (1§)</p> <p>mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan osallistuminen (14§)</p>	<p>osallistumiseen tarvittava tuki ja apuvälineet</p> <p>mielekäs tekeminen</p> <p>voimavarojen tukeminen</p>	<p>kuntoutusmahdollisuus</p> <p>esteettömyys</p> <p>turvallisuus</p>

ELÄMÄNLAADUN PSYKKINEN ULOTTUVUUS:

ELÄMÄNLAATUA KUVAAVAT ASIAT/TEKIJÄT	HOIVAN ULOTTUVUUS	VANHUSPAL- VELU LAKI	LAATU- SUOSITUS	IÄKKÄIDEN TOIVEET
<p>valintojen mahdollisuus arjessa</p> <p>asukkaan toiveet huomioidaan</p> <p>ruokailuaikojen sopivuus ja ruoasta nauttiminen</p> <p>asukkaan oman hoitonsa päätöksentekoon osallistuminen</p> <p>elämäntilanteen muutoksessa tuen saaminen</p> <p>elämästä nauttiminen, sen kokeminen merkityksellisenä</p> <p>onnellisuus</p> <p>saa tehdä itselle merkityksellisiä asioita</p> <p>kokemus omasta kehosta ja ulkonäöstä</p> <p>yksilöllinen, kunnioittava kohtelu</p> <p>arvokkuuden ja minuuden säilyttäminen</p>	<p>Asukkaan hyvän olon ja tunne-elämän tukeminen, eheyden säilyttäminen:</p> <p>minä kuva</p> <p>psyykinen toimintakyky,</p> <p>kyky ymmärtää ympäristöä</p> <p>mielen tasapaino</p> <p>elämäntilanteen tunne</p>	<p>toimintakyvyn tukeminen (1§)</p> <p>iäkkään mahdollisuus vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystieteiden sisältöön ja toteuttamistapaan (1§)</p> <p>palvelusuunnitelma (16§)</p> <p>elämän kokeminen merkitykselliseksi ja arvokkaaksi (14§)</p>	<p>mahdollisuus vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin</p> <p>omien mielipiteiden kuuleminen ja niiden kirjaaminen palvelusuunnitelmaan</p> <p>yksilön arvokas elämä</p> <p>voimavarojen tukeminen</p>	<p>asiat joita he itse arvostavat</p> <p>viihtyvyys</p>

ELÄMÄNLAADUN SOSIAALINEN ULOTTUVUUS:

ELÄMÄNLAATUA KUVAAVAT ASIAT/TEKIJÄT	HOIVAN ULOTTUVUUS	VANHUSPAL- VELU LAKI	LAATU- SUOSITUS	IÄKKÄIDEN TOIVEET
<p>yhteisöön kuulumisen tunne</p> <p>ystävyyss- ja perhesuhteet</p> <p>koulutus</p> <p>toimiminen läheisissä ihmissuhteissa ja yhteisössä</p> <p>harrastukset</p> <p>ajanviettotavat</p> <p>yksinäisyyden kokeminen</p> <p>itsensä ilmaiseminen suhteessa muihin</p> <p>sosiaaliset suhteet</p> <p>sosiaaliset taidot</p>	<p>sosiaalisen identiteetin ja</p> <p>sosiaalisten yhteyksien ja osallistumisen tukeminen:</p> <p>sosiaalinen toimintakyky</p>	<p>toimintakyvyn tukeminen (1§)</p> <p>sosiaalisen vuorovaikutuk- sen ylläpitäminen (14§)</p>	<p>läheisten ja omaisten osallisuuden turvaaminen</p> <p>sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen</p> <p>voimavarojen tukeminen</p> <p>mahdollisuus vaikuttaa yhteisön toimintaan</p>	<p>yhteisöllisyys</p> <p>viriketoiminta</p> <p>yksinäisyys</p>

ELÄMÄNLAADUN YMPÄRISTÖ ULOTTUVUUS:

ELÄMÄNLAATUA KUVAAVAT ASIAT/TEKIJÄT	HOIVAN ULOTTUVUUS	VANHUSPALVELU LAKI	LAATU-SUOSITUS	IÄKKÄIDEN TOIVEET
<p>tyytyväisyys palvelutaloasumiseen</p> <p>tarpeenmukaisten palveluiden saatavuus, tukipalvelut</p> <p>riittävän nopean avun saanti</p> <p>asuinympäristön kodinomaisuus ja viihtyvyys</p> <p>tukeeko ympäristö ihmisen kognitiivisia taitoja</p> <p>tietoisuus ympäröivästä maailmasta</p> <p>arjen elämän sujuminen</p> <p>ulospääseminen</p> <p>itseään kiinnostaviin tapahtumiin osallistuminen</p> <p>itsenäisyyden ja hyvinvoinnin edistäminen</p> <p>turvallisuus</p> <p>yksityisyyden kunnioittaminen</p>	<p>asiakaslähtöisten palveluiden tuottaminen, asukkaan tarpeiden mukaisten palveluiden järjestäminen ammattitaitoisesti:</p> <p>ymmärretäänkö asukasta ja hänen tarpeitaan</p> <p>onko henkilökunnalla riittävästi aikaa avun saanti</p> <p>itsenäisyyttä helpottava teknologia</p> <p>rakenteiden ja tekniikan turvallisuus</p>	<p>toimintakyvyn tukeminen (1§)</p> <p>yksilöllisten tarpeiden mukaiset palvelut (1§)</p> <p>elämän kokeminen turvalliseksi (14§)</p> <p>mahdollisuus asua yhdessä aviopuolison kanssa (14§)</p>	<p>elinympäristön toimivuus</p> <p>kuntoutumisen mahdollisuus</p> <p>asukashuoneiden, käytävien, yhteistilojen sekä piha-alueiden</p> <p>esteettämyys ja turvallisuus</p> <p>ulkoilu-mahdollisuudet</p>	<p>turvallisuus</p> <p>esteettämyys</p> <p>yksityisyys</p> <p>viihtyvyys</p>

CLINT-IC-mittari

LAITOSHOITO JA PALVELUASUMINEN
KASHAASTATTELU

ASIA-

CLINT-LAITOSHOITO (lyhyt versio)**TAUSTATIEDOT**

1. Asiakkaan nimi: _____
2. Asiakkaan syntymäaika:
päivä kk vuosi
3. Haastattelupäivämäärä:
päivä kk vuosi
4. Äidinkieli:
- | | |
|--------------|----------------------------|
| suomi/ruotsi | <input type="checkbox"/> 1 |
| muu | <input type="checkbox"/> 2 |
5. Sukupuoli:
- | | |
|--------|----------------------------|
| mies | <input type="checkbox"/> 1 |
| nainen | <input type="checkbox"/> 2 |
6. Koulutustaso:
- | | |
|--|----------------------------|
| Alempi perusaste (0–6 vuotta) <i>Kansakoulu</i> | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ylempi perusaste (7-9 vuotta) <i>Oppikoulu, kansalaiskoulu</i> | <input type="checkbox"/> 2 |
| Keskiaste (10–12 vuotta) <i>Ammattitutkinnot, lukio</i> | <input type="checkbox"/> 3 |
| Keskiaste (12–14 vuotta) <i>Keskiasteen jälkeinen (opisto)koulutus, joka ei ole korkea-asteen koulutusta</i> | <input type="checkbox"/> 4 |
| Korkeakoulutus (14+ vuotta) | <input type="checkbox"/> 5 |
| Tutkijakoulutus (lisensiaatti, tohtori) | <input type="checkbox"/> 6 |

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

Merkitkää kaikki sopivat vaihtoehdot

	Kyllä	Ei
Olen sairastunut vakavasti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Läheinen perheenjäsen on sairastunut vakavasti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Minulla on ollut taloudellisia vaikeuksia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Muu vakava tapahtuma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

HOITOPAIKKA ASUINYMPÄRISTÖNÄ

8. Oletteko tyytyväinen asumiseenne yksin/jaetussa huoneessa?

- Kyllä 1
 En osaa sanoa 2
 En 3

9. Onko hoitopaikkanne mielestänne puhdas ja siisti?

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

10. Onko hoitopaikkanne sisällmän laatu mielestänne hyvä?

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

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

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

12. Ovatko vierailuajat sopivia Teille ja vierailijoillenne?

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

13. Voitteko itse suunnitella päivienne kulun?

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

Ei koskaan 5

14. Yleisesti, onko Teillä riittävästi tekemistä täällä?

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

15. 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 arvioikaan muilta saamaanne apua (jos siihen on tarvetta).

Saatteko tarpeeksi apua seuraavissa toiminnoissa?	En tarvitse apua 1	Kyllä 2	Ei 3
16. Liikkuminen sisätiloissa			
17. Liikkuminen ulkona			
18. Pukeutuminen ja riisuutuminen			
19. Varpaankynsien leikkaus			
20. Ihon ja hiusten hoito			
21. Suun ja hampaiden hoito			
22. Lääkitys / lääkkeiden otto			
23. Yhteydenpito muihin ihmisiin			
24. Osallistuminen harrastustoimintaan			

HOIDON LAATU

25. Nautitteko aterioista täällä?

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

26. Onko Teillä mahdollisuus pitää itsenne yhtä puhtaana kuin haluaisitte?

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

- Harvoin 4
Ei koskaan 5

35. Yleisesti ottaen, kuinka tyytyväinen olette tähän hoitopaikkaan?

- Erittäin tyytyväinen 1
Tyytyväinen 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytymätön 4
Erittäin tyytymätön 5

ELÄMÄNLAAJU

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

36. Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?

- Erittäin tyytymätön 1
Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

37. Kuinka paljon tarvitsette lääkettä pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne?

- Ei lainkaan 1
Vähän 2
Kohtuullisesti 3
Paljon 4
Erittäin paljon 5

38. Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?

- Erittäin tyytymätön 1
Melko tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Melko tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

39. Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?

- Ei lainkaan 1
Vähän 2
Kohtuullisesti 3
Lähes riittävästi 4
Täysin riittävästi 5

40. Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?

- En lainkaan 1
Vähän 2
Kohtuullisen turvalliseksi 3
Hyvin turvalliseksi 4

- Erittäin turvalliseksi 5
- 41. Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?**
- Ei lainkaan 1
 Vähän 2
 Kohtuullisesti 3
 Lähes riittävästi 4
 Täysin riittävästi 5
- 42. Kuinka tyytyväinen olette itseenne?**
- Erittäin tyytymätön 1
 Melko tyytymätön 2
 Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
 Melko tyytyväinen 4
 Erittäin tyytyväinen 5
- 43. Kuinka paljon nautitte elämästänne?**
- Ei lainkaan 1
 Vähän 2
 Kohtuullisesti 3
 Paljon 4
 Erittäin paljon 5
- 44. Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?**
- Ei lainkaan 1
 Vähän 2
 Kohtuullisesti 3
 Lähes riittävästi 4
 Täysin riittävästi 5
- 45. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?**
- Kyllä, hyvin usein/aina 1
 Kyllä, melko usein 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5
- 46. Oletteko yhtä onnellinen nyt kuin nuorempana?**
- Kyllä, hyvin usein/aina 1
 Kyllä, melko usein 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5
- 47. Hermostutteko helposti?**
- Kyllä, hyvin usein/aina 1
 Kyllä, melko usein 2
 Joskus 3
 Harvoin 4
 Ei koskaan 5
- 48. Oletteko tyytyväinen ulkomuotoonne?**
- Erittäin tyytymätön 1

- Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

49. Kuinka tyytyväinen olette ystäväiltänne saamaanne tukeen?

- Erittäin tyytymätön 1
Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

50. Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?

- Erittäin tyytymätön 1
Melko tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Melko tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

51. Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksienne saada terveyspalveluja?

- Erittäin tyytymätön 1
Tyytymätön 2
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön 3
Tyytyväinen 4
Erittäin tyytyväinen 5

QUALID-mittari



CareKeys © CareKeys 2005
LAITOSHOIDO ja PALVELUASUMINEN (jossa on yöhoito)

TAUSTATIEDOT

Lomakkeen täyttöpäivämäärä _____ (pv) _____ (kk) _____ (v)

Asiakkaan syntyäaika _____ (pv) _____ (kk) _____ (v)

Lomakkeen täyttäjän suhde asiakkaaseen:

sukulainen

ystävä

omaishoitaja

vastuuhoitaja/omahoitaja

kotihoidontyöntekijä

 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 © Care Keys 2005

A. Asiakas hymyilee:

- sportaarisesti kerran tai useammin päivittäin 1
 sportaarisesti 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 sunnilliselta:

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

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

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

E. Asiakkaalla näyttää olevan fyysisesti epämieluisia oloja (kiemurtelee, väärtelee, vaihtaa jatkuvasti asentoa):

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

F. Asiakas samo asioita tai äänitelee tavalla, joka vaikuttaa johtuvan tyytymättömyydestä, onnettomasta tai epämieluisesta olostani (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
 ilmanselvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä 4
 ilmanselvää syytä ainakin kerran päivässä 5

G. Asiakas on helposti ärtynyt tai aggressiivinen (suuttuu, kiroslee, tönnä 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
 ilmanselvää syytä harvemmin kuin kerran päivässä 4
 ilmanselvää syytä ainakin kerran päivässä 5

H. Asiakas nauttii syömisestä:

- useimmilla aterioilla ja välipaloilla 1
 kahdesti päivässä 2

LIITE 4

- ainakin kerran päivässä 3
harvemmin kuin kerran päivässä 4
harvoin tai ei koskaan 5
- I. Asiakas nauttii koskettamisesta:
lähies aina; tekee lähies aina aloitteenkosketukseen 1
yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteenkosketukseen 2
puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei vastusta koskettamista 3
alle puolet ajasta; vastustaa usein tai tois tuvasti koskettamista 4
harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähies aina koskettamista 5
- J. Asiakas nauttii muiden seurassa olemisesta tai kars akäymisestä muiden kanssa:
lähies aina; tekee lähies aina aloitteenkars akäymiseen 1
muiden kanssa 1
yli puolet ajasta; tekee joskus aloitteenkars akäymiseen 2
muiden kanssa 2
puolet ajasta; ei tee aloitetta, muttei myöskään vastusta 3
kars akäymistä muiden kanssa 3
alle puolet ajasta; vastustaa usein tai tois tuvasti kars akäymistä 4
muiden kanssa 4
harvoin tai ei koskaan; vastustaa lähies aina kars akäymistä 5
muiden kanssa 5
- K. Asiakas vaikuttaa emotionaalisesti rauhalliselta ja oloonsa tyytyväiseltä:
suurimmanosan päivästä 1
enemmän kuin puolet päivästä 2
puolet päivästä 3
vähemmän kuin puolet päivästä 4
harvoin tai ei koskaan 5