

**Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö pienissä,  
keskisuurissa ja suurissa kunnissa ja hoidon laatu kolmessa  
vanhainkodissa**

Katja Nordström  
TtM –opiskelija,  
Hoitotieteen laitos,  
Tampereen yliopisto,  
Pro gradu –tutkielma,  
Kevät 2008

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto  
Hoitotieteen laitos

KATJA NORDSTRÖM: Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa ja hoidon laatu kolmessa vanhainkodissa

Pro –gradutyö 73 sivua, 2 liitesivua ja 2 liitetaulukkoa

Ohjaajat: Eija Paavilainen, Professori, TtT ja Sirpa Salin, ma. lehtori, THM

Hoitotiede

Toukokuu 2008

---

Tutkimuksessa kuvataan ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun seuranta ja toteutumista. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Tarkoituksena oli myös kuvata hoidon laadun seuranta ja toteutumista pienen, keski-suuren ja suuren kunnan vanhainkodissa.

Tutkimus toteutettiin triangulaatiotutkimuksena. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä kuvattiin tilastoaineiston avulla ja se analysoitiin SPSS 13.0 ohjelmalla. Hoitoyksiköiden laadun seuranta ja toteutumista kuvattiin kolmen vanhainkodin johtajan teemahaastattelun avulla ja aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Tulokset osoittivat, että ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluja käytettiin keskimäärin yhtä paljon pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa, vaikka sosiaali- ja terveystoimen, sekä laitoshoidon ja terveyskeskussairaalan käyttökustannukset olivat pienimmät keskisuurissa kunnissa. Yksin asumisella tai asuntojen varustustasolla ei ollut yhteyttä palvelujen käyttöön.

Pienen, keski-suuren ja suuren kunnan vanhainkodeissa laadun seurannan tavoissa oli eroja. Suuren kunnan vanhainkodissa laadun seurannan apuvälineenä oli RAI-tietojärjestelmä ja pienen kunnan vanhainkodissa apuna laadun seurannassa oli neljän kunnan välinen laatuprojekti. Keski-suuressa kunnassa ei ollut haastatteluhetkellä käytössä erityisiä laadunseurannan järjestelmiä. Kaikissa vanhainkodeissa tilastoitiin asukkaisiin ja henkilöstöön liittyviä tietoja ja lisäksi hoidon laatua selvitettiin erilaisten kyselyjen avulla. Kyselyjä suoritettiin 1-3 vuoden välein riippuen vanhainkodista ja kunnasta. Suuren kunnan vanhainkodissa henkilöstömitoitus oli parhain ja lisäksi sairaanhoitajien ja avustajien määrää oli saatu lisättyä. Suuren kunnan vanhainkoti oli myös saneerattu kokonaan. Kahdessa muussa vanhainkodissa tiloja oltiin vasta laajentamassa tai remontoimassa asianmukaisemmiksi. Suuren kunnan vanhainkodissa oli paljon yhteistyötä ikääntyneiden perheenjäsenten kanssa, kun kahdessa muussa vanhainkodissa yhteistyötä toivottiin lisää. Suuren kunnan vanhainkodissa hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkastettiin säännöllisesti, kun kahdessa muussa ne tarkastettiin vain tarpeen mukaan.

Tutkimuksen perusteella laadun seuranta useilla menetelmillä, sekä tietojen vertailu muiden yksiköiden kanssa on tärkeää, jotta laadusta saadaan luotettava kuva ja mahdolliset kehittämistarpeet voidaan tunnistaa helpommin.

---

Avainsanat: ikääntyneet, laadun seuranta, laadun toteutuminen, laatutekijät, triangulaatio

## **ABSTRACT**

University of Tampere  
Department of Nursing Science

**KATJA NORDSTRÖM:** Use of social and health care services by older people in small-, middle- and large-sized towns and quality of care in three old people`s homes

Master`s thesis, 73 p., 2 appendices, 2 table appendices

Supervisors: Eija Paavilainen, Professor, PhD and Sirpa Salin, Lecturer, MNSc  
Nursing Science

May 2008

---

This study describes the quality control of care and quality of health care for older people. The purpose was to examine the use of social and health care services by older people in small, middle-sized and large towns. A further purpose was to examine the quality control of care and quality of care in three old people`s homes situated in small, middle-sized and large towns.

The method of this study was triangulation. The use of social and health care services was examined using statistical data which was analysed using SPSS 13,0 statistical software. The quality control of care and quality of care was examined by interviewing three managers of old people`s homes. The collected data was analysed by qualitative content analysis.

The results of the study showed that social and health care expenditures and residential care and health centre expenditures were lowest in the middle-sized towns. The expenditures in question, living alone, or standard of living conditions had no effect on care and service use. Social and health care services for older people were used equally in small, middle-sized and large towns.

Old people`s homes in small, middle-sized and large towns monitored the quality of care differently. The old people`s home in the large town used the RAI-database and the old people`s home in the small town was involved in a quality project. At the old people`s home in the middle-sized town there was no specific quality control system. All the three old people`s homes collected information on residents and staff. The quality of care was also monitored by various questionnaires. Questionnaires were used at one to three-year intervals depending on the old people`s home and the town. Personnel count was best at the old people`s home in the large town and the number of nurses and assistants had also increased in recent years. The old people`s home in question had also been fully renovated this century. The other two old people`s homes were old, but renovation or extension work was about to start. The old people`s home in the large town had a great deal of cooperation with residents` family members. The managers of the other two old people`s homes would have welcomed more cooperation with family members. At the old people`s home in the large town the care plans were checked regularly, whereas at the other two old people`s homes the care plans were checked only if necessary.

Using different quality control systems and comparing the quality with other units, gives a reliable picture of the quality standard and helps to identify development needs.

---

**Keywords:** Older people, quality control, quality of care, factors of quality, triangulation

## **SISÄLTÖ**

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen tarve	8
2.2 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen laatu	10
2.2.1 Laadun rakenteelliset edellytykset ikääntyneiden hoidossa	11
2.2.2 Hoitotyön prosessin laatu ikääntyneiden hoidossa	16
2.3 Laadun seuranta ikääntyneiden hoidossa	19
2.3.1 Laadunhallinnan keinot	20
2.3.2 Tilasto- ja rekisteritietojen hyödyntäminen	21
2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	22
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	24
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
4.1 Triangulaatio tutkimusmenetelmänä	25
4.2 Aineiston keruu	25
4.2.1 Tilastoaineiston keruu	25
4.2.2 Haastatteluaineiston keruu	26
4.3 Aineiston analyysi	27
4.3.1 Tilastoaineiston analyysi	27
4.3.2 Haastatteluaineiston analyysi	28
5 TULOKSET	30
5.1 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelut pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa	30
5.1.1 Taustatiedot	30
5.1.2 Talvelujen käyttöä koskevat tiedot	34
5.2 Hoidon laatu kolmessa vanhainkodissa	38
5.2.1 Laadunhallinnan keinot	38
5.2.2 Laadun rakenteellisten edellytysten seuranta ja toteutuminen	41
5.2.3 Hoitotyön prosessilaadun seuranta ja toteutuminen	45
5.2.4 Suunnittelu ja tiedottaminen	48
5.3 Yhteenveto tuloksista	49
6 POHDINTA	52
6.1 Tulosten tarkastelu	52
6.2 Eettiset kysymykset	60

6.3 Tutkimuksen luotettavuus	62
6.4 Jatkotutkimushaasteet	65
LÄHTEET	66
LIITTEET	
Liite 1. Muuttujat, IKI-Indikaattoristo	
Liite 2. Haastatteluteemat	
Liite 3. Korrelaatiomatriisi	
Liite 4. Korrelaatiomatriisi	

## 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja laatu on ajankohtainen asia, sillä Suomessa on tällä hetkellä Kuntaliiton (2006b) arvion mukaan 393 000 yli 75-vuotiasta ja vuoteen 2020 mennessä heitä on jo 505 000. Väestön ikääntyessä palvelutarpeet tulevat lisääntymään ja se vaatii entistä enemmän resursseja. Tänä päivänä tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään ja kotona asumista tuetaan nopeasti saatavilla, ammattitaitoisilla sosiaali- ja terveyspalveluilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001.) Laitoshoitoon tulevat ikääntyneet ovat usein huonokuntoisia ja monisairaita ja se vaatii hoitohenkilökunnalta osaamista ja ammattitaitoa. Tänä päivänä ongelmana useissa hoitoyksiköissä on kuitenkin resurssien puute, kuten puutteet henkilöstömäärissä. Kiireen, väsymyksen ja riittämättömyyden tunteet ovat lisääntyneet ikääntyneitä hoitavien keskuudessa, eikä osaamista ja ammattitaitoa pystytä aina riittävästi hyödyntämään. (Vaarama, Kainulainen, Perälä & Sinervo 1999; Lyytikäinen 2002; Syvänen 2003; Työterveyslaitos 2006.)

Ikääntyneiden palveluihin ei ole erillistä lainsäädäntöä, vaan ikääntyneet ovat oikeutettuja sosiaali- ja terveyspalveluihin samalla tavalla kuin muutkin kansalaiset (Lyytikäinen 2002). Esimerkiksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992 / 785) turvaa jokaiselle suomalaiselle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Ikääntyneiden hoidon ja palvelujen valtakunnallinen ohjaus tapahtuu pitkälti informaatio-ohjauksen avulla. Ikääntyneiden hoitoa ja palveluja linjaavat tänä päivänä useat sosiaali- ja terveyspoliittiset asiakirjat, kuten esimerkiksi Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008). Suositukseen on koottu vanhustenhuollon kannalta keskeiset tavoitteet, kuten riittävä henkilöstömäärä, henkilökunnan osaamisen kehittäminen, kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö, kuntouttava työote ja asiakaslähtöisyys. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2008; SVT 2003, 17.)

Klavuksen (2006) selvityksen mukaan vanhustenhuollon kustannukset ovat hieman alhaisemmat 24 000 – 36 000 asukaan kunnissa, mutta kustannukset eivät kuitenkaan yksin kerro palvelujen laadusta. Hoitotyön laadun tutkiminen laadun rakenteellisia, prosessi- ja tuloslottuvuuksia yhdistelemällä on ollut vähäistä (Voutilainen 2004). Laatu on selvitetty jonkin yhden tekijän osalta, kuten henkilöstömäärän osalta. Esimerkiksi Laineen (2005) selvityksessä oli merkittäviä eroja henkilöstömitoituksissa ja työvoiman käytössä 86 pitkäaikaisosaston välillä. Erot säilyivät saman suuruisina vuodesta toiseen. Vaaraman ym. (1999) tutkimuksessa henkilöstömäärissä oli

puutteita erityisesti julkisissa laitoksissa. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluita koskevan selvityksen (2005) mukaan alueelliset erot henkilöstömäärissä johtuvat paljolti eroista palvelujen järjestämisessä ja organisoinnissa. (SVT 2007, 81.)

Ikääntyneiden palvelujen saatavuuden ja laadun turvaaminen nyt ja tulevaisuudessa edellyttää ajantasalla olevaa tietoa palvelujen tarpeesta ja laadusta. Asiakkaiden tarpeet ja erilaiset palauttet ovat lähtökohta palvelujen kehittämislle. (Raitoaho 2000, 43-46; Lyytikäinen 2002.) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluista voidaan saada tietoa eri tavoin. Tietotekniikan kehittyminen on mahdollistanut tietojen nopean siirron, sekä muokkaamisen ja siksi kerättyjen tietojen hyödyntäminen on entistä helpompaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastot ja rekisterit ovat yksi keino saada tietoa palveluista valtakunnallisella tasolla (Orre, Mäkelä & Nylander 2002, 69). Myös organisaatioissa on paljon kerättyä tietoa, mutta tietojen keruuseen vaikuttaa aina organisaation laatupolitiikka. (Jalava & Virtanen 1996, 42; Idänpään-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 22-23.)

Tässä triangulaatiotutkimuksessa hyödynnetään valmista valtakunnallista tilastoaineistoa, sekä joiltain osin kolmen vanhainkodin keräämiä tietoja. Tilastoaineiston avulla selvitetään ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Sen jälkeen selvitetään hoidon laadun seuranta ja laadun toteutumista kolmessa vanhainkodissa johtajien näkökulmasta. Tutkimuksen avulla perehdytään erilaisiin laatutekijöihin.

## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen tarve

Samalla kun vanhusväestön osuus kasvaa, on myös vanhuuden määrittely muuttunut. Vielä 1960-luvulla laskettiin yli 65-vuotiaiden osuus kunnan väestöstä, kun pyrittiin selvittämään alueen terveydenhuollon tarvetta. Nykykäsitys on, että hoidon tarve korostuu vasta keskimäärin kymmenen vuotta iäkkäämmissä väestöryhmissä. STAKESin tutkimusten mukaan 65-vuotiailla on keskimäärin yksi krooninen hoitoa vaativa sairaus, 70-vuotiailla keskimäärin kaksi ja 80-vuotiailla kolme. Vanhuuden ja autettavuuden ikäraja on siirtynyt myöhemmäksi ja samalla vanhuus ja autettavuus ovat muuttuneet laadultaan erilaisiksi kuin edellisellä vuosisadalla. Edellytykset elämän laadun säilyttämiseen ja sairauksien hoitoon ovat parantuneet. (Kankare & Lintula 2006, 83.)

Vanhusten tarvitsema hoiva ja hoito ovat mitä keskeisin osa terveydenhuoltoa ja sairaanhoitoa, ja vanhat ihmiset muodostavat suurimman yksittäisen terveydenhuollon käyttäjäryhmän. Vanhushoivassa on läheisesti aina kyse myös asumisesta. Vanhushoivapolitiikan avulla voidaan tukea vanhojen ihmisten mahdollisuutta asua kotonaan niin kauan kuin mahdollista. Harjoitettava hoivapolitiikka kytkeytyy läheisesti myös taloudelliseen toimeentuloon, etenkin eläkkeisiin ja omaisuuteen. Hoivapalvelujen ja hoivapolitiikan tehtävä on ylläpitää vanhojen ihmisten toimintakykyä ja auttaa heitä selviytymään jokapäiväisen elämän perusasioista, joista osa liittyy suoraan vanhan ihmisen ruumiin toimintoihin, syömiseen ja juomiseen, vessassa käyntiin ja peseytymiseen, ja osa taas arkisiin askareisiin kuten siivoukseen ja kaupassa käyntiin. Vanhan ihmisen elämäkokonaisuudessa tärkeitä asioita ovat sosiaaliset suhteet ja aktiivinen osallisuus ympäröivän yhteiskunnan ja yhteisön toimintoihin. (Anttonen & Sointu 2006, 82)

Vanhushoivan erityisyys on sen moninaisuudessa: yksi voi tarvita apua kaupassakäyntiin, toinen myös pukeutumiseen ja peseytymiseen, ja kolmas tarvitsee apua kaikessa toiminnassa ja lisäksi jatkuvaa silmälläpitoa. Vanhusten hoivaa koskevat tarpeet ovat hyvin yksilöllisiä ja saattavat lisäksi vaihdella päivästä ja viikosta toiseen. Hoivan tarve lisääntyy, sillä vanhat ihmiset elävät entistä vanhemmiksi ja lähes kaikki haluavat asua omassa kodissaan niin kauan kuin mahdollista. Mahdollisuutta kaventaa kuitenkin se, että kaikissa maissa vanhat ihmiset asuvat entistä useammin yksin. Yksinäisyys koskettaa todennäköisemmin nais- kuin miespuolista vanhusta, sillä naiset elävät pidempään ja ovat avioituessaan keskimäärin miehiä nuorempia. Yksin ja mahdollisesti hoivatta elävät näin miehiä useammin naisvanhukset. (Anttonen & Sointu 2006, 82-83.)



Kun vanhuksella on vaikeuksia selviytyä päivittäisistä askareista, vaikeuksien taustalla voi olla heikentynyt toimintakyky, ympäristön ongelmat tai molempia. Tietynasteinen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky on itsestä huolehtimisen edellytys. Fyysinen toimintakyvyn heikkeneminen johtuu osittain biologisista vanhenemismuutoksista. Iän myötä lähes kaikki elimistön toiminnot heikkenevät, mutta silti sairaudet huonontavat toimintakykyä enemmän kuin vanheneminen. Toimintakyvyn rajoitukset yleistyvät ja pahenevat keskimäärin 75 ikävuoden jälkeen. Psyykkisessä toimintakyvyssä on kysymys siitä, miten hyvin vanhuksen henkiset voimavarat riittävät arkielämän vaatimuksiin. Lisäksi psyykkinen toimintakyky vaikuttaa siihen, miten vanhus voi selviytyä elämän kriisitilanteissa. Selvimät ikääntymismuutokset ovat havaintotoimintojen hidastuminen ja tarkkuuden huonontuminen. Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella katsomalla, kuinka hyvin vanhus kykenee säilyttämään vuorovaikutussuhteitaan ja roolejaan yhteiskuntaelämässä. (Vallejo Medina ym. 2006, 4-6.) Palvelujen käytön yleisin peruste on heikentynyt toimintakyky. Myös dementia on ikäihmisillä yksi tärkeimmistä palvelutarvetta lisäävistä tekijöistä. Lisäksi palvelun tarpeeseen liittyvät alentuneen toimintakyvyn ohella yksin asuminen, puutteelliset asuinolot ja asuinympäristöt sekä omien tukihenkilöiden puute. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus & Kuntaliitto 2001, 14.)

Vaikka vanhuus tuo mukanaan luopumista, voi se tuoda elämään myös uusia mielenkiintoisia sisältöjä ja toimintoja. Vanhuus ei myöskään johda aina ja auttamattomasti huonoon toimintakykyyn ja syrjäytymiseen, vaan siihen voi kuulua myös hyvinvoinnin lisääntymistä ja mahdollisuuksia kehittyä haluamallaan alueella. Oleellista on se, miten vanhusten mahdollisuudet otetaan huomioon vanhusten kohtaamisessa ja vanhuspalvelujen järjestämisessä. Vanhuksen asiantunteva hoito vaatii monien tietojen ja taitojen synteisiä. (Vallejo Medina ym. 2006, 1-2.)

Lähitulevaisuudessa haasteena tämän palvelujärjestelmän kehittämiseksi on asiakaslähtöisyys. Sen mukaan palvelut räätälöitäisiin yhä enemmän vanhusten muuttuva elämäntilanne ja yksilölliset tarpeet huomioonottavaksi. Asiakaslähtöinen palvelujärjestelmä edellyttää moniammatillista ja käytännönläheistä yhteistyötä, sekä organisaatioiden rajojen läpinäkyvyyttä. Erityisenä haasteena asiakaslähtöisessä palvelujärjestelmässä on toimintakulttuurin muutos. Rajanvedot laitos- ja avohoidon välillä ovat väljentyneet, mutta laajentuvan ja alati muuttuvan palvelujärjestelmän hallitseminen on yhä vaikeampaa. Asiakaslähtöinen palvelujärjestelmä vaatii ammattihenkilöstön laaja-alaista osaamista ja uudenlaista asennetta yhteistyön mahdollistamiseksi. (Kankare & Lintula 2006, 31-32.)

## 2.2 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujen laatu

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluissa laatua on vaikea yksiselitteisesti määrittellä. Laadun määrittely riippuu paljon siitä, kenen näkökulmasta sitä tutkitaan. Sitä voidaan tutkia asiakkaan, palvelujen järjestäjän, tai hoitotyöntekijöiden näkökulmasta (Ovretveit 1998). Mäen (2004) mukaan laatua määriteltäessä on aina mietittävä, mikä on tarkastelun kohde. Se voi olla esimerkiksi sairaalaorganisaatio, yksittäisen potilaan hoito tai hoitoketjun toiminta. Kansainvälisen laadunhallinnan ja laadunvarmistuksen standardisatiston (SFS-EN ISO 8402:1995) yleisen laadun määritelmän mukaan *laatu voidaan määrittellä niistä ominaisuuksista koostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset.*

Laadulla voi olla myös erilaisia ulottuvuuksia. Donabedian (1980) tarkastelee laatua jaotteleamalla sen *rakenne-, prosessi- ja tuloslaaduksi*. Rakennelaatua ovat onnistumisen edellytykset, kuten esimerkiksi henkilöstön ammattitaito, henkilöstön koulutusmahdollisuudet ja toimintaympäristön fyysiset puitteet. Prosessilaatua ovat hoitokäytännöt, kuten kuntouttava työote tai esimerkiksi eri ammattiryhmien yhteistyön sujuvuus. Tuloslaatu taas kuvaa tuotantoprosessin lopputulosta, eli asiakastyytyväisyyttä, asiakkaiden terveydentilaa, tai hoidon lopputuloksia. Toisinaan on mahdotonta erottaa selvästi kuvaako jokin asia rakenne-, prosessi- vai tuloslaatua, koska ne voivat kuvata osittain samoja asioita.

Sosiaali- ja terveystministeriön sekä Kuntaliiton tekemässä Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2001) on nostettu esiin ikääntyneiden hoidon laadun kannalta keskeiset asiat. Suositus kehottaa kuntia laatimaan palveluille toiminnalliset ja eettiset tavoitteet. Suosituksessa kehoitetaan *asiakaslähtöiseen ja eettiseen, sekä kuntouttavaan työotteeseen* perustuvaan palvelutoimintaan. Lisäksi suosituksessa kehoitetaan palvelutoimintaan, joka noudattaa *näyttöön ja käyvän hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä, sekä perustuu kirjallisiin palvelusuunnitelmiin tai hoitosopimuksiin*. Myös saumaton yhteistyö eri palveluntuottajien sekä ikääntyneiden perheenjäsenten välillä on välttämätöntä. Kyseisten tavoitteiden toteutumiseksi tarvitaan *riittävästi voimavaroja*. Suosituksessa kehoitetaan kuntia huolehtimaan riittävien voimavarojen turvaamisesta, kuten *riittävästä henkilöstömäärästä, riittävästä henkilöstön kelpoisuudesta ja koulutustasosta, sekä asianmukaisista toimitiloista koti- ja laitoshoidossa*. Suositus kehoittaa laatimaan tavoitteet seuraaviin osa-alueisiin: palvelurakenteen määrälliset tavoitteet, palvelujen toiminnalliset ja eettiset tavoitteet, riittävien voimavarojen turvaaminen,

johtaminen, tavoitteiden seuranta ja arviointi, sekä tiedottaminen kuntalaisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001.) Valtakunnallisesti tarkasteltuna ikääntyneiden hoidon ja palvelujen laatu tarkoittaa myös palvelujärjestelmän toimivuutta, palvelujen saatavuutta, kansalaisten tasa-arvon toteutumista peruspalveluiden saannissa asuinpaikasta riippumatta, sekä tasapuolisuutta ja palvelujen oikeaa kohdentumista. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 19).

### 2.2.1 Laadun rakenteelliset edellytykset ikääntyneiden hoidossa

Hoidon laadun toteutumiseen tarvitaan onnistumisen edellytyksiä, eli Donabedianin (1980) mukaan rakennetekijöitä. **Henkilöstön määrä** on yksi rakennetekijä. Voutilaisen (2004) mukaan on tärkeää turvata riittävä ja asianmukainen henkilöstömitoitus kaikkiin pitkäaikaista hoitoa tuottaviin yksiköihin paitsi asiakkaiden *hoitotulosten ja kustannusten* vuoksi, myös siksi, että *voitaisiin turvata hyvä työelämän laatu ikääntyneiden parissa toimivalle henkilöstölle*. Esimerkiksi Stonen ym. (2007) tutkimuksessa osastoilla, jossa oli enemmän henkilökuntaa, oli vähemmän keuhkokuumetta, painehaavoja ja kuolleisuutta. Myös Scheinin ym. (2005) tutkimuksessa kotona selviytymiseensä riittävästi apua saaneet vanhukset aktivoituivat päivittäisissä toiminnoissaan.

**Ammattitaitoista henkilökuntaa** ei aina ole riittävästi. Sijaisten osuus työntekijöistä on suuri ja työsuhteet ovat lyhyitä, jolloin työhön ei sitouduta vastuullisesti. Sijaiset vaihtuvat usein ja heitä ei perehdytetä asianmukaisesti työhönsä. Laatu kärsii myös, jos sairaanhoitajia on vähän. (Noppari 2005, 153; Vallejo Medina ym. 2006, 357.) Dorrin, Hornin ja Smoutin (2005) mukaan sairaanhoitajien määrän lisääminen vanhainkodeissa voi säästää merkittävästi yhteiskunnallisia varoja. Laineen (2006) mukaan pelkkä henkilöstömitoituksen lisääminen kaikissa yksiköissä ei välttämättä johda laadullisesti tai määrällisesti parempaan hoitoon, jos palvelutuotantoa ei tarkastella kokonaisuutena. Vanhusten pitkäaikaishoidossa olisi kiinnitettävä huomiota niihin keinoihin, joiden avulla työvoiman käyttöä ja sen *oikeudenmukaista jakautumista* eri osastoille voitaisiin parantaa.

Voutilainen (2004) on tutkinut ikääntyneiden hoidon laatua pitkäaikaissosastolla. Hänen mukaansa **henkilöstömitoituksia** olisi hyvä jatkuvasti seurata ja verrata eri yhteisöjen mitoituksia valtakunnalliseen tilanteeseen. Asiakkaiden *hoitoisuus on lähtökohta* henkilöstön mitoittamiselle pitkäaikaissessa hoidossa, mutta myös *henkilöstöä kuvaavat tunnusluvut, kuten ikä, sairauspoissaolot ja vaihtuvuus ovat huomioitavia seikkoja. Fyysisen ympäristön piirteet, kuten yksikön koko ja mahdolliset rakenteelliset puutteet ovat myös huomioitavia asioita*

henkilöstömitoituksia tehtäessä. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2001) kehoitetaan arvioimaan henkilöstön *tarve aina paikallisesti*. Henkilöstömitoituksia tehtäessä voidaan käyttää apuna toisten kuntien esimerkkejä, valtakunnallisia vertailutietoja sekä muiden Pohjoismaiden lukuja. Hyvän perustan tarjoavat myös olemassa olevat hyvät käytännöt sekä seudulliset tai samaan kuntaryhmään kuuluvien kuntien tiedot. Valtakunnallisia tietoja ei kuitenkaan voida pitää aina hyvinä mitoitusperusteina, koska ne eivät perustu paikallisiin tarpeisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001, 16.)

**Hoitohenkilöstön määrää** koskevia tutkimuksia on tehty paljon sekä ikääntyneiden, heidän perheenjäsentensä, että hoitohenkilöstön näkökulmasta. Majasalmen, Heijan ja Niittysen (2001) selvityksessä pikaisinta ratkaisua työyksikössä toivottiin juuri henkilökunnan määrän suhteen. Henkilöstö toivoi lisää koulutettua, ammattitaitoista hoitohenkilökuntaa. Vaaraman ym. (1999) tutkimuksessa selvitettiin laitoshoidon tilaa yksityisissä ja julkisissa laitoksissa. Hänen mukaansa etenkin julkisissa laitoksissa vallitseva kiire ja vanhusten hoidotta jättäminen kertovat, että nykyiset henkilökuntamäärät eivät ole riittävät huonokuntoisten vanhusten hoitoon. Tutkimuksessa kaksi kolmesta vanhusten laitoksissa työskentelevistä henkilöistä katsoi, että henkilökuntaa on suhteessa hoidon tarpeeseen liian vähän ja he ovat kiireisiä. Myös ikääntyneiden perheenjäsenten mielestä henkilökuntaa oli liian vähän ja he olivat kiireisiä. Tutkimuksen mukaan vanhusten hoitoon oli vähiten aikaa terveyskeskuksissa, mutta myös yksityisistä laitoksista puolet poti samaa ongelmaa.

Muurisen (2003) lyhytaikaista laitoshoidoa käsittelevässä tutkimuksessa ikääntyneistä yli neljä viidesosaa ja ikääntyneiden perheenjäsenistä runsas kolmasosa ilmoittivat osastolla olevan riittävästi henkilökuntaa päivittäisissä toiminnoissa auttamiseen. Noin puolet ikääntyneistä ja runsas kolmannes ikääntyneiden perheenjäsenistä koki että hoitohenkilökunnalla oli riittävästi aikaa *keskustelemiseen*. Yli puolet sekä ikääntyneistä että perheenjäsenistä piti henkilöstön määrää kuitenkin riittämättömänä asiakkaiden *aktiivisuuden lisäämiseen*. Paljärven, Rissasen ja Sinkkosen (2003) tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat, perheenjäsenet, sekä työntekijät kritisoivat myös eniten työntekijöiden kiirettä ja vanhuksille annetun ajan riittämättömyyttä. Useissa tutkimuksissa juuri hoitajien kiire on koettu hoidon laatuun negatiivisesti vaikuttavana asiana (Syvänen 2003; Ball, Ford & Smith 2005; Laakkonen 2005). Voutilaisen (2007, 62) *Laatua laatusuosituksella* selvityksen mukaan henkilöstön määrä ja rakenne ovat kehittyneet Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen (2001) suuntaisesti, mutta kehittämisen tarvetta on yhä runsaasti.

**Ammattitaito** on tärkeä voimavara, eli rakennetekijä. Vanhuksen asiantuntevassa hoidossa yhdistyvät henkilökohtainen tieto, hiljainen tieto, eettinen tieto, kokemustieto, tieto vanhusasiakkaasta, menettelytapatieto ja järjestelmätieto. Lisäksi hoitaja käyttää gerontologian ja muiden tieteiden tarjoamaa tietoa. Toisin sanoen vanhuksen *asiantunteva ja kokonaisvaltainen hoito vaatii laajaa tietämystä, ymmärrystä ja osaamista*. (Vallejo Medina ym. 2006, 12.) Henkilöstön hyvä ammattitaito, hyvinvointi ja sitoutuminen työhönsä vaikuttavat hoidon laatuun myönteisesti. Ammattitaitoinen ja oman ammattitaidon kehittämistä kiinnostunut sekä työhönsä motivoitunut henkilöstö on iäkkäiden hyvän hoidon ja palvelun tärkein osatekijä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001,18.) Esimerkiksi Kihlgrenin, Nilssonin ja Sorlien (2005) tutkimuksessa ensiapuosaston hoitajat kokivat, että hyvästä ammattitaidosta oli apua ikääntyneiden potilaiden kohtaamisessa. Ammattitaidon avulla ikääntyneiden tilannetta pystyttiin ymmärtämään ja heille pystyttiin antamaan hyvää hoitoa. Glassonin ym. 2006 ja Changin ym. (2007) tutkimuksissa hoitajien oman työn kehittäminen 'ruohonjuuritasolla' paransi ikääntyneiden aktiivisuutta päivittäisissä toiminnoissa, sekä lisäsi heidän tietämystä omasta hoidostaan.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2001) pitkän aikavälin tavoitteena on, että vanhustyössä toimivilla on sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutus. Suosituksessa kehoitetaan mahdollistamaan ammattitaidon täydentäminen niille, joilta säädetty kelpoisuus puuttuu. Lisäksi suosituksessa kehoitetaan työyksiköitä tekemään koko henkilöstöä koskeva lyhyen ja pitkän aikavälin koulutussuunnitelma, sekä työkykyä ylläpitävä toimintaohjelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001, 18.) Majasalmen, Heijan ja Niittysen (2001) vanhustenhuoltoa koskevassa selvityksessä henkilöstö piti juuri **lisä- tai täydennyskoulutuksen** saamista hoitoyksikössä neljänneksi tärkeimpänä ratkaisua vaativana asiana. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluja koskevan selvityksen (2003) mukaan ikääntyneiden laitoshoidossa on kuluneella vuosikymmenellä jossakin määrin panostettu **koulutustason** nostamiseen, sillä sairaanhoitajien, fysioterapeuttien ja perus- ja lähihoitajien määrä on lisääntynyt. Samalla avustavia tehtäviä tekevän henkilökunnan (kylvettäjät) ja vaille sosiaali- tai terveysalan perustutkintoa olevien sairaala- ja hoitoapulaisten määrä on selvästi vähentynyt. (SVT 2003, 99.)

Henkilöstön ammattitaitoa on selvitetty tutkimuksissa sekä hoitohenkilöstön, että ikääntyneiden ja heidän perheenjäsentensä näkökulmasta. Voutilaisen (2004) tutkimuksessa ikääntyneiden perheenjäsenet pitivät pitkäaikaisosastolla olevien hoitotyöntekijöiden ammatti- ja ihmissuhdetaitoja erittäin hyvinä, sillä 93 prosenttia vastaajista oli erittäin tai melko tyytyväisiä työntekijöiden ammattitaitoon ja yli 90 prosenttia ihmissuhdetaitoihin. Syväsen (2003)

tutkimuksessa tuli esille, että henkilöstön osaaminen oli osin vajaakäytössä ja osin riittämätöntä. Työtä tehtiin tehottomissa rakenteissa ja tehottomin, epätaloudellisin ja tuottamattomin työtavoin, koska rutiinit, standardit ja talon tavat alensivat työn tuottavuutta. ”Kaikki tekevät kaikkea” periaatteiden toteuttaminen kuormitti erityisesti niitä, joilla ei ollut riittävää ammatillista koulutusta.

Useiden tutkimusten mukaan **osaamista ja ammattitaitoa** ei voida kiireen vuoksi aina riittävästi hyödyntää. (Vaarama 2004; Syvänen 2003.) Esimerkiksi Syväsen (2003) tutkimuksessa henkilöstömäärän alenemisen myötä kaikille tuli enemmän töitä. Kiire aiheutti riittämättömyyden tunteen, joka heikensi työn hallintaa. Kiireen vuoksi työaikana ei ennättänyt tehdä kuin välttämättömimmät rutiinityöt. Yksilölliseen hoitoon, vanhusten toiveiden toteuttamiseen, ajan antamiseen vanhuksille ja parempikuntoisten hoitamiseen ei ollut riittävästi aikaa kotipalvelussa ja vanhainkodeissa. Tällöin turvauduttiin yksilöllisyyttä heikentäviin työntekijäkeskeisiin rutiineihin, jotka toteutettiin kiireisesti. Ne myös esineellistivät vanhuksen. Hoitajien kokemus oli, että työt yritettiin tehdä hyvin, mutta johonkin oli laitettava raja. Kiireettömyys olisi kuitenkin tärkeää, sillä esimerkiksi Steelen, Millsin, Longin ja Hagopian (2002) saattohoidon laatua käsittelevässä tutkimuksessa potilaat ja henkilöstö arvostivat juuri keskustelua hoitosuhteessa. Muita tärkeitä tekijöitä olivat avun nopea saaminen ja oireiden oikeanlainen hoito. Pekkarisen ym. (2006) tutkimuksessa sairaanhoitajien työn vaatimusten kasvaessa riski rauhoittavien lääkkeiden käyttöön iäkkäillä potilailla suureni. Tutkimuksen mukaan rauhoittavien lääkkeiden käyttöä voitaisiin vähentää parantamalla työoloja. Se tarkoittaisi, että hoitohenkilöstö pystyisi hyödyntämään omaa osaamistaan, sekä pystyisi osallistumaan paremmin päätöksentekoon.

Uudessa Ikääntyneiden hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2008) on nostettu esiin myös henkilöstön **työhyvinvointi** ja työturvallisuus. Työterveyslaitoksen (2006) selvityksen mukaan työ vanhustenhuollossa on tällä hetkellä ruumiillisesti raskasta ja tiedollisen osaamisen kannalta vaativaa. Vanhusten itsemääräämisoikeutta ei aina kyetä kunnioittamaan tarpeeksi, sillä rajalliset resurssit ovat aika ajoin esteenä eettisesti oikealle toiminnalle. Mahdollisuudet vaikuttaa työhön ja työaikoihin on koettu erityisen huonoksi, eikä työtä koeta samassa määrin palkitsevana kuin muilla sektoreilla. Voutilaisen (2007, 62) selvityksen mukaan muutokset työhyvinvoinnissa ovat olleet lähinnä kielteisiä, sillä henkilöstön kuormitus ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet. Multanen (2002a) on listannut 10 kultaista sääntöä joiden avulla hoitohenkilöstö jaksaa paremmin vanhustyössä. Tällaisia asioita ovat muun muassa; *riittävä lepo, omien voimavarojen ja rajojen tunnistaminen, tiedonhalun ylläpito, uuden tiedon oppiminen, omien kykyjen käytöstä*

*huolehtiminen, yhteistyön vaaliminen, oman itsen arvostaminen, sekä tasapainon löytäminen perheen ja työelämän välillä.*

**Hoitoympäristö** on hoidon laadun kannalta tärkeä tekijä. Esimerkiksi Cutlerin ym. (2006) tutkimuksessa hoitoympäristön puutteilla oli yhteyttä hoidon laatuun. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen (2001) mukaan vanhoja laitoksia peruskorjattaessa ja uusia rakennettaessa on tärkeää pyrkiä kodikkaisiin ja turvallisiin ratkaisuihin, jotka tukevat asiakkaan *toimintakykyä, yksityisyyttä ja sosiaalista kanssakäymistä*. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001, 18.) Majasalmen ym. (2001) tutkimuksessa henkilöstö koki juuri tilaratkaisut tärkeäksi kehittämiskohteeksi vanhustenhuollossa. Vastaajien mukaan huoneet ja wc-tilat olivat liian pienet vanhustenhoitoa ajatellen. Monet osastot olivat asiakasmäärältään suuria, jolloin seurauksena oli hyvin laitospäinen koti vanhuksille. Vastaavasti Muurisen (2003) tutkimuksessa käytännölliset ja uudet tilat eivät saaneet kovin suurta merkitystä asukkaiden ja heidän perheenjäsentensä arvioissa. Fyysistä ympäristöä pitivät sekä tutkimus- että vertailuosaston asukkaat ja perheenjäsenet yhtä kodikkaana, vaikka tutkimusosasto oli juuri puoli vuotta ennen tutkimuksen alkua peruskorjattu ja vertailuosaston tilat olivat remontoimattomat. Myös Multasen (2002b) selvityksessä vanhukset kokivat, että laitoksen tilojen puutteellisuus ei vaivannut heitä. Kodinomaisena he pitivät yhteisiä tapahtumia ja henkilöstön kanssa juttelua. Yksi tapahtuma viikossa oli vanhusten mielestä riittävä. Voutilaisen (2004) tutkimuksessa pitkäaikaisosastolla ikääntyneiden perheenjäsenistä vain seitsemän prosenttia piti hoitoympäristöä erittäin viihtyisänä ja 55 prosenttia piti hoitoympäristöä viihtyisänä.

Hokkasen (2006) tutkimuksessa ikääntyneet kokivat ympäristön, eli oman kodin, sen toimivuuden, sekä liikkumavapauden tärkeäksi voimavaraksi. Myös Elon (2006) tutkimuksessa viihtyisäksi koettu *fyysinen ympäristö* tuki ikääntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Turvallisen toiminnan kotona mahdollistivat kodin muutostyöt ja erilaiset *tukikaiteet ja apuvälineet*. Turvallisen liikkumisen mahdollistava ympäristö muodostui muun muassa kulkuväylistä ja liikkumisen apuvälineistä. Kulkuväylien osalta keskeisiä olivat *hyvä valaistus, leveys ja materiaali, sekä levähdysmahdollisuudet*. Hyvinvointia tukeva *sosiaalinen ympäristö* tarkoitti *avun saamista, yhteydenpitoa perheenjäseniin, ystävien tukea, sekä viihtyisää asuinyhteisöä*. *Symbolinen ympäristö* käsitti *hengellisyyden, vapauden ja yksityisyyden*. Elämää rajoittavina tekijöinä koettiin oman tai puolison sairauden mukanaan tuomat rajoitukset ja läheisten kontrolli. Sairauksien lääkitys, ruokavaliorajoitukset, säännöllinen hoidossa käyminen ja heikentynyt liikuntakyky rajoittivat elämää. Heinolan, Voutilaisen ja Vaaraman (2003) tutkimuksessa tuli esille, että vanhusten kotona

selviytymistä vaikeuttivat raskaat taloustyöt, pihatyöt, portaissa ja ulkona liikkuminen, puutteelliset kulkuyhteydet, sekä hissittömät kerrostalot.

### 2.2.2 Hoitotyön prosessin laatu ikääntyneiden hoidossa

Laatuajattelun ydintä on perinteisesti toimintaprosessien hallinta ja kehittäminen. Prosessit ovat organisaation läpi kulkevia toimintoketjuja, jotka alkavat asiakkaan tarpeista ja päättyvät asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen. Työn tulokset saavutetaan juuri prosessien kautta. (Jalava & Virtanen, 1996, 57.) Lumijärven (2002, 18) mukaan **palvelun käynnistyminen** ja hoitoon pääsy on yksi asiakastyytyväisyysmittauksien kriteeri. **Palvelutilanteeseen** liittyviä laatutekijöitä ovat *henkilöstön palveluالتتius, ystävällisyys, kokemukset henkilöstön ammattitaidosta, sekä asiakkaan erityistarpeiden huomioonottaminen ja kuuleminen. Asioinnin sujuvuus, sekä sosiaaliset ja viestinnälliset taidot* ovat myös tärkeitä. Ikäihmisten hoito- ja palvelua koskevan laatusuosituksessa (2001) palvelujen eettisenä lähtökohtana on juuri ikäihmisten *arvostaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen* sekä heidän *yksilöllisiin tarpeisiinsa vastaaminen*. Ikääntyvien hyvä hoito ja palvelu on heidän *yksilöllisten voimavarojensa ylläpitämistä ja tukemista*. suosituksessa kehoitetaan palvelutoimintaan, joka perustuu *kuntouttavaan työotteeseen* ja noudattaa *näyttöön ja käyvän hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä*. (Sosiaali- ja terveysministeriö & kuntaliitto 2001.) Berglundin ja Ericssonin (2003) tutkimuksessa selvitettiin vanhusten odotuksia hoidoltaan. Tutkimuksessa vanhainkodin hoitajat ja asukkaat arvioivat vanhuksen elämisen laadun samankaltaisesti. Vanhukset kokivat, että elämisen laatu muodostuu arvostuksen saamisesta ja että tuntee elävänsä hyvää elämää. Hoitajat uskoivat, että vanhukset halusivat tulla nähdyksi ja kuulluksi ja että he halusivat kokea itsensä tarpeellisiksi. Murphyn (2007) tutkimuksessa hoitajat arvioivat, että hoidon laatu pitkäaikaisosastolla oli yksilöllisyyden kunnioittamista, sekä itsenäisyyttä ja päätöksentekoa tukevaa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että näin ei useilla käytännön alueilla ollut.

**Tyytyväisyyttä palvelutilanteeseen tai hoitoon** on selvitetty useissa tutkimuksissa haastatteleamalla ikääntyneitä, sekä heidän perheenjäseniään. Laadun kokemisella tarkoitetaan esimerkiksi vanhuksen omaa kokemusta saamansa hoidon ja palvelun laadusta. Tässä vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys. Vaikka puitteet olisivat kuinka hyvät, voi vääränlainen asennoituminen vanhukseen tuhota hoitosuhteen. Elämänhistorian tuntemuksen merkitystä ei voi liikaa korostaa tässä yhteydessä. On oltava aikaa kuunnella vanhuksen omia toiveita ja kokemuksia, jotta vanhus voi kokea hoidon laadukkaaksi. (Vallejo Medina ym. 2006, 359.) Isolan ym. (2007)



erikoissairaanhoidon koskevassa tutkimuksessa tuli esille, että iäkkäät potilaat kokivat saamansa ohjauksen joiltain osin riittämättömäksi. Heidän mielestään ohjauksen pitäisi kohdentua enemmän sairauteen ja sen ennusteeseen sekä toimenpiteisiin ja kelakorvauksiin. Konkreettiseen liikkumiseen kaivattiin enemmän ohjausta. Potilaiden mielestä perheenjäseniä oli ohjattu tunteiden ja pelkojen käsittelyssä liian vähän. Salosen, Kaunosen ja Tarkan (2005) tutkimuksessa veteraanit olivat tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Veteraanit olivat erittäin tyytyväisiä henkilökuntaan ja sen ystävällisyyteen. Henkilökunnan asiantuntevuus, tavoitettavuus ja luottamus henkilökuntaan saivat suurimmalta osalta veteraaneista kiitettävät arvostukset. Myös Vaaraman ym. (1999) tutkimuksessa tulokset olivat samansuuntaisia. Ikääntyneiden perheenjäsenten mielestä vanhustyön henkilökunta oli ystävällistä ja taitavaa, vaikkakin heitä oli liian vähän ja he olivat kiireisiä. Yksityisellä sektorilla henkilökunta sai paremman arvostuksen kuin julkisella sektorilla ja erityisesti ihmissuhdetaidoista ja tiedottamisesta omaisille yksityiset laitokset saivat julkista enemmän myönteistä palautetta.

Ikääntyneiden hoidon laadun arviointi suhteutetaan **kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan** ja sen toteutumiseen. On tärkeää, että hoitosuunnitelma laaditaan asiantuntevasti **yhteistyössä** vanhuksen ja hänen läheistensä kanssa, ja että suunnitelmaa noudatetaan hoidossa. Lisäksi on tärkeää, että asetetut tavoitteet saavutetaan ja että suunnitelmaa ja annettua hoitoa arvioidaan. Hoidon laatua on tärkeä mitata myös vuorovaikutuksen laadulla. Jos palvelu ja hoito perustuvat asiantuntemukseen ja osaamiseen, viimeisten hoitosuosituksen mukaisiin käytäntöihin ja ammatilliseen vuorovaikutukseen, kokee vanhus yleensä hoitonsa hyväksi. (Vallejo Medina ym. 2006, 358.) Voutilaisen (2004) ja Muurisen (2003) mukaan juuri dokumentointia tulisi ikääntyneiden hoidossa kehittää. Voutilaisen (2004) tutkimuksessa aineiston ikääntyneistä 30 prosentilta puuttui ajantasainen hoitotyön suunnitelma. Hoitotyön tavoitteiden saavuttamisen arviointi suhteessa asetettuihin tavoitteisiin oli lähes puolessa asiakirjoista puutteellista. Samoin asiakkaan omatoimisuuden aste ja kuntoutumisen edistyminen oli kirjattu vain puoleen analysoiduista asiakirjoista. Muurisen (2003) tutkimuksen mukaan hoitotyön suunnitelmissa ja päivittäisessä seurannassa oli kehitettävää. Vähäkankaan, Lindmanin ja Uusitalon (2005) tutkimuksessa tarkasteltiin hoitosuunnitelman rakentumista RAI-tietojärjestelmän (resident assesment instrument) pohjalta, joka tuottaa mitattavaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä. RAI:n käyttö oli auttanut hoitajia tunnistamaan hoidettavien voimavaroja paremmin ja ongelma-alueet oli pystytty arvioimaan tarkemmin. RAI:n avulla oli voitu myös kiinnittää huomiota ns. riskiasiakkaisiin, kuten kaatumisen riskiin ja painehaavan uhkaan.

Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen (2001) mukaan saumaton **yhteistyö eri palveluntuottajien sekä ikääntyneiden perheenjäsenten kanssa** on tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001.) Mäen (2004) mukaan hyvä laatu edellyttää terveydenhuollossa *potilaan osallistumista, asiantuntijoiden yhdessä asiakkaan kanssa tekemää hoidon suunnittelua*, suunnitelmien joustavaa noudattamista sekä oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon periaatteiden kunnioittamista resurssien jakamisessa. Vallejo Medinan ym. (2006, 360) mukaan yhteistoiminta on taitolaji, joka vaatii kykyä kunnioittaa toisten osaamista ja antaa omaa osaamistaan toisten käyttöön. Jotta yhteistyö sujuisi, tarvitaan yhteistä kieltä, mikä vaatii vuorovaikutusta ja asiasisältöjen täsmentämistä. Vanhustenpalvelujen käyttäjien kannalta tarkasteltuna hallinnollisten päätöksentekijöiden ja kentällä toimivien hoitoa antavien henkilöiden olisi syytä keskustella nykyistä enemmän, sillä jos viestit esimerkiksi palvelutarpeesta eivät välity, vanhus joutuu kärsimään seurauksista.

Useissa ikääntyneiden hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa käsitellään yhteistyötä ikääntyneiden perheenjäsenten kanssa. Esimerkiksi Majasalmén ym. (2001) tutkimuksessa vanhustenhuollossa toimiva henkilöstö koki, että vanhustenhuollon kehittämisen yksi tärkeä seikka on *perheenjäsenten mukaan ottaminen* hoitoon. Tutkimuksessa läheisten toivottiin käyvän useammin vanhuksien luona ulkoiluttamassa heitä ja osallistuvan muutenkin vanhuksen elämään. Tämä yhteistoiminta auttaisi kaikkia osapuolia ymmärtämään toisiaan paremmin ja samalla vanhuksen yksilöllisiä tarpeita voitaisiin huomioida paremmin. Tutkimuksen mukaan tasa-arvoinen kohtelu ja arvostus kaikkien eri henkilöstöryhmien välillä on edellytys joustavalle yhteistyölle. Myös Wemanin ja Fagerbergin (2006) tutkimuksessa hoitohenkilöstö koki, että positiivinen palaute sekä johtajalta että perheenjäseniltä oli tärkeää ikääntyneiden hoitotyössä. Tutkimuksen mukaan perheenjäsenet ovat ikääntyneille suuri voimavara, mutta toisinaan he välttelivät yhteydenottoa ja se teki yhteistyöstä hankalaa. Syväsen (2003) tutkimuksessa työyhteisöjen jäsenten suhtautuminen ikääntyneiden perheenjäseniin oli hyvin ristiriitaista. Tutkimuksessa tuli esille, että perheenjäsenten vähäisen osallistumisen yksi syy oli se, että vanhainkoti oli omilla toimintatavoillaan sulkenut ajan myötä perheenjäsenet laitoksen ulkopuolelle. Henkilökunnan passiivisen asenteen vuoksi perheenjäsenten kontaktit olivat ajan myötä vähentyneet. Toisaalta työntekijöiden paineita tutkimuskohteissa lisäsi joidenkin läheisten tapa huolehtia liikaa vanhusten asioista ja tehdä asioita vanhuksen puolesta. Sen koettiin passivoivan vanhusta ja heikentävän omatoimisuutta ja se taas lisäsi työntekijöiden työmäärää. Tutkimuksen mukaan kaukana asuvilla perheenjäsenillä, jotka eivät muutoin osallistuneet vanhuksen elämään, koettiin olevan erilaiset käsitykset vanhuksen hoidon tavoitteista ja laadusta. Myös Larssonin ym. (2004) tutkimuksessa sekä kotihoitoa saavat potilaat

että perheenjäsenet olivat yhtä mieltä hoidon laadusta silloin, jos he tapasivat päivittäin (asuivat yhdessä) ja jakoivat samat päivittäiset hoitoon liittyvät kokemukset.

### 2.3 Laadun seuranta ikääntyneiden hoidossa

Laadun seuranta on tärkeää sekä hoitoyksiköissä, valtakunnallisesti, että kansainvälisesti. **Organisaatiot** seuraavat laatua, koska tarvitsevat tietoa toiminnan *vaikuttavuudesta, saatavuudesta, tehokkuudesta ja asiakastyytyväisyyden tilasta* johtamisen ohjauksivälineeksi. Lisäksi ne tarvitsevat tietoa siitä, *miten ovat onnistuneet omassa tehtävässään*. Tietoa omista saavutuksista tarvitaan myös, jotta *voidaan oppia*, sekä tehdä vertailuja muiden organisaatioiden kanssa. Saadun tiedon pohjalta voidaan kertoa myös asiakkaalle laatutasosta. Lisäksi voimavarojen vähetessä on tärkeää suunnata ne toimintoihin, joiden vaikuttavuus on korkea. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 18.) Organisaation omien tietovarantojen muodostaminen on perusedellytys toiminnan arvioinnille ja parantamiselle. Tiedon muokkaaminen ja käyttö käytännön laatutyön yhteydessä mahdollistaa toiminnan muuttamisen. Tiedon yhdistäminen prosessien kuvaamiseen tekee ne vielä näkyvämmiksi ja auttaa saamaan muutoksia aikaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 25.)

Konkreettiset laatutavoitteet ja niiden systemaattinen *seuranta ja raportointi* parantavat myös **kunnan** palvelujen sisäistä ohjausta ja laadunhallintaa. Kun ikääntyneet ja heidän läheisensä tietävät sekä oikeutensa että kunnan voimavarat, he voivat osallistua keskusteluun paikallisesta palvelutasosta ja eri palvelujen tärkeydestä sekä valvoa oikeuksiensa toteutumista. Kunnan palveluista vastaavien luottamushenkilöiden on helpompi tehdä perusteltuja päätöksiä, jos palveluiden laatutavoitteet on valmisteltu ja määritelty hyvin ja jos laatua on seurattu riittävästi. (Vallejo-Medina ym. 2006, 360) Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen (2001) mukaan kuntalaisille tulee antaa vuosittain *tiedote* siitä, millaisen palvelutason kunta tarjoaa iäkkäille asukkailleen, milloin ikääntynyt on oikeutettu palveluun, mitkä ovat asiakasmaksut, miten kunta on saavuttanut tavoitteensa, sekä perustelu mahdolliselle tavoitteista poikkeamiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001, 20.)

**Valtakunnallisella tasolla** seurataan laatua, koska halutaan tietää *sosiaali- ja terveystieteiden periaatteiden ja strategisten tavoitteiden toteutumisesta*. Kiinnostus kohdistuu koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän laatuun. Koska kunnat vastaavat palvelujen järjestämisestä ja saannista ja koska palvelun tuottajia on yhä useampia, on tärkeää seurata valtakunnallisesti *palvelujärjestelmän toimivuutta, palvelujen saatavuutta, kansalaisten tasa-arvon toteutumista*

peruspalveluiden saannissa asuinpaikasta riippumatta, sekä *palvelujen oikeaa kohdentumista*. Valtakunnan tasolla seurataan myös alueellista vaihtelua voimavarojen käytössä ja hoitokäytännöissä sekä sitä, että palvelut toteutuvat väestön tarpeen, lakien ja suositusten mukaisesti. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 19-24.) Yleinen kansainvälistyminen ja etenkin eurooppalaistuminen ovat myös lisänneet tutkijoiden ja poliitikkojen kiinnostusta **maiden välisiin vertailuihin**. Maiden välisistä eroista ja yhtäläisyyksistä halutaan tietää yhä enemmän ja lisäksi halutaan ottaa oppia. (Anttonen ym. 2006, 16.)

Ikääntyneiden hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2001) kehoitetaan ottamaan käyttöön **laatuindikaattorit**, joiden avulla laatua voidaan seurata ja arvioida (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001, 20). Laatuindikaattori on laadun perusteeksi valittu ominaisuus, jonka arvon kehittymistä ja muuttumista hyödykkeessä seurataan ja joka toimii viitteenä hyödykkeen laadun vaihtelulle (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 9-13). Finne-Soverin (2005) laitoshoidon laatua käsittelevässä tutkimuksessa laatuindikaattoreita olivat esimerkiksi *virtsatieinfektiot, painon lasku, painehaavat, päivittäisen liikkumisen estäminen*. Laatuindikaattoreille on myös asetettu tiettyjä laatuvaatimuksia. Valtakunnallisessa ja alueellisessa vertailussa niiltä vaaditaan, että ne perustuvat tutkittuun tietoon ja mittaavat samaa asiaa eri kunnissa ja eri palveluntuottajien toiminnassa. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 9-13.) Laatuindikaattoreiden tulee olla niin luotettavia, että mittaustulosta ei voida tulkita väärin. Lisäksi niiden tulee voida osoittaa laatueroja, joihin tulee voida tarvittaessa vaikuttaa terveydenhuollon panoksien avulla. (Kvalitetsmålning i Sundheds – vaesenet 2003, 34.)

### 2.3.1 Laadunhallinnan keinot

Pienessä organisaatiossa tai yksin toimivalla tuottajalla laatu saadaan hallintaan yksinkertaisemmin menettelytavoin ja ohjein kuin isossa. Iso, moniosastoinen organisaatio tarvitsee vastaavasti enemmän *toimintaohjeita, prosessikuvauksia* ja laadunhallinnan menetelmiä päästäkseen haluttuihin tuloksiin. Laadunhallinnassa voidaan edetä kehittämällä ja ottamalla vähitellen käyttöön erilaisia **laadunhallinnan menettelytapoja ja järjestelmiä**. Esimerkkejä näistä ovat *hoito- ja palvelusuunnitelmat, asiakaspalautejärjestelmä, yksittäiset sisäiset ja ulkoiset arvioinnit, laboratorion laatujärjestelmä, dokumentointi- ja tilastointimenettelyt, laitteiston ja välineistön kunnossapito-ohjelmat jne.* Jos organisaatio arvioi itse omaa laadunhallintaansa, puhutaan itsearvioinnista tai sisäisestä arvioinnista. Jos taas arvioinnin tekee asiakas/ostaja tai riippumaton ulkopuolinen arvioija, puhutaan ulkoisesta arvioinnista. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon

organisaation olisi kehitettävä omaa laadunhallintaansa kokonaisvaltaisempaan suuntaan ja ulotettava laadunhallinta organisaation kaikille toimintaloikoille ja yksiköihin. Ensimmäinen askel kohti suunnitelmallisuutta ja järjestelmällisyyttä onkin laatupolitiikan saattaminen kirjalliseen muotoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 28-30.)

Vanhustenhoidon laadun seurannan avuksi on kehitetty erilaisia **mittareita**. *RAVA-toimintakykyindeksin* perusteella kunnat ovat saaneet tietoa siitä, mikä on ikäihmisten toimintakyky kunnan omissa tai hankituissa palveluissa. Selvityksillä on saatu tietoa myös siitä, ovatko asiakkaat sijoittuneet palvelutarpeidensa mukaisiin hoitopaikkoihin. RAVA-indeksiä käytetään esimerkiksi, kun päätetään koti- tai laitoshoidosta. Toinen Suomessa käytössä oleva laadun mittari on *RAI-järjestelmä* (resident assesment instrument), jonka perusteella jokaisen potilaan hoidontarve arvioidaan perusteellisesti ja hoidontarvetta arvioidaan määrävälein, jotta edellisen arvion perusteella tehtyjen toimien onnistuminen nähdään. (Vallejo-Medina ym. 2006, 360.)

### 2.3.2 Tilasto- ja rekisteritietojen hyödyntäminen

Valtakunnallisten **tilasto- ja rekisteritietojen** avulla voidaan helpottaa sekä valtakunnallisen että paikallisen tason laadunhallintaa. Tilastoista ja rekistereistä löytyy tietoa mm. terveydestä, palveluista ja henkilöstöstä. Tietoja voidaan eritellä esimerkiksi *ikäryhmien* tai *alueiden* tasolla. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000.) Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin tauteja ja riskitekijöitä kuvaavat tilastot sekä Tilastokeskuksen ja Suomen Kuntaliiton tilastot ovat merkittäviä tietolähteitä. Myös sairaanhoitopiirit voivat kehittää ja tukea alueellista laatutyöskentelyä tuottamalla alueellista arviointi- ja vertailutietoa. Tärkeä alueellisen arviointitiedon tuottaja on myös lääninhallitus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 25-26.)

Tilastolaitosten ja monien julkisten laitosten tilastot ovat yleensä osittain julkaistuja, osittain julkaisemattomia. Tilastojen taustalla ovat usein rekistereistä kerätyt tiedot. Rekisterit toimivat aina jotain tiettyä tarkoitusta varten ja rekisteriselosteesta ilmenee aina käyttötarkoitus. Lakisääteiset ja laissa määrätyn tehtävän hoitamiseksi perustetut terveydenhuollon rekisterit kokoavat yleensä tietoja terveydenhuollon suunnittelua ja seurantaan varten. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 186.) Toimintayksiköiden omat potilasrekisterit on tarkoitettu sekä yksittäisten potilaiden hoitoon että oman toiminnan suunnitteluun. Hoitoyksikkö voi myös muodostaa hoitotarkoituksessa tiettyä tautia tai potilasryhmää koskevia rekistereitä. Lisäksi potilasjärjestöissä on vapaaehtoisuuteen perustuvia jäsenrekistereitä, jotka sisältävät jäsenten antamia tietoja omasta terveydentilastaan ja

sen muutoksista. Joistain rekistereistä tietoja lähetetään myös kansainväliseen käyttöön muun muassa hoitovertailuja varten. (Orre ym. 2002, 36-39.)

Terveysthuollon erillisrekisterillä tarkoitetaan ei-lakisääteistä rekisteriä, joka kokoaa yhdestä tai useammasta hoitoyksiköstä potilaskohtaisia tietoja terveydentilasta, hoidosta, sen vaikutuksista tai tuloksista. Rekisteriin voidaan kerätä tietoa joko toimintayksikkökohtaisesti, alueellisesti tai valtakunnallisesti ja rekisteri sisältääkin tietoja vain määritellyistä potilasryhmistä esimerkiksi diagnoosin, hoitomenetelmän tai hoitopaikan mukaan. Erillisrekisteri voi toimia joko määräajan tai jatkuvasti ja ylläpitäjinä toimivat tavallisimmin sairaalat tai potilasjärjestöt. Erillisrekisterit eivät perustu lainsäädäntöön, ja niitä ylläpidetään hoidon laadun seurannan ja toiminnan kehittämisen tai tutkimuksen takia. Lakisääteisiä rekistereitä ja potilasrekistereitä lukuun ottamatta lähes kaikkia muita terveydenhuollon rekistereitä voidaan sanoa erillisrekistereiksi. (Orre ym. 2002, 44- 45.)

Terveysthuollon rekisterit sisältävät usein arkaluonteisia, salassa pidettäviä tietoja, joten tietosuojan merkitys korostuu rekisterien ylläpidossa ja hyödyntämisessä. Rekisterit jotka sisältävät henkilötietoja, vaativat aina tutkimusluvan. Henkilörekisterinpitoon ja henkilötietojen käsittelyyn vaikuttavia lakeja on useita. Terveysthuoltoa koskevissa Yleis- ja erityislaeissa on tietojen luovuttamista ja salassapitoa koskevia säännöksiä ja niiden tarkoituksena on varmistaa, että rekisteritietoja käytetään vain luvallisiin tarkoituksiin ja ettei kenenkään yksityisyyttä loukata. (Orre ym. 2002, 86.) Yleislaeista esimerkiksi Suomen perustuslaki (731/1999) turvaa perusoikeutena mm. yksityiselämän ja kunnian ja Henkilötietolaki (523/1999) turvaa kansalaisten yksityisyyttä henkilötietojen käsittelyssä. Erityislaeista esimerkiksi Potilaslaki (785/1992) määrittelee potilasasiakirjat salassa pidettäviksi ja velvoittaa säädetyin poikkeuksin pyytämään potilaan kirjallisen suostumuksen ennen tietojen luovuttamista sivullisille.

## **2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista**

Vanhusten tarvitsema hoiva ja hoito ovat mitä keskeisin osa terveydenhuoltoa ja sairaanhoitoa, ja vanhat ihmiset muodostavat suurimman yksittäisen terveydenhuollon käyttäjäryhmän. Hoivan tarve lisääntyy jatkuvasti, sillä ihmiset elävät entistä pidempään. Palvelujen käytön yleisin peruste ikäihmisillä on heikentynyt toimintakyky ja etenkin dementia on yksi tärkeimmistä palvelutarvetta lisäävistä tekijöistä. Muita palvelujen tarvetta lisääviä tekijöitä ovat yksin asuminen, puutteelliset asuinolot ja asuinympäristöt sekä omien tukihenkilöiden puute. Vanheneminen ei aina tarkoita

huonoa toimintakykyä ja syrjäytymistä, vaan oleellista on, miten vanhuksat kohdataan ja miten vanhuspalvelut järjestetään.

Ikääntyneiden hoidossa laatua on vaikea yksiselitteisesti määritellä, sillä se riippuu aina tarkasteltavasta kohteesta. **Henkilöstön määrä on** yksi tärkeä laadun rakennetekijä. Riittävä ja asianmukainen henkilöstömitoitus on tärkeä turvata kaikkiin pitkäaikaista hoitoa tuottaviin yksiköihin paitsi asiakkaiden *hoitotulosten ja kustannusten* vuoksi, myös siksi, että *voidaan turvata hyvä työelämän laatu ikääntyneiden parissa toimivalle henkilöstölle*. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin tullut esille, että vanhusten hoidon henkilöstömitoituksissa on puutteita.

Hyvä **ammattitaito**, hyvinvointi ja sitoutuminen työhön vaikuttavat hoidon laatuun myönteisesti. Ammattitaitoinen ja oman ammattitaidon kehittämiseen kiinnostunut henkilöstö on iäkkäiden hyvän hoidon ja palvelun tärkein osatekijä. Ikääntyneiden laitoshoidossa on kuluneella vuosikymmenellä panostettu **koulutustason** nostamiseen, sillä sairaanhoitajien, fysioterapeuttien ja perus- ja lähihoitajien määrä on lisääntynyt. Avustavia tehtäviä tekevän henkilökunnan (kylvettäjät) ja vailla sosiaali- tai terveysalan perustutkintoa olevien sairaala- ja hoitoapulaisten määrä on selvästi vähentynyt. Useissa tutkimuksissa ikääntyneet ja heidän läheisensä pitävät hoitohenkilöstön ammattitaitoa hyvänä, mutta kokevat hoitohenkilöstön kiireen negatiivisesti hoitoon vaikuttavana asiana.

Työ vanhustenhuollossa on tänä päivänä fyysisesti kuormittavaa ja tiedollisen osaamisen kannalta vaativaa. Tutkimusten mukaan kiireen vuoksi osaamista ja ammattitaitoa pystytään aina riittävästi hyödyntämään, eikä vanhusten itsemääräämisoikeutta kunnioittamaan. Hoitoympäristön puutteilla voi olla myös vaikutusta hoidon laatuun. Vanhoja laitoksia peruskorjattaessa ja uusia rakennettaessa on tärkeää pyrkiä kodikkaisiin ja turvallisiin ratkaisuihin, jotka tukevat asiakkaan *toimintakykyä, yksityisyyttä ja sosiaalista kanssakäymistä*.

**Hoitoprosessin** eri vaiheissa on tärkeää *arvostaa ikääntynyttä, kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan, sekä vastata hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa*. Ikääntyneiden hyvä hoito ja palvelu on yksilöllisten voimavarojen ylläpitämistä ja tukemista. Toiveiden ja kokemusten kuunteleminen hoidon eri vaiheissa on tärkeää. Hyvä hoito perustuu myös kuntouttavaan työotteeseen ja noudattaa näyttöön ja käyvän hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä. Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma on tärkeä laatia yhteistyössä vanhuksen ja hänen läheistensä kanssa ja sitä on myös tärkeä noudattaa hoidossa. Tutkimusten mukaan ikääntyneiden hoidon dokumentoinnissa on kuitenkin ilmennyt puutteita.

**Yhteistyö** eri palveluntuottajien sekä ikääntyneiden perheenjäsenten kanssa on tärkeää. Tutkimusten mukaan vanhustenhuollon kehittämisen kannalta tärkeä seikka on juuri *perheenjäsenten mukaan ottaminen hoitoon*. On tärkeää huolehtia, että perheenjäsenet eivät kuitenkaan tee liikaa asioita vanhuksen puolesta.

**Laadun seuranta** yksiköissä on tärkeää, jotta saadaan tietoa toiminnan vaikuttavuudesta, *saatavuudesta*, tehokkuudesta ja *asiakastyytyväisyyden tilasta*. Tiedon avulla voidaan *oppia* ja tehdä *vertailuja* muiden yksiköiden kanssa. Saadun tiedon pohjalta voidaan kertoa myös asiakkaalle laatutasosta. Organisaation *omien tietovarantojen muodostaminen* on perusedellytys toiminnan arvioinnille ja parantamiselle. Tietojen vertailu myös valtakunnallisesti on tärkeää, jotta voidaan selvittää alueelliset erot voimavarojen käytössä ja hoitokäytännöissä. Lisäksi voidaan selvittää, toteutuvatko hoito ja palvelut väestön tarpeiden, lakien ja suositusten mukaisesti.

Tässä tutkimuksessa kuvataan ikääntyneiden, eli 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua ja laadun seurantaa. Tutkimuksessa selvitetään ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä kuntakokoluokittain valtakunnallisen tilastoaineiston avulla. Sen lisäksi selvitetään ikääntyneiden hoidon laatua kolmessa vanhainkodissa rakenne- ja prosessitekijöiden osalta, koska Voutilaisen (2004) mukaan laadun tarkastelu eri ulottuvuuksia yhdistelemällä on toistaiseksi ollut vähäistä.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa tilastoaineiston avulla. Tarkoituksena on lisäksi kuvata hoidon laatua ja laadun seurantaa pienen, keskisuuren ja suuren kunnan vanhainkodissa johtajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa laatutekijöistä.

#### **Tutkimuskysymykset ovat:**

1. Mitä eroja ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä on pienten, keskisuurten ja suurten kuntien välillä?
2. Miten vanhainkodin johtajat arvioivat hoitotyön laatua?



## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Triangulaatio tutkimusmenetelmänä

Tutkimus toteutettiin triangulaatiotutkimuksena. Triangulaatiolla tarkoitetaan esimerkiksi kahden tai useamman menetelmän yhdistämistä samassa tutkimuksessa. Triangulaatioita on useita erityyppisiä; aineisto-, analyysi-, tutkija- ja metodologinen triangulaatio. (Lauri & Kyngäs 2005, 64.) Tässä tutkimuksessa toteutui metodologinen triangulaatio, jolla tarkoitetaan laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämistä samassa tutkimuksessa joko samaan aikaan tai peräkkäin (Lauri & Kyngäs 2005, 64). Tässä tutkimuksessa valmiin määrällisen tilastoaineiston tueksi kerättiin laadullinen teemahaastatteluaineisto.

Tutkimuksessa toteutui myös aineistotriangulaatio, joka tarkoittaa useiden erilaisten aineistojen yhdistämistä. Tutkimuksessa voidaan yhdistää esimerkiksi haastattelu- ja kyselylomakeaineistot. Laadullinen aineisto voidaan myös muuttaa määrälliseen muotoon ja sitä voidaan käsitellä tilastollisesti. (Lauri & Kyngäs 2005, 64.) Tässä tutkimuksessa yhdistettiin kaksi eri aineistoa; tilastoaineisto, sekä haastatteluaineisto. Tilastoaineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja haastatteluaineisto sisällön analyysin avulla. Tilastoaineiston tietoja täydennettiin haastatteluista saaduilla tiedoilla. Aineistoja ei analysoitu yhdessä, vaan niiden tulokset täydensivät toisiaan. Keräämällä tutkittavalta alueelta erilaisia aineistoja pyritään saamaan asiasta monipuolisempi ja rikkaampi kuva (Leino-Kilpi 1998, 225).

### 4.2 Aineiston keruu

#### 4.2.1 Tilastoaineiston keruu

Tutkimuksessa käytettiin aluksi valmista tilastoaineistoa, IKI-Indikaattoristoa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus oli halunnut tukea kuntia Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen käytännön toteuttamisessa ja oli laatinut laajan asiantuntijajoukon kanssa IKI – indikaattoriston. Indikaattoristo käsittää 19 tietoa sisältävän avainindikaattoriston sekä 75 tietoa sisältävän tuloksellisuusindikaattoriston keskeisistä kunnallisista ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevista tunnusluvusta. Stakesin asiantuntijaryhmä oli koonnut tiedot IKI – indikaattoristoon Sotka –tietokannasta, Hoitoilmoitusrekisteristä vuosilta 2003-2004, sekä eräistä

muista tilastoista. (<http://www2.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet/evergreen/index.asp>.) Kyseisten vuosien jälkeisiä tietoja ei ole enää päivitetty.

Koska tarkoituksena oli vertailla pieniä, keskisuuria ja suuria kuntia, valittiin tarkasteltavaksi riittävän määrä erikokoisia kuntia. Kunnat valittiin (Kuntaliiton 2006a) asukaslukumäärätietojen perusteella. Kunnat olivat vuoden 2005 mukaisessa suuruusjärjestyksessä ja tähän tutkimukseen valikoituivat kaikki Suomen 18 yli 40 000 asukkaan kuntaa, 20 satunnaisesti valittua 20 000 – 40 000 asukkaan kuntaa, sekä 20 alle 20 000 asukkaan kuntaa. Kartoituksen jälkeen valittujen kuntien tiedot tulostettiin IKI-indikaattoristosta. Tulostuksen jälkeen neljän kunnan kohdalla ilmeni puuttuvia tai virheellisiä tietoja, jolloin kyseiset kunnat jätettiin aineistosta pois. Aineistoon otettiin poistettujen kuntien tilalle uusia kuntia ja lopulliseksi määräksi tuli 18 suurta, 31 keskisuurta ja 25 pientä kuntaa.

Tulostettu aineisto tarkastettiin ja koska puuttuvia tai virheellisiä tietoja ei ilmennyt, aineisto siirrettiin SPSS –ohjelmaan analysoitavaksi. Tallentamisen jälkeen aineisto tarkastettiin vielä kerran mahdollisten lyöntivirheiden varalta. SPSS-ohjelmaan syötettiin vain valmiina olevat prosenttiluvut, koska tarkoituksena oli vertailla kuntia. Asukaslukuksi SPSS-ohjelmaan kirjattiin IKI-Indikaattoristossa ilmoitettu asukasluku, vaikka kunnat alunperin valittiin Väestötietojärjestelmästä saadun tiedon pohjalta. Muista tilastoista tai rekistereistä ei yhdistetty tietoja IKI-Indikaattoristoon, koska siihen oli jo valmiiksi koottu tietoja useista tilastoista ja rekistereistä. Muuttujia eli indikaattoreita oli yhteensä 51 (Liite 1.)

#### 4.2.2 Haastatteluaineiston keruu

Haastatteluaineisto kerättiin kolmelta vanhustyön johtajalta teemahaastattelujen avulla. Vanhainkodit valittiin kuntien vanhainkotien joukosta ja erikokoisista kunnista; yksi suuresta, yli 40 000 asukkaan kunnasta, yksi keskisuuresta 20 000 - 40 000 asukkaan kunnasta ja yksi pienestä, alle 20 000 asukkaan kunnasta. Pienen kunnan vanhainkodissa oli hieman alle 50 asukasta, keskisuuren kunnan vanhainkodissa hieman yli 100 asukasta ja suuren kunnan vanhainkodissa hieman alle 200 asukasta. Haastattelut suoritettiin haastateltavan työhuoneessa ja ne nauhoitettiin. Yhteen haastatteluun kului aikaa 1-1,5 tuntia ja litteroituna sivuja tuli 7-9. Suuren ja pienen kunnan kohdalla kerättiin haastatteluja ennen tietoa myös kuntien vanhuspoliittisista strategioista, jotka olivat saatavilla Internetissä. Keskisuudessa kunnassa vanhustyön strategian tavoitteet oli tehty vähän ennen haastattelua ja ne saatiin vasta haastattelukäynnillä.

Haastattelut etenivät teemoittain. Teemahaastattelu on strukturoitua haastattelua väljempi haastattelumuoto, jossa tutkimuksen tekijä valitsee muutamia aihepiirejä, joiden ympärille haastattelu rakentuu. Kysymysten on hyvä olla laajoja ainakin aineistonkeruun alkuvaiheessa, sillä tutkittavaa ilmiötä lähestytään mahdollisimman avoimesti. Hyvin tarkkaan strukturoidut kysymykset antavat vastauksen vain kysytyihin asioihin, ja hyvin strukturoiduista kysymyksistä on vaikea saada aineistoa laadulliseen analyysiin. (Kylmän & Juvakka 2007, 64-78.) Haastatteluteemoja oli yhteensä seitsemän; henkilöstö, hoitoon pääsy ja hoitotilanne, palvelurakenne, tilat, hoitoisuus, vertailutiedon käyttö, sekä suunnittelu ja tiedottaminen (Liite 2.) Teemojen rakentamisen apuna käytettiin Donabedian (1980) rakenne-, prosessi- ja tulosjaottelumallia, sekä Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevaa laatusuositusta (2001).

Pienessä kunnassa tietoa kerättiin aluksi kunnan vanhuspoliittisen strategian avulla, koska siinä oli paljon teemoihin liittyviä asioita. Haastattelun alussa selvitettiin strategiassa esiin tulleita asioita ja sen jälkeen otettiin esille ne teemat ja kysymykset, joita strategiassa ei oltu mainittu. Keskisuudessa kunnassa vanhuspoliittista strategiaa ei ollut haastattelun alussa käytettävissä, jolloin tietoa kerättiin kysymällä samoja väljiä kysymyksiä kuin ensimmäisessä haastattelussa. Suuressa kunnassa vanhuspoliittinen strategia ohjasi vain vähän haastattelun kulkua, koska strategia oli laajempi, eikä siinä ollut tarkkoja teemoihin liittyviä vanhainkotia koskevia tietoja tai tavoitteita. Jokaisessa haastattelussa otettiin esille samat teemat ja tehtiin täsmentäviä kysymyksiä aina haastateltavan kerronnan mukaan. Haastattelut etenivät osittain haastateltavien ja tilanteen ehdoilla, koska haastateltavien näkökulma pyrittiin saamaan esille.

### **4.3 Aineiston analyysi**

#### **4.3.1 Tilastoaineiston analyysi**

IKI-Indikaattoristosta saadun aineiston analysointi aloitettiin muuttujien määrittelyllä ja muuttujaluettelon tarkistamisella. Tämän jälkeen tulostettiin SPSS aineistosta muuttujien (51 kpl) frekvenssijakaumat ja tunnuslukuyhteenveto. Suurin osa aineiston muuttujista oli jatkuvia muuttujia ja vain yksi muuttuja luokiteltiin (kunnat asukasluvun mukaan). Tämän jälkeen aineistosta tulostettiin tunnuslukuyhteenvedot erikseen suurista, keskisuurista ja pienistä kunnista, jolloin pystyttiin vertailemaan niiden keskiarvoja, sekä pienimpiä ja suurimpia arvoja. Muuttujia pystyttiin vertailemaan alusta asti kunnittain ja kuntakokoluokittain, koska ne oli valmiiksi ikävakioitu (% 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneistä).

Aineistosta tarkasteltiin aluksi taustatietoja; sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksia, väestön määrää, sekä väestön asumisololoja pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Sen jälkeen verrattiin palvelujen käyttöä kuvaavia tietoja, pienten, keskisuurten ja suurten kuntien kesken. Lopuksi selvitettiin hajontakuvioiden ja korrelaatiomatriisien avulla, oliko taustatiedoilla yhteyttä palvelujen käyttöön. (Muhli & Kanninen 2000, 31-89; Heikkilä 2001, 204.)

#### 4.3.2 Haastatteluaineiston analyysi

Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti sisällönanalyysin avulla. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan mahdollisimman avoimin kysymyksin ja selvitetään, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Aineistosta ei etsitä ennalta määrättyjä asioita, vaan sitä lähestytään avoimesti kysymällä tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Analyysillä pyritään saamaan tiivistetty ja yleinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Lauri & Kyngäs 2005, 62; Kylmä & Juvakka 2007, 117.)

Aineiston keräämisen jälkeen haastattelut kuunneltiin ja aukikirjoitettiin sana sanalta. Kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 24 sivua ja yhdestä haastattelusta tuli 7 - 9 sivua tekstiä. Haastattelujen puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen haastattelut luettiin uudelleen, jolloin hahmotettiin yleiskuvaa aineistosta. Kylmän ja Juvakan (2007, 116) mukaan aineiston yleiskuvan hahmottaminen mahdollistaa aineiston yksityiskohtaisemman analyysin. Yksityiskohtaisessa analyysissä (Kuvio 1) on kolme vaihetta:

Yleiskuvan hahmottaminen → 1. Pelkistäminen → 2. Ryhmittely → 3. Abstrahointi
---

Kuvio 1. Haastatteluaineiston yksityiskohtainen analyysi.

Yleiskuva voidaan hahmottaa esimerkiksi poimimalla kunkin haastattelun keskeiset teemat. Aineistoa tarkasteltiin aluksi teemoittain, joita olivat; henkilöstö, hoitoon pääsy ja hoitotilanne, tilat, hoitoisuus, vertailutiedon käyttö, sekä suunnittelu ja tiedottaminen. Aineistosta seulottiin teemahaastattelurungon avulla esille merkityksellisiä ilmaisuja, eli alkuperäisilmaisuja, jotka kertovat teemoihin liittyvistä asioista. (Eskola & Suoranta 1998, 151-153; Janhonen & Nikkonen 2003, 32; Kylmä & Juvakka 2007, 117.) Aineistosta alleviivattiin teemoja kuvaavat alkuperäisilmaukset, jolloin ne erottuivat tekstistä selkeästi. (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset kirjoitettiin pelkistettyyn muotoon, jolloin alkoi aineiston

yksityiskohtainen analyysi (Taulukko 1). Tässä vaiheessa liitettiin jokaiseen pelkistettyyn ilmaukseen tunniste, mistä haastattelusta ilmaisu on peräisin.

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisilmauksien pelkistämisestä.

OTE ALKUPERÄISHAASTATTELUSTA	PELKISTETTY ILMAUS
...omahoitaja kutsuu kuukauden sisällä hoitoneuvotteluun, jossa käydään kaikki asiat. Ne tarkastetaan vähintään kolmen kuukauden välein. Että otetaan hoitosuunnitelma uusiksi.	Hoitosuunnitelma tarkastetaan vähintään kolmen kuukauden välein. (haastattelu 3)
...tällä hetkellä tänne ei ole jonoa kun se ...osasto perustettiin.	Ei ole jonoa tällä hetkellä. (haastattelu 1)
...laitospuolella oli tavoitteena 0,6 miehitys ja nyt on 0,5 miehitys.	Henkilöstömitoitus on 0,5. (haastattelu 1)

Yksityiskohtaisen analyysin toisessa vaiheessa pelkistetyt ilmaukset koottiin erilliselle listalle, eli toiselle paperille. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmauksia vertailtiin ja etsittiin sisällöllisesti samankaltaisia ilmauksia. Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin samaan luokkaan, eli ryhmiteltiin. Aineiston ryhmittelyssä etsitään siis pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi (Taulukko 2). Kolmas vaihe yksityiskohtaisessa analyysissä on aineiston abstrahointi. Yläluokat syntyivät samalla tavalla kuin alaluokat. Alaluokkia vertailtiin keskenään ja sisällöllisesti samankaltaiset luokat yhdistettiin. Yläluokan nimi kattoi alle tulevien luokkien sisällöt (Taulukko 2). (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111; Janhonen & Nikkonen 2003, 28-29; Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

Taulukko 2. Esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä luokiksi

PELKISTETYT ILMAUKSET	RYHMITTELY ALALUOKKIIN	RYHMITTELY YLÄLUOKKIIN
...hoitosuunnitelma tarkastetaan vähintään kolmen kuukauden välein.	Hoito- ja palvelusuunnitelma. (haastattelu 3)	Hoitotyön prosessilaadun seuranta ja toteutuminen.
...ei ole jonoa tällä hetkellä.	Jonot. (haastattelu 1)	
-----	-----	-----
...henkilöstömitoitus on 0,5.	Henkilöstömitoitus. (haastattelu 1)	Laadun rakenteellisten edellytysten seuranta ja toteutuminen.
...henkilöstön sairauspoissaaja seurataan.	Sairauspoissaolot. (haastattelu 2)	
...henkilöstölle tehtiin osaamiskartoitus.	Henkilöstön osaaminen. (haastattelu 1)	

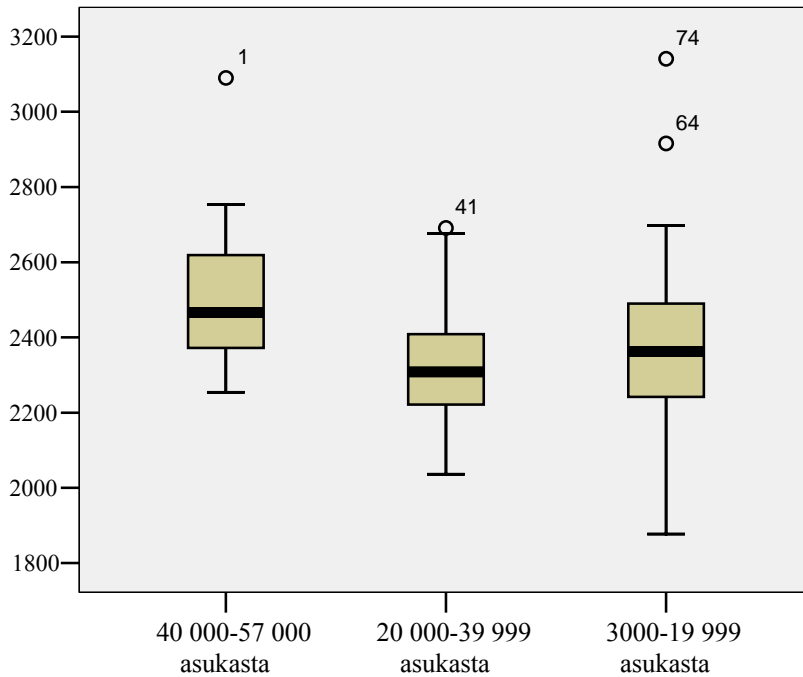
Analyysivaiheen lopussa yläluokkia syntyi yhteensä neljä; laadunhallinnan keinot, laadun rakenteellisten edellytysten seuranta ja toteutuminen, hoitotyön prosessilaadun seuranta ja toteutuminen, sekä suunnittelu ja tiedottaminen.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystoimen palvelut pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa.

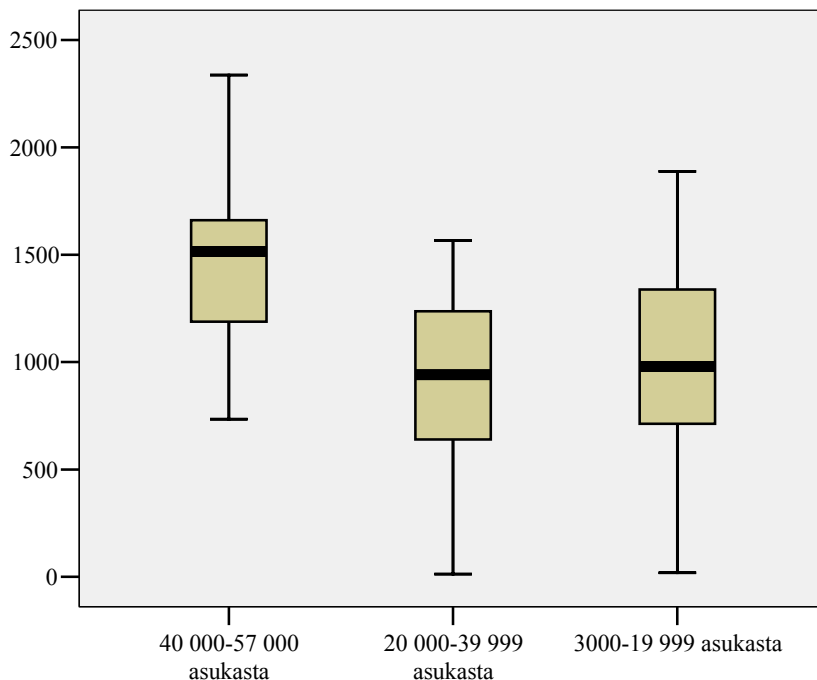
#### 5.1.1 Taustatiedot

Tässä aineistossa sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset asukasta kohden vuodessa olivat keskiarvoltaan pienimmät keskisuurissa 20 000 – 40 000 asukkaan kunnissa. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat keskiarvoltaan pienissä kunnissa n. 70 euroa suuremmat ja suurissa kunnissa n. 200 euroa suuremmat kuin keskisuurissa kunnissa. Kuviosta 2. nähdään, että *sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset* vaihtelivat pienissä kunnissa eniten.



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset, euroa / asukas / vuosi.

*Sosiaalitoimen vanhusten laitoshoidon ja terveyskeskussairaalan käyttökustannukset* olivat myös keskiarvoltaan pienemmät keskisuurissa kunnissa (Kuvio 3).

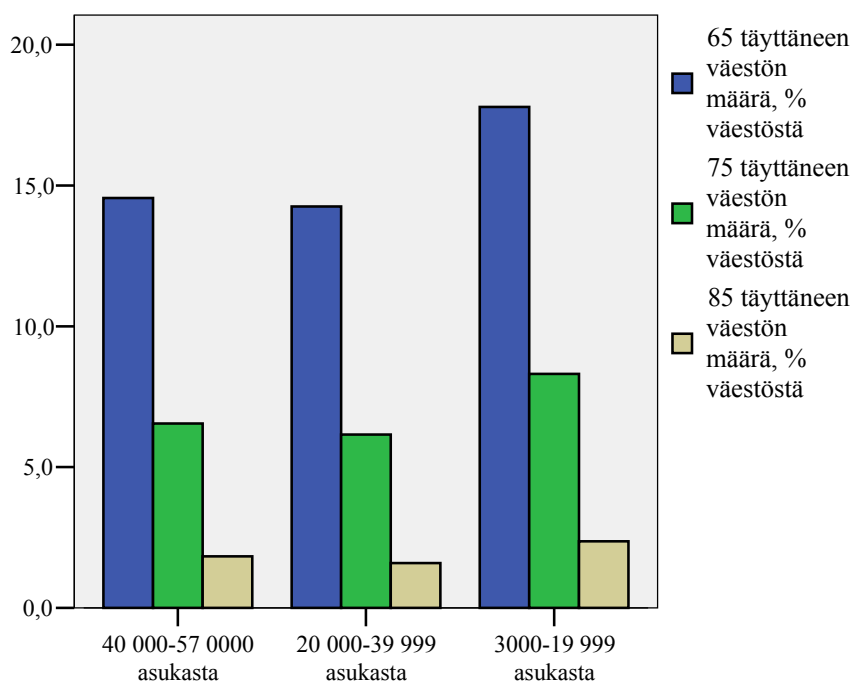


Kuvio 3. Sosiaalitoimen vanhusten laitoshoidon ja terveyskeskussairaalan käyttökustannukset, euroa / 65 täyttänyt väestö / vuosi.

Kotipalvelun käyttökustannusten keskiarvo oli suurissa ja keskisuurissa kunnissa samaa luokkaa, mutta pienissä kunnissa n. 40 euroa korkeampi. Korrelaatiomatriisista voitiin nähdä, että asukasluku ja sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset korreloivat keskenään (selitysaste = 16,  $p = <0,001$ ). Asukasluku korreloi myös sosiaalitoimen vanhusten laitoshoidon ja terveyskeskussairaalan käyttökustannusten kanssa (selitysaste 18,  $p = <0,001$ ). Asukasluvun suurentuessa myös kustannukset nousivat (Liite 3). Keskisuurissa kunnissa kustannukset eivät nousseet niin korkeiksi kuin suurissa ja pienissä kunnissa.

IKI-Indikaattoristosta saatavia *tausta- ja tarveindikaattoreita* olivat; väestön määrä, ikärakenne, puutteellisesti varustettujen asuntojen määrä, erittäin puutteellisesti varustettujen asuntojen määrä, sekä yksin asuvien määrä. Tiedot olivat ikäluokittain 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneistä.

Tässä aineistossa ikääntyneitä 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneitä oli eniten pienissä kunnissa (Kuvio 4). Pienissä kunnissa 65 vuotta täyttäneitä oli n. 18 %, kun vastaavasti suurissa ja keskisuurissa kunnissa heitä oli n. 14 %. Vastaavasti 75 vuotta täyttäneitä oli pienissä kunnissa n. 8 %, kun suurissa ja keskisuurissa kunnissa heitä oli n. 6 %. Ero oli pienempi 85 vuotta täyttäneiden osalta, sillä heitä oli vain prosentin verran enemmän pienissä kunnissa kuin keskisuurissa ja suurissa kunnissa.

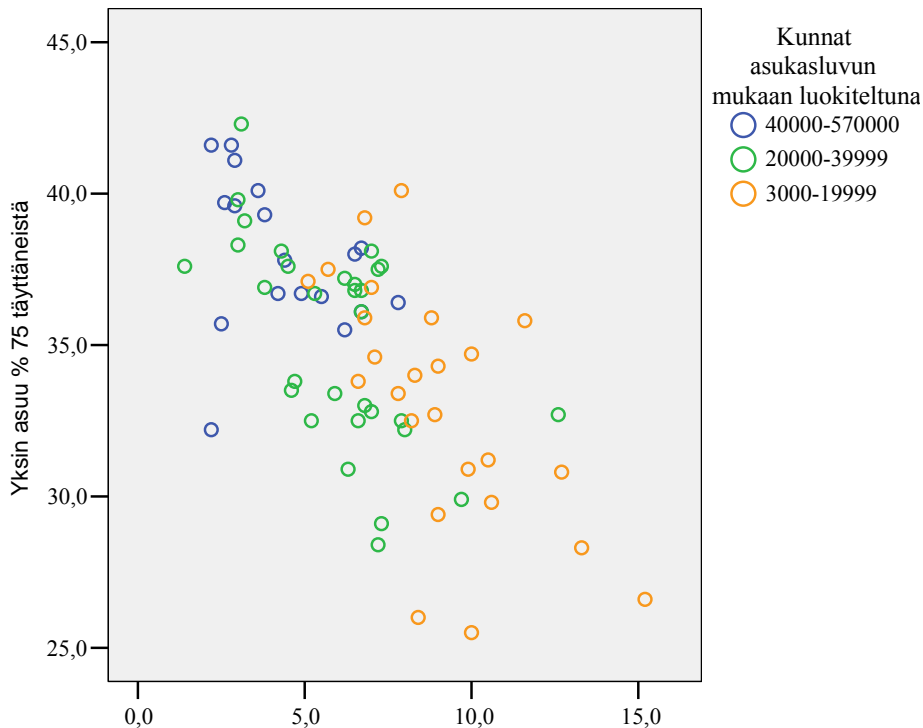


Kuvio 4. Ikääntyneiden määrä % väestöstä.



Puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvia 65- ja 75 vuotta täyttäneitä oli myös eniten pienissä kunnissa. Asuntojen varustelutaso huononi muutaman prosentin kun siirryttiin suurista kunnista keskisuuriin kuntiin ja selvemmin kun siirryttiin pieniin kuntiin. Suurissa kunnissa *puutteellisesti* varustetuissa asunnoissa (puuttuu peseytymistilat ja / tai keskuslämmitys) asui 65 vuotta täyttäneistä vain 3,9 %, keskisuurissa kunnissa 5 % ja pienissä kunnissa 8,2 %. Suurissa kunnissa *erittäin puutteellisesti* varustetuissa asunnoissa (puuttuu vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc) asui 65 vuotta täyttäneistä vain 4 %, keskisuurissa kunnissa määrä oli 6,6 % ja pienissä kunnissa 12,2 %. Muutokset olivat lähes samankaltaisia 75 vuotta täyttäneiden osalta, sillä suurissa kunnissa *puutteellisesti* varustetuissa asunnoissa asui 4,4 %, keskisuurissa kunnissa 5,9 % ja pienissä kunnissa 9 %. Suurissa kunnissa *erittäin puutteellisesti* varustetuissa asunnoissa 75 vuotta täyttäneitä asui 4,3 %, keskisuurissa kunnissa 7,4 % ja pienissä kunnissa 12,3 %.

*Yksin asuvia 65 vuotta täyttäneitä* oli eniten (29 %) suurissa kunnissa. Toiseksi eniten heitä oli keskisuurissa kunnissa (26 %) ja vähiten (25 %) pienissä kunnissa. *Yksin asuvia 75 vuotta täyttäneitä* oli myös eniten (38 %) suurissa kunnissa. Keskisuurissa kunnissa heitä oli 35 % ja pienissä kunnissa (33 %). Hajontakuvioista (Kuvio 5) voidaan nähdä, että yksin asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli eniten suurissa kunnissa, mutta heidän asuntojensa varustelutaso oli parempi. Korrelaatiomatriisin avulla voitiin nähdä, että yksin asumisen ja asuntojen varustelutason välillä oli riippuvuutta 75 vuotta täyttäneiden osalta (selitysaste = 49,  $p = <0,001$ ). Yksin asuvilla oli parempi asuntojen varustelutaso (Liite 3).



Puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuu (puuttuu peseytymistilat ja / tai keskuslämmitys) % 75 täyttäneiden asutokunnista.

Kuvio 5. Yksin asumisen ja asunnon varustelutason yhteys 75 vuotta täyttäneillä kuntakokoluokittain.

### 5.1.2 Palvelujen käyttöä koskevat tiedot

Aineistosta saatiin tietoja ikäluokittain kotona asuvista, sekä säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä olevista. Lisäksi indikaattorista selvisi, kuinka suuri osa ikäluokista asui laitoksissa tai tehostetussa palveluasumisessa, jossa henkilökuntamitoitus on suurempi kuin 0.4 työntekijää / asukas.

Tässä aineistossa *kotona asuvia* 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan lähes saman verran suurissa, keskisuurissa ja pienissä kunnissa. Kotona asuvia 65 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan n. 95 % kaikissa kuntakokoluokissa, kotona asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan n. 90-91 % kaikissa kuntakokoluokissa ja kotona asuvia 85 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan n. 81- 82 % kaikissa kuntakokoluokissa. Valtakunnallisena suosituksena tilastoaineiston keruuvuosina oli, että yli 75-vuotiaista 90% asui kotona (Sosiaali- ja

terveysministeriö 1996). Aineiston 74:stä kunnasta 26 pientä, keskisuurta tai suurta kuntaa jäi (0,1 – 3,9 %) alle tämän suosituksen.

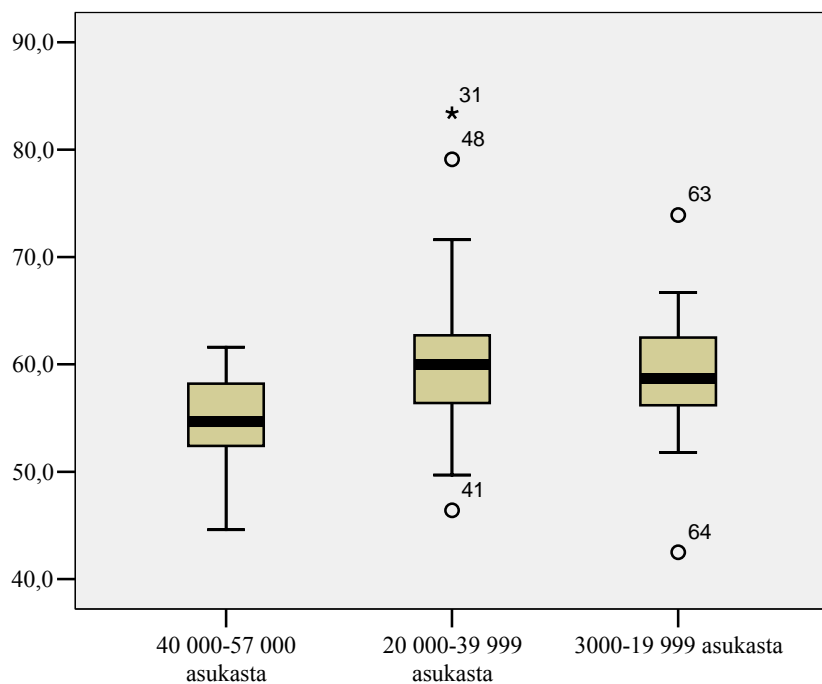
Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä olevia 65 vuotta täyttäneitä kotona asuvia oli eniten pienissä kunnissa (n. 7 %) ja vähiten suurissa kunnissa (n. 5 %). Kotiin annettavan palvelun piirissä olevia 75 vuotta täyttäneitä kotona asuvia oli myös eniten pienissä kunnissa (n. 13 %) ja vähiten suurissa kunnissa (n. 9 %). Vastaavasti 85 vuotta täyttäneitä kotona asuvia palvelun piirissä olevia oli eniten keskisuurissa kunnissa (21 %) ja vähiten suurissa kunnissa (n. 18 %). Kun mukaan laskettiin kaikki säännöllistä kotipalvelua saavat, olivat tulokset samansuuntaisia. Palvelujen tarvitsijoita oli vähän enemmän pienissä kunnissa.

Laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa asuvia 65- ja 75 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan yhtä paljon suurissa, keskisuurissa ja pienissä kunnissa ja 85 vuotta täyttäneiden osalta määrä kasvoi 1 % lla siirryttäessä aina pienestä kuntaluokasta suurempaan.

IKI-Indikaattoristossa oli myös tietoja asiakkaiden määristä vuoden aikana eri palveluissa. Tietoja oli kodinhoitoapua saavista, omaishoidon tukea saavista, perusterveydenhuollon lääkärinvastaanottokäynneistä, yleislääketieteen vuodeosastohoidosta, sekä somaattista erikoissairaanhoidosta.

Kodinhoitoapua saaneita 65- ja 75 vuotta täyttäneitä oli vuoden aikana keskiarvoltaan yhtä paljon suurissa, keskisuurissa ja pienissä kunnissa. Kodinhoitoapua saaneiden määrä vaihteli muutamilla prosenteilla 85-vuotiaiden osalta. Eniten 85 vuotta täyttäneitä kodinhoitoapua saaneita oli keskisuurissa kunnissa (30,7 %) ja vähiten suurissa kunnissa (27,1 %). Myös omaishoidon tuen asiakkaana 65- ja 75 vuotta täyttäneistä oli vuoden aikana keskiarvoltaan lähes yhtä paljon suurissa, keskisuurissa ja pienissä kunnissa. Omaishoidon tuen asiakkaana olevia 85 vuotta täyttäneitä oli eniten keskisuurissa kunnissa (5 %) ja vähiten suurissa kunnissa (3,2 %).

Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla vähintään kerran vuodessa käyneitä 65 vuotta täyttäneitä oli eniten keskisuurissa kunnissa (60,7 %). Pienissä kunnissa vastaanotolla käyneitä oli (59 %) ja suurissa kunnissa vähiten (55 %) (Kuvio 6).



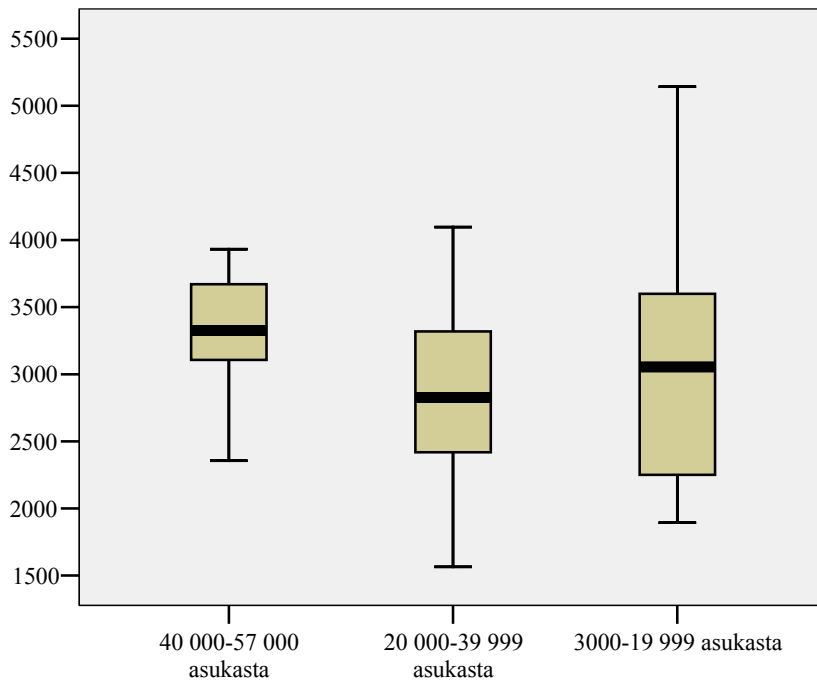
Kuvio 6. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla käynyt vähintään kerran vuodessa % 65 vuotta täyttäneistä.

Myös 75 vuotta täyttäneitä vähintään kerran vuodessa käyneitä oli eniten keskisuurissa kunnissa (68 %). Pienissä kunnissa vastaanotolla käyneitä oli (64 %) ja suurissa kunnissa vähiten (60 %). Tilanne oli samankaltainen 85 vuotta täyttäneiden osalta. Eniten vastaanotolla käyneitä oli keskisuurissa kunnissa (77 %). Pienissä kunnissa heitä oli (72 %) ja suurissa kunnissa (66,7 %).

Kun tarkasteltiin 65 vuotta täyttäneiden yleislääketieteen alan vuodeosastohoitoa terveyskeskuksen tai muun sairaalan vuodeosastolla, selvisi, että suurissa kunnissa vuodeosastolla hoidettuja oli ollut prosenttien enemmän kuin keskisuurissa ja pienissä kunnissa. Myös 75-vuotiaita vuodeosastolla hoidettuja oli eniten suurissa kunnissa ja määrä väheni aina prosentilla siirryttäessä pienempään kuntakokoluokkaan. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa olleita 65- ja 75 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan lähes yhtä paljon eri kuntakokoluokissa.

Indikaattoristossa oli tietoa myös omaishoidon tuesta, perusterveydenhuollon vastaanottokäynneistä vuoden aikana, vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asumispäivistä vuoden aikana, yleislääketieteen erikoisan sairaalahoitopäivistä vuoden aikana, sekä somaattisen erikoisan sairaalahoitopäivistä vuoden aikana. Tietoja oli 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneistä. Omaishoidon tuen suuruus vaihteli paljon kunnittain riippumatta kunnan koosta (Kuvio 7). Eniten omaishoidon tukea oli maksettu yhdessä pienessä kunnassa (5142 euroa). Tässä aineistossa tuki vaihteli pienissä

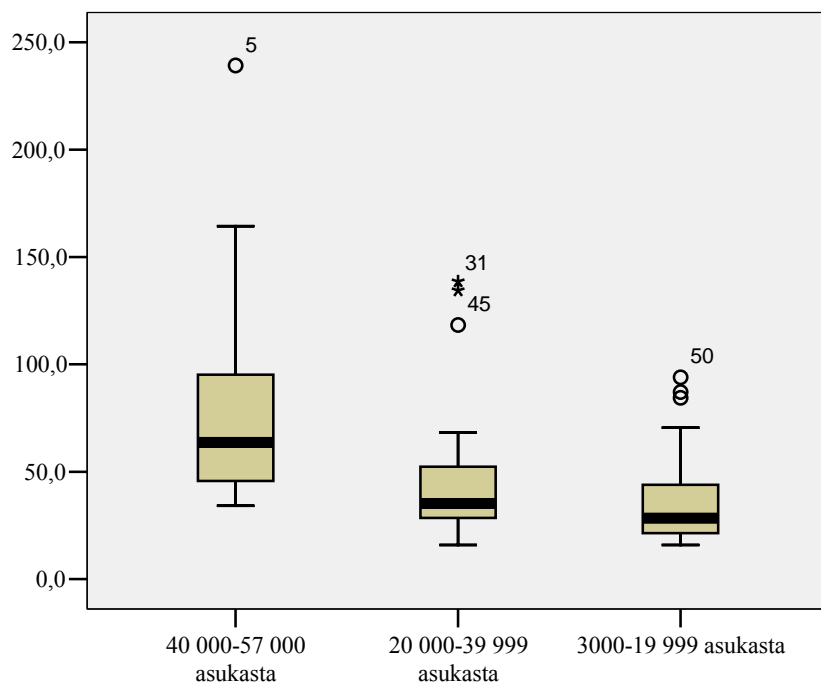
kunnissa n. 1800 – 5142 euron välillä, keskisuurissa kunnissa n. 1600 – 4100 euron välillä ja suurissa kunnissa n. 2400 – 3900 euron välillä.



Kuvio 7. Omaishoidon tuki / euroa asukas / vuosi

Perusterveydenhuollon vastaanottokäyntejä 65-, 75- ja 85-vuotiailla oli vuodessa keskiarvoltaan lähes saman verran suurissa, keskisuurissa ja pienissä kunnissa. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asumispäivät vaihtelivat hieman 75- ja 85 vuotta täyttäneiden osalta. Pienissä ja keskisuurissa kunnissa 75 vuotta täyttäneiden asumispäiviä oli muutaman prosentin enemmän kuin suurissa kunnissa. Myös 85 vuotta täyttäneiden asumispäiviä oli pienissä ja keskisuurissa kunnissa 3-5 % enemmän kuin suurissa kunnissa.

Yleislääketieteen erikoisalan sairaalahoitopäiviä 65- ja 75 vuotta täyttäneillä oli lähes yhtä paljon pienissä ja keskisuurissa kunnissa. Suurissa kunnissa sairaalahoitopäiviä oli vain 1-2 % enemmän. Yleislääketieteen erikoisalan hoitojakson pituudessa oli 75 vuotta täyttäneiden osalta eroja. Hoitojakson keskimääräinen pituus oli pienissä kunnassa noin 37 päivää, keskisuurissa se oli noin 47 päivää ja suurissa kunnissa noin 78 päivää (Kuvio 8).



Kuvio 8. Yleislääketieteen erikoisalan hoitajakson keskimääräinen pituus, 75 vuotta täyttäneillä / vrk.

## 5.2 Hoidon laatu kolmessa vanhainkodissa

### 5.2.1 Laadunhallinnan keinot

Kaikissa vanhainkodeissa tilastoitiin asukkaisiin, hoitohenkilöstöön, sekä hoito- ja palveluprosesseihin liittyviä tietoja ja niiden avulla voitiin seurata hoidon laatua vuosittain. Tietoja kerättiin asukkaiden *hoitopäivistä, kaatumisista, murtumista, infektiosta, uhka- ja väkivaltatilanteista, sekä henkilöstön tapaturmista*. Keskisuuren- ja suuren kunnan vanhainkodissa seurattiin myös *lääkemääräyksiä*. Pienessä kunnassa lääkemääräyksiä seurattiin aiemmin, mutta laatuhanke alussa ne oli jätetty vielä toistaiseksi pois. Kaikissa vanhainkodeissa seurattiin myös *asukkaiden ja henkilöstön määrän kehitystä, sekä henkilöstön sairauspoissaoloja*. Lisäksi suuren ja pienen kunnan vanhainkodeissa seurattiin *koulutuspäivien määriä* yksilöllisesti. Kaikissa vanhainkodeissa seurattiin myös *jonoja*. Suuren kunnan vanhainkodissa seurattiin *hoito- ja palvelusuunnitelmien ajankohtaisuutta* kolmen kuukauden välein. Kaikista kolmesta vanhainkodista lähetettiin tietoja Hoitoilmoitusjärjestelmään ja tarvittaessa myös muihin tilastoihin ja kyselyihin.

Suuren kunnan vanhainkodissa oli laadun seurannan apuvälineenä ja mittarina Stakesin ylläpitämä *RAI-tietojärjestelmä*, jonka johtaja koki hyväksi laadunhallinnan apuvälineeksi. RAI – järjestelmään kerättiin erilaisia tietoja potilaista ja järjestelmästä saatiin myös vertailutietoa muista mukana olevista yksiköistä. Suuren kunnan vanhainkodissa johtaja koki myös *vertailutiedon* tärkeäksi:

*” Vertailutieto on tosi tärkeää. Eräs henkilö lupasi tehdä taas kalvot, joista näkee selkeästi esim. sitomiset, makuuhaavat. Ja ravitseminen, se on tärkeää kun siihen esimerkiksi kunnassa kiinnitettiin huomiota, niin se lähti paranemaan.”*

RAI-järjestelmästä saatiin tietoja asiakkaiden *toimintakyvystä, henkilöstömitoituksista, lääkityksistä*, sekä *ravitsemuksesta*. RAI:n avulla voitiin nähdä, oliko hoito esimerkiksi parantunut tai huonontunut joltain osin ja ongelmiin voitiin puuttua ajoissa. Suuren kunnan vanhainkodissa esimerkiksi omaisten kantelut olivat edellisenä vuonna hieman lisääntyneet, mutta RAI-tietojärjestelmästä voitiin tarkistaa, että hoidon laatu ei ollut huonontunut, vaan päinvastoin parantunut. RAI:n avulla voitiin helposti nähdä, jos potilaiden kohdalla oli tapahtunut *kuntoutumista*. Hoitoisuuden arvioinnissa *RAI:n ohella käytettiin myös RAVA -luokitusta*, koska se oli kunnassa yleisesti käytössä oleva luokitus ja sen avulla hoitoa tarvitsevat vanhukset sijoitettiin tarvetta vastaaviin yksiköihin.

Suuren kunnan vanhainkodissa tehtiin *asiakaskyselyjä* ja vanhainkoti osallistui erääseen talon ulkopuoliseen vuosittain tehtävään *laatukyselyyn*. Tulokset laadusta olivat olleet yleisesti hyviä ja se oli kannustanut laadun seurantaan. Kaupungin puolesta suoritettavat *työhyvinvointikyselyt* tehtiin joka syksy ja tuloksia vertailtiin vanhustenkeskusten välillä, sekä koko vastuualueella. Henkilöstön osaamisesta saatiin tietoa vuosittain suoritettavien *kehityskeskustelujen* avulla. Johtaja kuvasi kehityskeskusteluja kuitenkin seuraavasti:

*” Jokainen esimies käy alaistensa kanssa vuosittain kehityskeskustelut, mutta on sitten toinen juttu että vastaako kehityskeskustelut niitä odotuksia ja tarpeita. Siinä on kyllä kehittämistä vielä”.*

Keskisuuren kunnan vanhainkodissa ei haastatteluhetkellä ollut käytössä erityisiä laadunhallinnan mittareita. Ainoastaan RAVA-luokituksen avulla arvioitiin asukkaiden hoitoisuutta. Vuonna 2006 vanhainkodista oli valmistunut *laatukäsikirja*, jossa oli tietoa yleisesti talon toiminnasta. Vanhainkodissa *asiakaskyselyjä* tehtiin vain tarpeen mukaan ja talon alakerrassa oli *palautelaatikko*

johon ikääntyneiden perheenjäsenet sattoivat laittaa palautetta milloin vain. Suurin osa palautteesta oli yleensä ollut positiivista. Negatiivinen palaute, jota oli vähän, koski yleensä hoitajien vähyyttä, eli perheenjäsen ei ollut esimerkiksi löytänyt hoitajia osastolta. Joskus taas potilas ei ollut saanut jotain tarvitsemaansa, mutta tällaiset palautteet olivat harvinaisia. Lisäksi henkilöstölle tehtiin kaupungin puolesta *työhyvinvointikysely* noin kolmen vuoden välein ja henkilöstölle oli tehty viimeisen vuoden sisällä ensimmäisen kerran talon oma *voimavarakartoitus*. Talossa oltiin viimeaikoina siirrytty *sähköiseen kirjaamiseen* ja se helpotti potilastietojen saatavuutta ja käsittelyä. *Vertailutietoa* oli käytetty viimeksi vain henkilöstömitoituksia mietittäessä, eikä sitä käytetty säännöllisesti. Kunta oli aiemmin osallistunut samankokoisille kunnille suunnattuun vertailuhankkeeseen, mutta lomakkeiden epäselvyyden vuoksi hankkeesta oltiin luovuttu. Johtaja koki yksiköiden välisen vertailun ja *vertailutiedon* käytön seuraavasti:

*”Kyllä se varmaan on hyödyllistä, kun tiedot olis vaan helposti saatavissa. Käytiin kerran tutustumassa yhdessä uudessa vanhustenkeskuksessa, katsomassa peruskorjauksen materiaalia, mutta siitä tulee ihan kateelliseksi kun heillä on niin hyvä henkilökuntamitoitus. Toisaalta sitä olis ihan hyvä jos käytäisiin tutustumassa teollisuuslaitokseen niin sitä kautta nähtäisiin että on se työ rankkaa muuallakin.”*

Pienen kunnan vanhainkoti oli mukana *laatuprojektissa*, joka oli neljän kunnan välinen vertailunkehittämishanke. Hankkeessa oli tehty muun muassa hoidon prosessikuvaukset asumispalveluprosessiin, kotihoidonprosessiin ja laitoshoidon prosessiin. Hankkeessa oli kuvattu ensin prosessit, jonka jälkeen niihin oli laadittu mittarit. Esimerkiksi laitoshoidon prosessi oli jaettu esivaiheeseen, tulovaiheeseen, hoitovaiheeseen, sekä lahtövaiheeseen ja jokaiseen vaiheeseen oli asetettu tavoite, kriittinen menestystekijä, sekä mittarit. Asiakasmittareina toimivat asiakastyytyväisyyskyselyt ja omaiskyselyt. Prosessimittarina oli kunnan *ITE kyselylomake*, sekä vanhainkodin *omat tilastot*. Henkilöstömittareina toimivat *työhyvinvointikyselyt* ja *osaamiskartoitus*. Haastatteluhetkellä *esimieskyselylomaketta* oltiin myös työstämässä. Koska projekti oli vasta käynnistynyt, ei tuloksia kaikista hoidon vaiheista oltu vielä ehditty saada. Kyseisiä tietoja oli tarkoitus vertailla myös jatkossa neljän kunnan kesken. Johtaja kertoi *vertailutiedon* käytöstä:

*”Tässä laatuhankkeessa nimenomaan tehdään tämä vertailunkehittämisen malli. Ollaan tehty nämä mittarit semmoisiksi, että ne on yhteismitallisia. Ja nyt sitten lähdetään seuraavaksi vertailemaan*



*tämä työhyvinvointi ja asiakastyytyväisyys. Opiskelijat tekivät esimerkiksi aiemmin tulovaiheen vertailun, ja kunta pärjäsikin vertailussa ihan hyvin muihin kuntiin verrattuna.”*

Pienen kunnan vanhainkodissa osastoilla oli käytössä *vihkot*, joihin henkilökunta kirjasi ikääntyneiden läheisiltä tulevat sekä positiiviset, että negatiiviset palautteet. Johtaja kokosi tiedot vuosittain, sekä seurasi sosiaaliasiamiehelle menevät *yhteydenotot, kantelut ja valitukset*. Ikääntyneiden perheenjäseniltä saatu palaute osastoilla oli yleensä positiivista, mutta haastateltavan mukaan ongelma on juuri se, että kritiikkiä ei uskalleta antaa osastoille. Valitukset menevät usein suoraan potilasasiamiehelle. Valitukset koskevat yleensä henkilökunnan käyttäytymistä, maksuja, ruokaa jne. Viimeisimmässä perheenjäsenille tehdyssä *tyytyväisyyskyselyssä* oli aluksi avoimissa vastauksissa tullut kovaakin kritiikkiä, mutta neljän kunnan vertailussa vanhainkoti oli kuitenkin pärjännyt hyvin. Vanhainkoti oli saanut negatiivista palautetta etenkin sijaisten motivaatiosta, jota johtaja kuvasi:

*”Eniten puhuttaa se henkilökuntaa koskeva, jos koetaan että ollaan epäystävällisiä, tai on kohdeltu kovakouraisesti. Ne asiat käsitellään tietysti aina ja mietitään miten voitaisiin toimia. Sijaisten kannalta tuli palautetta että on kokemattomuutta ja ei välitetä mistään ja se tuntuu ikävältä. Mutta vai onko se sitten vaan sellainen luottamuksen puute että kun se tuttu ja turvallinen hoitaja ei ole niin koetaan ettei tuo osaa tehdä. Kun tulee uusi ihminen uuteen taloon niin eihän se tietenkään voi heti osata kaikkea.”*

Kaikkien vanhainkotien johtajat olivat yhtä mieltä siitä, että *vertailutiedon* tulisi olla helposti saatavaa ja ajantasalla olevaa. Johtajien mielestä mittareiden tulisi olla myös selkeitä ja niiden tulisi mitata täsmälleen samoja asioita, jolloin tuloksetkin olisivat luotettavia. *Valtakunnalliset tilasto- ja rekisteritiedot* koettiin hieman perässä laahaaviksi ja siksi osittain epäkäytännöllisiksi. Suuren kunnan vanhainkodin johtaja koki RAI-tietojärjestelmän kuitenkin hyväksi ja luotettavaksi laadun seurannan apuvälineeksi ja pienen kunnan vanhainkodin johtaja koki käynnissä olevan kuntien välisen laatuprojektin hyväksi laadun seurannan keinoksi.

### 5.2.2 Laadun rakenteellisten edellytysten seuranta ja toteutuminen

*Henkilöstön määrä* vaihteli hieman vanhainkodeissa ja osastoilla. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2001) hyväksi henkilökuntamitoitukseksi laitoshoidossa on asetettu 0,80/asukas, keskivertomitoitukseksi 0,50-0,60 ja välttäväksi mitoitukseksi 0,32/asukas. (Sosiaali-

ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001, 24.) Suuren kunnan vanhainkodissa mitoitus osastoilla oli keskiarvoltaan 0,66 mikä vastaa laitoshoidon keskivertomitoitusta. Vanhainkodin yhdellä osastolla mitoitus oli enää alle 0,6. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa mitoitus oli osastoilla 0,44-0,46, mikä on vähän alle keskivertomitoituksen. Pienen kunnan vanhainkodissa oli keskivertomitoitus 0,5. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa on tarkoituksena tulevaisuudessa, talon remontin valmistuttua saada 0,44-0,46 mitoitus muutettua vähintään 0,5:ksi. Myös pienen kunnan vanhainkodissa pyritään saamaan vuoden 2008 laajennuksen valmistuttua 0,6 miehitys entisestä 0,5:stä. Kaikissa kolmessa vanhainkodissa toistuvat henkilökuntavajaukset ja sijaisten vaikea saatavuus olivat ongelma. Henkilöstövajausta jouduttiin usein paikkaamaan vakituisten työntekijöiden pitkillä työvuoroilla, kuten aamu- ja iltavuorojen yhdistämisellä. Pienen ja suuren kunnan vanhainkodin johtaja kuvasivat sijaisongelmaa:

*”Ongelmanahan meillä on lähinnä se, että me ei meinata sijaisia aina saada tällä seudulla. On päiviä, että sijaisia ei olla saatu ja sitten vaan täytyy miettiä että miten se homma pyörii ja sitten jos on pitempiaikainen sairasloma niin ei saada yhtä sijaista. Se on hoidon kannalta tosi kurjaa kun on aina uusi sijainen.”*

*” Se on kyllä itse asiassa se suurin ahdinko tänä päivänä esimiehille. Meil on työntekijän markkinat ni meil on joka päivä aika paljon puutoksia. Niitä hoidetaan sitten yhteisen työhönoton kautta, mutta kyllä me aika paljon saadaan kuulla sieltä sitä ei oota. Meillä tulee tänä vuonna menemään ihan kauheasti rahaa näihin ostopalveluihin, vuokratyövoimaan. Se ei ole hyvä tilanne.”*

Kaikki haastateltavat pitivät *henkilöstön osaamista ja koulutusta* erittäin tärkeänä hoidon laadun kannalta. Pienen ja keskisuuren kunnan vanhainkodissa koulutukset järjestettiin etupäässä kyseisissä vanhainkodeissa ja suuren kunnan vanhainkodissa koulutuksia pidettiin sekä vanhainkodissa että sen ulkopuolella. Suuressa kunnassa koulutusmäärärahoja oltiin saatu lisättyä, mutta pienessä ja keskisuuressa kunnassa talon ulkopuolisiin koulutuksiin ei henkilöitä juuri kannattanut lähettää. Muutaman henkilön lähettäminen kauemmaksi olisi kuluttanut nopeasti koulutukseen varatut rahat. Pienen ja suuren kunnan vanhainkodissa koulutuspäiviä seurattiin yksilöllisesti, jolloin jokaiselle varmistui tietty määrä koulutuspäiviä vuodessa. Kaikissa vanhainkodeissa käytiin myös vuosittain kehityskeskustelut koko henkilökunnan kanssa ja kaikki vanhainkodit olivat (tai osa henkilöstöä) parhaillaan jossain kehittämishankkeessa mukana. Pienen kunnan vanhainkodissa koko henkilöstölle oli tehty myös osaamiskartoitus, jonka pohjalta oli alettu suunnitella koulutusta.

Suuren kunnan vanhainkodissa sairaanhoitajien osuutta oli jatkuvasti lisätty koska hoidettavat ovat yhä monisairaampia. Sijaisten huonosta saatavuudesta huolimatta heiltä oli myös edellytetty hoitotyön tutkintoa. Vanhainkotiin oli otettu lisäksi työvoimapalvelun kautta maahanmuuttajia avustaviin töihin. Johtaja kuvasi maahanmuuttajien käyttöä aputyövoimana:

*”Heistä on hyviä kokemuksia. He pystyy auttamaan siinä ruokahuollossa ja olemaan apuna osastolla kattauksessa”.*

Keskisuuren kunnan vanhainkodissa osastoapulaisten toimet olivat vähentyneet ja niitä oli muutettu hoitajien toimiksi. Osastoapulaiset olivat olleet kauan talossa ja aikuiskoulutuskeskus järjesti heille haastattelua edeltäneenä vuonna viikon kestävän koulutuksen, jossa oltiin käyty läpi hoitotyön asioita. Myös pienessä kunnassa osastoapulaisten määrä oli vähentynyt. Haastatteluhetkellä vanhainkodissa oli vain yksi kouluttamaton osastoapulainen, mutta johtajan mukaan henkilöllä oli kuitenkin monien kymmenien vuosien kokemus hoitotyöstä.

Henkilöstön *työhyvinvoinnista* saatiin kaikissa vanhainkodissa tietoa työhyvinvointikyselyjen avulla, kehityskeskusteluissa, sekä seuraamalla poissaoloja ja sairaslomiamia. Työhyvinvointikyselyt olivat kaupungin tai vanhainkodin järjestämiä ja niitä tehtiin säännöllisesti 1-3 vuoden välein riippuen kunnasta ja vanhainkodista. Pienen kunnan vanhainkodissa johtaja oli suorittanut kyselyt aiemmin vuosittain ja juuri alkaneessa laatuhankeessa oltiin tehty uusi työhyvinvointikyselyrunko jota oltiin parhaillaan työstämässä. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa kyselyt suoritettiin kaupungin puolesta noin kolmen vuoden välein ja suuren kunnan vanhainkodissa ne suoritettiin kaupungin puolesta joka syksy.

Kaikissa vanhainkodeissa pitkät *sairauslomat* johtuivat yleensä tuki- ja liikuntaelinvaivoista, sekä henkisistä tekijöistä. Pitkät sairauslomat olivat pienen kunnan vanhainkodissa viimeksi johtuneet myös siitä, että viisi henkilöä oli jäänyt useamman kuukauden sairaslomalle ennen varsinaista äitiyslomaa. Pienet sairauslomat olivat kaikissa vanhainkodeissa yleensä normaalia flunssaa, mutta toisinaan jatkuviin pieniin sairauslomiin oltiin jouduttu myös esimiehen taholta puuttumaan. Suuren kunnan vanhainkodin johtaja kuvasi poissaolojen seurantaa:

*”Me esimiehet saadaan työterveyshuollosta kaks kertaa vuodessa raportit poissaoloista. Ja meil on sellanen varhaisen tuen malli et jos siel on paljon lyhkäsiä sairaslomiamia niin siinä tavallaan*

*esimiehelle viestitetään että on keskustelun paikka työntekijän kanssa. Kyl niit keskusteluja käydään”.*

Keskisuuren kunnan vanhainkodissa oli hiljattain tehty ensimmäistä kertaa koko henkilökunnalle *voimavarakartoitus*. Jokainen henkilökuntaan kuuluva oli täyttänyt voimavarakyselylomakkeen, jonka pohjalta terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolla oli keskusteltu. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa pitkät sairauslomat olivat selvästi lisääntyneet. Talossa oli kolme varahenkilöä tekemässä pitkiä sairauslomia ja lisäksi jouduttiin usein ottamaan talon ulkopuolisia sijaisia. Johtajan arvion mukaan pitkät sairauslomat saattoivat johtua siitä, että hoitajien keski-ikä oli 45 vuotta. Johtajan mukaan henkilöstön vaihtuvuus oli kuitenkin vähäistä ja henkilön poisjäänti johtui yleensä siirtymisestä eläkkeelle. Talossa tehdyn viimeisimmän henkilöstökyselyn perusteella kehittämistä vaativat asiat ovat; työnjaon oikeudenmukaisuus, itseä koskeviin asioihin vaikuttamismahdollisuus, palautteen antaminen, sekä esimiehen tuki / tuki esimiehelle.

Suuren kunnan vanhainkodissa johtaja koki, että henkinen paine näkyy tänä päivänä osastoilla. Työvoimapula, sekä jatkuva sijaisten ja keikkalaisten käyttö rasittavat vakituista henkilökuntaa. Johtajan mukaan henkilöstön keski-ikä on korkea perinteisellä vanhusvastuualueella, mutta haastatteluyksikköön oli onneksi saatu nuorempaa henkilöstöä tilalle. Pienen kunnan vanhainkodissa oltiin työhyvinvointikysely tehty aiemmin vuosittain, mutta laatuhankeeseen käynnistettyä uutta työhyvinvointikyselyrunkoa oltiin viemässä eteenpäin. Sen pohjalta oli tulossa laatu-koulutukseen liittyvä arviointikoulutus, jossa vasta käydään läpi asiakastyytyväisyys ja työhyvinvointikyselyt ja ITE mittari. Näin opetellaan arvioimaan millaisia tuloksia on saatu ja mitä niiden pohjalta pitää tehdä.

Haastatteluaineistosta nousi esiin muita erilaisia *työhyvinvointiin* liittyviä asioita, kuten *turvallisuus, asianmukaiset tilat* sekä *viihtyisyys*. Kaikissa vanhainkodeissa turvallisuuteen kiinnitettiin huomiota seuraamalla uhka- ja väkivaltatilanteita, sekä tapaturmia. Esimerkiksi suuren kunnan vanhainkodissa uhka- ja väkivaltatilanteet olivat yllättäen vähentyneet, jolloin syytä oli alettu miettiä yhdessä hoitohenkilöstön kanssa. Yksi syy saattoi olla, että hoitohenkilökunta oli lakannut kirjaamasta niitä. Henkilöstöä oli muistutettu raportoimaan uhka- ja väkivaltatilanteet, jotta niistä saataisiin realistinen kuva.

Tilat olivat vanhainkodeissa erilaiset. Kaikki vanhainkodit oli rakennettu jo muutama vuosikymmen sitten, mutta vain suuren kunnan vanhainkoti oli saneerattu kokonaan 2000 luvulla ja tilat olivat

toimivat ja viihtyisät. Suuren kunnan vanhainkodissa saneerauksen jälkeen osastot oltiin saatu pieniksi ja tilat käytännöllisiksi ja kodinomaisiksi. Asukkaiden ja heidän läheistensä viihtyvyyteen oli myös kiinnitetty erityistä huomiota. Tilat olivat kaikille viihtyisät ja myös perheenjäsenet vierailivat usein. Lähes kaikilla asukkailla oli myös oma huone, johon läheisten oli helppo tulla. Hoitohenkilöstö käytti työssään omia persoonallisia vaatteita ja hoitajille maksettiin vuodessa sata euroa vaaterahaa, jolla he pystyvät ostamaan jonkin kivan työvaatteen. Tällöin myös dementiapotilaiden oli helpompi tunnistaa omahoitaja. Johtaja koki, että viihtyisät tilat vaikuttivat positiivisesti myös sijaisten saatavuuteen. Sijaisia houkuteltiin taloon myös muilla keinoilla. Johtaja kuvasi talon markkinointia seuraavasti:

*”Se, millä me markkinoidaan tätä taloa, on yksilöllinen hoitotyö, omahoitajuus ja mikä on vähän eri tavalla kuin muualla on ateriasysteemit ja omat vaatteet ja vähän erilainen hoitokulttuuri ehkä.”*

Keskisuuren ja pienen kunnan vanhainkodissa tiloja oltiin parhaillaan remontoimassa tai laajentamassa asianmukaisemmiksi. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa remontissa vähennetään 24-25 paikkaisilta osastoilta asukkaiden määrä kahteenkymmeneen, jolloin osastonhoitajille saadaan omat toimitilat tietokoneille, sekä käytännön toimitilat saadaan nykyaikaisemmiksi. Remontin yhteydessä taloon laitetaan myös kattonosturit sellaisille asukkaille, jotka ovat raskaita nostella. Talossa oli ollut käytössä kolme käsinosturia, mutta niitä ei oltu aluksi kovin mielellään käytetty. Myös pienen kunnan vanhainkodissa tiloja oltiin laajentamassa, koska vanhaa taloa ei jälkeinpäin pystytty saamaan toimivaksi pelkästään remontoimalla. Ongelmana oli ollut tähän asti ahtaus etenkin wc-tiloissa, jonne kahden auttajan lisäksi piti mahtua tarvittaessa myös nostolaite.

### 5.2.3 Hoitotyön prosessilaadun seuranta ja toteutuminen

Kaikissa vanhainkodeissa *jonoja* seurattiin säännöllisesti. Pienessä kunnassa *jonot* vanhainkotiin oli saatu purettua perustamalla yksi ylikunnallinen vanhainkodin osasto. Myös suuressa kunnassa oli perustettu yksi lisäosasto ja toinen oli suunnitteilla, mutta jonot olivat silti hallitsemattomia. Keskisuuren kunnan vanhainkotiin oli jatkuvasti jonossa on noin 30 henkilöä. Kyseiseen vanhainkotiin joutui vuonna 2006 odottamaan keskimäärin 5,3 kuukautta ja hoitoon tulleet olivat usein todella huonokuntoisia.

Kaikissa vanhainkodeissa panostettiin erityisesti *hoitoontulovaiheeseen* ja siihen varattiin riittävästi aikaa. Suuren kunnan vanhainkodissa tulovaiheesta oli tehty erillinen toimintaohje ja kirjaamiseen oli oma kirjaamisopas. Pienessä kunnassa tulovaihe, kuten muut hoitoprosessit oli kuvattu, eli tulovaiheesta, hoitovaiheesta ja lähtövaiheesta oli tehty ns. tuloskortit ja kaikkiin vaiheisiin oli tehty kirjaamisen kriteerit. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa asukkaan päivärytmiä oli käyty laatuoppaassa läpi, mutta hoitoprosesseista ei oltu tehty tarkempia kuvauksia tai toimintaohjeita hoitohenkilöstölle. Kaikissa vanhainkodeissa asukkaille tehtiin hoitoon tullessa myös *hoito- ja palvelusuunnitelmat*. Suuren kunnan vanhainkodissa hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkastettiin vähintään kolmen kuukauden välein ja myös lähiesimies kontrolloi niiden ajantasaisuutta. Pienen ja keskisuuren kunnan vanhainkodissa hoito- ja palvelusuunnitelmat tarkastettiin vain tarpeen mukaan. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa johtaja kuvasi hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkistamista:

*” Ei niitä sillä tavalla tarkasteta, että olisi tällaista palaveria niin kovin usein. Jos jokin ihan selkeästi muuttuu tai jos omainen toivoo niin sitten. Se olisi jo ihan hyvä jos saataisiin ne kaikista tehtyä.”*

Kaikissa kunnissa arvioitiin vanhusten *hoitoisuutta* RAVA-luokituksen avulla, jolloin myös vanhainkodeissa asukkaiden hoitoisuuden arvioinnissa käytettiin RAVA-luokitusta. Suuren kunnan vanhainkodissa hoitoisuutta arvioitiin lisäksi RAI:n luokituksen avulla ja pienessä kunnassa laatuhankeessa sovittujen mittareiden avulla. Pienen kunnan vanhainkodissa tuli esille, että lyhytaikaispotilaiden kuntoutus oli vaikeaa, koska lyhytaikaispaikat sijaitsivat muiden raskaasti hoidettavien yhteydessä. Johtaja kuvasi kuntoutusta:

*”Kun ne lyhytaikaispaikat ovat tuolla muiden raskaasti hoidettavien seassa niin se ei ole kuntouttavaa. Tämän uuden laajennuksen myötä olen esittämässä sellaisia tiloja joissa olis pelkästään kuntouttava lyhytaikaisyksikkö, jossa olisi myös oma henkilökunta. Esim. fysioterapeutin palveluja. Eli todella yritettäisiin pitää ne henkilöt kotona.”*

Haastattelujen avulla saatiin tietoja *yhteistyöstä* perheenjäsenten, sekä joidenkin terveydenhuollon yksiköiden osalta. Suuressa kunnassa vanhainkodin johtaja koki, että vanhustenkeskusten välinen yhteistyö oli lähtenyt hyvin käyntiin. Kunnan vanhustenkeskuksissa oli muutama vuosi sitten tapahtunut sukupolven vaihdos kun useampi vanhustenkeskuksen johtaja oli jäänyt tehtävästään pois samana vuonna. Johtaja kuvasi yhteistyön tärkeyttä vanhustenkeskusten johtajien välillä:

*”Et se on tällaisessa isossa organisaatiossa meidän ainoa tuki, kollegiaalinen tuki. Et meil on semmonen niinkun yhteistyö ja avunantosopimus et kyl me melkeen päivittäin sähköpostin välityksellä kysytään toisiltamme jotain. Mä toivon että tää meidän yhteistyö nyt pysyy hyvänä ettei tule mitään ryppyjä.”*

Keskisuuren kunnan vanhainkodissa yhteistyötä tehtiin paljon ja etenkin terveyskeskuksen kanssa ja lisäksi oli epävirallista toimintaa. Johtaja koki että yhteistyössä on kuitenkin aina parantamisen varaa ja kuvasi yhteistyötä terveystoimen kanssa:

*” Välillä tuntuu että me jäädään tuon terveystoimen jalkoihin. Ne on kovia jyräämään, mutta kyllä sitä on sitä yhteistyötä, ettei vois sanoa.”*

Myös pienen kunnan vanhainkodissa oli terveyskeskuksen kanssa tehty paljon yhteistyötä, mutta johtajan mukaan terveyskeskusta sai muistuttaa, että hoitopalavereja pitäisi pitää:

*”Että kyllä tässä hirveen aktiivinen ihminen itsensä täytyy olla, etteivät ne asiakkaat jää sinne terveyskeskukseen. Mutta onhan se hurjasti parantunut.”*

Suuren kunnan vanhainkodissa johtaja koki että yhteistyötä ikääntyneiden perheenjäsenten kanssa on todella paljon. Hänen mukaansa olosuhteet perheenjäsenille vanhainkodissa ovat hyvät, koska suurimmalla osalla asukkaista oli oma huone, johon läheisten oli mukava tulla. Lisäksi talon yhteiset tilat olivat viihtyisät. Talossa oli aina avoinna oleva viherhuone, sekä lisäksi kirjasto. Talossa oli myös piha ja paljon parvekkeita, jossa perheenjäsenet mielellään käyttivät ikääntyneitä. Johtaja kuvasi yhteistyötä:

*”Omaisia kiinnostaa mitä me täällä touhutaan. Me pyritään järjestämään vähintään kerran vuodessa semmonen omaisten päivä. Edellisellä kerralla meil oli yli sata omaista.”*

Keskisuuren kunnan vanhainkodissa järjestettiin ikääntyneiden perheenjäsenille pieniä omaisten iltoja mutta niissä oli todella pieni osallistujamäärä. Kesällä järjestettyihin pihajuhliin perheenjäseniä tuli enemmän. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa oltiin myös joihinkin yksittäisiin perheenjäseniin kirjeiden välityksellä yhteydessä. Johtaja kuvasi yhteistyötä perheenjäsenten kanssa:

*”Ainahan meillä on että omaiset saavat tulla kaikkiin meidän juhliin. Kyllä me viimeksi osastonhoitajien kokouksessa puhuttiin että pitäisi pitää taas, mutta kun on tämä peruskorjaus. Mutta että tehtäis ihan osastokohtaisesti omaistenillat.”*

Pienen kunnan vanhainkodissa johtaja koki, että yhteisiä tilaisuuksia perheenjäsenten kanssa pitäisi järjestää vielä enemmän:

*”Vanhainkodissakin voisi pitää enemmän yhteisiä tilaisuuksia joissa omaiset olisivat mukana ja voisivat keskustella mieltä askarruttavista asioista.”*

#### 5.2.4 Suunnittelu ja tiedottaminen

Haastatteluaineistosta nousi esiin myös *suunnitteluun ja tiedottamiseen* liittyviä asioita. Pienessä kunnassa suunnittelun apuna oli käytössä vuosikello, joka muistutti vuoden varrella tehtävistä asioista. Keskisuudessa kunnassa sitä ei oltu ehditty vielä tehdä ja suuressa kunnassa sitä ei johtajan mukaan kannatanut tehdä, koska kunnan ja yksikön suuren koon vuoksi se ei toimisi kovin hyvin. Suuressa kunnassa johtajan parina työskenteli myös erikseen suunnittelija, sekä lisäksi oli erilaisia työryhmiä, jotka huolehtivat eri osa-alueista, kuten koulutuksesta. Näin johtajan vastuu suunnittelussa oli hieman pienempi kuin pienessä ja keskisuudessa kunnassa. Suuressa kunnassa vanhainkotien ja yhteistyötahojen välisessä tiedottamisessa oltiin onnistuttu hyvin. Johtajan mukaan kunnassa on innovatiivinen vanhuspalvelujohto, jolloin monet asiat on saatu toimimaan nopeallakin aikavälillä. Esimerkiksi henkilöstön koulutuksiin liittyvissä asioissa tieto kulki nopeasti. Lisäksi talossa ilmestyi sisäinen tiedotuslehti, jossa käsiteltiin kunnan vanhaikoteihin liittyviä asioita. Suuren kunnan vanhainkodissa johtaja koki median tiedottamisen kuitenkin puutteelliseksi:

*”Esimerkiksi lehtijuttua ei tulla kovin helposti tekemään, koska se ei ylitä suuressa kunnassa uutiskynnystä. Jutut tehdään mielummin kunnan suurimman vanhainkodin toiminnasta tai negatiivisista, myyivistä asioista. Pelkkä negatiivinen kirjoittelu luo lisäpainetta.”*

Keskisuuren kunnan vanhainkodissa suunnittelusta osan hoitivat erilaiset henkilökunnan muodostamat työryhmät, kuten; hygieniaryhmä, lääkehoitoryhmä, kivunhoitoryhmä ja kirjaamisryhmä. Vuonna 2007 johtajan työajasta suuri osa meni talon remontiin liittyvien asioiden hoitamiseen, jolloin aikaa suunnitteluun oli entistä vähemmän. Keskisuudessa kunnassa talon toiminnasta oli tiedotettu kuntalaisille laittamalla vuonna 2006 valmistunut laatukäsikirja



Internettiin kaikkien luettavaksi. Johtaja koki henkilöstön käytössä olevan Intranetin hyväksi henkilöstön tiedonsaantikeinoksi. Johtaja koki myös, että paikallislehdissä oli usein esillä ajankohtaisia ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyviä asioita:

*”Jos vanhainkodissa tapahtuu jotain uutta niin sitten on kyllä lehtijuttukin. Vuosittain tulee myös toimintakertomus ja sitä kautta nähdään miten asiat ovat toteutuneet.”*

Pienessä kunnassa suunnittelua helpotti neljän kunnan välinen laatuhanke. Johtaja koki kuitenkin ongelmaksi sen, että hän joutui vastaamaan niin monesta asiasta itse. Hän oli haastatteluhetkellä myös koko vanhainkodin lähiesimies. Johtaja koki, että tiedottamista voisi lisätä:

*”Tiedottaa voisi varmaankin aina enemmän. Kun strategia uudistuu, niin varmaankin tiedotetaan enemmän. Lisäksi meidän nettisivut ovat tällä hetkellä ihan ala-arvoiset, mutta nyt siihen on vasta saatu joku, joka pitää niitä oman työnsä ohella. Näkyvyyskin voisi olla toisenlainen.”*

### **5.3 Yhteenvedo tuloksista**

**Tilastoaineistosta** saatiin tietoa ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä vuosilta 2003 – 2004. Tietoja oli sekä *sosiaali- ja terveystoimen-*, että *laitoshoidon ja terveyskeskussairaalan* käyttökustannuksista. Tässä aineistossa kyseiset kustannukset jäivät keskiarvoltaan pienemmiksi keskisuurissa kunnissa. *Taustatietoja* oli ikääntyneiden määristä, asumisoloista, sekä yksin asuvista. Ikääntyneitä 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneitä oli asukaslukuun suhteutettuna eniten pienissä alle 20 000 asukkaan kunnissa. Puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvia oli myös eniten pienissä kunnissa. Yksin asuvia oli eniten suurissa yli 40 000 asukkaan kunnissa, joissa asuntojen varustelutaso oli myös parempi.

Tilastoaineistossa oli erilaisia *palvelujen käyttöä koskevia tietoja*. Kotona asuvia oli keskiarvoltaan lähes yhtä paljon suurissa, keskisuurissa ja pienissä kunnissa. Kun tarkasteltiin koko aineistoa, 74:stä kunnasta 26 kuntaa jäi hieman (0,1 – 3,8 %) alle valtakunnallisen suosituksen, jonka mukaan yli 75-vuotiaista 90 % tulisi asua kotona. Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä olevia kotona ja palveluasumisessa olevia oli eniten pienissä kunnissa ja vähiten suurissa kunnissa. Laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa asuvia 65- ja 75 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan yhtä paljon pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Kun tarkasteltiin 85 vuotta täyttäneitä, määrä kasvoi prosentilla siirryttäessä pienestä kuntaluokasta suurempaan.

Kodinhuoltoapua saatiin yhtä lailla pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa 65- ja 75 vuotta täyttäneiden osalta, mutta 85 vuotta täyttäneet käyttivät sitä keskisuurissa kunnissa hieman enemmän. Omaishoidon tuen asiakkaana olevia 65- ja 75 vuotta täyttäneitä, oli vuoden aikana yhtä paljon pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa, mutta 85 vuotta täyttäneitä asiakkaina olevia, oli hieman enemmän keskisuurissa kunnissa. Omaishoidon tuki vaihteli hyvin paljon riippumatta kunnan koosta.

Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla vähintään kerran vuodessa käyneitä 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneitä oli eniten keskisuurissa kunnissa. Perusterveydenhuollon vastaanottokäyntejä oli kuitenkin keskiarvoltaan yhtä paljon pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Yleislääketieteen alan vuodeosastohoidossa olleita 65- ja 75 vuotta täyttäneitä oli vain prosentin enemmän suurissa kunnissa kuin pienissä ja keskisuurissa kunnissa. Somaattisen erikoisalnan vuodeosastohoidossa olleita 65- ja 75 vuotta täyttäneitä oli myös keskiarvoltaan lähes yhtä paljon pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asumispäiviä oli 75 ja 85 vuotta täyttäneillä pienissä ja keskisuurissa kunnissa hieman enemmän kuin suurissa kunnissa.

**Haastatteluaineiston** avulla saatiin aluksi tietoa hoitoyksiköiden *tilastoinnista*, sekä *vertailutiedon käytöstä*. Kaikissa vanhainkodeissa tilastoitiin asukkaisiin, hoitohenkilöstöön, sekä hoidon prosessiin liittyviä asioita. Tilastoitavia tietoja olivat; hoitopäivät, kaatumiset, murtumat, infektiot, uhka- ja väkivaltatilanteet, henkilöstön tapaturmat, asukkaiden ja henkilöstön määrän kehitys, jonot, sekä henkilöstön poissaolot. Keskisuuren- ja suuren kunnan vanhainkodissa seurattiin myös lääkemääräyksiä. Suuren- ja pienen kunnan vanhainkodissa seurattiin koulutuspäiviä yksilöllisesti. Suuressa kunnassa seurattiin myös hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuutta. Kaikissa vanhainkodeissa *vertailutiedot* koettiin tärkeänä asiana, mutta vain suuren ja pienen kunnan vanhainkodissa tietoja vertailtiin muihin yksiköihin säännöllisesti. Suuren kunnan vanhainkodissa laadun seurannan apuna oli käytössä RAI-järjestelmä ja pienen kunnan vanhainkoti oli mukana laatuhankkeessa.

Vanhainkodeissa *kerättiin tietoa hoidon laadusta* monin eri tavoin. Suuren kunnan vanhainkodissa suoritettiin vuosittain asiakaskysely, talon ulkopuolinen laatuksely ja työhyvinvointikysely. Lisäksi vuosittain käytiin kehityskeskustelut henkilöstön kanssa. Keskisuuressa kunnassa asiakaskyselyjä tehtiin vain tarpeen mukaan ja työhyvinvointikyselyt olivat joka kolmas vuosi. Kehityskeskustelut käytiin vuosittain ja lisäksi henkilöstölle oli tehty ensimmäistä kertaa voimavarakartoitus. Pienessä kunnassa oli alkanut laatuprojekti, jolloin asiakaskyselyjen ym.

aikataulut olivat muuttuneet. Tähän asti esimerkiksi työhyvinvointikyselyt oli tehty vuosittain. Laatuhankeessa oli tarkoituksena käyttää laadun arvioinnissa asiakas- ja läheiskyselyjä, kunnan ITE-lomaketta, työhyvinvointikyselyjä, sekä henkilöstön osaamiskartoitusta. Myös esimieskyselylomaketta oltiin työstämässä.

*Rakennetekijöiden* osalta laadussa oli hieman eroja vanhainkotien välillä. Suuren kunnan vanhainkodissa henkilöstömitoitus oli parhain (0,66), keskiuudessa kunnassa pienin (0,45) ja pienessä kunnassa (0,5). Kaikissa vanhainkodeissa koettiin ongelmaksi toistuvat henkilöstövajaukset. Johtajat pitivät henkilöstön *osaamista ja koulutusta* tärkeänä asiana ja esimerkiksi osastoapulaisten toimia oli vähennetty kouluttamalla heitä hoitajiksi. Suuren kunnan vanhainkodissa sairaanhoitajien osuutta oli jatkuvasti lisätty ja myös maahanmuuttajia oli saatu avustaviin töihin. Suuressa kunnassa myös koulutusmäärärahoja oltiin saatu lisättyä. Henkilöstöä koulutettiin kaikissa vanhainkodeissa säännöllisesti. Haastatteluhetkellä ainakin osa henkilöstöä oli mukana jossain kehittämishankkeessa. Erot olivat siinä, että pienessä ja keskiuudessa kunnassa henkilöstön koulutukset järjestettiin yleensä vanhainkodissa ja suuressa kunnassa niitä järjestettiin myös talon ulkopuolella. Suuressa ja pienessä kunnassa koulutuspäiviä seurattiin myös yksilöllisesti.

Vanhainkodit saivat tietoa *työhyvinvoinnista* työhyvinvointikyselyjen ja kehityskeskustelujen avulla, sekä seuraamalla poissaoloja. Keskiuudessa kunnassa oli tehty koko henkilöstölle myös voimavarakartoitus. Kaikissa vanhainkodeissa pitkät sairauslomat johtuivat yleensä tuki- ja liikuntaelinvaivoista. Keskiuudessa kunnassa, jossa henkilöstön keski-ikä oli 45 vuotta, olivat pitkät sairauslomat selvästi lisääntyneet. Kaikissa vanhainkodeissa pienet poissaolot johtuivat yleensä normaalista flunssasta, mutta toisinaan jatkuviin poissaoloihin oli jouduttu myös puuttua. Suuren kunnan vanhainkodin johtajan mukaan henkinen paine näkyy tänä päivänä osastoilla. Työvoimapula ja keikkalaisten käyttö kuormittavat vakituista henkilöstöä.

Vanhainkotien *tiloissa* oli eroja. Pienen ja keskiuuden kunnan vanhainkodissa tiloja oltiin remontoimassa tai laajentamassa asianmukaisimmiksi, koska ne olivat vanhat, ahtaat ja epäkäytännölliset. Suuren kunnan vanhainkoti oli saneerattu kokonaan 2000 luvulla ja tilat olivat toimivat ja viihtyisät. Viihtyisyys vaikutti johtajan mukaan ikääntyneiden perheenjäsenten viihtyvyyteen sekä sijaisten saatavuuteen positiivisesti.

*Prosessilaadussa* oli eroja vanhainkotien välillä. Pienessä kunnassa jonot oltiin saatu purettua, kun kahdessa muussa oli jatkuvasti jonoa. Kaikissa vanhainkodeissa panostettiin hoitoontulovaiheeseen, mutta pienen ja suuren kunnan vanhainkodissa hoitoontulovaiheesta oli tehty myös erilliset toimintaohjeet. Kaikissa vanhainkodeissa asukkaille tehtiin hoitoontulovaiheessa kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, mutta vain suuren kunnan vanhainkodissa sitä tarkastettiin säännöllisesti. Kaikissa vanhainkodeissa hoitoisuutta arvioitiin RAVA-luokituksen avulla ja suuren kunnan vanhainkodissa oli lisäksi käytössä RAI-järjestelmä. Vanhainkodeissa tehtiin paljon *yhteistyötä* terveyskeskuksen kanssa. Pienen ja keskisuuren kunnan vanhainkodissa johtajat kokivat, että yhteistyössä oli kuitenkin parantamisen varaa. Suuressa kunnassa johtaja koki, että yhteistyö vanhustenkeskusten välillä oli hyvää ja yhteyttä johtajien kesken pidettiin lähes päivittäin sähköpostin välityksellä. Suuressa kunnassa ikääntyneiden perheenjäsenten kanssa tehtiin paljon yhteistyötä ja he myös vierailivat usein vanhusten luona. Pienessä ja keskisuudessa kunnassa johtajat kokivat, että yhteistyötä perheenjäsenten kanssa pitäisi vielä lisätä.

Suuren ja keskisuuren kunnan vanhainkodissa hoidon ja palvelujen *suunnittelua* helpottivat erilaiset työryhmät. Suuressa kunnassa johtajan parina työskenteli erikseen myös suunnittelija. Pienen kunnan vanhainkodissa suunnittelu ja tiedottaminen jäivät enemmän johtajan harteille. Suuressa kunnassa johtaja oli tyytyväinen sisäiseen *tiedottamiseen*, mutta median tiedottamiseen suhtautui kriittisesti. Keskisuudessa kunnassa johtaja koki, että Intranet on hyvä henkilöstön tiedonsaantiväline ja lisäksi lehdet kirjoittavat usein ajankohtaisista vanhustenhuoltoon liittyvistä asioista. Pienessä kunnassa johtaja koki, että vanhainkotia koskevat nettisivut ovat vielä puutteelliset ja tiedottamista voisi tulevaisuudessa lisätä.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen laatua tarkasteltiin ensin **tilastoaineiston** avulla. Aineiston avulla saatiin tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä erikokoisissa kunnissa. Klavuksen (2006) selvityksen mukaan kunnan perusterveydenhuollon ja vanhusten palvelujen menojen kannalta optimaalinen väestöpohja saattaisi olla 24 000 – 36 000 asukasta. Myös tässä tutkimuksessa sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset, sekä laitoshoidon ja terveyskeskussairaalan käyttökustannukset 65 vuotta täyttäneillä olivat keskiarvoltaan pienimmät keskisuurissa 20 000 – 40 000 asukkaan kunnissa. Tutkimuksen avulla voitiin kuitenkin todeta, että

kustannuksilla ei ollut yhteyttä palvelujen käyttöön. Yksin asumisella tai puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asumisella ei myöskään ollut yhteyttä palvelujen käyttöön. Sosiaali- ja terveyspalveluja käytettiin yhtä lailla pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2001) on tavoitteena että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tässä aineistossa kotona asuvia ikääntyneitä oli keskiarvoltaan lähes yhtä paljon pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Tilastoaineistosta voitiin todeta, että aineiston 74: stä kunnasta 26 kuntaa jäi hieman (0,1 – 3,8 %) alle valtakunnallisen suosituksen, jonka mukaan 75 vuotta täyttäneistä 90% tulisi asua kotona. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996). *Yksin asuvia* 65 vuotta täyttäneitä oli eniten suurissa yli 40 000 asukkaan kunnissa, joissa asuntojen varustelutaso oli myös parempi. Voi olla, että asunnon huono varustelutaso kuormittaa yksinäistä vanhusta liikaa, eikä kotona pystytä enää asumaan ilman puolisoa. Suurissa kunnissa palvelut ovat usein lähellä, jolloin ikääntyneen on helppo hoitaa asioita.

Idänpään-Heikkilän ym. (2000, 19-24.) mukaan valtakunnan tasolla on tärkeää seurata alueellista vaihtelua voimavarojen käytössä ja hoitokäytännöissä sekä sitä, että palvelut toteutuvat väestön tarpeen, lakien ja suositusten mukaisesti. Tilastoaineistosta voitiin todeta, että erot kuntakokoluokkien välillä keskiarvoissa olivat vain muutamia prosentteja. Esimerkiksi säännöllisen *kotiin annettavan palvelun piirissä* olevia 65 vuotta täyttäneitä kotona asuvia oli eniten pienissä kunnissa (n. 7%) ja vähiten suurissa kunnissa (n. 5 %). Vastaavasti 75 vuotta täyttäneitä *kotiin annettavan palvelun piirissä* olevia oli eniten pienissä kunnissa (13 %) ja vähiten suurissa kunnissa (n. 9 %) iäkkäimpiä, 85 vuotta täyttäneitä *kotiin annettavan palvelun piirissä* olevia oli eniten keskisuurissa kunnissa (21 %) ja vähiten suurissa kunnissa (18 %). On ymmärrettävää, että pienissä kunnissa on enemmän *kotiin annettavien palvelujen piirissä* olevia, koska palvelut ovat yleensä kauempana. *Laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa asuvia* 65 ja 75 vuotta täyttäneitä oli keskiarvoltaan yhtä paljon kaikissa kuntakokoluokissa, mutta 85 vuotta täyttäneiden osalta määrä kasvoi 1 % lla siirryttäessä aina pienestä kuntaluokasta suurempaan. Omaishoidon tuen asiakkaana olevia 65 ja 75 vuotta täyttäneitä oli vuoden aikana yhtä paljon kaikissa kuntakokoluokissa, mutta iäkkäimpiä, 85 vuotta täyttäneitä omaishoidon tuen asiakkaana olevia, oli eniten keskisuurissa kunnissa (5 %) ja vähiten pienissä kunnissa (3,2 %).

Yleislääketieteen alan vuodeosastohoidossa olleita ja somaattisen erikoisalnan vuodeosastohoidossa olleita oli lähes yhtä paljon kaikissa kuntakokoluokissa. Myös perusterveydenhuollon

vastaanottokäyntejä oli lähes yhtä paljon kaikissa kuntakokoluokissa. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asumispäiviä 75- ja 85 vuotta täyttäneillä oli vain hieman enemmän pienissä ja keskisuurissa kunnissa kuin suurissa kunnissa. Suurimmat prosentuaaliset erot näkyivät *perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla vähintään kerran vuodessa käyneiden kohdalla*. Vähintään kerran vuodessa vastaanotolla käyneitä 65 vuotta täyttäneitä oli eniten keskisuurissa kunnissa (60,7 %) ja vähiten suurissa kunnissa (55 %). Vastaavasti 75 vuotta täyttäneitä vastaanotolla käyneitä oli eniten keskisuurissa kunnissa (68 %) ja vähiten suurissa kunnissa (60 %). Tilanne oli samankaltainen 85 vuotta täyttäneiden osalta. Saattaa olla, että keskisuurissa kunnissa perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle on helpompi päästä, kuin pienissä ja suurissa kunnissa. Tilastoaineiston tulosten perusteella palveluja saatiin tasa-arvoisesti erikokoisissa kunnissa, vaikka sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivatkin pienimmät keskisuurissa kunnissa.

**Haastatteluaineiston** avulla saatiin täydentävää tietoa laadusta ja laadun seurannasta ikääntyneiden hoidossa. Haastatteluaineisto auttoi ymmärtämään organisaatioiden laatupolitiikkaa, eli mitä asioita vanhainkodeissa *tilastoitiin* ja seurattiin, ja miten kerätyt tiedot hyödynnettiin. Organisaation omien tietovarantojen muodostaminen on perusedellytys toiminnan arvioinnille ja parantamiselle. Tiedon muokkaaminen ja käyttö käytännön laatutyön yhteydessä mahdollistaa toiminnan muuttamisen. Tiedon yhdistäminen prosessien kuvaamiseen tekee ne vielä näkyvämmiksi ja auttaa saamaan muutoksia aikaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999, 25.) Kaikissa vanhainkodeissa tilastoitiin samoja asioita; hoitopäivät, kaatumiset, murtumat, infektiot, uhka- ja väkivaltatilanteet, henkilöstön tapaturmat, asukkaiden ja henkilöstön määrän kehitys, jonot, sekä henkilöstön poissaolot. Keskisuuren ja suuren kunnan vanhainkodissa seurattiin lisäksi lääkemääräyksiä. Suuren ja pienen kunnan vanhainkodissa seurattiin myös koulutuspäiviä yksilöllisesti. Suuressa kunnassa seurattiin myös hoitosuunnitelmien ajantasaisuutta kolmen kuukauden välein. Kahdessa kunnassa laadun seuranta helpotti jokin laadunhallinnan menetelmä. Suuren kunnan vanhainkodissa apuvälineenä oli RAI-järjestelmä ja pienen kunnan vanhainkodissa laadun seuranta helpotti neljän kunnan välinen laatuprojekti. Kyseisissä vanhainkodeissa tietoja vertailtiin myös muiden yksiköiden kanssa, jolloin kerätyt *tiedot tulivat myös hyödynnettyä monipuolisemmin*. Aineiston perusteella voidaan todeta, että pelkkä tietojen keruu ei paranna laatua, vaan vasta saatujen tietojen analysointi, tietojen raportointi hoitohenkilöstölle, sekä vertailu muiden yksiköiden kanssa auttaa parantamaan laatua.

Sosiaali- ja terveysministeriön (1999, 28) julkaisun mukaan pienessä organisaatiossa laatu saadaan hallintaan yksinkertaisimmin menettelytavooin ja ohjein kuin isossa. Tässä tutkimuksessa myös pienessä vanhainkodissa laatua seurattiin monipuolisesti. Kaikissa vanhainkodeissa johtajat saivat tietoa hoidon laadusta *asiakaskyselyjen, laatukselyjen ja työhyvinvointikyselyjen avulla*. Suuressa kunnassa edellämainitut kyselyt toteutettiin vuosittain. Keskisuudessa kunnassa asiakaskyselyjä tehtiin vain tarpeen mukaan ja työhyvinvointikyselyt olivat kolmen vuoden välein. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa oli kuitenkin tehty ensimmäistä kertaa koko henkilöstölle voimavarakartoitus. Pienessä kunnassa alkaneessa laatuprojektissa oli tavoitteena käyttää säännöllisesti asiakas- ja omaiskyselyjä, työhyvinvointikyselyjä ja henkilöstön osaamiskartoitusta. Lisäksi tarkoituksena oli arvioida laatua kunnan ITE-arviointi lomaketta apuna käyttäen. Kaikissa vanhainkodeissa käytiin myös kehityskeskustelut vuosittain hoitohenkilöstön kanssa. Koska ikääntyneiden hoitotyö on Työterveyslaitoksen (2006) tutkimuksen mukaan tänä päivänä erityisen kuormittavaa, olisi tärkeää suorittaa työhyvinvointikyselyjä vuosittain. Saatujen tulosten avulla voitaisiin miettiä keinoja parantaa työhyvinvointia ja työviihtyvyyttä.

Haastatteluaineiston avulla saatiin tietoa *rakennelaadusta* ikääntyneiden hoidossa. Aiemmissä henkilöstömäärä koskevissa tutkimuksissa (Vaarama ym. 1999; Majasalmi ym. 2001; Muurinen 2003) on tullut esille, että nykyiset *henkilöstömäärät* eivät aina ole riittävät ikääntyneiden hoidossa. Kiire vallitsee useissa hoitoyksikössä ja työaikana ehtii tehdä vain välttämättömimmät työt. Kaikissa vanhainkodeissa ongelmana olivat juuri jatkuvat henkilöstövajaukset, joita jouduttiin paikkaamaan vakituisten työntekijöiden pitkillä vuoroilla. Suuren kunnan vanhainkodissa sijaisten jatkuva käyttö kuormitti vakituista henkilöstöä. Voutilaisen (2004) mukaan henkilöstön mitoittamisessa tulisi ottaa huomioon asiakkaiden hoitoisuus, henkilöstöä kuvaavat tunnusluvut, kuten ikä, sairauspoissaolot ja vaihtuvuus. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa, jossa henkilöstön keski-ikä oli suurin (45 vuotta) ja jossa pitkät sairauslomat olivat lisääntyneet, oli kuitenkin kolmesta vanhainkodeista pienin henkilöstömäärä. Vastaavasti suuren kunnan vanhainkodissa, jossa nuorten osuutta oli saatu lisättyä, oli parhain henkilöstömitoitus. Haastatteluaineiston perusteella henkilöstön ikää tai kuntoisuutta ei pystytä aina huomioimaan, eivätkä henkilöstömäärät ole aina riittävät. Henkilöstön määrän vähyys voi johtua myös kunnan taloudesta. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa henkilöstömäärä oli pienin ja tilastoaineiston keskisuurissa kunnissa sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat keskiarvoltaan pienimmät.

Haastatteluaineiston avulla saatiin tietoa myös *ammattitaitoon ja koulutukseen* liittyvistä asioista. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (2001) pitkän aikavälin tavoitteena

on, että vanhustyössä toimivilla on sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutus. Kaikissa vanhainkodeissa pyrittiin siihen, että hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalla on asianmukainen koulutus. Esimerkiksi laitosapulaisten määrää oli vähennetty pikkuhiljaa uudelleenkouluttamalla. Muutamalla jäljellä olevalla laitosapulaisilla oli kuitenkin pitkä työura takanaan, jolloin heillä oli johtajien mukaan riittävä ammattitaito. Johtajat pitivät henkilöstön koulutuksia tärkeinä ja kaikissa vanhainkodeissa oli muutamia koulutuspäiviä vuodessa. Aiemmissä tutkimuksissa (Glasson ym. 2006; Chang ym. 2007) tuli esille, että hoitajien oman työn kehittäminen 'ruohonjuuritasolla' voi parantaa ikääntyneiden aktiivisuutta päivittäisissä toiminnoissa, sekä lisätä heidän tietämystä omasta hoidostaan. Kaikissa vanhainkodeissa oli erilaisia työryhmiä ja projekteja, joissa oli jatkuvasti henkilöstöä mukana.

Aiempien tutkimusten mukaan *osaamista ja ammattitaitoa* ei ikääntyneiden hoidossa pystytä aina kiireen vuoksi riittävästi hyödyntämään. Esimerkiksi Syväsen (2003) tutkimuksessa henkilöstömäärän alenemisen myötä kaikille tuli enemmän töitä. Kiire aiheutti riittämättömyyden tunteen, joka heikensi työn hallintaa. Haastatteluaineiston mukaan kaikkien vanhainkotien ongelmana olivat juuri jatkuvat henkilöstövajaukset, jatkuva sijaisten käyttö, sekä vakituisten henkilöiden pitkät työvuorot. Tämän vuoksi osaamista ja ammattitaitoa ei ehkä pystytty kyseisissä vanhainkodeissakaan aina riittävästi hyödyntämään.

Uudessa ikääntyneiden hoitoa ja palvelua koskevassa laatusuosituksessa (2008) on otettu esille myös *työhyvinvointi* (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2008). Multasen (2002) mukaan riittävä lepo, omien voimavarojen ja rajojen tunnistaminen, omien kykyjen käytöstä huolehtiminen, yhteistyön vaaliminen, oman itsensä arvostaminen, sekä tasapainon löytäminen perheen ja työelämän välillä auttavat hoitajia jaksamaan vanhustyössä paremmin. Aineiston perusteella hoitajien voi olla hankalaa huolehtia riittävästä levosta, jos työpaikalla on usein henkilöstövajetta, työssä ohjataan usein sijaisia ja jos vakituisella henkilöstöllä teetetään pitkiä työvuoroja. Tasapainon löytäminen työn ja perhe-elämän välillä voi myös olla haasteellista, jos työvuoroja joudutaan sairauspoissaolojen vuoksi usein muuttelemaan tai jos pitkiä työvuoroja teetetään yllättäen.

Aiempien tutkimusten (Cutler ym 2006 & Elo 2006) perusteella viihtyisä ja toimiva ympäristö voi vaikuttaa hoidon laatuun positiivisesti. Tässä tutkimuksessa tuli esille, että suuren kunnan kokonaan saneeratussa vanhainkodissa ikääntyneiden perheenjäsenet vierailivat usein. Perheenjäsenten oli helppo vieraila vanhuksen luona yhden hengen huoneessa. Läheisten oli helppo käydä vanhuksen



kanssa talon kirjastossa, viherhuoneessa ja parvekkeilla, koska tilat olivat toimivat ja viihtyisät. Suuressa kunnassa johtaja koki, että talon viihtyisyys vaikutti positiivisesti myös sijaisten saatavuuteen. Vastaavasti keskisuuren kunnan vanhainkodissa, jossa peruskorjaus oli vasta alkamassa, perheenjäseniä kävi vain vähän omaistenilloissa. Ulkona pidettäviin kesäjuhliin he tulivat kuitenkin mielellään. Pienessä kunnassa laajennus oli vasta käynnissä ja johtaja toivoi myös enemmän yhteistyötä perheenjäsenten kanssa. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että tiloilla voi olla vaikutusta ikääntyneiden perheenjäsenten vierailuihin. Läheisten on helpompi tulla vierailulle ja keskustella ikääntyneen kanssa, kun tilat ovat viihtyisät ja lisäksi on yksityisyyttä.

Haastatteluaineiston avulla saatiin tietoa myös *prosessilaadusta*. Lumijärven (2002,18) mukaan hoitoprosessi alkaa jo hoitoon pääsystä. Pienen kunnan vanhainkotiin ei ollut lainkaan jonoja, sillä ne oltiin saatu purettua yhden lisäosaston perustamisen jälkeen. Keskisuudessa kunnassa vanhainkotipaikkaa joutui vuonna 2006 odottamaan keskimäärin 5,3 kuukautta ja jonossa oli jatkuvasti noin 30 henkilöä. Myös suuressa kunnassa jonot olivat hallitsemattomia. Kaikissa vanhainkodeissa panostettiin *hoitoontulovaiheeseen* ja siihen varattiin riittävästi aikaa. Hoitoon tullessa tehtiin *hoito- ja palvelusuunnitelma*, mutta vain suuressa kunnassa se ehdittiin tarkastaa säännöllisesti. Lumijärven (2002, 18) mukaan itse palvelutilanteeseen liittyviä laatutekijöitä ovat henkilöstön palvelualttius, ystävällisyys, kokemukset henkilöstön ammattitaitoisuudesta, sekä asiakkaan erityistarpeiden huomioonottaminen ja kuuleminen. Kaikissa vanhainkodeissa oli jatkuvasti henkilöstövajeita, mutta se ei välttämättä vaikuta potilaiden kohteluun. Henkilöstövajaus voi kuitenkin vaikuttaa niin, ettei potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin ehditä aina vastata. Kaikissa vanhainkodeissa hoitohenkilöstöllä oli riittävä koulutus ja ammattitaitoa pidettiin yllä erilaisten projektien ja koulutusten avulla. Asukkaiden tyytyväisyydestä hoitoon saatiin tietoa erilaisten kyselyjen avulla. Kyselyjen toteuttamisessa oli kuitenkin eroja vanhainkotien välillä. Kahdessa vanhainkodissa asiakas- ja omaistyytyväisyyskyselyjä tehtiin säännöllisesti, mutta keskisuuren kunnan vanhainkodissa kyselyjä tehtiin vain tarpeen mukaan. Johtajien mukaan tyytyväisyyskyselyt ovat yksin epävarma keino saada luotettavaa tietoa, sillä ikääntyneet ovat usein huonokuntoisia vastaamaan ja ikääntyneiden perheenjäsenillä saattaa olla erilainen käsitys vanhuksen tarpeista kuin vanhuksella itsellään. Myös Syväsen (2003) mukaan perheenjäsenten käsitykset voivat poiketa paljonkin ikääntyneiden käsityksistä, varsinkin jos omaiset vierailevat harvoin. Tulosten mukaan asukas- ja omaiskyselyjä tuleekin käyttää muiden laadun seurannan keinojen rinnalla.

Ikääntyvien hyvän hoidon tulee perustua myös *kuntouttavaan työotteeseen* ja noudattaa näyttöön ja käyvän hoidon suosituksiin perustuvia hoitokäytäntöjä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2001). Pienen kunnan vanhainkodissa kuntouttavaa työtettä ei lyhytaikaispotilaiden osalta pystytty kunnolla toteuttamaan, koska kuntoutettavat sijaitsivat muiden huonokuntoisten joukossa. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa tuli esille, että hoito- ja palvelusuunnitelmia ei ehditty säännöllisesti päivittämään ja oli haasteellista saada ne kaikista tehtyä. Suuren kunnan vanhainkodissa RAI:n avulla oltiin nähty, että joidenkin asukkaiden kohdalla oli tapahtunut kuntoutumista ja kyseisten asukkaiden siirtämistä palvelutaloon oli alettu miettiä. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että kuntouttava työote onnistuu parhaiten, jos henkilöstöä on riittävästi, toimintakykyä dokumentoidaan ja arvioidaan säännöllisesti ja kun potilaat on sijoitettu oikeille osastoille.

Voutilaisen (2004) ja Muurisen (2003) tutkimuksissa tuli esille, että ikääntyneiden hoidossa tulisi kehittää *dokumentointia*. Suuren kunnan vanhainkodissa dokumentointi oli kattavaa, sillä käytössä oli kirjaamisopas, sähköinen kirjaamisjärjestelmä ja lisäksi tietoja dokumentoitiin RAI-tietojärjestelmään. Kaikilla asukkailla oli myös ajantasainen hoitotyön suunnitelma. Pienessä kunnassa laatuprojektin myötä oli tehty erilaisia prosessikuvauksia ja ohjeita ja tietoja kerättiin neljän kunnan vertailua varten. Hoitosuunnitelmia ei kuitenkaan ehditty tarkastaa säännöllisesti. Keskisuudessa kunnassa oltiin parhaillaan siirtymässä sähköiseen kirjaamiseen. Keskisuuren kunnan vanhainkodissa kerättiin jonkin verran tietoja, mutta niitä ei vertailtu muiden yksiköiden kanssa. Voi olla, että sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen myötä myös laatutyöhön ja tulee enemmän aikaa.

**Kahden eri aineiston** avulla saatiin tietoa hoidon ja palvelujen laadun seurannan keinoista ja laadun totetutumisesta. Tulokset auttoivat ymmärtämään, että yksiköiden laadun seuranta liittyy aina jollain tavalla laajempaan alueelliseen tai valtakunnalliseen laadun seurantaan, sillä yksiköistä lähetetään tietoja tilastoihin ja tarvittaessa erilaisiin kyselyihin. Johtajat kokivat tilastotiedot tarpeellisiksi, mutta hieman perässälaahaviksi. Tästä syystä niitä ei käytetty aktiivisesti talon toiminnan kehittämisessä. IKI-Indikaattoristoa oli käyttänyt yksi vanhainkodin johtajista kokeiluvaiheessa, jolloin salasanvoja ja tunnuksia ei vielä tarvittu.

Tilastoaineiston avulla saatiin selville, minkä tyyppistä tietoa ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista valtakunnallisesti kerätään, sekä miten tietoja voidaan hyödyntää. Eri tilastoista ja rekistereistä voidaan yhdistellä tietoja, jolloin saadaan kattavampi kuva palvelujen käytöstä. Tilastotietojen avulla voidaan tehdä vertailuja kuntien, kuntakokoluokkien tai alueiden välillä ja

nähdä tilanne koko valtakunnassa. IKI-Indikaattoristossa oli paljon palvelujen käyttöä (käyttökertoja) koskevaa tietoa, joka ei välttämättä hyödytä esimerkiksi vanhainkotien johtajia. Indikaattoristossa ei ollut tietoja henkilöstömääristä, jonoista, hoitoisuudesta, dementoituneiden määristä, henkilöstön poissaoloista tai muista vastaavista laadun rakennetekijöistä. Voi olla, että kyseisten tietojen kerääminen valtakunnalliseen tilastoon on hankalaa tai jopa mahdotonta, mutta kyseisistä tekijöistä olisi ollut kiinnostavaa saada vertailutietoa. Indikaattoristosta oli kiinnostavaa saada tietoja asukkaiden asuinoloista, sekä yksin asuvien määristä. Indikaattoristosta saatiin kattavasti tietoa eri palvelujen käytöstä, mutta jos tarvitaan vertailutietoa rakenne-, prosessi-, tai tulostaadusta, esimerkiksi RAI-tietojärjestelmää. Koska ikääntyneiden hoito ja hoidon laatu on ajankohtainen asia, olisi tärkeää, että laatu-tietoa olisi saatavilla helposti, eivätkä tiedot olisi pelkästään tutkijoiden tai yksiköiden saatavilla.

Hoitoyksiköissä kerätyt tiedot jäävät yleensä yksiköiden omaan käyttöön, jonka vuoksi oli kiinnostavaa saada tietoa yksiköiden laatu-politiikasta. Haastatteluaineisto auttoi ymmärtämään, että kaikki laatu-tekijät yhdessä vaikuttavat kokonaislaatuun. Jos esimerkiksi onnistumisen edellytyksissä, eli rakennetekijöissä on puutteita, voi se osaltaan vaikuttaa hoitoprosessien sujuvuuteen. Jos esimerkiksi henkilökuntaa on liian vähän, ei hoito- ja palvelusuunnitelmiakaan ehditä välttämättä kunnolla päivittää. Se voi taas osaltaan vaikuttaa hoidon lopputulokseen, kuten kuntoutumiseen. Jos taas tilat ovat puutteelliset, voi se vähentää omaisten vierailuja ja sitä kautta vaikuttaa omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön negatiivisesti. Tästä syystä on tärkeää tarkastella laatua monipuolisesti.

Tilastoaineistossa kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen käyttökustannukset vaihtelivat kunnan koon mukaan ja ne olivat keskiarvoltaan pienemmät keskisuurissa kunnissa. Tilastoaineistossa kustannusten ja palvelujen käytön välillä ei kuitenkaan ollut yhteyttä, mutta haastatteluaineiston tulosten mukaan keskisuuren kunnan vanhainkodissa laatu toteutui joiltain osin hieman huonommin kuin suuressa ja pienessä kunnassa. Keskisuuressa kunnassa oli pienin henkilöstömitoitus, vaikka henkilöstön keski-ikä oli korkein. Myös pitkät sairauslomat olivat lisääntyneet. Hoito ja palvelusuunnitelmien teko koettiin ajan puutteen vuoksi haasteelliseksi, eikä niitä ehditty säännöllisesti päivittämään. Tyytyväisyyskyselyjä suoritettiin harvamminkin kahdessa muussa vanhainkodissa, eikä käytössä ollut erityisiä laadun seurannan mittareita RAVA-luokitusta lukuunottamatta. Talossa oli kuitenkin alkamassa peruskorjaus ja lisäksi oltiin siirtymässä sähköiseen kirjaamiseen. Voi olla, että uudistusten myötä aikaa laadun seurantaan tulee lisää.

Tilastoaineiston perusteella pienet sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset eivät vaikuttaneet palvelujen saatavuuteen. Palveluja käytettiin keskimäärin yhtä paljon pienissä, keskisuurissa ja suurissa kunnissa. Haastatteluaineiston tulosten mukaan pienet kustannukset voivat kylläkin kertoa puutteista henkilöstömäärissä, laadun seurannassa jne. Hoidon laadun toteutumista olisi syytä selvittää lisää käytännössä.

## 6.2 Eettiset kysymykset

Kylmän ja Juvakan (2007, 144) mukaan laadullisen tutkimuksen aiheen valinnassa on tärkeää pohtia sen oikeutusta. Tutkimuksen on aina rakennettava terveystieteiden tietoperustaa. Tutkimuksen avulla haluttiin selvittää ikääntyneiden hoidon laatua ja laadun seurantaa, sillä 2000-luvulla on alettu puhua yhä enemmän hoidon laadusta. Lisäksi Voutilaisen (2004) mukaan hoitotyön laadun tutkiminen rakenteellisia, prosessi- ja tuloslottuvuuksia yhdistelemällä on toistaiseksi ollut vähäistä. Tutkimuksen avulla tuotettiin tietoa myös kyseisistä laatutekijöistä. Tutkimuksen avulla tuotettiin tietoa, joka on hyödyllistä sekä ikääntyneiden hoidon, että laadun seurannan kannalta.

Tutkimusaiheen eettisen oikeutuksen arvioinnissa on tärkeää pohtia myös tutkimuksen *sensitiivisyyttä*. Tutkimuksen sensitiivisyys voi perustua tutkimukseen osallistuvien ihmisten haavoittuvuuteen, yksityisyyteen tai tutkittavan ilmiön arkaluontoisuuteen (Kylmä & Juvakka 2007, 144). Hoidon laadun toteutuminen vanhainkodeissa saattoi olla aiheena arkaluonteisempi kuin hoidon laadun seuranta. Johtajat kertoivat enemmän laadun seurannasta, kuin hoidon laadun toteutumisesta. Johtajien saattoi olla vaikea kuvata ongelmia ja puutteita hoidossa. Vanhainkotien johtajille tehdyt kysymykset liittyivät osittain myös johtamiseen ja esimiehen työhön. Kertoessaan laadun toteutumisesta ja laadun seurannasta, johtajat antoivat myös kuvan omasta osaamisestaan ja kiinnostuksestaan.

Tutkimusetiikan näkökulmasta on tärkeää arvioida myös tutkimuksen *menetelmällisiä ratkaisuja*. On selvitettävä, voidaanko haluttu tieto saavuttaa valituilla menetelmillä ja ovatko valitut menetelmät eettisesti oikeutettuja. (Kylmä & Juvakka 2007, 146.) Tutkimuksessa käytettiin ensin aineistona valtakunnallisia tilasto- ja rekisteritietoja, sillä esimerkiksi Orren ym. (2002, 9) mukaan rekisteritietoja tulisi entistä enemmän hyödyntää terveydenhuollon päätöksenteossa. IKI-Indikaattoriston tiedot perustuivat Stakesin Sotka -tietokannan ja hoitoilmoitusrekistereiden tietoihin vuosilta 2003-2004, sekä eräisiin muihin tilastoihin. Tiedot oli koonnut Stakesin

asiantuntijaryhmä ja yksittäisiä henkilöitä koskevia tietoja ei aineistossa ollut lainkaan. Aineiston avulla saatiin kokonaiskuva palvelujen käytöstä eri kuntakokoluokissa. IKI-Indikaattoriston käyttöön ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa, mutta tutkimuskäyttö vaati käyttäjätunnuksen ja salasanan ja ilmoituksen käytöstä sen ylläpitäjälle. Tiedot Indikaattoristoon oli kerätty valtakunnallisista tilastoista ja rekistereistä ja tiedot oli nähtävissä vain kunnittain. Haastatteluaineiston avulla saatiin täydentävää tietoa ikääntyneiden hoidon laadusta ja laadun seurannasta. Johtajien haastattelemine oli hyvä keino kerätä tietoa, sillä johtajilla oli pitkä työkokemus ja he päättivät yksikkönsä laadun seurantaan liittyvistä asioista. Lisäksi johtajat kertoivat mielellään laadun seurantaan liittyvistä asioista.

Tutkimusetiikan kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvilta saadaan tietoon perustuva suostumus. Se tarkoittaa, että haastateltavat ovat päteviä antamaan suostumuksensa. (Kylmä & Juvakka 2007, 147-149.) Tutkimukseen osallistuvat olivat esimiehiä, jotka antoivat itse suullisen tutkimusluvan. Johtajia informoitiin myös mahdollisimman hyvin. Heille kerrottiin etukäteen tutkimuksen aihe, tutkimuksen tekijän yhteystiedot, sekä oppilaitos, jossa tutkimus toteutetaan. Lisäksi haastateltaville selvitettiin, että he valikoituivat tutkimukseen kunnan koon perusteella ja koska työskentelivät kunnan omistamissa vanhainkodissa. Haastateltaville kerrottiin etukäteen myös, että kenenkään yksityisyyteen liittyviä asioita ei käsitellä ja että vanhainkotia tai yksittäisiä henkilöitä ei voida tutkimustuloksista tunnistaa.

Tutkimuksen *toimijoiden asema* on tärkeä huomioida myös tutkimuskysymyksiä muodostettaessa. Haastatteluissa käytettiin väljiä kysymyksiä, jolloin keskustelu eteni paljon haastateltavan ehdoilla. Tällöin *riski johdattavien kysymysten käyttöön oli myös pieni*. Väljien teemojen vuoksi haastateltava saattoi kuitenkin käsitellä sellaisia asioita, joihin hän ei ollut varautunut antaessaan suostumuksensa tutkimukseen. Tämä otettiin huomioon tutkimuksen raportoinnissa. Kaikki tunnistamiseen liittyvät tiedot poistettiin raportista. Tutkimuksen myötä esille tulevat asiat raportoitiin niin, että ne palvelevat sekä uuden tiedon tuottamisen, että luottamuksellisuuden ja kunnioituksen periaatteita. (Kylmä & Juvakka 2007, 147-151.)

Myös *analyysiprosessissa suojeltiin haastateltavina olleita ihmisiä*. Ääninauhoissa, puhtaaksikirjoitetuissa haastatteluissa tai muistiinpanoissa ei käytetty haastateltavina olevien nimiä. Tutkija suoritti myös analyysiprosessin eri vaiheet itse, jolloin tiedot olivat koko ajan vain tutkijan ulottuvilla. Tutkimuksen eri vaiheet raportoitiin mahdollisimman avoimesti, rehellisesti ja tarkasti. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden kuvaukset tutkitusta ilmiöstä oli helppo raportoida

mahdollisimman totuudenmukaisesti, sillä arkaluontoista tietoa oli aineistossa vain vähän. (Vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 153-154.)

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

*IKI-Indikaattoristossa* oli tietoja palvelujen käytöstä kunnittain. Stakesin asiantuntijaryhmä oli valmiiksi koonnut indikaattorit, jolloin niiden laatuvaatimukset oli myös otettu huomioon. IKI-Indikaattoristosta ei kuitenkaan saatu pitkältä aikaväliltä tietoja, koskatiedot oli koottu vain laatusuosituksen toteutumisen seurannan tueksi vuosilta 2003 - 2004. Taustatietoina Indikaattoristossa olivat väestön määrä ja ikärakenne. Tarvetietoja oli sekä puutteellisesti, että erittäin puutteellisesti varustetuissa asunoissa asuvista. Indikaattoristossa oli tietoja eri terveyspalvelujen käytöstä ja käyttökerroista.

Heikkilän (2001) mukaan valmiit aineistot ovat harvoin sellaisessa muodossa, että niitä voidaan suoraan käyttää kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Niitä saatetaan joutua muokkaamaan, yhdistelemään ja tarkastamaan ennen niiden käyttöä. (Heikkilä 2001, 18.) Tässä tutkimuksessa Stakesin asiantuntijaryhmä oli valmiiksi koonnut tiedot eri tilastoista ja rekistereistä. Tietoja ei enää lisätty tai muokattu, sillä asiantuntijaryhmä oli nimennyt indikaattorit ja ikävakiointuneet (% 65-, 75- ja 85 vuotta täyttäneistä) Tehtäväkseni jäi tietojen tarkistaminen ja yhden muuttujan (kunnan koko) luokittelu. Tiedot ovat kuitenkin ns. toisen käden lähde, jolloin niihin täytyy suhtautua kriittisesti. Aineiston luotettavuutta lisäsi se, että jokaisen indikaattorin kohdalta löytyi tieto siitä, mistä tilastosta tai rekisteristä tieto oli poimittu. Luotettavuutta ei kuitenkaan voitu siltä osin varmistaa, olivatko laitokset ilmoittaneet tietonsa rekistereihin oikein. Aineiston tallentamis- ja tarkastusvaiheessa joidenkin kuntien kohdalta löytyi liian suuri prosenttiarvo, jolloin kyseiset kunnat poistettiin kokonaan aineistosta.

Tilastoaineistossa vain muutaman muuttujan kohdalla ilmeni riippuvuutta. Niille muutamille muuttujille, joiden kohdalla oli vähintään 0,3 korrelaatiota, laskettiin selitysasteet. Selitysaste ilmoittaa, kuinka suuren osan selittävä muuttuja (x) selittää selitettävän (y) muuttujan vaihteluista. Selitysaste saadaan korottamalla korrelaatiokerroin toiseen potenssiin. (Esimerkiksi korrelaatiokerroin 0,4 = selitysaste 0,16 = 16%). Myös kyseisten muuttujien p-arvot tarkastettiin, sillä vasta jos korrelaatiokerrointa vastaava p-arvo alittaa käytetyn merkitsevyystason, on korrelaatio vasta tilastollisesti merkitsevä. (Heikkilä 2001, 204-206.)

Kun tilasto- tai rekisteritietoja vertaillaan valtakunnallisella tasolla on huomioitava myös terveydestä riippumattomat taustatekijät, joilla on voinut olla vaikutusta hoidon lopputulokseen. Tällaisia ovat esimerkiksi elintavat, työskentelyolosuhteet, ympäristötekijät tai jokaisen henkilökohtaiset voimavarat. Tuloksia tarkastellaankin usein iän, sukupuolen tai sairastavuuden mukaan. Tuloksia tarkasteltaessa on myös syytä pohtia, minkä verran erot voivat johtua sattumasta tai esimerkiksi rakenteellisista selittävästä tekijöistä kuten esimerkiksi työntekijäpulasta tai eroista potilaiden ongelmien vaikeusasteessa. Myös ulkoiset tekijät kuten etäisyydet voivat myös vaikuttaa hoidon lopputulokseen. (Idänpään-Heikkilä 2000, 26-27.) IKI-Indikaattoristossa oli tietoja palvelujen käytöstä, eikä hoidon lopputuloksista, jolloin edellä mainittujen tekijöiden vaikutusta lopputuloksiin ei mietitty. IKI-Indikaattoriston tietoja oli mahdollista tarkastella ikäluokittain. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin tausta- ja tarvetekijöiden, kuten yksin asumisen ja asumisolojen yhteyttä palvelujen käyttöön.

Paunosen ja Vehviläisen-Julkusen (1998) mukaan validiteettiongelmia saattaa syntyä siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, että aineiston keräämisessä on puutteita ja tutkimusaineisto ei ole edustava. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215.) Tilastoaineisto antoi vastauksia tutkimuskysymyksiin; Mitä eroja ikääntyneiden (65 täyttäneiden) sosiaali- ja terveystalvelujen käytössä oli pienten, keskisuurten ja suurten kuntien välillä vuonna 2003-2004. Indikaattoristosta saatiin paljon tietoa eri palvelujen käytöstä. Tutkimuksessa oli mukana kaikki Suomen 18 suurta kuntaa, sekä hieman suurempi määrä pieniä ja keskisuuria kuntia. Indikaattoristossa oli kaikkien kuntien kohdalla samat tiedot, jolloin puuttuvia tietoja ei havaintomatriisissa ollut lainkaan.

Haastatteluaineiston kohdalla luotettavuuskriteereitä voidaan tarkastella uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden mukaan (Kylmä & Juvakka 2007, 128). *Uskottavuus* tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erityisesti tutkimukseen osallistujan näkökulmasta ja tutkimukseen osallistujan näkökulman ymmärtäminen vaatii aikaa. Tutkija käytti kahdessa haastattelussa apuna kuntien vanhuspoliittisia strategioita. Tutkija oli etukäteen perehtynyt strategioihin ja niissä oleviin käsitteisiin. Tutkija on myös työskennellyt hoitoalalla ja useissa vanhainkodeissa, jolloin suurin osa haastatteluissa käytetyistä käsitteistä oli tuttuja. Haastateltavien näkökulmat tulivat hyvin esille, sillä he olivat esimiehinä ja asiantuntijoina tottuneet ilmaisemaan itseään selkeästi ja lisäksi heillä

oli pitkä työkokemus sosiaali- ja terveydenhuoltoalalta. Haastateltavien oman kerronnan ja näkökulmien esille tuloa mahdollisti myös se, että kysymykset olivat aluksi väljiä. Teemat olivat selkeitä, eikä haastatteluissa käytetty vaikeita, selvennystä vaativia käsitteitä.

Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan *uskottavuutta* vahvistaa myös tutkimuksen tekijän pitämä tutkimuspäiväkirja, jossa hän kuvaa kokemuksiaan ja pohtii valintojaan. Tutkija kirjoitti jokaisen haastattelun yhteydessä muistiinpanoja ja kirjasi haastattelun jälkeen tuntemuksensa ja ajatuksensa haastattelun etenemisestä. Uskottavuutta voidaan vahvistaa myös triangulaation avulla. Aineistotriangulaatiossa ideana on hahmottaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä eri näkökulmista, koska laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on oletus todellisuuden moninaisuudesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tässä tutkimuksessa tilastoaineisto ja haastatteluaineisto täydensivät toisiaan ja niiden avulla saatiin laadusta ja laadun seurannasta monipuolisempi kuva.

*Vahvistettavuus* liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua (Kylmä & Juvakka 2007, 2007). Tutkija kirjasi tutkimusprosessin vaiheet mahdollisimman tarkasti ja raportoi myös analyysin etenemisen vaiheittain. Tutkija käytti myös alkuperäisiä lainauksia tutkimusraportissaan, jolloin lukijan on helpompi ymmärtää miksi tutkija on päätenyt kyseisiin tuloksiin.

*Refleksiivisyys* edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkijalla ei ollut ennakkokäsityksiä laadun seurannasta ja toteutumisesta kyseisissä yksiköissä, koska tutkija ei niissä ollut ennen käynyt. Tutkija antoi haastateltavien kertoa asioista melko vapaasti ja se myös ohjasi osaltaan haastattelujen kulkua. Tutkijan tekemät täsmentävät kysymykset vaikuttivat myös käsiteltäviin asioihin. Joku toinen tutkija olisi saattanut painottaa toisenlaisia asioita ja tehdä toisenlaisia kysymyksiä. Aiempi aiheesta luettu teoria antoi käsityksen laadusta ja se vaikutti tutkijan haastatteluissa tekemiin kysymyksiin. Haastattelun edetessä samoja asioita tuli toistuvasti esille. Tutkija arveli, että tietoa oli tällöin kertynyt riittävästi. Haastatteluissa laadun toteutumisen käsittely jäi vähäisemmäksi ja johtajat kuvasivat enemmän laadun seurantaan. Tämä johtui siitä, että haastattelutilanteessa keskustelu siirtyi usein laadun seurantaan eikä tuloksiin, kuten esimerkiksi henkilöstön työtyytyväisyyteen. Tutkija sai tietoa hoidon laadusta joidenkin asioiden osalta, mutta toisaalta tulosten tarkka ja yksityiskohtainen selvittäminen olisi vaatinut myös tarkempia etukäteisvalmisteluja. Toisaalta hoidon laatu ja laadun seuranta liittyvät pitkälti toisiinsa. Ne asiat



joita seurataan, toteutuvat yleensä hyvin. Haastattelussa tuli esille myös jonkin verran tutkimusongelman kannalta tarpeetonta tietoa ja se johtui juuri väljistä haastatteluteemoista.

*Siirrettävyys* tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Aineisto kerättiin Etelä-Suomesta, kolmen erikokoisen kunnan vanhainkodista. Vanhainkodit olivat asukasmääriltään erikokoisia kunnan vanhainkoteja. Tulokset voivat olla siirrettävissä muihinkin vanhainkoteihin, mutta tässä tutkimuksessa tarkoituksena ei ollut yleistää, vaan tarkoituksena oli kuvata tutkittavaa ilmiötä.

#### **6.4 Jatkotutkimushaasteet**

Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa selvittää vanhainkotien asiakastyytyväisyyskyselyjen ja työtyytyväisyyskyselyjen tuloksia tarkemmin. Olisi kiinnostavaa tietää, mistä asioista ikääntyneet ja ja heidän perheenjäsenensä antavat eniten palautetta. Olisi kiinnostavaa myös selvittää laatua ja laadun seurantaan myös hoitohenkilöstön näkökulmasta ja lisäksi seuraamalla hoitotyötä. Olisi tärkeää kerätä tietoa useista vanhainkodeista ja vertailla yksityisten ja kunnan vanhainkotien hoidon laatua ja laadun seurantaan. Lisäksi olisi kiinnostavaa selvittää, millainen vertailutieto hyödyttäisi johtajia heidän oman työyksikkönsä kehittämisessä.

## LÄHTEET

**Anttonen A & Sointu L, 2006.** Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Hyvinvointivaltion rajat –hanke. Stakes. Helsinki. Edita Prima Oy.

**Ball J, Ford P & Smith V, 2005.** Working in care homes: a survey. *Nursing Standard*. Oct 19-25; 20(6): 41-46. (14 ref)

**Berglund A & Ericsson K, 2003.** Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *International Journal of Nursing Practice*. Apr; 9(2): 112-119. (29 ref)

**Chang E, Hancock K, Hickman L, Glasson J & Davidson P, 2007.** Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care: a repeated measures (pre- and post-intervention) design. *International Journal of Nursing Studies*. Sep; 44(7): 1079-1092. (54 ref)

**Donabedian A, 1980.** The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press. Teoksessa Idänpään-Heikkilä U, Outinen M, Nordblad A, Päivärinta E ja Mäkelä M, 2000. Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Stakes. Aiheita 20 / 2000. s. 13-14.

**Dorr DA, Horn SD & Smout RJ, 2005.** Cost analysis of nursing home registered nurse staffing times. *Journal of American Geriatrics Society*. 2005 May;53 (5):840-845. (30 ref)

**Elo S, 2006.** Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukkevasta ympäristöstä. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Oulu. s. 60-71.

**Eskola J & Suoranta J, 1998.** Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. Jyväskylä – Gummerus.

**Finne-Soveri H, 2005.** Hoidon laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: Noro A, Finne-Soveri H, Björgren M ja Vähäkangas P. ( toim. ) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – Rai järjestelmä vertailunkehittämisessä. Stakes, Helsinki. s. 64 – 65.

**Glasson J, Chang E, Chenoweth L, Hancock K, Hall T, Hill-Murray F & Collier L, 2006.** Evaluation of a model of nursing care patients using participatory action research in an acute medical ward. Journal of Clinical Nursing. May; 15(5): 588-98. (37 ref)

**Heinola R, Voutilainen P & Vaarama M, 2003.** Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa. Stakes, Aiheita 9 / 2003. Stakesin monistamo. Helsinki.

**Heikkilä T, 2001.** Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki.

**Henkilötietolaki (523/1999).**

**Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P, 1997.** Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy, Helsinki. Tammerpaino Oy, Tampere.

**Hokkanen H, Eriksson E & Häggman-Laitila A, 2006.** Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen – katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Jyväskylä: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry. Gerontologia 20: 1, 3. artikkeli.s.15.

**Idänpään-Heikkilä U, Outinen M, Nordblad A, Päivärinta E & Mäkelä M, 2000.** Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Stakes 20 / 2000. s. 9- 24.

**Isola A, Backman K, Saarnio R, Kääriäinen M, & Kyngäs H. 2007.** Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2, 51-61.

**Jalava U & Virtanen P, 1996.** Laatu, innovaatio ja projekti. Hyvinvointipalvelujen kehittämisen ydinkysymyksiä. Studia Kirjayhtymä Oy, Helsinki. Tammer-Paino Oy, Tampere.

**Janhonen S & Nikkonen M (toim.) 2003.** Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki. WS Bookwell Oy, Juva.

**Kankare H & Lintula H (toim.), 2006.** Vanhuksen äänen kuuleminen. Hygieia. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. Dark Oy, Vantaa.

**Kihlgren AL, Nilsson M & Sorlie V, 2005.** Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. Journal of Clinical Nursing. May; 14(5): 601-8. (31 ref)

**Klavus J, 2006.** Terveystaloustiede. Stakes. Työpapereita 2 / 2006. s. 12-14.

**Kvalitetsmålning i Sundhedsvaesenet. NHV-Rapport 2003: 1.** Nordiska Ministerrådet.

**Kylmä J & Juvakka T, 2007.** Laadullinen terveystutkimus. Edita. Edita Prima Oy, Helsinki. 1. painos.

**Laakkonen M-L, 2005.** Advance care planning. Eldery patients' preferences and practices in long-term care. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Lääketieteen laitos. s. 69.

**Laine J, 2006.** Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Väitöskirjatyö. Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki. s.80-82.

**Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785)**

**Larsson BW, Larsson G & Carlson SR, 2004.** Advanced home care: patients' opinions on quality compared with those of family members. Journal of Clinical Nursing. 2004 Feb; 13(2): 226-233. (33 ref)

**Lauri S & Kyngäs H, 2005.** Hoitotieteen teorian kehittäminen. WSOY. Dark Oy, Vantaa. 1. painos.

**Leino-Kilpi H, 1998.** Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen M ja Vehviläinen-Julkunen K, 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY – Kirjapainoyksikkö. Juva. 1.-2. painos.

**Lumijärvi I, 2002.** Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Työturvallisuuskeskus, Kuntayhtymä. Edita Prima Oy, Helsinki. 5. painos.

**Lyytikäinen M, 2002.** Vanhuspalvelujen muuttuva kenttä. Teoksessa Molander G ja Multanen L, 2002. Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Työterveyslaitos. Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy. s.25-27.

**Muhli A & Kanninen A, 2000.** SPSS 10.0 for Windows perusteet. Oulun yliopisto. Atk-keskus.

**Multanen L, 2002.a.** Näin jaksaa vanhustyössä. Teoksessa Molander G ja Multanen L, 2002. 77.

**Multanen L, 2002.b.** Aikatauluista elämäntoiveiden toteuttamiseen. Teoksessa Molander G ja Multanen L, 2002. Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Työterveyslaitos. Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy. s. 81.

**Murphy K, 2007.** A qualitative study explaining nurses' preceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. Journal of Clinical Nursing. Mar; 16(3): 477-485. (37 ref)

**Muurinen S, 2003.** Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. s.104-127.

**Mäki T, 2004.** Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Väitöskirjatyö. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja talouden laitos. s. 163-264.

**Noppi E & Koistinen P (toim.) 2005.** Laatu vanhustyöhön. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. Tammer-Paino Oy, Tampere.

**Orre S, Mäkelä M & Nylander O, 2002.** Terveystieteiden erillisrekisterien laadunhallinnan opas. Stakes, Oppaita 47. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

**Ovretveit J, 1998.** Evaluating Health Interventions. Open University Press, Buckingham. Teoksessa: Laine J, 2006. Laatu vai tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes, Tutkimuksia 151. Helsinki. s. 33.

**Paljärvi S, Rissanen S & Sinkkonen S, 2003.** Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana: seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 2: 4 artikkeli, s. 85.

**Paunonen M & Vehviläinen-Julkunan K, 1998.** Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY – Kirjapainoyksikkö. Juva.

**Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H & Noro A, 2006.** Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. Medical Care. Dec; 44(12): 1114-1120.(50 ref)

**Potilaslaki (785/1992).**

**Raitoaho O, 2000.** Hyvinvointi ja perusturva Suomen Kuntaliitto. 1. painos. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.

**Salonen P, Kaunonen M & Tarkka M-T. 2005.** Veteraanien tyytyväisyys kuntoutukseen ja kuntoutuksen vaikutukset heidän toimintakykyynsä. Hoitotiede 5, 282 -292.

**Schein C, Gagnon AJ, Chan L, Morin I & Grondines J, 2005.** The association between specific nurse case management interventions and elder health. Journal of the American Geriatrics Society. Apr; 53(4): 597-602. (22 ref)

**SFS-ISO 8402 ( 1988 ) Laatusanasto.** Suomen Standardoimisliitto. Helsinki.

**Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001.** Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 4:1.

**Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008.** Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2008: 3.

**Sosiaali- ja terveysministeriö 1999.** Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen kuntaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

**Sosiaali- ja terveysministeriö 1996.** Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1.

**Steele LL, Mills B, Long MR & Hagopian GA. 2002.** Patient and caregiver satisfaction with end-of-life care: does high satisfaction mean high quality of care? *American Journal of Hospice and Palliative Care*. Jan-Feb; 19 (1): 19-27, 72, 1p. (17ref)

**Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J & Dick AW, 2007.** Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*. Jun; 45 (6): 571-8. (47 ref)

### **Suomen perustuslaki (731/1999)**

**SVT 2003.** Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2003: 1. Stakes, Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

**SVT 2007.** Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2007. Stakes, Helsinki. Yliopistopaino. Helsinki.

**Syvänen S, 2003.** Työn paineet ja puuttumattomuuden kustannukset. Tutkimus sisäisen tehottomuuden lähteistä ja vaikutuksista, esimerkkitapauksena kuntien sosiaalitoimen vanhuspalveluja tuottavat työyhteisöt. Tampereen yliopisto. Väitöskirja, kunnallistieteiden laitos. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print. s. 140-142 ja 164-168.

**Tuomi J & Sarajärvi A, 2002.** Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

**Vaarama M, Kainulainen S, Perälä M-L & Sinervo T, 1999.** Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu. Stakes. Aiheita 46/1999. Stakesin monistamo, Helsinki.s.120-123.

**Vallejo Medina A, Vehviläinen S, Haukka U-M, Pyykkö V & Kivelä S-L, 2006.** Vanhusten hoito. WSOY. Porvoo. 1. painos.

**Voutilainen P, 2004.** Hoitotyön laatu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirjatyö. Stakes, Tutkimuksia 142. Helsinki. s. 54-75.

**Voutilainen P ( toim. ). 2007.** Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakes Raportteja 2 / 2007. s. 3- 4 ja 62.

**Vähäkangas P, Lindman K & Uusitalo K, 2005. ( toim.) Noro A, Finne-soveri H, Björgren M, ym. 2005.** Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailunkehittämisessä. Stakes, Helsinki.

**Weman K & Fagerberg I, 2006.** Registered nurses working together with family members of older people. Journal of Clinical Nursing. 2006 Mar; 15(3): 281-289. (40 ref)

#### VERKKOJULKAISUT

**Cutler L, Kane R, Degenholtz H, Miller M & Grant L, 2006.** Assessing and comparing physical environments for nursing home residents: using new tools for greater research specificity. Gerontologist; v46 n1 p42-51 2006. Saatavissa:  
<http://www.nelliportaali.fi/V/4RRCN27FBKAQEH59IAEV69L6A71P4FCD19VM1SKUGDU5SB EIJG-61558?func=quick-3&short-format=000>.

Luettu 11.10.2007.

**IKI-Indikaattoristo.** Saatavissa:

<http://www2.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet/evergreen/index.asp>.

Luettu 11.10.2005.

**Kuntaliitto, 2006a.** Kunnat ja kuntayhtymät. Tilastotietoa kunnista. Väestö. Asukasluvut, asukastiheys 1. 1. 2005. Verkkoaineisto. Saatavissa:

<http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;374;36984;822;59140&field=FileAttachment&version=5>.

Luettu 2.1. 2006.

**Kuntaliitto, 2006b.** Sosiaali- ja terveys. Vanhusten palvelut. Verkkoaineisto. Saatavissa:

[http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124). Luettu 2.4. 2008.



**Majasalmi P, Heija R & Niittynen A, 2001.** Vanhustenhoidon selvitys 2000. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry Kehittämisyksikkö. s.15-16. Saatavissa:

[http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto\\_ja\\_teksti\\_fi/15\\_vanhustyo\\_selvitys.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/15_vanhustyo_selvitys.pdf)

Luettu 3.1.2008.

**Työterveyslaitos 2006.** Sisiaali- ja terveysalalla ollaan tiukoilla, mutta työ on palkitsevaa. Tiedote 18 / 2006. Saatavissa:

[http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Tiedotteet/2006/tiedote\\_18\\_06.htm](http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Tiedotteet/2006/tiedote_18_06.htm)

Luettu 7.12.2007.

Liite 1.

## **MUUTTUJAT**

IKI-Indikaattoristo

### **Kustannustiedot**

1. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset, euroa / asukas / vuosi.
2. 65 täyttäneille kohdentuneen kotipalvelun käyttökustannukset, euroa / 65 täyttänyt väestö / vuosi.
3. Sosiaalitoimen vanhusten laitoshoidon ja terveyskeskussairaalan käyttökustannukset, euroa / 65 täyttänyt väestö / vuosi.

### **Tausta- ja tarveindikaattorit**

4. Asukasluku
5. 65 vuotta täyttäneen väestön määrä % väestöstä.
6. 75 vuotta täyttäneen väestön määrä % väestöstä.
7. 85 vuotta täyttäneen väestön määrä % väestöstä.
8. Puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuu ( puuttuu peseytymistilat ja / tai keskuslämmitys ) % 65 täyttäneiden asutokunnista.
9. Puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuu ( puutt.peseytymistilat ja / tai keskuslämmitys ) % 75 täyttäneiden asutokunnista.
10. Erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuu ( puutt. vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc ) % 65 täyttäneiden asutokunnista.
11. Erittäin puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuu ( puutt. vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc ) % 75 täyttäneiden asutokunnista.
12. Yksin asuu % 65 vuotta täyttäneistä.
13. Yksin asuu % 75 vuotta täyttäneistä.

### **Palvelurakenneindikaattorit**

14. 65 vuotta täyttäneistä asuu kotona ( = ei laitoksessa eikä tehostetun palveluasumisen piirissä ).
15. 75 vuotta täyttäneistä asuu kotona ( = ei laitoksessa eikä tehostetun palveluasumisen piirissä ).
16. 85 vuotta täyttäneistä asuu kotona ( = ei laitoksessa eikä tehostetun palveluasumisen piirissä ).
17. Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä on ( kotipalvelun ja kotisairaanhoidon viimeisessä laskennassa ) % 65 täyttäneestä väestöstä.
18. Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä on ( kotipalvelun ja kotisairaanhoidon viimeisessä laskennassa ) % 75 täyttäneestä väestöstä.
19. Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä on ( kotipalvelun ja kotisairaanhoidon viimeisessä laskennassa ) % 85 täyttäneestä väestöstä.
20. Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä on ( kotipalvelun ja kotisairaanhoidon viimeisessä laskennassa ) % *kotona asuvista* 65 vuotta täyttäneistä.
21. Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä on ( kotipalvelun ja kotisairaanhoidon viimeisessä laskennassa ) % *kotona asuvista* 65 vuotta täyttäneistä.
22. Säännöllisen kotiin annettavan palvelun piirissä on ( kotipalvelun ja kotisairaanhoidon viimeisessä laskennassa ) % *kotona asuvista* 65 vuotta täyttäneistä.
23. Laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa ( henkilökuntamitoitus => 0,4 työntekijää /

asukas ) asuu % 65 vuotta täyttäneistä.

24. Laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa ( henkilökuntamitoitus => 0,4 työntekijää / asukas ) asuu % 75 vuotta täyttäneistä.

25. Laitoksessa tai tehostetussa palveluasumisessa ( henkilökuntamitoitus => 0,4 työntekijää / asukas ) asuu % 85 vuotta täyttäneistä.

### **Julkisten palvelujen peittävyys**

26. Kodinhoitoapu, asiakkaana vuoden aikana 65 täyttäneistä, %.

27. Kodinhoitoapu, asiakkaana vuoden aikana 75 täyttäneistä, %.

28. Kodinhoitoapu, asiakkaana vuoden aikana 85 täyttäneistä, %.

29. Omaishoidon tuki, asiakkaana vuoden aikana 65 täyttäneistä, %.

30. Omaishoidon tuki, asiakkaana vuoden aikana 75 täyttäneistä, %.

31. Omaishoidon tuki, asiakkaana vuoden aikana 85 täyttäneistä, %.

32. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla käynyt vähintään kerran vuodessa 65 täyttän.,%.

33. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla käynyt vähintään kerran vuodessa 75 täyttän.,%.

34. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla käynyt vähintään kerran vuodessa 85 täyttän.,%.

35. Yleislääketieteen alan vuodeosastohoito terveyskeskuksen tai muun sairaalan vuodeosastolla, potilaita vuoden aikana 65 täyttäneistä,  
%.

36. Yleislääketieteen alan vuodeosastohoito terveyskeskuksen tai muun sairaalan vuodeosastolla, potilaita vuoden aikana 75 täyttäneistä,  
%.

37. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito, potilaita vuoden aikana 65 täyttän., %.

38. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito, potilaita vuoden aikana 75 täyttän., %.

### **Palveluprosessi- ja intensiteetti**

39. Omaishoidon tuki euroa / asiakas / vuosi.

40. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotto, käyntiä vuoden aikana / 65 täyttänyt väestö.

41. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotto, käyntiä vuoden aikana / 75 täyttänyt väestö.

42. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotto, käyntiä vuoden aikana / 85 täyttänyt väestö.

43. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asumispäivät / vuosi / 65 täyttäneet.

44. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asumispäivät / vuosi / 75 täyttäneet.

45. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asumispäivät / vuosi / 85 täyttäneet.

46. Yleislääketieteen erikoisalan sairaalahoitopäivät / vuosi / 65 täyttäneet.

47. Yleislääketieteen erikoisalan sairaalahoitopäivät / vuosi / 75 täyttäneet.

48. Yleislääketieteen erikoisalan sairaalahoitopäivät / vuosi / 85 täyttäneet.

49. Somaattisen erikoisalan sairaalahoitopäivät / vuosi / 65 täyttäneet.

50. Somaattisen erikoisalan sairaalahoitopäivät / vuosi / 75 täyttäneet.

51. Somaattisen erikoisalan hoitojakson keskimääräinen pituus, 75 täyttäneet, vrk.

## Liite 2. Haastatteluteemat

### 1. HENKILÖSTÖ

- koulutusten seuranta / koulutuksiin osallistuminen
- henkilöstön määrän seuranta / henkilöstömäärä
- henkilöstön osaamisen seuranta / henkilöstön osaaminen ja koulutustaso
- henkilöstön työhyvinvoinnin seuranta / henkilöstön jaksaminen
- mitä muita henkilöstöön liittyviä asioita seurataan / tilastoidaan

### 2. HOITON PÄÄSY JA HOITOTILANNE

- jonojen seuranta / minkälaiset jonot
- yksilöllisten hoito- ja palvelusuunnitelmien seuranta
- prosessikuvaukset
- vuosikello
- laadunhallinnan järjestelmät
- mitä hoitoprosesseihin liittyviä asioita seurataan / tilastoidaan
- kyselyt asiakkaille, omaisille, henkilöstölle
- yhteistyö omaisten kanssa / palaute asiakkailta tai omaisilta ( positiivinen ja negatiivinen )
- yhteistyö muiden yksiköiden kanssa / miten yhteistyö sujuu

### 3. PALVELURAKENNE

- laitoshoidossa olevien määrä, ollaanko valtakunnallisessa suosituksessa onnistuttu ( yli 75 v. laitoshoidossa 5- 7 % )

### 4. TILAT

- asianmukaisuus
- viihtyisyys

### 5. HOITOISUUS

- miten hoitoisuutta seurataan

### 6. VERTAILUTIEDON KÄYTTÖ

- mihin tietoja tilastoidaan / lähetetään
- käytetäänkö vertailutietoa
- millaista vertailutietoa käytetään
- onko vertailutieto tarpeellista

### 7. SUUNNITTELU JA RAPORTOINTI

- miten suunnittelussa on onnistuttu
- miten tiedottamisessa onnistuttu ( vanhainkodissa ja kunnassa )

### Liite 3. Korrelaatiomatriisi

#### Correlations

		Asukasluku	Sos.- ja terv.toimen käyttökustannu kset, euroa / asukas / vuosi	Sos.toimen vanhusten laitoshoidon ja terv. keskussairaala n käyttökust., euroa / 65 täytt. väestö / vuosi
Asukasluku	Pearson Correlation	1	,406(**)	,432(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	74	74	74
Sos.- ja terv.toimen käyttökustannukset, euroa / asukas / vuosi	Pearson Correlation	,406(**)	1	,311(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,007
	N	74	74	74
Sos.toimen vanhusten laitoshoidon ja terv. keskussairaalan käyttökust., euroa / 65 täytt. väestö / vuosi	Pearson Correlation	,432(**)	,311(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,007	
	N	74	74	74

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

Liite 4. Korrelaatiomatriisi

**Correlations**

		Puutteellis. varustet. asunnoissa asuu ( puutt. peseyt.tilat ja/tai kesk.lämmit. )% 75 täytt. as.kunnista	Erittäin puutteellis. varustet. asunnoissa asuu ( puutt. vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc ) % 75 täytt. as.kunnista	Yksin asuu % 75 täyttäneistä
Puutteellis. varustet. asunnoissa asuu ( puutt. peseyt.tilat ja/tai kesk.lämmit. )% 75 täytt. as.kunnista	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1  74	,793(**)  74	-,679(**)  74
Erittäin puutteellis. varustet. asunnoissa asuu ( puutt. vesijohto, viemäri, lämminvesi tai wc ) % 75 täytt. as.kunnista	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,793(**)  74	1  74	-,719(**)  74
Yksin asuu % 75 täyttäneistä	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,679(**)  74	-,719(**)  74	1  74

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