



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO

SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KUNTOUTUMISEN TUKEMISEN KUVAUTUMINEN KOTIHOIDON ASIAKKAAN HOITO- JA PALVELU- SUUNNITELMIEN KIRJAAMISESSA

TEKIJÄ:

Saija Ahonvala-Kelpe

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Saija Ahonvala-Kelpe	
Työn nimi Kuntoutumisen tukemisen kuvautuminen kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa	
Päiväys 5.3.2023	Sivumäärä/Liitteet 62/3
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion Kaupunki, vanhuspalveluiden tukipalvelut	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kotihoidon asiakkaan kuntoutumista tukeva toiminta alkaa yleensä tarpeen ja toimintakyvyn arvioinnilla. Kuntoutumista tukeva toiminta on suunnitelmallista ja tavoitteellista, joka vaatii hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen, yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelman avulla voidaan voimavarat keskittää suoraan olennaiseen tarpeeseen. Tutkimusten mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa on edelleen kehitettävää ja palveluiden toimintaa tulisi monipuolistaa ja kehittää, jotta yhä useampi ikäihminen voisi asua kotona pidempään, turvallisesti ja toimintakykyisenä.</p> <p>Kyseisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata asiakkaiden kuntoutumisen tukemista, yhden Kuopion kotihoidon tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ja tuoda esille parannus ehdotuksia, joita Kuopion kaupunki voi toiminnassaan ja koulutussuunnittelussaan ottaa huomioon. Tutkimustyön toimeksiantajana toimi Kuopion kaupungin vanhuspalvelut. Tutkimustyö tehtiin laadullisella tutkimusmenetelmällä, induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Tutkimuksen aineistona toimi 20 kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmat.</p> <p>Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaaminen oli kattavaa. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli hyvin huomioitu ja kirjattu asiakkaiden tarpeita ja toimintakykyä. Tutkimuksen tuloksista syntyi kuva tekijöistä, jotka estävät asiakkaiden selviytymistä ja kuntoutumista kotona. Suurimpana esteenä, arjessa selviytymisessä olivat liikuntakyvyn vaikeudet ja varsinkin lihasvoiman ja tasapainon heikkoudet, erilaiset mielialan muutokset, masennus sekä kivut. Tuloksista oli selkeästi nähtävissä, kuinka kokonaisvaltainen ihmisen toimintakyky on ja millaisia vaikutuksia eri toiminnan muutoksilla on toisiinsa.</p> <p>Asiakkaiden kotona, arjessa selviytymistä edistivät heidän oma motivaationsa, kodin hoitoon osallistuminen sekä kotihoidon ammattilaisten ja omaisten tarjoama ohjaus, apu ja tuki. Asiakkaiden kuntoutumista tukeva työote toteutui suurimmalta osin asiakaslähtöisesti. Kirjauksista kuvautui yksilöllisiä ratkaisuja päivittäisten toimintojen tukemisessa, lääkehoidossa ja ravitsemuksessa.</p> <p>Jatkossa, kotihoidon toiminnoissa, kirjaamisessa ja palveluiden suunnittelussa voisi enemmän kiinnittää huomiota esim. asiakkaiden kuntoutumista tukeviin toimintoihin muun muassa asiakkaan ulkoilemiseen, lihasvoiman ja tasapainon harjoitteluun ja ohjaamiseen, sosiaalisten suhteiden ylläpitoon ja kaatumisia ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin, yhteistyöllä esim. kolmannen sektorin kanssa.</p>	
Avainsanat kotihoito, kuntoutumisen tukeminen, kirjaaminen, toimintakyky, hoito- ja palvelusuunnitelma	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master's Degree Programme in Rehabilitation	
Author(s) Saija Ahonvala-Kelpe	
Title of Thesis Description of rehabilitation support in the dokumentation of care and service plans for home care clients	
Date 5.3.2023	Pages/Appendices 62/3
Client Organisation /Partners Kuopio City, elderly services Support service	
<p>Abstract</p> <p>Activities that support the rehabilitation of the home care client usually begin by analyzing of the need and functional abilities. Activities that support rehabilitation are planned and goal-oriented, which requires a treatment and service plan made together with the client. With the help of the plan, the resources can be focused directly on the essential need. According to previous studies, there is still things to do in the documentation of care and service plans. The health care services should be diversified and developed so that even more elderly people can live at home for longer, safely and being functional.</p> <p>The purpose of this research was to describe the support of clients' rehabilitation, in the documentation of the care and service plans of one of Kuopio's home care team. The primary aim of this research was to bring some new information and suggestions for improvement that the city of Kuopio can consider in its operations and educational planning.</p> <p>The client of this research was the Kuopio city's elderly care services. The research work was based on a qualitative research method, using inductive, i.e. material-based, content analysis. As research material there were the care and service plans of 20 home care clients.</p> <p>The documentation of the care and service plans was comprehensive. The clients' needs and functional capacity were well considered and documented in the clients' treatment and service plans. The results of this study describe the factors that prevent clients from surviving and rehabilitating at home. The biggest obstacle in everyday life was difficulties in exercise capacity, especially weakness in muscle strength and balance, mood changes, depression and pain. The results clearly describe how comprehensive human functional ability is and what happens if situations change.</p> <p>The things that support living at home, were the client´s own motivation, participation in housekeeping, and the guidance, help and support from home care professionals and relatives. Rehabilitative work was a thing that supported the client´s rehabilitation. According to the results of this research there were individual solutions that supported patients in their daily activities, medication and nutrition.</p> <p>In the future, in home care, documentation and service planning should pay more attention to e.g. activities that support the clients' rehabilitation, such as the client's outdoor activities, training and guidance of muscle strength and balance, maintaining of social relationships and actions which prevent falls. This could be done in cooperation with e.g. the third sector.</p>	
<p>Keywords</p> <p>Home care, supporting rehabilitation, recording, functional capacity, care and service plan</p>	

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KOTIHOIDON TOIMINNASTA	7
3	KOTIHOIDON ASIAKKAAN KUNTOUTUMISTA TUKEVASTA TOIMINNASTA.....	9
3.1	Asiakkaan palvelutarpeen arviointi.....	10
3.2	Asiakkaan toimintakyvyn arviointi.....	11
3.3	Kuntoutumista edistävät työotteet kotihoidossa	13
4	RAKENTEINEN KIRJAAMINEN	16
4.1	Kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset.....	17
4.2	Kirjaaminen kotihoidossa	18
4.3	Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmat.....	19
5	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA.....	20
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	22
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
7.1	Aineiston kerääminen	24
7.2	Aineiston analysoiminen	25
8	TUTKIMUSTYÖN TULOKSET	28
8.1	Kuntoutus tarpeen arviointi.....	30
8.2	Arjen selviytymistä estävät tekijät	31
8.3	Kuntoutuksen tavoitteet	34
8.4	Toimintakyvyn arviointi; asiakaslähtöisyys.....	35
8.5	Kuntoutumista edistävä työote; Arjen selviytymistä tukevat tekijät.....	36
9.	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	41
10.	POHDINTA.....	43
10.1.	Tutkimustulosten tarkastelua	43
10.2.	Tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta.....	48
10.2.1.	Tutkimuksen tekemisestä	50
	LÄHTEET	53
	LIITE 1	59
	LIITE 2	60

LIITE 3 61

1 JOHDANTO

Viime vuosina on paljon uutisoitu ja käyty yleistä keskustelua kuntoutuksesta, kuntoutuskäsitteistä ja palvelujärjestelmien sekä toimintatapojen uudistamisesta. Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna se tarkoittanee sosiaali- ja terveystalouden menojen kasvun hillintää, lisää resurssointia sekä palveluiden ja työtapojen muokkaamista siten, että ne tulevat vastaavat paremmin kansalaisten ikääntymisen tuomia haasteita. Esimerkiksi kotihoidon palveluita tulisi edelleen kehittää, jotta ihmiset voisivat asua kotonaan yhä pidempään, turvallisesti, terveempinä ja toimintakykyisempinä. Tätä syystä, kotihoidon toiminnan ja palveluiden tulisi perustua monialaisesti tehtyyn, asiakkaasta lähtöisin olevaan tarve ja toimintakyvyn arviointiin, jonka pohjalta on asiakkaalle laadittu yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. (STM ja kuntaliitto, 2020.) Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisellä ja palveluiden oikeanlaisella sekä aikaisella toteutuksella, voi toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä ehkäistä, tukemalla samalla asiakkaan hoitoon sitoutumista.

On sanottu, että onnistuneeseen vanhenemiseen tarvitaan niin fyysistä- psyykkistä- kuin sosiaalista toimintakykyä, niiden tukemista ja ylläpitämistä sekä tehokasta sairauksien ehkäisemistä sekä hoitoa. (Pitkälä, Eloniemi-Sulkava ym. 2007, 3851.) Ikääntyvien ihmisten kohdalla sillä tarkoitetaan hyvinvoinnin sekä fyysisen- että psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä toisin sanoen kuntoutumisen tukemista. Osana perusterveydenhuoltoa ja sote-palveluita, kansalaisille, etenkin ikääntyville tulisi tarjota ennaltaehkäisevää kuntoutusta, joka sisältää liikuntakyvyn, varsinkin lihas- ja tasapainon ylläpitäviä harjoitteita, muistitoimintojen harjoitteita, mukaan lukien ravitsemusohjaus ja neuvonta sekä muu tarvittava hoito. (Jyväkorpi, Starndberg ym. 2020, 342.)

Kokemusten mukaan, ikääntyneet kokevat tärkeimmiksi asioiksi elämässään terveyden- ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja mahdollisuuden osallistua mielekkääseen tekemiseen omien voimavarojen mukaisesti. (Räisänen 2018, 80.) Tähän viitaten, vanhuspalvelulain 12 § pykälä nostaa esille, palveluiden järjestämisessä; ikääntyvän väestön neuvonnan sekä oikea-aikaiset ja riittävät palvelut, jotka liittyvät niin hyvinvoinnin edistämiseen, terveellisiin elintapoihin, toimintakyvyn edistämiseen kuin sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisemiseen (vanhuspalvelulaki 980/2012, 12§). Tämän myötä sosiaali- ja terveydenhuollon, etenkin kuntoutus palveluiden kehittämisen tarve on uudelleen noussut pinnalle, joka puoltaa osaltaan oman tutkimukseni aiheen valintaa.

Kyseinen tutkimus on työelämälähtöinen. Työ tehtiin yhteistyössä Kuopion kaupungin eteläisen kotihoidon kanssa ja tarkoituksena oli kuvata asiakkaiden kuntoutumisen tukemista yhden kotihoidon tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa. Tutkimuksen tavoitteena oli tiedon tuottaminen, jota Kuopion kaupungin vanhuspalvelut voi esimerkiksi toiminnassaan ja koulutus suunnittelussaan ottaa huomioon.

2 KOTIHOIDON TOIMINNASTA

Kotihoito on toimintaa, jossa yhdistellään sekä kotisairaanhoidoa että kotipalveluja. Kotihoidon sisältöä ja järjestämistä säädellään monien eri lakien avulla, joita muun muassa ovat kansanterveyslaki (1972/66), laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980) ts. ikälaki ja sosiaalihuoltolaki (2014/1301). Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen kuntaliiton laatimissa iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämisen laatusuosituksessa pyritään tavoittelemaan parempaa kyvykkyyttä ja vastaamaan tulevaisuuden kotihoidon resursseihin ja osaamiseen (STM ja kuntaliitto, 2020, 7-9). Niin ikään, ikääntyneiden palvelujen tuottamista ohjataan myös hallituksen I & O kärkihankkeen kautta. Hanke ottaa kantaa, seuraa ja tutkii palveluiden kehittämistä, vahvistamista, yhdenvertaisuutta, koordinoitua ja pyrkii parantamaan kustannustehokkuutta niin ikäihmisten kotihoidossa, kuin kaikenikäisten omaishoidossa (STM 2020, 8).

Kotihoidon ensisijaisena tavoitteena pidetään aina asiakkaan kotona selviytymisen tukemista. Ennaltaehkäisevillä toimilla, tunnistamalla ja edistämällä asiakkaiden fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja sekä järjestämällä riittävästi tukea ja oikeanlaiset apuvälineet, kotihoidon asiakkaille mahdollistuu paremmin arjen askareista selviytyminen, omatoimisesti taikka kohdennettujen kuntoutus toimintojen avulla. (Vuojärvi, 2018, 16.) Kotihoidon toiminnan ja kuntoutumisen tukemisen suunnittelussa tulisi korostua asiakkaan yksilölliset elämäkokemukset, opit ja taidot, mieltymykset sekä käsitykset siitä, mitä on kullekin hyvää elämää sekä arvostava ja kunnioittava kohtaaminen (Pohjolainen, 2009, 25).

Kuopion kaupungin kotihoito tuottaa lakisääteisiä palveluita ikääntyneiden kuntalaisten tarpeisiin, turvaten asiakkaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Kotihoito, yhdessä kotisairaalan kanssa palvelee vuoden jokaisena päivänä, jolla voidaan taata ja tukea asiakkaan akuutti ja ympärivuorokautinen hoito. Kaikki uudet asiakkaat ohjautuvat kotihoitoon aina palveluohjauksen kautta ja palvelun myöntäminen perustuu laaja-alaiseen palveluntarpeen arviointiin, jossa tulee huomioiduksi niin asiakkaiden voimavarat, toimintakyky kuin olemassa oleva tukiverkosto. (Kuopion kaupunki, 2019b, 12.)

Kuopiossa käytäntönä on ollut, että ennen säännöllisen kotihoidon aloittamista asiakkaalle aloitetaan aina määräaikainen kuntouttava arviointijakso (ARVI) joka kestää n. 4-6 viikkoa. Yksilöllisen tarpeen mukaan jakso voi olla joko lyhyempi tai pidempi ja se toteutetaan aina asiakkaan kotona. Jakso alkaa yleensä asiakkaan kirjaamisella kotihoidon asiakkaaksi ja hänelle aloitetaan kotihoidon kotikäynnit. Pääsääntöisesti ARVI- jaksosten, kotihoidon käyntien kestot ovat 15 - 60 minuuttia, riippuen kotikäyntien sisällöstä ja tavoitteista. Käyntien sisällöt suunnitellaan etukäteen asiakkaan tarpeen mukaan, kuten käynninajankohta ja kestoakin. ARVI-jakson aikana asiakkaan toimintakykyä tuetaan ja palveluntarvetta arvioidaan kotihoidon monialaisena yhteistyönä. Myös asiakkaan läheiset osallistuvat mahdollisuuksiensa mukaan asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen. (Kuopion kaupunki, 2020b, 5.) Vuoden 2022 aikana toiminta tullaan eriyttämään erillisen ARVI- yksikön toiminnaksi.

Kotihoidon tarjoaman palvelun lisäksi asiakkaan tuen tarvetta voidaan täydentää kunnasta saatavilla muilla tukipalveluilla, joita asiakas voi ostaa, vaikka yksityisiltä palveluntuottajilta. Näitä ovat muun muassa apteekkipalvelut, kauppa- ja asiointipalvelut, siivouspalvelut, ulkoilu- ja virkistyspalvelut, turvapalvelu ja kuljetus- ja saattajapalvelut. Tarjolla on muun muassa ateriapalveluja ja aterioiden kuljetuspalveluja asiakkaille, jotka eivät kykene enää itsenäisesti huolehtimaan ravitsemuksesta toimintakyvyn heikkouden taikka sairauksien vuoksi. Aterioita voidaan toimittaa esimerkiksi kotiin jäädytettynä taikka lämpiminä taikka asiakas voi mahdollisuuksiensa mukaan käydä syömässä ruokansa palvelukeskuksissa, jos sellainen palvelu on lähettyvillä. Kuopiossa ateriapalvelua tarjoavia yrityksiä on useita, ympäri maakuntaa. Yleisimpänä näistä voidaan mainita, Servica ja Kuopion kotiruokapalvelu. (Kuopion kaupunki, 2019a, 3.) Turvapalvelun avulla voidaan tukea asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja pärjäämistä kotona, esimerkiksi ovihälyttimen tai turvpuhelimen avuin. Turvapalvelun myöntämisperusteena on pidetty yleisesti diabetesta, epilepsiaa, sydänsairauksia, muistisairautta tai kohonnutta kaatumisriskiä. (Kuopion kaupunki, 2020b, 2.)

Jotta palveluiden löytäminen olisi kuntalaisille jatkossa helpompaa, on Kuopion kaupungissa otettu käyttöön uusi nettipalvelin; Tarjoomo, joka kokoaa yhteen paikkaan ikäihmisille palveluita tarjoavat yhdistykset, pk-yritykset ja kolmannen sektorin toimijat. Osuuskunnan tahtotilana on ikäihmisten hyvä elämä ja laadukas kotona asuminen. Nettipalvelimen käyttö on avointa ja ilmaista kaikille.

3 KOTIHOIDON ASIAKKAAN KUNTOUTUMISTA TUKEVASTA TOIMINNASTA

Kuntoutus ja kuntoutumista tukeva työote ovat kokeneet monenlaisia muutoksien vuosien mittaan. Suurimpana muutoksena voidaan pitää kuntoutujan roolin ja työntekijöiden ajattelua ja tekemistä, jotka taas liittyvät yhteiskunnan muuttumiseen. Kehityksessä keskeisimpänä voidaan pitää kuntoutujan roolin korostamista ja kuntoutus tehtävien monimuotoistumista. Sosiaali- ja terveysalalla yksi merkittävin muutos on avohoidon lisääntyminen sekä laitoshoidon vähentyminen, jonka katsotaan jatkuvan yhä enenevässä määrin. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2017, 6.)

Hoidon ja kuntoutuksen rajaa voidaan pitää hyvinkin pienenä ja rajanvedon tarpeellisuuttakin voidaan arvioida, jos toiminnan pääpainona on asiakkaan osallisuuden lisääntyminen. Kuten laissa, sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) määritetään, ensisijaisena asiana asiakkaan hoidossa ja hoivassa tulee olla asiakkaan toiveiden, mielipiteen ja itsemääräämisoikeuden huomioonottaminen. Asiakkaalle on tarjottava mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa palveluidensa suunnittelemiseen sekä toteuttamiseen. Kaikissa toimenpiteissä, asiakkaan etu tulee aina olla etusijalla (Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 812/2000, 8§).

Asiakaslähtöisen kuntoutustoiminnan lähtökohtana pidetään asiakkaan kuulemista ja mahdollisuutta osallistua kuntoutuksensa suunnitteluun ja päätöstentekoon. Kuntoutus- ja hoitotyötä tekevän ammatillaisen työstä vaikean tekee juuri se, että on etsittävä kullekin yksilölle tarkoituksenmukaiset, toimintakykyä ylläpitävät keinot, joita olisi helppo arjessa toteuttaa. (Autti-Rämö, Mikkelsson, Lappalainen, Leino 2016, 59.)

Kotihoidossa asiakkaan kuntoutumisen tarve on laaja-alaista, joka kohdistuu niin toimintaan, suoriutumiseen kuin osallistumiseen, sillä vanhenemiseen kuuluu monia muutoksia, jotka altistavat asiakkaita erilaisille sairauksille, niiden liitännäisoireille sekä tapaturmillekin. Juuri näihin haasteisiin pyritään kotihoidossa vastaamaan ennaltaehkäisevillä, terveyttä ja toimintakykyä edistävillä, kuntoutumista tukevalla toiminnalla (Salminen, Järvikoski & Härkäpää, 2016, 30). Ikäihmisten kuntoutustoiminnassa olisikin hyvä muistaa, että valtaosa kuntoutustoimenpiteiden tarpeista ovat joko kuukausia taikka vuosia kestäviä ja vaikka ne loppuvat, ei se tarkoita koko kuntoutusprosessin loppumista. Jos haluttuja tuloksia ei ole saatu, on syytä miettiä uusien kuntoutustoimien avulla paremman tuloksen saavuttamista ja palveluiden tuomista lähemmäs asiakkaan arkea. Esimerkiksi kirkossa käymisen vaikeutuessa, toiminnan muuttaminen mahdollisesti siten, että seurakunnan vapaaehtoinen henkilö kävisi vaikka asiakkaan luona kotona.

Kuntoutumisen motivaatiota voidaan herätellä kuntouttavien työotteiden avuin, antamalla oikeanlaista tukea ja tietoa arjesta selviytymisessä. Jos ihmisellä ei ole voimavaroja, tietoa taikka kärsivällisyyttä,

uskoa omiin kykyihinsä ja mahdollisiin muutoksiin, saattaa hän vastustaa tai olla jopa kokonaan osallistumatta kuntoutumiseensa. Tällainen saattaa olla hyvinkin yleistä mielenterveyden sairauksissa ja niiden kuntoutustyössä. (Autti-Rämö ym. 2016, 63.) Salminen kumppaneineen (2016, 31) korostaakin asiakkaan kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa, oman aktiivisen otteen ottamista ja toimijuutta. Rohkaisemalla ja tukemalla asiakkaita, heidän omassa kuntoutusprosessissaan, mahdollistetaan erilaisien tunteiden kokemukset osallisuudesta. Kuntoutuksen suunnittelussa, myös tavoitteen tulee olla asiakasta motivoiva, hänelle itselleen sopiva, tärkeä ja konkreettinen asia, jossa on huomioitu asiakkaan elämäntavat ja voimavarat. (Kettunen ym. 2017, 61.) Tavoitteen avulla pyritään konkreettisesti kuvaamaan juuri sitä, mitä kuntoutumista tukevalla toiminnalla halutaan saada aikaan ehkä jopa muuttaa tai ainakin säilyttää.

3.1 Asiakkaan palvelutarpeen arviointi

Jotta kuntoutuminen ja kuntoutumista edistävä toiminta voi alkaa, tarvitaan selvittelyä ja kartoitusta asiakkaan tarpeista, edellytyksistä, voimavaroista sekä elämäntilanteesta. (Kettunen ym. 2017, 34.) Aiemmin vuonna 2020 tehdyssä YAMK tutkimuksessa; hoitotyön kirjaamisen laadusta, Moilanen ja Pyy-lampi (2020, 22) korostivat, että hoidon tarpeiden määrittelyssä tärkeää on juuri asiakkaiden kertomusten ja omien näkemysten tarkka selvittely sekä dokumentointi hoitosuunnitelmiin, yksilöllisellä voinnin kuvauksella voimavaroista ja selviytymiskeinoista.

Jotta siis hoitosuunnitelmat olisivat asiakaslähtöisiä ja yksilöllisiä, kuvaten asukkaan omia kokemuksia voinnista ja oireista, vaatii se hoitajalta aikaa kuunnella sekä taitoja oikeanlaisista vuorovaikutustaidoista (Suhonen, 2005, 38). Tässä kohtaa on hyvä muistella sanontaa, ”hyvin suunniteltu on puoliksi tehty”. Eli, hyvän suunnitelman tekemisellä ja palveluiden oikeanlaisella sekä -aikaisella toteutuksella, voi toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä ehkäistä, tukien samalla asiakkaan hoitoon sitoutumista (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 9).

Erityisesti ikääntyneiden kohdalla toimintakyvyn tarkastelussa merkityksellisenä voidaan pitää päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, omassa kodissaan asumista sekä oman elinympäristön sosiaalisista rooleista suoriutumista. ADL – toiminnoissa (activities of daily living), voidaan arvioida asiakkaan selviytymistä yksinkertaisista päivittäisistä perustoiminnoista ja henkilökohtaisesta hygieniasta, kuten peseytymisestä ja pukeutumisesta yms. On ymmärrettävä, että kyseiset toiminnot vaativat ikäihmiseltä yhtäaikaaisesti kykyä muistaa ja oppia sekä tehdä päivittäisiä päätöksiä. IADL-toiminnoissa (instrumental activities of daily living) voidaan arvioida muun muassa ruuan valmistusta, puhelimen käyttöä ja kaupassa käyntiä ts. kodin ulkopuolella asioimista. Kyseisiä toimintoja arvioitaessa, huomioitavaa on se, että ne vaativat asiakkailta usein voimavaroja ja taitoja eri toimintakyvyn osa-alueilta. (Heikkinen, 2008, 84.)

3.2 Asiakkaan toimintakyvyn arviointi

Ikäihmisen toimintakyvyn arvioinnista haasteellisen tekee tilannesidonaisuus, johon vaikuttaa niin asiakkaan mieliala, lääkitys, päivän tapahtumat, ravitsemustila, ympäristön tarjoama tuki sekä monet muut asiat, joilla on merkitystä toimintakykyyn ja sen vaihteluun. Päiväkohtaiset vaihtelut voivat olla suuriakin, jonka vuoksi luotettavan arvioinnin tekeminen on haasteellista ja se vaatii arvioijalta huolellisuutta, sillä sen pyrkimyksenä on saada kokonaiskuva ikäihmisen omista voimavaroista ja toiminnanvajeista eli siitä mitä asioita asiakas pystyy itse tekemään ja mihin tarvitsee apua. Arvioinnin avulla voidaan saada arvokasta tietoa siitä, missä kohtaa asiakkaan omat voimat, taidot ja usko eivät enää riitä ja mihin kohtaan tarvitaan ammattilaisten neuvoja, ohjausta, yhteistä harjoittelua taikka konkreettista apua.

Arvioitaessa asiakkaan fyysistä toimintakykyä, ollaan yleensä kiinnostuneita asiakkaiden selviytymisestä heidän omassa arjessaan. Arjessa selviytymistä voidaan kuvata selviytymisenä päivittäisistä toiminnoista eli ADL-toiminnoista ja asioiden hoitamisesta eli IADL- toiminnoista. On tiedossa, että ikääntyneillä avun tarve ilmenee yleisimmin vaativissa ja monia taitoja edellyttävissä toiminnoissa, IADL- toiminnoissa; esimerkiksi siivous, kaupassa käyminen ja julkisten kulkuneuvojen käyttäminen. (Tuomikoski & Parisod, 2019, 6.) Myöhemmin, iän karttuessa vaikeutuvat ADL toiminnot, kuten ruoan valmistus, hygieniasta huolehtiminen, peseytyminen sekä wc:ssä käyminen. Tiedetään että, viimeisimpänä apua tullaan tarvitsemaan syömisessä (Kettunen ym. 2017, 94).

Fyysisen toimintakyvyn arvioinnilla kartoitetaan yleisesti ottaen yleiskestävyyttä, lihaskuntoa ja liikkeiden hallintaa. Fyysisen toimintakyvyn avulla ihminen pystyy suoriutumaan fyysistä aktiivisuutta vaativista arkielämän toiminnoista, arkiaskareista ja harrastuksista. Ikäihmisen kohdalla, päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä on kyse useista toimintakyvyn osa-alueista, alaraajojen lihasvoimasta, kyvystä nousta tuolilta ylös, tasapainosta ja liikkumisesta. Olisi ymmärrettävä, että jo paikallaan seisominen vaatii niin ryhtiä, lihastasapainoa kuin nivelten liikkuvuuttakin. (Kettunen ym. 2017, 92.)

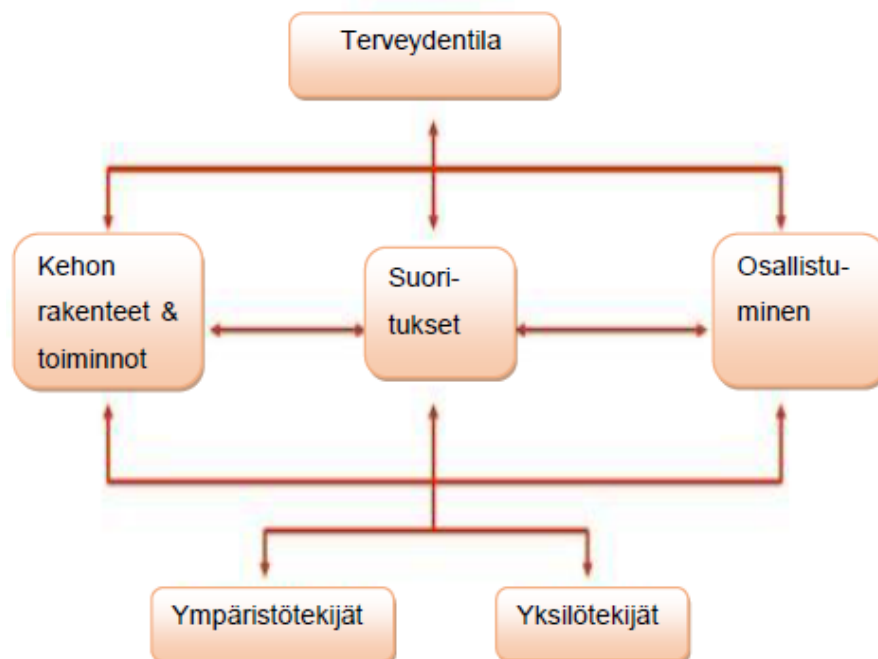
Psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida asiakkaan kognitiivisten kykyjen ja taitojen kautta sekä voimavaroina ja kestävyutenä kun taas sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa ollaan kiinnostuneita ihmisen toiminnasta vuorovaikutussuhteissa sekä osallistumisesta yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan. Kognitiivinen toimintakyky, toisin sanoen älyllinen toimintakyky käsittää taas muistin, oppimisen, havaitsemisen ja kielellisen toiminnan. (Järvikoski & Härkäpää, 2011, 28.)

Kognitiivista toimintakykyä voidaan pitää fyysisen toimintakyvyn ohella keskeisimpänä asiana, jotta ihmisten kotona asuminen on turvallista. Usein kognitiivisen toimintakyvyn heikkoudet näyttäytyvät asiakkaan arjessa pieninä ongelmina, joita voivat olla esimerkiksi vanhan ruoan löytäminen jääkaapista,

ruoan syömättä jättämisenä, poikkeamina lääkehoidossa, hajamielisyysenä taikka pahimmillaan sähkölaitteiden päälle jäämisenä. Muistiin liittyviä ongelmia ei useinkaan ole itse helppo tunnistaa eikä niitä haluta tunnistaa taikka myöntää ja niitä jopa usein vähätellään, jonka vuoksi laaja-alainen tilanteen selvittely ja varhainen tunnistaminen vaikeutuvatkin. Sosiaalisen ympäristön, ystävien ja perheen sekä erilaisten sosiaali- ja terveystalvelujen käytön katsotaan kannustavan ja tukevan ikääntyneen arjesta selviytymistä, asumista kotona pidempään. (Kettunen ym. 2017, 14.)

ICF on malli, jonka avulla voidaan kuvata ikääntyneen tilannetta, sitä miten hyvin ikääntynyt pystyy toimimaan kykynsä ja rajoitteidensa kanssa elinympäristössään. ICF- mallissa ihmisen toimintakyky jaetaan yleisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Kyseinen malli ei sinällään sovi toimintakyvyn arvioinnin välineeksi, mutta se antaa pohjaa sille, kuinka ihmisen toimintakykyä voi tarkastella kokonaisvaltaisesti. ICF mallin yläkäsitteenä toimii ihmisen terveydentila. Mallissa, toimintakykyä kuvataan ruumiin ja kehon rakenteina sekä toimintoina, suorituksina sekä osallistumisena. (ICF, 2013, 7.)

Kuva 1. selventää käsitystä toimintakyvyn eri osa-alueiden vuorovaikutussuhteista ja niiden vaikutuksista toisiinsa. Mallissa terveydentila on yksi kokonaisuus, johon vaikuttaa niin yksilön toimintakyky, osallisuus kuin ympäristökin. Näiden tekijöiden välisten suhteiden seurauksena voi terveys parantua, huonontua tai säilyä ennallaan (ICF, toimintakyvyn toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, 2013, 18).



KUVA 1. Mukailten ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteita (THL, 2004,18).

Kehon toiminoilla ja rakenteilla kuvataan elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja sekä ruumiin anatomisia rakenteita. *Suoritukset* ovat tehtäviä tai toimia, joita yksilö toteuttaa (esimerkiksi kykyä kävellä). Toiminta ja toimintakyky ovat keskenään vuorovaikutuksessa siten, että toiminta vahvistaa toimintakykyä, mutta liian yksipuolinen, raskas taikka vähäinen toiminta, voi myös toimintakykyä heikentää. *Osallistumisella* kuvataan ihmisen osallisuutta elämän eri tilanteissa (esimerkiksi työ). *Ympäristötekijät* kuvaavat fyysistä- ja sosiaalista ympäristöä, jossa ihminen elää ja asuu. *Yksilötekijöitä* ICF ei luokittele.

ICF- mallin näkökulmana pidetään osallistumismahdollisuuksien lisäämistä ja vaikka ICF-luokitus on julkaistu yli 15 vuotta sitten ja ohjeet käännetty suomeksi jo vuonna 2004, ei sen käyttö ole vielä vakiintunutta terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnassa, koska sen käyttö on koettu monimutkaiseksi ja aikaa vieväksi opetella sekä käyttää. (Paltamaa & Perttilä 2015, 2; Rantakömi-Stansfield & Valtamo, 2015, 29.)

3.3 Kuntoutumista edistävät työotteet kotihoidossa

Kuntouttava tai kuntoutumista edistävä työote on toimintaperiaate, johon voi katsoa kuuluvan kaikki hoito ja hoiva, jota suoritetaan niin vanhustyössä kuin sosiaali- ja mielenterveystyössä. Kuntoutumista edistävä työote on asiakkaan omatoimisuuden tukemista. Päivittäisten toimintojen yhteydessä onkin tärkeää huomioida asiakkaan ohjauksen tarve ja se ettei asiakasta passivoida vaan tuetaan, ohjataan ja neuvotaan kaikin mahdollisin keinoin, panostaen omaan aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen. Asiakkaan omatoimisuuden tukeminen on tärkeää ja ensisijaista, jotta asiakkaan toimintakyky säilyy ja asuminen kotona mahdollistuisi mahdollisimman pitkään. (Iivanainen & Syväoja, 2012,490.) Hoito- ja vanhustyössä tärkein taito on asiakkaan kuuntelemisessa, kyvyssä nähdä ja havainnoida asiakkaiden todellisia tarpeita sekä saada selville mihin asiakkaat ovat valmiita sitoutumaan kuntoutumisen mahdollistumiseksi. Kysymys on asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksesta, tahdosta olla aidosti läsnä. (Suvikas ym. 2011,126.)

Elorannan ja Virkin (2011, 54-60) mukaan, ohjaaminen kuvastaa hoitajan ja asiakkaan aktiivista toimintaa kohti yhdessä sovittua tavoitetta, jossa otetaan huomioon asiakkaan voimavarat ja sen hetkinen tilanne. Ohjaaminen vaatii vuorovaikutteista ja luottamuksellista suhdetta asiakkaan ja hoitajan välille. Asiakasta ohjatessa ja opettaessa, siirretään hoidon vastuuta asiakkaalle taikka heidän läheisilleen, tukien samalla asiakkaan itsenäistä selviytymistä. Ohjausta voidaan antaa sekä kirjallisena että suullisena, oleellisinta kuitenkin on se, että asiakas on ymmärtänyt saamansa ohjauksen. Ohjaus, joka sisältää tiedon antamista, emotionaalista tukea ja tunteen siitä, että on oppinut jotakin, on tiedetysti sitouttanut asiakasta omaan hoitoonsa paremmin.

Kuntoutusta edistävästä työotteesta voidaan käyttää myös nimeä kuntouttava hoitotyö ja toimintakykyä edistävä hoitotyö. Kuopion kaupungin vanhuspalveluissa on laajasti käytössä termi; kuntoutumista edistävä työote. Satu Helinin (2008, 432) mukaan, kuntoutusta edistävästä työotteesta tulisi puhua vasta sitten, kun koko henkilökunta toteuttaa kuntoutusta ja toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä harjoitteita, osana asiakkaan jokapäiväistä elämää ja normaaleja toimintoja. Kuntoutusta edistävä työote on suunnitelmallista, pitkäaikaista, onnistunutta toimintaa, jonka perustana toimii asiakaslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on laadittu yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä sekä mielellään moniammatillisen tiimin kanssa. (Granö & Pikkarainen 2010, 334; Vähäkangas 2010, 91–96; Lotvonen, Saarela & Tuomikoski ym. 2021, 79.)

Kuopion kaupungin kotihoidon palvelukuvauksessa (2019a, 2) on lupaus siitä, että kotihoitoa toteutetaan kuntoutusta edistävällä työotteella, jonka keskeisenä ajatuksena on asiakkaan itsenäisen selviytymisen tukeminen arkisista askareista ja päivittäisistä toiminnoista. Suositeltavaa myös olisi, ettei asiakkaan puolesta tehtäisi niitä asioita, johon hänen omat voimavaransa riittävät. Toimintakyvyn tukemisessa tulisi korostua etenkin arkiliikunta ja asiakasta tulisi ohjata ja motivoida osallistumaan myös kodin ulkopuoliseen toimintaan esim. päiväryhmätoimintaan, erilaisiin liikuntaryhmiin ja ulkoiluun.

Arkiliikunta kotona, koostuu useimmilla ikäihmisillä kodin askareista ja päivittäisistä toiminnoista. Niemelän (2011, 15) mukaan kotona suoritettavista liikuntamuodoista yleisimpiä ovat kotivoimistelu ja kävely. Vaikka liikunnan tiedetään ylläpitävän fyysistä toimintakykyä ja tukevan kotona selviytymistä, useat ikäihmiset ovat hyvinkin passiivisia fyysisesti. Useiden tietolähteiden mukaan ikäihmisten liikkuminen ja käveleminen ovat vähentyneet ja vain muutama prosentti eläkeläisistä liikkuu liikunta- ja lihaskuntosuositusten mukaisesti. Ikäihmiset kokevat ikääntymisen jo itsessään esteenä liikkumiselle ja erilaisten muiden sairauksien koetaan lisäävän ja estävän yhä enemmän liikkumista. Usein jopa kaatumistakin saataan pelätä niin paljon, ettei uskalleta enää liikkua ulkona ollenkaan.

Kuitenkin vielä yli 65-vuotiaiden liikkumisen suosituksessakin suositellaan kestävyysliikunnan lisänä lihasvoimaharjoittelua. Etenkin kaatumisvaarassa oleville on suositeltu liikuntaa, joka haastaa ja ylläpitää niin tasapainoa kuin liikkuvuuttakin. Liikunnan harrastamisen merkitys korostuu eri sairauksien ilmaantuessa. On tiedossa, että säännöllinen liikunta vaikuttaa niin lihas- kuin luukadon hidastumiseen, kävelykykyyn, tasapainon vahvistumiseen ja sillä on positiivisia vaikutuksia myös muistiin ja mielenterveyteen. Sen uskotaan jopa pienentävän muistisairauden vaaraa. (Kivelä, 2011, 93.) Tapaturma-alttiuteen ei katsota olevan yhtään sen suurempi iäkkäillä liikunnan harrastajilla kuin nuoremmillakaan (Råback, Korpilahti & Lillsunde, 2017, 55).

Mäkinen, Kruus-Niemelä sekä Roivas (2009, 82) pitävät riittävää tasapainon hallintaa keskeisimpänä asiana liikkumisessa sekä siirtymisissä paikasta toiseen. Riittävällä tasapainon hallinnalla voidaan vähentää kaatumispelkoa lisäten samalla arkiaskareiden sujuvuutta ja itsenäistä pärjäämistä. On todettu, että

jos tasapainoa ei harjoiteta, se heikkenee. Jos vähentää liikuntaa ja lisää vaikka paikallaan olemista esimerkiksi passiivista sohvalla makoilua, alkavat lihasvoimat ja liikkuvuus sekä kestävyys heikentyä, jotka taas ovat tärkeitä asioita toimintakykymme ylläpitämisen kannalta.

Jotta, kuntoutusta edistävä toiminta olisi vaikuttavaa, tulisi asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa, havainnoinnin lisänä käyttää TOIMIA- tietokannan suosimia arviointimittareita. Kuopion Kotihoidossa yleisimmin käytössä ovat toimintakykymittarit; RaVa (toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari) yli 65- vuotiaille, jonka avulla saadaan kuva asiakkaan toimintakyvystä ja päivittäisen avun ja palvelun tarpeesta. RaVa – indeksissä, mitä suurempi arvo on, sitä enemmän asiakas tulee kuntoutusta ja palveluja tarvitsemaan. Minimi on 1.29 ja maksimi 4,02. Kuopiossa säännöllisen kotihoidon piiriin pääsemiseksi RaVa luokitusarvona on aikaisemmin pidetty yli 2:ta. Yleisenä ohjeena pidetään, että ensimmäisen kerran asiakkaan toimintakykyä tulee arvioida siinä vaiheessa, kun asiakas hakee hoitoa tai palveluja ja uudelleen silloin, kun hoitomuoto vaihtuu tai kun huomataan toimintakyvyn muutoksia. Jotta RaVa- mittarin tulosta voitaisiin pitää luotettavana, tulisi se tehdä saman hoitajan toimesta. Mittarin käytössä on myös merkittävää se, että sen käyttö on maksullista ja siihen tulee kouluttautua erikseen. Kyseinen toimintakyky mittari tullaan korvaamaan RAI-mittarin käyttöön otolla, vuoteen 2023 mennessä. Muita käytössä olevia mittareita ovat MMSE, MNA GDS-15, ADCS-ADL sekä Frat.

4 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Suomen laki on ohjannut valtakunnallisesti, kaikkia terveydenhuollon organisaatioita siirtymään yhte-näiseen, sähköiseen kirjaamisen malliin jo vuonna 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) sanotaan, että potilasasiakirjoissa olevien tietojen tulee olla tarpeellisia ja riittävän laajoja, jotta niiden perusteella voidaan turvata potilaiden hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja niiden tulee olla kirjattuna tuttuja käsitteitä ja hyväksytyjä lyhenteitä käyttäen (STM, 2009, 7§).

Yhdysvalloista, Home Health Care (HHCC) luokituksen pohjalta on kehitetty yleisesti Suomessa käytössä oleva rakenteisen kirjaamisen malli; FinCC (Finnish Care Classification). FinnCC muodostuu Suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta toimintoluokituksesta (SHTol) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokitus koostuvat kolmesta tasosta, joita ovat; komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tulosluokitus taas on kolmiportainen, joita ovat: parantunut, ennallaan tai huonontunut (Iivanainen & Syväoja, 2012, 15).

Potilaiden hoidon tarpeita määriteltäessä potilaista kerätään taustatietoja muun muassa haastattelemalla ja havainnoimalla. Tarpeen määrittämisen apuna käytössä ovat hoidon tarveluokituksen (SHTaL) pää- tai alaluokat. Hoidon suunnitteluvaiheessa, tarpeet priorisoidaan ja niille asetetaan hoidon tavoitteet sekä valitaan hoitotyön toiminnot, hyödyntäen toimintoluokitusten (SHTol) pää- ja alaluokkia. Hoidon toteutusvaiheessa, toteutunut hoito kirjataan hoitotyön toimintoluokituksen kautta. FinCC-luokituskokonaisuuden pääkomponentteja ovat; *aktiiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, verenkierto, aineenvaihdunta, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykkinen tasapaino, aisti- ja neurologiset toiminnot, kudoseheys sekä elämänkaari* (Liljamo ym. 2012, Puustinen, 2018, 16). Jotta potilaskertomuksesta saadaan potilaan itsensä näköinen, tulee edellä mainittujen komponenttien alaluokkien alle kirjoittaa vapaata tekstiä, potilaasta ja pyytää hänen itsensä kertomaa kuvausta tilanteesta. Hoitotyön yhteenveto koostuu ydintiedoista, joita on täydennetty hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokilla, vapaamuotoisella tekstillä sekä tiedolla potilaan hoitoisuudesta (Liljamo ym. 2012, 12).

Hoitotyön ydintietoina pidetään hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoja, hoidon tulosta, hoitoisuutta sekä hoitotyön yhteenvetoa. Seuraavassa esittelyä hoitotyön ydintiedoista (Liljamo ym. 2012, 14).

Hoidon tarve koostuu ammattilaisen ja asiakkaan kanssa yhdessä laatimasta kuvauksesta hänen terveydentilastaan ja siihen liittyvistä jo olemassa olevista taikka tulevista mahdollisista ongelmista, joita voidaan mahdollisesti poistaa tai lievittää hoitotoimintojen avulla. Tarkoituksena on, että asiakas kertoo omista oireistaan, samalla, kun hoitaja kirjaa ja havainnoi ja tekee tarvittavat mittaukset (Iivanainen & Syväoja, 2012,16).

Hoitotyön toimintojen avulla voidaan kuvata asiakkaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävimmät kuntouttavan hoitotyön toiminnot. Hyvän hoidon, toiminnan perustana pidetään ammattilaisen erilaisia käden-, havainnointi- ja kommunikointitaitoja, tietoa, kykyä ohjata ja neuvoa niin terveyden- ja sairaudenhoidossa kuin psykososiaalisen tuen antamisessa sekä itse asiakkaalle että hänen perheelleen. Hoitotyön toiminnoilla pyritään vastaamaan asiakkaan hoidon tarpeeseen (Iivanainen & Syväoja 2012, 16). Hoitotyön keskeisimpinä toimintoina eli auttamiskeinoina pidetään asiakkaiden tilan ja oireiden seuranta, tarkkailemista, ohjaamista, avustamista, tukemista, hoitamista, toteuttamista, erilaisten asioiden ja apuvälineiden järjestämistä.

Hoidon tulos taas puolestaan kuvaa asiakkaan tilanteen muutosta. Asiakkaan nykytilaa, vointia tai selviytymistä arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. Tuloksen tilaa arvioitaessa käytetään kolmiportaista asteikkoa, joita ovat; parantunut, ennallaan ja huonontunut (Iivanainen & Syväoja 2012, 18).

Parantumisella kuvataan asiakkaan voinnissa, terveydentilassa taikka selviytymisessä tapahtunutta voinnin kohentumista verrattaessa sitä lähtötilanteeseen nähden.

Ennallaan olemisella kuvataan asiakkaan terveydentilan taikka selviytymiskyvyn muuttumattomuutta ja *huonontumisella* kuvataan asiakkaan voinnin, terveydentilan taikka selviytymisessä tapahtunutta huonontumista verrattaessa sitä lähtötilanteeseen nähden (Iivanainen & Syväoja 2012, 18).

Hoitotyön yhteenveto koostuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjaamista hoitotyön ydintiedoista, joita tarvittaessa voidaan täydentää hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien avulla. Potilaan hoitoisuutta voidaan ilmaista sekä numeerisesti että sanallisesti. Hoitotyön yhteenvetoa hyödynnetään usein potilaan hoitopaikan muuttuessa.

Rakenteisen kirjaamisen perustana toimii siis hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa päivittäisen kirjaamisen avulla tuodaan esille asiakkaan kanssa yhdessä tehdyt päätökset hoidon ja kuntoutumisen suhteen (Sonninen & Ikonen 2008, 76–79). Hyvällä hoidon suunnittelulla, asiakkaalle muodostetaan yksilöllinen ja tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka koostuu keskeisistä rakenteisten tietojen kirjaamisessa käytetyistä standardoiduista termistöistä ja luokituksista, sekä niitä täydentävistä vapaista teksteistä (Liljamo & Kinnunen & Ensio, 2012, 21).

4.1 Kirjaamista ohjaavat lait ja asetukset

Suomessa yleisimmin käytössä olevat potilastietojärjestelmät ovat Pegasos, Effica ja Miranda ja vaikka eri kunnissa kirjaamista saatetaan toteuttaa eri tavoin, koskee kaikkea kirjaamista samat lait ja asetukset, joista keskeisimpiä esitellään seuraavassa kappaleessa. Kyseiset lait ja asetukset määrittelevät muun muassa tietoja siitä, miten asiakkaan tulee tietoa saada, miten sitä tulee antaa, kenelle sitä saa antaa, kuka merkintöjä saa tehdä ja että tiedot ovat riittäviä sekä ajankohtaisia.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/199, 5§) nostaa esille mm. asiakkaan oikeuden saada tietoa omasta hoidostaan ja potilasasiakirjoista, joista tulee ilmetä tarpeellinen tieto hoidon järjestämisestä,

suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. Merkinnöistä vastaa ainoastaan terveydenhuollon ammattihenkilö. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä, (559/1994, 2§) sanotaan, että he ovat henkilöitä, jotka ovat saaneet ammatinharjoittamisoikeuden sekä oikeuden käyttää terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella potilasasiakirjoista (298/2009) määritellään potilasasiakirjojen säilyttämisestä, jotta niiden käytettävyyttä säilyy niille määritellyn ajan. Asiakirjojen hävittämisestä tulee jäädä merkintä arkistoon ja asiakirjoja käsitellään vain siinä määrin kuin asioille on tarvetta. Muita ohjaavia lakeja ovat myös terveydenhuoltolaki (1326/2010), kansanterveyslaki (66/1972), sosiaalihuoltolaki (710/1982), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), henkilötietolaki (523/1999) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä (784/2021).

4.2 Kirjaaminen kotihoidossa

Kirjaaminen on hoitajien yksi merkittävistä työtehtävistä, joka tapahtuu päivittäin, joka työvuorossa ja joka on aikaa vievää. Tekstiä tulee kirjoittaa siten, että ajatellaan lukijaksi aina asiakas itse, jonka vuoksi kirjaamisen tulisi tapahtua selkeästi ja näkyvästi. Kirjaamisessa tulee korostaa asiakas- ja voimavaroja sekä ongelmien sijaan, keskittyä tukemaan asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa. Hoitosuunnitelmaan tulee selkeästi kirjata muun muassa asiakkaan taustatiedot, tiedot ajan-kohtaisista sairauksista toimintakyvyn vajauksiin, kuvataan asiakkaan omat voimavarat, asiakkaan omat tavoitteet, kotihoidon työn sisältö, kuntoutumista tukevat menetelmät, arvioinnit niiden vaikuttavuudesta ja saavutetut tulokset. Kirjausten avulla saadaan välitettyä tärkeää tietoa asiakkaasta kotihoidon tiimiläisille kuin muillekin hoitoon osallistuville tahoilla, mukaan lukien koko organisaatio. (Päiväranta & Haverinen 2002, 45.)

Kotihoidon kirjaamisen tavoitteena voidaan pitää asiakkaan palvelun turvaamista, asiakkaan tiedonsaantioikeuden konkreettista näyttäytymistä, varmistaa samalla sekä asiakkaan että henkilöstön oikeusturva. Tämän lisäksi kirjaamisen avulla voidaan tuottaa tietoa kotihoidon johdolle, toimintojen suunnittelun sekä tutkimuksen ja opetuksen tueksi. (Ikonen 2013, 165–167.) Myös Anneli Ension (2004, 38–40) sekä Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen kirjaamisohjeiden (2022, 17) mukaan, potilasasiakirjoihin kirjatun tiedon avulla hoidon suunnittelu, terveydentilan seuranta ja hoidon toteutus ja arviointi helpottuvat. Parhaimmillaan kirjaaminen antaa selkeän kuvan asiakkaan kuntoutuksen tarpeesta, tavoitteista, keinoista ja tuloksista. Liian vähäisellä, epämääräisellä ja rutiininomaisella kirjaamisella ei saada riittäviä yksilöllisen hoidon toteuttamiseksi tarvittavia tietoja asiakkaasta. Kotihoidossa, asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tulisi toimia ammattilaisen työkaluna, hoidon järjestämisessä ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Tästä syystä kirjaamisen tärkeimpänä tehtävänä tulisi olla ajantasaisen tiedon tuottaminen (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2022, 20).

4.3 Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmat

Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma ei voi olla pelkkä sairauden hoitosuunnitelma. Se on elämän ja arjen suunnitelma. Yhteisesti päätetty ja tehty sopimus siitä, miten ammattilaisten antaman tuen ja avun turvin asukasta autetaan asumaan kotona ja elämään hyvää elämää. (Päivärinta & Haverinen 2002, 35.) Kyseisessä tutkimuksessa käytetään nimeä hoito- ja palvelusuunnitelma, koska tätä nimeä käytetään laajasti koko Kuopion kaupungin organisaatiossa. Suunnitelmasta voidaan käyttää myös nimitystä kuntoutussuunnitelma taikka asiakassuunnitelma.

Asiakkaan mukana oleminen hoitosuunnitelman teossa on ensiarvoisen tärkeää, sillä heillä tulee olla oikeus omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Moilanen & Pyylampi 2020, 22). Yksilöllisyyttä pidetäänkin yhtenä hoitotyön keskeisimmistä periaatteista, jota korostetaan etenkin lainsäädännössä mutta myös hoitotyön eettisissä ohjeissa ja hoitosuosituksissa. Laissa, potilaan asemasta ja oikeuksista on määriteltynä, asiakaslähtöinen hoito. Tällä tarkoitetaan, potilaan oikeutta vaikuttaa omaan hoitoonsa sekä niihin liittyviin valintoihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3§.) Potilaalla on oikeus olla mukana hoidon suunnittelussa, hänen kertomuksensa ja näkemyksensä omasta hoidosta selvitetään ja kirjataan hoitosuunnitelmaan. Kirjauksen tulee olla yksilöllinen kuvaus potilaan terveydentilasta, voimavaroista ja toimintakyvystä, selviytymisestä arjen askareissa. Lopuksi asiakkaan taikka omaisten kanssa yhdessä kootaan ja määritellään hoidon kokonaisuus (Moilanen & Pyylampi 2020, 22).

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa voidaan pitää laadukkaana ja ammatillisen hoitotyön toteutuksen työvälineenä. Sen avulla kaikilla suunnitelman toteutukseen osallistuvilla on tiedossa asiakkaan tarpeet, niitä vastaavat tavoitteet ja valitut toimenpiteet. Työntekijöiden vaihtuessa, asiakkaalle turvataan edelleen yksilölliset palvelut, hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteiden mukaisesti. (Iivanainen & Syväoja 2012, 11, 15.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023, sanotaan asiakaslähtöisyydestä; että hoidon ja palveluiden tulee vastata asiakkaan omia tarpeita, niiden tulla olla helppokäyttöisiä, lähellä olevia sekä tukevat hyviä asiakassuhteita. Palveluiden toteutuksessa olisi kiinnitettävä huomio asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen, kuntoutumiseen sekä turvalliseen lääkehoitoon (STM, 2020, 43-44). Myös Turjamaa ja kumppanit (2014,320) korostavat että, asiakaslähtöiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata asiakkaan itsensä määrittelemät tavoitteet siitä, kuinka hän sairauksiaan haluaa hoidettavan sekä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakyvyn tukemiseen tarvittavat avut.

5 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA

Kristiina Niemelän interventio tutkimuksessa vuonna 2011, selviteltiin laitostuntoutusjakson ja kotikuntoutuksen vaikutuksista iäkkäiden henkilöiden fyysiseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun, ikäihmiä haastatteleamalla ja toimintakykymittareita käyttämällä. Tulosten mukaan sekä laitostuntoutusjakson, että kotikuntoutus jakson aikana iäkkäiden fyysiset suoriutumispisteet olivat parantuneet, he kokivat kipujen vähentyneen, elämänlaatunsa sekä terveydentilansa parantuneen ja liikkumisen helpotumista. Tutkimuksen tulokset osoittivat myöskin, että laitostuntoutuksen avulla voidaan kohentaa iäkkäiden fyysistä suoriutumiskykyä ja että säännöllistä kotikuntoutusta antavaa palvelua tulisi hyödyntää, koska iäkkäät kokivat sen elämänlaatuun parantavaksi toiminnaksi. Ja kuntoutumisen tukeminen on helppoa varmistaa jo lyhyen terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneen henkilön avuin (Niemelä, 2011.)

Riitta Turjamaan (2014) mukaan, iäkkäiden asiakkaiden ja henkilökunnan näkemyksiä kotihoidon toiminnasta ja tarjoamasta tuesta asiakkaiden päivittäisessä hoidossa on tutkittu vähän, samoin kuin voimavaralähtöisestä työskentelystä. Tästä syystä hän aloittikin tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli kuvata ja arvioida iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavarojen tunnistamista ja tukemista, henkilökunnan näkökulmasta. Työ koostui neljästä osa tutkimuksesta, joissa aineistoa kerättiin tieteellisistä artikkeleista, hoito- sekä palvelusuunnitelmista, haastatteleamalla sekä videoimalla kotihoidon käynnejä. Tulosten mukaan kotihoidon henkilökunta piti sosiaalisia suhteita ja mielekästä tekemistä iäkkäiden voimavaroina, johon kuuluivat niin perhe- kuin muut sosiaaliset suhteet sekä kotihoidon käynnit. Mielekkään arjen elementteinä kuvautuivat kokonaisvaltainen toimintakyky, mahdollisuudet selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä positiivinen elämänasenne ja luottamus itseensä. Kuitenkin tulosten mukaan voimavarojen huomioinen ja tukeminen oli ollut melko vähäistä, kotihoidon käynneillä oli korostunut kiire, asiakkaan puolesta tekeminen, työskentely oli keskittynyt päivittäisiin toimintoihin, välttämättömiin toimintoihin sekä rutiininomaiseen lääkehoidon suorittamiseen. Myös hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli ollut nähtävissä suoriutumiskeskeisyys eikä asiakkaiden voimavaroja oltu huomioitu. Lopputuloksena oli todettu, että kotihoidon toiminnan tulisi olla yksilöllisemmin suunniteltu ja toteutumisen tulisi olla voimavaralähtöisempää, joka tarkoittaa asiakkaiden sosiaalisten suhteiden ja mielekkään arjen elementtien huomioimista (Turjamaa, 2014.)

Lea Karin ja Kirsi Savinaisen vuonna 2015 tekemässä tutkimuksessa Vantaan kotihoitoon, kehittämistyön aineistona toimi asiakkaiden haastattelut, jotka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Tulosten pohjalta laadittiin ehdotuksia kehittämisehdotuksia kotihoidon työntekijöiden toimenpiteisiin. Hoitajien näkökulmasta katsottuna voimavaroja tukeva toiminta liittyi asiakkaiden motivointiin, kannustavaan ilmapiiriin ja asiakaslähtöisyyteen. Ikääntyneiden mielestä voimavaroja vahvistava toiminta liittyi aitoon kuuntelemiseen, yksilöllisten voimavarojen tuntemiseen sekä riittäviin resursseihin ja palveluihin. Merkittävimpinä toimenpide ehdotuksina olivat voimavarojen ja yhteistoiminnan kirjaamista

hoitosuunnitelmaan, tavoitteiden asettamista yhdessä asiakkaan kanssa, kannustavan vuorovaikutuksen käyttämistä ja yhteistyön tiivistämistä eri verkostojen kanssa. (Kari & Savinainen, 2015.)

Kotihoidon kuntouttavan työtteen kehittämistyössä vuonna 2018, Anne-Mari Vuojärven tavoitteena oli kehittää kotihoidon asiakkaan kuntoutusta, jalkauttamalla kuntoutussuunnitelmat asiakkaiden arkeen. Aineistona oli kerätty henkilöstön ryhmä- ja sähköpostihaastatteluin. Tuloksena voitiin todeta, että henkilökunta tarvitsee enemmän kuntoutukseen liittyvää koulutusta ja arkeen enemmän aikaa sen toteuttamiseen (Vuojärvi, 2018.)

Jonna Puustisen vuonna 2018 tekemässä gradussa, joka oli osa Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen interventiotutkimusta, selvitettiin iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältöä kotihoidossa. Tulosten mukaan kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaaminen oli vaihtelevaa eikä se noudattanut yhdenmukaista rakennetta. Kirjaamisen sisällöt olivat kohdistuneet tarpeiden sijaan suunniteltuihin toimintoihin, jotka liittyivät päivittäisiin toimintoihin, aktiveettiin ja hoidon- ja jatkohoidon koordinointiin. Kirjauksia hengityksestä, aineenvaihdunnasta ja nestehoidosta oli vain harvoin. Elämänkaarta koskevia kirjauksia ei ollut ollenkaan. Kirjauksia oli myös voimavaroista, joita oli vaikea kohdentaa FinCC-luokitusten tarve perusteisiin. Lopputulemana oli todettu, että hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamista ja sen sisältöä tulisi kehittää edelleen tarve ja voimarakenteisemmäksi. (Puustinen, 2018.)

Riikka Käkilehdon (2022) laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin yli 75-vuotiaiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden masennus oireiden yhteyttä ravitsemustilaan, toimintakykyyn ja sairauksiin. Tutkimuksen aineisto oli pohjautunut Nutrion, Oral health and Medication tutkimuksen aineistoon. Masennusta oli tutkittu GDS-15 seulan avulla, ravitsemusta MNA testin ja verikokeiden avulla ja asiakkaiden selviytymistä päivittäisistä toiminnoista selvitettiin ADL- testituloksien avulla. Tulosten mukaan heikentyneellä ravitsemuksella ja monilääkityksellä oli suoria vaikutuksia masennukseen ja turvallisen kotona asumisen mahdollistumiseksi olisi tärkeää tunnistaa asiakkaiden muutokset ravitsemuksessa, terveydentilassa sekä toimintakyvyssä. Masennuksen myötä asukkailla esiintyi enemmän muitakin sairauksia ja asiakkaat, joilla ei masennusta ollut, selviytyivät paremmin liikkumiskyvyn testistä (Käkilehto, 2022.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman linjauksen mukaan ikäihmisten kuntoutukseen ja kuntoutuspalveluiden kehittämiseen ja kouluttamiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota, sillä ilman, että liittäisiin monipuolisia kuntoutuspalveluita ja koulutetun henkilökunnan määrää, ikäihmisten kotona asuminen voi vaarantua. (STM, 2013.) Kuntoutus toiminnan tulee jatkossa, yhä enemmän tapahtua ja olla kytköksissä asiakkaan omaan arkeen ja toimintaympäristöön, jotta se tukisi parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan elämisen toimintoja ja päivittäistä selviytymistä. (Arifullen-Hämäläinen, Koskinen, Nevalainen, Pietilä, Poutiainen, Roosenvall, 2016, 19.)

Edellä muutamia syitä kyseisen tutkimuksen tekemiseen. Työn toimeksiantajana toimi Kuopion kaupungin vanhuspalvelut ja **tarkoituksena** oli selvittää sitä, miten kuntoutumisen tukeminen kuvautuu yhden Kuopion kaupungin kotihoidon tiimin asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjauksissa. Työn **tavoitteena** oli tuottaa tietoa ja tuoda esille parannusehdotuksia, jota toimeksiantaja voi koulutus suunnittelussaan mahdollisesti hyödyntää. Tutkimuksessa tarkastellaan yhden kotihoidon tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjauksia. Hoito- ja palvelusuunnitelmia oli yhteensä 20.

Opinnäytetyn tutkimuskysymys on:

1. Miten kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjauksissa kuvautuu asiakkaiden kuntoutuksen tukeminen?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen toteutus alkoi syys-lokakuussa 2020, aiheen tutustumisella sekä aihe suunnitelman tekemisellä. Tutkimusluvan aiheeseen hain ja sain Kuopion kaupungin vanhuspalveluiden kuntoutusjohtajalta joulukuussa 2020 ja hankkeistamissopimus allekirjoitettiin tutkimuksen tekijän, toimeksiantajan edustajien ja tutkimustyötä ohjaavan opettajan kanssa niin ikään joulukuussa 2020. Tutkimusluvan saannin jälkeen toimeksiantaja, eteläisen kotihoidon sairaanhoitaja teki listauksen pegasokseen kyseisen kotihoidon tiimin asiakkaita. Rajaus tehtiin asiakkaisiin, jotka olivat olleet säännöllisen kotihoidon asiakkaina 3 kuukautta, tammikuulta- maaliskuulle 2021. Tämän jälkeen aineistot tulostettiin ja annettiin tutkimuksen tekijälle. Aineistojen lukeminen ja analysointi alkoi huhtikuussa 2021.

Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään kokonaisvaltaisesti ymmärtämään, löytämään taikka paljastamaan ilmiöihin, tapahtumiin taikka toimintaan liittyviä tosiasioita ja yhtäläisyyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.) Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähestymistavassa korostuu ihmisten kokemukset, tulkinnat, käsitykset tai motivaatio, niiden tutkiminen sekä näkemysten kuvaaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 49). Laadullinen tutkimusmenetelmä valikoituu silloin hyvin, kun tutkittavaa ilmiötä on tutkittu vähän ja sitä halutaan ymmärtää syvällisemmin ja paremmin. Jotta, tietojen keruu onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla, on tärkeää, että tutkimuskysymys on laadittu oikein. Laadullisessa tutkimuksessa yleisenä pidetään vain yhtä kysymystä, jota halutaan tutkia ja selvittää. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole myöskään yhtä tiukkoja tulkintasääntöjä kuin on määrällisessä tutkimuksessa. (Kananen 2017, 32–34.)

Laadullisen tutkimuksen tuloksissa vaikuttavat usein tekijän ymmärrys ilmiöstä ja asioiden tulkitseminen valitusta näkökulmasta. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisenä ja hyväksyttävänä pidetään lisäksi sitä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu ja muuttuu tutkimuksen edetessä ja olosuhteiden muuttuessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2008, 156–160.) Tutkimussuunnitelman tekemisen jälkeen kyseinen aihe onkin saanut uutta muotoa otsikoinnin, tutkimuskysymyksen sekä näkökulman tarkentuessa.

Kyseinen tutkimuksen lähestymistavaksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, tutkimuksen tekijän halusta ymmärtää tutkittavaa ilmiötä paremmin ja tuoden esiin asioita mahdollisista kehittämis-kohteista. Tutkimuksia kyseisestä aihealueesta on aikaisemminkin tehty, mutta ei kuitenkaan kyseiselle toimeksiantajalle. Olen myös aikaisemminkin sairaanhoitaja opintojeni aikana tehnyt laadullisen tutkimuksen ja koin ymmärtäväni sen paremmin kuin määrällisen tutkimuksen menetit sekä koin saavani aikaan ymmärrettävämmän tulkinnan aikaan, laadullisella tutkimusmenetelmällä.

7.1 Aineiston kerääminen

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään joko itse tai jo valmiiksi olemassa olevalla aineistolla ns. sekundaariaineistolla. Valmiit aineistot voivat olla esimerkiksi omaelämäkertoja, päiväkirjoja, kirjeitä, muistelmia ja virallisia dokumentteja. Hirsjärven ja Tuomen (2008, 172-173, 212) mukaan, jo laadullisen aineiston keräysvaiheessa on huomioitava, mikä tai ketkä ovat tutkimuksen kohteena, millainen määrä on tarpeellista ja tutkimusmateriaalin valinta. Tällä halutaan taata asioiden kylläntyminen, asioiden kertaantuminen. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto ja sen osiot tulee valita tarkoituksenmukaisesti ja tietoisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112). Aineisto voidaan hankkia muun muassa teemahaastattelulla, osallistuvalla havainnoinnilla, ryhmähaastattelulla taikka erilaisia dokumentteja ja tekstejä analysoimalla (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001, 22).

Kyseisen tutkimuksen aineistona toimi yhden kotihoidon alueen asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tuloksissa kuvataan siis vain yhden kotihoidon tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjausten kautta saatua tietoa asiakkaiden kuntoutumisen tukemisesta ja sen hetkistä tilaa, jolloin ei voida olettaa, että muiden kotihoidon alueiden tiimien kirjauksista olisi löydettävissä juuri samanlaisia tuloksia.

Kyseisen tutkimuksen aineistoa voidaan kutsua sekundaariaineistoksi, koska se ei ole tutkijan itse keräämään vaan se on valmiiksi kerätty jonkun muun toimesta. Valmiit aineistot soveltuvat vain harvoin suoraan sellaisenaan tutkimuskäyttöön ja niitä joudutaankin muokkaamaan usein sopivammiksi (Hirsjärvi & Tuomi 2008, 181–185). Usein niistä koituu paljon lisätyötä tutkijalle, joka onkin yleisin syy myös siihen, että niitä harvemmin tutkimuskäyttöön valitaan. Kyseisessä tutkimuksessa asiakirjoja oli valittu tarkasteltavaksi kaksikymmentä (20) ja ne kerättiin satunnaisotannalla. Tämän katsottiin olevan riittävä määrä, sillä suuremmalla määrällä olisi tuskin saatu lisää informaatiota ja määrä oli tutkijan osaamisen kannalta ja ajankäytön osalta sopiva. Satunnaisotannassa valinta tehdään sattumanvaraisesti, jolloin jokaisella joukkoon kuuluvalla aineistolla on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi tutkimusaineistoon. Satunnaisotanta aineistonkeruumenetelmänä on perusteltua silloin, kun perusjoukko on tarkkaan tunnettu ja määritelty. (Vilka 2021.)

Tässä kohtaa valintakriteeriksi valikoituivat tietyn tiimin, säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat, joulun- maaliskuun 2020 ajalta. 3 kuukauden aika valittiin siitä syystä, että haluttiin tarkastella asiakkaiden kanssa tehtävässä työskentelyssä taikka kirjaamisessa mahdollisesti tapahtuvia muutoksia ja se tuntui tutkimuksen tekijälle sopivalta ajalta. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin päivittäinen kirjaaminen, SHtulin tulosluokitus sekä yhteenveto siitä syystä, että hoito- ja palvelusuunnitelmat sisältävät yleisesti ottaen hoidon tarpeen arviointia ja suunniteltuja toimintoja eikä niinkään hoidon vaikutuksia taikka tulosten arviointia. Aineiston analysoinnista jätettiin pois vain 1 dokumentti, koska se oli sisällöltään ja hoidon tavoitteiltaan aivan toisenlainen kuin muut. Siinä asiakas oli asetettu saattohoitoon.

Asiakirjat ts. aineiston sain tarkasteltavaksi valmiina tulosteina, tutkimustyön toimeksiantajalta. Kyseisessä tutkimuksessa toimeksiantaja oli jo valmiiksi valinnut opinnäytetyössä mukana olevan työyhteisön/ tiimin, koska kyseisen kotihoidon alueella toimiva muistihoitaja sekä kotisairaanhoidtaja, olivat mukana kaupungin kirjaamisen kehittämistyöryhmässä.

7.2 Aineiston analysoiminen

Anita Saaranen -Kauppinen ja Anna Puustniekan (2009) menetelmäopetuksen ja tietovaranto ohjeistuksissa sanotaan, että termi "analyysi" saattaa kuulostaa hienommalta kuin mitä se todellisuudessa onkaan. Analyysi on, empiirisen tutkimuksen yhteydessä tehtyä aineiston huolellista lukemista, tekstimateriaalin järjestelemistä, sisällön /rakenteiden jäsentämistä itselle sopivaksi. Pohditaan aineiston sisältämää informaatiota. Etsitään kysymyksille vastauksia; mitä, millä tavoin ja missä määrin asioita kerrotaan ja kuvataan. Analyysissä voidaan sisällöllinen aineisto luokitella eri aiheihin ja teemoihin. Ideana tässä pidetään sitä, että kirjavasta sekä runsaastakin tekstimateriaalista saadaan "tolkkua" – tiivistämällä haastattelujen tai kertomusten sisältöjä ja rakennetta sekä tarkastelemalla tutkimusongelmien avulla keskeisten seikkojen esiintymistä ja ilmentymistä teksteissä. Kyse siis on aineiston huolellisesta tarkastelusta. Analysoimalla aineistoa, tutkija lisää aineiston informaatioarvoa, tiivistyksellä ja tulkintojensa avulla, sekä käymällä vuoropuhelua teorian, oman materiaalin ja oman ajattelun välillä. Lopulta tutkijalla on edessään enemmän jotain, kuin vain aineistoa alkuperäismuodossaan (Saaranen-Kauppinen & Puustniekka 2009, 73).

Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttämällä voidaan analysoida sekä kirjoitettua että suullista kommunikaatiota, tarkastella mitä merkitystä erilaisilla asioilla ja tapahtumilla on sekä, millaisia seurauksia taikka yhteyksiä niillä saattaa olla (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21). Sisällönanalyysin avulla tietoa analysoidaan, jotta tutkimus vastaa haluttua tarkoitusta sekä vastaa tutkijan tekemiin tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2012, 113).

Deduktiivisen päättelyn lähtökohtana pidetään taas teoriaa ja teoreettisia käsitteitä. Analyysi perustuu tällöin aikaisempaan tietoon ja sen aikaiseen analyysikehikkoon taikka lomakkeeseen. Induktiivinen päättely perustuu sanoihin, jotka luokitellaan teoreettisen merkityksen perusteella ja päättelyä ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Induktiivista päättelyä käytetään usein silloin, jos aihetta on vain vähän tutkittu taikka aiempi tietoa asiasta on hajanaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Sanotaan, että laadullinen tutkimus ei ole aina puhtaasti aineistolähtöistä eikä määrällinen tutkimus teorialähtöistä eikä sen myöskään tarvitse olla joko kvalitatiivista taikka kvantitatiivista. Laadullisessa

tutkimuksessa voi olla enemmän tai vähemmän myös määrällisen tutkimuksen elementtejä, kvantifiointi. Tässä tutkimuksessa on käytetty kvantifiointia koska sen on katsottu olevan suotavaa silloin, kun halutaan rikkaasta ja moninaisesta aineistosta yhteenveto siitä, kuinka paljon jotakin ominaisuutta sisällössä kuvautuu (Saaranen-Kauppinen & Puustniekka, 2009).

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä aineistoon tutustutaan perusteellisesti. Aineistosta poimitaan asioita, jotka toistuvat tai nousevat selkeästi esille ja havaintoja aletaan keräämään erilaisten luokitusten alle. Luokitukset voivat löytyä suoraan aineistosta tai ne voivat tulla tutkimuksen teoriasta. Jos luokat tulevat suoraan teoriasta, havaintoyksiköt voidaan jakaa suoraan niihin (Saaranen-Kauppinen ja Puustniekka, 2009). Havaintoyksiköksi voidaan valita joko yksittäinen sana, lause, lauseensa tai kokonainen teema. Merkittävänä asiana tässä tulee olla sanan tarkkuus. Yksittäinen sana analyysiyksikkönä, kun voi olla joko liian kapea ja tuottaa hajanaisen kuvan asiasta, kun taas vastaavasti liian laaja analyysiyksikkö voi käsittää useita lauseita ja olla liian vaikeasti ymmärrettävissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168–169.) Ratkaisevana analyysiyksikön valinnassa voidaan pitää aineiston laatua ja tutkimuskysymystä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001,26). Tämän tutkimukseen analysointi vaiheen luokittelussa on apuna käytetty FinCC komponentti luokitusta.

Tutkimuksen tuloksia raportoidessa voi tutkimuksen eri luokittelujen osalta tuoda esille lainauksia, aineistosta, jotta luotettavuus lisääntyy. Lainausten käytössä tulisi kuitenkin olla kriittinen ja pohtia niiden tarpeellisuutta. Laadullista analyysiä voi tukea myös aineistoa kvantifioimalla eli hyödyntämällä määrällisiä menetelmiä, tuoden esille eri luokkien alle kuuluvien havaintojen lukumäärästä (Saaranen-Kauppinen & Puustniekka, 2009). Tässä tutkimuksessa kvantifioinnin avulla haluttiin tuoda esille sitä, miten monesti tietyt asiat eri luokitusten alla tulivat esille ja mitenkä paljon eri osa-alueisiin oli kiinnitetty huomioita.

Analyysivaiheen ensimmäinen vaihe oli alkuperäisilmausten pelkistäminen, jossa tiivistin aineistoa. Analysoinnin toisessa vaiheessa, ryhmittelin aineiston. Kävin läpi kirjaukset, etsien kirjausten samankaltaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, jotta sain muodostettua niistä omat käsitteensä. Kolmannessa vaiheessa tein aineiston abstrahoinnin. Keräsin samoja asioita käsittelevät tiedot omiksi luokikseen ja nimesin asioita, niitä yhteisesti kuvaavilla nimillä. Luokkia muodostamalla, yksittäisistä tekijöistä muodostui yleisempiä käsitteitä ja aineisto tiivistyi. (Liite 1.) Muodostaessani luokkia, havaitsin että joidenkin alaluokkien alle muodostui enemmän pelkistyskäsitteitä kuin toisien. Tuloksia auki kirjoittaessani, laskin pelkistysten määrät (kvantifioin) ja kirjasin ne näkyviin, jotta sai paremman kuvan siitä, kuinka paljon kirjauksia oli kunkin luokituksen alle tehtynä.

Tämän tutkimuksen abstrahointivaiheen ryhmittely tehtiin alaluokista yläluokiksi ja yläluokista edelleen pääluokiksi (Liite 2.). Pääluokat muodostivat edelleen yhdistävän luokan, jotka määräytyivät FinCC komponenttien mukaan. Nimeämisessä käytin apuna Finnish Care Classification -luokituskokonaisuuksien komponentteja (FinCC), koska aineistosta poimituissa pelkistyksissä löytyi sisällöltään saman kaltaisia teemoja kuin komponentit olivat. Luokituskokonaisuus muodostui useista komponenteista, minkä vuoksi sekä alaluokkia että yläluokkia muodostui useita.

8 TUTKIMUSTYÖN TULOKSET

Tulokset ovat aukikirjoitettu yhdistävien luokkien ja pääluokkien avulla. Yhdistävinä luokkina ovat kuntoutuksen mukaiset teemat, joita ovat kuntoutuksen tarpeen ja toimintakyvyn arviointi ja kuntouttavat työotteet eli toiminnot. Pääluokiksi teemojen alle muodostuivat; asiakkaan arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät ja arjessa selviytyminen.

Taustatietoja

Asiakkaat olivat iältään 64 – 89 vuotiaita, ja suurin osa heistä naisia. Asiakkaat asuivat Kuopion kaupungin eteläisellä alueella. Yhtä asiakasta lukuun ottamatta, asiakkaat asuivat yksin joko kerrostalossa, omakotitalossa taikka rivitalossa. Asiakkailta oli kotihoidon käyntejä 1- 4, kertaa päivässä. Asiakkaat olivat olleet säännöllisen kotihoidon asiakkaina puolesta vuodesta, viiteen vuotta.

Alla olevan taulukon 1, avulla halutaan esittää, mitä toimintakyvyn mittareita oli käytetty ja kuinka monen asiakkaan kanssa niitä oli käytetty. Huomioitavaa on se, että mittaritulokset saattoivat olla 2 vuotta vanhoja.

TAULUKKO 1. Käytetyt mittarit (n=19).

Mittari	Määrä (n=19)
MMSE (Mini-Mental State Examination)	17
MNA (Mini Nutritional Assessment)	13
Asiakaskortti	19
RAVA- mittari	3
GDS-15 (geriatriinen myöhäsiän depressioseula)	-
ADCS- ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study and Activities of Daily Living)	5
FRAT (Falls Risk assessment tools)	-

MMSE (Mini-Mental State Examination), joka on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti, jonka suorittamiseen menee aikaa hyvin vähän. Se antaa tulokseksi tekijälle, helposti dokumentoitavan numeerisen arvon. MMSE:n kokonaispistemäärä on 30. Tulos 24, on jo merkki poik-

keavasta suorituskyyvystä. Tulosta arvioitaessa olisi huomioita, että myös monet muut tekijät kuin dementia, esimerkiksi afasia ja depressio, voivat heikentää asiakkaan suoritusta ja tulosta. Aineiston mukaan 10 asiakkaan tulokset jäivät alle 24 ja osalla heistä näytti olevan samanaikaisesti muitakin psyykkisiä vaivoja.

MNA (Mini Nutritional Assessment), on mittari yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- tai aliravitsemusriskin määrittämiseksi. Pistemäärät 24-30 kertovat normaalista ravitsemustilasta, 17-23,5 kertovat kasvanneesta virheravitsemus riskistä ja alle 17 pistettä kertoo virheravitsemuksesta. Aineiston mukaan 6 asiakkaalla oli normaalitila, 5 asiakkaalla ravitsemuksen riski oli kasvanut ja 2:lla asiakkaalla oli selkeä virheravitsemustila, toisella heistä taustalla muun muassa parkinsonin tauti ja toisella psyykkistä oireilua, joka näyttäytyi ruokahaluttomuutena eikä asiakkaalle maistunut lämmin ruoka.

Asiakaskortista (AKO), en löytänyt yhtään virallista ohjetta taikka tietoja, jotta voisin esitellä sen käyttöä ja tekemistä, sekä sitä kuinka asiakaskortin kehittäminen on tapahtunut.

RAVA- mittarilla voidaan saada tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja avun tarpeesta, se on Suomen Kuntaliiton omistama ja FCG:n lisensoima. Säännöllisesti käytettynä, RAVA- mittari voi tuottaa organisaatiolle tietoa iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvystä sekä auttaa löytämään heille sopivimmat hoitomuodot. Mittari tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa sekä päivittämisessä. Valtakunnan tasolla tietoa voidaan käyttää muun muassa omaishoidon tuen määrittämisen apuvälineenä sekä palvelujen kehittämisessä.

RAVA -mittari on Tapio Rajalan ja Eero Vaissin kehittämä mittari yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn ja avun tarpeen arvioimiseksi. Sana RAVA- tulee myös kehittäjiensä sukunimien alkukirjainten mukaan. RAVA -arvioinnissa ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avun tarvetta arvioidaan kahdentoista toiminnon avulla, joita ovat: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon toiminta, suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti sekä psyyke. Parhaiten mittari tuo esille asiakkaan avun tarpeita liikkumisessa, pukeutumisessa, syömisessä ja hygieniahoidossa. Indeksillä voi vaihdella välillä 1,29–4,03 riippuen avun tarpeesta. Mitä suurempi avuntarve on, sitä suuremman indeksin luvun asiakas saa. Arvioinnin tukena käytetään aina MMSE (Mini-Mental State Examination) muistin- sekä tietojenkäsittelyn testiä sekä GDS-15 myöhäisiä depressioseulaa. Aineiston mukaan kyseistä mittaria oli käytetty vain 3 asiakkaan kanssa. Asiakkaiden avun tarve oli vaihtelevaa. Kotihoidon käyntejä oli kuitenkin 3- 4 kertaa vuorokaudessa, jolloin asiakkaita auteltiin päivittäisten toimintojen suoritumisessa ja lääkehoidossa. Asiakas jonka avun tarve oli indeksi luvun mukaan vähäistä, oli hänellä enemmän mielialan muutoksia ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa sekä virikkeissä.

ADCS-ADL- haastattelun (Alzheimer's Disease Cooperative Study and Activities of Daily Living) avulla voidaan herkästi arvioida dementoivan sairauden etenemistä sekä hoidon tehoa, mutta sillä voidaan mitata lievempiäkin toimintakyvyn häiriöitä. ADCS-ADL-mittarin avulla jokainen päivittäinen toiminto kuvataan tarkasti ja haastateltavaa omaista pyydetään kuvamaan tutkittavan selviytyminen siinä, edeltäneen 4 viikon aikana. ADCS-ADL-mittari täytetään joko henkilökohtaisella haastattelulla taikka puhelinhaastattelussa. Yhteispisteet voivat testissä olla 78. (ADCS-ADL; käypähoito suositus, 2016.) Aineiston mukaan haastatteluja oli tehty viisi kertaa. Pisteet olivat hyvin vaihtelevia. Kolmella asiakkaalla pisteet olivat hyvinkin alhaiset ja kahdella muulla korkea. Kotihoito kävi asiakkaiden luona 3-4 kertaan. Aineistosta ei saanut selvää mistä syystä haastattelut oli tehty, kun ne eivät kuitenkaan liittyneet edes Arvikuntoutusjaksolla olleisiin.

Geriatrinen depressioasteikko; GDS-15 on yli 65- vuotiaiden depressioseula, jonka avulla voidaan arvioida asiakkaan mahdollisia masennusoireita, kuluneen viikon ajalta. GDS-15 kyselyn kokonaispisteiden vaihteluväli on 0–15. Kehitystyössä on painotettu asteikon täyttämisen helppoutta (kesto noin 15 minuuttia). GDS on itsearviointiasteikko, mutta testin voi tehdä asiakkaalle myös haastattelemalla. Summapistemäärä 0–10 on normaali, 11–20 viittaa lievään depressioniin ja 21–30 keskivaikeaan tai vaikeaan depressioniin. (Geriatrinen depressioasteikko; käypähoito suositus 2019.) Aineiston mukaan seula ei oltu käytetty yhdenkään asiakkaan kohdalla vaikka kuvauksia masentuneisuudesta olikin.

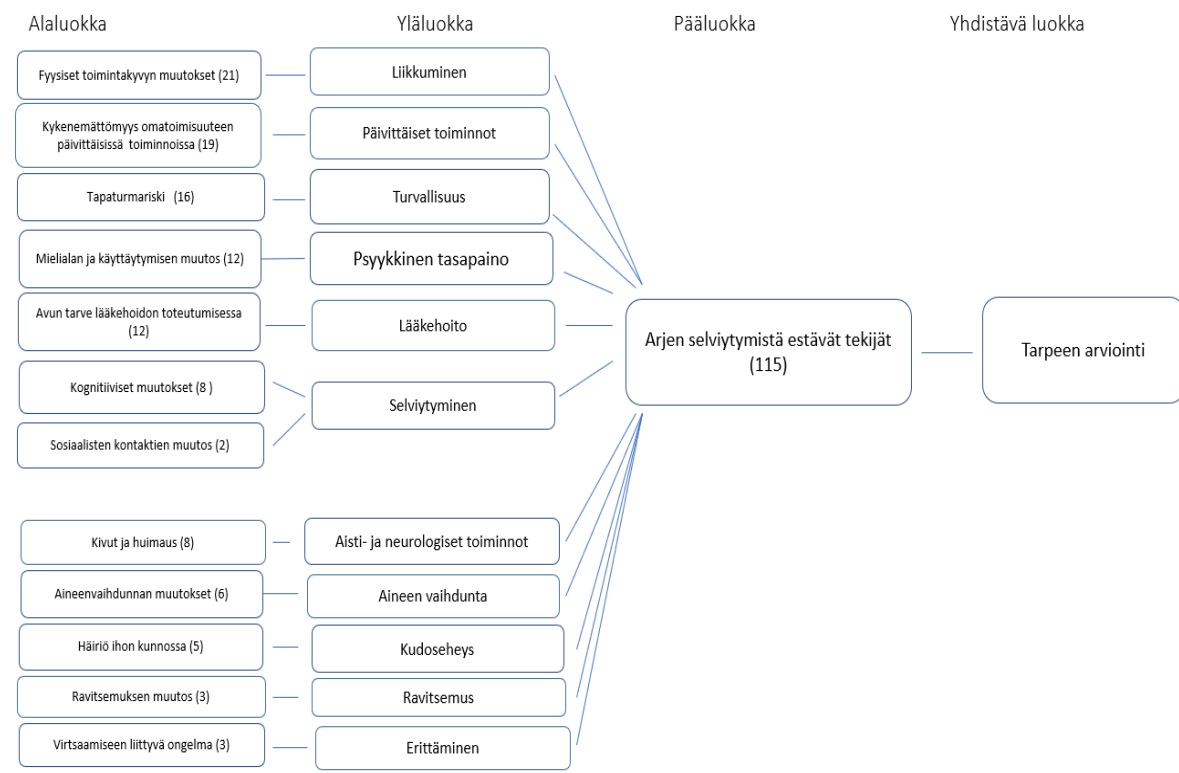
FRAT muodostuu sanoista Falls Risk Assessment Tool ja sen on kääntänyt suomeksi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL, jonka vuoksi se myös hallinnoi sen käyttöä. Frat – arviointi (Falls Risk Assessment Tools) kartoittaa kaatumisen riskiä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, muun muassa lääkitystä, henkistä tilaa sekä kognitioita/muistia. Arviointi nostaa riskin esiin, jolloin se voidaan ottaa paremmin huomioon esimerkiksi hoitosuunnitelmia laadittaessa. Sanotaan, että potilaan kaatumisvaara on suurin, tämän joutuessa sairaalahoitoon, koska usein potilaan tila on heikentynyt tai sekava akuutin sairauden vuoksi. (Pajala 2012, 147.) FRAT-mittari on käytössä jo useissa Suomen sairaanhoitopiireissä, mutta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa FRAT-mittari on otettu pilottikäyttöön jo vuonna 2010 ja HUS vuonna 2012 pilotoimalla sitä ensin monilla osastoilla. Pisteet 5-11 tarkoittaa lievää kaatumisvaaran riskiä, 12-15 pistettä tarkoittaa kohonnutta kaatumisvaaran riskiä ja pisteet 16-20 kertoo erittäin korkeasta kaatumisvaarasta. Frat- arviointia ei oltu kyseisen aineiston mukaan käytetty kertaakaan vaikka kaatumisista olikin kuvauksia.

8.1 Kuntoutus tarpeen arviointi

Yhdistävän luokan; Kuntoutus tarpeen arvioinnin alle muodostui yksi pääluokka; arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät, joka muodostui yhdestätoista (11) yläluokasta ja kahdestatoista (12) alaluokasta.

8.2 Arjen selviytymistä estävät tekijät

Kuntoutus tarpeen arvioinnin alla oli kirjauksia yhteensä sataviisitoista (115). Pääluokka; Arjen selviytymistä estävistä tekijöistä muodostui yksitoista (11) yläluokkaa, joita ovat liikkuminen, päivittäiset toiminnot, turvallisuus, psyykinen tasapaino, lääkehoito sekä selviytyminen. Alaluokkia on yhteensä kaksitoista (12) (Kuva 2).



KUVA 2. Tarpeen arviointi- Arjen selviytymistä estävät tekijät.

Yläluokka liikkuminen muodostui yhdestä alaluokasta. Alaluokka fyysisen toimintakyvyn muutos sisälsi kaksikymmentäyksi (21) kertaa kuvauksia asiakkaan liikunta- ja toimintakyvyn heikkouksista sekä huimauksen esiintymisestä. Eniten kirjauksissa oli kuvauksia lihasvoiman ja tasapainon heikkouksista.

”Ylös nousut haastavia—”

”--tarvitsee apua siirtymisissä—”

”Katuillut paljon. Jalkavoimat vähentyneet ja tasapaino ongelmia ja huimausta”.

Yläluokka päivittäiset toiminnot muodostuivat yhdestä alaluokasta. Kykenemättömyys omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa, alla oli kirjauksia yhteensä yhdeksäntoista (19) kertaa. Kirjauksissa kuvattiin

erilaisia arjen asioita, joista asiakas ei enää selviydy itsenäisesti, mutta syitä näihin, ei kirjauksissa näkynyt kuin muutaman kerran. Yleisin avun tarve liittyi peseytymiseen ja hygienian hoitoon.

”Asiakas ei selviydy itsenäisesti pesuista, heikentyneen toimintakyvyn vuoksi.”

”Asiakkaalta ei enää onnistu siivoaminen kotona”.

”--ei pysty itse huolehtimaan omasta hygieniastaan”.

Yläluokka turvallisuus sisälsi yhden alaluokan, joka on tapaturmariski. Tapaturmariski kirjaukset kuvasivat asiakkaiden kaatumisia ja tunteita turvattomuudesta. Hoitajan kirjauksia tähän liittyen oli yhteensä kuusitoista (16) kertaa. Kaatumisriskin arvioinnissa kuvautui selkeästi syitä siitä, miksi kaatumisia oli tapahtunut ja mihin se oli johtanut. Arvioita turvattomuuden tunteesta, kuvautui useita.

”Liikkuminen hieman epävarmaa; taustalla kaatumisia”.

”Katuillut paljon kotona parkinsonin taudin vuoksi”.

”Perussairauksen takia turvattomuuden tunnetta”.

Yläluokka psyykinen tasapaino muodosti yhden alaluokan mielialan ja käyttäytymisen muutos, jonka alla oli kirjauksia kaksitoista (12) kertaa. Kirjauksissa kuvautuivat niin masennus, psyykinen sairaus/häiriö kuin käytöksen muuttuminen. Masennuksen huomioimisesta oli eniten kirjauksia.

”Asiakkaalla on masennusta”.

”Skitsoaffektiiivinenhäiriö--”

”Asiakkaalla sekavuutta ja harhaisuutta ollut”.

”Asiakkaalla masentuneisuutta ja saamattomuutta.”

”Harhaluuloisuushäiriö.”

Yläluokka lääkehoito muodostui yhdestä alaluokasta; tarve lääkehoidon toteuttaminen. Tähän liittyi kirjauksia kaksitoista (12) kertaa. Lääkehoidon tarpeita olivat niin annosteleminen, tilaaminen kuin ottaminenkin.

"Asiakkaan lääkkeenjako ja lääkkeiden ottaminen ei enää onnistu"

"Tarvitsee apua turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa".

"Lääkkeiden ottaminen ei enää onnistu täysin itsenäisesti vaan tarvitsee siihen seurantaa".

Yläluokka selviytyminen muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat kognitiivisen toimintakyvyn muutos ja sosiaalisten kontaktien muutos. Kirjauksia muistiin liittyen oli yhteensä kahdeksan (8) kertaa ja niissä kuvautuivat asiakkaiden vaikeudet selvitä arjen asioissa. Sosiaalisten kontaktien muutosten alla oli vain muutamia kertoja kirjauksia asiakkaiden vetäytymisestä kotioloihin. Syitä tähän ei ollut kirjattu.

"Selviytymiskyky heikentynyt muistihäiriön takia."

"Muistiongelmien vuoksi, kotihoito valvoo lääkehoidon onnistumista ja avustetaan tarvittaessa."

"Muistiongelmien vuoksi tarvitsee hoitajan varmistuksen, lääkkeiden ottamisessa."

"Aivoinfarkti, jonka seurauksena tullut muistamattomuutta. Asiakas ei muista eikä osaa ottaa itse lääkkeitä."

"Ei enää käy seurakunnan tapahtumissa."

Yläluokka aisti- ja neurologiset toiminnot sisälsivät kirjauksia kivusta, heikosta näkökyvystä ja huimauksesta. Tähän liittyviä kirjauksia oli yhteensä kahdeksan (8) kertaa. Kirjaukset kuvasivat kyseisen neurologisen taikka aistitoiminnon haitan aiheuttamasta ongelmasta päivittäisten toimintojen yhteydessä.

"Asiakkaalla ajoittain vaikeuksia liikkumisessa kovien kipujen vuoksi--"

"Kivut vaikeuttavat suoriutumista päivittäisistä toiminnoista ja kipujen vuoksi vaikeuksia tehdä ruokaa itse--"

"Huono näkö, eikä näe ottaa lääkkeitä itsenäisesti."

Yläluokka aineenvaihdunnanmuutos sisälsi yhden alaluokan; turvotukset. Aineenvaihdunnanmuutoksista oli kirjauksia kuusi (6) kertaa. Kirjauksissa on kuvattu turvotusten olemassaolon syitä sekä seurauksia.

"Asiakkaalla diabetes, joka vaatii säännöllistä verensokerin seurantaa ja insuliinihoitoa."

"Turvotuksia jaloissa sydämen vajaatoiminnan vuoksi."

"Rintasyöpä--oikean käden voimakas turvotusta."

"Krooniset alaraajaturvotukset, joihin liittyy säärihaavaongelmia."

Yläluokan kudoseheys, alla on kirjauksia ihon kunnon häiriöistä viisi (5) kertaa ja ne kaikki kuvasivat ihorikkoja, ihottumien olemassaoloa ja huomioimista. Kirjauksissa oli vain vähän kuvauksia syistä näihin ongelmiin.

"Asiakkaalla--ihottuma ja iho kuivuu nopeasti."

"Ihorikko sääressä."

"Kasvojen alueen ihottuma--"

Yläluokka ravitsemus muodostui yhdestä alaluokasta. Kirjauksia alaluokan alla oli kolme (3) kertaa. Ravitsemuksen muutosta kuvattiin pääosin kirjauksilla asiakkaan ruokahaluttomuudesta.

"Asiakas kokee ruokahaluttomuutta, eikä mielellään lämmintä ruokaa syö."

"Asiakkaalla ollut painonpudotusta, ei aina syö tarpeeksi."

"Asiakkaalla huono ruokahalu, ei omatoimisesti syö tarpeeksi."

"Hahmottamisen häiriöitä ja sen vuoksi tarvitsee ohjausta ruoan valmistuksessa."

Yläluokka erittäminen muodosti vain yhden alaluokan; virtsaamisen liittyvistä ongelmat. Kirjauksia tämän alaluokan alla oli kolme (3) kertaa.

"Asiakkaalla cystofix--"

"Asiakkaalla kastelua."

8.3 Kuntoutuksen tavoitteet

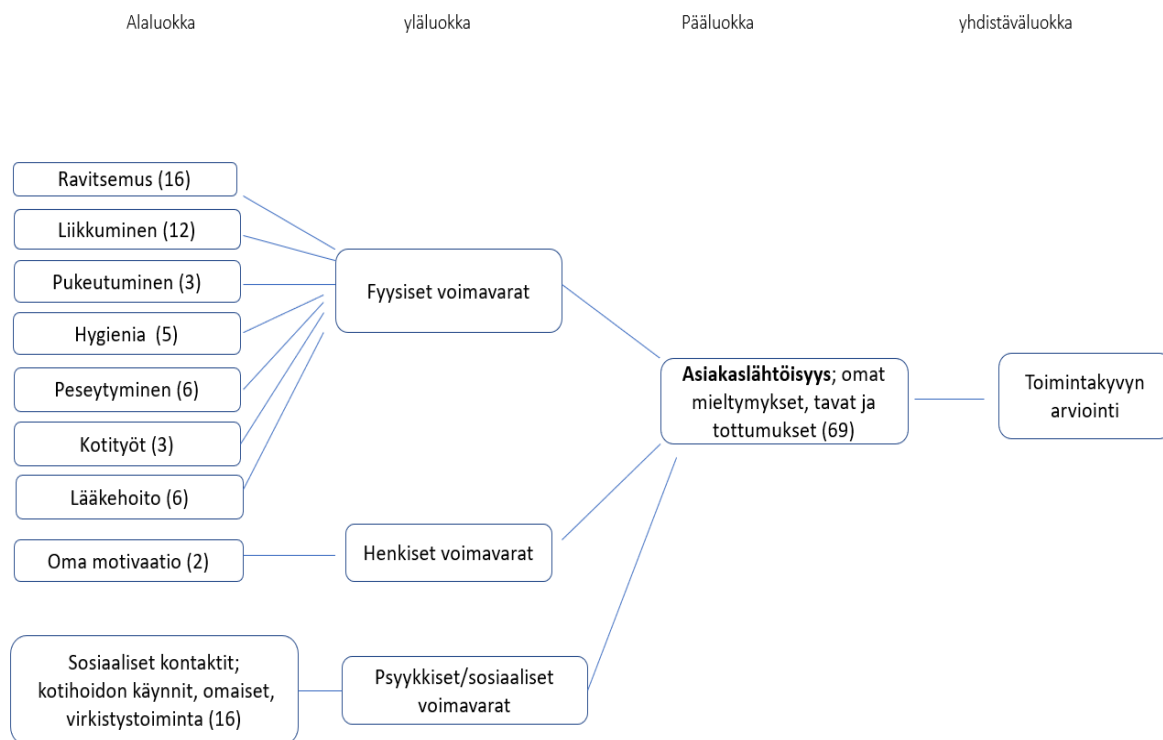
Suunnitellut kuntoutumisen tukemisen tavoitteet olivat kokonaisvaltaisia. Yhdessäkään hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei kuvautunut suoraan, asiakkaan omaa tavoitetta, omaa näkökulmaa siitä mitä haluaisi vielä itse tehdä taikka mitä on valmis vielä harjoittelemaan, jotta kotona asuminen edelleen onnistuu. Kuntoutumisen tukemisen tavoitteita olivat pääsääntöisesti; "säännöllisyys, turvallisuus, monipuolisuus, tasapaino, pärjääminen kotona, tilan säilyminen ennallaan taikka sairauden paraneminen". Vain

muutamia tavoitteita oli hieman yksilöllisemmin osattu kirjata, kuten; ”peseytymisessä onnistuminen” ja ”wc-käyntien onnistuminen”.

Valmiiden, FinCC-otsikoiden avulla tehtyjä kirjauksia tavoitteista oli seuraavien otsikoiden alla; turvallisuus, päivittäiset toiminnot, nestetasapaino, verenkierto, aineenvaihdunta, aktiviteetti, psyykinen tasapaino, kudoseheys, ravitseminen, selviytyminen, lääkehoito ja hoidon- ja jatkohoidon koordinointi. Hoidon- jatkohoidon koordinoinnin alla oli kirjaukset; Asiakas tietää saamansa kotihoidon sisällön.

8.4 Toimintakyvyn arviointi; asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys, on yksi kuntoutuksen tarpeiden arvioimiseen kuuluva tärkeä osa-alue, johon kuuluu asiakkaan toimintakyvyn, omien voimavarojen, taitojen ja persoonallisuuden huomioiminen. Kirjauksia näihin asioihin liittyen oli yhteensä seitsemänkymmentäyksi (69) kertaa. Kirjaukset koostuivat yhdestä pääluokasta, joka oli asiakaslähtöisyys sekä kolmesta yläluokasta, joita olivat fyysiset voimavarat, henkiset voimavarat sekä sosiaaliset voimavarat. Yläluokan; fyysinen voimavara alle muodostui seitsemän (7) alaluokkaa, muiden yläluokkien alla oli vain yhden alaluokan (Kuva 3).



KUVA 3. Toimintakyvyn arviointi- asiakaslähtöisyys.

Alaluokan; fyysiset voimavarat kirjaukset, kuvasivat asiakkaiden tapoja, tottumuksia ruoan, pukeutumisen, pesujen ja lääkehoidon suhteen. Osassa kirjauksista kuvautui asiakkaiden persoonallisuus, mielekäs tekeminen sekä taidot.

"--pitää kaurapuurosta ja haluaa syödä sitä aamuisin--"

"ei pidä valmisaterioiden mauista--"

"Lämmin ruoka maistuu paremmin kuin kylmät. Esim. marjapuuro kanttaa lämmittää."

"Saa itse pestyä pesulapulla kainalot, rinnanaluset ja kädet."

"Itse huolehtii päivittäiset pikkupesut."

"Osaa itse valmistaa puuron hellalla ja valmisateriat mikrossa."

"pukeutumisessa hyvin omatoiminen--"

"Saa vietyä likaiset astiat tiskialtaaseen ja laitettua pyykinpesukoneen päälle."

Yläluokka; henkiset voimavarat muodostivat yhden alaluokan. Kirjauksissa kuvautui asiakkaan oma motivaatio ryhtyä oma-aloitteisesti tekemään arjen askareita.

"Motivoitunut tekemään askareita omatoimisesti. Asiakas viikkoa pyykkejään ja katsoo kaapista puhtaat vaatteet valmiiksi, suihkupäivänä."

Yläluokka; sosiaaliset voimavarat muodostivat yhden alaluokan. Kirjauksissa oli kuvauksia kotihoidon käynneistä, asiakkaiden omaisten käynneistä ja osallisuudesta asiakkaan arjessa sekä virkistystoiminnasta.

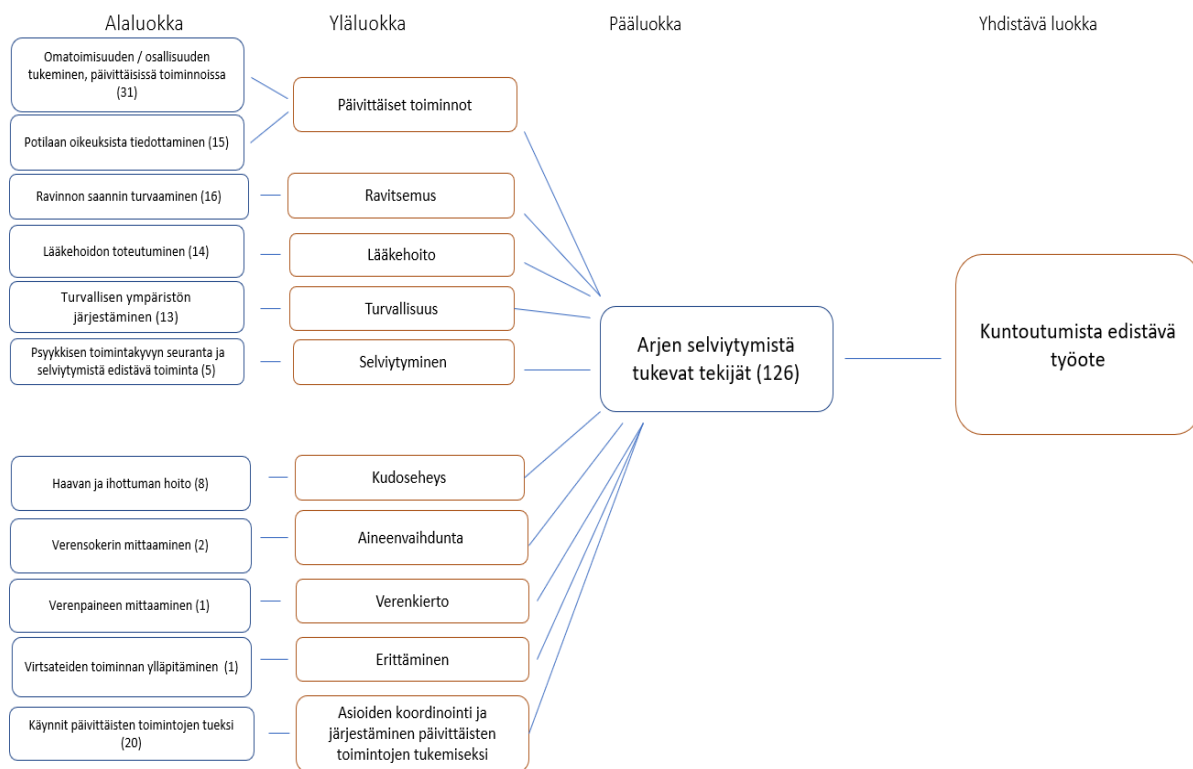
"Omaiset huolehtivat aktiivisesti äidistään."

"Päiväkerhossa käynti 1 x viikossa."

8.5 Kuntoutumista edistävä työote; Arjen selviytymistä tukevat tekijät

Pääluokan alla; arjen selviytymistä tukevista tekijöistä, kirjauksia oli yhteensä satakaksikymmentäkuusi (126). Yläluokkia ovat päivittäiset toiminnot, ravitsemus, lääkehoito, turvallisuus, selviytyminen, kudoseheys, aineenvaihdunta, verenkierto, erittäminen sekä asioiden koordinointi. Alaluokkia muodostui yhteensä yksitoista (11). Alaluokkia ovat omatoimisuuden ja osallisuuden tukeminen, potilaan oikeuksista tiedottaminen, turvallisen ympäristön järjestäminen, ravinnon saannin turvaaminen, lääkehoidon toteu-

tuminen, psyykkisen toimintakyvyn seuraaminen ja selviytymistä edistävä toiminta, haavanhoito verenkierron mittaaminen, virtsateiden toiminnan ylläpitäminen sekä kotihoidon käynnit päivittäisten toimintojen tueksi (Kuva 4).



KUVA 4. Kuntoutumista edistävä työote- Arjen selviytymistä tukevat tekijät.

Yläluokka päivittäiset toiminnot muodostuivat kahdesta (2) alaluokasta. Alaluokkia ovat omatoimisuuden tukeminen ja potilaan oikeuksista tiedottaminen. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kolmekymmentäyksi (31) kertaa. Suurimmassa osassa kirjauksia kuvattiin kuntoutumisen tukemisen tapoja, asiakkaan motivoimisesta- tehdä arkisia asioita itsenäisesti taikka avustettuna. Suun- ja hampaiden hoidosta ei ollut kuin yksi kirjaus.

"kotihoito avustaa asiakasta wc-käynneillä, tarvitsee apua housujen laskemisessa ja nostamisessa sekä vaipan vaihtamisessa."

"käynneillä huolehditaan ja seurataan asiakkaan hygieniatasoa sekä muistutellaan säänmukaisesta pukeutumisesta."

"--käy hoitajan ohjaamana ja avustamana suihkupesuilla."

"--ohjatusi peseytyminen onnistuu, pientä apua tarvitsee. Kannustamista suihkuun lähtemisessä."

"Käynneillä huolehditaan hampaiden pesusta."

"Asiakasta muistuteltava ja kannustettava wc:ssä käyntiin itsenäisesti."

"Asiakkaalla vaikeuksia valita vaatteet, joten annetaan muutamia vaihtoehtoja, jos päätöksenteko ei onnistu niin hoitaja valitsee vaatteet."

"Asiakas suoriutuu hyvin wc-käynneistä ja pukeutumisesta hyvin omatoimisesti. Tarvitsee hoitajan kannustuksen ja henkisen tuen."

"Suihkupesuissa asiakas tarvitsee apua selän ja jalkojen pesussa, muuten omatoiminen."

Yläluokka potilaan oikeuksista tiedottaminen muodostui kahdesta alaluokasta, jossa oli kirjaukset asiakkaan osallistumisesta hoitopalaveriin ja hoitosuunnitelman päivittäminen. Kirjauksia näihin asioihin oli yhteensä viisitoista (15) kertaa. Vain muutamia kertoja oli kirjattu asiakkaan mukanaolosta.

"--Hoitopalaveri ollut-- ja hoitosuunnitelma päivitetty tämän pohjalta"

"Hoitosuunnitelma ajan tasalla ja päivitys tarvittaessa."

"Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa--"

Yläluokka ravitsemus, muodostui yhdestä alaluokasta; ravinnon saannin turvaaminen. Kirjaukset kuvasivat ruoan lämmitystä ja varmistamista, ruokatilauksen tekemistä, ohjaamista sekä ravinnon saannin varmistamista. Kirjauksia näihin asioihin oli yhteensä kuusitoista (16) kertaa. Ravitsemukseen liittyvissä kirjauksissa kuvautui vain osittain suositusten mukainen ravitsemus. Tehostettua ravitsemusta ei ollut käytössä, vaikka tarpeita arvioivassa kirjauksessa olikin kuvauksia asiakkaiden aliravitsemuksesta, MNA pisteiden mukaan. Ilahduttavaa oli kirjaukset asiakkaan osallisuuden mahdollisuuksista. Asiakkaiden mukana oleminen varmistettiin hoitajan ennakoivilla toimilla. Ruokahaluttomuuteen ei ollut keinoja käytössä, vaikka tarvetta niiden asioiden selvittämiseksi näytti olevan.

"Kotihoito lämmittää ruoat mikrossa, tarvittaessa autetaan ruokien laittamisessa."

"Hoitaja avustaa ja ohjaa ruoan valmistamisessa."

"Päiväruoka laitetaan valmiiksi lautaselle, josta asiakas saa sen itse lämmittää."

"Tarvitsee ohjausta ja muistuttelua oikeisiin ruokamääriin ja säännöllisyyteen liittyen."

"Aamulla keitetään puuro."

"Kotihoito laittaa tarjolle aterioita ja välipaloja, joita asiakas syö omatoimisesti."

Yläluokka lääkehoito, muodostui neljästä alaluokasta, joita ovat: lääkkeen antaminen, lääkkeiden annosteleminen, lääkkeiden saannista huolehtiminen ja lääkkeiden ottamisen varmistaminen. Lääkehoitoon liittyviä kirjauksia oli yhteensä neljätoista (14) kertaa. Kirjauksissa oli useita kuvauksia siitä, mitä kotihoito tekee. Lääkehoidon vaikutusten seurannasta ei näkynyt kirjauksia.

"Hoitaja antaa lääkkeen lukollisesta lääkeboxista valvotusti."

"Kotihoito varmistaa lääkkeidenoton."

"Kotihoito antaa lääkkeet aamu- ja iltakäynneillä."

"Kotihoito laittaa lääkkeet anja-pussista kuppiin, josta asukas ne ottaa--"

"käynneillä hoitaja ohjaa asiakasta insuliinin pistossa."

"kotihoito huolehtii käsikauppalääkkeiden tilaamisen tarvittaessa."

"kipulaastarin vaihtaminen--"

Yläluokka turvallisuus, muodostui yhdestä alaluokasta, johon liittyivät kirjaukset asiakkaiden turvallisen ympäristön järjestämiseksi. Kirjauksissa kuvautui turvarannekkeiden ja puhelimen käytön osaaminen ja varmistaminen. Kirjauksia oli yhteensä kolmetoista (13) kertaa.

"Asiakkaalla käytössä turvapuhelin, jota osaa tarvittaessa käyttää."

Yläluokka selviytyminen, muodosti yhden alaluokan. Alaluokan; psyykkisen toimintakyvyn seuranta ja selviytymistä edistävä toiminta, kirjauksia oli viisi (5) kertaa. Kirjauksissa oli kuvattu hoitajan käyttämiä motivoinnin keinoja, asiakkaan osallistamisesta arjen toimintoihin ja psyykkisen tilan seurannasta.

"Kannustetaan asiakasta osallistumaan omaan hoitoonsa sekä kodin askareisiin."

"Seurataan asiakkaan vointia ja kirjataan voinnista sekä sen muutoksista."

"Skitsofreniasta johtuvien oireiden seuranta ja kannustaminen kodinhoidollisiin tehtäviin."

Yläluokka kudoseheys, muodostui kahdesta alaluokasta, jotka liittyivät iho sairauksiin ja niiden hoitoon sekä ihon hautumiin ja rasvaukseen. Kirjauksia näihin liittyen oli yhteensä kahdeksan (8) kertaa. Kirjaukset kuvasivat pelkästään hoitajan tekemisiä.

"Rasvataan molemmat jalat ja sääret hyvin, joko perusvoiteella taikka ihoöljyllä ja tarkastetaan samalla iho kauttaaltaan, huomioiden varpaanvälien kunto. Jos iho auki, laitetaan sorbact nauhaa."

"Vatsanalunen ja nivuset rasvataan--, psoriasis--ihottumaa rasvaillaan perusvoiteella."

Yläluokka aineenvaihdunta, muodostui yhdestä alaluokasta, joka kuvasti hoitajan tekemistä, verensokerin mittaamista, joista oli mainintoja kaksi kertaa.

"Hoitaja mittaa asiakkaan verensokerin."

Yläluokka verenkierto muodosti vain yhden alaluokan. Verenpaineen mittaamisesta oli kirjauksia vain kerran, muuten hoitajan toiminta liittyi jalkojen turvotusten hoitoon ja avustamiseen.

"Avustetaan asiakasta laittamaan tukisidokset jalkoihin."

"Seurataan sääriturvotuksia."

"Comprilan sidokset jalkoihin päivittäin."

"Mitataan verenpaine 2 x viikossa."

Yläluokka erittäminen, muodostui yhdestä alaluokasta. Virtsateiden toiminnan ylläpitäminen sisälsi yhden kirjausten. Kirjauksia "kastelustakin" oli, vaikka kuitenkin virtsaamisen liittyvistä ongelmista, inkontinenssista ei ollut kuvauksia.

"Kotihoito tyhjentää tarvittaessa cystofixin pussin päivittäin ja auttaa uuden vaihtamisessa--"

Yläluokka asioiden koordinointi ja palveluiden järjestäminen, muodostui yhdestä alaluokasta; kotihoidon käynnit päivittäisten toimintojen tukena. Kirjauksia alaluokan alla oli yhteensä kaksikymmentä (20) kertaa. Kirjauksissa oli monipuolisesti kuvattu kotihoidon käytien syitä, määriä ja muiden tukipalveluiden käyttöä.

"Kotihoito käy asiakkaan luona --kertaan päivässä."

"Kotihoito toimittaa asiakkaan laskut postiin."

"Aamu, päivä ja iltakäyneillä avustetaan--"

"Kotihoito huolehtii asiakkaan lähtemiseen kerhoon--"

"Asiakkaalle tulee ruoka päivittäin kotiruokapalvelusta--"

"Henkilökohtainen avustaja huolehtii--"

9. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Asiakkaiden tarpeita kuvaavissa kirjauksissa oli estäviä tekijöitä, jotka vaikeuttivat asiakkaiden arjessa selviytymistä ts. kuntoutumista. Useimmilla asiakkaista esiintyi toiminnanmuutoksia varsinkin fyysisessä toimintakyvyssä. Asiakkailla oli lihas- ja tasapainon heikkouksia kuin huimaustakin. Asiakkaiden arjessa se näyttäytyi heidän vaikeutenaan siirtyä paikasta toiseen, seisomaan nousemiset olivat vaikeutuneet ja heillä oli runsaasti kaatumisia. Myös erilaiset kiputilat näyttivät vaikeuttavan asiakkaiden liikkumista ja selviytymistä päivittäisistä askareista, esimerkiksi ruoan valmistamista. Suunnitelmissa näkyi kuitenkin vain vähäisessä määrin kirjauksia toimenpiteistä tilanteiden korjaamiseksi. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli hyvin kirjattu tavoitteita. Ne olivat kuitenkin kokonaisvaltaisia eikä yhdessäkään hoito- ja palvelusuunnitelmassa kuvautunut asiakkaan omaa tahtotilaa, toiminnan tavoitetta taikka toivetta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli nähtävissä toimintakyvyn vajauksien noidankehä eri toimintakyvyn osa-alueilta toiseen. Kirjausten mukaan asiakkailla on eniten avun tarpeita fyysisen toimintakyvyn alueella, päivittäisten toimintojen suoriutumisessa; heikot lihasvoimat ja tasapaino estivät mm. liikkumista ja siirtymisiä kotona sekä ajautumista pois kodin ulkopuolisista tapahtumista. Voidaan ajatella, että liikkumisvaikeuksien takia asukkaat kaatuilivat, heitä huimasi ja he kokivat turvattomuutta, yksin kotona ollessaan. Kaatumisten takia, asukkailla oli kipuja, jotka taas mädalsivat asukkaiden mielialaa ja vaikuttivat yleisesti mielenterveyteen ja sosiaalisten suhteiden puutteet lisäsivät edelleen yksinäisyyttä. Muistinongelmat kuvautuivat useimpien asukkaiden kohdalla päivittäisten (ADL ja IADL) - toimintojen suorittamisessa. Tarvetta oli oikeanlaisen pukeutumisen muistuttelussa, syömisen muistuttelussa ja avustamista ruoan valmistamisessa/lämmittämisessä, kodin askareissa, lääkehoidon toteutumisessa jne.

Koska asiakkailla oli kaatumisia, jäin itse kaipaamaan lääkehoidon osa-alueelle kirjauksia asiakkaiden kivun hoidosta ja seurannasta. Turvallisuus asiat oli kirjattu suunnitelluissa toiminnoissa vain osittain, sillä asiakkailla oli otettu käyttöön vain liikkumista helpottavia turva- ja apuvälineitä ja opetettu niiden käytössä, mutta kaatumisten seurannasta taikka Frat-mittareiden käytöstä ollut juurikaan kirjauksia. Myös psyykkisen toimintakyvyn muutokset oli huonosti otettu suunnitelluissa toiminnoissa huomioon, vaikka tarpeiden alla olevista kirjauksista kuntoutumista estävistä asioista, juuri masennus oli yksi eniten eteen noussut asia. Huomioita herättävää kuntoutumista tukevien toimintojen kirjauksissa oli potilaan oikeuksista tiedottaminen; joka löytyi kaikista dokumenteista. Kirjauksissa ei kuitenkaan kuvautunut asiakkaiden osallisuus, koskien hoidon suunnittelua taikka palveluiden järjestämistä, kuin muutamissa dokumenteissa vai eikö tätä ollut vain kirjattu? Asiakaslähtöisyys kuitenkin toteutui suunnitelmien toimintakyvyn arviointi vaiheessa, huomioimalla asiakkaiden omia voimavaroja, motivaatiota, tapoja ja tottumuksia.

Selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoistaan on huomioitavaa, että ikäihminen tarvitsee siihen niin sosiaalisia, kognitiivisia kuin fyysisiäkin taitoja. Olennaisena osana kuntoutumista tukevaan hoitotyöhön tulee kuulua niin lääkahoito kuin ravitsemuskin, sillä asianmukaisella lääkityksellä ja hyvällä ravitsemuksella voidaan sairauksien paheneminen (esim. masennus) estää ja hidastaa tai jopa toimintakykyä parantaa.

Onnekseni huomaan, että Pohjois-Savossa on mielenterveyden asioihin, palvelujen saatavuuteen ja koulutuksen tarpeeseen alettu kiinnittämään huomiota, konkreettisin toimin. Pohjois-Savossa on alkanut "Hyvällä mielellä" 2021-2030 hanke, joka pyrkii puuttumaan mielenterveys- ja päihdeasioihin, koko maakunnan alueella. Jää kuitenkin nähtäväksi kuka ja miten sekä millainen taho tekee tulevaisuudessa yhteistyötä, kaikenikäisten mielenterveys häiriöisten asiakkaiden kohdalla myös ikäihmisten kotihoidossa. Myöskin Pohjois-Savon hyvinvointisuunnitelman (HYTE) linjauksessa vuosille 2021-2025 on mietitty keinoja Pohjois-Savon korkeaan sairastuvuuteen vaikuttavista tekijöistä, joihin puuttumalla alueen hyvinvointia pyritään kohentamaan. Lähitulevaisuuden kehittämiskohteina pidetään hyvää mielenterveyttä lisääviä asioita, liikunnallisempia elintapoja, riittävää toimintakykyä, yksinäisyyden ja osallisuuden lisäämistä (Kuopion hyvinvointisuunnitelma vuosille 2021-2025).

Tässä matkan varrella, tuloksia pohtiessa, olen aprikoinut, mahtaako sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö tuntea tarpeeksi hyvin esimerkiksi fyysisen harjoittelun myönteisiä vaikutuksia mm. kansansairauksien hoidossa ja ehkäisyssä? Eikö ammattilaisilla ole tarpeeksi tietoa siitä, millaisen harjoittelun voisi yhdistää arjen toimintojen yhteyteen, eikö tiedetä mistä voisi valmiiksi tehtyjä ohjelmia saada vai eikö liikkumisen lisäämisen toteuttamiseksi/ohjaamiseksi ole tarpeeksi aikaa?

Jatkotutkimusaiheina mielenkiintoista olisi tutkia ja vertailla eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden kuntoutus toimintaa keskenään. Olisi kiinnostavaa tutkia, miten kuntouttavaa työtettä pitäisi jatkossa kehittää, jotta nyt tuloksissa esiin tuodut puutteet hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjauksissa, asiakkaan omasta tavoitteen asettelusta taikka osallisuudesta omaan kuntoutumisprosessiinsa näkyivät toiminnassa ja asiakassuunnitelmien kirjauksissa?

10. POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakkaan kuntoutumisen tukemista yhden kotihoidon tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa. Ikäihmisen hyvän terveyden ylläpitämiseen tarvitaan ammattilaiselta aikaa, tietoa asiakkaan omista voimavaroista ja kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä, halua, tahtoa sekä hyviä yhteistyötaitoja sekä yhteisiä pelisääntöjä. Uskoa lähitulevaisuuteen. Tutkimuksen aineistosta, hoito- ja palvelusuunnitelmista löytyi runsaasti kirjauksia asiakkaiden tarpeista, tavoitteista ja hoitajan käyttämistä kuntoutumista tukevista työotteista. Kirjaamisen sisällöt painottuivat kuntoutumista tukeviin työotteisiin sekä tarve arviointiin. Asiakaslähtöisestä, asiakkaiden omista voimavaroistakin oli kirjauksia, mutta vain vähäisesti.

Kuopion kaupungin, eteläisen kotihoidon alueen asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaaminen kirjavaa, mutta kattavaa. Kirjauksissa, asiakkaiden tarpeiden arvioinnissa, oli huomioitu muun muassa asiakkaan fyysisen toimintakyvyn muutokset päivittäisissä toiminnoissa, liikkumisessa, turvallisuudessa, lääkehoidossa, ravitsemuksessa, psykososiaalisissa toiminnoissa ja kognitiossa. Kirjauksia eniten oli liikkumisen, päivittäisten toimintojen, turvallisuuden, mielialan ja lääkehoidon tarpeiden arvioimisessa. Suunniteltujen toimintojen pääpaino oli päivittäisten toimintojen tukemisessa, ravitsemuksessa, lääkehoidossa sekä turvallisuudessa.

Yksinomaan, avun saannin perusteella määritelty toimintakyky saattaa antaa väärän kuvan asiakkaan avun tarpeesta. Arvioitaessa esim. päivittäisistä toiminnoista ja arjen askareista selviytymistä tulisi avun tarpeen sijaan enemmän kiinnittää huomioita siihen kuinka vaikeaa asian tuottaminen asiakkaalle on, mikä on muuttunut ja miksi. Onko esimerkiksi vaikeuksia seisoa paikallaan, muita toimintoja tehdessä, käsi ei nouse tarpeeksi korkealle taikka vaikeus ymmärtää miten ruoka lämmitetään? Kuntoutumista tukevin työottein ja asiakkaan oikeanlaisella ohjauksella tällaista vaikeuksia aiheuttavan toiminnan harjoittaminen olisi ensisijaisempaa kuin pelkkä avun tarjoaminen. (Helin,2008, 431.) Vaikka kirjaamisen pääpaino olikin asiakkaiden kuntoutumista tukevassa toiminnassa, ei ikääntyneiden kuntoutumisen suunnittelu kuitenkaan toteudu kaikilta osin näyttöön perustuvien hoitosuosittelujen, sääntöjen ja ohjeiden mukaisesti ja kehitettävää vielä olisi, oikeiden keinojen käyttöönotossa ja yhteiskehittämisessä kolmannen sektorin kanssa.

10.1. Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan fyysisen liikuntakyvyn heikkoudet heijastelivat vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa. Asiakkaat tarvitsivat yleisimmin apua niin hygienia hoidossa kuin peseytymisessäkin. Kuitenkaan suurimmassa osassa kirjauksista, ei ollut kuvattu syitä näihin ongelmiin, vaikka ne olivat nähtävissä. Kaatumisia arvioitaessa, usein syyksi oli kirjattu liikkumiskyvyn heikkoudet taikka muut sairaudet ja kirjauksissa oli kuvauksia, siitä kuinka ne olivat useimpien kohdalla lisänneet turvattomuuden

tunteita. Turvallisuutta lisäävien toimintojen alla oli kirjaukset, hankituista turvarannekkeista ja –puhelimesta sekä asiakkaiden kyvystä käyttää kyseisiä laitteita apua tarvittaessa. Kodin fyysistä turvallisuutta, esteettömyyttä taikka lääkityksen vaikutusta ei ollut arvioitu taikka ainakaan kuvattu. Keinoja kaatumisten ennaltaehkäisemisestä, ei ollut myöskään kuvattu.

On tiedossa, että useimmiten ikääntyessä ensimmäisenä toimintakyvyn osa-alueista heikkenee juuri liikkumiskyky. Tällä on laaja-alaisia vaikutuksia kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla, joka vaikeuttaa ihmisten mahdollisuuksia mennä itsenäisesti, minne vaan, milloin vaan ja millä tavalla tahansa. Liikkumiskyvyn heikentyessä, ihminen alkaa helposti tehdä muutoksia toimintatapoihinsa, jotta elämisen toiminnoista olisi helpompi selviytyä ilman ongelmia, keskittymällä vain niihin asioihin, jotka ovat itselle tärkeitä ja välttämättömiä toteuttaa. Tekemällä asioita eri tavalla kuin ennen taikka jättää jotakin kokonaan tekemättä, ihminen voi helposti hämätä itseään sekä omaisia ja asiantuntijoita toimintakyvyn oikeasta tilasta. (Pohjolainen, 2007, 41.)

Riitta Koivula (2009, 34) tuo esille tärkeän yksityiskohdan, koskien ammatillista osaamista, kotihoidossa olevien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisesta. Esimerkiksi, haastatteleamalla saatujen tietojen avulla, kotihoidon henkilökunnalla voi olla vaikeuksia löytää kullekin yksilölle sopivat keinot toimintakyvyn ja toimijuuden vahvistamiseksi. Vaikean siitä tekee juuri se, että jollekin asiakkaalle se saattaa tarkoittaa omien taitojen vahvistamista taikka lisätiedon saamista sairauksistaan, kun taas toiselle ulkoilun mahdollistamista esimerkiksi ystävän avulla. Toimintakyvyn tukemisen kannalta olennaisinta tulisikin olla heikentyneiden kykyjen varhainen tunnistaminen, jotta tulossa olevia ongelmia pystyttäisiin jo varhaisessa vaiheessa ennaltaehkäisemään. Silloin kun ihmisellä ei ole lähiomaisia korostuu osallistumisen tukemisessa kotihoidon, kolmannen sektorin sekä vapaaehtoistyöntekijöiden merkitys. (Pohjolainen, 2007, 10, 27.) Omassa aineistossani oli nähtävissä samankaltaisia viitteitä palvelujen määrässä niiden asiakkaiden kohdalla, joilla ei omaisia ollut. Erialaisten palveluiden määrä oli selkeästi suurempi niillä asiakkailla, joilla omaisia ei ollut arjessa auttamassa.

Tulosten mukaan asiakkaat, jotka sairastivat esimerkiksi diabetesta taikka sydämen vajaatoimintaa, tarpeen arviointi oli hyvin osattu kirjata, kuvauksia oli sekä niiden syistä ja seurauksista, kun taas kudosehyyteen liittyvissä kirjauksissa, kuvauksia syistä ei ollut kirjattu. Arvioitaessa asiakkaiden ravitsemuksen onnistumista; kirjauksia ravinnon turvaamisesta oli vähänlaisesti. Suurimmalla osalla asiakkaista oli kuitenkin käytössä jonkinlainen ruokapalvelu taikka omaisten apu. Muutamassa kirjauksessa oli mainintoja, huonosta ruokahalusta mutta syistä tähän ei ollut kuvattu. Yksi kuvaus oli avun tarpeesta ruoan lämmittämisessä, huonon näkökyvyn takia.

Niin Katriina Virtanen (2008) pro-gradussaan, kuin Sini Elorantakin (2009) väitöskirjassaan, tutkiessaan hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöä, ovat hekin havainneet kuinka tärkeää tavoitteiden asettelun

tulee olla. Molempien tutkijoiden mukaan kirjaamisesta tulee heikkoa, jos hoidon tavoitteita ei ole asiakaslähtöisesti tehty ja tarkkaan kirjattu. He ovat todenneet myös, että tavoitteiden ollessa liian vaativia ja epätarkkoja, on asiakkaan vaikea osallistua ja ymmärtää sekä motivoitua toimintojen toteutukseen. Oman tutkimukseni tuloksissani on nähtävissä samankaltaisuutta, tavoitteiden epätarkkuudesta ja laaja-alaisuudesta eikä niissä myöskään näkynyt suoraan asiakkaan osallisuus, tahtoa siitä, mitä haluttaisiin vielä tapahtuvan taikka halusta tehdä vielä itselleen jotakin tärkeää asiaa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kotihoidon käynneillä tavoiteltiin pääsääntöisesti asiakkaiden kotona asumista mahdollisimman pitkään, kotihoidon ja omaisten avuin.

Tuloksissa, arvioita ja kuvauksia asiakaslähtöisyydestä; asiakkaiden toimintakyvystä ja omatoimisuudesta oli kirjauksia kiitettävällä tavalla. Asiakkaiden toiveet liittyivät mieliruokiin, mutta oli myös kuvauksia siitä, kuinka he halusivat, pystyivät ja kykenivät toimimaan omassa arjessaan. Voimavaroina oli kuvattu sitä, miten asiakkaat hoitivat hygieniasioita joko itsenäisesti taikka ohjattuna, osallistuivat ravitsemusasioihin (leipien tekoon) sekä tavoissa ja kyvyssä liikkua kotona sekä ulkona. Kirjausten mukaan, muutaman asiakkaan toimintakyky ja motivoituneisuus mahdollisti heidät tekemään muutamia kodin askareita täysin omatoimisesti, ilman pienintäkään ohjausta. Suurimmalla osalla asiakkaista kävi kirjausten mukaan runsaasti omaisia auttamassa arjen sujumisessa, mutta vain muutamilla asiakkailla oli käyntiä päiväkerhossa.

Kuten Kuusela (2009) pro-gradussaan sekä Kari ja Savinainen (2015,41) tutkimuksellisessa kehittämissä työssään, ilmaisevat ikääntyneen toimintakyvyn tukemisesta seuraavaa. Motivoimalla ja kannustamalla asiakasta itsenäiseen tekemiseen, lisätään asiakkaan pystyvyyden tunnetta, tuetaan toimintakykyä ja heidän omia voimavarojaan, jotta he voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Kuuntelemalla asiakkaita aidosti ja antamalla aikaa keskusteluun, annamme asiakkaalle kokemuksen osallisuudesta. Onnistuneessa dialogissa asiakas saa ja voi kertoa itselleen tärkeistä asioista, jotka taas tukevat arvokkuuden tunnetta. Vuorovaikutustilanteessa ja asiakasta motivoitaessa, on huomioitava asiakkaan arvostava kohtaaminen. Kohtaamalla asiakas, juuri hänelle itselleen oikealla tavalla. Motivoimisessa tulisi ottaa huomioon juuri ne asiat, jossa asiakas on hyvä ja mihin hän pystyy ja kykenee sekä kannustaa asiakasta kertomaan omasta voinnistaan ja sen hetken tunteista. On myös hyvä muistaa, että pelkästään hoitajan rohkaisevalla lauseella, kosketuksella, yksilöllisellä kohtaamisella taikka vain hymyllä voi olla suuri merkitys asiakkaan mielen vireyteen ja uskoon, siitä että kaikki menee hyvin ja tästä selvittää yhdessä (Liponkoski– Routasalo 2001, 263). Tämän tutkimustyön tuloksissa, kuntoutumista tukevissa työotteen kirjauksissa oli viitteitä samansuuntaisesta toiminnasta; asiakkaiden motivoinnista ja kannustamisesta omatoimisuuteen, kullekin asiakkaalle ominaisella tavalla.

Masennus ja ahdistuneisuus näyttäisi olevan vanhuusiän elämänlaadun heikkenemisen yleisin syy. Mielenterveyden häiriöitä ja näihin sairastumisen riskiä nostavat muun muassa liikuntarajoitteisuus, useat krooniset sairaudet, aikaisemmat mielenterveyden häiriöt, näön heikentyminen, kivut, yksinäisyys ja

sosiaalisen tuen puute, joista näytti olevan kuvauksia tutkimuksenikin tuloksissa. Ikäihmisten elämäntilanteita arvioitaessa olisi myös hyvä muistaa, että Alzheimerin tauti saattaa aiheuttaa psyykkisiä oireita ja asiakkailta saattaa olla muitakin mielenterveydenhäiriöitä, yhtä aikaa (Depressio; käypä hoitosuositus, 2022). Tämä, jos mikä, vaatii ammattilaisilta moniosaamista ja arviointia, ennakkointia tulevasta.

Asiakkaiden psyykkistä tasapainoa arvioitaessa, oli tuloksissa useiden asiakkaiden kohdalla huomioitu mielialan ja käyttäytymisen muutoksia; masennusta sekä muita psyykkisiä sairauksia. Asiakkaat, joilla oli kognitiivisen toimintakyvyn muutoksia, oli johtanut joillakin asiakkailta sosiaalisten kontaktien vähenemiseen, eikä asiakkailta kirjausten mukaan kuvautunut olevan asunnon ulkopuolista elämää. On tiedostettava, että mielenterveys vaihtelee ihmisen elämän eri vaiheissa. Paha olo ja suru ovat normaaleja tunnetiloja, kun tulemme kohdanneeksi menetyksiä taikka pettymyksiä ja masennus ja ahdistuskin kuuluvat normaaliin elämäämme, mutta jos tietyt pahanolon tunteet ja kokemukset kasautuvat samaan elämänvaiheeseen, riski sairastumiseen kasvaa.

Mielenterveys asiakkaiden toimintakykyyn ja kuntoutumiseen vaikuttavat voimakkaasti ympäristö ja siinä olevien tekijöiden ja ihmisten suhtautuminen, onko annettu ohjaus aktivoivaa, kannustavaa vaiko passiivisuutta lisäävää. Kannustavalla ilmapiirillä, asiakas on helpompi saada uskomaan itseensä, jolloin saadaan mahdollisesti lisää onnistumisenkokemuksiakin. Useat epäonnistumiset ja negatiivinen ajattelu saattavat johtaa asiakkaan syrjäytymiseen ja sitä kautta toimintakyvyn heikentymiseen. Asiakas saattaa alkaa vältellä tiettyjä tilanteita ja kokee yhä enemmän huonommuutta, taitojensa häviämistä ja ottaa helposti muista riippumattoman roolin. (Kettunen ym. 2017, 80.)

Yleisimpinä mielenterveyden häiriöiden ehkäisykeinoihin kuuluvat riskitekijöihin puuttuminen, varhainen havaitseminen ja kuntouttavat toimenpiteet. On kuitenkin tiedossa, että vain pieni määrä mielenterveyden häiriöistä havaitaan tarpeeksi ajoissa, jotta niitä osataan hoitaa. Tämä johtunee siitä, että masennus ja ahdistus saatetaan herkästi sekoittaa somaattisiin ongelmiin ja ihmiset saattavat asioitaan piilotella taikka vähätellä (Depressio: Käypä hoito-suositus, 2022).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan, psyykkisesti oireileville ja -sairastaville asiakkaille kuntouttavat työotteet olivat vähäiset. Asiakkaita houkuteltiin yhteiseen tekemiseen ja osallistumiseen kodin askareisiin. Tämäkin on tärkeää toimintaa, koska vain siten asiakkaalle voidaan tarjota turvallisuuden sekä pystyvyyden ja osallisuuden tunteita, jotka taas osaltaan tukevat asiakkaan omaa kuntoutumista. Huolestuttavaa mielestäni oli, että aineistossa ei näkynyt yhtään kirjausta moniammatillisesta yhteistyöstä muiden ammattilaisten kanssa (esim. terapeuteista), ennakoivista toimista taikka jatkohoito- ohjeita esimerkiksi skitsofrenian huonontuessa eikä edes ulkoilun mahdollistamisesta. Pitkälä ja kumppanit (2007,6) ehdottavatkin, psykososiaalista ryhmäkuntoutusta, jonka katsotaan lievittävän ikääntyvien ihmisten yksinäisyyden tunnetta sekä antavan voimaannuttavia vaikutuksia pystyvyydestä. Sen voidaan

katsoa parantavan myös muistisairaana psyykkistä hyvinvointia, kognitiivista suorituskkyä sekä yleistä terveydentilaa.

Kyseisen tutkimuksen tuloksissa oli yleisestikin viitteitä, liikuntakykyä ylläpitävien kuntouttavien toimenpiteiden taikka ohjauksen puutteista. Kirjauksista sai kuvan, että kotihoidon asiakkaista kovinkaan moni ei jumppaa, saati ulkoile säännöllisesti. Siihen ei ollut edes suunniteltuja toimintoja vaikkakin fyysisen toimintakyvyn heikkouksia ja liikuntakyvyn vaikeuksia useilla asiakkailla kirjausten mukaan oli. Pitkälä kumppaneineen (2007, 3853) haluaakin ammattilaisten kiinnostavan asiaan huomiota ja korostavan ikääntyneiden kuntoutuksen kehittämistä, sillä jopa pitkälle edenneen Alzheimerin tautia sairastavien ihmisten kohdalla yksilöllinen, liikunnallinen kuntoutus voi auttaa toimintakyvynvajakauksiin.

Päivi Lampinen (2004) tuokin väitöskirjassaan esille, että iäkkäiden fyysinen aktiviteetti ja harrastustoiminta, toimivat liikkumiskyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin edustajana. Hän on todennut, että ikääntyneiden vähäinen fyysisen aktiivisuus ennustaa masentuneisuutta ja itsetunnon alenemista, kun taas hyvä liikkumiskyky ennustaa parempaa psyykkistä hyvinvointia. Hänen tutkimustuloksistaan on käynyt ilmi, että ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja edistämässä tärkeimmäksi tekijäksi nousi fyysinen aktiivisuus, harrastukset ja sosiaalinen osallistuminen. (Lampinen 2004, 58,69.)

Myös Satu Helin (2008, 431) korostaa, että fyysinen kunto ja liikuntakyky ovat voimavaroja, joiden avulla mahdollistuu sekä osallistuminen että sosiaalisten kontaktien ylläpitäminen kodin ulkopuolella oleviin ihmisiin, tapahtumiin ja aktiviteetteihin. Puhutaan myös, että liikuntakunnon ylläpitäminen on keskeisin psyykkissosiaalinen ulottuvuus hyvään elämään. Elämänlaatua heikentävien tekijöiden ei voida suoraan sanoa johtuvan toiminnanrajoitteista taikka vajavuuksista vaan haitoista, jotka ihminen kokee henkisesti ja sosiaalisesti liian vaikeaksi toteuttaa. Haitat ilmentyvätkin usein juuri silloin, kun itselle koettuja tärkeitä asioita ei enää pääse itsenäisesti toteuttamaan.

Oman tutkimukseni aineistossa ei ollut kuin muutaman kerran kuvauksia asiakkaiden osallistumisesta päivätoimintaan taikka toiminnalliseen, ohjattuun jumppatuokioon. Myös asiakkaiden ulkoilemisesta oli kirjauksia todella vähän, voitaneen kuitenkin olettaa ja toivoa, että sitä tapahtuu jollain tapaa? Omaisten osallisuudesta asiakkaan arkeen, oli kirjauksia useitakin, mutta ne kohdistuivat asiakkaiden kodin hoidollisiin asioihin, siivoukseen taikka ruoan laittoon. Kirjausten mukaan, arvioita asiakkaiden arkiliikkumisesta sisällä kotona oli tehty, mutta käytössä olleet kuntoutumista tukevat työotteet liittyivät vain apuvälineisiin, niiden käytön muistutteluun sekä omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa.

Kuntoutumista tukevien työotteiden keskeisenä lähtökohtana pitäisi olla sairauksien tutkimisen ja perustoimintojen ylläpitämisen lisäksi myös muiden toimintojen ja jäljellä olevien voimavarojen vahvistaminen ja mahdollisesti menetettyjen toimintojen palauttaminen parhain katsomin keinoin. Ikäihmisten

menetettyä toimintakykyä ei yleensä saa palautumaan itsestään, vaan siihen tarvitaan asiakkaan omaa motivaatiota, omaisten roolin ja menetettyjen taitojen tunnistamista sekä kotihoidon ammattilaisten sekä muiden tahojen yhteistyön huomioimista toisin sanoen moniammatillista toimintaa. Kuntoutumista tukevassa toiminnassa kaikkien tulisi yhdessä tähdätä siis suoritusten sijaan asiakkaan mukana olemiseen ja tekemiseen, vaikka asiat olisivat kuinka pientä toimintaa tahansa. (Räisänen, 2019, 23.)

Pitkällä tähtäimellä ajateltuna, kirjausten mukaan asiakkaiden kuntoutumisen ja hyvän elämänlaadun mahdollistumiseksi kuvautui vähäisiä toimia liittyen ulkoiluun, kaatumisten ennaltaehkäiseviin toimiin, kognitiivisten toimintojen harjoitteluun, vajaan vitsemukseen liittyviin toimenpiteisiin ja sosiaalisia suhteita lisääviin toimintoihin. Kuntoutuksen onnistumiseksi tärkeänä tulisi pitää, toimenpiteiden kohdentamista oikeisiin asioihin eri sairauksissa, asiakaslähtöisyyttä sekä toimintakyky mittareiden säännöllistä käyttöä arviointityön tukena. Kolmen kuukauden tutkimusjakson aikana, asiakkaiden hoitosuunnitelmissa, ei näkynyt merkittäviä muutoksia kirjaamisessa. Ainoastaan hoito- ja palvelusuunnitelmia oli päivitetty ja Arvi- jaksoja oli päättyneet. Luulen, että vaikka tutkimusaineistoa olisikin katsottu pidemmältä ajan jaksolta, ei se olisi antanut tutkimukselle enempää tietoa.

Koen, että kyseisen tutkimuksen aihe on yhteiskunnallisesti ja ammatillisestikin tärkeä ja se on lähellä omaa käytännötyötäni. Uskon ja luulen saaneenikin paljon uutta näkökulmaa hoitotyöhön erityisesti koskien kuntoutumisen tukemista eri asiakasryhmissä sekä hoitotyön kirjaamisesta. Vaikka en tulevaisuudessa työskentelisin kotihoidossa, tulen varmasti hyödyntämään työurallani tutkimustyön ja opintojeni aikana opittuja ja sisäistettyjä asioita. Vaikka tutkimus ei tuonutkaan esille mitään valtaisa uutta tietoa, näyttivät tulokset kuitenkin sen, mihin asioihin edelleen kannattaa kuntouttavassa työssä panostaa sekä miksi ja mihin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamiseen kannattaa edelleen panostaa.

Tämän tutkimuksen tuloksia arvioitaessa, tulevaisuudessa katsetta ei tulisi ainoastaan kohdistaa kotihoidon ammattilaisten koulutukseen vaan on syytä myös tarkastella millaiset tekijät organisaatiossa, työn organisoimisessa ja resursseissa edistävät taikka ehkäisevät ikääntyneen hyvän hoidon ja kuntoutumisen toteutumista, muissakin palveluissa tuottavissa yrityksissä.

10.2. Tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytyksenä voidaan pitää sitä, että tutkimus on pyritty suorittamaan hyvien tieteellisten käytänteiden edellyttävällä tavalla, rehellisyyttä, tarkkuutta ja avoimuutta korostaen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Tutkimuseettisyyttä tulee pitää kaiken tieteellisen toiminnan ytimenä ja tästä syystä tutkimuksen tekijän tulisi olla kiinnostunut uuden tiedon hankinnasta sekä tutkittavasta aiheesta niin paljon että, hankitut ja saavutetut tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Tutkimuksen tekijä ei saa huijata eikä tutkimuksen teossa tule tapahtua vahinkoa kellekään. Tutkimustyön tulee olla ihmisarvoa kunnioittavaa, eikä se saa olla loukkaavaa taikka moraalitonta. Tutkijan tekijän tulisi omalta osaltaan myös vaikuttaa siihen, että tuotettua informaatio käytetään eettisesti oikein (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172).

Tämän tutkimuksen aihe tuli työnantajan edustajalta, työelämästä nousseen kehittämistarpeen pohjalta. Saatujen tulosten toivotaan hyödyttävän niin toimeksiantajaa, työntekijää kuin asiakkaitakin. Tutkimuksen tekijänä sain olla mukana vaikuttamassa tutkimusaiheen rajaukseen, alku- sekä loppupalaveriin. Tutkimustyön eettisyyttä tukeekin, työntekijän halu olla mukana edistämässä ikäihmisiin kohdistuvaa työtä. Työn edetessä, yksi eettisimmistä haasteista oli, aineistossa mukana olleen kotihoidon tiimin kuvaaminen. Kuinka tarkasti mukana ollutta tiimiä voin kuvata ja mikä hyötyä siitä saadaan sekä tulosten kirjaamisen tapaa, etten tule loukanneeksi hoitohenkilökunnan osaamista. Päädyin siihen, että kuvaan kotihoidon tiimin lyhyesti, koska juuri eteläisen alueen kotihoidon tiimin kanssa, toimeksiantaja halusi tutkimuksen tehdä, siellä jo kirjaamisen kehittämistyötä tekevien ammattilaisten takia.

Tutkimusten yleiseen ja eettiseen luotettavuuteen kuuluu tietolähteiden tarkka valinta, jotta ne eivät vääristä tutkimustuloksia. Tietolähteiden valinnassa on huomioitava sekin, että siitä ei ole haittaa itse tutkittavalle (Leino-Kilpi, Välimäki 2014, 289). Tutkimustyön aikana tutkimusaineistoa ei tule myöskään luovuttaa kenellekään ulkopuoliselle, joka ei ole tutkimusprosessissa mukana. Kun tutkimustyön aineistona käytetään potilasdokumentteja, hoitotyön asiakirjoja taikka rekistereitä, on työskentelyssä otettava huomioon, etteivät asiakkaat tiedä hoitosuhteensa aikana, että heidän tietojansa tullaan käyttämään myöhemmin tutkimuskohteena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tässä kohtaa tutkimusluvan myöntäjälle jääkin arvioitavaksi tietojen tutkimuseettisyys ja luvan luovuttamiseen liittyvät oikeuksien antaminen. Tässä tutkimuksessa asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kerääminen tapahtui sattumanvaraisesti pegasos- potilastietojärjestelmästä, eteläisen kotihoidon tiimin sairaanhoitajan toimesta. Työssä ei myöskään käsitelty arkaluontoisia asioita, joten se ei aiheuttanut asiakkaille minkäänlaista haittaa taikka vaivaa. Satunnaista otantaa käytettiin, koska sen koettiin antavan tutkimuksen kannalta monipuolisempi ja kattavampi aineisto. Harkinnanvaraisella otannalla tutkimukseen olisi voinut valkoitua aineistot, jotka olisivat voineet olla liiankin tarkkoja ja ”täydellisiä” taikka täysin puutteellisia tutkittavaa näkökulmaa ajatellen. Eikä niistä mahdollisesti olisi saatu kuvausta koko perusjoukon nykytilasta.

Kyseisessä tutkimuksessa aineisto/dokumentit kerättiin ja käsiteltiin luottamuksellisesti ja asiakkaiden anonymiteetti turvattiin siten, että sairaanhoitaja poisti tunnistetiedot potilasdokumenteista jo ennen tutkimuksen tekijälle luovuttamista. Aineiston luovutus tutkijalle tapahtui suljetulla kirjekuorella, kas-

votusten. Sairaanhoidaja oli valinnut mukaan tulevan aineiston pegasos potilastietokannasta satunnaisesti, rajauksena oli, että asiakkaat olivat vakituisia kotihoidon asiakkaita, tammi-maaliskuun, 2021 ajalta. Työn valmistumisen jälkeen aineisto tullaan palauttamaan takaisin toimeksiantajan edustajalle, joka tulee hävittämään ne asianmukaisesti, salattujen tiedostojen tavoin, tuhoamalla ne silppurissa. Koko tutkimuksen ajan, asiakkaiden suunnitelmia on säilötty suljetussa tilassa, kirjekuudessa.

Kyseisen tutkimuksen luotettavuutta saattoi heikentää tutkijan kokemattomuus tutkimuksen tekemisestä, itse analysointivaihe, tutkimusaineiston rajaus ja suunnitelmassa olleen ”koulutus intervention” epäonnistuminen ja vaikka lähdemateriaalina on käytetty yli 10 vuotta vanhaa teoriatietoa, on tiedon koettu olevan yhä ajankohtaista, ymmärrettävää ja sopivaa kyseiseen tutkimukseen nähden. On myös tunnustettava, että tutkimuksen tekijänä minulla oli aikaisempaa työelämäkokemusta hoitotyön kirjaamisesta ja omasin jo jonkinlaisen käsityksen siitä, miten se toteutuu tehostetun palveluasumisen puolella, mutta en kotihoidosta niinkään. Edellä mainittujen syiden takia voittanee olettaa, että tutkimuksen tulokset ovat vain suuntaa antavia, eikä voi vahvistaa, että toinen henkilö päätyy samaan tulkintaan, vaikka hän käyttäisikin samaa aineistoa. Työn tulosten luotettavuuden kannalta olisi myös ollut suotavaa, jos aineistoa olisi ollut tulkitsemassa useampia kuin yksi (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Työn luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä olen kuitenkin pyrkinyt lisäämään sillä, että tutkimustyön edetessä, olen antanut työtä luettavaksi mukana olevalle kehittämisasiantuntijalle, muistihoidajalle sekä ohjaavalla opettajallani. Palaute on ollut ohjaavaa ja rakentavaa sekä on aloitettu jo miettimään, keille kaikille ja missä yhteydessä tulen työtä esittelemään.

Koska tutkimuksen tulokset kuvaavat vain yhden kotihoidon tiimin kirjaamisten kautta saatua tietoa kuntoutumisen tukemisesta, eivät tulokset ole suoraan siirrettävissä. Tutkimuksen uskottavuutta on pyritty lisäämään, analyysiprosessin tarkalla kuvaamisella, esimerkkejä ja suoria lainauksia käyttämällä, jotta aineiston ja tulosten välisen yhteyden voi todentaa. (Elo & Kyngäs 2008.)

10.2.1. Tutkimuksen tekemisestä

Yleisesti ottaen voin kuitenkin todeta, että hoito- ja palvelusuunnitelmien tarpeita oli kuvattu runsaasti ja selkeästi. Asiakaslähtöisyys korostui hoito- ja palvelusuunnitelmissa siten, että ne olivat mielenkiintoisia, kuvailevia, moninaisia ja kirjavia. Tämä toisaalta lisäsi myös sitä, että tutkijan oli todella vaikea päästä itse analyysivaiheeseen. Työn suunnitteluvaiheessa oli vaikeuksia päättää, millä tavoin haluan tuloksia kuvata ja millä tavoin asiaa tutkisin. Siksi päätinkin kokeilla muutamia eri vaihtoehtoja, väänellen ja käännellen kysymyksiä sekä eri näkökulmia. Punainen lankani tuntui olevan useita kertoja kadoksissa. Tutkimusaineiston lukemisesta haasteellisen teki myös hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamistapojen erilaisuus, tuplakirjaukset sekä epäjohdonmukaisuus. Tarpeita oli kirjattu toimintoihin ja toisinpäin. Luulen, että oman sairaanhoidaja koulutukseni takia, keskityin lukemisen alussa liian paljon sairauksiin ja yksityiskohtiin, jotka eivät olleet oleellista tutkimustyössäni.

Koin, että opinnäytetyönprosessi oli vaativaa ja aikaa vievää. Huomasin usein kysyvänikin itseltäni, että voiko tämä olla näin vaikeaa? Tutkimuskysymysten asettelussa koin suuria vaikeuksia siinä, että kysymys ei olisi liian tarkka eikä laaja, tarvitsisinko niitä yhden vaiko useamman, jotta näkökulmani asiaan säilyy. Voin sanoa, että opinnäytetyönprosessi kokonaisuudessaan on ryhmätyöskentelyä, jossa tehdään yhteistyötä niin työelämän edustajien, ohjaavan opettajan kuin muiden opiskelijakavereiden kanssa. Tässä tapauksessa yhteistyö toimijoiden kanssa sujui aika lailla hyvin, vaikka ei kuitenkaan ihan odotetulla tavalla, tutkimuksessa mukana olevan tiimin ja sen jäsenten vaihtuessa tutkimuksen edetessä.

Ennen tutkimustyön aloittamista, pidimme tiimipalaverin yhdessä eteläisen kotihoidon henkilöstön kanssa. Mukana olivat; kyseisen alueen, tiimin esihenkilö, muistihoitaja, sairaanhoitajat sekä vanhuspalveluiden kehittämisasiantuntija. Tiimiä informoitiin tutkimuksesta ja sen tekijästä suullisesti. Yhdessä sovimme ja päätimme mistä asioista ja tiedoista ts. lähtökohdista asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjauksia tutkittaisiin ja mihin asioihin tulevaisuudessa tiimipalaverissa tulisi kiinnittää huomiota. Tulevien tiimipalaverien suunniteltiin olevan osa tutkimusta. Palaverissa haluttiin korostaa, että tämän tutkimuksen aikana ei tulisi selvittämään yksittäisten työntekijöiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamiseen liittyvää osaamista vaan halu ymmärtää tutkittavaa ilmiötä tarkemmin.

Tutkimukseen liittyvä kirjaamisen tiimipalaveri/”koulutus” ei kuitenkaan toteutunut avain suunnitelmien mukaisesti ja sovittuna päivänä, mutta kuitenkin osittain. Tutkimuksessa mukana oleva kotihoidon tiimi ja sen eri sairaanhoitajat olivat pitäneet ”koulutukset” erillisinä toimintoina toisistaan, omissa tiimeissään eikä ”koulutuksissa” ollut mukana esihenkilöä taikka muistihoitajaa, jonka oli tarkoitus olla mukana antamassa mukaan omaa näkökulmaansa hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamiseen ja siinä huomioitaviin asioihin. Toteutuneiden ”koulutusten” pääpainona heidän kertomustensa mukaan, oli kuitenkin pidetty kirjaamisen asiakaslähtöisyyttä. Tiimit olivat käyneet läpi myös sitä, että tutkimuksen tekijälle keskeisimpänä asiana hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa oli se, miten asiat on kirjoitettu eikä se kuka sen oli kirjoittanut.

Luulen ja uskon, että aktiivisemmalla otteella, tarkalla suunnitelmalla ja paremmalla aikataulutuksella olisin voinut saada kotihoidon tiimin kanssa tutkimuksen kannalta tärkeimmät asiat esille ja koulutukset onnistumaan paremmin. On muistettava, että kaikkea toimintaa oli itsessään vielä vaikeuttamassa korona pandemian alkaminen ja sen aiheuttamat rajoitukset sekä tiukat ohjeistukset koskien palaveria, tapaamisia kuin itse asiakastyöntekemistä, joihin en ollut osannut varautua tarpeeksi. Suurimman pettymyksen tutkimustyön aikana itse koin, kun tukenani ollut kehittämisasiantuntija jäi pois työstään. Koin, etten jaksanut olla enää yhtä aktiivinen ja vertaistuen saaminen oli hankalampaa, koin myös, että kotihoidon tiimin jäsenten motivaatio tutkimustyötä kohtaan heikkeni, ajan kuluessa. Uskon, että tämä oli myös yksi syy suunnitellun tutkimustyön aikataulun venymiseen. Toisaalta koko pitkän ja itselle raskaalle tuntuvan tutkimustyön aikana yritin muistaa pitää kiinni omasta hyvinvoinnista,

joka olikin työn ohessa välillä koetuksellakin. Sillä, jo itse korona pandemia vaikeutti päivätyötäni, muuttaen sitä aika lailla raskaammaksi. Pidin kuitenkin kiinni siitä, että en tee kyseisestä tutkimuksen tekemisestä itselleni pakkoa vaan vien asioita eteenpäin, kun siltä tuntuu ja aika ja työni antaa myöten.

LÄHTEET

- Arifullen- Hämäläinen, Ulla, Koskinen, Sanna, Nevalainen, Tomi, Pietilä, Piia, Poutiainen, Erja, Rosenvall, Ari & Arajuuri Jaana 2016. Eteenpäin elävä mieli. Launiainen, Helena (toim.) Muistiluuri – kehittämishankkeen loppuraportti. Miina Sillanpään julkaisusarja B:42. Helsinki. https://www.miinasillanpaa.fi/wp-cotent/uploads/2016/12/MSS_ML_DIGITAL.pdf Viitattu 24.5.2021.
- Mäkinen, Elisa, Kruus-Niemelä, Maria, Roivas, Marianne 2009. Teoksessa: Ikäihmisten hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisuja, sarja A: Tutkimukset ja raportit 1. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. viitattu:13.5.2021.
- Ahonen, Outi, Ikonen, Helena & Koivukoski, Sirpa 2007. Hoitotyön prosessi potilaan hoidon suunnittelun työvälineenä. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajaliitto, 10/2007, 6-9.
- Autti-Rämö, Ilona, Mikkelsen, Marja, Lappalainen, Tiina & Leino, Eeva 2016. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa: Autti-Rämö, Ilona, Salminen, Anna-Liisa, Rajavaara, Marketta & Ylinen, Arne (toim.) Kuntoutuminen.1. painos. Helsinki. Kustannus oy Duodecim.56-72.
- Depressio. Käypä hoito- suostus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>. Viitattu. 1.5.2022.
- Elo, Satu & Kyngäs, Helvi 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nurs-ing 62 (1), 107 – 115. <https://doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>. Viitattu:20.2.2023.
- Eloranta, Sini 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Väitöskirja. Turun yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4049-3>. Viitattu: 31.5.2021.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari, 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki. Tammi.
- Ensio, Anneli, 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo. Suomen sairaanhoidajaliitto ry. 38-40.
- ETENE 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportteja. ETENE-julkaisuja. AT-julkaisutoiminta Oy. Kirjapaino Koili Oy. Vantaa.<https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf.pdf>. Viitattu: 20.10.2020.
- Geriatrinen depressioasteikko (GDS). Käypä hoito- suostus 2019. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2022. <https://www.kaypahoito.fi/pgr00024>, Viitattu: 15.4.2023.
- Granö, Sirpa & Pikkarainen Aila 2010.Työikäisen muistisairaahan hoito ja kuntoutus. Teoksessa: Härmä, Heidi & Granö, Sirpa (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki. WSOY pro, 260–377.
- Heikkinen, Eino 2008. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuneen vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina. (toim.) Gerontologia. Helsinki. Kustannus Oy. Duodecim. 402-415.
- Helin, Satu 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. Keuruu. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy. 416-433.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula, 2008. Tutki ja kirjoita. 13.uudistettu painos. Helsinki. Tammi. 156-160.
- ICF 2013. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organization. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Ohjeita ja luokituksia 2004:4.6. Painos. Tampere. Juvenes Print- Suomen yliopistopaino Oy. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>.Viitattu: 13.8.2021.

Ikonen, Eija-Riitta, 2013. Kehittyvä kotihoito. 3 uudistettu painos. Helsinki. Edita. 165-167.

Ivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Jyväkorpi, Satu, Strandberg, Timo, Untamo, Anneli, Pitkälä, Kaisu, Suominen, Merja, Kokko, Katja & Heimonen, Sirkka-liisa 2020. Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi. Gerontologia 34(4), 339-344.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa: Kuntoutus. Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) 2.painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 51-62.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY pro Oy.

Kari Lea & Savinainen, Kirsi 2015. Voimavaralähtöisyys ja yhteistoiminta ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Terveystoiminta YAMK, Sairaanhoidaja YAMK. Kuntoutuksen tutkinto-ohjelma. Tutkimuksellinen kehittämissyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100502/Kari_Lea%20-%20Savinainen_Kirsi.pdf?sequence=1. Viitattu: 3.4.2022.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri, 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY Sanoma pro Oy.

Kettunen, Reetta, Kähäri-Week, Kaija, Vuori-Kemilä, Anne, Ihalainen, Jorma 2017. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4-6 painos. Helsinki. Sanoma Pro. 6-115.

Konsensuslausuma 2012. Duodecim ja suomen akatemia. Kohti parempaa vanhuutta. Suomalainen lääkäri-seura duodecim ja suomen akatemia. Verkkojulkaisu. <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/konsensuslausuma20122.pdf>. Viitattu: 17.10.2021.

Koivula, Riitta, 2009. Toimijuus ikääntyessä. Teoksessa Pohjolainen, Pertti - Heimonen, Sirkkaliisa (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Helsinki: Ikäinstituutti. 30-36. Viitattu: 25.5.2022.

Kuopion kaupunki, 2018. Ikäystävällinen Kuopio-ohjelma. Verkkojulkaisu. <http://publish.kuopio.fi/kokous/2018509077-11-1.PDF>. Viitattu: 30.10. 2021.

Kuopion kaupunki 2019a. Kotihoidon palvelukuvaus. verkkojulkaisu. Perusturva ja terveydenhuolto. Vanhusten hoivapalvelut. Tiina Kallio. Päivitetty 28.2.2019. <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7453095/Kotihoidon+palvelukuvaus.pdf/afd14c24-277c-406a-90b2-7dc2769f3356>. Viitattu: 23.3.2022.

Kuopion kaupunki 2019b. Omavalvonta-suunnitelma. Asuminen, vanhusten hoivapalvelut. Verkkojulkaisu. https://www.kuopio.fi/documents/7369547/8495678/2362-2019-1+2019-02-28_OVS+Yleinen+osio+asumispalvelut+280219+756085_1_1.pdf/c0bfb4b2-5bf4-4733-9f8a-6eb1d8c29217. Viitattu: 12.2.2022.

Kuopion kaupunki 2020a. Henkilöstökertomus. Verkkojulkaisu. <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/8828868/Henkil%C3%B6st%C3%B6kertomus+2020.pdf/fda61e4f-1dea-45f6-a916-f07112a33853>. Viitattu: 12.2.2022

Kuopion kaupunki 2020b. Perusturva ja terveydenhuolto. Perusturvan palvelualue. Vanhuspalvelut. Vanhuspalveluiden myöntämisperusteet v. 2021. Verkkojulkaisu. <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7556251/Vanhuspalveluiden+my%C3%B6nt%C3%A4misperusteet+2021.pdf/427314a3-af6d-49ef-949f-d3b5ce77e723>. Viitattu: 24.5.2022.

Kuopion hyvinvointisuunnitelma vuosille 2021-2025. Verkkojulkaisu. <https://kuopionhyvinvointisuunnitelma.fi/>. Viitattu: 19.4.2022.

Kivelä, Sari, 2011. Vanhana tänään. Kohtaavatko tiedot, suositukset ja arkipäivän kokemukset toisensa ikääntyneiden ja vanhusten hoidossa ja palveluissa? Suomen senioriliike 2011. Helsinki.

Kuusela, Maija, 2009. Moniammatillinen osaaminen kotihoidossa olevien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisessa kotihoidon ammattihenkilöiden kuvaamana. Pro-Gradu-tutkielma. Turku. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Käkilehto, Riikka 2022. Yli 75 -vuotiaiden säännöllisen kotihoidon asiakkaiden masennusoireiden yhteys ravitsemustilaan, toimintakykyyn ja sairauksiin. Pro gradu -tutkielma, Kansanterveystiede. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/28183/urn_nbn_fi_uef-20221047.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu: 8.3.2023.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY. 21–43.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu: 13.5.2021.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/ 812. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Viitattu: 13.7.2021.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007/159. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. Viitattu: 15.7.2021.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012/980. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Viitattu: 13.5.2021.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Juva. WSOY.

Liponkoski, Riitta & Routasalo, Pirkko 2001. Emotional support received by an aged rehabilitation patient during hospital care. Artikkelii. Hoitotiede 13:5. 258-265.

Liljamo, Pia, Kinnunen Ulla-Mari & Ensio, Anneli. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet sarja 2/2012. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>. Viitattu: 31.8.2020.

Lotvonen, Sinikka, Kyngäs, Helvi, Tuomikoski, Anna-Mari & Saarela, Kaisa-Mari 2021. Kotihoidossa ikääntyneille toteutetut kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallit: kartoittava katsaus. Hoitotiede Kuopio. 2021, Vol 33 (2), 86-101.

Moilanen, Katri & Pyylampi, Reija 2020. Laadukas näyttöön perustuva kirjaaminen vaikuttavan ja turvallisen hoidon edistäjänä. Hoitotyön kirjaamisen laadun arviointi. Opinnäytetyö YAMK. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen. <http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020061118343>. Viitattu: 4.2.2022.

Niemelä, Kristiina 2011. Assisted rehabilitation for older people. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen: laitospääntuustusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset, iäkkäiden toimintakykyyn ja elämälaatuun. Väitöskirja. Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0546-8>. Viitattu: 3.5.2022.

Pajala, Satu 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>

Paltamaa, Janna & Perttilä, Pirkko 2015. Toimintakyvyn arviointi –ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksia 137. Tampere. Juvenes Print. <https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>. Viitattu: 10.4.2021.

Pitkälä, Kaisu, Eloniemi-Sulkava, Ulla, Huusko, Tiina, Laakkonen, Marja-Liisa, Pietilä, Minna, Raivio, Minna, Rautasalo, Pirkko, Saarenheimo, Marja, Savikko, Niina, Strandberg, Timo &

Tilvis, Reijo 2007. Katsausartikkeli. Lääketiede. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Suomen lääkärilehti 42/2007 vsk 62. 3851-3856. Viitattu: 4.5.2022.

Pohjolainen, Pertti 2007. Ikääntyneiden arki. Näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin. Ikäihmisten elämäntyyli ja toimintakykyinen arki. Oraita 2/2007.GRODDAR SPROUTS. Ikäinstituutti ja kirjoittajat. ISBN 978-952-7254-16-5 (PDF). Viitattu: 03.09.2022.

Pohjolainen, Pertti. 2009. Ajatuksia toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen. Pohjolainen, Pertti & Heimonen, Sirkkaliisa (toim.). Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi- ikäinstituutin toimintakykymalli ja sen sovellukset. ORAITA 1/2014. GRODDAR SPROUTS. Ikäinstituutti ja kirjoittajat. ISBN 978-952-5968-35-4 (PDF). Viitattu 26.3.2021.

Puustinen, Jonna, 2018. Iäkkään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sisältö kotihoidossa. FinCC- luokituskokonaisuuteen perustuva dokumenttianalyysi. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro Gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/19899/urn_nbn_fi_uef-20181197.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu: 29.3.2023.

Päivärinta, Eeva, Haverinen, Riitta, 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma- opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kunta- liitto. Stakes. Verkkojulkaisu. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/10024/69998/1/op52.pdf>. Viitattu:29.3.2023.

Rantakömi- Stansfield, Suvi & Valtamo, Anna 2015. Kuntoutuslaitosten moniammatillisten työryhmien käsityksiä ICF-luokituksesta: fenomenografinen tutkimus. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Fysioterapian Terveystieteiden laitos. Viitattu: 6.6.2022.

Räisänen, Riitta 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Jyväskylä. Otavan kirjapaino.

Räisänen, Riitta 2019. Elämänlaadun monipuolinen huomioiminen ja tukeminen käytännön työssä. Kulmala, Jenny (toim.) Hyvä vanhuus. Menetelmiä aktiiviseen arjen tukemiseen. Jyväskylä. PS-Kustannus. Otavan kirjapaino. 18-84. Viitattu. 8.3.2022.

Råback, Mirka, Korpilahti, Ulla & Lillsunde, Pirjo 2017.Koti ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoite ohjelma vuosille 2014-2020. Turvallisuutta kaikille kotona, vapaa-ajalla ja liikunnassa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:46. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3898-4> . Viitattu: 17.10.2021.

Salminen, Anna-Liisa, Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2016. Kuntoutumisen lähtökohdat. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa: Autti-Rämö, Ilona, Salminen, Anna-Liisa, Rajavaara, Marketta & Ylinen, Arne (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 20-32.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puustniekka, Anna 2009. Kvalimotv. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Verkkojulkaisu. <https://www.fsd.tuni.fi/tietoaarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>. Viitattu:04.03.2022

Sonninen, Anna-Liisa & Ikonen, Hanna. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Ensio, Anneli, Saranto, Kaija, Sonninen, Anna-Liisa & Tanntu, Kaarina (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY, 77–78.

STM 2020. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikävyvykäs Suomi. Ikääntyvän väestön hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2020: 31. Helsinki. AT- Julkaisutoimisto Oy. 17. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf?sequence=4. Viitattu: 15.8.2022.

STM ja Kuntaliitto 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2020:29. Helsinki. AT- julkaisutoimisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>. viitattu: 03.09.2022.

Suhonen, Riitta 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaan hoitotyön perustana. Teoksessa Hallila, Liisa. (toim.). Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Tammi, 36–37.

Suvikas, Annukka, Nordman, Pia, Laurell, Leena, 2011. Kuntouttava lähihoito. 4.-5 painos. Helsinki. Edita.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. Ohjeita ja luokituksia 2004:3. Stakes. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77744/ICF_2013_2503verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu:16.4.2023.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2022. Kirjaamisopas. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. (toim.) Kauvo, Taina & Virkkunen, Heikki. 5.0. 3/2022. verkkojulkaisu. https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY/Potilastiedon+kirjaamisen+yleisopas?pre-view=/67033162/84547834/Potilastiedon%20kirjaamisen%20yleisopas_PRINT-v5.pdf. Viitattu. 18.9.2022.

Tuomi, Jouni, Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Hansaprint Oy.

Tuomi, Jouni, Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Verkkokirja. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Uudistettu laitos.

Tuomikoski, Annukka, Parisod, Heidi, Oikarainen, Ashlee, Siltanen, Hannele & Holopainen, Arja 2019. Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavien päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. Muistiliiton julkaisusarja 1/2019. https://www.muistiliitto.fi/application/files/8915/5134/0010/Laakkeettomien_menetelmien_vaikutukset_muistisairautta_sairastavan_paivittaisista_toiminnoista_selviytymiseen.pdf. Viitattu: 17.7.2022.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. viitattu: 26.10.2020.

Turjamaa, Riitta. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1616-7>. Viitattu: 03.11.2021.

Turjamaa, Riitta, Hartikainen, Sirpa, Kangasniemi, Mari, Pietilä, Anna-Maija 2015. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2015; 29(2): 317-324. Viitattu: 29.6.2022.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja terveyden ja hyvinvoinninlaitos ohjaus 2020. Viireyttä seniorivuosiin – Ikääntyneiden ruokasuositus 4/2020. Puna Musta Oy. Helsinki.

Vanhuspalvelulaki 980/2012. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P9fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P9>. Viitattu 13.4. 2021.

Vilka, Hanna 2021. Tutki ja kehitä. 5. painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Virtanen, Katriina 2008. Kirjaamisen sisältö hoito- ja palvelusuunnitelmissa vanhusten palvelukeskuksessa. Pro-Gradu. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Vuojärvi, Anne-Mari 2018. Kotihoidon asiakkaan kuntoutus. Kuntoutussuunnitelmat käytöön. Kuntouttavalla työotteella yhdessä eteenpäin. Opinnäytetyö YAMK. Kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma YAMK. Seinäjoki. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkö. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805056604>. Viitattu: 15.10.2022.

Vähäkangas, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. terveystieteen laitos.

Terveyshallintotiede. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Oulun yliopisto. Tampere. Juvenes
Print. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514262319>. Viitattu: 18.10.2022.

LIITE 1

SUORAT LAINAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
" pystyy ottamaan lääkkeet valvotusti, kun ne laitetaan valmiiksi kuppiin"	lääkkeiden ottamisen valvominen	
" jätetään illan lääkkeet anja-pussissa pöydälle"	lääkkeiden antaminen	
"varmistaa, kun asiakas pistää itsenäisesti insuliinin..."	insuliinin piston varmistaminen	
..."varmistetaan lääkkeenottaminen..."	lääkkeiden ottamisen varmistaminen	
"valvotaan lääkkeenottaminen pus-sista"	lääkkeiden ottamisen valvominen	
"käydään antamassa aamulääkkeet ja huolehditaan tilaamisesta"	avun tarve lääkkeiden tilaamisessa	
"Annetaan lääkkeet dosetista" ..	lääkkeiden antaminen	
"pystyy ruokailemaan omatoimisesti, kun hoitaja laittaa asiakkaalle tarjolle ruokaa ja välipaloja"	välipalojen ja ruoan esille laittaminen	
.."tarvitsee ohjausta ruoan valmistuksessa"	ohjaaminen ruoan valmistamisessa	
"Tarvitsee hoitajan tukea ja apua suihkupesuisissa"	avustaminen ja tuki suihkupesuisissa	
"Säänmukaisessa pukeutumisessa muistuttelua..."	muistuttelua pukeutumisessa	KYKENEMÄTTÖMYYS OMATOIMISUUTEEN PÄIVITTÄISISSÄ TOIMINNOISSA
"hoitajan ohjausta pukeutumisessa ja wc-avuisissa" ..	ohjaus pukeutumisessa ja avustamista wc:ssä	
"Hoitaja huolehtii hampaiden pesusta"	hampaiden peseminen	
"Wc-asioissa muistutellaan ja kannustetaan..."	muistuttelua wc-asioissa ja kannustaminen	
"Tarvitsee apua pesuilla melko lailla täysin..."	avun tarve pesuissa	
"Riisuutumisessa ja pukeutumisessa tarvitsee apua"	avun tarve riisuutumisessa ja pukeutumisessa	
"Avustetaan siirtymisissä vuoteesta pyörätuoliin ja takaisin."	avun tarve siirtymisessä	FYYSISEN TOIMINTAKYVYN MUUTOS
"asiakkaalla ajoittain vaikeuksia liikkumisessa..."	liikkumisen vaikeus	
"ei pääse itsenäisesti tuolista ylös"	avun tarve ylösnousemisessa	
"kivut vaikeuttavat selviytymistä"	kipuja	
"Asiakkaalla käytössä kaupungin turvanneke ja turvapuhelin, jolla osaa soittaa apua tarvittaessa"	avun saaminen apuvälineen avulla/turvateknologia	TAPATURMARISKI
"Lonkkahousut ja kypärä käytössä. Muistutellaan apuvälineiden käytöstä." Runsaasti kaatumisia kotona".	apuvälineiden käyttäminen	
"Masentuneisuutta ja saamattomuutta. Iltaa kohden rauhattomuutta"	masennus, saamattomuus sekä rauhattomuus	MIELIALAN JA KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOS
"Eristäytyy sosiaalisista tilanteista ja ahdistuneisuutta on,	eristäytyminen ja ahdistuneisuus	
eikä enää itsenäisesti ulkoile, kotoa poistuminen vaikeaa"	ei ulkoilua	SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN MUUTOS
"Harhaluuloisuutta, on kuullut ääniä."	harhaluulot ja äänet	
... ei muista eikä osaa..."	muistiongelmia ja toiminnan ongelmia	KOGNITIIVISEN TOIMINTAKYVYN MUUTOS

LIITE 2

SUORAT LAINAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
" pystyy ottamaan lääkkeet valvotusti, kun ne laitetaan valmiiksi kuppiin"		
" jätetään illan lääkkeet anja-pussissa pöydälle"		
"valvotaan lääkkeenottaminen pussista"		
"käydään antamassa aamulääkkeet ja huolehditaan tilaamisesta"		
"Annetaan lääkkeet dosetista"--	KYKENEMÄTTÖMYYS OMATOIMISUUTTEEN PÄIVITTÄISISSÄ TOIMINNOISSA	PÄIVITTÄISET TOIMINNOT
"Kivut vaikeuttavat suoriutumista päivittäisistä toiminnoista--"		
"Huono näkö, eikä näe ottaa lääkkeitä itsenäisesti"		
"Turvotuksia jaloissa sydämen vajaatoiminnan vuoksi"		
"Kasvojen alueella ihottumaa"		
"pystyy ruokailemaan omatoimisesti, kun hoitaja laittaa asiakkaalle tarjolle ruokaa ja välipaloja"		
"Hahmottamisen häiriöitä- tarvitsee ohjausta ruoan valmistuksessa"		
"Tarvitsee hoitajan tukea ja apua suihkuseissa"		
"Säänmukaisessa pukeutumisessa muistutella..."		
"hoitajan ohjausta pukeutumisessa ja wc-avuiissa"...		
"Hoitaja huolehtii hampaiden pesusta"		
"Tarvitsee apua pesuilla melko lailla täysin/ itse pystyy pesemään edestä vartaloa, muuten hoitaja pesee.		
"Riisuutumisessa ja pukeutumisessa tarvitsee apua"		
"Avustetaan siirtymisissä vuoteesta pyörätuoliin ja takaisin."	FYYSISEN TOIMINTAKYVYN MUUTOS	LIIKKUMINEN
"asiakkaalla ajoittain vaikeuksia liikkumisessa..."		
"Asiakkaalla käytössä kaupungin turvaranneke ja turvapuhelin, jolla osaa soittaa apua tarvittaessa"	TAPATURMARISKI	TURVALLISUUS
"Lonkkahousut ja kypärä käytössä. Muistutellaan apuvälineiden käytöstä." Runsaasti kaatumisia kotona".		
"Masentuneisuutta ja saamattomuutta. Iltaa kohden rauhattomuutta"	MIELIALAN JA KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOS	PSYKKINEN TASAPAINO
"Eristäytyy sosiaalisista tilanteista ja ahdistuneisuutta on,		
eikä enää itsenäisesti ulkoile, kotoa poistuminen vaikeaa"	SOSIAALISTEN KONTAKTIEN MUUTOS	
"Harhaluuloisuutta, on kuullut ääniä."		SELVIITYMINEN
..."muistinmenetystä ja itsetuhoisia ajatuksia"	KOGNITIIVISET MUUTOKSET	

Kuopion kaupunki

Asianro 9987/2020

Vanhuspalvelujen tukipalvelut Kuntoutusjohtaja Miko Tapio Korhonen

8.12.2020

Lupa- ja ilmoitusasiat 6 § / 2020

Tutkimuslupa / Voidaanko hyvillä kirjaamiskäytännöillä saada kotihoidon asiakkaan kuntoutuminen ja osallisuus näkyvämmäksi hoito- ja palvelusuunnitelmiin? / Saija Ahonvala-Kelpe

Selostus ja perustelu

Savonia ammattikorkeakoulun opiskelija Saija Ahonvala-Kelpe hakee tutkimuslupaa / mahdollisuutta tehdä opinnäytetyö aiheenaan "Voidaanko hyvillä kirjaamiskäytännöillä saada kotihoidon asiakkaan kuntoutuminen ja osallisuus näkyvämmäksi hoito- ja palvelusuunnitelmiin?". Tutkimuksen kohteena on yksi kotihoidon alue / hoitorinki ja siellä asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöt. Kehittämistyön tilaajana on Kuopion kaupungin vanhuspalvelut ja aihe on noussut työelämän tarpeesta, halusta kehittää edelleen kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisosaamista. Tutkimuksen tehtävänä on selvittää millaisena kotihoidon asiakkaan toimintakyky, itsemääräämisoikeus, asiakaslähtöisyys ja osallisuus kuvautuvat hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöissä. Tarkoituksena on saada tietoa siitä, onko hoitohenkilökunnalle annetulla kirjaamiskoulutuksella ollut vaikutusta kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöihin.

Kehittämistyön tavoitteena on tiedon tuottaminen toimeksiantajalle yhden kotihoidon alueen asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöistä, henkilökunnan kirjaamisosaamisen vahvistaminen asiakaslähtöisemmäksi ja oman ammatillisen osaamisen kehittyminen.

Kehittämistyö tullaan tekemään vuosien 2020-2021 välisenä aikana, tutkimusaineiston keruu tehdään v. 2020 lopulla ja kehittämistyön on määrä valmistua kevään ja kesän 2021 aikana.

Päätös

Myönnän haetun tutkimusluvan ehdolla, että saatuihin tietoihin nähteen noudatetaan salassapitosäännöksiä ja yksi kappale valmistuvaa opinnäytetyötä luovutetaan maksutta sähköisessä muodossa Kuopion kaupungin perusturvan vanhuspalveluiden käyttöön.

Toimivallan peruste

Perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueiden toimintasäntö 9 §

Postiosoite

PL 227, 70101 KUOPIO

Puhelin

www.kuopio.fi

Käyntiosoite

Tulliportinkatu 17 B

Faksi

etunimi.sukunimi(at)kuopio.fi

Laskutusosoite

PL 3017, 70090 MONETRA

KUOPIO**Päätöspöytäkirja**

2 (2)

Tehtävä 13.00.00

Kuopion kaupunkiVanhuspalvelujen tukipalvelut
Kuntoutusjohtaja

8.12.2020

Asianro 9987/2020

Kuntoutusjohtaja Mikko Tapio Korhonen

Asiakirja on allekirjoitettu koneellisesti Kuopion kaupungin asianhallinta-järjestelmässä. Allekirjoituksen oikeellisuuden voi todentaa kirjaamosta.

Valmistelija

Nimi 1. (etunimi.sukunimi(at)kuopio.fi)

Liitteet

Liitteet.

Tiedoksi

Toimenpiteitä varten

Päätös on lähetetty sähköpostitse tiedoksi 8.12.2020.

Tiedoksi

Saija Ahonvala-Kelpe

Muutoksenhakukielto

Puijonlaakson tukipalvelut, kotihoito, Nimi1.

Vanhusten hoivapalvelujen hallinnolliset tukipalvelut, Nimi 2.

Kuntalain 136 §:n mukaan tähän päätökseen ei saa hakea muutosta, koska päätös koskee vain valmistelua tai täytäntöönpanoa.

Postiosoite PL 227, 70101 KUOPIO
Käyntiosoite Tulliportinkatu 17 B
Laskutusosoite PL 3017, 70090 MONETRA**Puhelin**
Faksiwww.kuopio.fi
etunimi.sukunimi(at)kuopio.fi