



ITSEMÄÄRÄMISOIKEUDEN TO- TEUTUMINEN TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISESSA

Janette Isaksson

Tiina Varin-Kuikka

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

JANETTE ISAKSSON & TIINA VARIN-KUIKKA:
Itsemääräämisoikeuden toteutuminen tehostetussa palveluasumisessa

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Maaliskuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kuinka itsemääräämisoikeus toteutuu tehostetussa palveluasumisessa hoitajien kokemana eri hoitotyön tarve-alueilla. Tarkastelun kohteeksi valittiin seuraavat hoitotyön tarve-alueet: aktiviteetti, selviytyminen, terveyskäyttäytyminen, lääkehoito, ravitsemus, turvallisuus ja päivittäiset toiminnot. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä lähi- ja sairaanhoitajien tietämystä itsemääräämisoikeudesta ja sen myötä lisätä hoitohenkilökunnan kunnioitusta potilaan itsemääräämisoikeutta kohtaan. Työelämätahona toimi eräs tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa tuotetaan ympärivuorokautista palvelua ikäihmisille. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella ja kysely toteutettiin kokonaisotantana. Kerätty aineisto analysoitiin tilastollisella menetelmällä.

Tulokset osoittivat, että asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen tehostetussa palveluasumisessa täyttyi vaihtelevasti hoitajien näkökulmasta eri tarve-alueilla. Itsemääräämisoikeus toteutui satunnaisesti keskiarvoja havainnoitaessa. Tuloksia tarkasteltaessa tuli ottaa huomioon kyseisen tehostetun palveluasumisyksikön asukasrakenne, valtaosalla asukkaista esiintyi jonkin asteista muistisairautta. Tämä saattoi vaikuttaa jonkin verran hoitajien mahdollisuuden kunnioittaa asukkaan itsemääräämisoikeutta.

Hoitajilla oli vaihtelevasti tietoa itsemääräämisoikeudesta ja sen toteuttamisesta hoitotyössä, mutta puutteita oli havaittavissa tulosten perusteella. Keskeisimpänä kehittämissaasteena oli hoitajien tietämyksen lisääminen itsemääräämisoikeutta koskevista laeista ja suosituksista yhdistettynä ympäristön vaatimukseen. Kehittämissaasteeksi nousi myös hoitajien ymmärryksen täydentäminen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta ikäihmisen ja muistisairaanpotilaan hoitotyössä.

Asiasanat: itsemääräämisoikeus, tehostettu palveluasuminen, ikäihminen, hoitotyön tarve-alueet

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care Nursing
Nursing

JANETTE ISAKSSON & TIINA VARIN-KUIKKA:
Realization of Self-Determination 24-Hour Service Housing

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 7 pages
March 2015

The subject of this Bachelor's thesis was to describe how self-determination was realized in 24-hour service housing, as experienced by nurses. Examination object was chosen following perspective of nursing: activity, coping, health behavior, medical treatment, nutrition, safety and activities of daily living. The objective of this study was to increase nurses' knowledge of self-determination and thus increase the respect towards patients' self-determination among nursing personnel. For a working environment operate one of the 24-hour service housing unit where they generate 24-hour service for elderly people. This study applied a quantitative research method and the data were gathered through questionnaires containing structured questions and questionnaire was executed binary sampling. The gathered data were analyzed statistically.

The results show that there was a lot of variation in the residents' self-determination in different needs. Self-Determination come true occasionally when examine average. When examining the results, the structure of residents had to be taken into consideration in respective service housing as major part residents appear some degree of memory disorder. This may have affected the nurses' possibility to respect the residents' self-determination.

Nurses had variable information about self-determination and it's realization in nursing, but based on results there was deficiency's. Most important development challenge was to increase nurses' knowledge for self-determination law's and recommendations based on environment requirements. Also one of the development challenges was to increase nurses understanding for respect of self-determination against elderly people and also nursing memory disorder people.

Key words: self-determination, 24-hour service housing, elderly people, needs fields of nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA.....	7
	3.1. Itsemääräämisoikeus ja lainsäädäntö terveydenhuollossa	8
	3.1.1 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus ja asiakkaan tiedonsaantioikeus	9
	3.1.2 Hoitotahto.....	11
	3.1.3 Itsemääräämisoikeus ja ikääntyminen	13
	3.1.4 Omaisten rooli itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa.....	14
	3.2. Palveluasuminen ja lainsäädäntö	14
	3.2.1 Asumisen tukeminen ennen tehostettua palveluasumista	16
	3.2.2 Tehostetun palveluasumispaikan hakeminen.....	17
	3.2.3 Tehostettu palveluasuminen.....	18
	3.3. Hoitotyön prosessi	19
	3.3.1 Tavoitteet, toiminnot, toteutus ja arviointi hoitotyön prosessissa.....	20
	3.3.2 Prosessimallin tarve-alueet.....	21
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	23
	4.1. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	23
	4.2. Aineiston keruu ja analyysi.....	23
5	TULOKSET	26
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA PÄÄTÄNTÄ.....	34
	6.1. Tulosten tarkastelu.....	34
	6.2. Opinnäytetyön eettisyys.....	36
	6.3. Opinnäytetyön luotettavuus	37
	6.4. Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	38
	6.5. Jatkotutkimus ehdotukset ja kehittämishaasteet	39
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET	45
	Liite 1. Kyselykaavake	45
	Liite 2. Saatekirje	48
	Liite 3. Tutkimusluettelo	49

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen (2014) väestörakennetilaston mukaan Suomessa oli viime vuoden lopussa yli 65-vuotiaita koko väestöstä 19,4 %. Ikäihmisten määrä on kaksinkertaistunut viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana. Vuoden 2012 lopussa vanhainkotihoitossa oli 13 587 asukasta ja tehostetussa palveluasumisessa 32 257 asukasta. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asukas määrä nousi lähes viisi prosenttia (4,7 %) kahden vuoden aikana. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asukkaiden keski-ikä oli 83,5 vuotta. (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012.)

Itsemääräämisoikeuden määritelmä on, että yksilö on kykenevä itse tekemään valintoja, päätöksiä ja kykenee toimimaan niiden mukaisesti. Muilla ihmisillä on velvollisuus kunnioittaa yksilön itsemääräämisoikeutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 137.) Suomessa laki ohjaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Tässä laissa sosiaalihuoltoa toteuttaessa on ensisijaisesti otettava huomioon potilaan toivomukset ja mielipide. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.) Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan asumismuodosta riippumatta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Sosiaalihuoltolain (710/1982) ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mukaan ikäihmisten asumispalvelut on jaoteltu tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksikössä. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää miten ikäihmisten itsemääräämisoikeus toteutuu hoitotyön eri tarve-alueilla ja mitkä taustatekijät vaikuttavat itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Taustatekijöillä opinnäytetyössä tarkoitetaan aiheeseen liittyviä lakeja, laatusuosituksia, asiakkaan tiedonsaantioikeutta ja hoitotahtoa. Tavoitteena oli lisätä lähi- ja sairaanhoitajien tietämystä itsemääräämisoikeudesta ja lisätä ikäihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittamista hoitotyössä tehostetussa palveluasumisessa. Oma kiinnostus aiheeseen nousi oman työn kautta ikäihmisten parissa. Työelämän edustaja halusi, että opinnäytetyössä aihetta käsiteltäisiin hoitajien näkökulmasta. Mielestämme aihe oli keskeinen käsiteltäessä tehostettua palveluasumista.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksikössä.

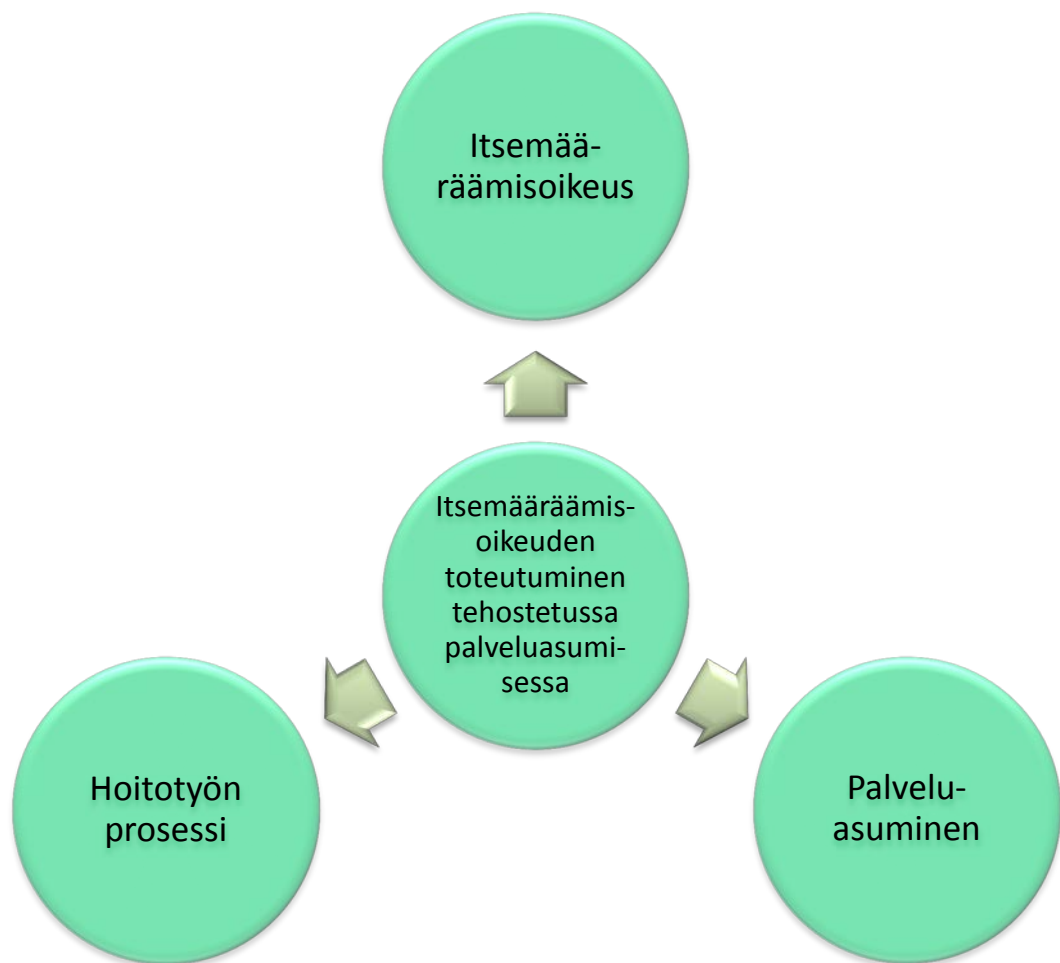
Tämän opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Miten ikäihmisten itsemääräämisoikeus toteutuu eri tarve-alueilla?
2. Mitkä taustatekijät vaikuttavat itsemääräämisoikeuden toteutumiseen?

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä lähi- ja sairaanhoitajien tietämystä itsemääräämisoikeudesta ja lisätä ikäihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittamista hoitotyössä tehostetussa palveluasumisessa.

3 TEOREETTINEN LÄHTÖKOHTA

Opinnäytetyömme aiheena oli asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen tehostetussa palveluasumisessa hoitajien näkökulmasta. Teoreettinen lähtökohta (kuvio 1) koostuu itsemääräämisoikeudesta, hoitotyön prosessista ja palveluasumisesta. Teoreettinen lähtökohta nousi esille kirjallisuudesta ja käytännön hoitotyöstä.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta

3.1. Itsemääräämisoikeus ja lainsäädäntö terveydenhuollossa

Itsemääräämisoikeus on perus- ja ihmisoikeus, joka lähtee yhdenvertaisuudesta. Jokaisella ihmisellä on samat oikeudet ja sama kelpoisuus lain edessä, riippumatta hänen taustastaan. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jokaisella on sama oikeus päättää omasta elämästään niin suurissa kuin pienissä asioissa. Ihmisellä on myös vajaanlaisena oikeus päättää niistä asioista, jotka hän kykenee itse käsittämään. Itsemääräämisoikeutta ei ole mahdollista ohittaa vetoamalla esimerkiksi tarkoituksenmukaisuuteen tai resursseihin. (Nurmi-Koikkalainen, 2009.)

Suomessa laki ohjaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Tässä laissa sosiaalihuoltoa toteuttaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide, sekä kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812.) Lisäksi laki ohjaa että asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Asiakkaan kieltäytyessä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Itsemääräämisoikeutta koskevaa lakia tullaan uudistamaan, koska edeltävässä lainsäädännössä on havaittu puutteita. Lakiuudistuksen piti tulla voimaan vuoden 2014 marraskuussa, mutta uudistuksessa oli tuolloin vielä aukkoja havaittavissa. Lakiuudistuksen on tarkoitus vahvistaa sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Lisäksi sen tarkoitus on ennaltaehkäistä rajoitustoimenpiteiden käyttöä, sekä turvata välttämätön hoito ja huolenpito tilanteissa joissa henkilö ei kykene tekemään terveydenhuoltoon koskevia päätöksiä. Laissa myös varmistetaan, että asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia rajoitetaan vain silloin, kun se on välttämätöntä. Lain tarkoituksena on edistää turvallisuutta annettaessa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Uotinen, 2014.)

Itsemääräämisoikeus merkitsee hoitotyössä asiakkaan oikeutta kieltäytyä kaikesta hänelle suunnitellusta hoidosta, hoitotoimenpiteestä tai jo aloitetusta hoidosta. Tämä kieltäytymisoikeus koskee myös sellaisia hoitotoimia, joiden tekemättä jättäminen voi joh-

taa asiakkaan vaikeaan vammautumiseen tai jopa kuolemaan. (Kotisaari & Kukkola 2012, 88–89.)

Kortemäen (2012) mukaan henkilökunnasta johtuvia itsemääräämisoikeuteen vaikuttavia tekijöitä voi olla ymmärtävän ja osaavan henkilökunnan puute, työntekijöiden ajanpuute tai pienet henkilökuntaresurssit. Henkilökunnalla voi myös olla tottumuksia päättää ikäihmisen puolesta tai itsemääräämisoikeuteen voi vaikuttaa henkilökunnan eriävät mielipiteet ikäihmisen kanssa. Työpaikkakulttuurilla ja henkilökunnan piittaamattomuudella on vaikutusta itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. (Kortemäki 2012, 73.)

Immosen (2005, 42) mukaan hoitajilla oli erittäin heikot tiedot siitä määrittelee potilaslaki (785/1992) tavan, jolla kysytään lupa ikäihmisen hoitoon. Hoitajilla oli kuitenkin hyvät tiedot siitä minkä mukaan ikäihmisellä itsellään on viime kädessä oikeus päättää omasta hoidostaan ja hoitoonsa liittyvistä asioista, vaikka se ei olisi aina hänen etunsa mukaista. Potilaslaki määrittelee lepositeiden käyttämisen tarkoin ja milloin pakkotoimia on luvallista käyttää. Hoitajien tiedoissa havaittiin puutteita, siitä miten ja milloin pakkotoimien käyttö on sallittua.

3.1.1 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus ja asiakkaan tiedonsaantioikeus

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen kuntaliitto ovat antaneet iäkkäitten ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen. Viimeisin uudistus laatusuositukseen on tehty vuonna 2013. Uudistuksen tarkoitus on ottaa huomioon ohjaus- ja toimintaympäristöön tapahtuneet ja tapahtuvat muutokset, sekä tuorein tutkimustieto. Suosituksen tarkoitus on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitoa, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain toteutumista. Laatusuositus on valmisteltu laajapohjaisessa työryhmässä eri alojen ammattilaisten toimesta. Suositus on tarkoitettu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioimisen tueksi. Lisäksi sen hyödyntäminen on mahdollista esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajille, kolmannen sektorin toimijoille, sekä muille hoitoalan ammattilaisille. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2013, 9.)

Laatusuosituksen kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakyvyltään hyvä ikääntyminen koko väestön vanhenevalle osalle. Lisäksi tarkoituksena on tarjota laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville ikäihmisille. Palvelun laadulla tarkoitetaan kykyä vastata ikäihmisten tarvitsemiin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaisesti ja kustannustehokkaasti. Laadukas palvelu mahdollistaa ikäihmisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja parantamisen. Lisäksi laadukas palvelu turvaa hyvän palliatiivisen hoidon elämän loppuvaiheessa. Osa suosituksesta kohdistuu primääritasolle, joka tarkoittaa koko väestöä ja osa suosituksesta kohdistuu sekundääri tasolle eli yksilötasolle. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2013, 10.)

Uudistuneen laatusuosituksen lähtökohta on tukea kuntia palveluiden kehittämistyössä. Tarkoitus on parantaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja hoitotyön laatua, sekä edistää laadun järjestelmällistä arviointia. Yhteistyön edistäminen eri alojen ammattilaisten välillä kuuluu myös laatusuositukseen. Lisäksi iäkkäiden kannustaminen mukaan palveluiden kehittämiseen luo mahdollisuuden potilaslähtöisempään työskentelyyn. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2013, 10–11.)

Asiakkaan tiedonsaantioikeus perustuu itsemääräämisoikeuteen. Tiedonsaantioikeuden mukaan asiakkaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Asiakkaalle tulee antaa selvitys hoidon laadusta ja laajuudesta. Tämä sisältää tiedon riskitekijöistä, epäonnistumismahdollisuuksista sekä erilaisista hoitovaihtoehdoista. Tieto tulee antaa niin, että asiakas ymmärtää sen sisällön. Asiakkaan ollessa kykenemätön vastaanottamaan tietoa, annetaan sitä hänen läheisilleen, ellei asiakas ole tätä erikseen kieltänyt. Tiedon antaminen edellyttää sairaanhoitajalta hyvää tietämystä asiakkaan saamasta hoidosta väärinkäsitysten välttämiseksi. Asiakkaan saamien tietojen sisällöstä tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. Myös tilanteesta jossa asiakas ei saa haluamiaan tietoja tulee tehdä merkintä ja merkinnästä tulee ilmetä myös syy miksi tietoja ei ole annettu. Syitä siihen miksi tietoja ei anneta voi olla esimerkiksi asiakkaan kieltäytyminen vastaanottamasta tietoa tai pitkälle edennyt muistisairaus. (Kotisaari & Kukkola 2012, 108–111.)

Asiakkaalla on oikeus lukea potilasasiakirjoihin merkityt tiedot itsestään ja tarvittaessa hän voi myös oikaista merkintöjä. Tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille ilman erillistä kirjallista lupaa, jonka asiakas antaa. Hoitoalan ammattilainen on asiakkaan pyytäessä

velvollinen selittämään epäselvät asiat, jotta asiakas voisi ymmärtää potilasasiakirjojen sisällön. (Anttila ym. 2011, 12.)

Immosen (2005, 41) mukaan hoitajilla oli heikosti tietoa siitä, pitääkö hoitajien potilaslain mukaan antaa ikäihmiselle selvitys terveydentilasta tai muista terveydentilaan liittyvistä asioista kaikissa tilanteissa. Samalla Immonen (2005) painottaa, että hoitajat tuntevat hyvin potilaslain (785/1992) ja sen tiedottamisen ikäihmiselle. Tutkimuksen mukaan hoitajat tiesivät myös hyvin potilaslain säädöksen, jossa ikäihmisellä on mahdollisuus tarkistaa itseään koskevat asiakirjamerkinnot.

3.1.2 Hoitotahto

Itsemääräämisoikeutta voi ilmaista etukäteen hoitotahdon avulla. Hoitotahto on asiakkaan vakaan harkinnan ilmaisema tahto sen varalta, että hän ei sairauden tai onnettomuuden takia pysty osallistumaan päätöksentekoon hoitoaan koskevissa asioissa. (Potilaan oikeudet 2014.) Hoitotahdosta on tehtävä selkeä, asiakkaan itse varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin erillinen asiakkaan tahdon ilmaisema asiakirja. Äkillisten terveydentilamuutosten takia on hyvä, että asiakas on kertonut läheisilleen hoitotahdostaan ja siitä mistä tiedot aiheesta löytyvät. Potilasasiakirjoihin on lisäksi tehtävä merkinnät siitä, että asiakas on saanut riittävän selvityksen seurauksista, joita hänen tahtonsa voi aiheuttaa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014.)

Asiakkaan tekemien valintojen ja päätösten kunnioittaminen on helppoa, jos henkilökunta on samaa mieltä asiakkaan tekemistä päätöksistä. Hoitohenkilökunnan huomatesa, että asiakkaan päätös voi haitata häntä itseään tai muita henkilöitä, itsemääräämisoikeuden kunnioitus hankaloituu. Näissä tilanteissa joudutaan miettimään annetaanko asiakkaan toimia omien päätöstensä mukaisesti, vai joudutaanko toimimaan vastoin asiakkaan tahtoa. Käytännössä kenelläkään ei ole rajoittamatonta vapautta toimia, vaan useat eri yksittäiset asiat vaikuttavat siihen, missä määrin asiakas voi tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 138.)

Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan karkeasti jakaa siten, että siihen vaikuttavat asiakkaan sisäiset ja hoitoyksikköön liittyvät ulkoiset tekijät. Jotta asiakas kykenee päättämään omista asioistaan, hänellä tulee olla päätöksentekoon tarvittavia kykyjä ja myös kykyä vastata päätöksensä aiheuttamista seurauksista. Asiakkaalta tulee varmistaa, että hänellä on tieto juuri siitä yksittäisestä asiasta mistä hän on päätöstä tekemässä. Tieto päätöksen teossa vähentää myös asiakkaan pelkoa ja epävarmuutta omasta tilastaan. Tietoa annettaessa on aina arvioitava asiakkaan kykyä käsitellä tietoa ja antaa sitä silloin, kun hän on vastaanottavaisimmillaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 139–142.)

Yleisesti lääkärit ja hoitajat suhtautuvat myönteisesti hoitotahtoon, jonka katsotaan parantavan ikäihmisen autonomian eli itsemääräämisoikeuden toteutumista. Tämä helpottaa hoitopäätösten tekemistä ja edistää keskustelua ikäihmisen kanssa. Hoitotahtoa tulee kunnioittaa niin asiakkaan, kuin hoitoalan edustajan puolelta. Hoitotahtoon liittyy monia ongelmia ja suurin niistä on asiakkaan tai hänen omaisten ymmärtämättömyys hoitotahdon merkityksestä. Omaiset saattavat ajatella hoidon olevan liian vähäistä, mutta hoitotahto taustalla saattaa määritellä hoidon toteutumisen. (Hänninen 2006, 32.)

Hoitotestamentti on asiakkaan tahdonilmaus omasta hoidosta, jos hän onnettomuuden, vakavan sairauden tai vanhuuden aiheuttaman heikentymisen vuoksi menettää oikeustoimikelpoisuutensa. Oikeustoimikelpoisuudella tarkoitetaan asiakkaan kykyä antaa ja vastaanottaa sitovia oikeudellisia tahdonilmauksia siten, että hän ymmärtää näiden vaikutukset elämäntilanteen muuttuessa. Hoitotestamentissa määritellään ne tilanteet jolloin luovutaan asiakkaan elämää lyhytaikaisesti pidentävästä, keinotekoisia elintoimintoja ylläpitävästä hoitotoiminnasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Hoitotahdon ja hoitotestamentin tarkoitukset perustuvat näin ollen eri asioihin ja tärkeää on erottaa nämä kaksi asiaa toisistaan. Hoitotahdossa asiakas määrittää minkälaista hoitoa hän haluaa saada silloin, kun ei itse enää pysty tahtoaan ilmaisemaan. Hoitotestamentissa asiakas puolestaan määrittää, koska hoitaminen lopetetaan, kun sillä ei enää saavuteta pitkäaikaisia tuloksia elämän jatkumiseen liittyen.

3.1.3 Itsemääräämisoikeus ja ikääntyminen

Ikäihmisen kohtelu yksilönä on keskeinen itsemääräämisoikeutta kunnioittavan hoidon perusta. Hoidon tarkoitus on lähteä ikäihmisen tarpeista ja toiveista, lisäksi sen tulee kunnioittaa hänen arvojaan ja näkemyksiään. Hoidon suunnittelussa huomioidaan myös ikäihmisen terveydentila ja toimintakyky. Omaiset ja lähiverkosto otetaan huomioon hoidon suunnittelussa. Ikäihmisellä on oikeus osallistua päätöksentekoon, joka koskee hänen hoitoaan ja hoitopaikkaansa. Osallistuakseen tähän, ikäihmisen tulee saada tietoa eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista hänen elämäänsä. Pitkäaikaisessa hoitopaikassa ikäihmisen toiveita, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa samalla tavalla, kuin oltaisiin hänen omassa kodissaan. Ikä ei saa olla syy evätä jotakin hoitoa. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2013, 3-4.)

Suunniteltaessa hoitoa tulee ottaa huomioon lisäävätkö iän mukana tulleet toimintakyvyn muutokset ja sairaudet erilaisia riskejä. Hoitolinjauksia tehtäessä näillä seikoilla saattaa olla vaikutuksia päätöksentekoon. Ikäihmistä hoidettaessa on muistettava, että hänellä on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. Ikäihmisen hoitotahtoa on kunnioitettava mahdollisimman tarkasti aina elämän päättymiseen asti. Hoitolinjaukset ja erilaiset hoitotahtoon liittyvät päätökset on tärkeää tehdä hyvissä ajoin yhdessä ikääntyneen tai tämän omaisten kanssa kunnioittaen ikäihmisen omia elämänarvoja ja toiveita. Yksilöllisesti suunnitellun hoitolinjan dokumentointi vähentää omaisten ahdistusta, helpottaa hoitohenkilöstön työtä ja lisää ikäihmisen hyvinvointia. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2013, 4.)

Myllymäen (2014, 42) mukaan ikäihmisen itsemääräämisoikeutta käsiteltäessä käy ilmi, että ikäihminen sopeutuu toimintaan tilainten mukaan. Kaikki itse tehty toiminta vaikuttaa psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn ja samalla estää toimintakyvyn heikkenemisen. Ikäihminen itse haluaa ylläpitää toimintakykyään tekemällä asioita joihin hän pystyy. Ikäihmisen toimintakyky on yksi keskeinen itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttava tekijä.

3.1.4 Omaisten rooli itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa

Eettiset ongelmat iäkkäiden pitkäaikaisessa hoidossa tulevat esille jokaisena päivänä tehostetussa palveluasumisessa. Tehostetussa palveluasumisessa tulee ottaa huomioon ikäihmisen tottumukset, elämäntavat ja arvot, kun hän ei pysty enää itse omaa tahtoaan ilmaisemaan. Jotta ikäihminen voi säilyttää oman integriteettinsä eli eheydensä, tulee hänen eletty elämänsä huomioida mahdollisimman tarkoin. Omaiset ovat niitä jotka tietävät parhaiten millainen hoito vastaa ikäihmisen tahtoa. Omaisten mielipiteiden poiketessa ikäihmisen tahdosta, tulee sairaanhoitajan suhteuttaa ikäihmisen historia pitkäaikaishoitopaikassa ja omaisten kertoma. Ajoissa tehty hoitotestamentti on keino turvata ikäihmisen tahto myös silloin, kun hän ei pysty itsestään huolehtimaan. (Hopia & Koponen 2007, 38-40.)

Ikäihmisen ollessa kykenemätön ilmaisemaan mielipiteitään, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan on tulkittava mikä hänelle on parasta. Läheiset pystyvät tarkastelemaan tilannetta pitkän aikavälin näkökulmasta, muistelemalla ikäihmisen mennyttä elämää. Hoitohenkilökunta puolestaan tarkastelee tilannetta lyhyemmän aikavälin pohjalta. Hoitohenkilökunnan tehtävä on tuoda esille erilaiset lääketieteelliset ja hoitotyöhön liittyvät tosiasiat, jotka ikäihmisen hoidossa ovat olennaisia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 143.)

3.2. Palveluasuminen ja lainsäädäntö

Ikäihmisen hoitopolkuun kuuluu kotihoito, pitkäaikaispaikkaan jonottaminen kotona tai sairaalassa ja tehostettu palveluasumismuoto. Ikäihmisen hoito saattaa tapahtua näiden organisaatioiden välillä vaihtelevasti ennen lopullisen hoitopaikan saavuttamista. Pitkäaikaishoitopaikkaan jonottaminen kestää usein kauan, jonka vuoksi toimme työssämme esille kaikki prosessin välissä olevat organisaatiot.

Sosiaalihuoltolain (1989) oppaan mukaan on määritelty palveluasuminen lakisääteisesti järjestettäväksi sosiaalipalveluksi. Tämän mukaan palveluasuminen kattaa asunnon sekä asuntoon kiinteästi liittyvät palvelut. Kyseiset palvelut ovat välttämättömiä ikäihmiselle, jotta hän suoriutuisi jokapäiväisistä toiminnoista. Välttämättömiä peruspalveluita palve-

luasumisessa ovat ruoka-, hygienia- ja siivouspalvelut sekä välitön avunsaantimahdollisuus kaikkina vuorokaudenaikoina.

Palveluasumisen tavoitteena on tukea toimintakyvyltään heikentyneen ikäihmisen arjessa selviytymistä. Palveluasumisella on tarkoitus mahdollistaa ikäihmisten itsenäinen asuminen, oma elämäntyyli ja itsemääräämisoikeus niin pitkään kuin mahdollista. Palveluasunnossa asuminen perustuu vuokrasopimukseen tai hoitosopimukseen. Asunnoista, asukkaiden yhteistiloista ja yleistiloista pitäisi syntyä toiminnallinen kokonaisuus. (Tampereen kaupungin sosiaali- ja... 2002, 9-10.)

Palveluasuminen on tarkoitettu ikäihmisille, jotka tarvitsevat päivittäin apua ulkopuolisilta henkilöiltä. Palveluasumiseen kuuluu sekä asunnon, että palveluiden järjestäminen. Palveluasunnoissa kiinnitetään huomiota erityisesti liikkumisen esteettömyyteen, turvapalveluiden saatavuuteen ja riittäviin apuvälineisiin. Palvelutaloissa on asukkaiden yhteiskäytössä erilaisia yhteistiloja. Kunnan järjestämistä peruspalveluista vastaa oman asuinalueen kotipalvelu ja kotisairaanhoido tai palvelutalon oma henkilökunta. Palveluasumisessa ei edellytetä, että henkilökunta on paikalla ympärivuorokautisesti. Henkilökunnan paikalla oleminen määritetään sen mukaan, minkälaisia asukkaita vaativuustaan palvelutalossa asuu. (Anttila ym. 2011, 12.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista on säädetty kunnassa. Kunta on velvollinen turvaamaan iäkkäiden henkilöiden tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut. Kunnan on vuosittain arvioitava iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen riittävyyttä ja laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmä 2012.)

Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Asumispalveluja annetaan ikäihmisille, jotka erityisistä syistä tarvitsevat apua asumisen järjestämiseen. Asumispalveluja on järjestettävä ikäihmisille palveluasunnoissa ja tukiasunnoissa sosiaalasetuksen (607/1983) mukaan.

3.2.1 Asumisen tukeminen ennen tehostettua palveluasumista

Ikosen (2013, 18–19) teoksen mukaan kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelujen ja sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus. Niiden avulla voidaan auttaa kotona asuvia eri-ikäisiä avun tarvitsevia henkilöitä, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänlaatua siten, että hän voi asua turvallisesti kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoidon palveluja voi saada sairauden, vammaisuuden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Kuitenkin valtaosa asiakkaista on ikäihmisiä, joilla on useampia terveyteen liittyviä ongelmia tai pitkäaikaissairauksia. Kotihoidon avulla tuetaan ikäihmisten selviytymistä kotona tai palvelutaloissa ja mahdollistetaan sairaalajakson jälkeinen turvallinen jatkohoito kotona.

Kotona pitkään asuminen mahdollistetaan ehkäisevien palveluiden avulla. Ehkäiseviä palveluita ovat terveystalot, asumispalvelut, kotihoito ja lyhytaikaislaitospalvelut. Ikäihmisen hoito kotona voidaan myös järjestää omaishoidon avulla. Palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen, joko kunnan tuottamana tai kunnan ostamana palveluna yksityiseltä palveluntuottajalta. Asiakkaalla on myös mahdollisuus itse hankkia kotihoitopalveluja omalla kustannuksella suoraan yksityiseltä palveluntuottajalta. (Ikonen 2013, 20.)

Finne-Soverin, Björkgrenin, Vähäkankaan ja Noron (2006, 130) mukaan kotona asuvalta ikäihmiseltä vaaditaan tiettyjä kriteereitä kotona selviytymisen edellytyksenä. Näitä ovat esteetön mahdollisuus tehdä tarpeensa, päästä vuoteeseen ja sieltä ylös, sekä saada ruokaa ja juomaa. Myös omatoiminen selviytyminen kodin askareista ja esteetön liikkuminen kodin ulkopuolella, sekä pääsy takaisin kotiin vaikuttavat kotona selviytymisen arviointiin.

Pietikäinen (2004, 10) otti tutkimuksessaan esille mitkä tekijät vaikuttavat ikäihmisten selviytymiseen kotona. Näitä olivat sosiaaliset kontaktit, elämän sisältöä lisäävät päivittäiset tapahtumat ja aikaisempi elämäkokemus. Selviytymistä edisti myös halu pitää terveyttä yllä, hyvän olon tunne ja turvattu toimeentulo. Sosiaalisia kontakteja olivat lähisuku, naapurit, kotihoitajat ja kotisairaanhoitaja. Suurin osa näistä ikäihmisistä ei kokenut olevansa sairas monista sairauksista huolimatta.

3.2.2 Tehostetun palveluasumispaikan hakeminen

Sosiaalihuoltolain mukaan (17§) ikäihmiselle on tiettyjen kriteerien täytyessä myönnettävä pitkäaikainen ympärivuorokauden kattava hoito ja huolenpito tehostetussa palveluasumisessa tai vanhainkodissa. Ympäri vuorokautisen hoidon kriteerit tarkoittavat ikäihmistä, joka ei toimintakyvyn rajoitusten vuoksi selviydy omassa kodissaan, kotihoidosta ja muista tukipalveluista huolimatta. Ikäihmisen omainen tai läheinen huomioidaan toimintakyvyn kokonaisarvioinnissa. Ympäri vuorokautiseen hoitoon kuuluu lisäksi sairaanhoidollisia apuja. (Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2014, 2.)

Ikäihmisen palvelutarpeet määritetään ennen palvelun myöntämistä. Palvelutarpeet pitävät sisällään ikäihmisen arjesta suoriutumista ja toimintakyvyn monipuolista arviointia. Arvioinnissa käytetään apuna erilaisia toimintakykymittareita, keskustelua omaisten ja ikäihmisen kanssa sekä kokonaistilanteen kartoitusta. Jos ikäihminen on sairaalassa, tehdään palvelutarpeen arviointi siellä. Sairaalassa kokoontuu moniammatillinen tiimi arvioimaan palvelun tarvetta. Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään apuna Resident Assessment Instrument (RAI) järjestelmää, joka perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen arviointiin. Kotihoidon asiakkaille ja sairaalassa oleville potilaille on olemassa erilaiset RAI-arviointipohjat, jotka soveltuvat kyseiseen ympäristöön. Arvioinnin tekemisen jälkeen voidaan hakemus ympärivuorokautisesta hoidon tarpeesta lähettää ikäihmisten asiakasohjaukseen. Sosiaalityöntekijä tekee arvioinnin perusteella päätöksen hoidon tarpeesta. (Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2014, 4-5.)

Pitkäaikaishoidon myöntämisen kriteerit ovat ohjeellisia ja asiakasvalinnoissa otetaan huomioon ikäihmisen yksilöllinen kokonaistilanne. Palvelun myöntämiseen vaikuttavat keskeisesti ikäihmisen toimintakyky sekä oma tahto. Lisäksi siihen vaikuttaa sosiaalinen verkosto, omaisten ja läheisten osallistumismahdollisuudet, entiset asumisolosuhteet sekä sosiaalinen status. Lähtökohdallisesti pitkäaikaispalvelua myönnetään niille, joilla kotona asuminen ei ole mahdollista tukevista palveluista huolimatta. (Ikäihmisten palvelujen lautakunta 2014, 6.)

3.2.3 Tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen on ikäihmisten palveluissa asumisen muoto, jossa ikäihminen saa ympärivuorokautista hoivaa, apua ja tarvitsemiaan palveluja. Tehostettuun palveluasumiseen liittyy aina yövalvonta tai tehokas varallaolojärjestelmä. Ikäihmisten ryhmäasuminen, jossa asumisvuorokausi sisältää asumisen sekä palvelut, on tehostettua palveluasumista. Tehostetun palveluasumisen määrittäminen perustuu sosiaaliviraston palveluluokitukseen vuodelta 1998. (Tampereen kaupungin sosiaali- ja... 2002, 10.)

Pitkäaikaishoivaa tarjoavat yksiköt ovat tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit. Niiden tavoitteena on, että asukashuoneet, yhteistilat ja käytävät ovat esteettömiä, turvallisia sekä viihtyisiä. Turvallisuuden edistäminen on tärkeä osa palveluasumisyksiköiden toimintaa ja laitosten toimintaa. Päävastuu turvallisuudesta on palvelun tuottajalla. Pitkäaikaishoivaa tarjoavassa yksikössä tavoitteena on, että jokaisella asukkaalla on oma huone ja siihen liittyvä hygieniatila. Pitkäaikaista hoivaa tarvitsevalle ihmiselle oma huone on koti. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 41.)

Karhisen (2009, 31) mukaan ikäihmisen ajatus palvelutaloon muutosta miellettiin sopeutumiseksi siihen, mitä eteen tulee. Asiasta ajateltiin niin, että omista tavoista ja rutineista pitää luopua. Toisia ikäihmisiä ajatus mahdollisesta tapojen luopumisesta pelotti ja toiset ikäihmiset ajattelivat, sen olevan osa oman elämän kehitystä. Osa ikäihmisistä ajattelee, että palvelutalo on tila jossa vietetään paljon aikaa ja koti oli paikka josta on muutettu pois kauan aikaa sitten.

Vanhainkotien ja palvelukotien ilmapiiri koetaan Kuukasjärven (2011, 55–56) mukaan miellyttäväksi, joka johtuu pitkälti hoitajien asenteista. Ikäihmisen psyykinen toimintakyky vaihtelee joskus jopa päivittäin ja hoitajien käyttäytymisellä sekä vuorovaikutuksella on suuri merkitys palvelukodin ilmapiiriin. Kuukasjärvi mainitsee myös sen, että ikäihmisten suuri lukumäärä aiheuttaa monimutkaisia ajankäytön ja toiminnan ongelmia. Tämä näkyy luonnollisessa ja hyvässä arjen onnistumattomuudessa.

3.3. Hoitotyön prosessi

Suomeen on tullut 1970-luvulla World Health Organization (WHO) määrittelemä hoitotyön prosessin malli. Hoitotyön prosessi muualla maailmassa jaetaan viidestä kuuteen malliin, joita ovat hoitotyön tarpeen arviointi, diagnoosi, suunnittelu, toiminnot, tulokset ja niiden arviointi. Suomessa käytössä on vain neljä hoitotyön prosessin mallin vaihetta, joita ovat hoitotyön tavoitteet, toiminnot, toteutus ja arviointi. (Hopia & Koponen 2007, 6.)

Hoitotyön malli tarjoaa viitekehyksen, jonka pohjalta hoitaja voi suunnitella asiakkaan elämisen toimintoihin perustuvan yksilöidyn hoitotyön. Hoitotyön malliin vaikuttaa elämisen malli, joka koostuu asiakkaan historiasta ja ympäristöstä. Molemmissa malleissa korostetaan yksilöllisyyttä ja yksilöllistämistä. (Roper, Logan & Tierney 1996, 33–34.) Tämän pohjalta on kehitetty hoitotyön prosessin neljä vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa määritellään asiakkaan tilanne elämäkerran ja terveystietojen perusteella. Toisessa vaiheessa arvioidaan elämisen toimintoja. Kolmannessa vaiheessa suunnitellaan hoitotyö perustuen elämisen toimintoihin ja neljännessä vaiheessa suunnitellaan hoitotyö lääketieteen ja muiden määräysten mukaan. (Roper, Logan & Tierney 1996, 421.)

Hoitotyön prosessi esitetään useimmissa teorioissa hoitotyön toiminnaksi, jolla tarkoitetaan hoitotyön toiminnan systemaattista eli järjestelmällistä etenemistä tarpeiden määrittelystä hoitotyön toteutukseen ja arviointiin (Lauri & Kyngäs 2005, 88). Hoitotyön prosessissa voidaan tunnistaa eri vaiheita, joita hoitajat voivat tutkia, analysoida ja noudattaa hoitotyötä tehdessä (Yura & Walsh 1988, 17). Hoitotyön prosessi on organisoitua, johdonmukaista ja tarkoituksellista. Hoitotyön prosessi on jaettu tarpeiden määrittelyyn, hoitotyön suunnitteluun, suunnitelman toteutumiseen ja evaluaatioon eli arviointiin. Hoitotyön prosessimallin avulla asiakkaan hoitotapahtumien kirjaamista voidaan jäsentää ja samalla tavoitellaan yksilöllistä hoitoa. (Ensio & Saranto 2004, 39; Yura & Walsh 1988, 40.)

3.3.1 Tavoitteet, toiminnot, toteutus ja arviointi hoitotyön prosessissa

Hoidon tarve on hoitohenkilökunnan laatima kuvaus asukkaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai helpottaa hoitotoimintojen avulla. Hoitotyön tarpeen määrittäminen on asukkaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista. Asukas kertoo omista oireistaan sekä tarpeistaan ja hoitaja havainnoi asukasta. Saatujen tietojen perusteella sairaanhoitaja ja asukas yhdessä määrittelevät asukkaan hoidon tarpeen. (Ensio ym. 2012, 9-14.)

Terveys on hoitotyön toiminnon tavoite, johon pyritään erilaisten hoitotyön toimintojen avulla (Lauri & Kyngäs 2005, 94.) Hoitajan tavoitteena on asukkaan kaikkien tarpeiden turvaaminen. Inhimilliset tarpeet ovat tarpeita, jotka jokaisen ihmisen tulee tyydyttää minäkuvan vahvistamiseksi (Yura & Walsh 1988, 175.) Tavoitteiden tulee olla realistiset, suhteutettuna hoitoaikaan ja käytettävissä oleviin resursseihin. (Ensio & Saranto 2004, 42–43.)

Hoitotyön toiminto kuvaa asiakkaan hoidon suunnittelua ja toteutusta (Ensio & Saranto 2004.) Hoitotyön toiminnot toteutetaan suunnitelman mukaisesti niillä toimenpiteillä, joiden katsotaan olevan välttämättömiä asiakkaiden tarpeiden tyydyttämiseksi parhaalla mahdollisella tavalla. (Yura & Walsh 1988, 233.)

Hoitotyön suunnitelmissa voidaan suorittaa toteutuneen hoitotyön ja hoitotyön laadun arviointia. Keskeinen päivittäinen, joskus useamminkin tapahtuva arviointi kohdistuu auttamismenetelmien tuloksellisuuden arviointiin. Tämän lisäksi arviointia tulee suorittaa asiakkaan voinnissa ja kokemuksissa tapahtuvien muutosten kautta (Hallila 2005, 108.) Hoidon arvioinnissa verrataan asiakkaan hoidon tarvetta hänen nykyiseen tilaan. (Ensio & Saranto 2004, 43.)

3.3.2 Prosessimallin tarve-alueet

Yura & Walsh ovat kehittäneet 1980-luvulla hoitotyön prosessin mallin. Heidän keksimäänsä mallia on kehitetty ja nykypäivänä on monia eri hoitotyön prosessin malleja saatavilla. Käytimme tässä opinnäytetyössä yhtä hoitotyön kirjaamisen mallia Finnish Care Classification (FinCC). Valintamme perusteena oli, että FinCC tarveluokitus on laajalti Suomessa käytetty kirjaamisen malli jota olemme molemmat käyttäneet hoitotyössä. Tässä mallissa tarpeet ovat selkeästi luokiteltu pääluokkiin isommiksi kokonaisuuksiksi. Pääluokan alapuolelle tarve on avattu pienemmiksi alaluokiksi.

FinCC muodostuu hoidon eri tarveluokituksista. Poimimme kyselyyn sellaiset tarve-alueet, jotka toteutuvat päivittäin kohteenamme olevassa tehostetun palveluasumisen yksikössä ja vaikuttavat asukkaan itsemääräämisoikeuteen. Alla olevien tarveluokitusten perusteella hoitaja pystyy arvioimaan missä määrin asukkaan itsemääräämisoikeus toteutuu.

Aktiviteetti pitää sisällään kaikki yksilön fyysiseen aktiviteettiin kuuluvat muutokset ja unihäiriöiden hoitoon liittyvät tarpeet. Aktiviteetin muutoksella tarkoitetaan asukkaan terveydentilan, sairauden tai vamman tuomia muutoksia hänen fyysisessä kunnossaan ja toiminnallisessa aktiivisuudessa. **Selviytyminen** käsittää asukkaan kykyä selviytyä muuttuneessa elämäntilanteessa tai sitä onko sairauden takia selviytymiskyky alentunut. Selviytyminen kuvataan prosessina, joka perustuu asukkaan omaan arvioon tilanteesta ja omista voimavaroista. Heikentynyt selviytyminen ilmenee fyysisen kunnan alentumana, haluttomuutena, muistamattomuutena tai keskittymiskyvyn muutoksena. Selviytymiseen voi myös vaikuttaa kommunikointiongelmien tai muut muutokset sosiaalisessa kanssakäymisessä. (FinCC luokituskokonaisuuden käyttöopas, 2/2012.)

Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan terveellisten elintapojen noudattamista, sairauden hoitoon sitoutumista, terveydentilan ylläpitämistä ja hoitoon liittyvää päätöksentekoa. Terveyskäyttäytymisessä voi ilmetä ongelmia päihteiden käytössä, fyysisessä liikkumattomuudessa ja huonoissa ruokailutottumuksissa. Terveyskäyttäytymiseen liittyen asukkaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta. Tässä tapauksessa on tehtävä hoitosuunnitelma, joka pitää sisällään asukkaan omat näkemykset hoidosta ja sen myötä lisää asukkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. **Lääkehoidossa** asukkaalla voi olla yksi tai use-

ampi tarve liittyen lääkkeiden oikeaan käyttöön, lääkehoidon oikeaan toteuttamiseen tai asianmukaiseen tietoon lääkitykseen liittyen. Asukkaan lääkkeiden käytössä voi olla ongelmia, kuten lääkekielteisyys tai käytettävillä lääkkeillä voi olla haittavaikutuksia jotka voivat aiheuttaa erilaisia riskejä. (FinCC luokituskokonaisuuden käyttöopas, 2/2012.)

Ravitsemuksessa asukkaalla voi olla yksi tai useampi tarve ruoan ja ravinnon saannin osa-alueella. Tarve voi liittyä yksilölliseen ravitsemukseen tai ruoan saannin rajoittamiseen. **Turvallisuudella** tarkoitetaan sairaudesta tai hoitoympäristöstä aiheutuvia turvallisuusriskejä asukkaalle. Asukkaan tapaturmariski voi olla suurentunut, joka ilmenee karkailuna, riskinä kaatua, putoamisena sängystä tai tuolista. Asukas voi myös tuntea olonsa turvattomaksi, joka voi johtua sairaudesta tai oudosta hoitoympäristöstä. **Päivittäiset toiminnot** käsittävät asukkaan omatoimisuuden päivittäin tapahtuvan henkilökoh- taisen hygienian hoidon, pukeutumisen, ruokailun ja wc-toimintojen osalta. (FinCC luokituskokonaisuuden käyttöopas, 2/2012.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on menetelmä, joka perustuu tutkitavan kohteen kuvaamiseen sekä tulkitsemiseen numeroiden ja tilastojen avulla. Tällaisessa tutkimuksessa käsitellään tietoa tilastollisina yksikköinä, joista erilaisilla menetelmillä poistetaan sellaiset seikat, jotka viittaisivat subjektiiviseen tulkintaan. Tieto tutkimuksessa on luonteeltaan yleistä ja yleistettävää. Määrällinen tutkimus vastaa kysymykseen miten usein ja kuinka paljon. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2013.)

Vilkan (2007, 13–14) mukaan kvantitatiivinen tutkimus on objektiivinen, jolla tarkoitetaan tutkijan puolueettomuutta. Käytännössä se tarkoittaa, että tutkija ei vaikuta tutkimustulokseen, koska hän ei ole läsnä aineistoa kerätessä toisin kuin haastattelua tehtäessä. Muuttujilla kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkoitetaan esimerkiksi kyselyyn vastaavan henkilön taustatietoja, kuten ikä, ammattinimike ja työkokemus. Määrällisessä tutkimuksessa mittarilla tarkoitetaan välinettä esimerkiksi kyselylomake, jolla saadaan tarvittava tieto kerättyä.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska kyselylomake mahdollisti sen, että pystyimme kysymään monta asiaa samalla kertaa monelta eri henkilöltä. Työyksikkö johon kyselyn teimme, oli pieni ja halusimme taata, että vastaajat pysyvät anonyymeinä. Tämän takia hylkäsimme ajatuksen laadullisesta tutkimusmenetelmästä ja haastattelujen teosta.

4.2. Aineiston keruu ja analyysi

Opinnäytetyömme perustui hoitajien käsitykseen itsemääräämisoikeuden toteutumisesta tehostetussa palveluasumisessa. Kohdejoukko määritettiin tutkittavan asian perusteella ja siksi tiedonkeruu keskittyi hoitohenkilökuntaan, eikä potilaisiin. Työssä käytimme kokonaisotantaa, joka tarkoittaa koko hoitohenkilökunnan osallistumista kyselyyn. Palveluyksikkö johon opinnäytetyö tehtiin, oli pieni ja sen vuoksi halusimme kokonais-

otannalla varmistaa saatavien vastauksien riittävyyden. Aineistonkeruumenetelmäksi olimme valinneet opinnäytetyöhömmme kyselylomakkeen, joka sisälsi vain strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä.

Standardoitu eli vakioitu kysely tarkoittaa sitä, että sama asiasisältö kysytään jokaiselta kyselyyn osallistuvalla täsmälleen samalla tavalla. Aineistonkeruu toteutettiin siten, että kyselyt toimitettiin tehostetun palveluasumisenyksikköön, jossa täytettyjä kyselylomakkeita varten oli oma palautuslaatikkonsa. Tämä tapa sopii tutkimuksiin, joissa tutkittava joukko ei ole kovin suuri ja tahdoimme varmistua paremmasta osallistumisprosentista, kuin esimerkiksi sähköisessä kyselyssä. (Vilka 2007, 73–78.)

Opinnäytetyön kysely toteutettiin yksikössä, jossa henkilökuntaa on yhteensä 35. Vastaaajien joukossa oli sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä kodinhoitajia, jotka olimme kyselylomakkeeseen eritelleet muut kohtaan. Kyselystä tiedotimme suullisesti ja kirjallisesti työelämän yhteyshenkilöä sekä muuta henkilökuntaa. Kysymysten tekoon saimme apua työelämän yhteyshenkilöltä. Palautelaatikkoon laitoimme vielä kirjallisen viestin kyselyn toteuttamisesta. Vastausaikaa kyselyyn oli kolme viikkoa. Kyselylomakkeista täytettynä saimme takaisin 33 kappaletta. Kaksi kyselylomaketta oli puutteellisesti täytetty, mutta pystyimme hyväksymään ne tuloksiin. Puuttuvat tiedot koskivat ikää, joka ei vaikuta tuloksiin merkittävästi.

Analyysitapojen valintaan ei ole ennalta määrättyä sääntöä ja aina ei myöskään ole selvää, milloin kerätyn aineiston analysointi aloitetaan. Tyypillisesti kuitenkin ajatellaan, että analysointi aloitetaan sen jälkeen kun aineisto on saatu koottua ja laitettu järjestykseen. Tämän tyyppinen ajattelumalli tutkimusaineiston analysoimisesta soveltuu hyvin tutkimukseen, jossa tiedot on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 223.)

Analyysi aloitettiin tarkastamalla kyselylomakkeiden käyttökelpoisuus ja numeroimalla lomakkeet juoksevilla numerolla. Numeroinnin tarkoituksena oli mahdollistaa palaaminen yksittäiseen havaintoyksikköön tarvittaessa. Opinnäytetyön kyselylomakkeen esitiedot ja väittämät koottiin käyttämällä Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 14.0 -ohjelmaa. SPSS on tutkimuksissa käytetty ohjelma, jonka avulla voidaan suorittaa tutkimusaineistolle tilastollisia analyysejä ja tuottaa graafisia esityksiä. (Kalliainen, Le-

pola, Mohli & Rasi 2009, 3.) SPSS ohjelmalla muutamme kyselylomakkeiden tulokset prosentuaalisiksi kokonaisluvuiksi, joiden perusteella tarkastelimme itsemääräämisoikeuden toteutumista eri tarve-alueilla pääluokkien ja alaluokkien antamien tulosten pohjalta. Havainnollistaaksemme paremmin opinnäytetyön tuloksia teimme niistä graafisia kuvioita, joissa tulokset ilmaistiin kaikkien vastausten keskiarvoina.

Kyselylomakkeen alussa kysyimme kolme kysymystä liittyen vastaajan taustoihin. Nämä kysymykset kertoivat meille vastaajan iän, ammattinimikkeen ja kuinka pitkään hän oli työskennellyt hoitoalalla. Kyselyn varsinaiset itsemääräämisoikeutta tutkivat kysymykset oli tehty läpikäymällä kaikki FinCC:n eri tarve-alueet, jotka koostuvat pääluokista ja alaluokista. Pääluokka kuvastaa isompaa kokonaisuutta ja alaluokat avaavat tarve-alueita pienemmiksi kokonaisuuksiksi. Kyselylomakkeeseen valitut pääluokat sisältävät alaluokkia. Alaluokkiin kohdistetuilla kysymyksillä itsemääräämisoikeuden toteutumista tehostetussa palveluasumisessa voitiin tutkia.

Kyselyn eri tarve-alueilla kartoitimme missä toiminnoissa hoitohenkilökunnan mielestä itsemääräämisoikeus toteutuu ja missä ei. **Aktiviteetti** osioissa halusimme selvittää päättääkö asukas itse virikkeisiin osallistumisestaan, osastolla liikkumisensa, nukkumaan menon ajankohdan ja heräämisen ajankohdan. **Selviytymisen** kohdalla halusimme tietää tuetaanko asukasta sosiaalisessa kanssakäymisessä, henkisessä hyvinvoinnissa ja huomioidaanko asukkaan heikentynyt selviytymiskyky päivittäistoiminnoissa. **Terveyskäyttämiseen** liittyen halusimme selvittää päättääkö asukas omasta päihteiden käytöstä, hoitoaan koskevista asioista ja onko hänellä oikeus kieltäytyä hoidosta.

Lääkehoidon osuudessa halusimme tietää onko asukkaalla oikeus vaikuttaa lääkitykseensä, tietääkö hän syömänsä lääkkeet ja saako hän päättää lääkkeiden ottamisesta. **Ravitsemuksen** osioissa halusimme selvittää, saako asukas päättää ruokailun ajankohdan, ruokailuun käytettävän ajan ja missä hän ruokailee. **Turvallisuuden** liittyen halusimme tietää, saako asukas päättää pidetäänkö ovia lukossa vai ei. Rajoitetaanko asukkaan liikkumista eri tavoilla ja onko asukkaalla riittävästi tietoa omasta turvallisuudestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä. **Päivittäisten toimintojen** kysymyksillä halusimme selvittää, saako asukas päättää oman hygieniansa huolehtimisesta, pukeutumisestaan, wc-toimintojen ajankohdasta ja ruokailuun liittyvän avun tarpeesta.

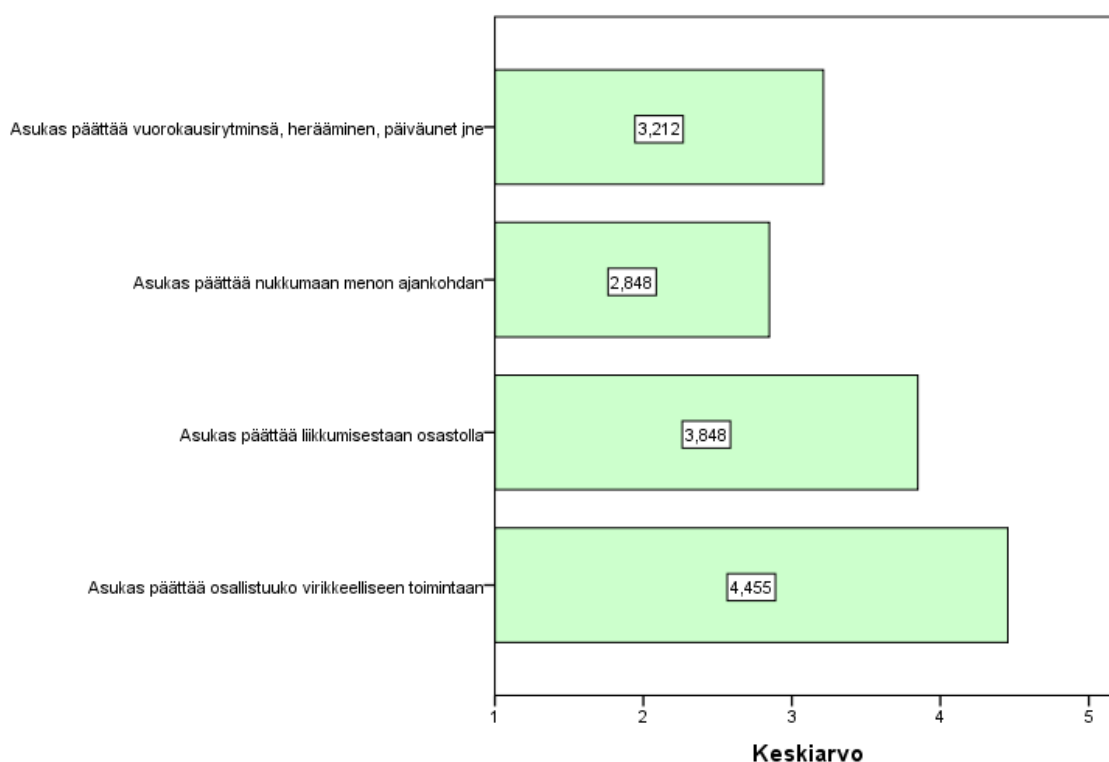
5 TULOKSET

Kyselystä saadut tulokset on ilmaistu graafisilla pylvästaulukoilla ja jokaista taulukkoa edeltää kirjallinen osuus jossa tulokset on kerrottu sanallisesti. Tuloksia kuvaavat luvut ilmaistaan keskiarvoina kustakin kysymyksestä erikseen. Tuloksien tekstiosuudessa kysymysten keskiarvo on ilmaistu suluissa lukuna ja pyöristetty yhteen desimaaliin. Kirjallisessa osuudessa tulokset on läpikäyty kuvioon nähden ylhäältä alaspäin lueteltuna. Luettaessa tuloksia katsomatta taulukkoa, tulee lukijan suhteuttaa kunkin kysymyksen keskiarvo asteikolle 1-5, jotta hän pystyy saamaan käsityksen siitä, kuinka hyvän tuloksen kysymys on saanut. Lähempänä yhtä olevat tulokset kertovat itsemääräämisoikeuden toteutuvan hoitajien näkökulmasta huonosti. Lähempänä viittä olevat tulokset puolestaan kertovat itsemääräämisoikeuden toteutuvan hyvin hoitajien näkökulman mukaan.

Suurin osa vastaajista oli yli 51-vuotiaita (43,8 %), toiseksi eniten vastaajista oli alle 20-vuotiaita (18,8 %), loput vastaajista (37,4 %) jakautuivat melko tasaisesti tämän ikähaarukan väliin. Kyselyyn vastanneet henkilöt olivat työskennelleet hoitoalalla valtaosin yli 10 vuotta (51,6 %), vastanneista 5-10 vuotta työskennelleitä oli osa (16,1 %) ja alle 5 vuotta työskennelleitä oli loput vastanneista (32,3 %).

Aktiviteetti

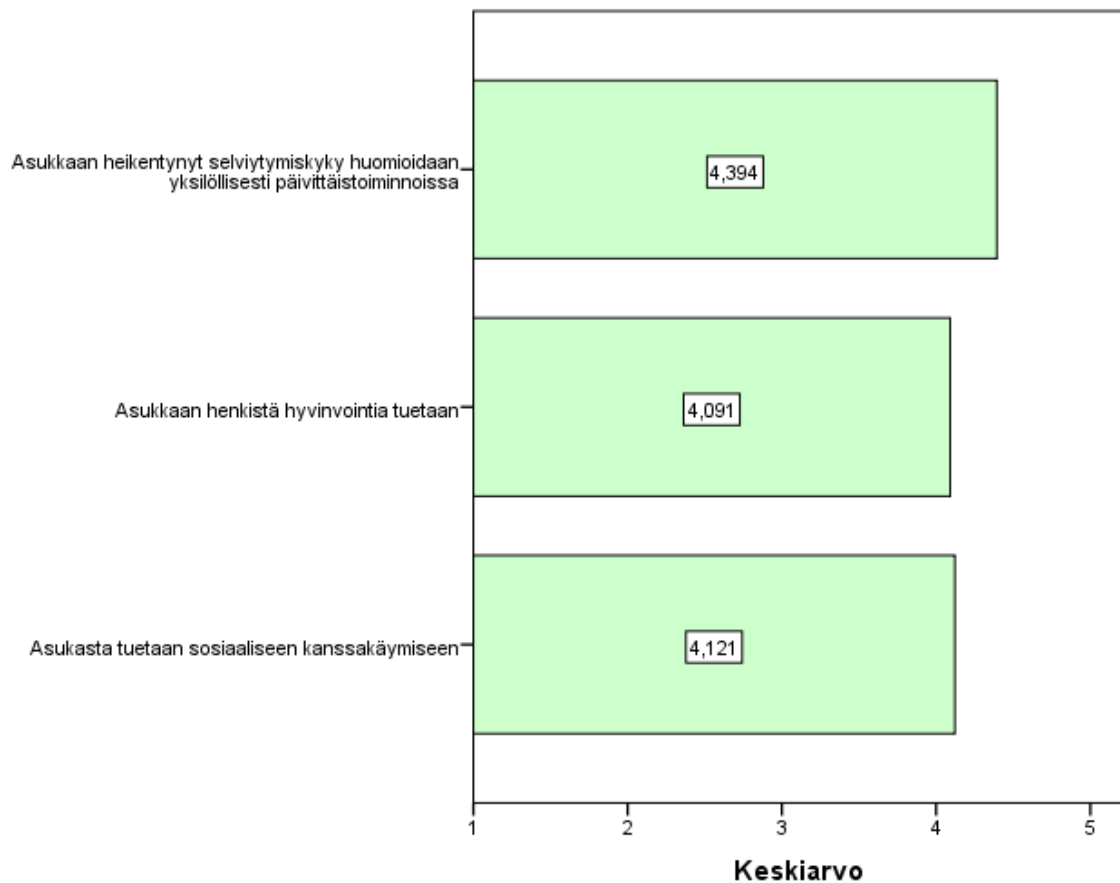
Aktiviteetti osiossa hoitajat eivät osanneet sanoa ($ka=3,2$) saako asukas päättää vuorokausirytmistään. Hoitajat eivät osanneet sanoa tai olivat melko eri mieltä ($ka=2,8$) asukkaiden vapaudesta päättää nukkumaan menon ajankohdan. Hoitajien mielestä asukkaat pystyvät kohtalaisesti ($ka=3,8$) määräämään vapaudestaan liikkua osastolla. Virikkeelliseen toimintaan osallistumisen kohdalla hoitajien mielestä asukkaan itsemääräämisoikeus toteutui hyvin ($ka=4,5$). Lähes kaikki vastaukset edellä mainitussa kysymyksessä olivat täysin samaa mieltä.



KUVIO 2. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen aktiviteetti tarve-alueella. (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä).

Selviytyminen

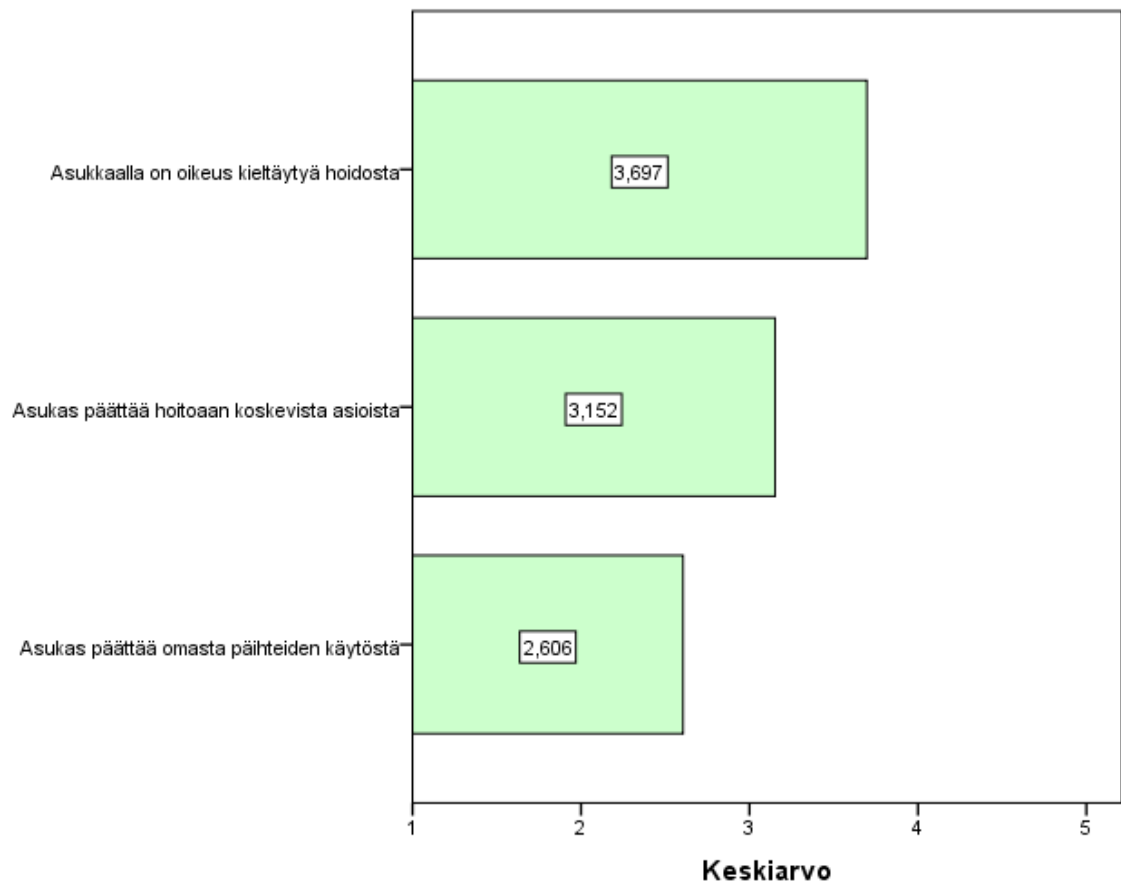
Selviytymisen tarve-alueella kyselyssä selvisi, että asukkaan heikentyneen selviytymiskyvyn huomioiminen päivittäistoiminnoissa toteutui hoitajien mielestä hyvin (ka=4,4). Lähes kaikki vastaukset edellä mainitussa kysymyksessä olivat täysin samaa mieltä. Hoitajien mielestä asukkaan henkisen hyvinvoinnin tukeminen toteutui melko hyvin (ka=4,0) ja myös asukkaan sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen toteutui hoitajien mielestä melko hyvin (ka=4,1).



KUVIO 3. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen selviytyminen tarve-alueella. (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä).

Terveyskäyttäytyminen

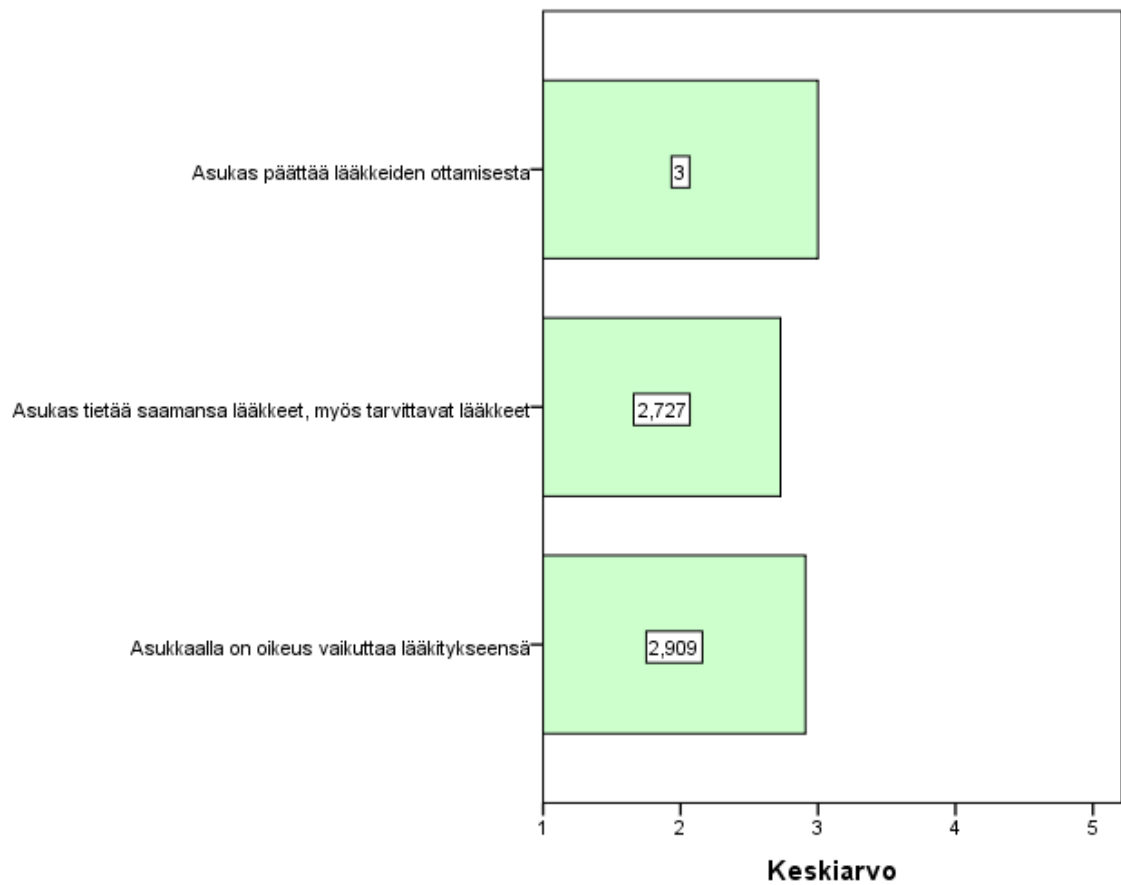
Terveyskäyttäytymisen tarve-alueella kyselyssä selvisi, että asukkaan oikeudesta kieltäytyä hoidosta hoitajat olivat melko samaa mieltä ($ka=3,7$). Hoitajat eivät osanneet sanoa ($ka=3,2$) asukkaan oikeudesta päättää hoitoonsa koskevista asioista. Asukkaan vapaudesta käyttää päihteitä hoitajat eivät osanneet sanoa tai olivat melko eri mieltä ($ka=2,6$).



KUVIO 4. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen terveystyöntekijöiden näkökulmasta tarve-alueella. (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä).

Lääkehoito

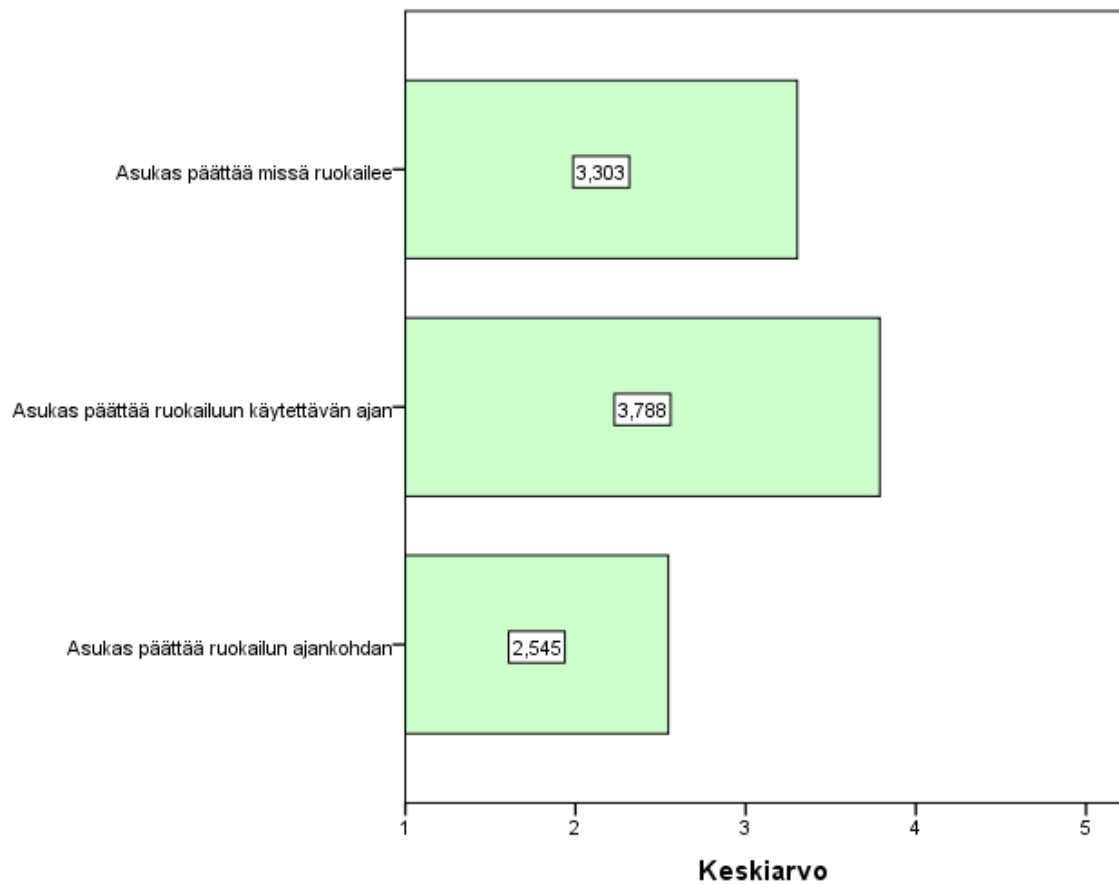
Lääkehoidon osiossa asukkaan oikeudesta päättää ottaako hän lääkkeitä hoitajat eivät osanneet sanoa ($ka=3$). Siitä tietävätkö asukkaat saamaansa lääkkeitä, mukaan lukien tarvittavat lääkkeet hoitajat eivät osanneet myöskään sanoa ($ka=2,7$). Saako asukas vaikuttaa lääkitykseensä hoitajat eivät osanneet sanoa tai olivat jokseenkin erimieltä ($ka=2,9$).



KUVIO 5. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen lääkehoito tarve-alueella. (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä).

Ravitsemus

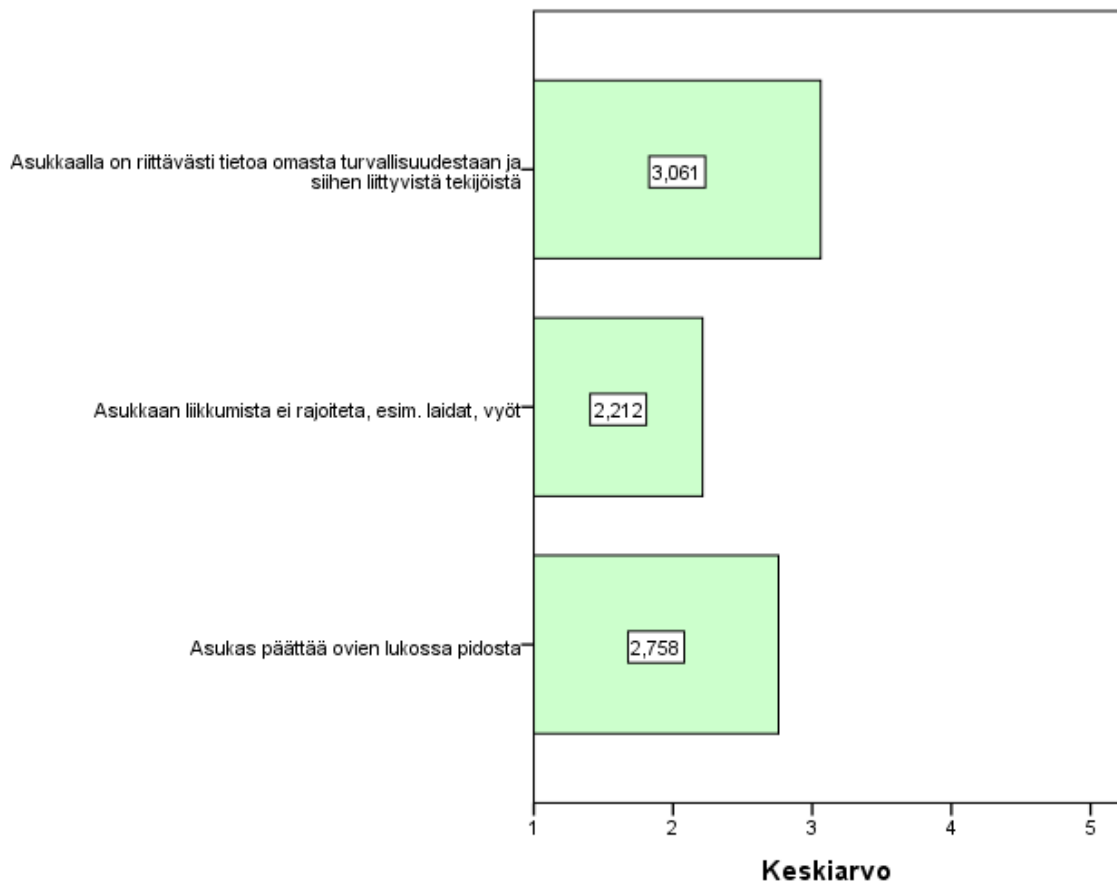
Ravitsemuksen tarve-alueella hoitajat olivat melko samaa mieltä tai eivät osanneet sanoa ($ka=3,3$) asukkaiden vapaudesta päättää missä ruokailevat. Hoitajat olivat jokseenkin samaa mieltä ($ka=3,8$), että asukkaat saavat päättää ruokailuun käyttämänsä ajan. Asukkaan oikeudesta päättää ruokailun ajankohdan hoitajat olivat melko eri mieltä ($ka=2,5$).



KUVIO 6. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen ravitsemus tarve-alueella. (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä).

Turvallisuus

Turvallisuuden osiossa selvisi, että hoitajat eivät osanneet sanoa ($ka=3,1$) onko asukkaalla riittävästi tietoa omasta turvallisuudestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä. Asukkaan liikkumisen rajoittamattomuudesta hoitajat olivat melko eri mieltä ($ka=2,2$). Vapaudesta päättää ovien lukitsemisesta hoitajat eivät osanneet sanoa tai olivat melko eri mieltä ($ka=2,8$).

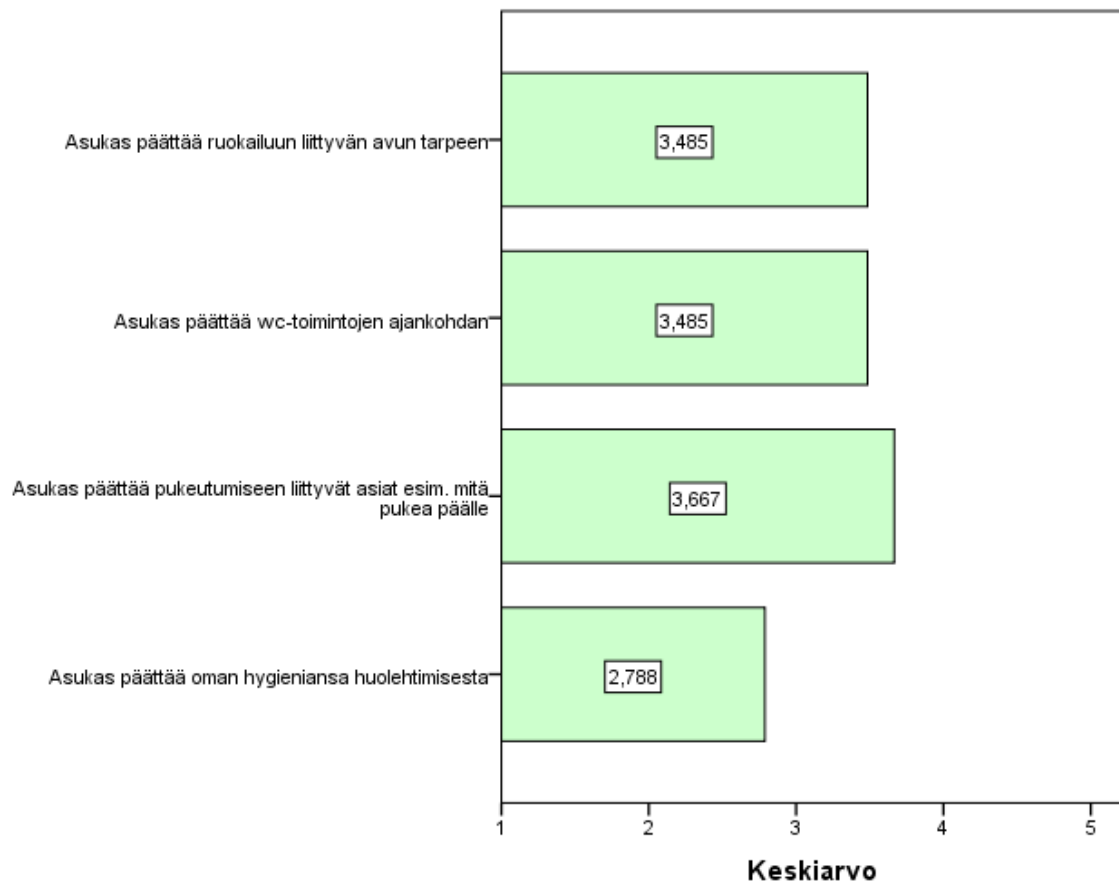


KUVIO 7. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen turvallisuus tarve-alueella.

(1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä).

Päivittäiset toiminnot

Päivittäisten toimintojen tarve-alueella hoitajat olivat melko samaa mieltä ($ka=3,5$) asukkaan oikeudesta päättää ruokailuun liittyvästä avun tarpeesta. Asukkaan oikeudesta päättää wc-toimintojen ajankohdasta hoitajat olivat myös melko samaa mieltä ($ka=3,5$). Hoitajat olivat edelleen jokseenkin samaa mieltä ($ka=3,7$), että asukas saa päättää pukeutumiseen liittyvistä asioista. Asukkaiden vapaudesta päättää oman hygieniansa huolehtimisesta hoitajat eivät osanneet sanoa tai olivat melko eri mieltä ($ka=2,8$).



KUVIO 8. Asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen päivittäiset toiminnot tarve-alueella. (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä).

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA PÄÄTÄNTÄ

6.1. Tulosten tarkastelu

Hoitotyö ikäihmisten ja muistisairaiden kohdalla on vaativaa työtä, joka edellyttää hoitajalta hyvää koulutusta, ammattitaitoa ja oikeanlaista asennetta työtä kohtaan. Vaativassa osassa tätä työtä on vuorovaikutus ja aito kohtaaminen ikäihmisten kanssa. Muistisairaankohdalla saatetaan ajatella, että hän ei pysty tai osaa päättää asioistaan itse. Se ei tarkoita kuitenkaan sitä, ettei hänellä olisi itsemääräämisoikeutta. Valtaosa yksikössä asuvista ikäihmisistä sairastaa jonkinasteista muistisairautta, jonka koimme osittain näkyvän tuloksissa negatiivisesti.

Muistisairaus ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta. Muistisairaankohdalla toimintakyky saattaa olla heikentynyt ja hän ei pysty enää tekemään itsenäisiä päätöksiä, mutta silti itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. (Muistiliitto 2014.) Muistisairaudet lisääntyvät kovaa vauhtia samalla, kun iäkäs väestö vanhenee. Muistisairaiden kohdalla on otettava huomioon oireiden laatu, sekä taustalla olevien sairauksien aiheuttamat seuraukset. Tämän ryhmän kohdalla on huomioitava hoidon saatavuus, potilaiden itsemääräämisoikeus, sekä sen toteutuminen. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat myös hoidon ja huolenpidon laadun ongelmat, joita ovat muun muassa henkilökuntamitoitukset. (Paunio 2005.)

Tutkimustulosten mukaan asukkaan itsemääräämisoikeus toteutui parhaiten hoitajien mielestä selviytymisen tarve-alueella. Osiossa käsiteltiin asukkaan selviytymiskyvyn huomiointia päivittäistoiminnoissa, henkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen kanssakäymisen tukemista. Tutkimustulokset osoittivat, että hoitajat huomioivat asukkaan selviytymiskyvyn yksilöllisesti päivittäin tehtävissä hoitotoimissa. Asukkaan henkistä hyvinvointia tuettiin ja otettiin huomioon hoitoa tehtäessä ja asukkaita tuettiin sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden asukkaiden kanssa. Tulosten mukaan myös aktiviteetti osiossa itsemääräämisoikeus toteutui hyvin. Osiossa käsiteltiin asukkaan päätöstä heräämisestä ja päiväunista, nukkumaan menon ajankohdasta, liikkumisesta osastolla ja osallistumisesta virikkeelliseen toimintaan. Tulokset osoittivat, että hoitajat osiltaan antoivat asuk-

kaan päättää itse liikkumisestaan osastolla, sekä asukas sai päättää päiväunien ja heräämisen ajankohdan.

Tutkimustulosten mukaan heikoiten itsemääräämisoikeus toteutui hoitajien mielestä turvallisuuden tarve-alueella. Osiossa käsiteltiin, onko asukkaalla riittävästi tietoa omasta turvallisuudestaan, liikkumisen rajoittamista ja saako asukas päättää ovien lukossa pidosta. Tässä kohtaa tuloksiin saattoi vaikuttaa yleiset käytänteet, kuten paloturvallisuus, jonka vuoksi asukashuoneiden ovia ei saa lukita ollenkaan. Osastojen väliset ovet ovat aina lukittu muistisairaiden asukkaiden turvallisuuden vuoksi. Käytännössä asukas ei saa päättää ovien lukossa pidosta, paitsi poikkeustilanteessa. Asukkaan liikkumisen rajoittamiseen oli saattanut vaikuttaa yhteiset säännöt ja näin ollen tilanteen vaatiessa käytettiin vyötä tai sängynlaitoja havaittaessa esimerkiksi putoamis- tai kaatumisriski. Tulokset osoittivat myös, että hoitajat eivät osanneet sanoa mitään kysymykseen, onko asukkaalla riittävästi tietoa omasta turvallisuudestaan.

Tulosten yksittäisiä kysymyksiä tarkastellessa parhaiten itsemääräämisoikeus hoitajien mielestä toteutui asukkaan päätöksessä osallistuuko virikkeelliseen toimintaan vai ei. Tulosten mukaan hoitajat selvästi kunnioittivat asukkaan päätöstä, haluaako hän osallistua virikkeelliseen toimintaan. Myös asukkaan heikentynyt selviytymiskyky huomioitiin päivittäistoiminnoissa yksilöllisesti ja hyvin.

Tulosten yksittäisiä kysymyksiä tarkastellessa heikoiten itsemääräämisoikeus toteutui hoitajien mielestä asukkaan liikkumisen rajoittamisena yöillä ja laidoilla. Hoitajien mielestä asukas sai satunnaisesti päättää ruokailun ajankohdan ja päihteiden käytön. Ruokailun ajankohtaan saattoi vaikuttaa yhteiset ruokailuajat, jolloin keittiöltä tulee lämmin ruoka. Päihteiden humalanhakuista käyttöä ei palveluasumisessa sallita, mutta joissakin tilanteissa asukas saa halutessaan ottaa pienen määrän alkoholia.

Loput tutkimustulosten vastaukset sijoittuivat molemmin puolin kohtaa ”en osaa sanoa”. Tutkimustulosten mukaisten vastausten kautta voisi pohtia, että hoitajilla ei ole riittävästi tietoa itsemääräämisoikeudesta ja sen soveltamisesta käytännön hoitotyöhön. Tuloksiin oli saattanut vaikuttaa vastaajien taustatiedot, koska alle viisi vuotta työtä tehneitä oli kuitenkin kolmannes vastaajista. Vähäinen työkokemus tutkimuksen kohteena olleessa yksikössä ja siitä johtuva tiedon puute oli saattanut vaikuttaa itsemäärää-

misoikeuden kunnioittamiseen negatiivisesti. Kyselyyn vastanneista yli 10 vuotta työskennelleitä oli yli puolet, joka saattoi näkyä puolestaan vahvana tietämyksenä tuloksissa. Henkilökunnan ikärakennetta tarkasteltaessa nuorempien osuus oli suurempi kuin varttuneiden työntekijöiden, joka saattoi näkyä tuloksissa positiivisesti, koska heillä oli tuoreempaa tietoa käsiteltäessä itsemääräämisoikeutta.

6.2. Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikassa etiikalla tarkoitetaan moraalisiin kysymyksiin kohdistuvaa tutkimusta, tieteen alaa jonka kohteena on moraalit. Tutkimusetiikassa luontevin lähtökohta on normatiivinen etiikka, joka pyrkii vastaamaan kysymyksiin mitkä ovat oikeat ja noudatettavat eettiset säännöt. (Kuula 2006, 22.) Eettisesti hyvältä tutkimukselta edellytetään hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen tekemisessä ja tulosten esittämisessä. (Vilkka 2005, 29–30.) Tutkijan etiikalla tarkoitetaan näkemystä, jonka mukaan tutkijan tehtävä on tuottaa luotettavaa informaatiota todellisuudesta. (Mäkinen 2005, 188.) Tutkittavien itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava, kun ihmisiltä kerätään tietoa tutkimustarkoituksiin. (Kuula 2006, 24.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjaa ja edistää Suomessa hyvää tieteellistä käytäntöä ja on laatinut ohjeistuksia hyviin tutkimuseettisiin käytänteisiin. Tutkimusta koskevat eettiset periaatteet on jaettu kolmeen osaan, tutkittavan itsemääräämisoikeuteen, vahingoittamisen välttämiseen ja yksityisyyteen sekä tietosuojaan. (TENK 2014.)

Tutkijan on noudatettava tutkimusetiikan mukaan annettuja lupauksia tutkittavalle aineiston luottamuksellisesta käsittelystä ja käytöstä. Tutkimusaineistoa ei saa luovuttaa ulkopuolisen käsiin ja tutkimuksen valmistuttua aineisto tulee hävittää asianmukaisesti tai muuten sille pitää hakea erillistä arkistointilupaa. Tutkijan on noudatettava tarkkaan vaitiolovelvollisuutta erityisesti silloin, jos tutkimuksessa esiintyy henkilötietoja tai muita arkaluonteisia asioita. (Mäkinen 2006, 148.)

Opinnäytetyötä tehdessä olemme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä olemalla rehellisiä tutkittavia kohtaan ja antamalla heille riittävästi tietoa tehdystä opin-

näytetyöstä. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista, joka tuki kyselyyn osallistuvan henkilön itsemääräämisoikeuden toteutumista. Saatua aineistoa olemme käsitelleet luottamuksellisesti ja vaitiolovelvollisuutta noudattaen. Aineisto ei ole missään vaiheessa opinnäytetyöprosessia joutunut ulkopuolisille henkilöille.

Lähteinä olemme käyttäneet vain ensisijaisia lähteitä, koska kaikki kerätty tieto on ollut niistä saatavilla. Pääsääntöisesti olemme käyttäneet kirjallaisia lähteitä, lisäksi verkkolähteitä olemme käyttäneet muun muassa lakitekstien ja laatusuosituksen kirjoittamisessa. Käyttäessämme muiden tutkijoiden tekemiä tutkimuksia olemme kunnioittaneet tehtyä työtä merkitsemällä viittaukset asianmukaisesti opinnäytetyöhön. (Vilka 2007, 91.)

6.3. Opinnäytetyön luotettavuus

Reliabiliteetti eli mittauksen luotettavuus käsite kuuluu yleensä määrälliseen tutkimukseen. Tutkimustulokset eivät saa olla sattumanvaraisia vaan tutkimusmenetelmän ja käytetyn mittarin kykyä saavuttaa tarkoituksen mukaisia tuloksia. Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan työn toistettavuutta samanlaisin tuloksin. Tutkijoiden tulee olla koko tutkimuksen ajan kriittisiä ja tarkkoja. (Heikkilä 2014, 28.) Tutkimusaineiston keruu, aineiston käsittely ja asianmukainen arkistointi liittyy asian tarkistettavuuteen ja tätä kautta työn luotettavuuteen. (Kuula 2006, 24.) Tutkijalta edellytetään kriittistä asennetta, joka vaikuttaa luotettavuuteen. (Mäkinen 2005, 188.) Tutkimuksen validiteetilla eli pätevyydellä viitataan siihen onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä alun perin oli tarkoitus mitata. Yhdessä reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat kokonaisluotettavuuden toteutetulle tutkimukselle. (Vilka 2007, 149–150, 152.)

Aineistonkeruumenetelmäksi opinnäytetyöhön valitsimme strukturoidun lomakerekyselyn. Kyselylomakkeessa on tärkeää huomioida, että se kattaa kaikki tutkimusongelmat ja että tuloksilla mitattavat asiat ovat tarkasti määriteltyjä. Kyselylomakkeen kysymykset tulee olla selkokieltä, jotta vastaaja voi ymmärtää kysyttävän asian. Kysymysten ja vastausvaihtoehtojen tulee olla sellaisia, että jokainen kyselyyn vastaava ymmärtää kysymykset samalla tavalla. Lyhyillä ja selkeillä kysymyksillä voidaan varmistua, että vastaaja muistaa vielä kysymyksen luettuaan mihin oli vastaamassa. (Heikkilä 2014, 49, 54–55.)

Otoksen koko vaikuttaa esitettävien tulosten tarkkuuteen. Mikäli perusjoukossa on paljon vaihtelua tutkittavien asioiden suhteen, ei muutaman kymmenen vastaajan otoksesta voi tehdä kovin suuria johtopäätöksiä. Yhden henkilön vaikutus pienessä perusjoukossa on liian suuri kokonaistulokseen tarkasteltaessa tuloksia numeerisesti. (Heikkilä 2014, 75.) Tekemäämme kyselyyn osallistui 33 henkilöä, joka asiaa tarkasteltaessa yleisemmällä tasolla vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Pohdittaessa tuloksia tehostetun palveluasumisen yksikössä, jonne työmme on suunnattu, tuloksien luotettavuus on hyvä. Tämän perustelee se, että kyselyyn osallistui kahta lukuun ottamatta koko henkilökunta.

Halusimme selvittää kyselyyn osallistuvien ikäjakauman ja työkokemuksen hoitoalalla, koska se vaikutti kyselyn luotettavuuteen. Esimerkkinä, jos kaikki vastaajat olisivat iältään nuoria ja sen vuoksi kokemusta hoitoalalta olisi vähän, näkemys itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa voisi poiketa paljon varttuneempaan työntekijään verrattuna. Kyselyssä ikäjakauma ja työkokemuksen määrä oli jakautunut melko tasaisesti nuorien ja varttuneempien työntekijöiden välillä, jonka johdosta se vaikutti tuloksiin luotettavuutta lisäten. Ammattinimikkeen kysymisellä emme uskoneet jälkeinpäin ajateltuna olevan merkitystä kyselyyn kokonaisuudessaan, joten sitä asiaa emme tuloksissa tarkemmin avanneet. Jättämällä tarkemmat luvut ammattinimikkeiden osalta pois halusimme suojata myös vastaajien tunnistamattomuutta.

6.4. Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Tammi-helmikuussa 2014 aloitimme opinnäytetyön tekemisen aiheenvalinnalla ja pitämällä palaverin työelämän edustajan kanssa. Lopun keväästä ja alkukesän käytimme lähteiden etsimiseen ja teoriaosuuden kirjoittamiseen. Suunnitelmaseminaari pidettiin toukokuussa, jonka jälkeen haimme heti tutkimuslupaa opinnäytetyölle. Ennen luvan saamista teimme kyselylomakkeen valmiiksi, jonka hyväksytimme ohjaavalla opettajalla ja työelämän edustajalla. Tutkimusluvan saimme ennen kevätlukukauden päättymistä. Kesällä jatkoimme teoriaosuuden kirjoittamista ja kyselyn toteutimme syys-lokakuussa. Loppuvuoden ajan korjasimme ja laajensimme opinnäytetyön teoriaosuutta. Tammi-kuussa 2015 analysoitiin kyselystä saadut tulokset. Helmi-maaliskuun ajan hioimme työtä vielä joiltakin osin ja lopullisesti opinnäytetyö oli valmis maaliskuussa.

Yhteistyö koko prosessin ajan oli meillä sujuvaa, vaikka yhteisen ajan löytäminen työn tekemiseen oli ajoittain haasteellista. Myös välimatka toisiimme ja osittain eri ryhmissä opiskeleminen loi omat haasteensa. Työskentelimme paljon itsenäisesti tietoa etsittäessä, mutta asioiden yhteenvetäminen tehtiin pääsääntöisesti yhdessä, jotta molempien ajatukset tulivat huomioitua. Ohjauksessa kävimme säännöllisesti ja koimmekin nämä tilaisuudet erityisen tärkeiksi, jotta työn eteneminen pysyi koko ajan sujuvana ja oikeaan suuntaan menevänä. Yhteistyö työelämän edustajan kanssa oli mutkatonta ja häneltä saimmekin työn edetessä tärkeitä vinkkejä liittyen muun muassa teoriaosuuden sisältöön. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä, haastava ja opettavainen kokemus.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ikäihmisten tehostetun palveluasumisen yksikössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä asukkaiden itsemääräämisoikeudesta tehostetussa palveluasumisessa. Mielestämme pääsimme opinnäytetyötä tehdessämme tavoitteeseen hyvin. Uskomme, että valmis opinnäytetyömme on tiivis ja kattava paketti aiheeseen liittyvistä laeista ja käytännön suosituksista hoitohenkilökunnalle, liittyen potilaan oikeuksiin ja itsemääräämisoikeuteen. Tutkimuksella saatiin haluttua tietoa asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta tehostetussa palveluasumisessa.

6.5. Jatkotutkimus ehdotukset ja kehittämishaasteet

Mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena pohdimme sitä miten asukkaat tehostetussa palveluasumisessa kokevat kiireen ja tiukkojen henkilökuntamitoitusten vaikuttavan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Toisena mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena pohdimme miten kolmannen sektorin tuloskeskeisyys vaikuttaa itsemääräämisoikeuden toteutumiseen hoitajien näkökulmasta. Mietimme olisiko jonkin tyyppisestä oppaasta apua itsemääräämisoikeuden ja sen toteutumisen ymmärtämiseen apua. Hoitohenkilökunnalle voitaisiin tuoda hyvinkin konkreettisesti ja käytännönläheisesti asia siinä esille.

Kehittämishaasteina pidimme hoitajien tietämyksen lisäämistä itsemääräämisoikeutta koskevista laeista ja suosituksista yhdistettynä ympäristön vaatimuksiin. Myös hoitajien ymmärryksen lisääminen itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, etenkin muistisairaanpotilaan hoitotyössä oli yksi aihe, jonka koimme kehittämishaasteeksi. Ihmisten jatkuva tietoisuuden lisääntyminen omista ja läheisen oikeuksista luo omat haasteensa tilanteissa, joissa hoitohenkilökunta joutuu toimimaan itsemääräämisoikeuden vastaisesti.

LÄHTEET

- Anttila K., Kaila-Mattila T., Kan S., Puska E-L & Vihunen R. 2011. Hoitamalla hyvää oloa. 14–15. painos. Helsinki: WSOY.
- Ensio A., Kinnunen U-M. & Liljamo P. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttö-opas. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Ensio A. & Saranto K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. Sipoo: Silverprint.
- Finlex 2000. Laki sosiaalihuollon potilaan asemasta ja oikeuksista. Luettu 29.7.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=itsem%5C%A4%5C%A4r%5C%A4%5C%A4misoikeus#L2P8>
- Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Luettu 12.9.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakas-rakenne ja hoidon laatu. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Franssila, P. & Wallin, M. 2010. Fysioterapia on potilaan ohjausta. Fysioterapia-lehti 5/2010, 5.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Kustannusosake-yhtiö Tammi.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hänninen, J. (toim.). 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim.
- Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Ikäihmisten palvelujen lautakunta. 14.5.2014. Pitkäaikaisten ympärivuorokautisen hoidon myöntämisen kriteerit. Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ydinprosessissa. Julkaistu 27.7.2004. Päivitetty 27.10.2014. Luettu 28.10.2014. http://www.tampere.fi/material/attachments/y/TCAmvjbu0/versio_nettiin_2014.pdf

Immonen, S. 2005. Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä oleva tekijä. Tampereen yliopisto. Pro gradu. Luettu 19.2.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/92570/gradu00482.pdf?sequence=1>

Iäkkäät potilaat ja eettinen hoito. Sairaanhoidtajaliitto. Luettu 26.10.2014.

https://www.sairaanhoidtajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidtaja-lehti/6-7_2007/muut_artikkelit/iakkaat_potilaat_ja_eettinen_hoi/

Kalliainen, A., Lepola, E., Muhli, A. & Rasi, I. 2009. SPSS 14.0 for Windows perusteet. Oulun yliopisto.

Karhiainen, P. 2009. Matkalla palvelutaloon. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu. Luettu 19.2.2015.

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/20095/URN_NBN_fi_jyu-200905131588.pdf?sequence=1

Kekseliäs kasvattaja. Lastensuojelun keskusliiton ohjeet kasvattajille. Tulostettu 18.11.2011.

http://www.alalyolasta.fi/ala_lyo_lasta/kasvatusvinkkeja

Kortemäki, V. 2012. Itsemääräämisoikeus omassa kodissa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu. Luettu 19.2.2015.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/38475/URN%3ANBN%3Afi%3Ajyu-201209062328.pdf?sequence=1>

Kotisaari, M-L. & Kukkola S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1.painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Kuukasjärvi, E. 2011. ”Se on täällä tämmöstä ja kotona erilaista” – Hoivaympäristössä asuvan ikääntyneen toimijuus elämänlaadun ulottuvuuksissa. Lapin yliopisto. Pro gradu. Luettu 19.2.2015.

<https://www.doria.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/69813/Kuukasj%C3%A4rviEija.pdf?sequence=1>

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Muistiliitto Ry. 2014. Muistisairaan ihmisen oikeudet. Luettu 3.2.2015.

<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/palvelut-etuudet-ja-oikeudet/muistisairaan-ihmisen-oikeudet/>

Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu. Luettu 19.2.2015.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43096/URN%3aNBN%3afi%3aju-201403211390.pdf?sequence=1>

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nurmi-Koikkalainen, P. Välttämätön apu elämisen mahdollistajana. Näkökulmia vaikeasti vammaisten henkilöiden asumiseen ja apuun. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, avauksia 7/2009. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 1.9.2014.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/20e65dd9-fcb7-49e0-a642-a13c73e397a8>

Paunio, R-L. Oikeusasiamies. 2005. Ihmisoikeudet dementiahoidossa. Suomen demen-tianhoitoyhdistys. Seminaari. 17.5.2005. Helsinki.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Pro gradu. Luettu 19.2.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/91596/gradu00373.pdf?sequence=1>

Potilaan oikeudet 2014. Itsemääräämisoikeus. Luettu 30.7.2014.
<http://www.potilaanoikeudet.fi/itsem-r-misoikeus/>

Ritaranta, S. 2010. Suojaimet. Työterveyslaitos. Luettu 29.3.2011.
<http://www.ttl.fi/fi/toimialat/rakennus/rats/sivut/suojaimet.aspx>

Roper N., Logan W. & Tierney A. 1996. The elements of nursing. A model for nursing based on a model of living. Malaysia: Longman.

Semtu. VEMO-valuankkurit. Käyttöohje. Luettu 18.3.2011.
<http://www.semtu.fi/?file=240>

Seuri, M., Iloranta, K. & Räsänen, K. 2011. Kumppanina työterveyshuolto. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Sosiaalihuollitus 1989. Hyvään palveluasumiseen. Opas 1/1989. Helsinki.
Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012. Suomen virallinen tilasto, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. Tilastoraportti 26/2013. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 8.9.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110583/Tr26_13.pdf?sequence=4

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. Luettu 22.9.2014.
Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Luettu 22.9.2014.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2014. Hoitotahto. Luettu 30.7.2014.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos 2012. Hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot ja luokitusjärjestelmä. Luettu 1.9.2014. <http://www.uef.fi/fi/stj/hoitotyon-terminologiat>

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmä. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. Ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012. 1.panos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hoitotestamentti. Luettu 17.12.2014. <http://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotestamentti>

Tilastokeskus. Väestörakenne 2013. Päivitetty 26.9.2014. Luettu 6.11.2014. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Luettu 19.2.2015. <http://www.tilastokeskus.fi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Luettu 20.1.2015. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>

Uotinen, S. Johtava lakimies. 2014. Asiakkaan itsemääräämisoikeus. Kuntaliitto. Luento. Finnish Consulting Group koulutus 29.10.2014. Tampere.

Vanhusten palveluasuminen vuoteen 2010. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen selvityksiä 2/2002. Tampere: Sosiaali- ja terveystoimi.

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2013. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. 2.painos. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf

Vilka, H. Tutki ja kehitä. 2005. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Vilka, H. Tutki ja mittaa. 2007. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2013. Luettu 27.10.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

Yura, H. & Walsh, M. 1988. Hoitotyön kehittäminen. Juva: WSOY.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

KYSELYLOMAKE HOITAJILLE

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympäröimällä oikea vaihtoehto

Ammattinimike	1	Lähihoitaja	2	Sairaanhoitaja	3	Muu
Ikä	Alle 20 v.	21-30 v.	31-40 v.	41-50 v.	Yli 51 v.	
Kauanko työskennellyt hoitoalalla		Alle 5 v.	5-10 v.	Yli 10 v.		

Vastaa seuraaviin väittämiin ympäröimällä yksi vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten sinun kokemustasi itsemääräämisoikeuden toteutumista tässä yksikössä.

1 = täysin eri mieltä 2 = jokseenkin eri mieltä 3 = en osaa sanoa

4 = jokseenkin samaa mieltä 5 = täysin samaa mieltä

täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
-------------------	-----------------------	---------------	-------------------------	---------------------

AKTIVITEETTI (virike/uni)

1. Asukas päättää osallistuuko virikkeelliseen toimintaan	1	2	3	4	5
2. Asukas päättää liikumisestaan osastolla	1	2	3	4	5
3. Asukas päättää nukkumaan menon ajan kohdan	1	2	3	4	5
4. Asukas päättää vuorokausirytmensä, herääminen, päiväunet jne.	1	2	3	4	5

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin saamaa mieltä	täysin samaa mieltä
SELVIYTYMINEN					
1. Aukasta tuetaan sosiaaliseen kanssa- käymiseen	1	2	3	4	5
2. Aukkaan henkistä hyvinvointia tuetaan	1	2	3	4	5
3. Aukkaan heikenty- nyt selviytymiskyky huomioidaan yksilöllis- esti päivittäistoimin- noissa	1	2	3	4	5
TERVEYSKÄYTTÄYTYMI- NEN					
1. Aukas päättää omista päihteiden käy- töstään	1	2	3	4	5
2. Aukas päättää hoi- toon koskevista asiois- ta	1	2	3	4	5
3. Aukkaalla on oike- us kieltäytyä hoidosta	1	2	3	4	5
LÄÄKEHOITO					
1. Aukkaalla on oike- us vaikuttaa lääkityk- seensä	1	2	3	4	5
2. Aukas tietää saa- mansa lääkkeet, myös tarvittavat lääkkeet	1	2	3	4	5
3. Aukas päättää lääk- keiden ottamisesta	1	2	3	4	5
RAVITSEMUS					
1. Aukas päättää ruo- kailun ajankohdan	1	2	3	4	5

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
2. Aukas päättää ruokailuun käytettävän ajan	1	2	3	4	5
3. Aukas päättää missä ruokailee	1	2	3	4	5

TURVALLISUUS

1. Aukas päättää oven lukossa pidosta	1	2	3	4	5
2. Aukkaan liikkumista ei rajoiteta, esim. laidat, vyöt	1	2	3	4	5
3. Aukkaalla on riittävästi tietoa omasta turvallisuudestaan ja siihen liittyvistä teki- jöistä	1	2	3	4	5

PÄIVITTÄISET TOIMINNOT (hygienia, ruokailu ja wc-toiminnot)

1. Aukas päättää oman hygieniansa huolehtimisesta	1	2	3	4	5
2. Aukas päättää pukeutumiseen liittyvät asiat, esim. mitä pukea päälle	1	2	3	4	5
3. Aukas päättää wc-toimintojen ajankohdan	1	2	3	4	5
4. Aukas päättää ruokailuun liittyvän avuntarpeen	1	2	3	4	5

KIITOS VASTAUKSESTASI, TÄMÄ ON ARVOKASTA TIETOA MEILLE!!

Liite 2. Saatekirje

TEHOSTETUN PALVELUYKSIKÖN HENKI- LÖKUNTA

Suoritamme työyksikössänne opinnäytetyöhöme liittyvän tutkielman.

Tutkielmassa käsittelemme itsemääräämisoikeutta ja sen toteutumista hoitajan näkökulmasta. Ohessa kyselylomake, johon toivomme mahdollisimman monen vastauksen. Vastaukset käsittelemme luottamuksella ja vastaajat pysyvät anonyymeinä.

Vastausaikaa 13.10.2014 asti. Vastaukset voitte jättää alla olevaan laatikkoon.

KIITOS JO ETUKÄTEEN VAIVANNÄÖSTÄNNE!

**Ystävällisin terveisin Janette Isaksson ja Tiina Varin-Kuikka
TAMK, Tampereen Ammattikorkeakoulu**

Liite 3. Tutkimusluettelo

1(3)

Tekijä, tutkimus, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Immonen, S. Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät Pro gradu-tutkimus, 2005 Suomi	Tarkoituksena oli selvittää hoitajien tietotasa sekä siihen yhteydessä olevia tekijöitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) eli potilaslain sisällöstä ennen hoitoon pääsyä.	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella 128 henkilöltä. Aineisto analysoitiin tilastollisella menetelmällä ja avoimet kysymykset sisällönanalyysillä	Hoitajien tietotaso oli tyydyttävää potilaslain sisällöstä. Parhaiten he tiesivät potilaan hyvään hoitoon liittyvästä lain sisällöstä. Ammattinimikkeellä oli tilastollista yhteyttä potilaslain sisällön tietämykseen.
Karhinen, P. Matkalla palvelutaloon Pro gradu-tutkimus, 2009 Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla ymmärrämme paremmin kotoaan syystä tai toisesta poismuuttavan ikääntyneen ihmisen kokemusta ja uuteen ympäristöön sopeutumiseen liittyviä seikkoja.	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta henkilöä. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä	Tuloksissa nousi esiin sosiaalisen toiminnan tärkeys mielekkään elämän kokemisen kannalta. Pelkona nousi ihmissuhteiden kariutumisen ja yksilönä pysyminen. Eri-laiset muutokset nähtiin mahdollisuuksina tai pelkoina ja uhkina oman identiteetin kannalta.

(jatkuu)

Tekijä, tutkimus, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kortemäki, V. Itsemääräämisoikeus omassa kodissa Pro gradu-tutkimus, 2012 Suomi</p>	<p>Tavoitteena oli tutkia kehitysvammaisten asumisyksikössä asuvien henkilöiden itsemääräämisoikeuden toteutumista.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin kyselykaavakkeella, jossa oli avoimia kysymyksiä 96 henkilölle ja havainnoimalla asumisyksikössä. Aineisto analysoitiin kyselyn ja havainnoinnin vertailulla.</p>	<p>Asumisyksikössä itsemääräämisoikeuden toteutuminen oli hyvin vähäistä. Rutiininomaiset tekijät määrittelevät sen pitkälti. Itsemääräämisoikeuteen vaikutti työntekijöiden vahva asenne laitospainotteisesta hoivankulttuurin perinteestä.</p>
<p>Kuukasjärvi, E. ”Se on täällä tämmöstä ja kotona erilaista”- Hoivaympäristössä asuvan ikääntyneen toimijuus elämälaadun ulottuvuuksissa Pro gradu-tutkimus, 2011 Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli tarkastella tehostetun palveluasumisen yksikössä ja vanhainkohteissa asuvien ikääntyneiden toimijuutta elämänlaatuun vaikuttavissa tekijöissä. Lisäksi toimijuutta tarkasteltiin modaaliteettien osana, kyetä, voida, täytyä, haluta ja tuntea kautta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla kahdeksalta eri henkilöltä. Aineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Toimintakyvyn heikentyminen ei merkinnyt toimijuuden katoamista, ympäristön roolilla oli suuri merkitys. Vuorovaikutuksen kautta ikääntyneet saivat toimijuutensa esille. Hoitohenkilökunnan roolilla merkittävä rooli toimijuuden toteutumisessa</p>

3(3)

Tekijä, tutkimus, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Myllymäki, S. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa Pro gradu-tutkimus, 2014 Suomi</p>	<p>Tavoitteena oli selvittää näkemyksiä itsemääräämisoikeudesta ja minkälaiset asiat vaikuttavat itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Tarkastellaan vanhusten käsityksiä itsemääräämisoikeuden rakentumisesta toimijuuden ja osallisuuden näkökulmasta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin kuudella teema-haastattelulla. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Itsemääräämisoikeus oli käsitteenä haastava. Vanhuksilla oli vaikeata konkretisoida ja kuvailla itsemääräämisoikeutta arjen tilanteissa. Tutkimuksen mukaan vanhukset kokivat itsemääräämisoikeuden toteutuvan.</p>
<p>Pietikäinen, T. Kotihoidoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta Pro gradu-tutkimus, 2004 Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia lääkehoidon edellytyksiä, lääkkeiden käsittelyä, lääkehoidon toimintaa sekä työntekijöiden yhteistyötä asiakkaan ja omaisten kanssa kotihoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella 160 henkilöltä. Aineisto analysoitiin tilastollisella menetelmällä ja avoimet kysymykset sisällönanalyysillä</p>	<p>Ammattiryhmät käyttivät monipuolisesti erilaisia lääkkeenantotapoja ja lääkehoidon ohjaus sujui monipuolisesti. Yhteistyö omaisten tai läheisten kanssa oli vähäistä. Omaisia ei rohkaistu osallistumaan lääkehoitoon.</p>