

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS-  
SUUNNITELMA  
CORONARIA KOTIKYLÄ HOIVAKOTEIHIN

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja  
johtaminen  
Opinnäytetyö (ylempi AMK)  
kevät 2019  
Margit Vento 0601780

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Vento, Margit	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 61, 3 liitesivua	Valmistumisaika kevät 2019
Työn nimi <b>Itsemääräämisoikeussuunnitelma Coronaria Kotikylä hoivakoteihin</b>		
Tutkinto Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, sairaanhoitaja (yamk)		
Tiivistelmä <p>Tämän kehittämishankkeen aiheena oli itsemääräämisoikeussuunnitelman luominen Coronaria Kotikylä hoivakoteihin. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää Coronaria Kotikylän hoivakotien itsemääräämisoikeutta tukevaa toimintakulttuuria. Tämän kehittämishankkeen lähestymistapana oli toimintatutkimus ja aineiston keruun menetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka kohdennettiin Coronaria Kotikylä hoivakotien esimiehille. Kyselyyn vastasi yhdeksän esimiestä.</p> <p>Kyselyn tuloksena oli, että kaikissa hoivakodeissa kirjattiin rajoittamistoimenpiteistä. Hoivakotien esimiehet käyvät työyhteisössä henkilöstön kanssa keskustelua rajoitustoimenpiteistä. Esimiehet kokivat, että he osaavat ohjata henkilöstöä asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen vahvistamisessa. Esimiehet nostivat itsemääräämisoikeutta edistäviksi asioiksi asukkaiden toiveiden huomioimisen, hoitajien vallankäytön vähyyden ja asukkaiden kunnioittamisen. Itsemääräämisoikeutta estäviä asioita olivat esimiesten mielestä asukkaiden muistisairaus, vallankäyttö, hoitajamitoitus, hoitajan ominaisuudet sekä aktiviteettien vähyyys. Myös yksikön laitospäinen ympäristö voi olla esteenä itsemääräämisoikeuden toteutumiseen.</p> <p>Esimiesten mielestä itsemääräämisoikeussuunnitelmalle on tarve. Suunnitelmassa tulisi huomioida asukkaiden yksilöllisyys ja ihmisarvon toteutuminen. Suunnitelman toivottiin antavan selkeät suuntaviivat, mutta samalla toivottiin, että jäisi tilannekohtaista harkinnanvaraa.</p> <p>Itsemääräämisoikeussuunnitelmaa arvioi ohjausryhmä ja viisi satunnaisesti vallittua esimiestä suoritti suunnitelman esitestauksen. Tämän jälkeen tehtiin tarvittavat muutokset ja lopuksi itsemääräämisoikeussuunnitelmaa testasi kolme satunnaisesti valittua esimiestä työyhteisössä, jonka jälkeen suunnitelma tallennettiin Sharepointiin.</p>		
Asiasanat itsemääräämisoikeus, asiakaslähtöisyys, johtaminen		

## Abstract

Vento, Margit	Type of publication	Published
	Master's thesis	Spring 2019
	Number of pages	
	61, 3 pages of appendices	
Title of publication		
<b>Title</b>		
Self-determination plan to Coronaria Kotikylä housing services		
Name of Degree		
Master Degree in Social and Health Care Development and Management		
Abstract		
<p>The subject of this development project was the Thesis of a self-determination plan for sheltered housing services in Coronaria Kotikylä. The purpose of this Thesis was to promote a culture of self-determination that supports Coronaria Kotikylä's care homes. The Method of this Thesis was action research and the questionnaire was used as the data collection method, which was targeted to the supervisors of care homes in Coronaria Kotikylä. Nine supervisors responded to the survey.</p> <p>The result of the survey was that all the units recorded restrictive measures. In the work community, the supervisors talk with the staff about the restriction measures. Superiors felt that they were able to guide the staff in strengthening the self-determination of residents. Supervisors raised awareness of residents' wishes, lack of power of nurses, and respect for residents as things to promote self-determination. In the opinion of the superiors, the issues that prevented self-determination were the memory illness of the residents, the exercise of power, the caring, the caregiver's characteristics and the lack of activities. Also, the unit's indoor environment can be an obstacle to self-determination.</p> <p>Supervisors think there is a need for a self-determination plan. The plan should consider the individuality of the elderly and the realization of human dignity. It was hoped that the plan would provide clear guidelines, but at the same time it was hoped that there would be a margin of discretion.</p> <p>The plan was evaluated by a steering group and five randomly supervised supervisors performed a pre-testing of the plan. Then the necessary changes were made to the self-determination plan and the plan was then saved to SharePoint.</p>		
Keywords		
self-determination, client centered care, leadership		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHTIA.....	4
2.1	Kohdeorganisaatio.....	4
2.2	Coronaria Kotikylän arvot.....	4
2.3	Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus .....	5
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA.....	6
3.1	Itsemääräämisoikeus vanhustenhuollossa.....	6
3.2	Asiakaslähtöisyys ja sen rajoittaminen.....	13
3.3	Johtamisen merkitys itsemääräämisoikeuden toteutumisessa .....	18
4	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS.....	24
4.1	Lähestymistapana toimintatutkimus .....	24
4.2	Kehittämishankkeen eteneminen .....	25
4.3	Aineistonkeruumenetelmänä kyselylomake .....	27
4.4	Aineiston analysointi .....	29
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET .....	33
5.1	Kyselyn keskeisimmät tulokset .....	33
5.2	Itsemääräämisoikeussuunnitelman esitestaus .....	36
5.3	Itsemääräämisoikeussuunnitelman sisältö .....	38
6	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	43
6.1	Itsemääräämisoikeussuunnitelman arviointi.....	43
6.2	Prosessin arviointi.....	46
6.3	Eettisyys ja luotettavuus .....	50
6.4	Jatkokehittämishaasteet .....	53
	LÄHTEET .....	56
	LIITTEET .....	63

## 1 JOHDANTO

lääkkäillä ihmisillä pitäisi iästä ja toimintakyvystä riippumatta olla mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omissa yhteisöissään. Hyvä elämänlaatu ei pidä sisällään pelkäämistään hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, eriasteista hoidon ja huolenpidon tarpeen arviointia tai siihen vastaamista. Elämänlaatuun liittyvät hyvän elämän edistämistä eli hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja toimivan arjen turvaamista. Vaikka iäkkäällä ihmisellä on erilaisia voimavaroja, on hän silti aina osallistuja ja toimija. Hän asettaa itse ja hänen pitäisi saada mahdollisuus asettaa omat tavoitteensa. Hänellä on myös oikeus valikoida kiinnostuksen kohteensa ja tavat toimia sekä saada arvioida omaa toimintaansa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017: 13.)

Potilaan itsemääräämisoikeus on sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate. Potilaslakiin on kirjattu, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Näin ollen itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide sekä kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle tulisi antaa mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Myös jokaisella muistisairaalla ihmisellä on oikeus itsemääräämiseen. Muistisairaus ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä eri tavoin tekemään itseään koskevia päätöksiä. Niin kauan kuin hän kykenee itse päättämään omista asioistaan, hänen tekemälleen ratkaisulle on annettava etusija laillisen edustajan tai muun läheisen mielipiteen asemasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden virheellisiin menettelytapoihin sekä kirjoitettuihin tai kirjoittamattomiin sääntöihin (talon tapoihin) saattaa sisältyä itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Jotkut toimintatavat voivat olla yksiköissä niin juurtuneita sen toimintatapoihin ja kulttuuriin, ettei niitä edes mielletä rajoittamistoimenpiteiksi. (Valvira 2013.)

Muistiliitto korostaa Hyvän hoidon kriteeristössään (2016, 3), että hyvässä hoidossa korostuu ihmisen oma näkemys ja itsemääräämisoikeus omaan elämään vaikuttavissa ratkaisuihin ja päätöksissä. Hyvän hoidon tulee perustua osaamiseen, tutkimukselliseen näyttöön ja kerättyyn tietoon muistisairaalla ihmisen ja hänen läheistensä hyvän elämän edellytyksistä sairauden eri vaiheissa. Hyvän hoidon kriteeristö ohjaa myös ammattihenkilöstöä kehittämään yhdenvertaisuutta, sillä se pohjautuu itsemääräämisoikeuteen, yhdenvertaisuuteen, lakeihin ja valtakunnallisiin hoitosuosituksiin ja ohjelmiin.

Itsemääräämisoikeuteen liittyy vahvasti rajoitteiden käyttö. Saarnio (2009, 80) tutki väitöskirjassaan rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitajat jakoivat fyysisten rajoitteiden muodot todellisiin rajoitteisiin (esimerkiksi magneettivyö), ja arkisiin rajoitteisiin, (esimerkiksi sängynlaidat ja pöytälevyn käyttö). Hoitajat tavaltaan sokeutuivat työssään sängynlaitojen käytölle. Tätä kuvaa tutkimuksessa se, että hoitajat eivät esimerkiksi laskeneet niitä alas hoitotilanteissa, esimerkiksi vanhusta syöttäessään. Toisaalta hoitajat saattoivat tiedostaa tapaturmariskin. Tässä tutkimuksessa hoitajat käyttivät vanhuksen fyysiseen liikkumiseen myös epäsuoria rajoittamistoimia. Vanhukselta saatettiin tällöin ottaa pois rollaattori tai kävelyteline, tai hoitaja piti vanhusta puutteellisesti pukeutuneena. Tutkimuksessa hoitajat kuitenkin havaitsivat rajoittamiset vaikuttavan vanhuksen liikkumiskyvyn alenemiseen.

Etelä-Suomen aluehallintoviraston selvityksessä (2013, 3) tutkittiin potilaisiin ja asukkaisiin kohdistettujen rajoitustoimien määrää ja laatua somaattisessa sairaanhoidossa sekä vanhustenhuollon ja asumispalveluiden ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä. Kyselyyn saatujen vastausten perusteella erilaisia rajoitustoimia käytetään varsin paljon, mutta käyttö vaihtelee yksiköittäin. Tuloksina oli, että joissain organisaatioissa asukkaita ei jouduta rajoittamaan juuri lainkaan, kun vastaavasti toisissa yksiköissä rajoitustoimia käytetään enemmän. 84%:ssa yksiköissä oli kirjalliset ohjeet esimerkiksi potilaiden valvomisesta magneettivöiden aikana. 47%:lla vastaajista ei ollut rajoittamisohjeita ollenkaan tai ne eivät olleet vastaajien mielestä riittäviä.

Etelä-Suomen aluehallintoviraston selvityksessä (2013, 3) todetaan myös, että lainsäädännölle on tarvetta. Sama näkemys tuli ilmi avovastauksissa, joissa toivottiin yleisten ohjeistusten ja säännöllisen valvonnan tarvetta. Kyselyyn vastanneet kaipasivat myös toimintatapojen kriittistä tarkastelua, kehittämistyötä ja koulutusta yksikkötasolla. Vastaajien mielestä myös ammattihenkilöiden peruskoulutuksessa asia tulisi huomioida. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että toimintayksiköiden johdon ja esimiesten vastuulla on huolehtia asianmukaisten ohjeiden antamisesta yksikössä ja omavalvonnan järjestämisestä.

Tämä kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksellisenä projektina Coronaria Hoiva Oy:n Kotikylä hoivakoteihin. Kotikylissä asuu sekä tehostetun että tuetun asumisen kriteerit täyttäviä asukkaita, usein myös muistisairaita. Coronaria Hoivassa hoitotyön keskiössä on asiakaslähtöisyys ja asukkaan eletty elämä. Hoito- ja palvelusuunnitelman perustana on asukkaan elämänhistoria ja hänen mieltymyksensä, jotka ohjaavat hoitajien päivittäistä työtä. (Coronaria Oy, 2008.)

Kehittämishankkeen aihe ja sen haasteellisuus esiintyy omassa päivittäisessä työssäni. Itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioita ei ole avattu yhteisesti Coronaria Hoivassa eikä varsinaista kirjallista itsemääräämisoikeussuunnitelmaa ole ollut käytössä ikäihmisten hoivakodeissa. Hoitajilla on usein epävarmuutta asiasta ja he kaipaavat työkaluja käytännön työhönsä. Kehittämishankkeen tavoitteena on tietoperustan ja esimiesten kyselylomakkeen avulla laatia kirjallinen itsemääräämisoikeussuunnitelma Coronaria Kotikylä hoivakotien käyttöön.

Tässä työssä kuvataan kehittämishankkeen eteneminen ja itsemääräämisoikeussuunnitelman prosessi. Coronaria Kotikylä hoivakodeilla on mahdollisuus käyttää Itsemääräämisoikeussuunnitelmaa oman yksikön tarpeen mukaan. Kehittämishankkeessa tiedonkeruumenetelmänä on Kotikylä esimiesten kyselylomake ja ohjausryhmän (Coronaria Hoivan palvelujohtaja ja palvelupäällikkö) arvioinnit sekä kommentit. Itsemääräämisoikeussuunnitelman kehittämiseksi tutustutaan muihin mahdollisiin saatavilla oleviin itsemääräämisoikeussuunnitelmiin. Ennen lopullista versiota itsemääräämisoikeussuunnitelma esitellään satunnaisesti viidellä esimiehellä. Tämän jälkeen kolme satunnaisesti valittua esimiestä testaa suunnitelmaa työyhteisössään yhdessä työntekijöiden kanssa.

Tämän kehittämishankkeen keskeisiä käsitteitä ovat itsemääräämisoikeus, asiakaslähtöisyys ja johtaminen. Lähteinä käytetään kotimaista ja saatavilla olevaa ulkomaista kirjallisuutta. Väitöskirjoista, pro-gradu-tutkielmista ja YAMK-opinnäytetöistä käytetään lähteinä tutkimusten tuloksia.

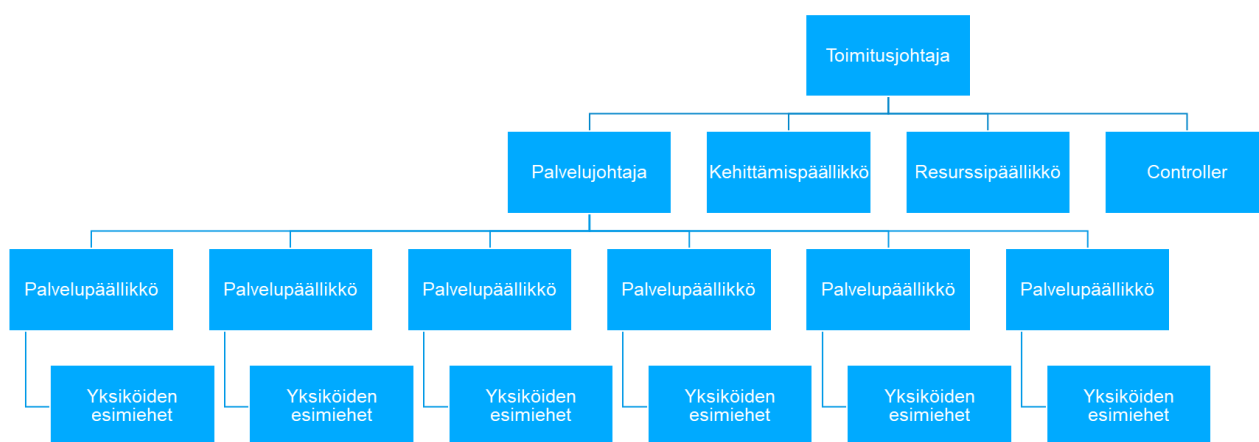
Raportissa esitellään ensin kehittämishankkeen lähtökohdat ja tietoperusta. Kehittämishankkeen tuotoksena laadittu itsemääräämisoikeussuunnitelma Coronaria Hoiva Kotikylä hoivakotien käyttöön perustuu sekä teoreettiseen tietoperustaan että valmisteilla olevaan lakiluonnokseen. Itsemääräämisoikeuteen liittyy olennaisena osana asiakaslähtöisyys sekä johtamisen merkitys. Tämän jälkeen raportissa kuvataan kehittämishankkeen toteutus. Kehittämishankkeen tuloksissa esitellään keskeisimmät tulokset, itsemääräämisoikeussuunnitelman sisältö sekä suunnitelman esitestaus. Lopuksi arvioidaan itsemääräämisoikeussuunnitelmaa, prosessia sekä prosessin eettisyyttä ja luotettavuutta. Jatkokehittämishaasteissa pohditaan itsemääräämisoikeussuunnitelman hyödynnettävyyttä.

## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHTIA

### 2.1 Kohdeorganisaatio

Coronaria Oy on perustettu vuonna 1988 ja on suomalaisten omistuksessa oleva yritys. Coronaria Oy kuuluu kotimaiseen Cor Group- konserniin, jonka ympärille on syntynyt Suomen laajin terveysalan yritysclusteri, joka työllistää Suomessa jo yli 2500 ihmistä ja jonka liikevaihto vuonna 2016 oli yli 130 miljoonaa euroa. Coronaria Hoiva on yksi viidestä palvelukokonaisuudesta Coronarian organisaatiosta, joka sisältää Ikäihmisten palveluita, kuten kotihoidon ja asumispalvelut. Kehittämistehtävän kohdeorganisaationa on Coronaria Hoivan Kotikylä hoivakodit. Tällä hetkellä hoivakoteja on 25. (3.1. 2019.)

Työskentelen Lahdessa Coronaria Hoiva Kotikylä Lepolankadun palvelukodissa palveluesimiehenä. Hoivakoti on tehostettu palveluasumisen yksikkö, jossa asukaspaiikkoja on 60. Tällä hetkellä yksikköömme valitsee asukkaat Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Työntekijöitä yksikössä on yhteensä 42 ja he edustavat ammattiryhminä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja laitoshuoltajia. Esimiestyöskentelystä minulla on yhteensä 13 vuoden työkokemus. Olen kuvannut Kuviossa 1 Coronaria Hoivapalvelujen organisaatiota.



KUVIO 1. Coronaria Hoiva organisaatio (Coronaria Oy, 2019.)

### 2.2 Coronaria Kotikylän arvot

Vanhuus on ihmisen elämänvaihe, jonka tulisi saada kukoistaa juuri niin toimeliaana ja sosiaalisena, kuin ihminen haluaa ja mihin hän kykenee. Coronarialla arvostetaan vanhuutta, joten tämän pohjalta luotiin aivan uudenlaisen asumismuoto ikäihmisille. Tästä ajatuksesta syntyi Kotikylä. Ihminen ei viihdy laitospäisessä ympäristössä. Siksi Coronarian Kotikylät ovat enimmäkseen pieniä ja kodinomaisia hoivakoteja, joissa asukkaat ja



työntekijät tuntevat hyvin toisensa. Kotikylät ovat tyypillisesti noin 30 asukkaan kodikkaita ja yksilöllisiä hoivakoteja. Kullakin asukkaalla on oma oikea koti, jossa voi asua turvallisesti omilla ehdoillaan ja voimavaroillaan. Kotikylä on paitsi palveleva asumismuoto myös aktiivinen yhteisö, jossa hoitajat ja kanssa-asukkaat ovat kaikille tuttuja. Kukin asukas voi osallistua toimintaan ja olla osa yhteisöä omien halujensa ja mahdollisuuksiensa mukaan. (Coronaria Oy, 2018.)

Arvoina ovat toiminnallisuus, mikä tarkoittaa Kotikylässä aktiivista arkea. Kotien asukkaat osallistuvat oman toimintakykynsä mukaisesti arjen toimintoihin ja niiden suunnitteluun. Coronaria on antanut julkisen palvelulupauksen, että asukkaalle järjestetään päivittäin tunti aktiivista toimintaa. Tämä aika voi koostua useista pienistä tuokioista. Toinen arvo on yhteisöllisyys, jolloin Kotikylässä on yhdessä tekemistä, yhteenkuuluvuuden tunnetta, aitoa läsnäoloa ja lämmintä ilmapiiriä. Yhteisöllisyys rakentuu kohtaamisesta ja toisten hyväksymisestä sekä siitä, että jokaisella on juttuseuraa halutessaan. Viikko-ohjelma ja yhteisöllisen toiminnan ohjelma tuovat virikkeitä arkeen. Kolmas arvo on turvallisuus, koska Kotikylissä on tärkeää, että jokainen asukas tietää ja tuntee asuvansa turvallisessa asuinympäristössä. Turvallisuuteen kuuluu ammattitaitoinen ja työhönsä sitoutunut henkilökunta, mielekkäät arkirutiinit, sosiaalinen elämä, hyvä tiedonkulku ja elämistä helpottavat teknologiset ratkaisut. Jokaisella kodin asukkaalla on nimetty omahoitaja, joka on hänelle läheinen tukihenkilö. (Coronaria Oy, 2018.)

### 2.3 Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus

Kehittämishankkeen tavoitteena on laatia Coronaria Kotikylän hoivakodeille kirjallinen itsemääräämisoikeussuunnitelma. Kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää Coronaria Kotikylän hoivakotien itsemääräämisoikeutta tukevaa toimintakulttuuria.

### 3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

#### 3.1 Itsemääräämisoikeus vanhustenhuollossa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista astui Suomessa voimaan 1.3. 1993 (785/1992). Itsemääräämisoikeus perustuu suomalaisessa lainsäädännössä kyseiseen lakiin ja tarkoittaa käsitteenä hoidosta päättämistä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tai potilaan kieltäytyessä vaihtoehdoisen hoidon etsimistä (6§). Laki sisältää potilaan hoitoon, kohteluun, itsemääräämisoikeuteen ja tiedonsaantioikeuteen liittyviä asioita. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Samoin laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812, 8§) takaa sen, että asiakkaan toivomukset ja mielipiteet on otettava huomioon ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Itsemääräämisoikeus ja autonomia käsitteinä sisältävät terveydenhuollon ja hoitotyön eettisessä perustassa olevia näkökulmia velvollisuudesta, vastuusta ja hyveestä. Autonomia ja sen johdannaisena itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa yhdistetään vapautteen valita. Autonomia ja itsemääräämisen merkitys on lisääntynyt yhteiskunnallisen ja sosiaalisen muutoksen myötä, mutta myös bioetiikan neljän pääperiaatteen myötä. Nämä neljä pääperiaatetta ovat autonomia, hyvän tekeminen, pahan välttäminen ja oikeudenmukaisuus. (Ylönen, Meriruoho & Suhonen 2018, 22-23.)

Autonomiaa ja itsemääräämistä voidaan monella eri tavalla, esimerkiksi Gearney ja O'Mathùna (2017,97) mainitsevat kuusi tapaa: 1. yksikön itsemääräämisoikeuden kunnioitus 2. etukäteispäätelmien välttäminen, 3. yksilön kanssa kommunikointi, jotta saadaan tiedoksi asiakkaan mieltymykset ja toiveet, jota voidaan näin kartoittaa ja toteuttaa, 4. oikeuksien toteutumisen kompensoiminen selvittämällä riskien olemassaolo ja vastuut, 5. asiakaskeskeinen näkökulma ja 6. välttämättömien toimenpiteiden toteutus ja arviointi. (Ylönen ym. 2018, 24.)

Itsemääräämisoikeudella ymmärretään Karvonen-Kälkäjän (2014, 97, 232) mukaan yleensä omasta elämästä määräämistä ja omaa elämää koskevien päätösten toteuttamista. Toisaalta itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan kykyä toimia ilman, että mikään ulkopuolinen taho estää tahdonmuodostusta. Henkilön oikeus toimia itsemääräävästi määrittää toisille henkilöille moraalisia velvollisuuksia kieltää muita tekemästä mitään, joka estäisi itsemääräämisoikeuden soveltamista. Tämä vuoksi itsemääräämisoikeuden soveltamiseen kuuluu aina jonkinasteinen vallankäyttö.

Huolimatta siitä, että itsemääräämisoikeus kuuluu moraalisiin perusoikeuksiin, ei itsemääräämisen vaatimus voi olla Launiksen (2010, 136-139) mukaan ehdoton, kaiken muun ylittävä periaate. Hänen mielestään ristiriitatilanteissa jollekin muulle periaatteelle voidaan antaa tavallaan suurempi painoarvo. Itsemääräämiseen liittyy myös filosofinen ongelma, joka herättää kysymyksen esimerkiksi siitä, että millaisiin asioihin itsemääräämisen periaate ulottuu ja mitä rajoituksia voidaan sille perusteellisesti asettaa.

Eräiden kansainvälisten sopimusten artikloissa mainitaan erityisesti vanhukset oikeussuojaa nauttivana osapuolena. Euroopan Unionin perusoikeuskirjassa, joka tuli oikeudellisesti sitovaksi vuonna 2009 Lissabonin sopimuksen myötä, on säännös ikääntyneiden ihmisten oikeuksista (artikla 25). Artiklassa Unioni tunnustaa ikääntyneiden henkilöiden oikeuden ihmisarvoiseen ja itsenäiseen elämään sekä oikeuden osallistua yhteiskunnalliseen elämään ja kunnioittaa näitä oikeuksia. Vuonna 1996 uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa on säännös ikääntyneiden henkilöiden oikeudesta sosiaaliseen suojeluun (artikla 23). Tavoitteena on turvata laitoksessa asuville ikääntyneille asianmukainen tuki – kunnioittaen heidän yksityisyyttään – ja mahdollisuus osallistua heidän elinolosuhteitaan laitoksessa koskevaan päätöksentekoon. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Karvonen- Kälkäjä, 2017, 5-6.)

Ihmisoikeussopimusten lisäksi on olemassa kansainvälisiä asiakirjoja, jotka eivät sisällä oikeudellisesti sitovia velvoitteita. Kysymys on niin sanotuista soft law -asiakirjoista, joita ovat esimerkiksi kansainvälisten järjestöjen eri elinten päätökset, päätöslauselmat, julistukset ja muut kannanotot. Vanhusten näkökulmasta tällaisina kansainvälisinä asiakirjoina voidaan mainita Euroopan neuvoston suositus ikäihmisten ihmisoikeuksien edistämiseksi, jonka keskeisenä tavoitteena on varmistaa, että ikäihmiset voisivat täysimääräisesti nauttia Euroopan ihmisoikeussopimuksen takaamista ihmisoikeuksista ja yksilön vapausoikeuksista. Suosituksessa korostetaan ikäihmisen oikeutta nauttia oikeuksistaan täysivaltaisesti, ilman syrjintää. Suosituksen mukaan ikäihmisillä on oikeus elää elämäänsä itsenäisesti, itsemääräävästi ja autonomisesti. (Mäki-Petäjä-Leinonen & Karvonen- Kälkäjä 2017, 7-8.)

Vanhustenhuollossa tulisi Karvonen-Kälkäjän (2014, 232) mielestä erityisesti kiinnittää huomiota niihin tapauksiin, joissa valtaa käytetään itsemääräämisoikeutta kaventamalla. Samoin huomiota tulisi kiinnittää niihin tilanteisiin, jos ajatellaan toimenpiteiden suojelevan vanhusta uhkaavalta vaaralta tai oikeudenmenetykseltä. Itsemääräämisoikeus liittyy osaltaan ihmisarvoon ja suojele avuntarpeeseen. Vanhusten itsemääräämisoikeuden rajoittamisen kannalta saattavat olla ongelmallisia erityisesti ne tilanteet, joissa omaiset ovat hyväksyneet rajoitukset vanhuksen oman turvallisuuden vuoksi. Näissäkin tapauksissa on

kuitenkin kysymys henkilön perusoikeuden rajoittamisesta, joka ilman lainsäätelyä ei ole sallittua. Vanhusten autonomiaa on tutkittu (Vallejo Medina, Vehviläinen, Pyykkö & Kivelä 2006, 343-363) vanhustenhoidossa paljon, mutta se on enemmän keskittynyt suppeaan ja tämänhetkiseen itsemääräämisen toteutumiseen. Vanhuksella on Vallejo Medinan ym. (2006, 347) mukaan oikeus säilyttää itsemääräämisoikeutensa erilaisissa hoitojärjestelmissä. Sen tulisi hänen mukaansa olla enemmän spiraalimainen, laajentuva kasvu kuin itsemääräämiskyvyn syöksykierre.

Vanhuspalvelulaissa ei selkeästi mainita iäkkään henkilön itsemääräämisoikeudesta. Periaatteen voidaan katsoa liittyvän esimerkiksi palveluntarpeisiin vastaamista ohjaavista yleisistä periaatteista. Niiden mukaan iäkkään henkilön palvelut on toteutettava muun ohella niin, että ne tukevat hänen itsenäistä suoriutumistaan ja osallisuutta (VanhusL. 13.2§). Itsemääräämisoikeuteen viittaa laissa säännös palvelusuunnitelmasta. Palvelusuunnitelman sisällöstä tulee lain mukaan neuvotella iäkkään henkilön kanssa, jonka näkemykset vaihtoehtoista on kirjattava suunnitelmaan (VanhusL 16.2§). (Mäki-Petäjä-Leinonen & Karvonen- Kälkäjä 2017, 22-23.)

Vanhuksen itsemääräämisoikeuteen liittyy läheisesti myös kysymys hänen oikeudestaan osallisuuteen. Osallisuus on ollut hiljattain esillä vanhusten oikeuksien toteutumista koskeissa keskusteluissa. Osallisuudessa on kysymys siitä, että yksilö saa osallistua ja olla mukana itseään koskevassa päätöksenteossa. Hän ei välttämättä tee itsenäisesti asiaa koskevaa ratkaisua, mutta hänet otetaan mukaan päätöksentekotilanteeseen ja häntä kuullaan. Hänen mielipiteelleen toisin sanoen annetaan merkitystä. Tilanteesta riippuen vanhus siten joko tekee päätöksen itsenäisesti tai hän ainakin saa osallistua tapauksensa käsittelyyn. Tavoitteena prosessissa on, että osallisuuden toteutuessa vanhus on omien oikeuksiensa objekti, ei subjekti. Tässä mielessä osallisuus on yksilön vapautta korostavassa itsemääräämisoikeudessa astetta heikompi oikeus kuin oikeus ”absoluuttiseen” itsemääräämiseen. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2013, 48-49.)

Itsemääräämisoikeuteen kuuluu Mäki-Petäjä-Leinosen (2013, 132-133) mukaan potilaan oikeus ilmaista hoitoaan koskeva tahtonsa etukäteen hoitotahdossa. Perinteisesti hoitotahtoa on käytetty lähinnä kuolemaa edeltävään loppuajan hoitoon. Hoitotahto voi kuitenkin sisältää toisenlaista tahdonilmaisua. Hoitotahdossa voidaan valtuuttaa henkilö tekemään potilaan puolesta päätöksiä tai ilmaista toiveita, jotka kuvastavat yksilön arvomaailmaa. Hoitotahto voi sisältää toki edellä mainittuja yhdistelmiä. Euroopassa hoitotahto tunnustetaan useissa asiakirjoissa. Euroopan ministerineuvoston suosituksessa CM/Rec(2009) 11 mainitaan hoitotahdosta ja edunvalvonta vakuutuksesta ja tämän takia

on tärkeää tukea ja edistää toimintakykyisten aikuisten itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta laatia edunvalvontavakuutus tai hoitotahto.

Potilaslain ja sosiaalihuollon asiakaslain mukaan potilaan hoitotahtoa tulee kunnioittaa, eikä häntä saa hoitaa vasten hänen ilmaistua tahtoa. Hoitotahto voi sisältää yksityiskohtaisiakin toiveita omasta hoivasta ja elämänlaadusta ja se on yleensä kirjallinen asiakirja, jonka voi liittää potilasasiakirjoihin. Toki suullinenkin ilmaisu on pätevä, mutta siitä on myös tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin (ETENE, 2008, 15.) Potilasasiakirjoja koskevassa asetuksessa (298/2009, ApotA) säädetään, että jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan vakaan tahtonsa tulevaisuuden varalle, tästä tulee tehdä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liittää niihin erillinen potilaan tahdon ilmaiseva asiakirja. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2013, 134.)

Mäki-Petäjä-Leinonen (2013, 44-45) on jaotellut ikääntyneen itsemääräämisoikeuden toteutumisen mahdollisuudet neljään teemaan. Hänen tekemään jaotteluun kuuluu oikeus itsenäiseen päätöksentekoon, terveenä ilmaistu tahto ja sen merkitys, yksilön oletettu terve tahto päätöksenteon perustana ja osallisuus osana itsemääräämisoikeutta (kuvio 2).



KUVIO 2. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen mahdollistumisen teemat (Mäki-Petäjä-Leinonen 2013, 44.)

*Oikeus itsenäiseen päätöksentekoon* tarkoittaa, että potilas nähdään kykenevänä tekemään päätöksiä itseään koskien joko yksin tai tuettuna. Tämä teema sisältää ilmaisuja vaihtoehtojen rajaamiseen tai esittämiseen, auttaminen tiedon käsittelyssä, jaettuun päätöksentekoon ja potilaan päätösten kunnioittamiseen. *Terveenä ilmaistu tahto ja sen*

*merkitys* koostuu ajoissa tehdystä hoitotahdosta, hoitotestamentista, jossa tulee ilmi potilaan tahto hoitoon liittyen. *Yksilön oletettu terve tahto päätöksenteon perustana* tarkoittaa tiedossa olevan tahdon noudattamista tai potilaan tahdon selvittämistä tilanteissa, jolloin hän ei pysty sitä itse ilmaisemaan. Tietoa tulee selvittää elämänhistoriasta tai omaisten tiedonantoa hyväksi käyttäen. *Osallisuus osana itsemääräämisoikeutta* sisältää potilaan osallistumista palveluidensa suunnitteluun ja kuulluksi tulemistä. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2013, 45-50.)

Nedlund ja Larsson (2016, 343-357) tarkastelevat artikkelissaan, miten kansalaisuus ja itsemääräämisoikeus on laillisesti rakennettu ja hallinnoitu käytännössä dementiaa sairastaville henkilöille Ruotsissa. Oikeus itsemääräämiseen on keskeinen rooli Ruotsin demokratia- ja hyvinvointijärjestelmässä ja sitä suojellaan sekä korostetaan Ruotsin lainsäädännössä. Ruotsissa lakien ja asetusten mukaan dementiaa sairastavilla ihmisillä on oikeus itsemääräämisoikeuteen samalla tavalla kuin muilla kansalaisilla, eikä heiltä voida poistaa päätöksentekoa. Toisin sanoen, toisin kuin monissa muissa maissa, ei ole olemassa sellaisia oikeudellisia prosesseja, jotka voisivat kumota aikuisen henkilön itsemääräämisoikeuden. Ruotsin demokratia- ja hyvinvointi malli perustuu vahvaan normatiiviseen ajatukseen aktiivisesta kansalaisuudesta, jossa oletetaan, että jokainen, myös heikko ja vammainen, voi osallistua julkiseen keskusteluun.

Nedlund ja Larsson (2016, 356) toteavat artikkelissaan, että käytännössä Ruotsissa itsemääräämisoikeus ja päätöksenteko kattavat elämäntapavalintoihin liittyvät asiat, mukaan lukien sen, missä halutaan elää ja kenen kanssa ja miten halutaan käyttää rahaa. Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että henkilön tekemä päätös on aina paras. Dementoituneella on kuitenkin oikeus tehdä virheitä ja tehdä "väärin", "huonoja" tai epäsuosittuja päätöksiä. Tällaiset virheet ja väärät päätökset eivät merkitse sitä, että joku katsotaan kyvyttömäksi tehdä itsenäisiä päätöksiä.

Välimäki, Haapsaari, Katajisto ja Suhonen (2008,351-356) tutkivat lähi- ja sairaanhoitaja-opiskelijoiden käsityksiä laitoshoidossa olevan vanhuspotilaan itsemääräämisoikeudesta. Tutkimuksen tarkoitus oli verrata hoitajien käsityksiä ennen ja jälkeen kliinistä koulutusjaksoa. Jaksoon sisältyi gerontologisia opintoja. Opiskelijat totesivat sekä ennen että jälkeen jakson, että itsemääräämisoikeus on tärkeä arvo vanhukselle. Kliinisen koulutuksen jälkeen opiskelijat olivat sitä mieltä, että vanhuksella oli hyvät mahdollisuudet päättää hoidostaan ilmaisemalla mielipiteensä ja tekemällä omia päätöksiään. Opiskelijat kuitenkin uskoivat, että iäkkäillä potilailla oli silti vähän valmiuksia käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Tutkijat totesivat lopuksi, että on tärkeää saada opiskelijoille laadukas harjoittelupaikka, joka edistää heidän positiivista asennetta vanhusten itsemääräämisoikeuden suhteen.

Donnelly, Begley ja O'Brien (2018, 1-19) tutkivat vastaavasti Irlannissa kuinka paljon on todellisuudessa dementiaa sairastavilla vanhuksilla itsemääräämisoikeutta. Tutkimus toteutettiin vanhusten parissa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden kanssa. Tulosten mukaan dementiaa sairastavat asiakkaat olivat sosiaalityöhön liittyvien palveluiden suurkuluttajia ja vastasivat 44,5 % vanhussosiaalityön asiakastyöstä. Tutkimuksessa todettiin, että dementoituneita jätettiin kaiken päätöksenteon ulkopuolella seuraavien syiden tai olettamusten perusteella: asianosaisilla ei ole tarvittavaa älyllistä kapasiteettia päättää asioista, perheenjäsenten mielipiteitä arvostetaan dementiaa sairastavan asianosaisen mielipiteen sijaan, viestintävaikeudet, ajanpuute, asianosaiselle ei yksinkertaisesti anneta mahdollisuutta osallistua tai asianosainen delegoi päätöksenteon muille. Tuloksista ilmeni myös, että perhedynamiikka ja perheen sisäiset suhteet vaikuttavat siihen, minkälaisen roolin dementoitunut vanhus sai ja otti itseensä liittyvässä päätöksenteossa.

Hoitokotiin siirtyminen voi osoittautua kriittiseksi elämäkokemukseksi, jos vanhukset pelkäävät menettävänsä itsenäisyytensä ja identiteettinsä. Riedl, Mantovan ja Them (2013, 1-9) haastattelivat kolmen hoitokodin asukkaita Salzburgissa. Tavoitteena oli selvittää, mitkä asiat tulisi ottaa haastateltavien mielestä huomioon, jotta itsemääräämisoikeus säilyisi ensimmäisen vuoden aikana. Hoitokodissa ensimmäisellä vuosipuoliskolla sopeutusvaiheessa olevista asukkaista useat tunsivat ympäristön liian hankalana ja eivät pystyneet selviytymään uudessa tilanteessa. Muita asukkaita pidettiin stressaavana, hoitajat nähtiin lähinnä vastuullisina järjestyksen ylläpitäjinä, joilla oli vähän aikaa uusien asukkaiden tukemiseen. Tutkimuksen tuloksena oli, että vanhuksia olisi tuettava osallistavalla päätöksenteolla, kuten esimerkiksi hoitokodin valinnan mahdollisuudella, ylläpitämällä tukiverkostoa hoitokodissa ja sen ulkopuolella, osallistamalla raha-asioiden hoitoon sekä liikkuvuuden ja itsenäisyyden säilyttämisessä.

Klemola (2006, 98-99) tuli tutkimuksessaan siihen tulokseen, että vanhukset toivoivat kotona totutun elämänsä jatkuvan hoitokodissa. He toivoivat saavansa tehdä arkeen liittyviä tehtäviä ja harrastaa mieluisia asioita. Suurin osa vanhuksista halusi päättää asioistaan hoitokodissa. Vanhuksen siirtymävaiheen (muuttaminen hoivakotiin) kokemuksissa korostui yksin jääminen. Tutkimuksessa siirtymävaiheen onnistunutta kokemusta heikensivät vanhuksen ulkopuolinen rooli hänen oman elämänsä liittyvissä päätöksissä sekä tiedon ja henkisen tuen puute. Hoitokoti tarjosi turvallisen ympäristön, mutta vähemmälle jäi asukkaan tuki oman elämän hallinnassa.

Tuominen, Leino-Kilpi ja Suhonen (2016,26,28-29) haastattelivat tutkimuksessaan viisitoista yli 65-vuotiasta henkilöä neljässä hoitokodissa Etelä-Suomessa. He olivat olleet asukkaina hoitolaitoksessa neljän kuukauden ja viidentoista vuoden välillä, keskiarvon

ollessa kaksi vuotta. Haastateltavat kokivat, että heillä on jonkin asteisia vapauksia, esimerkiksi he saattoivat liikkua vapaasti sekä hoitokodissa että sen ulkopuolella ja omassa huoneessaan. He kokivat, että he saavat vaikuttaa omiin asioihinsa jossain määrin. Asiat, mistä asukkaat eivät kokeneet saavansa vaikuttaa, oli hygienia-asiat (esim. suihku ja wc-asiat), jolloin he kokivat, että hoitajat päättivät näistä heidän puolestaan. Myös ruokailuun liittyvissä asioissa (ruoka-ajat, annoskoot) hoitajat päättivät asukkaiden puolesta. Asukkaat kertoivat, että tahdon vapautta koetettiin lisätä olemalla kuuliaisia. Oma tahto saatettiin myös käyttää siten, että vastustettiin passiivisesti, esimerkiksi kieltäydyttiin syömästä tai puhumasta.

Tuomisen ym. (2016, 30) tutkimuksessa todettiin, että esteet asukkaan tahdon vapauden toteutumisessa olivat muun muassa hoitolaitoksen toimintaan sopeutumattomuus. Asukkaat eivät kuitenkaan halunneet valittaa, koska he kokivat sen vain pahentavan omaa tilannettaan. Samalla he eivät kuitenkaan uskoneet, että asiat tuskin muuttuisivat valittamalla. Hoitajilla esteenä oli tutkimuksen mukaan epäeettinen käyttäytyminen, joka aiheutti asukkaiden vapaan tahdon toteuttamisen. Hoitajat saattoivat manipuloida, suhtautua kielteisesti avunpyyntöihin tai toimia vain muuten mielivaltaisesti. Esteenä saattoi olla myös ammattitaidon puute ja tähän liittyi esimerkiksi kiinnostuksen puute ja rutiinit.

Sosiaalihuollon lainsäädännössä ei ole itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen tai pakotteiden käyttämiseen oikeuttavia säännöksiä, vaan vanhuksia hoitavat henkilöt turvautuvat toimenpiteisiin, joihin heillä ei ole tällä hetkellä lainsäädännön antamaa valtuutusta. Fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä vanhusten laitoshoidossa, eivätkä hoitajat useinkaan vanhusten turvallisuuden vuoksi ylös nostettuja sängynlaitoja tai pöytälevyn avulla tapahtuvaa vanhuksen liikkumisen estämistä edes miellä rajoittamistoimenpiteeksi. Henkilökohontaista koskemattomuutta loukkaavia turvaamistoimenpiteitä, kuten sitomista on perustuslakivaliokunnan lausunnossa pidetty laadultaan erittäin vakavana puuttumisena henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. (Karvonen-Kälkäjä 2012, 244-245.)

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelman mukaan hallituskaudella painotetaan varhaista tukea, ennaltaehkäisevää työtä ja vaikuttavia asiakaslähtöisiä palveluketjuja yli hallintorajojen. Valitettavasti valmisteilla oleva Itsemääräämisoikeuslaki on kariutunut kriittiseen palautteeseen lausuntokierroksella. Keväällä 2018 perhe- ja peruspalveluministeri Annika Saarikko sanoi valmisteilla olleen lakiesityksen olevan tärkeä. Lain valmistelu jatkuu, mutta korjattavaa on sen verran paljon, että laki ei etene enää tällä vaalikaudella. Laissa oli määrä kirjata selkeät lakipykälät siitä, mikä on sosiaali- ja terveystalouden poistamiseen itsemääräämisoikeus ja millä perusteilla sekä millä tavoin sitä voi rajoittaa. Tällaisia säännöksiä on monissa laeissa jo nyt, mutta ne puuttuvat kokonaan esimerkiksi



vanhustenhuollosta ja kehitysvammaisten hoidosta. Muistisairaat ovat suurin yksittäinen ryhmä, jota uudistus koskisi. Hoitopäätöksissä onkin käytännössä usein kyse henkilökunnan tulkinnasta. Yhtenä esimerkkinä on kysymys siitä, milloin vanhustenhuollon asiakkaan huoneen ovi voidaan lukita. (Teittinen, 2018, 58.)

### 3.2 Asiakaslähtöisyys ja sen rajoittaminen

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (28.12.2010/980) tukee ikääntyneen hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja it- senäisen suoriutumisen edistämistä. Kyseinen laki tunnetaan myös nimellä vanhustalvulaki, ja se edellyttää tehostetussa palveluasumisessa laadukkaiden palveluiden järjestämistä palvelusuunnitelmaa noudattaen. Toimintaa on lain mukaan johdettava asiakasläh- töisesti, asukkaiden toimintakykyä edistäen ja toimintaa kehittäen asiakkailta, heidän lä- heisiltään ja henkilökunnalta kerättyjen palautteiden perusteella. Palvelun laatua, toimin- nan asianmukaisuutta ja turvallisuutta on seurattava säännöllisesti omavalvontasuunnitel- man mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto uudisti laatusuosituksia vuonna 2017, jonka julkaisussa mainitaan muun muassa kohtuullisesta henkilöstön määrästä. Laatusuo- situksen mukaan turvallinen ja laadukas hoito voidaan varmistaa, kun on riittävästi osaa- vaa henkilöstöä. Oikea määrä hoitajia lisää hoitajien työhyvinvointia, joten tällä asialla on merkitystä. Laatusuosituksesta voi myös lukea, että aikaisemmat tutkimukset ovat osoitta- neet yhdensuuntaisesti tiettyjä yhteisiä piirteitä hoidon laatuun ja tätä myötä myös vaikut- tavuuteen. Näitä ovat esimerkiksi henkilöstömäärä, osaaminen, osaamisen oikea kohden- taminen ja osaava lähijohtaminen. Tämän lisäksi erityisesti hoitajien ammattietiikka ja so- siaali- ja terveydenhuollon yhteiset arvot antavat perustan laadukkaaseen hoitoon ja pal- veluun. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017: 13, 19.)

Palveluasumisessa Räsänen ja Valvanteen (2017, 24) mukaan yhteisöllisyys ja yhdessä asiakkaan kanssa tekeminen on vähäistä. Hoitotyössä on enemmän rutiinia ja henkilöstön työaika kuluu irrallisiin työtehtäviin ja lääkehoidossa tapahtuu virheitä, esimerkiksi kivun- hoito on puutteellista. Räsänen ja Valvanne ovat sitä mieltä, että henkilömäärän ja -raken- teen sekä hoidon laadun väliset yhteydet osoittavat henkilöstömäärän vähimmäistason olevan välttämättömyys, mutta henkilöstön lisääminen ei välttämättä kohenna samassa suhteessa asukkaan elämänlaatua. Räsänen (2011, 172) tutki väitöskirjassaan huonokun- toisten vanhusten elämänlaatua. Hän tuli siihen johtopäätökseen, että hyvä henkilöstömi- toitus ei välttämättä merkinnyt hyvää elämänlaatua asiakkaalle. Myös vähäisemmällä hen- kilöstömäärällä oli mahdollista tuottaa hyvää elämänlaatua ja hoivan laatua.

Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa raportissaan (2018), että asiakkaalla on oikeus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen esimerkiksi laadittaessa asiakas- tai palvelusuunnitelmaa. Asiakkaan osallistuminen edellyttää yhteistyötä ja vuorovaikutusta asiakkaan ja tarvittaessa myös hänen omaistensa, ammattihenkilöstön ja palvelua järjestävien tahojen kanssa. Asiakaslähtöisyys on arvo ja periaate, jossa palveluilla pyritään vastaamaan mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeisiin. Se on myös palvelujärjestelmien ja palvelukokonaisuuksien suunnittelun ja toteutuksen lähtökohta. Asiakaslähtöisten palvelujen lähtökohtana ovat asiakkaan ihmisarvon ja perustarpeiden kunnioitus, jonka tulee näkyä myös omaisten ja läheisten kohtelussa. (STM 2018, 11-12.)

Luottamus on Raatikaisen (2016, 56-79) mukaan tärkeä osa ihmisen auttamista. Luottamus liittyy sosiaali- ja terveysalalla myös lakiin. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista painottaa, että asiakas on otettava huomioon, kun tehdään häneen liittyviä päätöksiä. Luottamus asiakkaaseen etenee pelkistetysti ilmaistuna kolmessa eri vaiheessa: 1. Luottamusta herättävä kohtaaminen, 2. Luottamukseen houkuttelevuus, jos luottamusta ei heti syntynyt ja 3. Asiakassuhteen päättyminen ja luottamuksellisen suhteen säilyminen. Luottamusta luo myös oman alan hyvä hallitseminen eli asiantuntijuus, jolloin roolien tuntemus, roolien mukainen käyttäytyminen ja tehtäväkuvan mukaisiin odotuksiin vastataan asiakkaan odotetulla tavalla.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisella on Raatikaisen (2016, 88-90) mukaan vastuu asiakasprosessin aloittamisesta, etenemisestä ja asiakkaan hyvinvoinnin, terveyden ja elämäntilanteen tukemisesta. Vastuu ja velvollisuus nousevat lainsäädännöstä ja ammatillinen vastuu perustuu ammattieettisiin säädöksiin ja lakeihin. Käytännössä näihin liittyvät kysymykset siitä, kuka on oikeassa ja kuka on kohtaamisessa arvokkaampi eli kenellä on valtaa. Vallankäyttö ei ole vain pakottamista vaan sille on myös ominaista, että se ikään kuin naamioidaan luottamuksen sisään. Luottamuksen ja vallan erona voidaan pitää sitä, että valta ilmenee toisen ihmisen negatiivisesta oletuksesta, kun taas luottamus ilmenee toista kohtaan tunnetusta hyväntahtoisuudesta.

Juuso-Pulkkinen tutki gradussaan (2015, 89-90), miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotikäynneillä, joilla tehdään kotona asuville, toimintakyvyltään heikentyneille vanhuksille palvelutarpeen arvio. Pienen aineiston vuoksi tulokset eivät ole yleistettäviä, mutta hän toteaa, että omaisten läsnäolo vaikutti valta-asemien muodostumiseen. Juuso-Pulkkinen toteaa, että itsemääräämisoikeuden perspektiivissä näennäisen vallan rooli korostuu. Vahvaa valtaa oli vähän ja sitä esiintyi päätöksentekotilanteissa, joissa päätösten vaikutus vanhusten kotona selviytymiseen oli suhteellisen pientä. Esimerkiksi vanhusasiakkaan annettiin päättää, osallistuuko hän vapaaehtoisin ryhmätoimintoihin. Vanhuksille annettiin

vahvaa valtaa silloin, kun he olivat samaa mieltä muiden osallistujien kanssa. Vahvan vallan tilanteissa piili myös vallan näennäisyys ja vanhukset saivat päättää vain tietyistä asioista. Muut osalliset, erityisesti ammattilaiset kuitenkin määrittivät, mitä ne asiat ovat.

Järnström tutki väitöskirjassaan (2011, 5-6) asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä geriatriassa sairaalassa. Vanhukset pitivät osastolla ollessaan tärkeinä mm. seuraavia asioita: omien jatkohoitotoiveiden toteutuminen, paraneminen, omaisten tuki, kotiavun saaminen, uskonasiat ja huumori. Vanhukset olivat vaihtelevasti tyytyväisiä henkilökuntaan, seuraan, ulos pääsemiseen ja kaiken valmiina saamiseen, sairaalapapin käynteihin ja saatuun kuntoutukseen. Vanhukset olivat tyytymättömiä henkilökunnan kiireellisyyteen ja ilkeyteen, avunsaannin hitauteen, resurssien puutteeseen, tekemisen ja virikkeiden puutteeseen, kuntoutuksen ja ulospääsemisen vähäisyyteen sekä vaippoihin.

Järnströmin tutkimuksessa (2011, 6-7) tultiin siihen johtopäätökseen, että asiakaslähtöisyys jäi geriatrisilla osastoilla ihanteelliseksi ilmiöksi. Vanhuksen itsemääräämisoikeus ei toteutunut, koska vanhuksen ajatuksia tai toiveita ei kysytä, avuntarpeeseen ei vastata tai avun saaminen kestää pitkään. Samoin jatkohoitosuunnitelmat tulevat muiden päättämänä, vanhus ei ole osallisena asioissaan, hän ei pääse määrittelemään tarpeitaan tai tavoitteitaan ja liikkumisen vapautta rajoitetaan. Parannettavaa oli myös vanhuksen osallistumisessa ja tasavertaisessa vuorovaikutuksessa. Toiminnan tavoitteista ei kysytä vanhukselta, osallistumiseen ei ole mahdollisuuksia, asioita tehdään puolesta ja työntekijöiden kanssa on vaikea keskustella. Tiedonsaanti ei myöskään toiminut, sillä vanhukset kokivat saavansa riittämättömästi tietoa. Osa vanhuksista ei tiennyt jatkohoitosuunnitelmastaan, lääkkeitään tai sairauksistaan. Tutkimuksessa näkyi myös, että vanhusten asiakkuudelle ja asiakaslähtöisyydelle geriatrisella osastolla luovat haasteita palvelujärjestelmän tehokkuusajattelu, järjestelmän joustamattomuus, työntekijälähtöisyys, hierarkkisuus, rutiininomaisuus ja medikalisaatiopainotteisuus, kaikinainen resurssien puute, omaisten vahva rooli sekä joidenkin vanhusten oma passiivisuus.

Samansuuntaisen tuloksen sai Tuominen (2006, 2), joka tarkasteli tutkimuksessaan asiakaslähtöisyyttä geriatrisella osastolla vanhuksen kokemana. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen, miten asiakaslähtöisyys toteutuu ja millaisia haasteita ja vaikeuksia sen toteuttamisessa on. Tutkimuksen tuloksena oli, että asiakaslähtöisyys ei toteudu geriatrisella osastolla. Asiakaslähtöisyys oli osastolla lähinnä ideaalinen ja retorinen ilmiö. Tuomisen johtopäätöksenä oli, että sairaalakulttuuria tulisi muuttaa, jotta asiakaslähtöisyys tulisi osaksi sairaalan arkea. Sairaalakulttuurin tulisi muuttua myös siksi, jotta vanhusta kunnioitettaisiin yksilönä, niin

että hän voi osallistua ja vaikuttaa asioihinsa. Asiakslähtöisyyden toteutumattomuus oli tutkimuksen mukaan asenteista kiinni.

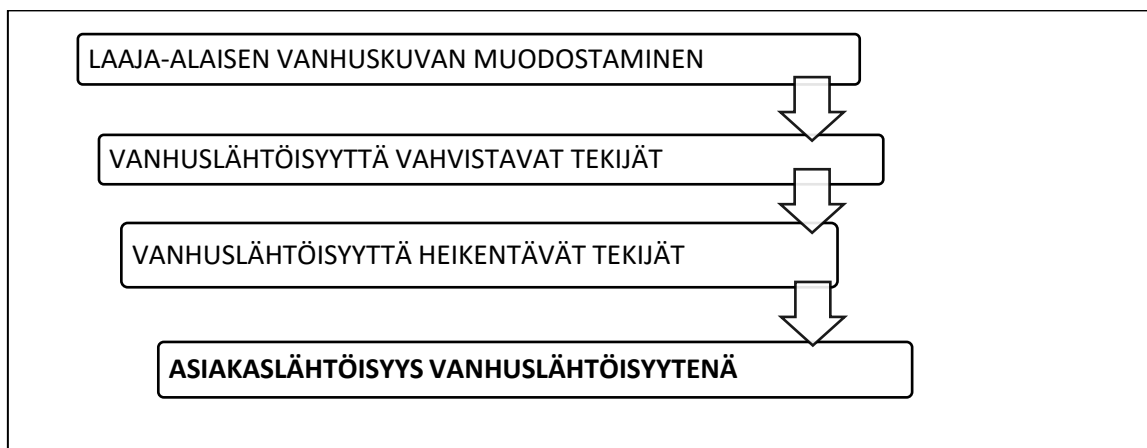
Asiakslähtöisyyden palvelun edellytykset ovat Jutilan (2013, 24-25) mukaan myönteinen suhtautuminen ikääntyneisiin, johtamisosaaminen, tiedollinen osaaminen, eettinen osaaminen, asiakkuusosaaminen ja osaamisen turvaaminen. Myönteinen suhtautuminen tarkoittaa ikääntyneiden näkemistä yksilöllisinä ihmisinä. Ikääntyminen on yksilöllistä ja ikääntynyt on yksilö, joka on oman elämänsä asiantuntija. Ikääntynyt nähdään aktiivisena toimijana, jolla on voimavaroja ja mahdollisuuksia. Johtamisosaamisella turvataan ja kehitetään asiakasprosesseja. Osaavalla johtamisella luodaan hoito- ja palvelukulttuuri, jossa ikääntyneen ihmisen tarpeet ja voimavarat ohjaavat toimintaa. Johtamisella edellytetään jatkuvaa asiakasprosessien kehittämistä, jolloin kannustava, arvostava ja vastuuta jakava johtamistapa parantaa henkilöstön jaksamista ja hyvinvointia.

Tiedollinen osaaminen (Jutila 2013, 25-26) puolestaan sisältää gerontologiseen hoitotyöhön liittyvän tiedon hallitsemisen. Tiedolliseen osaamiseen sisältyvät ikääntyneen voimavaroja tukevan menetelmäosaamisen sekä ikääntyneen tarpeiden ja voimavarojen määrittämisen moninaisen hallitsemisen. Eettisellä osaamisella tarkoitetaan ikääntymisen näkemistä tasavertaisena ja osallistuvana ihmisenä. Ikääntyneiden hoitotyössä ja palveluissa korostuvat ikääntyneen autonomian vahvistaminen, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden turvaaminen, oikeudenmukaisuuden kokemus, osallisuus, turvallisuus ja voimavara-lähtöinen hoitotyö.

Asiakkuusosaamisen perustana on Jutilan mukaan (2013, 27-36) myönteinen suhtautuminen ikääntyneitä ja ikääntymistä kohtaan. Asiakkuusosaamiseen sisältyy myös taito löytää ikääntyneen asiakkaan kannalta toimivin tapa vastata palvelutarpeisiin ja ehkäistä niitä. Siihen sisältyvät voimakkaasti laadulliset ammatilliset taidot, jotka turvaavat ikääntyneiden asiakslähtöisen hoitotyön ja palvelut. Näitä ovat kuuntelemisen taito, empaattisuus ja inhimillisyys. Osaamisen turvaaminen on Jutilan mukaan tärkeä osa-alue, sillä osaaminen vaikuttaa palvelujen laatuun, ikääntyneiden asiakkaiden elämään ja palvelujen vaikuttavuuteen. Haasteita riittävän osaavan henkilöstön turvaamiselle on useita. Vanhustyö ja gerontologisen hoitotyön näkyvyys sekä alan houkuttelevuus tuo paljon vaatimuksia ikääntyneiden palvelujärjestelmässä. Ikääntyneiden kliinistä hoitotyön osaamista tarvitaan kattavasti ja moniammatillisessa yhteistyössä tulee turvata, että ikääntynyt saa asiantuntevaa ja ammatillista palvelua.

Jutila (2013, 39-49) tutki asiakslähtöisyyden ilmenevyyttä ja esittelee gradussaan asiakslähtöisyyttä vanhuslähtöisyytenä Moninainen vanhusten hoitotyö-oppikirjassa (Laitinen-Junkkari, 1999) esiintyvän kuvion avulla (kuvio 3.). Kuviossa *laaja-alainen*

*vanhuskuva* muodostuu vanhuksen aseman muuttumisesta yhteiskunnassa, vanhuksen hoidon haasteiden tunnistamisesta, vanhuspoliittisten linjausten tuntemisesta ja vanhuuden ymmärtämisestä ainutkertaisena ja erityisenä elämänvaiheena. *Vanhuslähtöisyyttä vahvistavat tekijät* hoitotyössä ovat vanhustyön ammatillisuus, vanhuksen oman näkemyksen ja osallisuuden vahvistaminen, tavoitteellinen ja voimavaralähtöinen hoitotyö, ympäristön tuki ja hoitotyön vaikuttavuuden arviointi. *Vanhuslähtöisyyttä heikentävät* vanhuslähtöisen arvioinnin puutteellisuus, organisaatiosta ja hoitotyöstä johtuvat tekijät sekä vanhuuden itsessään aiheuttamat haasteet.



KUVIO 3. Asiakaslähtöisyys vanhuslähtöisyytenä (Jutila 2006, 38.)

Erytisesti hoitotyölähtöiset tekijät näyttäytyvät Jutilan (2006, 47-48) mukaan vanhusten yksityisyyden ja autonomian vähyytenä, vanhusten päätöstenteon rajoittamisena ja päätöksenteon siirtämisenä hoitohenkilökunnalle. Hoitotyön tavoitteiden saavuttamista arvioidaan usein vain hoitajalähtöisesti ja hoitajat luulevat tietävänsä parhaiten, mikä on vanhuksen hyvä. Liiallinen rutiininomaisuus ja hoitajalähtöinen aikataulu hoitotyössä estävät vanhusten yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen ja heikentävät itsemääräämisoikeuden toteutumista. Hoitajien ammatillisen osaamisen puutteet näyttäytyvät heikkoutena kyvyissä ja valmiuksissa löytää yksilöllisiä ratkaisuja vanhusten tarpeisiin. Vanhuksen oikeutta arvokkaaseen elämään loukkaa esimerkiksi fyysisten pakotteiden eettisyyden vastainen käyttäminen, vanhuksen omien arvojen vastainen tekeminen ja mekaaninen koskettaminen.

Saarnio (2009, 55-68) toteaa, että fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä vanhusten laitoshoidossa, erityisesti terveyskeskusten vuodeosastolla. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta (n = 1148). Tutkimuksen mukaan vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen käytettiin sekä suoria että epäsuoria rajoittamismuotoja. Yleisimmin käytetty suora rajoittamismuoto oli nostetut sängynlaidat (84%). Epäsuoria rajoittamismuotoja olivat liikkumisen apuvälineen, vaatteiden, soittokellon poistaminen ja passivoiva toimintatapa. Tutkimuksessa hoitajat pitivät fyysisten rajoitteiden

käyttöä eettisenä ristiriitatilanteena, jossa jouduttiin valitsemaan joko turvallisuus tai henkilökohtainen vapauksen riistäminen.

Saarnio (2009, 78-79, 82) tuli siihen lopputulokseen, että syynä fyysisten rajoitteiden runsaaseen käyttöön saattaa olla virallisten ohjeiden puuttumisella. Hänen tutkimuksen tulosten perusteella suurimmasta osasta vanhusten laitoshoitoyksiköistä puuttuvat kirjalliset ohjeet fyysisten rajoitteiden käytöstä. Tutkimuksessa hoitajat kokivat rajoitteet ristiriitaisina tilanteina, koska rajoittaminen tuntui ahdistavalta ja joskus jopa julmalta. Toisaalta hoitajat pitivät rajoitteiden käyttöä välttämättömänä keinona tilanteessa, jossa heillä ei ollut muita vaihtoehtoja.

### 3.3 Johtamisen merkitys itsemääräämisoikeuden toteutumisessa

Saarnion (2009, 63) tutkimuksessa kävi ilmi esimiehen merkitys itsemääräämisoikeuden edistämisessä. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat toivoivat esimiehen ottavan vastuun fyysisen rajoittamisen käytön arvioinnista. Esimiehen määriteltiin olevan vastuussa fyysisten rajoitteiden käyttöön liittyvästä arvioinnista ja hoitotiimin tekemää jatkuvaa arviointia pidettiin hyödyllisenä. Työyhteisön ilmapiirillä todettiin olevan vaikutusta siihen, voiko fyysisten rajoitteiden käytöstä keskustella. Juutin (2009,366) mukaan esimiehen eräänä tehtävänä on oikeudenmukaisen organisaation luominen. Esimiehellä tulee olla itsellään sellaiset arvot, jotka vaalivat asiakkaiden saaman hyvän toteuttamista. Samalla esimiehen tulee tasapainottaa tehokkuuden ja inhimillisen kohtelun vaateet.

Asiakkaiden hyvinvointi Räsäsen ja Valvanteen mukaan (2017, 21) on toiminnan tärkein tavoite. Johtaja, työyhteisö ja asiakkaat määrittävät, miten se varmistetaan. Vanhenemistutkimukset osoittavat iäkkäiden ihmisten olevan nuorempiaan yksilöllisempiä kaikissa suhteissa, eikä johtajan pidä tukea tasapäistävää kohtelua. Asiakaslähtöinen organisaatio tunnistaa asiakkuutensa, oivaltaa asiakastarpeiden kokonaisuuden ja pystyy tuottamaan palvelunsa niin, että ne ovat asiakkaiden mielestä hyviä.

Johtamisen tulisi Räsäsen ja Valvanteen (2017, 27-30) mielestä lähteä ajatuksesta luoda palvelulla arvoa yhdessä asiakkaiden kanssa. Johtaminen voi vaikuttaa asiakkaan elämänlaadun eri ulottuvuuksien sisältöihin, esimerkiksi lääkehoidon kautta määrittämällä, miten yksikössä suhtaudutaan uni- tai rauhoittavien lääkkeiden käyttöön. Johtaja voi myös vaikuttaa resurssien jakamisen ja ohjaamisen kautta. Resursseja ovat sekä aineellisia (henkilöstön määrä, tilat ja välineet) että aineettomia (asenne, osaaminen, ilmapiiri).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikköjen menettelytapoihin sekä kirjoitettuihin tai kirjoittamattomiin sääntöihin eli talon tapoihin saattaa sisältyä itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Jotkin toimintatavat ovat niin juurtuneita yksikön toimintatapoihin ja kulttuuriin,

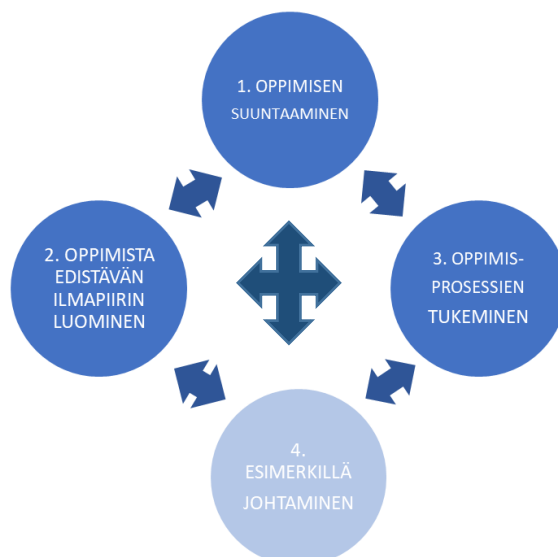
ettei niitä edes mielletä rajoittamiseksi. Tällaisia toimintakäytäntöjä ovat esimerkiksi hygieniahaalarin käyttö ja päättäminen asioista muistisairaana tai mielenterveyspotilaan puolesta. (Räsänen & Valvanne, 2017, 31-32.)

Aarvan (2009, 193) tutkimuksen johtopäätöksiä oli, että hoitotyön johtajan keskeisemmäksi tehtäväksi muodostui henkilöstöhallinto. Seuraavaksi tärkeimpiä tehtäviä olivat suunnittelu ja seuranta. Kolmanneksi tulivat työn johtaminen ja ohjaaminen. Hoivan johtamistehtävistä tärkeimmäksi nousi samalla suhteellisella osuudella asiakaslähtöisyys ja henkilöstöhallinto. Hoivan ja hoitotyön työyhteisöissä arvot ja osaamisen johtaminen nähtiin keskeisimpinä johtamisperiaatteina. Seuraavina olivat yhteistyö ja asiakaslähtöisyys ja viidentenä oli strategia.

Sipiläinen toteaa (2016, 90) vastaavasti väitöskirjassaan, että ympärivuorokautisessa yksikössä johtaminen saattaa altistaa vanhuksia kaltoinkohtelulle, joka vastaavasti vähentää asukkaan itsemääräämisoikeutta huomattavasti. Kaltoinkohtelun riski voi kasvaa, jos esimies välttää vastuun ottamista, käyttää valtaansa väärin, työskentelee kaukana käytännöstä, ei hallitse tai ei ole kiinnostunut työstään. Hoitotyötä johtavien esimiesten tulee toimia esimerkkinä muille siitä, että kaltoinkohteluun puututaan aina. Vain näin saadaan kaltoinkohtelua vähenemään tai sitä voidaan ennaltaehkäistä.

Lammintakanen (2015, 250-258) toteaa, että tärkeäksi osaamisen kehittämisen keinoja ovat työssä oppimisen menetelmät, jotka perustuvat kokemukselliseen työssäoppimiseen. Johtamisessa tulee tarkastella, millainen organisaatio on oppimisympäristönä. Ympäristö on tärkeä elementti, koska sen positiivinen vaikutus oppimisen suuntautumiseen, opitun asian siirtymiseen organisaation sisällä sekä henkilöstön yhteistyö ja kyky tuottaa hyötyä asiakkaille. Osaamisen kehittämisen menetelmiä on useita, joista yleisin on yksilöoppimistä, kuten ammattikirjallisuuden lukemista. Toinen tärkeä oppimisen muoto on kokemuksellisuus ja hiljaisen tiedon jakaminen. Osaamisen johtamisen näkökulmasta on haasteellista saada hiljainen tieto näkyväksi ja jaetuksi. Hiljainen tieto voi olla myös Järvisen (2002, 67-69) mukaan osa ammatti- ja organisaatiokulttuuria, jossa määräytyvät esimerkiksi käyttäytymisen koodit ja eettiset arvoasetelmat.

Viitalan (2002, 184-188) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ilmiötä osaamisen johtaminen esimiestyössä. Tutkimuksen avulla saatiin muodostettua malli ja tällä kuviolla 4 hän loi ehdotuksen siitä, mitkä ovat osaamisen johtamisessa tärkeitä osa-alueita. Tutkimuksen tuloksena oli, että osaamisen johtaminen toteutuu käytännön esimiestyössä. Se ei näyttäytynyt tässä hänen tutkimuksessaan erillisenä johtamisen osa-alueena.



KUVIO 4. Osaamisen johtamisen ulottuvuudet (Viitala 2002, 187.)

Osaamisen johtamisessa erottuu (kuvio 4) neljä ulottuvuutta: 1. oppimisen suuntaaminen, 2. oppimista edistävän ilmapiirin luominen, 3. oppimisprosessien tukeminen ja 4. esimerkillä johtaminen. Kohdat 1-3 kuvaavat esimiehen johtamisen kohteita ja ovat johtamisen ulottuvuuksia. Esimerkillä johtaminen (4) on ulottuvuus, mutta sen luonne on Viitalan (2002, 188) mukaan toinen. Esimies johtaa esimerkillä ilman, että se olisi hänen tarkoituksellinen johtamistyönsä kohde. Siksi se esiintyy kuviossa vaaleampana kuin muut ulottuvuudet. Toinen jäsenyys tuotti osaamisen johtamisen pääkeinot: 1. tiedon käsittely ja sen avulla tietoisuuden luominen, 2. keskustelun synnyttäminen ja 3. oppimista tukevien järjestelmien ja toimintamallien kehittäminen.

Viitalan (2002, 188-189) tutkimuksessa osaamisen suunnan selkiyttämällä tarkoitetaan esimiehen tehtäviä, joiden avulla hän käsittelee asioita. Näihin tehtäviin sisältyvät tavoitteiden määrittäminen, toiminnan arviointi ja keskustelevan ilmapiirin luominen. Oppimista edistävän ilmapiirin luominen käsittää kaksi tehtäväryhmää: koko työyhteisön ilmapiirin kehittämisen sekä esimiehen ja alaisten välisen vuorovaikutusten rakentaminen. Viitalan tutkimuksessa yksi keskeisin löydös oli ilmapiirin luomisen ulottuvuuden nouseminen selkeästi yhdeksi osaamisen johtamisen pääalueeksi. Tuloksen mukaan ilmapiirin kehittäminen tulisi olla esimiehillä tiedostettu johtamistyön kohde silloin, kun halutaan edistää oppimista työyhteisössä. Esimerkkinä Viitala mainitsee virheiden ja ongelmien rakentavan käsittelyn, kun työyhteisössä pystytään keskustelemaan luottamuksellisesti.

Oppimisprosessien tukeminen sisältää Viitalan (2002, 190) mallissa kaksi tehtäväryhmää: ryhmän kokonaisosaamisesta huolehtimisen ja yksilön kehittymisen tukemisen. Osaamisen johtamisen näkökulmaa konkretisoi Viitalan (2002, 190) tutkimuksessa oppimisprosessien tukemisen ulottuvuus. Esimiehen orientaatio näkyy muun muassa



osaamisasioihin keskittymisenä esimies-alainen välisessä vuorovaikutuksessa. Oppimisprosessien tukemisen ulottuvuus on osaamisen johtamisen ydin esimiehen työssä. Viitala korostaa, että hyvää ilmapiiriä voi pitää edellytyksenä oppimisprosessille. Esimerkillä johtamisen ulottuvuus sisältää Viitalan mukaan (2002, 190-191) esimiehen suhtautumisen omaan työhönsä ja kehittymiseensä. Tähän ulottuvuuteen sisältyy myös sitoutuminen muutoksiin ja ammattitaidon kehittäminen sekä innostus työhön. Esimies osoittaa esimerkillään mallia koko työyhteisöön.

Hyrkäs (2009,151-153) tutki osaamisen johtamista Suomen kunnissa. Hänen tutkimuksessa nousi neljä johtamisen orientaatiota. Ensimmäisenä on strategiaohjattu yhteisöllinen orientaatio, joka korostaa strategian ohjaavaa vaikutusta ja yhteistyön merkitystä osaamisen johtamisessa. Tässä orientaatiossa osaamisen johtaminen painottaa ihmisten johtamista siten, että se kytkeytyy strategiaan. Toinen orientaatio muodostui innovatiiviseksi orientaatioksi. Osaamisen johtamiseen kuuluu tässä uuden tietämyksen ja osaamisen luominen sekä innovaatioihin ja luovuuteen kannustaminen. Kolmas, teknologinen orientaatio korostaa osaamisen johtamisen järjestelmien hallintaa ja rajautuu täten tiedon ja osaamisen hallinnan tekniseen puoleen. Neljäs orientaatio on nimeltään strategialähtöinen järjestelmäorientaatio. Tässä tutkimuksessa se sisälsi ulkopuolisen arvioitsijan käyttämisen, osaamisen johtamiseen liittyviä tietojärjestelmiä sekä osaamisen tai henkilöstön kehittämisstrategian. Tässä orientaatiossa osaamisen johtaminen painottaa enemmän erilaisia keinoja tai rakenteita, joiden avulla tietoa ja osaamista paikallistetaan.

Hyrkäs (2009, 161-163) totesi tutkimustuloksissaan, että johdon osallistumisella on selkeä vaikutus kuntien osaamisen johtamiseen. Mitä vähemmän johto osallistuu osaamisen määrittelyyn, sitä vähemmän osaamisen johtaminen liittyy kunnan strategiaan. Hyrkäs sai samansuuntaisen tutkimustuloksen kuin Viitala (2012) koskien ilmapiirin vaikutusta osaamisen johtamiseen. Mitä vähemmän ilmapiiri tukee osaamista tai sen kehittämistä, sitä vähemmän strategia liittyy osaamisen johtamiseen. Tutkimustuloksissa tuli myös ilmi se, että henkilökunnan määrä vaikuttaa siihen, miten osaamista kunnassa johdetaan.

Tiedon ja osaamisen johtamista voidaan tarkastella esimerkiksi kompetenssijohtamisen näkökulmasta. Englanninkielen käännös tästä on competence-based Strategic Management. Tämän mallin näkökulma on strateginen johtaminen ja HRM (human resource management). Ydinajatus on kehittää tai hahmotella uudella tavalla strategiaa, jonka avulla synnytyy uusia näkökulmia henkilöstön kehittämiseen. Osaaminen on nykyaikaisen organisaation tärkein voimavara ja osaamisen johtaminen on yksi hyvän johtamisen osa-alueista. Osaamisen johtaminen lähtee Sydänmaalakan (2012,132) mukaan organisaation vision,

strategian ja tavoitteiden kirkastamisesta. Organisaatiossa tulee miettiä, millaista osaamista se tarvitsee toteuttaakseen omaa tarkoitustaan.

Osaaminen on noussut tärkeäksi tekijäksi organisaatioiden näkökulmasta. Työelämän vaatimukset ovat laajentuneet, mikä aiheuttaa työntekijälle tarpeen kehittää osaamistaan jatkuvasti. Osaamista voidaan tarkastella esimerkiksi organisaatiokulttuurisena tekijänä, jolloin tarkastelu kohdistetaan taitojen lisäksi yhteistyöhön, motivaatioon ja asenteeseen (Salojärvi 2009, 145-150.) Huotari (2009, 173) toteaa väitöskirjassaan, että ihmiset ovat organisaation menestyksen kriittinen tekijä ja inhimillinen tieto sekä osaaminen ovat strateginen resurssi, jota täytyy johtaa taitavasti. Henkilöstön osaamisen muuntuminen strategiaa toteuttavaksi lähtee strategioiden luomisesta ajatellen sitä, mitä osaamista tarvitaan strategian toimenpanoon.

Kivinen (2008, 125-126, 203) toteaa väitöskirjatutkimuksessaan, että vastaajina olevista johtajista suurin osa oli sitä mieltä, että työyhteisössä työtehtävien osalta työntekijöiden osaaminen ja asiakaslähtöisyys (tarpeet ja toiveet) on lähtökohta heidän toiminnassaan. Vastaajista kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että toimintatapoja muutetaan myös sen pohjalta. Vastaavasti työntekijöiden vastauksista hieman vajaat puolet oli sitä mieltä, että jos asiaa tarkastellaan organisaation menestymisen näkökulmasta, työntekijöiden ja johdon yhteiset näkemykset ja kriteerit eivät kohtaa. Työntekijöistä suurin osa oli sitä mieltä, että kuitenkin osaaminen otetaan huomioon, kun mietitään työtehtäviä. Tutkimuksen johtopäätöksinä Kivinen nostaa esiin, että tiedon tai osaamisen käsite on vielä kehittyvä. Terveystieteidenhuollon organisaatioissa vielä keskitytään olemassa olevan tiedon hallintaan ja näin ollen on nähtävissä paljon mekaanisen tietoympäristön tunnuspiirteitä.

Vuonna 2007 Alankomaiden hallitus laati muutosohjelman vanhusten pitkäaikaishoitoon. Hallituksen mielestä vain radikaalit innovaatiot voivat hillitä hoitojärjestelmien monimutkaisuutta sekä hoidon laadun ja riittävyuden alenemista. Perusteena oli, että hoito-organisaatiot ja työntekijät pystyvät parhaiten ymmärtämään puutteita ja tarpeita. Van der Borg, Verdonk, Dauwse ja Abma (2017, 805-835) tutkivat hoitohenkilöstön kokemuksia muutosohjelmaan osallistumisesta. Tutkimuksessa nousi luottamus yhtenä tärkeänä käsitteenä ja sen myötä vuorovaikutuksen kehittyminen. Muutosohjelman alussa osaston esimiehellä oli ohjaava ja valvova asenne henkilöstöön.

Van der Borgin ym. (2017, 834) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitotyöntekijöille tarjottiin selkeästi määritellyt tehtävät ja heiltä ei odotettu vastuunottoa tai että he ratkaisisivat itse työhön liittyviä ongelmia. He eivät olleet mukana päätöksenteossa eikä heitä kannustettu tekemään aloitteita. Esimies oli stressaantunut pyrkiessään ylläpitämään yksin hoitotyön tasoa ja katsoi, että vuorovaikutus henkilöstön kanssa ei ollut tyydyttävää. Suurin este

hänen vuorovaikutuksessa oli hänen itse asettamat liian korkeat vaatimukset yksikön hoidon laadulle. Muutosohjelman edetessä hän alkoi tunnistaa yhteistyösuhteen arvon työyhteisössä sekä kiinnittää huomiota yksittäisiin kykyihin, vahvuuksiin ja oppimispotentiaaliin. Esimies totesi, että antamalla vastuuta ongelmien ja päätöksenteon ratkaisemisesta hoitohenkilökunta sai enemmän itseluottamusta. Hän uskoi, että johtamiskäytännön muutos vaikutti hänen vuorovaikutukseensa suhteessa henkilöstöön ja keskinäinen luottamus oli tärkeä edellytys tämän suhteen luomiselle. Hoitajat viihtyivät paremmin työssään ja se näkyi puolestaan asukkaiden hoidon laadussa positiivisesti.

Johtajan rooli Räsänen ja Valvanteen (2009, 22) mukaan asiakaslähtöisyyden palvelukulttuurin kehittämisessä ja edistämässä on ennen kaikkea uskoa asiakaslähtöisyyden arvoihin ja kehittämiseen sekä niiden kunnioittamista. Toiminnan tulee olla läpinäkyvää ja siihen tarvitaan luottamusta ja kykyä tunnistaa arjen ongelmat. Räsänen ja Valvanne (2009, 23) samalla väittävät, että tietynlainen vanhakaltaisuus ja ikäkielteisyys näkyvät eri vanhuspalveluissa. Toiminta on enemmän suoritekeskeistä kuin aidosti asiakkaan lähtökohdista lähtevää. He toteavatkin, että vanhuspalveluissa on liian paljon huonoa ja keskinäkertaista.

Saarnion (2009, 62) totesi tutkimuksessaan, että hoitajien mielestä lainsäädännön puuttuminen vaikuttaa fyysisten rajoitteiden runsaaseen käyttöön. Hoitajat arvioivat, että lääkärin ja fysioterapeutin osallistuminen vanhusten hoitoon edistäisi vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä, samoin työyksikön esimiesten tuki. Hoitajat myös kokivat, että avoin keskustelu rajoitteiden käytöstä edesauttaa toimintakulttuuriin kehittymistä positiiviseen suuntaan. Hoitajien mielestä esimiehen todettiin olevan vastuussa yhteisestä rajoitteiden käyttöön liittyvän keskustelun käynnistämisestä ja ylläpitämisestä.

Hakkarainen ja Kalenius (2012, 53) totesivat tutkimuksessaan, että johtajien mielestä itsemääräämisoikeuden toteutumisessa on koko ajan parannettavaa ja kehitettävää. He olivat sitä mieltä, että asennemuutoksen avulla itsemääräämisoikeus toteutuisi paremmin. Työyhteisössä tulisi luoda sellaista asennekulttuuria, että hoitajat ovat töissä asukkaita ja heidän tarpeitaan varten. Koulutus esiintyy myös yhtenä tärkeänä osana asennemuutosta. Tärkeää on myös, että kuinka hoitajat kohtaavat ja kohtelevat asukkaita ja ottavat huomioon itsemääräämisoikeuden toteutumisen.

## 4 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

### 4.1 Lähestymistapana toimintatutkimus

Toimintatutkimukseen liittyy piirteitä muun muassa reflektiivisen ajattelun mallista, jossa mallin avulla pyritään muuttaa toimintaa ja samalla korjata sitä parempaan suuntaan. Näin ollen toimintatutkimuksen ideana on nostaa esiin uutta tietoa, mutta myös samalla kehittää sitä. Reflektiivisessä ajattelumallissa ihminen nähdään yksilönä, joka analysoi sekä kokemuksiaan että ajatuksiaan ja tarkastelee niitä kokemuksiansa kautta. Tavoite on ymmärtää ajattelua ja toimintaa kysymällä miksi-kysymyksiä. Toimintatutkimusta voidaan esittää eri tavoin, yleisin malli on itsereflektiivinen kehä. Kehässä toiminta, havainnointi, reflektointi ja suunnitelman päivitys kiertyvät toisiinsa. (Heikkinen 2010, 219-222; Heikkinen & Jyrkämä 1999,33-36.)

Toimintatutkimukselle on ominaista, että se on aikataulutettu, rajallinen tutkimus- ja kehittämisprojekti. Projektissa tarkoituksena on suunnitella ja kokeilla erilaisia ja moderneja toimintatapoja. Toimintatutkimusta voidaan tehdä myös kehittämällä omaa työtä. Koska suurin osa työskentelytavoista ja -tehtävistä tapahtuu yhteistyössä muiden henkilöiden kanssa, vaatii työn kehittäminen vuorovaikutuksellista yhteistyötä ihmisten kanssa. Toiminnan tutkijan osallistumiseen liittyy olennaisesti väliintulo eli interventio. Intervention avulla tutkija pyrkii tarkoituksella tutkimuskohteensa toiminnan muutokseen. Hän on muutoksen promoottori, eli käynnistää muutoksen ja kannustaa ihmisiä kiinnittämään huomiota asioihin ja kehittää niitä itsensä ja työnsä kannalta sopivimmiksi. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 17-20.)

Voidaan siis todeta, että toimintatutkimuksen idea on olla osallistavaa, jolloin tutkijan tulee tehdä tutkimuskohteen muutosta yhdessä muiden kanssa. Tavoitteena on ratkaista yhdessä ongelmia, joita nousee käytännöstä ja saamaan näin muutosta aikaan yhdessä. Toimintatutkimuksen menetelmiä käytetään pääasiassa käytännön ongelmien ratkaisuun, joita organisaatiossa esiintyy, mutta myös samalla saada aikaan uutta tietoa ja käsitystä ilmiöistä. Toimintatutkimuksen erityinen lähestymistapa on olla kiinnostunut asioista, miten niiden tulisi olla eikä vain siitä, miten asiat ovat. Asioiden kuvaus ei kuulu toimintatutkimukseen, vaan näkökulma on nykyisen realiteetin muuttaminen. (Ojasalo, Moilanen & Ritolahti 2014, 58.)

Amerikkalainen sosiaalipsykologi Kurt Lewin on (Heikkinen, 2010, 217; Heikkinen & Jyrkämä 1999, 26) usein kirjallisuudessa nimetty toimintatutkimuksen perustajaksi. Hän toi käsitteen julki 1940-luvun loppu puolella. Käsitteessä on ominaista ihmisten välisen kommunikaation ja yhteistoiminnan kehittäminen. Aikaisemmin on jo mainittu, että

toimintatutkimus (Heikkinen, H. 2008, 27) perustuu väliintuloon. Kurt Lewin korostaa, että toimintatutkimuksessa huomio kiinnittyy ajatukseen ”jos haluat ymmärtää jotain, niin yritä muuttaa sitä.” Intervention avulla saatetaan paljastaa vanhanaikaisia käytäntöjä, tiedostamattomia työmenetelmiä ja toimintatapoja, sosiaalisia rakenteita ja vallankäyttöä. Muutos ja tutkimus voidaan nähdä vaikkapa kolikon kahtena eri puolena: tutkimus ja kehittäminen kulkee käsi kädessä ja osaltaan vahvistavat toisiaan. Kehittämisen syklejä syntyy peräjälkeen ja niillä ei ole ollenkaan loppua, vaan uusi parempi käytäntö on tilapäistä. Näin ollen toimintatutkimus ei pääty koskaan, mutta tutkijan on pystyttävä rajaamaan ja päättämään työnsä perusteltuun vaiheeseen.

Kehittämistutkimusta peilaten toimintatutkimuskin pyrkii muutoksen, mutta Kanasen (2014, 29) mukaan tutkimuksen menetelmissä ei ole eroa juurikaan. Toimintatutkimuksessa tutkija tekee itse väliintulon ja osallistuu siihen ja on näin mukana muutoksen prosessissa ja sen loppuun saattamisessa. Toimintatutkimuksen käänös englannin kielessä kirjallisuudessa on usein ”action research.” Sana itsessään tuo mieleen aktiivisen toiminnan mallin. Jos työelämässä halutaan ihmisiä sitoutumaan uudistukseen, on toimintatutkimus eräs keino saada se toteutumaan (Aaltola & Syrjälä, 2001, 15). Toimintatutkimuksen lähtökohta on toimintojen ja käytäntöjen muuttaminen, joten se soveltuu hyvin tutkimukselliseen kehittämiseen. Esimerkkinä työkäytänteiden kehittäminen, jossa pyritään työn ymmärtämiseen ja kehittämiseen saadaan samalla luotua uutta tai uudenlaista toimintaa. (Ojasalo, ym. 2014, 59.)

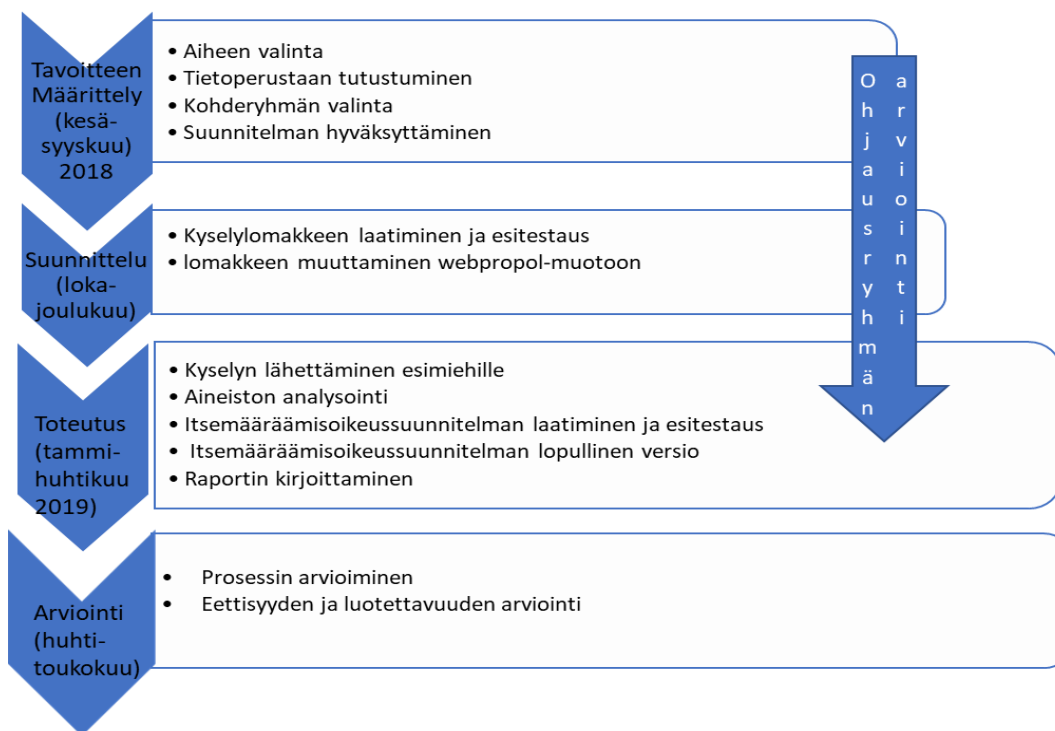
Toimintatutkimukselliselle työkäytäntöjen uudistamiselle on ominaista jatkuvuus. Kiviniemi (1999, 67) on luonnehtinut Kemmisiin ja Wilkinsoniin (1988) viitaten, että käytännössä toimintatutkimus ei useinkaan etene hyvässä järjestyksessä eri vaiheiden sykleissä. Pikemminkin eri osa-alueet limittyvät ja menevät toistensa kanssa päällekkäin. Prosessi on luonteeltaan avoin ja altis toiminnassa ilmeneviin muutoksiin.

## 4.2 Kehittämishankkeen eteneminen

Tämän kehittämishankkeen lähestymistapa on toimintatutkimus, koska se sisältää työyhteisöä osallistavaa tutkimusta. Lisäksi toimintatutkimukseen liittyy käsitys toiminnan vähitellen ja usean vaiheen kautta tapahtuvasta prosessinomaisesta kehittämisestä. Työtään kehittävässä yhteisössä pyritään toisin sanoen hyödyntämään kehittämiskokemuksista ja eri aineiston-keruuvaiheista saatava palaute meneillään olevan toiminnan muuttamiseksi ja uudentyypisten toimintakäytäntöjen toteuttamiseksi. (Kiviniemi 1999, 63.)

Tässä kehittämishankkeessa menetelmänä käytettiin soveltaen toimintatutkimuksen prosessia. Esitän prosessin projektin omaisena etenemisenä kuviossa 5, joka sisältää

kyselylomakkeen ja itsemääräämissuunnitelman esitestaukset sekä ohjausryhmän arvioinnin. Tämän kehittämishankkeen tavoite oli laatia Coronaria Kotikylän hoivakodeille kirjallinen itsemääräämisoikeussuunnitelma. Tarkoitus oli saada itsemääräämisoikeussuunnitelma Coronaria Hoiva Kotikylä hoivakotien käyttöön kesään 2019 mennessä.



KUVIO 5. Kehittämishankkeen eteneminen.

Prosessin eteneminen on suunniteltu yhdessä toimeksiantajan kanssa. Prosessi on jaettu neljään eri kokonaisuuteen (kuvio 5). Tämä kehittämishanke käynnistyi kesäkuussa 2018. Itsemääräämisoikeussuunnitelman tarve nousi oman työyhteisön kanssa käydyissä haasteellisissa asukastilanteissa ja tarve konkreettisen työkalun saamiseksi oli aiheellinen, jopa pakottava. Kävin aiheesta myös keskusteluja sekä kollegoiden että esimieheni kanssa ja sen jälkeen esitin kehittämishankkeen Coronaria Hoivan palvelujohtajalle. Kehittämishankkeelle ei tarvinnut hakea organisaatiosta tutkimuslupaa, vaan allekirjoitin esimiehen kanssa opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen.

Coronaria Hoivan puolesta kehittämishanketta prosessin aikana arvioi ohjausryhmä. Kehittämishankesuunnitelmani esitin syyskuussa 2018. Hyväksynnän jälkeen aloitin raportin työstämisen ja kyselylomakkeen laatimisen. Kyselylomake perustui tietoperustan käsitteisiin sekä valmisteilla olevaan itsemääräämisoikeuslakiin. Kehittämishankkeen esimieskysely toteutettiin tammikuussa 2019 webropol-kyselynä siten, että kysymykset lukivat ensin opinnäytetyön ohjaaja ja ohjausryhmä. Muutaman korjauksen jälkeen kysymykset

testattiin vielä viidellä esimiehellä ja tarkennusten sekä korjausten jälkeen se toteutettiin kahden viikon vastausajalla helmikuun lopussa (liitteet 1 ja 2).

Sähköiset kyselyt ovat yleistyneet viime aikoina voimakkaasti. Tunnetuimpia ovat muun muassa Webropol, Digium ja SurveyMonkey. Sähköisen tiedonkeruun erityisiä vahvuuksia ovat edullisuus, nopeus ja vaivattomuus. Sähköisestä tiedonkeruusta ei synny myöskään paino- tai postituskuluja. Tiedonkeruu on nopeaa, mutta toisaalta siihen liittyy myös merkittäviä metodologisia haasteita, jotka poikkeavat tavanmukaiseen lomaketutkimukseen liittyvistä haasteista. Niitä ovat esimerkiksi vastausprosentin pienuus sekä aineiston edustavuus ja tulosten yleistettävyyden. Onkin melko yleistä, että kyselyiden vastaajien valinta ei perustu otantaan vaan kysely lähetetään kaikille niille, joita kysely koskee. (Ojasalo ym. 2014, 128-129.)

Päädyin internet-kyselyyn (webropol), koska kaikilla vastaajilla oli mahdollisuus internetin käyttöön. Ohjelmisto on riittävän yksinkertainen tiedonkeruuseen, kerätyn tiedon analysointiin ja raportointiin. Ohjelman käyttö on myös nopeaa ja vaivatonta. Ohjelmaa ei tarvitse asentaa tietokoneeseen, vaan se sijaitsee webropolin palveluympäristössä ([www.webropol.fi](http://www.webropol.fi)). Positiivista tutkijan kannalta on myös se, että vastaaja ei pääse etenevänsä kyselyssä, ellei ole vastannut kaikkiin kysymyksiin, joten tutkijalle ei jää puuttavia havaintoja eli vastaamattomia kysymyksiä. Vastaukset eli tutkimustulokset ovat helposti siirrettävissä erilaisiin Office-ohjelmiin analysointia varten. (Heikkilä, T. 2008, 69-70.)

Aloitin tulosten analysoinnin maaliskuussa, jonka jälkeen ensimmäinen versio itsemääräämisoikeussuunnitelmasta lähetettiin arvioitavaksi ohjausryhmälle ja Coronaria Hoivan viidelle esimiehelle satunnaisesti eri puolille Suomea. Palautteiden perusteella tehtiin muutokset, jonka jälkeen vielä kolme satunnaisesti valittua esimiestä testasi sitä työyhteisössään. Huhtikuun alussa itsemääräämisoikeussuunnitelma siirrettiin Coronarian word-versiopohjaan yhteneväisyyden vuoksi. Tämän jälkeen jatkoin raportin kirjoittamista.

### 4.3 Aineistonkeruumenetelmänä kyselylomake

Tutkimusaineistoa voidaan kerätä suoraan tutkittavilta eri tavoin ja tutkittaville tulee antaa tietoa tutkimusaineiston käytöstä. Tutkimuksen yhteydessä laillisesti sitova suostumus syntyy tilanteessa, jossa tutkittava suostuu osallistumaan tutkimukseen, vaikka tutkijan ja tutkittavan ei tarvitse välttämättä kohdata kasvoitusten tai puhelimitse. Tämä perustuu siihen, että tutkimuksesta informointi muodostaa käytännössä suostumuksen sisällön. Aineistoa kerättäessä esimerkiksi kirjekyselyllä, on tutkittaville lomakkeiden yhteydessä lähetetty informaatio tehtävästä tutkimuksesta samalla tutkijaa velvoittava sopimus aineiston käytöstä. Annettava informaatio on monessa mielessä tärkeä, sillä se saattaa ratkaista

sen, haluavatko ihmiset osallistua tutkimukseen, ja se ratkaisee myös tunnisteellisen aineiston kohtalon. (Kuula 2006, 99- 101.)

Kyselylomakkeella suoritettussa tutkimuksessa tutkija ei vaikuta olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin, toisin kuin esimerkiksi haastattelussa. Kyselylomakkeessa on myös mahdollisuus esittää runsaasti kysymyksiä, etenkin jos lomakkeeseen on laadittu valmiit vastausvaihtoehdot. Luotettavuutta parantava tekijä on myös se, että kysymys esitetään jokaiselle koehenkilölle täysin samassa muodossa. Lisäksi vastaaja voi valita itselleen sopivimman vastaamisajankohdan, ja hän voi näin rauhassa pohtia vastauksia ja tarkistaa niitä. (Valli 2001, 101.)

Eräs kyselytutkimuksen heikkous voi olla, että tutkija ei voi varmistua siitä, kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat kyselyyn ja tutkimukseen. Toinen heikkous liittyy annettuihin vastausvaihtoehtoihin, kuinka selkeitä ne ovat, miten vastaajat ymmärtävät vaihtoehdot ja onko ne vastaajien näkökulmasta oikeita. Heikkoutena voi myös olla, että vastaajat eivät ole täysin selvillä tai perehtyneitä aiheeseen, josta kysymyksiä esitetään. Lomakekyselyissä saattaa katoa eli vastaamattomuus nousta joissain tapauksissa suureksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

Määrällisessä tutkimuksessa on selkeät lainalaisuudet, jotka etenevät tietyssä järjestyksessä. Ensin tieto tulee strukturoida. Vilkkä (2007, 14-15) mainitsee, että tutkittava asia tulee operationalisoida ensin, joka tarkoittaa teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista sellaiseen muotoon, että tutkittava ymmärtää asian arkiymmärryksellään. Strukturointi tarkoittaa sitä, että tutkittava asia ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan. Operationalisointi ja strukturointi tapahtuvat ennen aineiston keräämistä. Strukturoinnissa tutkittavat asiat vakioidaan lomakkeeseen kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi ennalta niin, että kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla ja kysymykset voidaan kysyä kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Jokaiselle tutkittavalle asialle eli muuttujalle annetaan arvo, joka ilmaistaan esimerkiksi numeroilla.

Kun tehdään määrällisen tutkimuksen aineiston keruuta, käytetään yleisemmin standardeitua tutkimuslomaketta, jossa on valmiita vaihtoehtoja. Aineistoa pyritään kuvata numeeristen lukujen avulla ja tuloksia esitetään usein erilaisin taulukoin ja kuvioin. Määrällistä tutkimusta käyttämällä saadaan periaatteessa kartoitettua nykytilanne, mutta tällä tutkimustavalla ei voida selvittää asioiden syitä. (Heikkilä, T. 2008, 16-18.) Aikaisemmin mainittiin, että määrällisessä tutkimuksessa käsitellään tietoja numeerisesti eli lukujen avulla. Tämä siis tarkoittaa sitä, että tutkittavat asiat ja ominaisuudet on saatava mitattavaan muotoon. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä vastataan kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tutkija saa näin tutkimustiedon numeroina tai hän



luokittelee aineiston numeeriseen muotoon. Tulokset voidaan esitellä esimerkiksi tunnuslukuina. Tutkijan tulee tulkita ja selittää olennaiset asiat eli tulkita numerotieto sanallisesti. (Vilkkä, H. 2007, 14.)

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin kyselylomakkeen, jossa on sekä strukturoituja väittämiä että avoimia kysymyksiä. Kehittämishankkeessa toteutettava kysely perustui tietoperustaan ja se kohdistettiin Coronaria Kotikylä hoivakotien esimiehille. Kysely tehtiin webropol-kyselynä, koska sillä on mahdollisuus saada tehokkaasti mahdollisimman kattava otos vastaajista. Itsemääräämisoikeussuunnitelman edistymistä toimeksiantajan puolelta ohjasivat ja arvioivat Coronaria Hoivan ohjausryhmä.

Kyselylomaketta (liite 2) laadittaessa halusin kysymyksillä 1-3 selvittää esimiesten taustatietoja. Nämä kysymykset antavat perustietoa esimiehen johtamisympäristöstä ja niistä voidaan ehkä löytää selittäviä tekijöitä liittyen esimerkiksi itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Nykytilannetta selvittävillä kysymyksillä (kysymykset 4-10) halusin kartoittaa yksiköiden vallitsevan käytännön rajoitteiden käytöstä ja kysymykset perustuivat tietoperustaan itsemääräämisoikeuden ilmenemisestä vanhustenhuollossa.

Valitsin viisiportaisen Likert-asteikon, koska oletin väittämiin vastaamisen olevan nopeaa ja helppoa. Kysymykset kohdistuivat asukkaan rajoittamistoimenpiteisiin sekä yksikön käytäntöihin. Johtamisen kysymykset (kysymykset 11-20) jatkuivat Likert-asteikollisilla väittämillä. Näillä kysymyksillä tavoittelin tietoperustaan viittaavaa johtamisen merkitystä asukkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistamisessa. Osa kysymyksistä perustuivat myös valmisteilla olevaan itsemääräämisoikeuslakiin. Viimeiseen kysymykseen (kysymys 21) vastaajilla oli vielä mahdollisuus ilmaista jotain itsemääräämisoikeuteen liittyvää.

Kyselylomakkeen laadinnan jälkeen sitä kommentoi ohjaava opettaja ja ohjausryhmä. Kommenttien jälkeen lomakkeeseen tehtiin muutama selventävä korjaus, jonka jälkeen se muutettiin webropol-muotoon ja esitettiin viidellä esimiehellä satunnaisesti. Palautteessa kiinnitettiin huomiota tekstin liian suureen fonttikokoon, mutta muuten sähköinen kysely oli suhteellisen ymmärrettävä. Tämän jälkeen kysely lähetettiin 20:lle esimiehelle. Esimiehillä oli mahdollisuus halutessaan tehdä kyselystä tarkennuksia sähköpostiini. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja ensimmäisen viikon jälkeen lähetettiin muistutus vastaamisesta.

#### 4.4 Aineiston analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen, tutkimusaineiston käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely alkaa, kun kyselyllä, haastattelulla tai havainnoinnilla kerätty aineisto on saatu koottua. Määrällisessä

tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan mittaamassa. Analyysitapa valitaan sen mukaan, ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai useamman muuttujan välistä riippuvuutta. (Vilkkä 2007, 106, 119.)

Jos tavoitteena on saada tietoa yhden muuttujan jakautumasta, käytetään sijaintilukuja. Sijaintiluvuilla tarkoitetaan havaintoarvojen sijaintia kuvaavia tunnuslukuja. Tavallisimmat sijaintiluvut ovat keskiarvo (ka.) ja moodi (Mo). Sijaintiluvuista tunnetuin keskiarvo on aritmeettinen keskiarvo. Välimatka ja suhdelukuasteikkoon soveltuva aritmeettinen keskiarvo saadaan siten, että lasketaan havaintojen mittatulokset yhteen. Tämän jälkeen yhteen laskettu tulos jaetaan havaintojen lukumäärällä. (Vilkkä 2007, 119.)

Keskiarvolla kuvataan havaintoarvojen keskimääräistä suuruutta. Moodi on keskiluku, joka saadaan, kun havainnot ryhmitellään ja luokitellaan. Moodi on se luokka tai muuttujan arvo, joka sisältää havaintoja eniten tai jossa havainto esiintyy useimmin. Moodi kertoo siten arvon tai luokan, missä esiintymistiheys eli frekvenssi on suurin. Moodiin eivät vaikuta äärimmäiset havainnot. Siten moodin avulla voi aritmeettista keskiarvoa paremmin päätellä havaintojen lukumäärää. (Vilkkä 2007, 121- 122.)

Avoimia kysymyksiä voi käsitellä vastaavalla tavalla tilastollisin keinoin kuin valmiiksi koodattuja vastausvaihtoehtojakin. Tutkijan tulee vain luokitella samansisältöiset vastaukset samoihin luokkiin. Ensin luetaan kaikki vastaukset läpi, jotta saadaan kokonaiskuva aineistosta. Sen jälkeen aloitetaan koodaaminen. On tärkeää tehdä listaa sitä mukaa kun uusia vastausvaihtoja ilmenee. Luokkien yhdistämisen yhteydessä puhutaan aineiston tiivistämisestä. Tällöin toisiaan sisällöllisesti lähellä olevia luokkia yhdistetään. (Valli, R. 2010, 248.)

Kysymysten 1-12 osalta (taustatiedot, nykytilanne ja johtaminen) siirsin aineiston excel-ohjelmaan, jossa pystyin sekä tekemään että muokkaamaan taulukoita ja laskemaan sijaintilukuja. Kysymykset 13-21 siirsin myös aluksi excel-ohjelmaan jatkokäsittelyä varten. Nämä olivat avoimia kysymyksiä, joten analysointi tapahtui teemoittain laskemalla useammin vastauksissa toistuvia sanoja. Myöhemmin analysoinnissa käytin word-ohjelmaa.

Nykytilanteen kartoituksen ja johtamisen väittämissä (kysymykset 1-12) käytin viisipor- taista Likert-asteikkoa, joka sisältää asenneväittämiä. Likert-asteikkoa käytettäessä on Heikkilän mukaan (2008, 53-54) harkittava useita seikkoja, kuten: miten monta arvoa asteikolle annetaan, miten asteikon arvot ilmoitetaan sanallisesti, aloitetaanko vaihtoehdolla samaa mieltä vai eri mieltä ja miten asteikon keskikohta muotoillaan. Kyseessä on järjes- tysasteikon tasoinen muuttuja, jolle ei yleensä keskiarvoa saa laskea. Paljon kysymyksiä sisältävissä tiedusteluissa keskiarvoja käytetään kuitenkin yleiskuvan antamiseen ja siksi numerointi aloitetaan arvosta 1= täysin samaa mieltä. Tällä tavalla saadaan sitä suurempi

keskiarvo, mitä enemmän samaa mieltä vastaajat ovat keskimäärin olleet. Väittämät ilmaisevat sekä kielteistä että myönteistä asennetta kyseiseen kohteeseen ja vastaajat arvioivat niitä. Viisiportaisen Likert-asteikon vastausvaihtoehdot olivat:

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. ei samaa eikä eri mieltä/ en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

Olin muotoillut valmiiksi yhdeksän teemaa pohjaten kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin. Valitsin teemoiksi seuraavat otsakkeet: itsemääräämisoikeus, itsemääräämisoikeutta edistävät asiat, itsemääräämisoikeutta estävät asiat, asukkaan oikeudet ja tiedottaminen rajoittamistoimenpiteistä, rajoittamistoimenpiteet, rajoittamistoimenpiteiden seuranta, omaisten informointi, esimiesten tarpeet ja itsemääräämisoikeussuunnitelma. Ensin siirsin avoimet vastaukset sellaisenaan allekkain kunkin teeman alle.

Sen jälkeen etsin teeman alta samaa asiaa tarkoittavia sanoja tai lauseita. Liitin samat sanat tai samaa asiaa kertovat lauseet yhteen. Sanan tai lauseen perään merkitsin numeron, kuinka usein se ilmeni vastauksissa. Näin pyrin saada yhtäläisyyksiä teemasta. Analysoinnin jälkeen lähdin muotoilemaan itsemääräämisoikeussuunnitelmaa. Esimerkki ai-neiston analyysin toteuttamisesta on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Esimerkki avointen vastausten analysoinnista.

19. Itsemääräämisoikeutta estävät asiat	
<i>Avoimet vastaukset</i>	<i>yhdistäminen</i>
vallan väärin käyttö	vallan käyttö (2)
liian vähäinen hoitajamitoitus	hoitajamitoitus (2)
hoitajat joutuvat huolehtimaan hoitotyön lisäksi siivouksista ja pyykinpesusta.	välilliset työtehtävät
asukas ei ymmärrä asioita ja hoitajan pitää tehdä puolesta	muistisairaus (3)
ammattitaidottomuus	hoitajan ominaisuudet (2)
hoitajien vallan käyttö	
asukkaiden muistisairaus	
laitosmaisuus	laitosmainen ympäristö
tietämättömyys	
viriketoiminnan vähyys	aktiiviteettien vähyys (2)
aktiivisuus voisi vähentää esim. turvavyön käyttöä.	
paljon asukkaita ja ei ehdi seurata heidän liikkumista	
omaisten vaatimukset	omaiset
muistisairaana tahtoa ei kuunnella.	asukkaan tahto
muistisairaus	

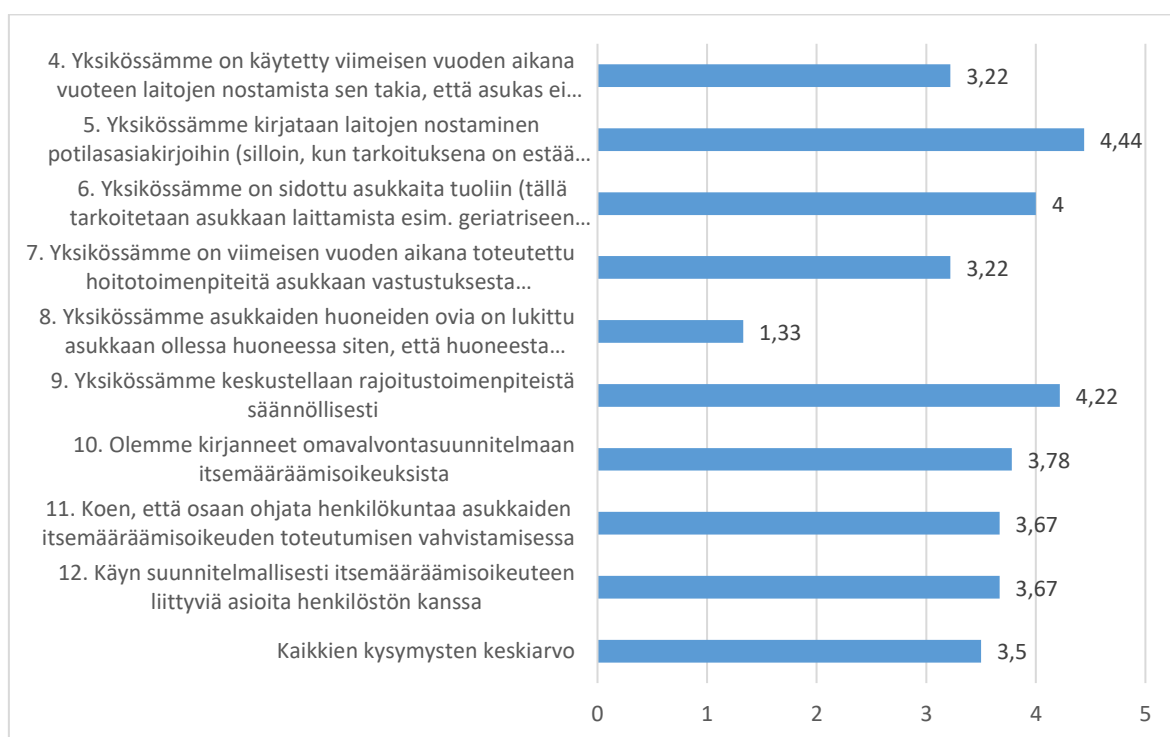
Taulukossa 1 samankaltaiset sanat tai lauseet on väritetty samalla värillä. Oikean puolisessa sarakkeessa samaa tarkoittavat sanat on yhdistetty siten, että ne ovat tiivistetyssä muodossa. Lisäksi suluissa näkyy, jos sama asia on esiintynyt useammin kuin kerran.

## 5 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

### 5.1 Kyselyn keskeisimmät tulokset

Määrällisiä tuloksia esitetään taulukoin, kuvioin, tunnusluvuin ja tekstinä. Määrällisten tulosten tulee olla objektiivista eli tutkijasta riippumatonta. Määrällisessä tutkimuksessa on tavoitteena, että tulokset eivät jäisi vain numeroiksi. Tutkijan tulee tulkita tulokset ja tehdä niistä johtopäätöksiä. Tulokset tulee siis selittää, jotta niiden sisältö ja laatu tulevat ymmärrettäviksi lukijalle. (Vilka 2007, 135, 147.)

Tulokset sain ohjelmasta analysoituna siten, että ne oli jaettu kysymysten 1- 12 osalta määrälliseen yhteenvetoon ja kysymysten 13-21 osalta avoimiin vastauksiin. Kyselyyn vastasi yhdeksän esimiestä. Suurin osa vastaajista (7) oli toiminut neljä vuotta tai enemmän esimiehenä. Kaksi kolmasosaa (6) esimiehistä vastasivat 31-50 asukkaan yksiköstä. Suurimmalla osalla (6) oli henkilöstöä 16-30 välillä.



KUVIO 6. Nykytilanteen ja johtamisen vastausten tulokset.

Kuviossa 6 x-akselilla näkyy Likertin asteikon vastausvaihtoehdot 1-5, jossa 1= täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä. Y-akselilla on allekkain kyselylomakkeen kysymykset koskien nykytilannetta ja johtamista. Kaikissa yksiköissä kirjattiin laitojen nostamisesta (kysymys 5) (ka. 4,44) ja Mo (moodi) 5. Vastaajien yksiköissä myös keskustellaan rajoitustoimenpiteistä (kysymys 9). Yksikön asukkaita ei myöskään suljettu lukittujen ovien taakse (kysymys 8), ka. 1,33 ja Mo 1. Esimiehet kokivat (ka 3,67 ja Mo 4), että he osaavat

ohjata henkilökuntaa asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen vahvistamisessa (kysymys 11). Esimiehet (ka 3,67 ja Mo 5) käyvät myös suunnitelmallisesti itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioita henkilöstön kanssa (kysymys 12).

Avoimet kysymykset jaettiin yhdeksään teemaan: itsemääräämisoikeus, itsemääräämisoikeutta edistävät asiat, itsemääräämisoikeutta estävät asiat, asukkaan oikeudet ja tiedottaminen rajoittamistoimenpiteistä, rajoittamistoimenpiteet, rajoittamistoimenpiteiden seuranta, omaisten informointi, esimiesten tarpeet ja itsemääräämisoikeussuunnitelma.

Vastaajista suurin osa kertoi tietävänsä mitä itsemääräämisoikeus pitää sisällään. Osalle se oli kuitenkin vaikeaa hahmottaa. Eräs vastaajista totesi, että hänen yksikössään asiat ovat hyvin ja lainmukaiset. Esimiehet kokivat tärkeäksi sen, että lakia noudatetaan. Vastauksissa nousi kunnioittaminen ja turvallisuus itsemääräämisoikeuden perustana.

*Itselleni itsemääräämisoikeuteen liittyvät asiat ovat tärkeitä ja haluan kunnioittaa jokaisen asukkaan itsemääräämisoikeutta aina, kun se on mahdollista sukkään turvallisuuden vaarantumatta.*

Esimiehet nostivat itsemääräämisoikeutta edistäviksi asioiksi asukkaiden toiveiden huomioimisen, hoitajien vallankäytön vähyyden ja asukkaiden kunnioittamisen. Edistävänä asioina pidettiin myös riittävä henkilöstömäärä, säännöllinen keskustelu ja henkilöstön sitoutuminen itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen. Esimiesten mielestä koulutus ja tieto asiasta edistää asukkaiden itsemääräämisoikeuksia. Eräs esimiehistä oli sitä mieltä, että itsemääräämisoikeutta voi edistää esimerkiksi huomioimalla asukkaan oman päivärytmin ja siirtää tarvittaessa hoitotoimenpiteitä parempaan ajankohtaan, jos asukas ei ole vastaanottavainen. Hoitajien tulisi myös asettua asukkaan asemaan, mikä myös edistää itsemääräämisoikeutta.

Itsemääräämisoikeutta estäviä asioita (Taulukko 1) olivat vastaajien mielestä asukkaiden muistisairaus, vallankäyttö, hoitajamitoitus, hoitajan ominaisuudet sekä aktiviteettien vähyyys. Hoivakodeissa saattaa olla paljon haastavia asukkaita, jotka eivät itse ymmärrä altistuvansa vaaratilanteisiin ja hoitajat eivät pysty seuraamaan tilanteita aktiivisesti. Vastauksissa mainittiin myös välilliset työt, esimerkiksi pyykki- tai ruokahuolto, jotka ei suoraan kohdistu asukkaaseen. Yksikön laitospäinen ympäristö voi olla esteenä itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Omaiset mainittiin myös eräänä esteenä olevana asiana. Eräät omaiset ovat jopa vaatineet rajoittamistoimenpiteinä sängynlaitojen nostamista tai haaravöiden käyttöä.

Esimiehet kertoivat, että asukkaille kerrotaan rajoitustoimenpiteistä, elleivät he ole aivan syvästi dementoituneita. Asia saattaa olla tilannekohtainen ja yksikössä käydään

rajoitustoimenpideasiat läpi asukkaan saapuessa asumaan. Tilannekohtaisena esimerkkinä mainittiin ulkoilu, jolloin asukkaalle laitetaan turvavyö, jolloin epätasaisessa maastossa liikkuminen on turvallisempaa.

Esimiehet kertoivat, että työyksikössä rajoittamistoimenpiteistä kirjataan DomaCareen, Efficiaan ja potilastietojärjestelmään. Osa vastaajista totesi, että DomaCaressa ei ole varsinaista kohtaa rajoittamistoimenpiteiden toteutumisen kirjaamiselle, joten osa kirjoittaa niistä etusivulla olevaan info-kenttään. Info-kenttä sijaitsee potilaskirjauksen pääsivulla, johon kirjataan muutakin erityisen tärkeitä pidettyjä asioita. Yksi vastaajista kertoi, että hänen yksikössään ei ole käytössä rajoittamistoimenpiteitä. Hän koki, että itsemääräämisoikeusasiat ovat hoitolaitoksessa lainmukaisia. Asukkaalle nostetaan sängyn laidat ylös sen takia, ettei hän putoa sängystä. Jos mahdollisia rajoittamistoimenpiteitä ilmenee, ne kirjataan hoitosuunnitelmaan. Jokainen vastaaja kertoi, että rajoitustoimenpiteisiin on aina lääkärin lupa.

Esimiehet kertoivat, että rajoittamistoimenpiteitä seurataan viikkopalavereissa, vähintään kuukausittain tai vähintään kahden viikon välein ja tarpeen mukaan. Rajoittamistoimenpiteillä on aina lääkärin lupa ja niitä arvioidaan, jotta ne voidaan tarpeen mukaan purkaa. Yksikössä lupa voi olla voimassa määräaikainen tai toistaiseksi. Eräessä yksikössä rajoittamisluvista ja niiden määräaikaisuudesta oli tehty kooste henkilöstön käyttöön. Tilanteiden muuttuessa tai määräaikaisuuden umpeutuessa mietitään rajoittamisen tarpeellisuudesta. Rajoittamistoimenpiteitä myös arvioidaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa päivittäessä.

Kaikki esimiehet kertoivat, että omaisten kanssa käydään aina keskustelua rajoittamistoimenpiteistä. Se tapahtuu joko heidän aloitteestaan tai tilannekohtaisesti. Esimerkiksi asukkaan muuttaessa yksikköön omaisten kanssa keskustellaan mahdollisista rajoittamistoimenpiteistä. Keskustelussa tuodaan esille, että rajoittamistoimenpiteet ovat määräaikaisia ja niille pyydetään aina lääkäriltä lupa. Eräessä yksikössä omaisilta pyydetään kirjallista suostumusta rajoittamistoimenpiteiden käyttöön silloin, kun kyse on asukkaan turvallisuudesta. Eräs vastaajista kertoi, että omaiset painostavat rajoittamistoimenpiteiden käyttöön, mutta lääkäri tekee aina päätöksen.

Suurin osa esimiehistä koki, että he tarvitsevat lisätukea itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa. He kokivat, että haasteelliset tilanteet ja rajatapaukset sekä tulkinnalliset tapaukset nousevat työyhteisössä joskus keskusteluun. Näissä tilanteissa toivottiin, että Coronaria Hoivalla olisi ohjeistus ja työkaluja asian käsittelyyn. Suurin osa esimiehistä pitivät hyvänä asioiden kertausta ja esimiehen Skype koulutuksia.

*Itsemääräämisoikeuksiin ja rajoittamisiin liittyen tarvitsee ajanmukaista tietoa jatkuvasti. Esimiespäivien yhteyteen voisi esimerkiksi tällaistaakin infoa/koulutusta sisällyttää.*

Esimiesten mielestä itsemääräämisoikeussuunnitelmassa tulisi huomioida asukkaiden yksilöllisyys, ihmisarvon toteutuminen, omat tavat ja tottumukset. Eräs vastaajista kertoi, että laki määrää, mitä itsemääräämisoikeussuunnitelman tulee sisältää. Suunnitelman toivottiin antavan selkeät suuntaviivat, mutta samalla toivottiin, että jää tilannekohtaista harkinnanvaraa. Eräs vastaajista pohti myös rajoittamistoimenpiteiden määräaikaaisuuden kestoa.

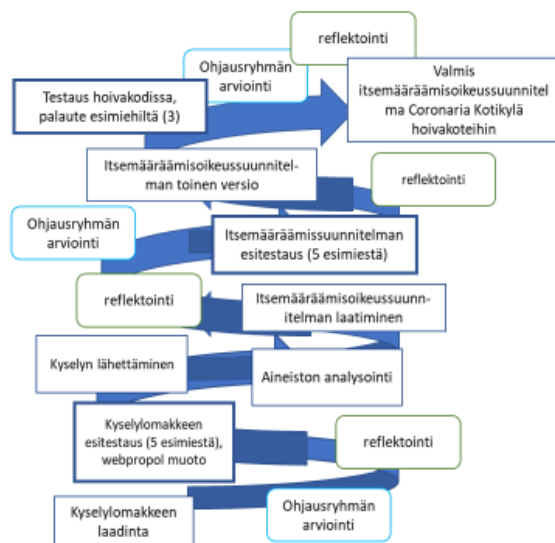
Esille nostettiin myös muistisairaana itsemääräämisoikeuden toteutuminen, miten se näkyy palvelu- ja hoitosuunnitelmassa. Miten määritellä se, että missä vaiheessa asukas ei ole enää kykenevä päättämään omista asioistaan, esimerkiksi ruoasta, hygieniasta ja lääkkeistä. Ja miten suhtaudutaan omaisten vaatimuksiin, kun he haluavat esimerkiksi asukkaan kävelevän autettuna vessaan, vaikka hänen jalat ei kannan ja hoitajat kokevat sen epämiellyttävänä roikottamisena ja asukkaalle aiheutuu toimenpiteestä kipua. Eräs esimiehistä piti tärkeänä, että koko henkilökunnan on tiedettävä nämä asiat ja sitouduttava suunnitelman toteutumiseen.

Lopuksi esimiehet saivat kertoa mitä vain itsemääräämisoikeuteen tai -suunnitelmaan liittyviä asioita. He kokivat, että itsemääräämisoikeussuunnitelma on hyvä asia. Eräs vastaaja koki, että on vaikeaa tasapainotella itsemääräämisoikeuden ja asiakasturvallisuuden välillä. Itsemääräämisoikeuden suunnitelmasta toivottiin kattavaa, muttei liian pikkutarkkaa. Itsemääräämisoikeussuunnitelma huomioi, ettei tule vaaraa heitteille jätöstä tai kaltoinkohtelusta.

## 5.2 Itsemääräämisoikeussuunnitelman esitestaus

Eräs toimintatutkimuksen lähtökohta on reflektiivinen ajattelu. Sen avulla pyritään pääsemään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja sitä kautta kehittämään toimintaa. Reflektion keskeisyys toimintatutkimuksessa ilmenee muun muassa siten, että toimintatutkimusta hahmotellaan itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Reflektiivisestä kehästä syntyy ajassa etenevä spiraali, kun syklejä asetellaan peräkkäin. Kuviossa 7 olen esittänyt mukailien tämän kehittämishankkeen toiminnallisen spiraalin. Kuviossa toistuu toiminta, arviointi, reflektointi koko prosessin ajan. Kuvio pyrkii antamaan periaatteellisen yleiskuvan kehittämishankkeen etenemisestä. Prosessin edetessä vaiheet ovat kuitenkin suhteessa toisiinsa lomittain. (Heikkinen, H. 2010, 219-221.)





KUVIO 7. Kehittämishankkeen toiminnallinen spiraali (mukaillen Heikkinen, 2010, 221.)

Pyysin ohjausryhmältä ja viideltä esimieheltä palautetta itsemääräämisoikeussuunnitelman ensimmäisestä versiosta maaliskuussa 2019. Halusin vastauksia sekä sisältöön että luettavuuteen ja ulkoasuun. Toivoin erityisesti palautetta sisällysluettelosta, tekstin selkeydestä ja liitteenä olevasta hoivakotikohtaisesta itsemääräämisoikeussuunnitelmasta. Kysely lähetettiin sähköpostilla maaliskuun loppupuolella. Sain kaikilta viideltä esimieheltä ja ohjausryhmältä palautetta. Palautteissa mainittiin, että suunnitelman sisällysluettelo oli sopivan lyhyt ja selkeä. Sisällön luettavuudesta oltiin kahta eri mieltä. Osa piti siitä, että lähdeviitteet olisivat kappaleissa, mutta suurin osa vastaajista halusi niiden siirtoa omaksi kokonaisuudeksi lähdeluetteloon. He kokivat, että silloin teksti olisi luettavampaa. Kappalekokoa toivottiin myös pienemmiksi kokonaisuuksiksi, jotta teksti olisi helppolukuinen.

Esimiehet toivoivat myös suunnitelman kansilehdelle päivityspäivämäärän, jotta jatkossa olisi helpompi löytää uusin versio. Kiitosta tuli kohdasta lähi- ja sairaanhoitajien eettiset periaatteet. Se nähtiin tärkeänä eettisenä perustana vanhusten hoidossa, jota on hyvä jokaisen kerrata. Luku rajoitteiden käytöstä koettiin sopivan kattavaksi, vaikkakin eräs vastaajista olisi toivonut, että tässä suunnitelmassa olisi määritelty määräaikaisuus.

Liitteenä oleva yksikön itsemääräämisoikeussuunnitelma jaettiin kolmeen eri kokonaisuuteen: yksikön toimintakulttuuri, asukkaan itsemääräämisoikeuden edistäminen ja yksikössä käytössä olevat rajoittamistoimenpiteet sekä niiden arviointi. Nämä kokonaisuudet koettiin selkeiksi. Kokonaisuuksien alle suunnittelin tekstikentän, johon lisäsin reunukset ja

ulkoasusta tuli laatikon muotoinen. Määritin laatikkoihin kirjoitettavan fonttikoon Ariel 11. Jokaisen laatikon yläreunaan lisäsin erityisesti esimiesten toiveesta lyhyen ohjeen laatikon täyttämistä ja suunnitelman teoriaosuuden otsikonumerot, joista voi saada apua kohdan täyttämiseen. Ohjeet voi poistaa, kun asiat on kirjattu kuhunkin laatikkoon. Kaikki kokivat hyvänä sen, että suunnitelma on lyhyt, kun se oli vain yhden sivun mittainen.

Palautteet saatuani tein pyydyt muutokset itsemääräämisoikeussuunnitelmaan ja lähetin muokkaamani suunnitelman toisen version vielä ohjausryhmälle ja kolmelle satunnaisesti valitulle esimiehelle. Tavoite oli, että esimiehet esitelsivät suunnitelman omassa yksikössään esimerkiksi henkilöstön viikkopalaverissa. Tavoitteenani oli edelleen saada palautetta luettavuudesta ja itsemääräämisoikeussuunnitelman täytöstä. Kolmesta esimiehestä yksi oli ottanut osan henkilöstöstä mukaan suunnitelman täyttämiseen. Kaksi esimiestä oli henkilöstön kanssa lukenut ja täyttänyt suunnitelmaa viikkopalaverissa. Palautteista sain lukea, että suunnitelmaa täytettäessä oli käyty hyvää keskustelua ja pohdintaa. Jokainen vastaajista koki, että suunnitelman täyttö oli suhteellisen yksinkertaista. He kuitenkin totesivat, että tuskin suunnitelmaa pystytään kerralla täyttämään, sillä siinä on kuitenkin suhteellisen isoja asioita mietittävänä. Tämän jälkeen suunnitelman ulkoasu muutettiin Windows officen word-ohjelman avulla Coronarian omaan ulkoasuun ja tallennettiin Sharepoint- ohjelmaan.

### 5.3 Itsemääräämisoikeussuunnitelman sisältö

Tässä kehittämishankkeessa tavoite oli laatia Coronaria Kotikylä hoivakodeille kirjallinen itsemääräämisoikeussuunnitelma. Aineiston keruun ja analysoinnin jälkeen luin tulokset uudestaan läpi ja etsin niistä yhteneväisyyksiä tietoperustaan ja valmisteilla olevaan itsemääräämisoikeuslaki. Etsin myös muita mahdollisia suunnitelmia aiheeseen liittyen. Hyödynsin lisäksi muita opinnäytetöiden ja väitöskirjojen tuloksia. Itsemääräämisoikeussuunnitelmaa luodessa pyrin huomioimaan myös esimiesvastaajien toiveet suunnitelman sisällöstä ja sen laajuudesta.

Suurin osa löytämäni itsemääräämisoikeussuunnitelmista oli tehty vammaispalveluihin. Se ei kuitenkaan sinällään ollut esteenä, sillä tavoitteenani oli selvittää, kuinka suunnitelmat oli rakennettu erityisesti käyttäjiä varten. Itsemääräämisoikeusasioden kirjaamisessa vammaispalvelut on edelläkävijä verrattuna vanhuspalveluihin. Esittelen tässä kaksi esimerkkisuunnitelmaa. Ensimmäinen on Helsingin kaupungin vammaispalvelun käytössä oleva IMO-käsikirja, jossa näkökulma on itsemääräämisoikeuden ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa, ei niinkään rajoitteissa. Käsikirjassa käydään läpi itsemääräämisoikeuden ja itsemääräämiskyvyn käsitettä niin, että teemoina on ennaltaehkäistä esteitä kommunikoimalla, työn suunnittelulla, ennakoimalla ja osaamisen kehittämällä. IMO-käsikirja

ohjaa henkilökohtaisiin asiakassuunnitelmiin ja niihin on selkeä prosessikuvaus. Lopuksi käsikirjassa käydään läpi rajoitustoimenpiteet, niiden soveltaminen ja seuraaminen sekä raportointi. Liitteinä ovat muun muassa kirjaamisohjeet ja hyvät käytännöt. Lopussa on täytettävä taulukko yksikössä toteutuneista rajoitustoimenpiteistä.

Toinen esimerkki on Oulun kaupunginsairaalaista sekä ikäihmisten laitoshoidosta ja ympärivuorokautisesta palveluasumisesta. Näihin yksiköihin on laadittu kirjallinen ohjeistus hoitotyöntekijöille rajoitteiden käytöstä ja kirjaamisesta. Ohjeessa näkökulmana on rajoitteiden käyttö ja ohjeessa opastetaan magneettivöiden, haara- ja lantiovöiden sekä turvahuoneen käytöstä. Sairaalan yhdellä osastolla on turvahuone, jossa on turvalasit, ovesa kurkistusikkuna, äänieristelevyt katossa sekä ovi, jonka saa auki sisäpuolelta vain avaimella. Turvahuonetta käytetään silloin, jos muilla hoidollisilla toimenpiteillä ei pystytä hallitsemaan potilasta. Lisäksi ohjeessa luetellaan suoja-toimia päivittäisissä toiminnoissa. Näitä ovat sängyn laitojen nosto, geriatrisen tuolin käyttö, rannesidokset, turvavyöt ja -liivit, haarakappaleellinen istuinvyö sekä otteenestokintaat. Ohjeistuksen lopussa käydään läpi rajoittamismenetelmien käytön seuranta ja kirjaaminen sekä valvonta.

Lukiessani väitöskirjojen tuloksia sain sieltä pohjaa rakentaa ja jäsenellä itsemääräämisoikeussuunnitelmaa. Esimerkiksi Sipiläinen (2016, 48-58) tutki väitöskirjassaan hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Aineisto kerättiin kyselytutkimuksella 50 vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä eri puolelta Suomea. Yleisin kaltoinkohtelun muoto oli psyykinen ja sosiaalinen kaltoinkohtelu ja sen muodoista vanhuksen pyyntöjen ja toiveiden huomiotta jättäminen. Hoidon laiminlyönneistä oli yleisin suun ja hampaiden hoidon laiminlyönti. Vaikka fyysinen kaltoinkohtelu oli harvinaisempaa, oli 63% henkilökunnasta sitä havainnut. Taloudellista ja seksuaalista kaltoinkohtelua ilmeni tutkimuksessa vähän, yleisintä oli vanhuksen seksuaalisuuden pilkkaaminen tai sille naureskelu.

Sipiläisen (2016,69-81) tutkimustuloksena oli myös, että kaltoinkohtelun ilmenemiseen olivat yhteydessä huono työilmapiiri, suuri ympärivuorokautinen yksikkö ja kaltoinkohteluun liittyvän ohjeistuksen puuttuminen. Hoitajien hyvinvoinnin ongelmat, puutteet osaamisessa ja henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten kyvyttömyys kestää aggressiivista käytöstä, olivat henkilökuntaan altistavia tekijöitä. Hoitajista puolet oli sitä mieltä, että kaltoinkohtelu oli helppo tunnistaa. Kaltoinkohteluun puuttumisen esteitä olivat pelko puuttumisen seurauksista itselle ja se, ettei puuttumisesta ole seurauksia kaltoinkohtelijalle. Sipiläisen tutkimustuloksista johtuen itsemääräämisoikeussuunnitelman luku kuusi ohjeistaa hoitajia kaltoinkohtelun huomioimisen ja tarvittavien toimenpiteiden suorittamisen.

Räsänen (2011, 177-178) väitöstutkimuksen tavoitteena oli selvittää, toteutuuko vaatimus hyvästä elämänlaadusta ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoivassa sekä miten ja millainen ammatillinen hoiva ja hoito, sen johtaminen ja niiden väliset suhteet vaikuttavat elämänlaatuun. Tutkimusaineisto koostui ei-muistisairaiden haastatteluista, muistisairaiden asukkaiden havainnoinnista ja toimintayksikköjen johtajille tehdyistä kysymyksistä. Tutkimuksen pohjalta syntyi käsitys, että vaatimus toteutuu. Hoivan tuottamisessa tiimityö, omahoitajuus ja johtaminen tukivat asiakkaiden kokemaa elämänlaatua välittömästi ja välillisesti. Vanhukselle oli tärkeää, että hoitajat kunnioittivat hänen oikeuttaan olla hoivan tarpeessa, mutta silti ainutkertainen ja arvokas yksilö.

Räsänen tutkimustuloksena oli, että gerontologinen hoiva (179-181) on tavoitteellista ja sitä ohjaavat gerontologista ammattityötä ja johtamista määrittävät laatutekijät. Hoitajien toiminta on tärkeää ja arvostettua hoivan arvolähtökohdista. Henkilökunnan määrä ei ratkaise hoidon laatua, vaan tärkeämpää voi olla, että henkilöstö on koulutettua ja moniosaava sekä kohtalaisen pysyvää. Ikääntyneiden palvelujen johtamista tulee ohjata gerontologinen näkemys. Räsänen tutkimus osoitti, että hoitajien tietoisuus asukkaiden oikeuksista sekä arvoista yhdessä koulutuksen kanssa lisää asukkaiden elämänlaatua. Pysin hyödyntämään tämän tutkimuksen edellä mainittuja johtopäätöksiä itsemääräämisoikeus-käsitteen avaamisessa itsemääräämisoikeussuunnitelmassa.

Saarnion (2009, 87-88) väitöstutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhusten laitoshoidossa vanhusten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta. Hän esittää tutkimustuloksistaan seuraavat kaksi päätelmää:

1. Fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä vanhusten laitoshoidossa, erityisesti yli 20 asiakaspaikkaa sisältävillä terveyskeskusten vuodeosastoilla.
2. Yleisin syy hoitajan käyttämälle vanhuksen liikkumisen fyysiselle rajoittamiselle on vanhuksen fyysinen turvallisuus.
3. Jos vanhus kokee olevansa turvaton epäsopivassa hoitoympäristössä, on hän pakotettu valitsemaan lukittautumisen omaan huoneeseensa.
4. Fyysisten rajoitteiden ja käytön toistuvuutta ja pysyvyyttä voidaan kuvata syklin avulla. Hoitaja voi kuitenkin katkaista tämän syklin valitsemalla vaihtoehtoisen toimintatavan fyysisten rajoitteiden käytön sijasta.
5. Lääkäri ja fysioterapeutti moniammatillisen ryhmän jäsenenä edistää vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä.

6. Hoitajat eivät miellä ylösnostettujen sängynlaitojen tai pöytälevyn avulla tapahtuvaa vanhuksen liikkumisen estämistä rajoittamistoimenpiteeksi.
7. Hoitohenkilöstö käyttää vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen sekä suoria että epäsuoria menetelmiä. Suoria menetelmiä ovat esimerkiksi vyökiinnitykset ja hoitajan voiman käyttö. Epäsuoria menetelmiä ovat vanhuksen liikkumisvälineen poistaminen tai liikkumisen rajoittaminen. Näiden menetelmien käyttö voi olla tiedostamatonta.
8. Omaiset osallistuvat vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen sekä suorasti että epäsuorasti. Osallistuminen on liian aktiivista, sillä rajoitteiden tulisi perustua vanhuksen toimintakyvyn ja kaatumisriskin perusteelliseen arviointiin.
9. Moniammatillisen työryhmän tekemä päätös fyysisten rajoitteiden käytöstä lisää sekä kirjaamis- että keskusteluaktiivisuutta työyhteisössä.
10. Vaikka fyysisten rajoitteiden käyttö lisäisikin vanhuksen ja omaisen turvallisuuden tunnetta, kokee hoitaja sen käyttöä ristiriitaisena, mutta välttämättömänä toimenpiteenä vanhusten hoitotyössä.
11. Vanhus selviytyy sisukkuutensa ansiosta fyysisten rajoitteiden käytöstä. Hoitajan selviytymiskeino on puolustautuminen.
12. Fyysisten rajoitteiden käyttö altistaa vanhuksen sekä fyysiselle että psyykkiselle kaltoinkohtelulle.

Saarnion tutkimustuloksista löysin itsemääräämissuunnitelmaan rajoitteiden käytön esiin nostamisen siten, että hoitajat tulisivat niistä tietoiseksi omassa käytännön työssään. Näkökulma rajoitteiden käytössä on se, että kaikkia muita keinoja tulisi kokeilla ensin, ennen kuin fyysisiin rajoituksiin joudutaan turvautumaan. Kehittämishankkeessa kyselyn tuloksena oli kaikilta esimiehiltä toive selkeästä ja kattavasta itsemääräämisoikeussuunnitelmasta. Suunnitelman toivottiin olevan käytännön työkalu työyhteisön käyttöön, joka ei kuitenkaan olisi liian pikkutarkka. Kyselyyn vastanneita esimiehiä mietitytti paljon erilaiset rajoittamistoimenpiteet ja työyhteisöissä pohdittiin, mitkä asiat miellettiin itsemääräämisen rajoituksiksi. Lakia haluttiin silti noudattaa. Eräs vastaajista halusi ottaa huomioon muistisairaana itsemääräämisoikeuden. Nämä asiat halusin huomioida myös itsemääräämisoikeussuunnitelmassa.

Itsemääräämisoikeussuunnitelman ensimmäinen luku alkoi tiiviinä osiona *itsemääräämisoikeuteen liittyvistä asioista*. Hain lisätietoa löytämistäni itsemääräämisoikeussuunnitelmista, tietoperustasta, valmisteilla olevasta itsemääräämislaista ja Muistiliiton hyvän

hoidon kriteeristöstä. Peilasin tekstiä myös lukemieni erilaisiin itsemääräämisoikeussuunnitelmiin, väitöskirjojen tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tämän jälkeen kokosin osioon *lähi- ja sairaanhoitajien eettiset periaatteiden* kohdat: ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, vastuullisuus ja yhteisöllisyys. Eettiset ohjeet luovat pohjaa hoitotyön arvomaailmaan ja käytännön hoitotyöhön.

Seuraavana osiona on lyhyt kappale *ilmoitusvelvollisuudesta*, joka liittyy sosiaalihuoltolain pykälään 48. Säännöksen mukaan sosiaalihuollon henkilöstöön kuuluvan tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan henkilön on toimittava siten, että asiakkaalle annettavat sosiaalipalvelut toteutetaan laadukkaasti. Coronaria Hoivalla on ilmoitusvelvollisuusohjeistus liitetty omavalvontasuunnitelmaan, joten tämä kappale oli lähinnä informatiivinen.

Kohdassa *palvelujen suunnittelu* käydään tiivistetysti läpi asukkaan oikeudet sosiaalihuollon asiakkaana. Luku *rajoitteiden käyttö* on jaettu seitsemään alalukuun. Sekä tämän kehittämishankkeen kyselyn vastauksissa että tietoperustassa olevissa tutkimuksissa todettiin, että henkilökunta ei välttämättä tunnista käyttävänsä rajoittamistoimenpiteitä päivittäisessä hoitotyössä. Päätin nostaa lakiehdotuksessa näistä asioista mainittuja kohtia tähän lukuun. Ne ovat: liikkumisen rajoittaminen ja liikkumista rajoittavien turvallisuusvälineiden käyttö, lyhytaikainen erillään pitäminen, ovien lukitseminen, kiinnipitäminen, putoamista estävien välineiden käyttö, rajoittavien välineiden tai asusteiden käyttö vakavissa vaaratilanteissa sekä kemiallinen, psyykinen ja lääketieteellinen rajoittaminen. *Ilmoittaminen rajoitteiden käytöstä sekä rajoittamismenetelmien valvonta ja kirjaaminen* ovat suunnitelman lopussa. Saamieni palautteiden mukaan viimeiseksi luvuksi muodostui itsemääräämisoikeussuunnitelman lähdeluettelo.

Itsemääräämisoikeussuunnitelman liitteeksi muotoilin yksikkökohtaisen itsemääräämisoikeussuunnitelman pohjan, johon hoivakoti kirjaa lyhyesti omat sovitut käytännöt. Jos palveluesimies haluaa, hän voi tämän liitteen liittää myös yksikön omavalvontasuunnitelmaan. Itsemääräämissuunnitelma on yksisivuinen ja se on jaettu kolmeen eri kokonaisuuteen: yksikön toimintakulttuuri, asukkaan itsemääräämisoikeuden edistäminen sekä yksikössä käytössä olevat rajoittamistoimenpiteet ja niiden arviointi. Jokaiseen kokonaisuuteen liitin suunnitelman alkuun liittyvään lukuun sopivan otsakkeen numeron ja lyhyen ohjeistuksen kohdan täytöstä. Kansilehteen lisäsin vielä päivämäärän, jotta jatkossa viimeisin tarkastettu versio olisi kaikkien käytössä.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Itsemääräämisoikeussuunnitelman arviointi

Itsemääräämisoikeus ja sen myötä itsemääräämisoikeussuunnitelma on minulle hyvin ajankohtainen ja tärkeä aihe. Työyhteisössäni asia oli ajoittain puhuttanut paljon ja samalla tulin tietoiseksi siitä, että tämä asia ei ole täysin minun hallussa ja työntekijöiltä puuttuivat käytännön työkalut asian käsittelyyn. Koin, että pelkkä keskustelu ei enää riittänyt, vaan asialle tuli tehdä jotain. Coronaria Hoiva myönsi luvan suunnitella sekä toteuttaa tämän kehittämishankkeen.

Aikaisempia tutkimuksia vanhusten itsemääräämisoikeudesta sekä rajoittamistoimenpiteistä oli jonkin verran. Alan kirjallisuutta löytyi myös hyvin, ja valmisteilla olevan itsemääräämisoikeuslain laki antoi eräänlaisia suuntaviivoja suunnitella esimiesten kyselylomaketta. Tutustuin myös erilaisiin itsemääräämisoikeussuunnitelmiin, mutta suurin osa niistä oli tehty vammaispalveluun.

Itsemääräämisoikeussuunnitelma pohjautui Coronaria Kotikylä hoivakotien esimiesten kyselyyn, tietoperustaan ja valmisteilla olevaan lakiin. Tavoitteena oli tehdä suunnitelmasta tarkoituksenmukainen ja käytännönläheinen Coronaria Kotikylä hoivakotien käyttöön. Sekä esimiehet että ohjausryhmä toivoivat suunnitelman olevan suhteellisen kattava, muttei kuitenkaan liian yksityiskohtainen. Päädyin suunnitelmaan, jossa oli ensin teoriaosuus ja lopussa liitteenä Coronaria Kotikylä hoivakoteihin muokattava itsemääräämisoikeussuunnitelma. Ohjausryhmä ja viisi satunnaista esimiestä antoivat palautetta lähinnä ulkoasusta ja suunnitelman liitteenä olevan yksikön täydennettävästä itsemääräämisoikeussuunnitelmasta. Itsemääräämisoikeussuunnitelman sisältöön oltiin muuten tyytyväisiä. Kolme muuta satunnaisesti valittua esimiestä testasi työyhteisössään kyselylomakkeen ennen sen lopullista versiota.

Esimiehet kertoivat, että itsemääräämisoikeuden toteutumista estivät lähinnä asukkaan muistisairaus. Muistisairas ei ymmärrä asioita, vaikka hänelle yritettäisiin selittää. Hoitajat joutuvat tekemään paljon asukkaiden puolesta. Seuraavina asioina mainittiin laitospaikkaus, hoitajan vallan käyttö ja aktiviteettien puute. Esille nousi myös hoitajamitoitus ja välilliset työt, joita esimerkiksi ovat siivous ja pyykinpesu. Itsemääräämisoikeussuunnitelmassa luvussa yksi käydään lyhyesti läpi itsemääräämiseen liittyviä asioita, jotka nousivat esiin sekä näistä vastauksista että tietoperustasta. Lähi- ja sairaanhoitajien eettiset periaatteet lisättiin suunnitelmaan, koska ammattiryhmien periaatteet toimivat eettisenä ohjeena hoitotyössä ja vaikuttavat näin omalta osaltaan hoivakotien toimintakulttuuriin.

Vastauksissa itsemääräämisoikeutta edistäviksi asioiksi lueteltiin turhien rajoitustoimenpiteiden välttäminen, ajan käyttö asukkaalle, kunnioittaminen ja asukkaiden toiveiden huomioiminen. Esimiehet mainitsivat, että säännöllinen keskustelu henkilöstön kanssa sekä koulutus aiheesta ovat tärkeitä rajoittamistoimenpiteitä vähentäviä keinoja. He myös mainitsivat, että hoitajien sitoutuneisuus voi lisätä asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista. Nämä edellä mainitut asiat sisältyvät yksikön toimintakulttuuriin. Esimiehellä on vastuu ja velvollisuus huolehtia, että näitä asioita pohditaan työyhteisössä yhdessä säännöllisesti. Niistä kannattaa itsemääräämisoikeussuunnitelmaan kirjata lyhyesti, koska se sitouttaa henkilöstöä varmasti paremmin tämän kulttuurin ylläpitämiseen.

Kyselyyn vastanneet esimiehet toivat esille sen, että henkilökunta ei aina ymmärrä asukkaiden oikeuksia ja itsemääräämisoikeuteen liittyy liian paljon tulkintaa tiedon sijasta. Eri-tyisesti niin sanotut rajatapaukset aiheuttavat eettisiä kysymyksiä ja epätietoisuutta. Esimiehet mainitsivat, että henkilökuntaa on tiedotettava asiasta ja kaikkien on sitouduttava suunnitelmaan. Vastauksissa kävi myös ilmi, että osa esimiehistä koki koulutuksen olevan myös itselleen tarpeellinen. Itsemääräämisoikeussuunnitelman luvussa 1 kerrotaan lyhyesti, mitä itsemääräämisoikeus tarkoittaa ja mitkä asiat ovat itsemääräämisoikeuteen puuttumista. Tämän luvun tarkoitus on lisätä tietoisuutta sekä ohjata käytännön hoitotyötä itsemääräämisoikeutta tukevaan hoitokulttuuriin.

Saarnio toteaa (2009, 76-77) tutkimustuloksissaan, että hänen tekemän kyselyn perusteella kaikki vastaajat (hoitajat) informoivat vanhukselle, mitä rajoittamistilanteessa tapahtuu. Kuitenkin laadullisten aineistojen tuloksista saattoi lukea, kuinka hoitajat kertoivat tilanteista, joissa puhumattomalle tai rajoittamista vastustavalle vanhukselle ei kerrota rajoittamisesta. Vastaavasti kyselyn perusteella yli 50% hoitajista ilmoitti aina kirjaavansa fyysisen rajoitteen käytön potilaan asiakirjoihin. Laadullisesta aineistosta johtopäätös oli, että kirjaaminen oli vaihtelevaa. Rajoittamista ei kirjattu ollenkaan tai kirjaaminen oli vaihtelevaa. Tutkijan olettamus oli, että hoitajat saattoivat vastata väittämiin ideaalitalanteen mukaan.

Esimiehet totesivat, että asukkaille kerrotaan rajoittamistoimenpiteistä. Poikkeuksena on asukkaan pitkälle edennyt dementia, jolloin asukas ei hahmota enää sanoja. Sairauden edetessä asukas unohtaa vastaajan mielestä sovitut asiat, mutta jokaisen uuden asukkaan kanssa käydään nämä asiat aina läpi. Muutama vastaaja nosti esiin tilannekohtaisuuden ja esimerkkinä oli ulkoilu pyörätuolissa, jolloin asukas sidottiin oman turvallisuuden takia.

Se, että rajoittamistoimenpiteistä kirjataan Coronaria Hoiva Kotikylissä, niin kirjaamisen laatua ja ajankohtaisuutta ei vastaajilta tiedusteltu kyselyssä sen tarkemmin. Näin ollen



potilaskirjaukset voivat olla osin vajavaiset tai tieto rajoittamisesta voi olla eri hoivakodeissa hajallaan. Potilastietojärjestelmiä mainittiin vastauksissa kaksi, DomaCare ja Effic. DomaCaressa ongelmana oli, ettei ohjelmassa ole selkeästi kohtaa asukkaalle itsemääräämisoikeuteen ja rajoittamistoimenpiteisiin liittyviin asioihin. Henkilöstön on myös vaikeaa seurata rajoitteiden toteutumista ja kirjaamista.

Kehittämishankkeena olevassa Itsemääräämissuunnitelmassa on osio rajoittamistoimenpiteistä sekä niiden seurannasta ja arvioinnista. Tämän luvun rakentaminen oli haasteellista, sillä esimerkkejä löytyi sekä aikaisemmista tutkimuksista että itsemääräämislakiluonnoksesta paljon. Samaan asiaan viittaavia tapauksia löytyi myös tutkimuksista vanhusten kaltoinkohtelusta. Osioista olisin saanut kaiken kattavan, mutta päätin rajauksesta ja näin ollen valitsin vanhusten hoivayksikössä yleisimmin käytössä olevat rajoitustoimenpiteet, jotka nousivat sekä tietoperustasta että aineistosta. Seurannan ja arvioinnin osuus vaihtelivat vastaajien hoivakodeissa. Ongelmaan halusin jonkinlaisen ratkaisun ja itsemääräämisoikeussuunnitelmassa osiossa kolme pyydetään kirjaamaan näistä lyhyesti. Koska asukkaiden tarve on yksilöllistä, voi olla haasteellista saada yhtenäistä ohjetta suunnitelmaan. Arviointia olisi kuitenkin hyvä tehdä säännöllisesti ja erityisesti asukkaalle näkökulmasta.

Saarnion (2009,81) yllättävänäkin tutkimustuloksena oli omaisten aktiivinen osallistuminen vanhuksen liikkumisen rajoittamiseen. Omaisen rajoittaminen saattoi olla suoraa eli hän itse käytti fyysisten rajoitteiden muotoja: nosti sängynlaidat ylös tai käytti pussilakanaa vanhuksen kiinnittämiseksi sänkyyn. Omaisen epäsuora rajoittaminen saattoi ilmetä omaisen pyytäessä tai jopa vaatiessa hoitajia käyttämään fyysisiä rajoitteita vanhuksen liikkumisen estämiseksi.

Esimiehet kertoivat, että Coronaria Kotikylä hoivakodeissa omaisia informoidaan rajoittamistoimenpiteistä. Usein rajoittamistoimet lähtevät myös omaisten aloitteesta. Päätöksen tekee kuitenkin aina lääkäri. Omaiset suhtautuvat rajoitustoimenpiteisiin positiivisesti, sillä kukaan ei halua omaisen kaatuvan ja loukkaantuvan. Joissain hoivakodissa pyydetään omaiselta kirjallinen lupa turvallisuuden ollessa uhattuna. Eräät omaiset ovat tuoneet asukkaalle esimerkiksi patjan vuoteen viereen, jos laitoja pidetään alhaalla.

Suunnitelman yhtenä tavoitteena oli osallistaa eli saada omaiset mukaan arviointiin. Samalla tavoitteena oli toiminnan näkyminen mahdollisimman avoimena hoivakodissa. Keskustelu asukkaalle toimintakyvystä ja rajoituksista tulee kirjata potilastietojärjestelmään, mutta suunnitelmassa olisi hyvä näkyä yleinen perusohjeistus, jolloin kaikkien asukkaiden kohdalla toteutuisi edes minimitalo.

Kaikki esimiehet olivat sitä mieltä, että itsemääräämisoikeussuunnitelmalle on selkeä tarve. Eräs esimies pohti, että pitäisikö hoivakotien noudattaa enemmän kunnan kuin Coronarian omaa ohjetta. Tässä suhteessa pohdinnan ymmärtää, koska Coronaria Hoivalla on useita erilaisia puitesopimuksia kuntien kanssa. Sopimuksen sisällössä voi olla maininta erilaisista käytännöistä, joita hoivakotien tulee noudattaa. Eräs esimiehistä pohti myös itsemääräämisoikeuden ja asukasturvallisuuden välistä suhdetta. Loppujen lopuksi itsemääräämisoikeus on pieniä asioita jokapäiväisessä arjessa, joihin asukkaan pitäisi saada vaikuttaa.

Itsemääräämisoikeussuunnitelman esitestaus ensin ohjausryhmän ja viiden satunnaisesti valitun esimiehen toimesta toi tärkeää tietoa käytännönläheisyydestä ja sain muutamia ehdotuksia sisällön luettavuuteen. Muutoksia tehdessäni en ollut aivan kaikista asioista samaa mieltä, vaikka toisaalta tavoittelin suunnitelman täyttämisen helppoutta tai ainakin matalaa kynnystä aloittaa suunnitelman kirjoittaminen omaan työyksikköön. Kolmen satunnaisesti valitun esimiehen tekemä itsemääräämisoikeussuunnitelman testaus käytännössä vahvisti kuitenkin muutosten oikeellisuuden. Suunnitelman täyttäminen vaatii varmasti paljon koko työyhteisöltä, sillä ymmärrys asiaan tulisi olla ensin kaikilla yhteneväinen. Siksi sille on annettava aikaa ja sitä onkin mielestäni hyvä täyttää vähän kerrallaan sopivin kokonaisuuksin.

Olen suhteellisen tyytyväinen valmiin itsemääräämisoikeussuunnitelman sisältöön. Mielestäni onnistuin ottamaan vastaajien toiveet huomioon. Kyselyn pohjautuessa tietoperustaan ja valmisteilla olevaan lakiin, sain mielestäni maltillisen kokonaisuuden suunnitelman kohdassa lueteltaviin rajoittamistoimenpiteet. Samoin omaisten osuuden näkymistä suunnitelmassa pidin tärkeänä. Tosin ensisijainen vaikuttaja näihin asioihin tulisi olla asukas itse. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää Coronaria Kotikylän hoivakotien itsemääräämisoikeutta tukevaa toimintakulttuuria. Pidin tämän asian kirkkaana mielessä, kun laadin suunnitelmaa. Halusin, että suunnitelman painopisteenä ja huomiona olisi mieluummin itsemääräämisoikeuden toteutumista edistävät tekijät kuin rajoittamistoimenpiteet aivan kuten Helsingin kaupungin vammaispalvelun IMO-käsikirjassa oli luettavissa. Esimiehet kokivat testatessaan työyhteisössä suunnitelmaa, että se on selkeä ja tuo toivottavasti osaltaan muutosta itsemääräämisoikeutta tukevaa toimintakulttuuriin.

## 6.2 Prosessin arviointi

Kehittämistyötä kuvataan usein prosessina eli toisiaan seuraavien vaiheiden kautta. Prosessin kautta tarkastelu auttaa toimimaan järjestelmällisesti ja ottamaan huomioon ne asiat, jotka kussakin vaiheessa olisi hyvä tehdä ennen siirtymistä seuraavaan vaiheeseen. Kokonaiskuvan saamiseksi on hyvä mallintaa kehittämistyön prosessi. Käytännössä

prosessi ei ole useinkaan selkeästi jaettavissa vaiheisiin ja vaiheiden eroa on vaikea nähdä. Usein prosessissa palataan taaksepäin ja edetään edestakaisin eri vaiheiden välillä, kunnes voidaan taas edetä. Kehittämishanke kohdentuu yleensä tavalla tai toisella työelämän kehittämiseen ja tarkoituksena on saada aikaan jonkinlainen muutos. (Ojasalo ym. 2014, 22-23.)

Tutkimuksen tulee noudattaa Vilkan mielestä (2005, 28) hyvän tieteellisen käytännön mukaan myös tutkimuksen avoimuutta ja kontrolloitavuutta. Käytännössä tämä merkitsee, että valmiissa tutkimustekstissä on ilmoitettava tutkimuksen rahoituslähteet, tutkimuksen sisältöä koskevien tietojen salassapitovelvollisuus ja vaitiovelvollisuus. Tutkittavien tai toimeksiantajan nimiä ei saa mainita tutkimustekstissä ilman asianomaisten lupaa.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli laatia Coronaria Kotikylä hoivakoteihin itsemääräämisoikeussuunnitelma ja tarkoituksena oli edistää Coronaria Kotikylän hoivakotien itsemääräämisoikeutta tukevaa toimintakulttuuria. Kehittämishankkeen aihe nousi omasta työyhteisöstä, mutta myös muissa hoivakodeissa oltiin saman ongelman äärellä. Aiheen tärkeys ja ajankohtaisuus nousi myös, kun mediassa keväällä 2019 tuli ilmi valtakunnallisesti yksityisten hoivalaitosten ongelmia muun muassa henkilöstön riittävyydestä, osaamisesta ja hoidon laadusta. Tätä kehittämishanketta kuvaavat käsitteet ovat itsemääräämisoikeus, asiakaslähtöisyys ja johtaminen.

Kehittämistoiminnassa tiedontuotannolla pyritään Toikon ja Rantasen (2009, 113-114) mukaan vastaamaan erilaisiin tehtäviin. Ensiksi kehittämistoiminnan tiedontuotanto perustuu usein organisaation johdon vaatimukseen. Toiseksi tiedon tuottamisella voidaan tavoitella toimijoiden omaa oppimista ja oman toiminnan kehittämistä. Kolmanneksi kehittämistoiminnan tiedonannolla on merkitystä itse kehittämishankkeelle. Neljänneksi tiedontuotannolla pyritään tukemaan kehittämistoiminnan tulosten siirrettävyyttä. Usein tällä tavalla pyritään tuottamaan pysyviä käytäntöjä, joita voidaan siirtää myös muihin organisaatioihin. Viidenneksi kehittämistuotantoa voidaan tarkastella osana julkisen hallinnon kehittämistä.

Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen haetaan siihen liittyvää tietoa. Sitä haetaan sekä käytännöstä että perehtymällä olemassa olevaan teoreettiseen ja muuhun kirjoitettuun tietoon. Koottu tieto käsitellään niin, että sille annetaan merkitys suhteessa kehittämishankkeeseen. Kehittämiskohteen taustaa tutkittaessa tekijältä vaaditaan kriittisyyttä luke- maansa ja kuulemaansa kohtaan sekä kyky tehdä valintoja ja yhdistellä asioita. Keskeistä on löytää näkökulma, josta katsoen tutkimuksellisessa kehittämistyössä edetään. Olemassa olevaa kirjoitettua tietoa, johon hankkeen suunnittelu ja turvaaminen nojautuu, käytetään terminä tietoperusta. (Ojasalo ym., 2014, 24-25.)

Esimiehille suunnatun kyselyn avulla halusin ensin saada vastaajilta tietoa nykytilasta, miten he tiedostivat yksikkönsä itsemääräämisoikeuteen liittyvä asiat ja siihen liittyvien rajoittamistoimenpiteiden toimeenpanon ja seuraamisen. Samalla minua kiinnosti, miten esimiehet pitävät yllä keskustelua aiheesta omassa työyhteisössään. Kysely perustui tietoperustaan ja itsemääräämisoikeuden lakiluonnokseen. Päätös muokata kyselylomake (liite 2) webropol-muotoon ja lähettää se sähköisesti vastaajille, johtui yksinkertaisesti siitä, että se oli nopea ja suhteellisen vaivaton aineiston keruumenetelmä. Esimiehille lähetetyssä saatekirjeessä kerrottiin vapaaehtoisuudesta, tutkimuksen tavoitteesta ja tarkoituksesta sekä aineiston käsittelystä ja vastaajien anonymiteetin varmistamisesta (liite 1). Kaikilla esimiehillä oli mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä aiheesta.

Menetelmiä valitessa on keskeisintä pohtia, millaista tietoa tarvitaan ja mihin tarkoitukseen sitä aiotaan käyttää. Kysely sopii tilanteeseen, jossa tutkittava aihealue tunnetaan jo hyvin, mutta halutaan varmistua sen paikkansa pitävyydestä. Kehittämistyössä kysely sopii usein hyvin esimerkiksi lähtötilanteen selvittämiseksi tai loppuvaiheessa kehittämistyössä saavutettujen tulosten arviointiin. Kysely voidaan tehdä monin tavoin, suosituin on sähköisen lomakkeen käyttö. Kyselyn tulee pohjautua tietoperustaan, jonka käsitteet muutetaan mitattaviksi muuttujiksi. Tulokset ilmaistaan yleensä erilaisina jakaumina ja tunnuslukuina. (Ojasalo, ym. 2014, 40-41.)

Olen aukaissut aineistonkeruun ja analysoinnin luvussa neljä. Prosessi eteni sykleittäin ja alkoi tietoperustaan tutustumisesta. Itsemääräämisoikeuteen liittyi paljon lähi- ja alakäsitteitä, joten ensin oli tehtävä selkeä raja-alue aiheesta. Koska lähestymistapana oli toimintatutkimus, halusin luoda kyselylomakkeen Coronaria Kotikylä hoivakotien esimiehille. Kysymykset perustuivat tietoperustan ja lomake lähetettiin sähköisesti webropol-muodossa vastaamisen helppouden vuoksi. Tiedonkeruun tavoite oli saada esimiesten mielipiteiden avulla itsemääräämisoikeussuunnitelmasta mahdollisimman käytännön läheinen. Jätin tietoisesti pois työyhteisön muut ammattiryhmät, koska johtamisen osaaminen ja sen avulla työyhteisön kehittäminen kuuluu osaksi esimiehen toimenkuvaa. Useissa tutkimuksissa käy tuloksissa selkeästi ilmi, että johtaja ja lähiesimies vaikuttavat toimintamallien kehittämisessä ja arvioinnissa työyhteisön toimintakulttuuriin. Tulokset julkaistiin määrällistä tutkimustapaa hyödyntäen.

Tutkimushankkeessa määritellään myös hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen tutkimustulosten omistajuutta koskevat kysymykset. Vilkka korostaa (2005, 29), että tutkimustulosten omistajuutta koskevassa kysymyksessä on muistettava, että tutkimuksen tekijät eivät välttämättä omista tutkimustuloksia. Nykypäivänä tutkimustulosten omistajaksi sovitaan kirjallisesti yhä useammin tutkimuksen osapuolina toimivat organisaatiot, yritykset,

yhteisöt tai instituutit, jotka ovat vain palkanneet tutkimuksen tekijät. Tässä kehittämissuunnitelmassa valmistunut itsemääräämisoikeussuunnitelma on vain Coronaria Hoiva Kotikylä hoivakotien käytössä ja tuotoksen omistajana Coronaria Hoiva ei halua sitä julkiseksi. Tässä työssä sain luvan aukaista suunnitelmaa ja sen sisältöä lyhyesti. Itse suunnitelmaa ei laiteta tämän raportin liitteeksi.

Toimintatutkimuksellinen näkökulma korostaa Toikon ja Rantasen (2009, 115) mukaan kehittämistoiminnan spiraalimaista etenemistä, jolloin tietoa käytetään toiminnan uudelleen suuntaamisesta. Havaintojen reflektoinnin kautta täsmennetään toiminnan tavoitteita ja toimintamuotoja. Osallistavassa toimintatutkimuksessa toimijat osallistuvat yhteisesti ja eteenpäin tiedontuotannon prosessiin.

Kehittämishanketta arvioi prosessin ajan ohjausryhmä, jonka kanssa yhteistyö toimi lähinnä sähköposteilla ja skype-keskusteluja käyden. Kyselylomakkeen arvioi ensin ohjausryhmä ja opinnäytetyön ohjaaja, esitestauksen teki viisi satunnaisesti valittua esimiestä ja heiltä sain sähköpostilla kommentit lomakkeesta. Kysely tehtiin webropolin avulla ja tämän jälkeen analysoinnin avulla laadittiin itsemääräämisoikeussuunnitelman ensimmäinen versio. Se lähetettiin sekä ohjausryhmälle että viidelle satunnaisesti valituille esimiehelle. Palautteiden jälkeen muokattu itsemääräämisoikeussuunnitelma lähetettiin vielä kolmelle satunnaisesti valituille esimiehelle, jotka testasivat sen käytännössä omassa työyksikössään. Tämän jälkeen ohjausryhmä vielä tarkasti suunnitelman ja se muokattiin Coronarian omaan ulkoasuun ja tallennettiin Sharepoint-ohjelmaan.

Prosessin eteneminen on ollut aika nopeatempoista tulosten julkaisemisen ja analysoinnin aikana, koska Coronaria Hoiva halusi suunnitelman kesään 2019 mennessä käyttöönsä. Ohjausryhmä on arvioinut prosessin edetessä suunnitelmaa suhteellisen määrätietoisella otteella ja olen kokenut luottamusta heidän taholtaan koko prosessin ajan. Yhteistyö ohjausryhmän kanssa ei ole ollut kuitenkaan kovin tiivistä, mutta olen saanut kysymyksiini aina ryhmän kommentit. Loppuarviointi ja viiden esimiehen sisällön esitestaus ja kommentit sekä tämän jälkeen kolmen esimiehen suunnitelman täyttämisen esitestaus mahdollistivat itsemääräämisoikeussuunnitelman valmistumisen sovitussa aikataulussa. Suurin osa Coronaria Hoivan esimiehistä tekevät sekä hallinnollista työtä että osallistuvat hoitotyöhön. Näin ollen he pahoittelivat, että kommentteihin ei pystynyt panostamaan, vaikka itse en vastauksista sitä huomannut. Sitoutuneisuus saattoi olla alhainen myös sen takia, että yhteydenpito tapahtui pääasiassa sähköpostin välityksellä. Silti palautteita sain esimiehiltä aina määräaikaan mennessä.

Loppuvaiheessa eli itsemääräämissuunnitelman täyttämisen esitestauksen arvioinnissa olisi ehkä voinut myös pyytää työntekijöiltä kommentteja. Se olisi ehkä voinut antaa

lisätietoa suunnitelman kirjoittamisesta ja käytännön toimivuudesta. Tein kuitenkin tietoisesti päätöksen jo kehittämishanketta suunniteltaessa, että rajaan tässä tehtävässä kyselyn ja arvioinnin ainoastaan hoivakotien esimiehiin.

### 6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskotavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012- 2014). Vilkan (2005, 25) mukaan raportin tekeminen liittyy tutkimuseetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Se voidaan soveltaa myös kehittämishankkeen prosessiin ja sisältää tutkimusprosessin ideointivaiheesta tutkimustuloksista tiedottamiseen. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkija noudattaa eettisesti oikeita ja tarkoituksenmukaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Käytännössä tämä merkitsee, että tutkija käyttää tutkimuksessaan sellaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka on hyväksytty tiedeyhteisössä. Tiedonhankinnassa hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkija perustaa tiedonhankintansa oman alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen, muihin asianmukaisiin tietolähteisiin (esim. ammattikirjallisuus), havaintoihin ja oman tutkimuksensa analysointiin.

Kehittämishanke nousi selkeästi sekä omasta työyhteisöstä että esimiehenä kokemastani kehittämisen tarpeesta. Toimin sekä tämän kehittämishankkeen aikana että edelleen Coronaria Kotikylä Lepolankadun hoivakodissa palveluesimiehenä. Tämä kehittämishanke liittyy Coronaria Hoiva Kotikylien hoivakoteihin ja niiden toimintakulttuurin kehittämiseen. Sama haaste oli myös muissa hoivakodeissa palveluesimiesten kertomana. Kävin tehtävän suunnitteluvaiheessa keskustelua esimieheni kanssa, jolloin päädyimme sopimaan ohjausryhmän kokoonpanosta (palvelujohtaja ja palvelupäällikkö).

Tutkimus on Vilkan (2005, 27) mukaan suunniteltava, toteutettava ja raportoitava laadukkaasti. Tutkimussuunnitelman huolellinen valmistaminen kuuluu siten myös hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tutkimussuunnitelma ja tutkimus on myös tehtävä siten, että lukijan on pystyttävä seuraamaan tutkimussuunnitelmassa ja tutkimuksessa olevaa kuvausta tai ymmärrettävä sen sisältö. Tutkimussuunnitelman ja tutkimuksen ymmärtäminen edellyttävät, että tutkija on kirjoittanut suunnitelman ja tutkimuksen tarkasti, täsmällisesti ja rehellisesti.

Tutkimussuunnitelma tehtiin Lahden ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäyteohjeen mukaisesti. Kehittämishankkeelle ei tarvinnut hakea toimeksiantajalta tutkimuslupaa, vaan allekirjoitin esimieheni kanssa opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen. Samalla Coronaria Hoiva edellytti, että itsemääräämisoikeussuunnitelman

sisällöstä saa kertoa tässä raportissa vain oleelliset asiat, mutta itse suunnitelma on ainoastaan Coronaria Hoivan työntekijöiden nähtävissä. Kehittämishankkeen edetessä olen pyrkinyt ottamaan organisaation ja esimiesten odotukset ja toiveet huomioon.

Tutkija osoittaa Vilkan (2005, 25) mukaan tehdyllä tutkimuksellaan sekä tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan että tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimustulosten tulee myös täyttää tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset. Tutkimuksen on siten tuotettava uutta tietoa tai esitettävä, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää tai yhdistellä uudella tavalla. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös, että tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä. Hyvä tieteellinen käytäntö myös edellyttää, että tutkijan on toimittava vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijan tulee kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Toisten tutkijoiden saavutusten ottaminen huomioon osoitetaan tarkoin lähdeviitein tekstissä sekä esittämällä omat ja toisten tutkijoiden tulokset oikeassa valossa. Tämän tutkimuksen raportoinnissa on hyödynnetty sekä Hirsjärvi ym. (2007) ohjeita lähdeviitteiden merkitsemisessä että raportin lähdeluettelon laadinnassa ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan sekä Arenen (ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto) ohjeistusta.

Arenen (2018, 4) eettisten suositusten mukaan opinnäytetyön tekijän (yamk) on hallittava hyvä tieteellinen käytäntö, tieteelliseen käytäntöön liittyvät tutkijan vastuut sekä hyvän tieteellisen käytännön loukkausten tunnusmerkit. Opinnäytetyön tekijän tulee myös tiedostaa oman tieteenalan eettiset normit ja käytännöt. Hyvässä tutkimusraportissa tutkija arvioi Heikkilän (2008, 187-188) mukaan koko tutkimuksen luotettavuutta käytettävissä olevien tietojen perusteella. Tilasto-ohjelma ei anna tietoa siitä, kuinka hyvin kysymysten avulla saatiin selvitettyä tutkittavaa asia, vaan nämä arviot on tutkijan tehtävä itse.

Tutkimuksessa pyritään (Hirsjärvi & Kumpp. 2007, 226) välttämään virheiden syntymistä ja tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten luotettavuutta. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius (pätevyys). Määrällisessä tutkimuksessa Toikon ja Rantasen (2009, 121) mukaan luotettavuutta on perinteisesti lähestytty reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa kuitenkin ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvät tiedot tulee olla hyödyllisiä.

Kehittämishankkeen aikataulu piti osittain. Tietoperustan aineistonkeruu, sen tarkastelua ja keskustelua tulosten kanssa tapahtui koko tämän prosessin ajan. Esimiesten kyselylomakkeen sisällön suunnitteluun jäi kuitenkin varsin lyhyt aika, sillä organisaatiossa tulossa

olevat yllättävät suunnitelmat vaikuttivat aikataulun muuttumiseen. Näin ollen esimerkiksi avoimet kysymykset (13-21) olisi ollut hyvä muotoilla niin, että kvantitatiivinen analysointi olisi voinut olla laadullisempaa.

Aineiston analyysissä oli aluksi vaikeuksia. Aineiston analyysia tehdessäni peilasin sitä tietoperustaan, josta etsin mahdollisia yhteneväisyyksiä, vaikka vastaajien määrä tässä kehittämishankkeessa olikin pieni. Tutkimuksen ollessa määrällinen, avoimet vastaukset (kysymykset 13-21) tuottivat mittaamisessa ongelman. Yritin ensin analysoida vastauksia soveltamalla sisällön analyysiä, jota käytetään laadullisessa tutkimuksessa. Koska tulos ei ollut tyydyttävä, lähdin hakemaan lisää tietoa määrällisen tutkimuksen analyysioppaista. Päädyin analyysissä etsimään samaa tarkoittavia lauseita tai sanoja ja tiivistää niitä tehden niistä samalla jonkinlaisia päätelmiä. Vastaajien määrä tässä toimintatutkimuksessa on pieni, joten yleistyksiä asioihin ei voi tehdä. Löysin kuitenkin vastauksista joitain yhtäläisyyksiä tietoperustaan.

Tässä raportissa käytetyt muilta tutkijoilta lainatut tekstit tutkimuksista sekä kirjallisuudesta on merkitty eettisen ohjeistuksen mukaisesti. Myös kuvioissa on käytetty samaa ohjeistusta. Lähdeluetteloon on myös merkitty saatavissa olevien lähteiden mahdollinen netti-osoite. Aineiston analysointi on kerrottu luvussa 4.3 ja pyritty kertomaan lukijalle mahdollisimman ymmärrettäväksi. Analysointiin on käytetty määrällisen tutkimuksen menetelmiä, joka on lisännyt tulosten luotettavuutta. Kvantitatiivisessa aineistossa käytettiin tarkoituksenmukaisinta analyysimenetelmää, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan mittaamassa.

Kehittämistoiminnassa luotettavuuteen liittyy Toikon ja Rantalaisen (2009, 123) mukaan ongelmallisuuksia. Sosiaalisten prosessien toistettavuuden vaatimus on vaikeaa. Samanlaisen ryhmäprosessin aikaansaaminen uudella ryhmällä ei ole itsestään selvää, vaikka ryhmän tehtävänanto pysyy samanlaisena. Toisena luotettavuutta vähentävänä asiana voi olla kyselylomakkeet, jotka usein joudutaan laatimaan nopeasti, jolloin mittarin pätevyys asettuu koetukselle. Tällöin voidaan puhua validiteettiin kohdistuvista ongelmista. Mittarin yhteys niitä ohjaaviin käsitteisiin voi jäädä varsin epäselväksi. Kolmanneksi Toikon ja Rantalaisen mukaan (2009, 123) kehittämistoiminnan aineistot voivat muodostua liian suppeiksi. Tästä voi seurata toistettavuuteen liittyvä ongelma.

Tämän kehittämishankkeen luotettavuutta voi vähentää pieni vastaajien määrä sekä kyselylomakkeen suunnitteluun käytetty aikarajoite. Tämä aiheutti sen, että osa kysymyksiä muotoilusta jäi hieman keskeneräiseksi analyysia ajatellen. Analysointitulokset saattavat olla joissain suhteessa suppeita, mutta yhtäläisyyksiä teoriaperustaan oli useita. Esimerkiksi rajoittamistoimenpiteiden käytäntö sekä henkilöstön tiedostamattomuus niiden todellisesta käytöstä tukee tätä väitettä.



Kehittämistoiminnan näkökulmasta voidaan myös liittää kysymys toimijoiden sitoutumisesta. Kehittämistoiminta on usein luonteeltaan sosiaalinen prosessi. Toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa aineistojen, metodin ja tutkimuksen luotettavuuteen. Jokainen kehittämisprosessi on ainutkertainen. Muualla kehitettyä on vaikea istuttaa erilaiseen toimintaympäristöön. Kehittämistoiminnan tuotokset ja tuotokset ovat tässä mielessä kontekstisidonnaisia. (Toikko & Rantanen 2009, 125-126.)

Tässä kehittämistehtävässä vastaajina olevien esimiesten sitoutuneisuus saattoi olla alhainen johtuen ehkä siitä, että yhteydenpito käytiin pääasiassa sähköpostin välityksellä. Tämä johtui yksinomaan siitä, että Kotikylän hoivakoteja on aivan ympäri Suomea hajallaan, joten kasvotusten keskustelu olisi ollut vaikeaa käytännössä toteuttaa. Kyselyn aikana kahdeksan esimiestä oli lomalla, joten vastaajien määrä jäi senkin takia pieneksi. Suurin osa Kotikylän hoivakodin esimiehistä jakaa työajastaan puolet myös käytännön hoitotyön tehtäviin, mikä saattoi osaltan vastaajien aktiivisuuteen.

Ohjausryhmän kanssa keskusteltiin sekä sähköpostin avulla että kaksi kertaa Skypeä hyödyntäen. Sekä ohjausryhmän että esimiesten kommentit ja esitestauksen arvioinnit palautui määräaikaan mennessä itselleni. Tämä vastaavasti toi sen vahvistuksen, että saisin itsemääräämisoikeussuunnitelman valmiiksi ennen kesää. Varmistuksen asiaan toi kolmen satunnaisesti valitun esimiehen käytännön testaus omassa työyhteisössään yhdessä henkilöstön kanssa sekä nopea palaute itsemääräämissuunnitelman toimivuudesta.

Olen pyrkinyt tässä kehittämishankkeessa noudattamaan hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita. Olen pyrkinyt myös raportoimaan tarkkaan kehittämishankkeen etenemisen vaihe vaiheelta. Tulokset olen pyrkinyt esittämään selkeästi ja ymmärrettävästi. Kehittämishankkeen tavoitteena oli laatia Coronaria Kotikylän hoivakodeille kirjallinen itsemääräämisoikeussuunnitelma ja sen koki sekä ohjausryhmä että viisi satunnaisesti valittua esimiestä käyttökelpoiseksi. Myös kolme esimiestä, jotka esitestasivat suunnitelmaa työyhteisössä, tulivat samaan lopputulokseen.

#### 6.4 Jatkokehittämishaasteet

Miettisen (2016) opinnäytetyön johtopäätöksissä todetaan, että yleinen itsemääräämisoikeussuunnitelma toimii ohjeena ja se on työmenetelmiä yhtenäistävä työkalu työntekijöille. Suunnitelmassa kuvattiin keinoja, joiden avulla tuetaan itsemääräämisoikeuden vahvistamista sekä menettelytapoja, joiden avulla ylläpidetään itsemääräämiskykyä ja vähennetään rajoittamistoimenpiteiden käyttöä (Miettinen, 2016, 36-37.) Tutustuin myös Saarnion väitöstutkimuksen (2009, 87-88) päätelmien 12 kohtaan, joissa muun muassa hoitajien

epätietoisuus ja tieto rajoitteiden käytöistä on vaihtelevaa. Hoitaja ei siis välttämättä tiedosta epäsuoria rajoittamistoimenpiteitä.

Tässä kehittämishankkeena valmistunut itsemääräämisoikeussuunnitelman on tarkoitus olla työväline hoivakotien arjessa. Samalla on tärkeää huomioida, että suunnitelma tulee osaksi uuden työntekijän perehdytystä. Näin varmistetaan asiasta tietoisuus ja osaaminen asiakaslähtöisessä hoitotyössä. Esimiehellä on vastuu ja velvollisuus huolehtia, että ilma-  
piiri työyhteisössä on rakentava ja keskustelevala, sillä tutkimusten mukaan se edistää oppimisprosesseja. (Viitala 2002; Hyrkäs, 2009).

Räsänen (2011, 181-183) toteaa väitöskirjassaan, että jos halutaan toiminnan muutosta, on johtamista uudistettava. Johdon tulee tukea ja edellyttää hoitokulttuurin muutosta. Tämä mahdollistuu, kun toteutetaan laadun, talouden ja henkilöstön hyvä johtaminen. Räsänen mainitsee tutkimustuloksissaan gerontologisen johtamisen tärkeyden, koska sen näkökulmasta ylin tavoite on asiakkaan elämänlaadun tukeminen. Hän luettelee neljä gerontologisen johtamisen osa-aluetta:

1. Asiakaskeskeinen johtaminen. Kaikki toiminta lähtee asiakkaan tarpeista ja on ikääntyneen asiakkaan hyväksi.
2. Arvokeskeinen johtaminen. Johtamisen missio on asiakkaan elämänlaatu.
3. Hoivalähtöinen johtaminen. Johtamistyötä ohjaa gerontologinen asenne, jonka avulla johtaja tukee henkilöstön gerontologista asennetta ja osaamista. Hoivatyö keskittyy oleelliseen perustehtävään asiakkaiden hyväksi.
4. Toiminta- ja laatulähtöinen johtaminen. Johtaja on toiminnan keskellä, josta hän kykenee seuraamaan ja arvioimaan perustehtävän toteutumista. Laatua tarkastellaan konkreettisin keinoin ja tarvittaessa käytännön toimenpiteisiin puututaan. Johtaja tukee omalla esimerkillään vanhuksen psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua ja edellyttää sitä myös muilta.

Esimiesten kyselyssä nousi esille koulutuksen tarve sekä esimiehille että koko henkilöstölle. Aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa nousi myös hoitajien geriatrisen hoitotyön osaamisen huomioiminen. Coronaria Hoiva käyttää koulutuksissaan paljon Skholen oppimisympäristöä. Tätä verkko-opiskelun mahdollisuutta on mielestäni hyvä tarjota edelleen henkilöstölle. Hoivakodeissa asiakaslähtöisyyden ymmärtäminen sisältää eettiset periaatteet, joten arvokeskustelun ylläpitäminen ja koulutus tähänkin aiheeseen on tärkeää ottaa huomioon. Verkkokoulutus on suhteellisen vaivaton tapa kouluttaa, sillä Skholen työympäristö on käyttäjäystävällinen ja siten yksinkertainen ja selkeä. Esimiesten gerontologisen johtamisen koulutukset ylläpitävät myös laadukasta hoitokulttuuria.

Esimiehille on tärkeää saada johdon tuki arjen esimiestyöhön. Siksi tämän itsemääräämisoikeussuunnitelman avulla voitaisiin Coronaria Hoivassa säännöllisesti keskustella sen toimivuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta sekä siitä, kuinka tämä asia linkittyy

organisaation strategiaan. Esimiehet kokoontuvat kaksi kertaa vuodessa yhteisille esimiespäiville, joten näkisin sen yhdeksi hyväksi foorumiksi tiedon ja kokemuksen vaihtoon. Samalla esimiehet saisivat vertaistukea toisiltaan.

Esitän Coronaria Hoivalle, että itsemääräämissuunnitelma luotaisiin DomaCaren potilastietojärjestelmään asukaskohtaisesti. Mielestäni hoitajien tulisi saada tästä konkreettinen työkalu hoitotyöhön. Suurin osa hoivakoteja käyttää kirjaamiseen älypuhelimia. Toisin sanoen tieto olisi työntekijälle nopeasti saatavissa. Tällä hetkellä ongelmana on vain se, että DomaCare potilastietojärjestelmässä ei ole kohtaa tai paikkaa, mihin näistä asioista voisi kirjata tai asiaa seurata. Tällä hetkellä asia ”hukkuu” päivittäiseen kirjaamiseen, sillä kirjaaminen saattaa olla sirpaleista eli siitä merkitään useaan eri kohtaan.

Sekä tämän kehittämishankkeen vastauksissa että aikaisemmissa tutkimuksissa tuloksena oli se, että rajoittamistoimenpiteiden seuraamista ei juurikaan ole tai rajoittamistoimenpiteistä ei juurikaan kirjata. Yhtenä syynä voi olla se, että tietojärjestelmät eivät vastaa kirjaamisen tarpeeseen. Koska rajoittamistoimenpiteet ovat aina tilannekohtaisia, ei voi olettaa että hoitajat ulkoa muistaisivat jokaisen rajoittamispäätöksen määräajan pituuden. DomaCarea, jota suurin osa Coronaria Kotikylä hoivakodit käyttävät, tulisi tältä osin kehittää yhdessä käyttäjien kanssa.

Tätä valmistunutta itsemääräämisoikeussuunnitelmaa tulee jatkossa päivittää. Päivitys olisi tarpeen vähintään kerran vuodessa ja silloin, kun lakiin tai suosituksiin tulee muutoksia. Coronaria Hoivan organisaatiossa on sovittava, kuka sen tekee ja ajankohta tulisi merkitä esimiesten vuosikelloon. Pitäisin hyvänä myös työryhmän perustamisen, joka ylläpitäisi Coronaria Hoivassa keskustelua itsemääräämisoikeuksista ja siihen liittyvästä asiakaslähtöisyydestä.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 2001. Toimintatutkimus yhteisenä oppimisprosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä: Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Ateena Kustannus, 11-24.

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos. Akateeminen väitöskirja [viitattu: 23.4. 2019]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66485/978-951-44-7740-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ARENE. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n TKI-valiokunnan suositus ammattikorkeakouluille eettisestä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesta opinnäytetyöprosessista [viitattu: 11.5. 2019]. Saatavissa: [http://www.arena.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arena\\_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?\\_t=1526903222](http://www.arena.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arena_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222)

Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita, 16/2018 [viitattu 10.2. 2019]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3927-1>

Coronaria Oy. 2018. Kotikylä konsepti [viitattu 7.5. 2018]. Saatavissa: [www.coronaria.fi/coronaria-kotikyla-hoivakodit-ikaihmisille/](http://www.coronaria.fi/coronaria-kotikyla-hoivakodit-ikaihmisille/)

Donnelly, S., Begley, E., O'Brien, M. 2018. How are people with dementia involved in care-planning and decision-making. An Irish social work perspective. *Dementia. Sage journals*. 17 (1), pp.1-19.

ETENE 2008. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Vanhuus ja hoidon etiikka. Raportti ETENE-julkaisuja 20 [viitattu 23.5. 2019]. Saatavissa: <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>

Hakkarainen, K. & Kalenius, P. 2012. "Ei oo mitään pakko, ei ollenkaan". Vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutuminen tehostetussa palveluasumisessa. Tampere. Tampereen ammattikorkeakoulu. AMK-opinnäytetyö [viitattu: 27.3. 2019]. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45644/Hakkarainen\\_Katja\\_Kalenius\\_Pirjo.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45644/Hakkarainen_Katja_Kalenius_Pirjo.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Heikkinen, H., Huttunen, H. & Moilanen, P. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. Atena kustannus, 25-62.

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 214-229.

Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa: Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Tampereen yliopisto, Johtamistieteen laitos. Akateeminen väitöskirja [viitattu: 3.3.2019]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66430/978-951-44-7596-2.pdf?sequence=1>

Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteellinen tiedekunta. Acta universitatis. Lappeenrantaensis. 338 [viitattu: 10.5. 2019]. Saatavissa: <http://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/43678/isbn9789522147172.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016.

IMO-käsikirja. Itsemääräämisoikeuden ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen ja rajoitustoimenpiteet. Vammaistyö. 11/2017 [viitattu 7.3. 2019]. Saatavissa: <https://www.hel.fi/static/sote/vamty/kasikirjat/imo-kasikirja-2017.pdf>

Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen Päijät-Hämeen ja Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012. Etelä-Suomen aluehallintovirasto. 27/2013 Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja [viitattu: 24.4. 2019]. Saatavissa: <https://www.avi.fi/documents/10191/149165/Itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4misoikeuden+rajoittaminen+P%C3%A4ij%C3%A4t-H%C3%A4meen+ja+Kymenlaakson+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+2012/ea4ea757-6069-4c69-a0bb-f77e608ebd09>

Jutila, T. 2013. Vanhuslähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen. Sisällönanalyysi gerontologisen hoitotyön oppikirjoista. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu.

Juuso-Pulkkinen, E. 2015. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen kotona asuvien vanhusten palvelutarpeen arvioinneissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu.

Juuti, P. 2009. Henkilöstöjohtamisen arvot, eettisyys ja vastuullisuus. Teoksessa Helsilä, M., Salojärvi, S. (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki. Talentum, 355- 375.

Järnström, S. 2011. En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja [viitattu: 28.4. 2019]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Järvinen, A, Koivisto, T. & Poikela, E. 2002. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Helsinki. WSOY.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä?. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 185/2014.

Karvonen-Kälkäjä, A. 2012. Unohtuuko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta. Vanhustyön keskusliiton tutkimuksia 1:2012. Sastamala 2012. Vammalan Kirjapaino Oy, 296-297.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja [viitattu: 10.5. 2019]. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1068-3/urn\\_isbn\\_978-951-27-1068-3.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1068-3/urn_isbn_978-951-27-1068-3.pdf)

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. Atena Kustannus, 63-84.

Klemola, A. 2006. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos [viitattu: 25.4. 2019].

Akateeminen väitöskirja. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-27-0508-7/urn\\_isbn\\_951-27-0508-7.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0508-7/urn_isbn_951-27-0508-7.pdf)

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6 [viitattu: 15.8. 2019]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 [viitattu: 15.8. 2019]. Saatavissa: [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992 [viitattu 10.5. 2018]. Saatavissa: [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785)

Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812 [viitattu: 10.5. 2019]. Saatavissa: [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812)

Lammintakanen, J. 2015. Henkilöstö voimavarana – osaaminen johtamisen haasteena. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen, 2. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy, 237-258.

Launis V. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2010;47,136–139.

Miettinen, T. 2016. Yleisen Itsemääräämisoikeussuunnitelman laatiminen vanhusten asumisyksikölle. Mikkeli. Mikkelin ammattikorkeakoulu. AMK-opinnäytetyö [viitattu: 11.5. 2019]. Saatavissa:

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/107801/Miettinen\\_Tarja.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/107801/Miettinen_Tarja.pdf?sequence=1)

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2013. Ennakoiva ikääntyminen – vanhuuteen varautumisen keinot. Helsinki. Alma Talent Oy.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A., Karvonen-Kälkjä, Anja. 2017. Vanhuusoikeuden perusteet. Helsinki. Alma Talent Oy.

Nedlund, A., Larsson, A. 2016. To protect and to support: How citizenship and self-determination are legally constructed and managed in practice for people living with dementia in Sweden. Dementia. Sage journals. 15(3), pp. 343-357.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Potilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavien toimenpiteiden käyttö Oulun kaupunginsairaalassa sekä ikäihmisten laitoshoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Ohje hoitotyöntekijöille rajoitteiden käytöstä ja kirjaamisesta. 12.6. 2017 [viitattu 7.3. 2019]. Saatavissa:

<https://www.ouka.fi/documents/247408/12006249/Potilaan+itsem%C3%A4%C3%A4r%C3%A4misoikeuden+rajoittaminen.pdf/62281261-e914-4707-8255-c733c23a9999>

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä. PS-kustannus.

Riedl, M., Mantovan, F., Them, C. 2013. Being a nursing home resident: A challenge to one's Identity. Nursing Research and Practice, pp. 1-9.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja [viitattu: 1.5. 2019]. Juvenes Print. Tampere. Saatavissa: <https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/61722>

Räsänen, R., Valvanne, J. 2017. Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista - tavoitteeksi asiakkaan hyvä elämänlaatu. Teoksessa Kulmala, J. (toim.). Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä. PS-Kustannus, 20-42.

Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF -dokumentti [viitattu: 22.3. 2019]. Saatavissa: <http://hercules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088>

Salojärvi, S. 2009. Henkilöstö suunnittelu, rekrytointi ja valinnat. Teoksessa Helsilä, M., Salojärvi, S. (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki. Talentum, 143-172.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijalle, opettajalle ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72 [viitattu 30.3. 2019]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sipiläinen, H. 2016. Hoitohenkilökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti [viitattu:21.3. 2019]. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2132-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-2132-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2132-1/urn_isbn_978-952-61-2132-1.pdf)

Sosiaali- ja terveydenhuollon itsemääräämisoikeus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita, 27/2018 [viitattu: 10.5. 2019].



Saatavissa:

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160961/STM\\_R\\_27\\_Asiak\\_itsema\\_araamisoikeus\\_sos\\_terv\\_huollossa.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160961/STM_R_27_Asiak_itsema_araamisoikeus_sos_terv_huollossa.pdf)

Sydänmaalakka, P. 2012. Älykäs organisaatio. Vantaa. Talentum Media Oy.

Teittinen, P. 2018. Potilaiden oikeusturvaa parantava laki ei menekään tällä hallituskaudella läpi. Helsingin Sanomat 12.10. 2018 [viitattu 23.4. 2019].

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere:

Tampereen Yliopistopaino Oy [viitattu: 26.4. 2019]. Saatavissa:

[http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_k\\_ehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_k_ehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., Suhonen, R. 2016. Older people's experiences of their free will in nursing homes. Nursing Ethics. Sage journals. 23(1), pp. 22–35.

Tuominen, S. 2006. Ei täällä paljon kuunnella ihmistä. Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu [viitattu: 26.4.2019]. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93738/gradu01274.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö [viitattu 28.2. 2017]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 103-127.

Valli, R. 2010. Vastaaja asettaa tulkinnalle haasteita. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy, 236-250.

Valvira 2013. Sosiaalihuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistaminen [viitattu 26.10. 2019]. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

- Van Der Borg, W., Verdonk, P., Dauwese, L., Abma, T. 2017. Work-related change in residential elderly care: Trust, space and connectedness. *Human Relations* July 2017, 70(7), pp.805-835.
- Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä (knowledge leadership). Vaasan yliopisto. Liiketaloustiede. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia No 109 [viitattu: 11.5. 2019]. Saatavissa: [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_951-683-987-8.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_951-683-987-8.pdf)
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.
- Vilkka, H. 2005. Tutkimusmetodeja ammatilliselle kentälle. Lahti [viitattu: 26.4. 2019]. Saatavissa: <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehitt%C3%A4.pdf>
- Välimäki, M., Haapsaari, H., Katajisto J. Suhonen, R. 2008. Nursing Students' Perceptions of Self-Determination in Elderly People. *Nursing Ethics* May 2008, 15(3), 2008, pp. 346-359.
- Ylönen, M., Meriruoho, T., Suhonen, R. 2018. Itsemääräämisoikeus – ikääntyneiden henkilöiden palveluiden ja hoidon lähtökohta. Teoksessa Ylönen, M & Suhonen, R. (toim.) Asiakkuus sote:ssa – ikääntyneen asiakkaan näkökulma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen raportteja A: 81/2018. Tampere. Suomen Yliopistopaino, 22-35.

## LIITTEET

### LIITE 1. Saatekirje

Opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen (yamk) koulutusohjelmassa. Opintoihini liittyy opinnäytetyö, jonka teen Coronaria Hoiva Oy:n Kotikylän hoivakodeille. Opinnäytetyöni tarkoituksena on laatia Hoivakotien käyttöön ja henkilöstön työvälineeksi yleinen itsemääräämisoikeussuunnitelma. Itsemääräämissuunnitelman tavoitteena on toimia ohjeistuksena työntekijöille tilanteissa, joissa joudutaan tekemään ratkaisuja asiakkaan puolesta tai joudutaan rajoittamaan asiakkaan toimintaa. Itsemääräämisoikeussuunnitelman tavoitteena on auttaa työmenetelmien valinnassa sekä edistää itsemääräämisoikeutta tukevaa toimintakulttuuria.

Pyydän Sinua osallistumaan yleisen itsemääräämisoikeussuunnitelman kehittämiseen. Opinnäytetyön aineistonkeruu pohjautuu esimiesten kyselyyn yksiköiden tämän hetkisestä tilanteesta sekä arviointiin tulevan Itsemääräämisoikeussuunnitelman sisällöstä. Vastauksen perusteella pyritään huomioimaan Itsemääräämisoikeussuunnitelman sisältö niin, että sitä pystytään toteuttamaan Kotikylässä. Ensimmäinen esimiesten arviointi tapahtuu alkuvuodesta, jolloin esimiehille lähetetään versio kommentoitavaksi. Tämän jälkeen Itsemääräämissuunnitelma tehdään niin, että sen tarkistaa ja hyväksyy Coronarian osalta palvelupäällikkö Merja Lantto ja palvelujohtaja Katriina Niemelä. Tavoite on, että Itsemääräämissuunnitelma olisi valmis toukokuun aikana.

Kysely toteutetaan webropol-kyselynä siten, että esimiehet vastaavat nimettömänä. Markkinointi koostaa kyselyn tulokset minulle, jolloin pääsen suunnitelman laatimisessa alkuun. Saatua aineisto on vain opinnäytetyöntekijän käytössä ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Valmis opinnäytetyö tullaan tallentamaan valtakunnalliseen Thesus- arkistoon. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Vastausaikaa on kaksi viikkoa.

Kiitos, että olet mukana opinnäytetyössäni. Annan mielelläni lisätietoja aiheesta.

Margit Vento

[margit.vento@coronaria.fi](mailto:margit.vento@coronaria.fi)

Kotikylä Lepolankadun palvelukodin palveluesimies

## LIITE 2. Kysely Coronaria Hoiva Kotikylän esimiehille

### TAUSTATIEDOT

1. Kuinka kauan olet toiminut esimiehenä?

0-3, 4-6, 7-10, yli 10 vuotta

2. Yksikössä asukkaita on

alle 30, 31- 50, yli 51

3. Yksikössä työskentelee työntekijöitä yhteensä

alle 15, 16-30, yli 31

### NYKYTILANNE

Seuraavana on väittämiä yksikön nykytilanteesta liittyen itsemääräämisoikeuteen ja rajoittamistoimenpiteisiin. Arvioi kukin väittämä seuraavan ohjeen mukaan:

1.täysin eri mieltä

2.jokseenkin eri mieltä

3.ei samaa eikä eri mieltä/en osaa sanoa

4.jokseenkin samaa mieltä

5.täysin samaa mieltä

4. Yksiössämme on käytetty viimeisen vuoden aikana vuoteen laitojen nostamista sen takia, että asukas ei pääsisi ylös itsenäisesti. (ei tarkoita tilannetta, jossa laitojen nostaminen tapahtuu asukkaan tai hänen läheisensä/omaisen pyynnöstä)

5. Yksikössämme kirjataan laitojen nostaminen potilasasiakirjoihin (silloin, kun tarkoituksena on estää asukkaan pääsy pois vuoteesta)

6. Yksikössämme on sidottu asukkaita tuoliin (tällä tarkoitetaan asukkaan laittamista esim. geriatriseen tuoliin siten, että asukas ei pääse itse pois tuolista)

7. Yksikössämme on viimeisen vuoden aikana toteutettu hoitotoimenpiteitä asukkaan vastustuksesta huolimatta (esim. hygieniaan liittyvät toimet, hygieniahaalarin käyttö, lääkitys, muut toimenpiteet)

8. Yksikössämme asukkaiden huoneiden ovia on lukittu asukkaan ollessa huoneessa siten, että huoneesta poistuminen ei ole mahdollista

9. Yksikössämme keskustellaan rajoitustoimenpiteistä säännöllisesti

10. Olemme kirjanneet omavalvontasuunnitelmaan itsemääräämisoikeuksista

#### JOHTAMINEN

Seuraavana on väittämiä johtamiseen liittyen. Arvioi kukin väittämä seuraavan ohjeen mukaan:

1.täysin eri mieltä

2.jokseenkin eri mieltä

3.ei samaa eikä eri mieltä/en osaa sanoa

4.jokseenkin samaa mieltä

5.täysin samaa mieltä

11. Koen, että osaan ohjata henkilökuntaa asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen vahvistamisessa

12. Käyn suunnitelmallisesti itsemääräämisoikeuteen liittyviä asioita henkilöstön kanssa

Vastaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin:

13. Tarvitsetko esimiehenä itsemääräämisoikeuteen liittyvissä asioissa lisätukea? Kerro millaista tukea.

14. Mihin yksikössänne kirjataan rajoittamistoimenpiteistä?

15. Kuinka rajoittamistoimenpiteitä seurataan?

16. Miten omaiset ovat tietoisia rajoittamistoimenpiteistä?

17. Selitetäänkö yksikössänne asukkaalle rajoittamistoimenpiteistä?

18. Mitkä tekijät Sinun mielestäsi edistävät itsemääräämisoikeuden toteutumista?

19. Mitkä tekijät Sinun mielestäsi estävät itsemääräämisoikeuden toteutumista?

20. Mitä asioita itsemääräämisoikeussuunnitelmassa tulisi mielestäsi ottaa huomioon?

21. Mitä muuta haluat sanoa itsemääräämissuunnitelmaan liittyen?

**KIITOS VASTAAMISESTA!**