

Eeva Jämsä, Laura Kokko ja Katja Saari

**KOTIHOIDON IKÄÄNTYNEIDEN ASIAKKAIDEN TARPEIDEN KIRJAAMINEN  
HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMIIN**

**KOTIHOIDON IKÄÄNTYNEIDEN ASIAKKAIEN TARPEIDEN KIRJAAMINEN  
HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMIIN**

Eeva Jämsä, Laura Kokko ja Katja  
Saari  
Opinnäytetyö  
Kevät 2020  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

---

Tekijät: Eeva Jämsä, Laura Kokko ja Katja Saari  
Opinnäytetyön nimi: Kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden tarpeiden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmiin  
Työn ohjaajat: Anne Keckman ja Reetta Saarnio  
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2020, Sivumäärä: 45+4

---

Ikääntyneiden määrä väestössä kasvaa ja kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneen turvallinen asuminen kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoidon laadukkaan hoidon perustana on asiakaslähtöinen ja kokonaisvaltainen hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tarkoitus on tukea asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata, kuinka moneen hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu asiakkaan tarpeita ja mihin toimintakyvyn osa-alueisiin ne liittyvät. Opinnäytetyön toteuttamisessa hyödynnettiin sekä kvantitatiivista, että kvalitatiivista lähestymistapaa. Tutkimusaineisto koostui kahden eri kotihoitoyksikön hoito- ja palvelusuunnitelmista, joita oli yhteensä 140. Opinnäytetyömme tavoitteena on asiakaslähtöisyyden kehittäminen hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa ja toteuttamisessa. Työn tekijöiden ammatillisen kasvun näkökulmasta tavoitteena oli oppia arvioimaan ja valikoimaan kriittisesti näyttöön perustuvaa tietoa sekä kehittää oman alan työelämää.

Tutkimuksemme kvantitatiivista aineistoa analysoimme tilastollisin menetelmin prosentteja ja frekvenssejä käyttäen. Tutkimuksen laadullisessa osiossa analysointimenetelmänä käytimme deduktiivista sisällönanalyysia.

Opinnäytetyömme tulokset osoittavat, että suureen osaan hoito- ja palvelusuunnitelmista (87%) oli kirjattu yksi tai useampi tarve. Suurin osa hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatusta asiakkaiden tarpeista liittyi fyysiseen toimintakykyyn. Fyysisen toimintakyvyn osa-alueista eniten tarpeita oli kirjattu päivittäisiin toimintoihin sekä terveydentilaan liittyen. Opinnäytetyön tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että asiakaslähtöisyys ei toteudu kokonaisvaltaisesti hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Fyysisen toimintakyvyn painottuessa muut toimintakyvyn osa-alueet jäivät vähemmälle huomiolle.

Tuloksia hyödyntämällä kotihoidon yksiköt voivat kiinnittää huomiota siihen, että hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyisi asiakaslähtöisyys, ja että asiakkaan yksilölliset tarpeet tulisivat huomioituksi. Tulevia jatkotutkimuksia voisi olla, miten RAI:sta saatuja tietoja hyödynnetään hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja miten hoito- ja palvelusuunnitelmien asiakaslähtöinen tarkistus ja päivitys toteutuvat. Lisäksi voisi tutkia hoitajien kokemuksia hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisestä ja toteuttamisesta.

---

Asiasanat: Kotihoito, hoito- ja palvelusuunnitelma, ikääntynyt, toimintakyky, tarpeet, kirjaaminen

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Registered General Nurse

---

Authors: Eeva Jämsä, Laura Kokko ja Katja Saari

Title of thesis: Recording the elderly homecare clients' needs in the care and service plans

Supervisors: Anne Keckman and Reetta Saarnio

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2020, Number of pages: 45+4

---

The number of older people in the population is increasing and the goal in home care is to enable the elderly to stay at home safely for as long as possible. High-quality home care is based on a client-centered and holistic care. The purpose of care and service plan is to support the client's resources and capabilities.

The purpose of our thesis was to find out if the needs of the clients are recorded in the care and service plans and to what areas of the functional capacity they relate. Our thesis was carried out as a quantitative and qualitative study. The research material consisted of 140 care and service plans from two different home care units. From the perspective of professional growth, our goal was to learn how to critically evaluate and select evidence-based information and to develop the working life of nursing.

The quantitative data of our study was statistically analyzed using percentages and frequencies. In the qualitative part of the study we used deductive content analysis as an analysis method.

The results of our thesis show that most care and service plans (87%) contained one or more needs. Most of the client's needs were related to physical capability. Most of the needs were recorded for daily activities and health. Based on the results of the thesis, it seems that customer orientation is not fully implemented in care and service plans. With the emphasis on physical ability, other areas of functional disability receive less attention.

By utilizing the results, home care units can make sure that care and service plans are client-centered and that the individual needs of the client are considered. Future research could include how information from RAI is utilized in management and service plans and how client-centered reviewing and updating of care and service plans will take place. In addition, the experiences of nurses in the design and implementation of care and service plans could be explored.

---

Keywords: Homecare, elderly, care and service plan, needs, capability, recording

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	ASIAKASLÄHTÖISYYS KOTIHOIDOSSA .....	9
2.1	Kotihoito .....	9
2.2	Kotihoidon asiakkaat .....	10
2.3	Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi .....	10
2.4	Hoito- ja palvelusuunnitelma .....	12
2.4.1	RAI-järjestelmä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen apuvälineenä ....	13
2.4.2	Kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelman arvioinnin tukena .....	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	15
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	16
4.1	Tutkimusmenetelmä .....	16
4.2	Tutkimusaineiston kerääminen .....	16
4.3	Tutkimusaineistojen analyysit .....	18
4.3.1	Kvantitatiivisen aineiston analyysi.....	18
4.3.2	Kvalitatiivisen aineiston analyysi.....	18
4.3.3	Tarpeiden määrittely eri toimintakyvyn osa-alueisiin .....	21
4.3.4	Luokittelemattomat tarpeet .....	22
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	23
5.1	Hoito- ja palvelusuunnitelmista analysoidut taustatiedot.....	24
5.2	Asiakkaan tarpeiden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa.....	25
5.3	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattujen asiakkaan tarpeiden esiintyminen toimintakyvyn eri osa-alueilla .....	26
5.3.1	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut fyysiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet .....	26
5.3.2	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet .....	27
5.3.3	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet.....	28
5.3.4	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet .....	29
5.4	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut asiakkaiden tarpeet.....	30

5.4.1	Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet.....	31
5.4.2	Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet .....	33
5.4.3	Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet.....	34
5.4.4	Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet.....	34
6	POHDINTA.....	36
6.1	Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset.....	36
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	37
6.3	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet .....	40
6.4	Oma oppimisprosessi.....	41
	LÄHTEET.....	42
	LIITE 1.....	46

# 1 JOHDANTO

Kotihoidon asiakkaiden määrä kasvaa jatkuvasti, kun ikääntyneiden määrä maassamme lisääntyy ja heidän huolenpitoa pyritään järjestämään mahdollisimman pitkään kotiin. Kotona hoidetaan yhä vanhempia ja huonokuntoisempia ihmisiä. Jotta huonokuntoinen ja tukea tarvitseva ihminen voisi asua kotona, tulee hänen arkeansa tukea erilaisin palveluin. (Kehusmaa, S. & Hammar, T. 2019, viitattu 24.4.2019.) Kotiin tarjottavien palveluiden tulee olla lähtöisin asiakkaan tarpeista ja toiveista, jotta oikeat palvelut voidaan kohdentaa oikeille asiakkaille oikeaan aikaan. Kotihoidon työntekijöiden tärkeänä tehtävänä on auttaa asiakasta tunnistamaan ja käyttämään omia olemassa olevia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja niin, että hän voisi asua kotona mahdollisimman pitkään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a, viitattu 3.4.2019.)

Laadukas kotihoito perustuu kokonaisvaltaiseen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella laadittavaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka laaditaan yhteistyössä kunnan ja asiakkaan kanssa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2019, viitattu 16.4.2019). Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on, että hoitotyöntekijä tukee asiakkaan kotona pärjäämistä ja edistää kuntoutumista asiakaslähtöistä työtettä käyttäen. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadukas valmistelu sisältää asiakkaan toiveiden ja tarpeiden huomioinnin, asiantuntevan työntekijän osaamisen sekä olemassa olevat hoito- ja palvelumahdollisuudet. Huolellinen valmistelu ja toteutus auttaa ehkäisemään asiakkaan toimintakyvyn sekä elämänlaadun heikentymistä, kun niihin voidaan vaikuttaa hyvissä ajoin saatavilla olevin palveluin. Asiakkaan voimavarojen tai tarpeiden muuttuessa hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan ja muutetaan yhdessä asiakkaan kanssa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5-6.)

Opinnäytetyön aihetta meille esitteli erään kotihoitoyksikön tiimivastaava. Hän ehdotti tutkittavan, näkykö hoito- ja palvelusuunnitelmissa asiakkaan omia tarpeita. Mielestämme aihe oli ajankohtainen ja kiinnostava, koska asiakaslähtöisyys on hyvin keskeinen asia tämän päivän hoitotyössä. Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi ja Pietilä (2014, 317) analysoivat tutkimuksessaan yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia ja saivat selville, että hoito- ja palvelusuunnitelmat oli laadittu pääosin henkilökunnan näkökulmasta ja niissä painottuivat fyysiset tarpeet, jolloin asiakkaan toiveet ja sosiaaliset tarpeet saattoivat puuttua suunnitelmista kokonaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän toimintayksikkökyselyyn (2018) osallistuneista kotihoidon ja tavallisen palveluasumisen yksiköistä 38% vastasi, että hoito- ja palvelusuunnitelmiin

kirjataan asiakkaan tarve aina tai melkein aina. Yksiköistä 62% vastasi, että niitä ei kirjata. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2019b, viitattu 16.4.2019.)

Opinnäytetyössämme tutkimme kahden eri kotihoidon yksikön asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista asiakkaiden tarpeiden kirjaamista. Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata, missä määrin kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyy asiakkaiden omat tarpeet ja mihin toimintakyvyn osa-alueisiin ne liittyvät. Tavoitteena oli, että tutkimuksemme tuloksia hyödyntämällä kotihoidon työntekijät kiinnittäisivät huomiota siihen, että hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyisi asiakaslähtöisyys. Tavoitteena oli myös, että kotihoidon yksiköt voisivat hyödyntää tuloksia tukeakseen ja edistääkseen asiakaslähtöistä työtä hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnan ja toteuttamisen kautta. Ammatillisen kasvun näkökulmasta tämän tutkimustyön tavoitteena meille opiskelijoille oli oppia arvioimaan ja valikoimaan kriittisesti näyttöön perustuvaa tietoa sekä kehittää oman alan työelämää ja työyhteisöjen toimintaa.

Tutkimuksen tulokset havainnollistavat kotihoidon yksiköiden työntekijöille, miten hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyvät asiakkaiden omat tarpeet. Tämä tutkimus voi auttaa heitä kehittämään asiakaslähtöistä hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemistä ja toteuttamista. Tutkimustuloksia voivat jossain määrin hyödyntää myös muut kotihoidon yksiköt. Tutkimuksen aineistona oli kahden hoitoyksikön hoito- ja palvelusuunnitelmat, joista keräsimme itse tarvittavan tiedon tiedonkeruulomakkeen avulla (Liite 1). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön analyysillä.



## 2 ASIAKSLÄHTÖISYYS KOTIHOIDOSSA

Asiakslähtöisyys hoitotyössä tarkoittaa sitä, että asiakas on keskipisteenä ja palvelut järjestetään hänen tarpeidensa mukaan. Toiminta asiakkaan ja työntekijän välillä on vastavuoroista ja yhdenvertaista ja siinä reagoidaan asiakkaan tarpeissa, toimintakyvyssä ja terveydessä tapahtuviin muutoksiin. Työntekijän tehtävänä on tukea asiakasta käyttämään omia voimavarojaan pystyäkseen elämään mahdollisimman itsenäistä ja riippumatonta elämää. (Hyttinen 2009, 46.) Turjamaa (2014, 44) sai selville väitöskirjassaan, että asiakslähtöisyys toteutuu asiakkaiden ja kotihoidon työntekijöiden mukaan parhaiten, kun asiakasta kuunnellaan ja huomioidaan heidän yksilölliset tarpeensa sekä merkitykselliset aktiviteetit.

Asiakslähtöisyyteen kuuluu asiakkaan osallisuuden mahdollistaminen sekä muuttuvien tarpeiden tunnistaminen (Hyttinen 2009, 42). Yksilöllisyyden ja erilaisuuden tunnistaminen sekä kokonaisvaltaisen hoitotyön toteuttaminen erilaisia näkökulmia ja teoreettisia lähestymistapoja käyttäen mahdollistavat erilaisten ihmisten terveyttä ja toimintakykyä sekä kuntoutumista edistävän hoidon ja palvelun (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 8).

### 2.1 Kotihoito

Kunnalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää asukkailleen palveluita, jotka tukevat heidän hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Monessa kunnassa sosiaalihoitolain (1301/2014 19§) alainen kotipalvelu ja terveydenhuoltolain (1326/2010 25§) alainen kotisairaanhoidon on yhdistetty kotihoidoksi (Sosiaali- ja terveysministeriö, viitattu 10.4.2019.) Kotihoito koostuu koti-, tuki- ja sairaanhoitopalveluista, joiden tarkoitus on mahdollistaa eri-ikäisten ihmisten kotona asuminen toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta (Ikonen 2015, 15). Kotipalvelu käsittää päivittäisissä toiminnoissa avustamista, kuten hygienian ja ravitsemuksen hoidossa tai lääkehoidossa avustamista. Tukipalvelut täydentävät kotipalveluita ja niihin kuuluvat esimerkiksi ateriat-, siivous-, asiointi-, turvapuhelin- ja kuljetuspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö, viitattu 28.3.2019.) Kotihoidon tarve voi olla säännöllistä, tilapäistä tai satunnaista. Säännöllistä ja tilapäistä kotihoitoa tarvitseville asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Satunnaisen kotihoidon asiakkaat saavat palveluja kertaluonteisesti, eikä heillä ole välttämättä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (Ikonen 2015, 16.)

## 2.2 Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidoa voivat saada ikäihmiset, vammaiset sekä sairauden tai heikentyneen toimintakykynsä vuoksi apua tarvitsevat ihmiset. Lapsiperheet voivat saada kotipalvelua erityisen perhetilanteen, kuten lapsen vamman tai vanhemman uupumuksen vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, viitattu 11.4.2019.)

Suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikääntyneitä, joten tämän opinnäytetyön tietoperustassa esitämme ikääntyneisiin henkilöihin liittyvää tietoa. Säännöllistä kotihoidoa saavia asiakkaita oli Suomessa vuoden 2017 marraskuussa 73 806. Asiakkaista 65% oli naisia. Säännöllistä kotihoidoa saavista asiakkaista 75 vuotta täyttäneitä oli 77 % ja alle 65-vuotiaita oli 8%. Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi luokitellaan ne, jotka ovat laskentakauden aikana saaneet kotihoidoa voimassa olevan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti tai ilman hoito- ja palvelusuunnitelmaa säännöllisesti vähintään kerran viikossa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018b, viitattu 11.4.2019.)

Suomessa ikääntynyt henkilö määritellään yleisesti eläkeiän saavuttaneeksi 65-vuotta täyttäneeksi henkilöksi (Vernerinen 2019, viitattu 27.3.2019). Myös Suomen laissa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeutettua väestöä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 1.3§). Ikääntyneiden joukossa on hyvin erilaisia avun tarvisijoita; he ovat iältään 65 vuodesta yli sataan vuoteen, miehiä ja naisia, eri lailla toimintakyvyltään rajoittuneita, hyväosaisia ja syrjäytyneitä sekä etniseltä taustaltaan erilaisia (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 7).

## 2.3 Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi

Asiakkaan tullessa palveluiden piiriin on hänelle tehtävä palvelutarpeen arviointi, jossa tärkeintä on selvittää asiakkaan oma käsitys tilanteestaan ja palveluiden tarpeestaan. Tärkeää on myös selvittää asiakkaan toimintakykyä, voimavaroja ja selviytymistä kotona. (Ikonen 2015, 146-147.) Kaiken lähtökohtana tulisi olla asiakkaan tarpeet, toiveet ja hänelle merkitykselliset arjen askareet, joiden pohjalta suunnitellaan asiakkaalle sopiva palvelukokonaisuus (Päivärinta & Haverinen 2002, 5). Hoitajan olisi tärkeä tuntee asiakas, jotta hän olisi tietoinen asiakkaan mielenkiinnon kohteista ja harrastuksista. Sitä kautta hoitaja voi auttaa asiakasta tunnistamaan yksilölliset hoidon tarpeet. (Eloranta ym. 2010, Parsons & Parsons 2012.)

Ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa merkittävästi hänen toimintakykynsä, eli se, miten hän selviytyy jokapäiväisestä elämästään (Lyyra, 2007, 21). Toimintakyky voidaan määritellä joko jäljellä olevan toimintakyvyn tai toiminnanvajavuuksien mukaan. Toimintakyky on tilanteista ja konteksteista riippuvaa. Toimintakykyä on perinteisesti tarkasteltu neljän osa-alueen avulla, joita ovat fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky.

lääkkäiden henkilöiden yleisen toimintakyvyn arvioinnissa tarkastellaan päivittäisiä perustoimintoja (ADL, Activities of Daily Living), kuten syömistä, pukeutumista, peseytymistä, WC-toimintoja ja liikkumista, sekä asioiden hoitamiseen liittyviä toimia (IADL, Instrumental Activities of Daily Living), kuten kotitöiden tekemistä ja kodin ulkopuolella asiointia. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 61; Voutilainen 2009, 124-125.)

Fyysiseen toimintakykyyn sisältyvät yleiskunto, lihaskunto ja motoriikka. Hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelimestön sekä aistien toimintakyky ovat keskeisiä fyysisen toimintakyvyn tekijöitä. (Voutilainen 2009, 125.) Lisäksi siihen sisältyvät terveydentila sekä erilaiset fyysisen toiminnan vajaukset (Heinola & Luoma 2007, 36).

Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät asiat, kuten itsearvostus, mieliala, voimavarat sekä haasteista selviytyminen. Psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky ovat merkittävästi yhteydessä toisiinsa, mikä tulee ottaa huomioon niitä arvioitaessa. (Voutilainen 2009, 126.) Mielenterveys liittyy psyykkiseen toimintakykyyn ja sillä voidaan käsittää tunne-elämään, mielialaan ja ihmissuhteiden toimivuuteen liittyviä ulottuvuuksia. Mielenterveys on psyykkisen toimintakyvyn edellytys (Ruoppila 2002). Mielenterveyttä voidaan kuvata myös käsitteellä mielen tasapaino. Mielen tasapaino on hyvää oloa ja vaikeuksissa jaksamista sekä sopeutumista välttämättömiin rajoihin ja kykyä luoda positiivista mieltä niissä. (Heikkinen 2007.)

Ihmisen toiminta perustuu kognitiiviseen toimintakykyyn, johon sisältyvät ajattelu, oppiminen, muisti, havaitseminen, tiedon käsittely, toiminnan ohjaus, ongelmanratkaisu, päätöksenteko sekä kielelliset toiminnot. Metakognitiot eli yksilön omat käsitykset kognitiivisista toiminnoistaan ovat tärkeä osa kognitiivista toimintakykyä. (Heinola & Luoma 2007, 36; Suutama & Ruoppila 2007, 116.) Yksilön tiedot ja oletukset omista kognitiivisista toiminnoistaan vaikuttavat siis siihen, miten hän käsittelee tietoa, mikä edelleen vaikuttaa hänen selviytymiseensä tiedonkäsittelyä vaativista tehtävistä (Suutama 2004). Kognitiivista toimintakykyä voidaan arvioida parhaiten, kun tunnetaan

yksilön elämisen keskeiset puitteet, kuten asuin- ja elinympäristö sekä virallinen ja epävirallinen sosiaalinen verkosto, jotka voivat tukea yksilöä selviytymään päivittäisen elämän asettamista haasteista ja vaatimuksista (Lyyra, Luoma & Tiikkainen 2007, 117).

Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteelle ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää, vaan siitä on useita malleja ja teorioita. Siihen liittyvät suhteet läheisiin ihmisiin, vastuu läheisistä, elämän mielekkyys sekä harrastukset. (Voutilainen 2009, 126.) Sosiaalinen toimintakyky voidaan määritellä yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena, johon sisältyvät harrastukset ja muut vapaa-ajanviettotavat, kontaktit ystäviin ja tuttaviiin sekä kyky solmia uusia ihmissuhteita. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää ainakin yhteisöä, johon ihminen kuuluu, kykyä olla vuorovaikutuksessa sekä kykyä toimia. Toimintakyvyn eri osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn heikkous saattaa hankaloittaa sosiaalisiin tapahtumiin osallistumista. (Lyyra, Luoma & Tiikkainen 2007, 21).

## 2.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehty hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeisin asiakkaan hoitoa ja palveluita ohjaava tekijä. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma takaa asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja yhdenmukaisuuden, vaikka hoidon antajat tai palvelujen tuottajat vaihtuisivatkin. (Heinola 2007, 26-27.) Jokaisella kotihoidon asiakkaalla tulee olla ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa näkyvät asiakkaan hoidon ja palveluiden tarve, voimavarat, omat toiveet ja toimintakyky sekä yksilöllisesti suunnitellut toiminnot toimintakyvyn tukemiseksi (Päivärinta & Haverinen 2002, 5). Sivistysseuran (viitattu 30.5.2019) mukaan tavoite on ”*pyrkimyksen kohde tai päämäärä*”, kun taas toive on ”*haave tai toivomus*”. Tavoite on siis selkeästi määritelty päämäärä, jonka saavuttamiseksi on tehty suunnitelma eli millä keinoilla päästään tavoitteeseen. Toive taas on enemmänkin haave, joka ei välttämättä aina ole realistinen tai toteuttamiskelpoinen. Heinolan (2007, 27) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata asiakkaan omat tavoitteet eri osa-alueittain (esim. fyysinen, psyykinen, sosiaalinen) ja konkreettisia keinoja näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvän tavoitteen rakentamiseen voidaan käyttää esimerkiksi SMART-laatukriteerejä, joiden avulla tavoite saadaan selkeäksi ja toteutettavaksi ja sen toteutumista on mahdollista seurata. SMART-laatukriteerien perusteella hyvän tavoitteen tulisi olla Specific eli selkeä ja ymmärrettävä, Measurable eli mitattava, Achievable eli mahdollista saavuttaa, Relevant eli olennainen ja merkityksellinen sekä Time-bound eli aikaan sidottu. (ILKKA-hanke viitattu 30.5.2019.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on lakisääteinen, joka tulee tehdä toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle yhteistyössä asiakkaan tai asiakkaan omaisen/laiillisen edustajan kanssa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 821/2000 7§, 8§, 9§). Hoito- ja palvelusuunnitelman lähtökohtana on kokonaisvaltainen hoito, joka tarkoittaa, että yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa kotihoidon työntekijä kartoittaa asiakkaan tarpeita, toimintakykyä, toiveita ja tavoitteita. Tämä tapahtuu havainnoimalla ja kuuntelemalla asiakasta ja hänen lähipiiriään sekä keskustelemalla myös muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.) Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä tulisi sopia yhdessä asiakkaan kanssa myös suunnitelman tarkistamisesta ja arvioinnista.

#### **2.4.1 RAI-järjestelmä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen apuvälineenä**

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa voidaan käyttää apuna asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen arviointivälinettä RAI:ta (Resident Assessment Instrument), jossa asiakkaasta tehdään kokonaisvaltainen arviointi (Päivärinta ja Haverinen 2002, 73). Standardoituun RAI-järjestelmään kerätään tietoa ja havaintoja asiakkaasta monipuolisesti, jotta voidaan arvioida asiakkaan palvelutarpeita ja tehdä yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019a, viitattu 16.4.2019).

RAI-järjestelmä mahdollistaa asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin laaja-alaisesti ja moniammatillisesti. Toisaalta RAI-järjestelmän koko potentiaalin hyödyntäminen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan vaatii hoitajilta perehtyneisyyttä, koska RAI-järjestelmän mittarit ovat luotettavia vain silloin, kun mittarien kysymykset ymmärretään samalla tavoin (Finne-Soveri 2015, viitattu 8.5.2019.) RAI:ssa arvioidaan mm. fyysistä toimintakykyä, mielialaa, pidätyskykyä, ihon- ja jalkojenhoitoa, ravitsemusta, aisteja, kommunikaatiota, psykososiaalista hyvinvointia, vireystilaa ja aktiivisuutta sekä lääkkityksiä ja diagnooseja (Päivärinta & Haverinen 2002, 73).

#### **2.4.2 Kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelman arvioinnin tukena**

Kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjaamisen tärkein tehtävä on tuottaa ajantasaista tietoa kotihoidon vaikutuksista asiakkaaseen. Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii lähtökohtana päivittäisessä hoitotyössä asiakkaan kotona, jolloin muutokset asiakkaan tarpeissa ja toimintakyvyssä

voidaan huomioida myös suunnitelman arvioinnissa. Kirjaamisen avulla voidaan havaita näitä muutoksia ja kirjaamisessa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota hoito- palvelusuunnitelmassa mainittujen toimintojen toteutumiseen. (Heinola 2007, 26-27.) Kirjaamisessakin tulisi korostua asiakas- ja voimavaralähtöisyys, jolloin kirjauksissa huomioidaan asiakkaan kokemukset hoidosta ja näkemys omasta selviytymisestään. Tällöin voidaan ongelmien sijaan keskittyä tukemaan asiakasta, jotta hän voi saavuttaa hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut tavoitteensa (Päivärinta & Haverinen 2002, 45.)

Väestö ikääntyy ja asiakasmäärät kotihoidossa kasvavat koko ajan. Lisäksi kotihoidon asiakkaat, joista suurin osa on ikääntyneitä, ovat entistä huonokuntoisempia. Tällöin korostuu asiakkaiden voimavarojen ja toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi sekä yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoite on mahdollistaa asiakkaan turvallinen ja omatoimisuutta sekä elämänlaatua tukeva asuminen kotona. Tämä toteutuu vain, jos hoito- ja palvelusuunnitelmiin on kirjattu asiakkaan tarpeita mahdollisimman monelta eri toimintakyvyn osa-alueelta, koska ihmisen fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset ja sosiaaliset tarpeet ovat yhteydessä toisiinsa. Tässä opinnäytetyössä pyrimme selvittämään juuri näitä asioita hoito- ja palvelusuunnitelmista.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus voi olla kartoittava, kuvaileva, selittävä tai ennustava - tutkimuksen tavoite ilmaisee sen, mitä hyötyä siitä on toimeksiantajalle ja opiskelijalle itselleen ammatillisen osaamisen kehittymisessä. Tavoite kertoo kenelle ja millaista tietoa, hyötyä tai osaamista opinnäytetyön avulla saavutetaan (Hirsjärvi ym. 2008, 134-135.) Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattuja eri toimintakyvyn osa-alueisiin liittyviä tarpeita.

Tavoitteena oli, että tutkimustuloksia hyödyntämällä kotihoidon henkilökunta kiinnittäisi huomiota siihen, että hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyisi asiakaslähtöisyys ja että työote olisi asiakasläh- töistä. Ammatillisen kasvun näkökulmasta tämän tutkimustyön tavoitteena meille opiskelijoille oli oppia arvioimaan ja valikoimaan kriittisesti näyttöön perustuvaa tietoa sekä kehittää oman alan työelämää ja työyhteisöjen toimintaa.

Tutkimustehtävät muotoillaan tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien ja käsitteiden määrittelyn nä- kökulmasta. Tutkimustehtävä on muotoiltava niin, että siihen on mahdollista vastata tutkimuksen keinoin. Tutkimustehtävien tarkoituksena on kertoa lukijalle tutkimuksen tavoite, tehdä tutkittavasta ilmiöstä selvitettävä ja vastattava sekä rajata havaintojen määrää. (Ronkainen, Pehkonen, Lind- blom-Yläne & Paavilainen 2013, 37-38, 42.)

Tutkimuksen tutkimustehtävät ovat:

1. Kuinka moneen hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu asiakkaan tarpeita?
2. Mihin toimintakyvyn osa-alueisiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatut asiakkaan tarpeet liittyvät?
3. Millaisia asiakkaan tarpeita hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksella on aina jokin tehtävä tai tarkoitus. Sopivin tutkimusstrategia ja menetelmä mietitään näiden pohjalta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2014, 137). Tutkimuksessa hyödynsimme sekä kvantitatiivista eli määrällistä että kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa ja tutkimus on kuvai-leva eli deskriptiivinen. Aineiston keräysmenetelmänä oli rekisteritutkimus. Rekisteritutkimuksessa käytetään hyväksi aineistoa, joka on kerätty yleensä muuhun tarkoitukseen kuin kyseistä tutkimusta varten (rekisteritutkimus, 2015, viitattu 24.3.2019).

Määrällinen lähestymistapa mahdollistaa suuren määrän tutkittavaa aineistoa, jolloin tutkimustulokset ovat kattavat ja luotettavat. Kvantitatiivisella tutkimuksella on tavoitteena perustella muuttujia koskevia väitteitä tilastollisten yhteyksien ja numeroiden avulla. Taulukkomuodossa eli havaintomatriisissa on helpointa käsitellä tutkimusaineistosta saatua tietoa numeroiden avulla. (Vilka, 2015, 111.) Kvantitatiivisen analysoinnin teimme Webropol 3.0 raportointityökalua apuna käyttäen. Tulokset esitämme prosentteina ja frekvensseinä (n).

Laadullista lähestymistapaa hyödynsimme avointen vastausten analysoimisessa. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tavoitteena totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta. Tutkijan muodostamat tulkinnat aineistosta vaikuttavat tutkimustuloksiin. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tavoitteena on tavoittaa niitä asioita, joita ihminen pitää itselleen elämässään merkityksellisinä. (Vilka, 2015, 118, 120.)

### 4.2 Tutkimusaineiston kerääminen

Tutkimus perustui kokonaan valmiiseen aineistoon, joka analysoitiin.

Tutkimusaineistoa kerätessä on pyrittävä tarkoituksenmukaiseen ratkaisuun ja silloin voi olla eduksi analysoida jo valmista olevaa aineistoa. Valmiit aineistot soveltuvat vain harvoin käytettäväksi sellaisenaan tutkimukseen. Tämän vuoksi aineistoa on usein muokattava esimerkiksi numeeriseen muotoon. (Hirsjärvi ym. 2014, 186.)



Tutkimusaineisto koostui kahden eri kotihoidon yksikön asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista. Kävimme läpi yksiköiden hoito- ja palvelusuunnitelmat tietokoneella ja keräsimme tarvittavat tiedot tiedonkeruulomakkeelle (liite1). Aineiston keräämiseen meni aikaa kolme päivää ja se toteutettiin yksiköissä syyskuussa 2019. Hoito- ja palvelusuunnitelmien kokonaismäärä oli 140.

Tutkittavat hoito- ja palvelusuunnitelmat on tehty RAI- järjestelmän tietoja hyödyntäen. Yksikössä A hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kohta ”asiakkaan ilmaisemat hoidon tarpeet” ja yksikössä B oli välilehti ”tavoitteet”, joista keräsimme tarpeita koskevan aineiston.

Tutkimustehtävä määrittelee minkä kokoinen tutkimusaineisto tarvitaan, jotta vastaus olisi luotettava ja kattava. (Vilka, 2015, 98.) Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, jolloin tutkimukseen otettiin mukaan koko perusjoukko.

Määrällisessä tutkimuksessa tiedonkeruulomakkeen suunnittelu on ensisijaisen tärkeää. Tiedonkeruulomakkeen kysymykset ovat strukturoidut eli ennalta laaditut kysymykset, jotka sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. Tiedonkeruulomaketta suunniteltaessa päätetään lomakkeiden numeroinnista, muuttujille annettavista arvoista ja havaintomatriisin rakentamisesta. Suunnittelu nopeuttaa tiedonkeruulomakkeiden käsittelyä ja analysointia. Tiedonkeruulomake testataan ennen sen käyttöönottoa. (Vilka, 2015, 108.) Tutkittava asia voi olla mikä vain teoreettinen asia tai ilmiö, jos se on operationalisoitavissa mitattavaan muotoon. (Vilka, 2015, 101.)

Kehitimme ja toteutimme Webropol 3.0-tilasto-ohjelmalla tiedonkeruulomakkeen (liite 1), johon keräsimme tarvitsemamme tiedot hoito- ja palvelusuunnitelmista. Tiedonkeruulomakkeen kehittämisen aloitimme miettimällä, mitkä ovat tutkimustehtävämme, eli mihin haluamme vastata tutkimuksellamme. Teimme mittarista sellaisen, josta saimme vastaukset haluamiimme tutkimustehtäviin. Suunnittelimme mittaria yhdessä lehtori Jari Jokisen kanssa. Taustatietoja (1.-7.) halusimme kerätä siihen siltä varalta, että jos niistä löytyisi merkittäviä tuloksia analysointivaiheessa. Loput kysymykset (8.-13.) ovat niitä, joista saimme vastaukset tutkimustehtäviimme. Kysymykset olivat valinta- ja monivalintakysymyksiä. Viimeisestä kysymyksestä teimme avoimen, jotta saisimme tarkempaa tietoa siitä, millaisia tarpeita hoito- ja palvelusuunnitelmiin oli kirjattu.

### **4.3 Tutkimusaineistojen analyysit**

Tutkimuksessamme on sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Kvantitatiivisen analysoinnin teimme Webropol 3.0 raportointityökalua apuna käyttäen. Tulokset esitämme prosentteina ja frekvensseinä (n). Kvalitatiivista tutkimusaineistoa analysoimme deduktiivisella sisällönanalyysillä ja kvantifioimalla aineiston. Tutkimuksen aineiston analyysi on tärkeä vaihe. Tutkimusongelmat ohjaavat tiukastikin, miten aineistoa käsitellään ja tulkitaan. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia tutkittaviin ongelmiin saadaan. (Hirsjärvi ym. 2014, 221-222.)

#### **4.3.1 Kvantitatiivisen aineiston analyysi**

Kvantitatiivista aineistoa analysoimme tilastollisin menetelmin prosentteja ja frekvenssejä käyttäen. Sisällönanalyysin menetelmällä voidaan analysoida dokumentteja. Dokumentti voi olla kirja, päiväkirja, artikkeli, haastattelu ja miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Sisällönanalyysin menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysin ohella puhutaan myös sisällön erittelystä, jolla tarkoitetaan dokumenttien analyysiä, jossa esimerkiksi tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi, 2018.) Aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa tarkastetaan aineistot ja niiden oikeellisuus. Toisessa vaiheessa täydennetään tietoja, jos tarvitsee. Kvantitatiivisen tutkimuksen kolmannessa vaiheessa aineisto muutetaan taulukkomuotoon. (Hirsjärvi ym. 2014, 221-222.)

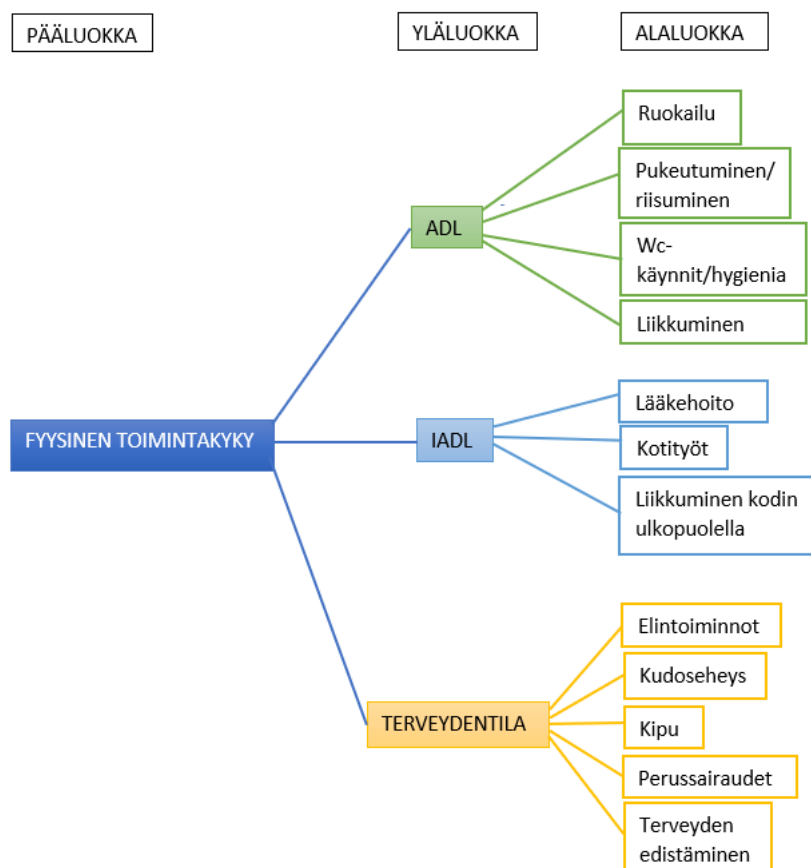
Kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa käytimme Webropol 3.0 -tilastointiohjelmaa, joka muutti keräämämme aineiston luvuiksi ja taulukoiksi. Ohjelman avulla vertailimme tuloksia ja keräsimme vastauksia tutkimustehtäviimme. Tulokset esitämme prosentteina ja frekvensseinä.

#### **4.3.2 Kvalitatiivisen aineiston analyysi**

Tutkimuksemme laadullisessa osiossa käytimme teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysia. Tämä tarkoittaa sitä, että aineiston analyysi luokitellaan aiempaan käsitejärjestelmään perustuen. Ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissä on analyysirungon muodostaminen. Analyysirunkoon muodostetaan aineistosta erilaisia kategorioita tai luokkia. Asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle, voidaan muodostaa uusiksi luokiksi. (Tuomi & Sarajärvi, 127-128).

Laadullisen analyysin aluksi muodostimme analyysirungon. Jaoin asiakkaiden ilmaisemat tarpeet pääluokkiin, joita olivat fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Fyysisen toimintakyvyn yläluokiksi valitsimme RAI-käsikirjan mukaisesti ADL ja IADL. Näiden yläluokien ulkopuolelle jäi tarpeita, joista muodostimme yläluokan terveydentila.

ADL-yläluokkaan kuuluvat päivittäiset perustoiminnot, joista muodostimme alaluokat. IADL-yläluokkaan kuuluvat kotityöt ja kodin ulkopuolella asiointi, joista muodostimme alaluokat. Terveydentilan alaluokiksi laitoimme terveydentilaan liittyvät tarpeet (kuvio 1.).



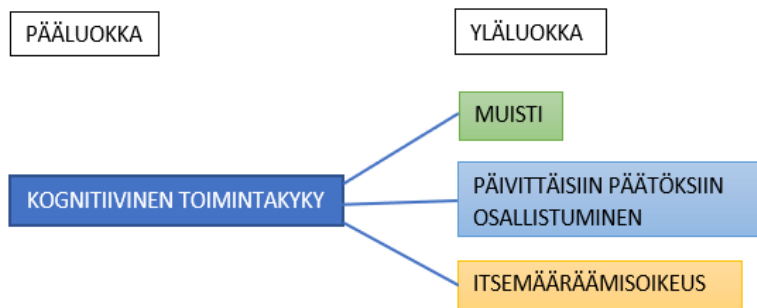
KUVIO 1. Fyysisen toimintakyvyn analyysirunko.

Psyykkisen toimintakyvyn yläluokiksi valitsimme mielialan ja turvallisuuden (kuvio 2.) Yläluokat valikoituivat RAI:ta mukaillen. Fyysiseen toimintakykyyn verrattuna muilla toimintakyvyn osa-alueilla oli huomattavasti vähemmän tarpeita, joten niihin emme tehneet alaluokkia.



KUVIO 2. Psyykkisen toimintakyvyn analyysirunko.

Kognitiivisen toimintakyvyn yläluokiksi valitsimme muistin, päivittäisiin päätöksiin osallistumisen sekä itsemääräämisoikeuden (kuvio 3.)



KUVIO 3. Kognitiivisen toimintakyvyn analyysirunko.

Sosiaalisen toimintakyvyn yläluokiksi valitsimme osallistumisen ja vuorovaikutuksen (kuvio 4.)



KUVIO 4. Sosiaalisen toimintakyvyn analyysirunko.

Deduktiivisen sisällönanalyysin jälkeen kvantifioimme aineiston. Kvantifioinnissa aineistosta lasketaan, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy aineistossa (Tuomi & Sarajärvi, 135.) Teimme excel-taulukon tarpeista, jossa jaoin ne pää-, ylä- ja alaluokkiin. Jaottelun jälkeen laskimme tarpeiden frekvenssit eri luokissa eli kuinka monta tarvetta liittyy fyysiseen toimintakykyyn, sen pääluokkiin ADL, IADL ja terveydentila sekä niiden alaluokkiin, esimerkiksi ruokailu, liikkuminen, kotityöt, kudosseheys ja terveyden edistäminen. Osa tarpeista esiintyy useissa eri alaluokissa, koska esimerkiksi tarve “selviytyä päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti” sisältää kaikki ADL-päälukokan alaluokat.

#### 4.3.3 Tarpeiden määrittely eri toimintakyvyn osa-alueisiin

Tiedonkeruulomakkeeseen olimme jaotelleet asiakkaiden tarpeet fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mukaan. Osa tarpeista sisälsi useampia toimintakyvyn osa-alueita. Hoito- ja palvelusuunnitelmista 36:ssa oli hoidon tarpeita, joita emme luokitelleet eri toimintakyvyn osa-alueisiin, koska niistä ei voinut olla varma, mihin ne kuuluvat, esimerkiksi “Haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään”. Tähän tarpeeseen voi liittyä kaikki toimintakyvyn osa-alueet tai vain jokin niistä. Näihin vastauksiin olemme laittaneet eri toimintakyvyn kohtiin “0”.

Omatoimisuuteen liittyvissä tarpeissa ei useinkaan ollut mainittu, mihin toimintakyvyn osa-alueeseen ne liittyvät. Niissä tapauksissa määrittelimme ne fyysiseen toimintakykyyn liittyviksi, koska niissä lähes aina mainittiin fyysisiä toimintoja. Toisaalta emme voineet tietää, liittyikö niihin myös esimerkiksi psyykkiseen toimintakykyyn liittyvää tarvetta. Esimerkiksi "Omatoimisuuden ylläpito kotiaskareissa mahdollisimman pitkään, vuoteen petaus itsenäisesti" määriteltiin fyysiseksi, vaikka ne voivat olla myös kognitiivista tai psyykkistä toimintakykyä koskevia tarpeita. RAI-järjestelmässä fyysiseen toimintakykyyn luokiteltaviin IADL-toimintoihin kuuluvat kotityöt, joten tälläkin perusteella kotiaskareisiin liittyvät tarpeet määriteltiin fyysisiksi.

Lääkehoitoon liittyvät tarpeet, kuten "Lääkehoidon toteutuminen" päätimme määritellä fyysiseksi tarpeeksi, koska RAI-järjestelmässä "lääkehoito" kuuluu IADL-toimintoihin. Kuitenkin tarpeen "turvallinen lääkehoito" määrittelimme sekä psyykkiseksi että fyysiseksi, koska RAI-järjestelmässä käsite "turvallisuus" liittyy psyykkiseen toimintakykyyn.

#### **4.3.4 Luokittelemattomat tarpeet**

Hoito- ja palvelusuunnitelmista 36:een oli kirjattu hoidon tarpeita, joita emme luokittelleet eri toimintakyvyn osa-alueisiin, koska ne oli vaikeaa määritellä mihinkään toimintakyvyn osa-alueeseen kuuluvaksi. "Halu asua kotona"-tyyppiset tarpeet olivat kuitenkin merkittävän iso osa asiakkaiden kirjatusta tarpeista, joten koimme tärkeäksi nostaa asian esille. Pohdimme näiden luokittelemattomien tarpeiden analysoinnin mahdollisuuksia, mutta koska niitä oli jäänyt suuri osa määrällisen osion tulosten ulkopuolelle, analysointi ei olisi ollut luotettavaa. Siksi päädyimme mainitsemaan asiasta ilman analysointia.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Esitämme tutkimustulokset tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä. Alussa esitämme taulukon, jossa näkyy hoito- ja palvelusuunnitelmissa ilmaistut taustatiedot. Tutkimustehtävien tuloksia on havainnollistettu kuvioilla ja taulukoilla.

## 5.1 Hoito- ja palvelusuunnitelmista analysoidut taustatiedot

Hoito- ja palvelusuunnitelmista kerätyt taustatiedot esitetään taulukossa (taulukko 1). Molemmissa yksiköissä naisia oli enemmän kuin miehiä. Diagnosoitua muistisairautta oli yksikkö A:ssa enemmän kuin yksikkö B:ssä. Omakotitalo ja rivitalo olivat yleisimmät asumismuodot. Enemmistö asiakkaista oli yksin asuvia. Taustatiedoissa ei ollut tutkimuksemme kannalta merkittäviä eroja, joten emme ottaneet niitä mukaan analysoitavaan aineistoon.

*TAULUKKO 1. Hoito- ja palvelusuunnitelmista kerättyjen taustatietojen jakaantuminen yksiköiden välillä*

Taustatiedot	Yksikkö A	Yksikkö B
Miehet	37,1% (n=23)	38,5% (n=30)
Naiset	62,9% (n=39)	61,5 (n=48)
Mediaani ikä	84 vuotta	85,5 vuotta
Diagnosoitu muistisairaus	51,6% (n=32)	33,8% (n=26)
<b>Siviilisäätty</b>		
Naimaton	27,4% (n=17)	19,4% (n=15)
Naimisissa	8,1% (n=5)	23,4% (n=18)
Leski	46,8% (n=29)	46,8% (n=36)
Asumuserossa	0% (n=0)	0% (n=0)
Eronnut	17,7% (n=11)	9,1% (n=7)
Avoliitossa	0% (n=0)	1,3% (n=1)



### Asumismuoto

Omakotitalo	45,3% (n=24)	28,2% (n=22)
Rivitalo	39,6% (n=21)	53,9% (n=42)
Kerrostalo	15,1% (n=8)	3,9% (n=3)
Muu	0% (n=0)	14,1% (n=11)

### Asumisjärjestelyt

Asuu yksin	87% (n=54)	62% (n=48)
Asuu puolison tai avopuolison kanssa	6% (n=4)	22% (n=17)
Asuu puolison/avopuolison ja muun/muiden kanssa	0% (n=0)	0% (n=0)
Asuu lapsen kanssa(ei puolison/kumppanin)	3% (n=2)	3% (n=2)
Asuu vanhemman/vanhempien tai holhoojan/huoltajan kanssa	3% (n=2)	0% (n=0)
Asuu sisaruksen tai sisarusten kanssa	0% (n=0)	0% (n=0)
Asuu muiden sukulaisten kanssa	0% (n=0)	0% (n=0)
Asuu muiden tai muun kuin sukulaisen/ sukulaisten kanssa	0% (n=0)	15% (n=12)

---

## 5.2 Asiakkaan tarpeiden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa

Taulukossa 2 esitetään, kuinka monessa hoito- ja palvelusuunnitelmien kokonaismäärästä oli kirjattu yksi tai enemmän asiakkaan omia tarpeita. Kokonaismäärästä (n=140) oli asiakkaan tarpeita kirjattu 87%:ssa (n=122) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Asiakkaan tarpeita ei ollut kirjattu 13%:ssa (n=18) hoito- ja palvelusuunnitelmista.

## TAULUKKO 2. Asiakkaan tarpeiden kirjausten esiintyvyys hoito- ja palvelusuunnitelmissa

Vastaus	%	Lukumäärä
Kyllä	87	122
Ei	13	18

### 5.3 Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattujen asiakkaan tarpeiden esiintyminen toimintakyvyn eri osa-alueilla

Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut asiakkaiden tarpeet jaettiin fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Seuraavissa taulukoissa esitetään kirjattujen tarpeiden esiintyvyys eri toimintakyvyn osa-alueilla.

#### 5.3.1 Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut fyysiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet

Taulukossa 3 näkyy fyysiseen toimintakykyyn liittyvien tarpeiden määrä. Fyysiseen toimintakykyyn liittyviä tarpeita ei ollut kirjattu 34%:ssa (n=42) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Ainoastaan yksi fyysiseen toimintakykyyn liittyvä tarve oli 22%:ssa (n=27) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvää tarvetta oli kaksi 18%:ssa (n=22) hoito- ja palvelusuunnitelmista ja 11%:ssa (n=13) oli kolme. Fyysiseen toimintakykyyn liittyviä tarpeita oli kirjattu neljä tai enemmän 15 %:ssa (n=18) hoito- ja palvelusuunnitelmista.

TAULUKKO 3. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvien kirjausten määrä hoito- ja palvelusuunnitelmissa

Tarpeiden määrä	%	Lukumäärä
0	34	42
1	22	27
2	18	22
3	11	13
4 tai enemmän	15	18

### 5.3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet

Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvien tarpeiden kirjattu määrä näkyy taulukossa 4. Psyykkisiä tarpeita ei ollut kirjattu yhtään 74%:ssa (n=89) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Yksi psyykkinen tarve oli kirjattu 24%:ssa (n=29) hoito- ja palvelusuunnitelmista ja vain muutamaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan oli kirjattu kaksi tarvetta. Yhteenkään hoito- ja palvelusuunnitelmista ei ollut kirjattu kolmea tai useampaa psyykkistä tarvetta.

TAULUKKO 4. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvien kirjausten määrä hoito- ja palvelusuunnitelmissa

Tarpeiden määrä	%	Lukumäärä
0	74	89
1	24	29
2	2	3
3	0	0
4 tai enemmän	0	0

### 5.3.3 Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet

Taulukko 5 esittää kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvien tarpeiden kirjattua määrää. Tähän liittyviä tarpeita ei ollut kirjattu 90%:ssa (n=108) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Yksi kognitiivinen tarve oli 9%:ssa (n=11) hoito- ja palvelusuunnitelmista kirjattuna. Kolme tarvetta oli kirjattu 1%:ssa (n=1) hoito- ja palvelusuunnitelmista.

TAULUKKO 5. Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvien kirjausten määrä hoito- ja palvelusuunnitelmissa

Tarpeiden määrä	%	Lukumäärä
0	90	108
1	9	11
2	0	0
3	1	1
4 tai enemmän	0	0

#### 5.3.4 Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet

Taulukossa 6 näkyy sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvien tarpeiden määrä. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä tarpeita ei ollut kirjattu 84%:ssa (n=102) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Yksi sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvä tarve oli 15%:ssa (n=19) hoito- ja palvelusuunnitelmista. Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kaksi tarvetta liittyen sosiaaliseen toimintakykyyn. Missään hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei ollut kolmea tai useampaa sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvää tarvetta.

TAULUKKO 6. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvien kirjausten määrä hoito- ja palvelusuunnitelmissa

Tarpeiden määrä	%	Lukumäärä
0	84	102
1	15	19
2	1	1
3	0	0
4 tai enemmän	0	0

#### 5.4 Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut asiakkaiden tarpeet

Esitämme tutkimustulokset toimintakyvyn osa-alueiden mukaan. Tuloksissa on esimerkkejä hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatusta asiakkaiden tarpeista.

Laadullisen analyysin tuloksena (taulukko 7) hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattuja fyysiseen toimintakykyyn liittyviä tarpeita oli huomattavasti enemmän kuin muihin toimintakyvyn osa-alueisiin liittyviä tarpeita. Eniten tarpeita oli ADL-toimintoihin liittyen (n=90), toiseksi eniten terveydentilaan liittyen (n=81) ja kolmanneksi eniten IADL-toimintoihin liittyen (=70). Eniten tarpeita oli kirjattu alaluokista ruokailuun, liikkumiseen ja perussairauksiin liittyen. Vähiten tarpeita oli kirjattu kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyen. Alaluokista osallistuminen (sosiaalinen toimintakyky) ja itsemääräämisoikeus sekä päivittäisiin päätöksiin osallistuminen (kognitiivinen toimintakyky) sisälsivät vähiten hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattuja tarpeita.

TAULUKKO 7. Toimintakyvyn eri osa-alueille kirjattujen tarpeiden määrä luokittain

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka	Yhteensä
<b>Fyysinen toimintakyky</b>			<b>241</b>
	<b>ADL</b>		<b>90</b>
		Ruokailu	29
		Pukeutuminen/riisuminen	10
		WC-käynnit/hygienia	24
		Liikkuminen	27
	<b>IADL</b>		<b>70</b>
		Lääkehoito	24
		Kotityöt	22
		Liikkuminen kodin ulkopuolella	24
	<b>Terveydentila</b>		<b>81</b>
		Elintoiminnot	8
		Kudoseheys	13
		Kipu	13
		Perussairaudet	25
		Terveyden edistäminen	22
<b>Psyykkinen toimintakyky</b>			<b>33</b>
	<b>Mieliala</b>		21
	<b>Turvallisuus</b>		12
<b>Kognitiivinen toimintakyky</b>			<b>20</b>
	<b>Muisti</b>		9
	<b>Päivittäisiin päätöksiin osallistuminen</b>		4
	<b>Itsemääräämisoikeus</b>		7
<b>Sosiaalinen toimintakyky</b>			<b>24</b>
	<b>Osallistuminen</b>		7
	<b>Vuorovaikutus</b>		17

#### 5.4.1 Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet

Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät ADL-tarpeet liittyvät ruokailuun, pukeutumiseen/riisumiseen, wc-käynteihin/hygieniaan sekä liikkumiseen. Ruokailuun liittyvissä tarpeissa korostuivat esimerkiksi terveellinen ruokavalio ja itsenäinen ruokailu. Pukeutumiseen ja riisumiseen liittyvissä tarpeissa

korostui omatoiminen pukeutuminen. Wc-käynteihin ja hygieniaan liittyvissä tarpeissa toistui oma-toiminen hygienian hoito. Liikkumiseen liittyvissä tarpeissa esiintyi toistuvasti liikuntakyvyn säilyminen ennallaan sekä turvallinen liikkuminen.

*"Otan jääkaapista ruokaa."*

*"Syö säännöllisesti terveellistä ruokaa ja valmistaa/lämmittää ruuat itse."*

*"Pukee itse niin paljon kuin pystyy, laittaa kengät itse jalkaan."*

*"Asiakas ottaa hoidon tavoitteeksi, ettei kusi kastele housuja."*

*"Liikkuu ulkona vähintään kerran päivässä."*

*"Liikkuminen ja pyörätuolista siirtyminen esteetöntä ja turvallista, jotta kaatumisia ei tapahtuisi."*

*"Omatoiminen liikkuminen säilyy, vie roskapussin itse ja hakee postin laatikosta."*

Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät IADL-tarpeet liittyivät lääkehoitoon, kotitöihin ja liikkumiseen kodin ulkopuolella. Lääkehoidossa korostuivat lääkkeiden oton varmistaminen sekä turvallinen lääkehoito. Kotitöissä yleisimmät tarpeet liittyivät ruuanlaittoon ja kotiaskareisiin. Kodin ulkopuolella liikkumiseen liittyviä tarpeita olivat esimerkiksi säännöllinen ja turvallinen ulkoilu sekä itsenäinen kauppasiointi.

*"Hoitajat huolehtivat lääkkeet, että tulee oikein."*

*"Että lääkkeet tulee saaduksi."*

*"Voinnin kohoneminen niin, että pystyy kulkemaan vesijumpassa."*

*"Omatoimisuuden ylläpito kotiaskareissa mahdollisimman pitkään. Vuoteen petaus itsenäisesti. Ulkoilu voinnin mukaan."*



Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät terveydentilan tarpeet liittyivät elintoimintoihin, kudoseheyteen, kipuun, perussairauksiin sekä terveyden edistämiseen. Elintoiminnoissa toistui tarve, että verenpaineet ja verensokeri pysyisivät hoitotasolla. Kudoseheyteen liittyviä tarpeita olivat ihon hoito ja haavojen paraneminen. Kipuun liittyvissä tarpeissa toistui kipujen pysyminen hallinnassa. Perussairauksiin liittyvä tarve koski diabeteksen hoitoa. Terveyden edistämiseen liittyvät tarpeet koskivat terveydentilan paranemista ja säilymistä sekä alkoholinkäytön vähentämistä.

*"Vs, RR ja Inr pysyvät hoitotasolla."*

*"Saisi haavan paranemaan ja saa apua tarvittaessa."*

*"Säärihaavat parantuisivat."*

*"Nivelrikkokivut pysyvät hallinnassa."*

*"Saada itsensä ja jalkansa kuntoon. Pystyy liikkumaan ilman suuria kipuja."*

*"Diabetes pysyy hoitotasolla."*

*"Diabetes pysyy hallinnassa ja vs hoitotasolla."*

*"Haluaa tulla terveeksi"*

*"Nykyisen toimintakyvyn ja terveyden säilyttäminen mahd. pitkään, että pystyisi asumaan kotona."*

*"Oluen käytön vähentäminen."*

*"Alkon käyttö loppuisi."*

#### **5.4.2 Psykkiseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet**

Psykkisen toimintakyvyn yläluokat ovat mieliala ja turvallisuus. Mielialaan liittyvissä tarpeissa toistui mielialan säilyminen hyvänä sekä keskustelu ja kuuntelu. Turvallisuuden tarpeina nousi esille kotona asumisen turvallisuus ja turvallisuuden tunteen säilyminen.

*“Mieli pysyy virkeänä. Kokee kotona asumisen turvallisena.”*

*“Positiivinen ja iloinen elämänasenne säilyisi.”*

*“Kotona pärjääminen turvallisesti mahdollisimman pitkään.”*

*“Asiakas kokee tärkeänä hoitajien käynnit, tuo turvallisuuden tunnetta.”*

#### **5.4.3 Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet**

Kognitiivisen toimintakyvyn yläluokat ovat muisti, päivittäisiin päätöksiin osallistuminen ja itsemääräämisoikeus. Muistiin liittyvissä tarpeissa nousi esille muistin muutosten ja heikentymisen seuranta sekä esimerkiksi lääkärikäyntien muistaminen ajallaan. Päivittäisiin päätöksiin osallistumisessa tarpeissa korostui asiakkaan tukeminen ja neuvominen asioiden, esimerkiksi raha-asioiden hoidossa. Itsemääräämisoikeuden tarpeita olivat mahdollisuus itsenäiseen toimintaan ja itsenäiseen päätöksentekoon.

*“Tarvitsee apua ja neuvoa myös paperiasioissa. Itse haluaa mahdollisimman paljon hoitaa asioita, mutta tarvitsee tukea toimiakseen oikein.”*

*“Muistin mahdollisen heikentymisen huomioiminen. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.”*

*“Käy hänelle varatuilla lääkäri ja muilla käynneillä ajallaan.”*

#### **5.4.4 Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät tarpeet**

Sosiaalisen toimintakyvyn yläluokkia ovat osallistuminen ja vuorovaikutus. Osallistumisessa korostui kodin ulkopuolinen toiminta ja siihen osallistuminen. Myös sosiaalisten suhteiden ylläpito nousi esille. Vuorovaikutukseen liittyvissä tarpeissa nousi esille keskustelu, kuuntelu ja kykeneminen sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden kanssa.

*“Kokee, että pärjäisi ilman kotihoidon käyntejä, mutta on kiva, kun kotihoidon työntekijät käyvät kerran viikossa jutustelemassa.”*

*“Säännölliset käynnit päivätoiminnassa.”*

*“Jaksaisi pitää yllä sosiaalisia kontakteja.*

*Saisi ulkoiluystävän, jonka kanssa ulkoilla ja käydä asioilla.”*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tutkimustulokset osoittivat, että hoito- ja palvelusuunnitelmista suurimpaan osaan (87%) oli kirjattu asiakkaan tarpeita. Kuitenkin 13% hoito- ja palvelusuunnitelmista (n=18) ei sisältänyt asiakkaan tarpeita lainkaan. Tällöin hoidon onnistumista ja palvelukokonaisuuden hyödyllisyyttä asiakkaan elämänlaadun ja toimintakyvyn tukemisessa voi olla näissä tapauksissa vaikea arvioida, koska hoito- ja palvelusuunnitelmaa pitäisi tarkistaa tai päivittää asiakkaan tarpeiden muuttuessa (Päivärinta & Haverinen 2002, 46). Asiakkaan tarpeiden puuttuminen saattaa johtua siitä, ettei asiakkaan yksilöllisiä tarpeita osata tunnistaa (Turjamaa ym. 2014) tai edes asiakas itse ei osaa niitä eritellä (Parsons & Parsons 2012). Parsons ja Parsonsin (2012) mukaan ikääntyneet kotihoidon asiakkaat tarvitsevat usein hoitajien apua voidakseen asettaa tavoitteita hoitonsa suunnittelussa. Asiakkaan tarpeiden puuttuminen hoito- ja palvelusuunnitelmista voi johtua myös siitä, etteivät hoitajat ole tietoisia asiakkaiden mielenkiinnon kohteista tai mahdollisista harrastuksista (Eloranta ym. 2010), jolloin yksilöllisiä tarpeita voi olla hankala kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Toinen merkittävä tulos oli fyysiseen toimintakykyyn liittyvien tarpeiden suuri määrä verrattuna muihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Tulokset olivat yhdenmukaisia määrällisessä ja laadullisessa analyysissä. Turjamaa ym. (2014) raportoivat tutkimuksessaan samansuuntaisia havaintoja. Heidän tutkimuksessaan hoito- ja palvelusuunnitelmat keskittyivät fyysiseen toimintakykyyn liittyviin tarpeisiin ja olivat tehty enemmän hoitajan näkökulmasta kuin asiakkaan. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvien tarpeiden korostuminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa voi johtua siitä, että kotihoidon asiakkaat ovat iäkkäitä (asiakkaiden mediaani-ikä 84-85,5) ja monisairaita, jolloin he tarvitsevat paljon apua fyysiseen toimintakykyyn liittyvissä asioissa. Toisaalta tarpeiden painottuminen fyysiseen toimintakykyyn voi myös selittyä kotihoidon niukoilla resursseilla, jolloin ei välttämättä ole tarpeeksi aikaa perehtyä asiakkaan tilanteeseen ja tarpeisiin kokonaisvaltaisesti. Toinen selittävä tekijä saattaa olla kotihoidon työntekijöiden vaihteleva perehtyneisyys kokonaisvaltaisen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmia tekevät ovat koulutukseltaan lähahoitajia ja sairaanhoitajia, joten asiakkaiden tarpeiden painottuminen fyysiseen toimintakykyyn voi liittyä myös koulutuksessa korostuvaan sairauksien hoitoon ja fyysisen toimintakyvyn tukemiseen. Tohmolan (2015) pro gradussa gerontologisen hoitotyön opettajat kuvasivat, että keskeisimmät opetuksen sisällöt ovat sairauspainotteisia ammattikorkeakouluissa.

Kolmas asia, jonka haluamme nostaa esiin tutkimuksessamme on asiakkaiden tarpeiden kuvailu. Asiakkaiden tarpeet olivat joko hyvin ympäröityjä, kuten ”kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään”, tai hyvin yksityiskohtaisia, kuten ”pikkuaskareiden tekeminen kotona, roskien kerääminen, pedin petaaminen, vaatteiden vaihto”. Suurin osa ikääntyneistä haluaa asua kotonaan mahdollisimman pitkään, joten on ymmärrettävää, että hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa tämä tavoite nousee esille. Uuden työntekijän tullessa kotihoitoon hänen voi olla vaikea kuitenkin hahmottaa, mitä omatoimisuuden tukeminen tai kotona pärjääminen juuri sen asiakkaan kohdalla tarkoittaa. Heinolan (2007) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata asiakkaan yksilölliset tavoitteet konkreettisesti.

Johtopäätökset:

- Suurimpaan osaan hoito- ja palvelusuunnitelmista oli kirjattu yksi tai useampi tarve
- Hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut asiakkaiden hoidon tarpeet painottuivat fyysiseen toimintakykyyn.
- Osa tarpeista oli vaikeasti tulkittavissa

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksenteossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä toteutuu tutkimuksessamme esimerkiksi rehellisinä toimintatapoina, eettisesti kestävinä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelminä sekä avoimuutena tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, viitattu 4.4.2020.)

Erilaisten eettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen tutkijan vastuulla. Tutkimuksen tuloksilla voidaan kehittää käytäntöä ja sitä myöten ikäihmisten laadukasta hoitoa ja palveluita. Tutkimuksen eettisyys vaatii huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyön jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen yksityiskohtainen suunnittelu, toteutus ja raportointi kuuluvat myös hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24.) Tutkimuseetiikan lisäksi on otettava huomioon yksityisyyttä sekä tekijänoikeuksia koskeva lainsäädäntö (Vilka, 2007, 91).

Tutkimussuunnitelmaa tehdessä hyödynsimme kotihoitoyksikkö A:n tiimivastaavan asiantunte-  
musta hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyen, sekä lehtori Jari Jokisen asiantuntemusta liittyen tie-  
donkeruulomakkeen tekoon. Silloiselta ohjaajaltamme yliopettaja Eija Niemelältä saimme ohjausta  
esimerkiksi aiheen valintaan ja tutkimustehtävien muodostamiseen liittyen.

Riippumatta aineistonhankintamenetelmästä tarvitaan tutkimuslupa kaikkiin tutkimuksiin, kehittä-  
mishankkeisiin ja opinnäytetöihin, joissa käsitellään Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden asiak-  
kaita. Henkilötietojen rekisterinpitäjänä toimii Oulun kaupungin hyvinvointilautakunta. Tutkimuksen  
säilyttäminen, hävittäminen ja arkistointi tapahtuvat terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) oh-  
jeiden mukaan. (Oulun kaupunki, 2019, viitattu 8.5.2019.)

Aloitimme tutkimusaineiston keräämisen tutkimusluvan saatuamme. Tutkimuksessa havain-  
noimme valmiita hoito- ja palvelusuunnitelmia. Tutkimuksessamme emme mainitse kotihoitoyksi-  
köiden sijaintia ja tiedonkeruulomakkeeseen ei tullut henkilötunnisteita, joten tutkimuksen kohteena  
olevat yksilöt ja yksiköt pysyvät tuntemattomina tutkimusta tarkasteleville. Aineiston keruu tapahtui  
kotihoiton yksiköissä sairaanhoitajan läsnä ollessa, eikä aineistoa viety niiden ulkopuolelle. Hen-  
kilötietojen käsittelylle tulee aina olla tietosuojaa-asetuksen 6 artiklan mukainen käsittelyperuste  
(Raivo & Lempinen 2020, 11).

Tutkimuksen reliaabelius ja validius kuvaavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuutta. Tutki-  
muksen reliaabelius tarkoittaa tutkimustulosten luotettavuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksemme luo-  
tettavuutta lisäsi se, että laadimme tiedonkeruulomakkeen huolellisesti ja standardoidusti, jolla tar-  
koitetaan vakioituja kysymysmuotoja. Pyrimme keräämään aineiston systemaattisesti ja johdon-  
mukaisesti. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne ja Paavilainen 2013, 131-133; Hirsjärvi ym.  
2014, 231.) Tutkimusaineisto koostui 140 hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Otokoko on riittävän  
suuri, jotta tulokset ovat luotettavat. Aineisto on kerätty vain kahdesta kotihoiton yksiköstä, jotka  
sijaitsevat maantieteellisesti lähekkäin. Tällöin tulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä muihin  
kotihoiton yksiköihin. Toisaalta tutkimuksemme tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia aiempiin  
tutkimuksiin nähden.

Aineiston keräämistä vaikeutti se, ettemme saaneet lupaa päästä etukäteen katsomaan, minkälai-  
sia hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat. Hoito- ja palvelusuunnitelmien tutkiminen etukäteen olisi  
auttanut meitä miettimään etukäteen yhteneväisiä määrittelyitä erilaisille tarpeille. Tiedonkeruulo-

makkeen laadimme RAI:n mallipohjaa apuna käyttäen sekä testasimme tiedonkeruulomakkeen toimivuuden. Aineistoa kerätessä selvisi, että kahden eri kotihoitoyksikön hoito- ja palvelusuunnitelmat olivat erilaisia, ja nimenomaan asiakkaiden tarpeet oli kirjattu eri tyylillä. Ryhmästämme kaksi keräsi aineiston yksikössä A ja yksi keräsi aineiston yksikössä B. Määrittelyä ja sitä kautta tulosten luotettavuutta olisi lisännyt se, että olisimme yhdessä keränneet aineistot molemmista yksiköistä.

Analyysirunkoa tehdessämme luokittelimme tarpeet eri toimintakyvyn osa-alueisiin. Tässä vaiheessa tuli välillä vaikeuksia muistaa, miten olimme määritelleet tarpeet tiedonkeruulomakkeita täyttäessämme. Osa tarpeista voikin olla eri lailla määritelty määrällisessä ja laadullisessa osiossa, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Jotkut tarpeista olivat vaikea määrittellä tiettyyn toimintakyvyn kuuluviksi, ja osan määrittelimmekin useampaan kuuluviksi. Jälkikäteen ajateltuna, tiedonkeruulomaketta täytettäessä meidän olisi kannattanut samalla kirjata itsellemme ylös, mihin toimintakyvyn olemme minkäkin tarpeen laittaneet.

Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen laatua ja pätevyyttä. Tutkimuksen validiteetti voidaan varmistaa niin, että tutkimuksen tulokset vastaavat asetettuihin tutkimusongelmiin. Havainnoimalla itse aineistoa aineistonkeruulomakkeen kysymysten pohjalta varmistimme, että tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Ronkainen ym. 2013, 131-132; Hirsjärvi ym. 2014, 231.) Analysointia tehdessä palasimme usein tutkimustehtäviin, ja keskityimme vastaamaan tutkimuksellamme juuri niihin.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut vaikuttavat merkittäväällä tavalla tutkimuksen luotettavuuteen. Siksi tutkijan täytyy itse arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jatkuvasti suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkijan tulee selittää tutkimustekstissä, miksi hän on päätenyt tiettyyn valintaan, mitä ratkaisuja hän on sen vuoksi päätenyt tekemään ja miten hän on päätenyt lopullisiin ratkaisuihin. Tutkijan täytyy myös arvioida ratkaisujen toimivuutta tai tarkoituksenmukaisuutta tavoitteiden kannalta. (Vilka 2015, 196-197.)

Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa jouduimme tekemään erilaisia valintoja, tulkintoja ja ratkaisuja. Pyrimme tekemään valinnat niin, etteivät ne heikentäisi tutkimuksen luotettavuutta. Tiedostimme tulkintamme vaikuttavan tutkimuksen luotettavuuteen, mutta pyrimme saamaan aina yhdenmukaisen tulkinnan asiasta ryhmämme jäsenten kesken.

### 6.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksemme tavoitteena oli, että tutkimustulokset herättäisivät kotihoidon työntekijöiden huomion siihen, että hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyisi asiakaslähtöisyys. Tavoitteena oli myös asiakaslähtöisen työn tukeminen ja edistäminen kotihoidon yksiköissä.

Tutkimustulokset esittelemme kotihoidon yksiköiden esimiehille. Teemme tuloksista myös koosteen, joka jää yksiköiden käyttöön. Kotihoidon yksiköt voivat hyödyntää tutkimuksemme tuloksia jatkossa tehdessään hoito- ja palvelusuunnitelmia sekä toteuttaessaan tavoitteiden mukaista hoitoa. Kotihoidon yksiköiden työntekijät voivat kiinnittää huomiota siihen, että asiakkaan yksilölliset tarpeet tulisivat kartoitetuksi, laadituksi ja toteutetuksi jokaiselta toimintakyvyn osa-alueelta. Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehty hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeisin asiakkaan hoitoa ohjaava tekijä. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma takaa asiakkaan hoidon yhdenmukaisuuden ja jatkuvuuden, vaikka hoidon antajat vaihtuisivatkin. (Heinola 2007, 26-27.)

Tuloksissa näkyi, että osaan hoito- ja palvelusuunnitelmista ei ollut kirjattu lainkaan asiakkaan hoidon tarpeita. Tämä tulos voi auttaa kotihoidon työntekijöitä kiinnittämään huomiota siihen, että jokaisen asiakkaan tarpeet kirjataan jatkossa hoito- ja palvelusuunnitelmiin ja että niitä päivitetään asiakkaan tarpeiden muuttuessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä yhdessä asiakkaan kanssa on tärkeää auttaa ikääntynyttä asiakasta huomaamaan omat hoidon tarpeensa, koska asiakas ei välttämättä osaa itse eritellä niitä (Parsons & Parsons 2012).

”Omatoimisuuden säilyminen” ja muut tämän tyylliset tarpeet ovat vaikeasti määriteltäviä. Tarpeisiin olisi hyvä lisätä konkreettinen esimerkki, miten siihen päästään. Tässäkin tulisi huomioida asiakkaan omat voimavarat ja toiveet sekä fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen että sosiaalisen toimintakyvyn osalta. Hyvän tavoitteen rakentamiseen voidaan käyttää esimerkiksi SMART-laatukriteerejä, jotka tekevät tavoitteen selkeäksi ja toteutettavaksi sekä mahdollistavat toteutumisen arvioinnin (ILKKA-hanke, viitattu 24.2.2020). Tutkimustuloksemme voivat auttaa kotihoidon työntekijöitä laatimaan jatkossa konkreettisempia ja tavoitteellisempia tarpeita hoito- ja palvelusuunnitelmiin yhdessä asiakkaiden kanssa.



Tulevia tutkimuskohteita voisi olla, miten RAI:sta saatuja tietoja hyödynnetään hoito- ja palvelusuunnitelmissa sekä miten hoito- ja palvelusuunnitelmien asiakaslähtöinen tarkistus ja päivitys toteutuvat. Lisäksi voisi tutkia hoitajien kokemuksia hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisestä, toteuttamisesta ja arvioinnista.

#### **6.4 Oma oppimisprosessi**

Ammatillisen kasvun näkökulmasta tämän tutkimustyön tavoitteena meille opiskelijoille oli oppia arvioimaan ja valikoimaan kriittisesti näyttöön perustuvaa tietoa sekä kehittää oman alan työelämää ja työyhteisöjen toimintaa. Tätä tutkimusta tehdessämme olemme oppineet kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttöä ja analysointia sekä näyttöön perustuvan tiedon kriittistä arviointia. Olemme oppineet laatimaan tiedonkeruulomakkeen ja käyttämään tilastointityökaluja.

Ryhmäprosessi on ollut sekä haastavaa että antoisaa. Välimatkat ja aikataulut ovat välillä tuottaneet haasteita yhdessä tekemiseen ja paljon olemmekin työskennelleet vastuualueet jaettuamme jokainen itsenäisesti. Työnjako on mennyt melko sujuvasti. Olemme pyrkineet jakamaan aiheita mielenkiinnon ja osaamisen mukaan. Olemme kokeneet, että vahvuutemme ja näkemyksemme ovat täydentäneet toisiaan ja ryhmätyöskentelystä on siten ollut suuri etu tässä prosessissa. Olemme oppineet työskentelemään ryhmässä pitkäkestoisesti yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Näistä kokemuksista on varmasti hyötyä työelämässä.

Tämän prosessin myötä olemme oppineet ymmärtämään, että yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakkaan hoidon perustana kotihoidossa. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen vaatii hoitohenkilökunnan kouluttamista sekä resursseja sen tekemiseen. Ammattilaisina voimme hyödyntää tutkimuksemme tuomaa tietoa ja olla kehittämässä hoito- ja palvelusuunnitelmiin perustuvaa asiakaslähtöistä hoitotyötä.

## LÄHTEET

Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2010. Home care from the perspective of older clients and their professional carers. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 51, 180-184. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016749430900260X?via%3Dihub>.

Finne-Soveri, H. 2015. Ymmärrä RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Viitattu 8.5.2019. [https://thl.fi/documents/920256/1449649/6\\_Finne-Soveri\\_YMMÄRRÄ.pdf/](https://thl.fi/documents/920256/1449649/6_Finne-Soveri_YMMÄRRÄ.pdf/).

Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita, 130-144.

Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa Heinola, R. (toim.) *Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Vaajakoski: Gummerus, Stakes oppaita 70, 26-29.

Heinola, R. & Luoma, M. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola, R. (toim.) *Asiakaslähtöinen kotihoito – Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Vaajakoski: Gummerus, Stakes oppaita 70, 36-51.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. *Tutki ja kirjoita*. Porvoo: Bookwell Oy.

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: Wsoy, 42-56.

Ikonen, E-R. 2015. *Kehittyvä kotihoito*. Helsinki: Edita.

ILKKA-hanke. Tavoitteen rakentaminen SMART-laatuksien avulla. Ilmastonkestävän kaupungin suunnitteluopas. Viitattu 30.5.2019. [https://ilmastotyokalut.fi/files/2014/07/ILKKA\\_smart\\_tyokaluu.pdf](https://ilmastotyokalut.fi/files/2014/07/ILKKA_smart_tyokaluu.pdf)

Kehusmaa, S. & Hammar, T. 2019. Kahdeksan faktaa vanhuspalvelujen tilasta. Viitattu 24.4.2019. <https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta?redirect=https%3A%2F%2Fthl.fi%2Ffi%2Fetu->

sivu%3Fp\_p\_id%3D101\_INSTANCE\_tcsSJTqcGI0N%26p\_p\_lifecycle%3D0%26p\_p\_state%3Dnormal%26p\_p\_mode%3Dview%26p\_p\_col\_id%3Dcolumn-2-1-3%26p\_p\_col\_pos%3D1%26p\_p\_col\_count%3D2

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita.

Lyyra, T. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T. Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 16-28.

Lyyra, T. & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: Wsoy, 58-73.

Notkola, I-L. 2015. ReTki-rekisteritutkimuksen tukikeskus. Viitattu 24.3.2019. <https://rekisteritutkimus.wordpress.com/rekisteritutkimus/>

Parsons, J. G. M. & Parsons, M. J. G. 2012. The effect of a designated tool on person-centred goal identification and service planning among older people receiving homecare in New Zealand. *Health and Social Care in the Community* 20(6), 653–662. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01081.x

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Stakes.

Raivo, P. & Lempinen, P. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020.pdf. Viitattu 21.3.2020.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ruoppila, I. 2002. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 119-150.

Sivistyssanakirja. Viitattu 30.5.2019. <https://www.suomisanakirja.fi/tavoite>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.3.2019. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 10.4.2019 ja 16.4.2019. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Suutama, T. 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, H. & Suutama, T. (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki. WSOY, 76-108.

Suutama, T. & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 116-128.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Yleistä luvan hakemisesta. Viitattu 8.5.2019. <https://thl.fi/tilastoliite/tutkimuskaytto/Lupaohje.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a. Viitattu 3.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017. Viitattu 11.4.2019. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon-asiakkaat/kotihoidon-asiakkaat-marraskuussa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 16.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b. Vanhuspalvelujen tila. Viitattu 16.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

<https://www.slideshare.net/THLfi/kotihoidon-ja-ymprivuorokautisen-hoidon-toimintatavat-2018-118997643>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tohmola, A. 2015. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta, opetusmenetelmät ja koulutuksen tulevaisuuden haasteet. Pro Gradu –tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Oulun yliopisto, 43.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality on home care. Väitöskirja. Dissertations in Health Sciences 255. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio, 44.

Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A-M. 2014. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? Scandinavian Journal Of Caring Sciences 2015, 29, 317-324. doi: 10.1111/scs.12165.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 4.4.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vernerinen 2019. Ikääntymisen määrittely. Viitattu 27.3.2019.  
<https://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. Wsoy, 124-144.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. Wsoy, 8.

## LIITE 1

### Opinnäytetyön tiedonkeruulomake

#### 1. Yksikkö

- A  
 B

#### 2. Sukupuoli

- mies  
 nainen

#### 3. Ikä (vuotta)

#### 4. Siviilisääty

- naimaton
- naimisissa
- leski
- asumuserossa
- eronnut
- avoliitossa

#### 5. Asumismuoto

- omakotitalo
- rivitalo
- kerrostalo
- muu

#### 6. Asumisjärjestelyt

- asuu yksin
- puolison tai avopuolison kanssa
- puolison/avopuolison ja muun (muiden) kanssa
- lapsen kanssa (ei puolison tai kumppanin kanssa)
- vanhemman/vanhempien tai holhoojan/huoltajan kanssa
- sisaruksen tai sisarusten kanssa
- muiden sukulaisten kanssa
- muun tai muiden kuin sukulaisen (sukulaisten) kanssa

#### 7. Onko asiakkaalla diagnosoitua muistisairautta?

- Kyllä
- Ei

**8. Onko hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattu asiakkaan omia tarpeita?**

- kyllä
- ei

**9. Montako fyysiseen toimintakykyyn liittyvää tarvetta hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 tai enemmän

**10. Montako psyykkiseen toimintakykyyn liittyvää tavoitetta hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 tai enemmän



**11. Montako kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvää tarvetta hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 tai enemmän

**12. Montako sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvää tarvetta hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 tai enemmän

**13. Millaisia tarpeita hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu?**