

Tiia-Maria Malminen & Henna Sokura

**KOTKAN KOTIHOIDON
TILAPÄISEN ASIAKKAAN
TOIMINTAKYVYN HUOMIOIMINEN
HOITO- JA
PALVELUSUUNNITELMASSA**

Opinnäytetyö
Sairaanhoidajakoulutus

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Tiia-Maria Malminen Henna Sokura	Sairaanhoitajakoulu- tus	Huhtikuu 2018
Opinnäytetyön nimi		
Kotkan kotihoidon tilapäisen asiakkaan toimintakyvyn huomi- oiminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa		71 sivua 3 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kotkan kaupunki / Sara Haimi-Liikkanen		
Ohjaaja		
Lehtori Sari Engelhardt		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka Kotkan kotihoidon tilapäisen asiakkaan toimintakykyä kuvataan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tavoitteena on tutkia kuvaavatko hoitajat toimintakyvyn arviointia hoito- ja palvelusuunnitelmissa, ja onko hoitajien kirjaaminen Kotkan kaupungin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisohjeiden mukaista.</p>		
<p>Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja seuraaminen ovat monesta näkökulmasta tärkeitä. Vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki edellyttää, että ikääntyneen henkilön palvelutarpeiden selvittämisen alaisuuteen kuuluu ikääntyneen toimintakyvyn arviointi monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakyvyn arviointi on lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä. Arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, mitkä ovat henkilön omat voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja missä hän suoriutuu itsenäisesti. Tämän jälkeen voidaan tehdä konkreettiset ja selkeät hoidon ja palveluiden tavoitteet.</p>		
<p>Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin teoriatietoa ikääntyneiden toimintakyvyn osa-alueista ja niiden arvioinnista Kotkan kaupungin kotihoidossa. Teoriapohjan ja hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisohjeiden pohjalta luotiin analyysivaiheessa käytettävän analyysirungon, joka sisältää jokaisesta toimintakyvyn osa-alueesta kirjattavat ja huomioitavat asiat. Toisessa vaiheessa analysoitiin toimeksiantajalta saadut, analyysiin sopivat, hoito- ja palvelusuunnitelmat deduktiivisella sisällönanalyysillä.</p>		
<p>Tutkimustuloksista ilmeni, että asiakkaiden toimintakykyä ja sen arviointia oli kirjattu yleisellä tasolla, mutta toimintakykyjen eri osa-alueisiin ei juurikaan oltu perehdytty. Hoitajien kirjaaminen ei ollut valtaosin kirjaamisohjeiden mukaista, eikä toimintakykyä arvioivaa. Huomioitavaa tutkimuksessa oli se, että Kotkan kotihoidolla oli tutkimuksen tekovaiheessa 31 tilapäistä asiakasta, mutta vain kymmenelle oli laadittu lain vaatima hoito- ja palvelusuunnitelma.</p>		
Asiasanat		
Ikääntyneet, toimintakyky, kotihoito, hoitosuunnitelma, palvelusuunnitelmat		

Authors Tiia-Maria Malminen Henna Sokura	Degree Bachelor of Health Care	Time April 2018
Thesis Title Recording of functioning capability temporary client's care and service plan in city of Kotka		71 pages 3 pages of appendices
Commissioned by City of Kotka / Sara Haimi-Liikkanen		
Supervisor Sari Engelhardt		
Abstract <p>The purpose of this thesis was to define how the functioning capacity of a temporary client in home care is described in the care and service plan in city of Kotka. The aim is to examine whether the nurses describe the evaluation of functioning capacity in care and service plans, and whether the records kept by nurses are in accordance with the recording guidelines set for the city's management and service plans.</p> <p>Evaluating and monitoring the ability of a home care customer to function is important for many reasons. The Old Age Service Act, which entered effect in 2013, requires that an elderly person's needs for service be assessed by based on the ability of an elderly person performance in a variety of ways and be assessed by reliable assessment tools. The evaluation of functional capacity is the starting point of the care and service plan. The result of the evaluation gives an idea of what the clients own resources are, what they need and where he or she is performing independently. After this, concrete and clear goals for care and services can be made.</p> <p>In the first phase of the thesis, theoretical background related to activities of the elderly was collected and explored how functional capacity are assessed in home care in the city of Kotka. Based on the theoretical basis of the documentation and the care and service plans, an analytical framework was done for the analysis phase, which includes the aspect to consider for each functional area. In the second phase, analytical, management and service plans obtained from the client were analyzed by deductive content analysis.</p> <p>The results of the study showed that customers' ability to function and its evaluation were recorded in general terms, but there were hardly any entries in the various functional areas. Nurses' recordings were not in accordance with the registration guidelines and did not address the ability to function. One observation in the study was that Kotka's home care had 31 temporary clients at the time of the research, but only ten had had the required care and service plan.</p>		
Keywords Elderly, performance, homecare, care and service plan		

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	6
2	KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Ikääntynyt	7
2.2	Ikääntyneiden toimintakyvyn merkitys kotona asumiselle	7
3	KOTIHOITO	9
3.1	Kotihoidon tilapäiset asiakaskäynnit	11
3.2	Kotihoidon palvelutarpeen arviointi	11
4	TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI	14
4.1	RAVA-mittari toimintakyvyn arvioinnin tukena	16
4.2	Fyysinen toimintakyky ja arviointi.....	18
4.3	Kognitiivinen toimintakyky ja arviointi.....	20
4.4	Psyykinen toimintakyky ja arviointi.....	23
4.5	Sosiaalinen toimintakyky ja arviointi	25
4.6	Voimavaralähtöinen toimintakyky ja arviointi	28
5	HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA	31
5.1	Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kriteerit	32
5.2	Toimintakyvyn kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa.....	33
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	36
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	36
7.1	Tutkimusmenetelmä	37
7.2	Aineiston analyysi	38
8	TULOKSET.....	41
8.1	Alue A.....	41
8.2	Alue B.....	42
8.3	Alue C.....	45
9	POHDINTA	48
9.1	Tulosten tarkastelu	49

9.1.1	Fyysinen toimintakyky	49
9.1.2	Kognitiivinen toimintakyky	53
9.1.3	Psyykkinen toimintakyky	55
9.1.4	Sosiaalinen toimintakyky	56
9.1.5	Voimavarakartoituksen yhteenveto	57
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	59
9.3	Kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita	61
LÄHTEET.....		63

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka Kotkan kotihoidon tilapäisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa kuvataan toimintakyvyn osiota. Olemme rajanneet aiheemme koskemaan Kotkan kotihoidon ikääntyneitä asiakkaita, joilla on tilapäiset palvelut. Opinnäytetyössämme perehdymme toimintakyvyn arvioinnin näkyvyyteen hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Terveiden ja hyvinvointi laitoksen ylläpitämän Sotkanet.fi tilastotietojen mukaan Kotkan kotihoidon asiakaskunta koostuu suurimmilta osilta vuosina 2013–2015 yli 75-vuotiaista. Vuonna 2015 suurin asiakaskunta oli juuri 75 vuotta täyttäneet ja alle 64-vuotiaita asiakkaita oli noin 50 henkilöä. (Sotkanet 2017.)

Opinnäytetyössämme hyödynnämme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää deduktiivisella sisällönanalyysilla. Analysoimme vuoden 2018 Kotkan kotihoidon tammikuun aikaisten tilapäisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia. Analysointivaiheessa kiinnitämme huomiota toimintakyvyn näkyvyyteen, sen arviointiin ja hoitajien kirjaamiseen toimintakyvyn saralta.

Teoreettisessa viitekehyksessä käymme läpi keskeiset käsitteet, jotka ovat nousseet aiheessamme käsiteltävien väitöskirjojen pohjalta. Tässä työssä ne ovat ikääntynyt ja ikääntyneiden toimintakyvyn merkitys kotona asumiselle. Käymme läpi myös kotihoidon, kotihoidon tilapäiset asiakaskäynnit, kotihoidon tukipalvelut ja palvelutarpeen arvioinnin. Lisäksi käymme läpi eri toimintakyvyn osa-alueita ja niiden arviointiin käytettäviä mittareita. Toimintakyvyn osa-alueiden arvioinnin mittarit ovat valittu Kotkan kaupungin kotihoidon käyttämän mallin mukaisesti. Teoreettisessa viitekehyksessä käymme läpi myös hoito- ja palvelusuunnitelman, sillä se on yksi kotihoidon keskeisin asia.

Valitsimme aiheen, sillä toinen tämän työn tekijöistä on ollut työntekijänä kotihoidossa, ja mielenkiintomme yleisesti ikääntyneiden toimintakyvyn arviointia kohtaan on suuri. Haluamme tällä työllä myös lisätä omaa sekä hoitajien tietämystä ikääntyneiden toimintakyvyn monitahoisuudesta, erilaisista toimintakyvyn arviointimahdollisuuksista sekä ennen kaikkea tukea toimintakyvyn huomiointista hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Ikääntynyt

Käytämme opinnäytetyössämme termiä ”ikäntynyt”, jolla tarkoitamme henkilöä, joka on yli 65-vuotias. Oulun yliopiston Gasel-hankkeessa tulee esille, että ikääntyneellä henkilöllä ei ole yksiselitteistä määritelmää. Ikääntyminen on moniulotteinen kokonaisuus, joka tutkimuksessa joudutaan usein rajoittamaan kronologiseen ikään. Useimmissa länsimaissa ikääntyneen määritelmä liittyy työelämästä poistumiseen ja eläke-etuuksien alkamiseen noin 65 ikävuoden tienoilla. (Oulun yliopisto 2015.) Taloustutkimus Oy:n vuonna 2013 tehdyn tutkimuksen mukaan vanhuuden määrittelemisen on suhteellista. Tutkimukseen osallistuneista nuorimmat vastaajat arvioivat vanhuuden alkavan 65-vuotiaana ja vanhimpien vastaajien arvioilta vasta 80-vuotiaana. (Rahkonen & Mäkinen 2013.)

Suomen lainsäädännössä ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä joko alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen aiheuttamana (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980).

2.2 Ikääntyneiden toimintakyvyn merkitys kotona asumiselle

Ikääntymisen myötä koti nousee päivittäisen elämän keskiöksi. Koti sisältää ikääntyneelle ihmisenä olemiseen ja kokemiseen liittyviä merkityksiä, ja se mielletään ihmisineen, esineineen ja ympäristöineen paikkana, johon ikääntyvien arki ja elämänhistoria kiinnittyvät tapahtumina, muistoina ja sosiaalisina suhteina. (Kelo ym. 2015, 77.)

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluiden (ns. vanhuspalvelulaki) pyrkimyksenä on muokata kunnan palvelurakenteita niin, että ikääntyneiden pitkäaikainen hoito- ja huolenpito voitaisiin toteuttaa valtaosin ikääntyneiden omassa kodissa (Kelo ym.

2015, 77). Etenkin toimintakyvyn heiketessä ympäristön merkitys ikääntyneelle korostuu (Ikonen 2008, 10). Tämä haastaa ammattilaisia, asiakkaita sekä heidän läheisiään ajattelemaan toisin kotona asumisesta ja kotiin tuotavista palveluista (Kelo ym. 2015, 77). Sanerma (2009) haluaakin väitöskirjassaan muistuttaa, että vaikka kodit ovat kotihoidon työntekijöiden fyysinen työympäristö, niin ikääntyneiden kotiin meneminen on aina niin sanotusti astumista ikääntyneen ihmisen yksityiselle maaperälle.

Toimintakyvyn osa-alueita on neljä; fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen. Mikäli jokin toimintakyvyn osa-alue heikkenee, toimintakyky kokonaisuudessaan huononee ja ikääntyneen kyky selvitä arjesta vaikeutuu (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16). Kuitenkin ikääntyneelle koti on ideaalinen ympäristö toimintakyvyn parantamiseksi ja voimavarojen ylläpitämiseksi (Heinola 2007, 42), sillä kun ikääntyneen toimintakyky heikkenee, ympäristön ja esineiden tuttuus lisäävät turvallisuuden tunnetta. Kodin koetaan merkitysevän ikääntyneelle paikkaa, jossa kokemus omasta itsestä säilyy myönteisenä pidempään, siitäkin huolimatta, että voimavarat vähenevät. (Sanerma 2009.) Ikääntyneen toimintakyky vaikuttaa keskeisesti kodin asumisturvallisuustason vaatimukseen. Asiakaslähtöinen toimintamalli vahvistaa asumisturvallisuutta, jonka avulla ikääntynyt ja hänen omaisensa pääsevät osallistumaan hoidon- ja huolenpidon suunnitteluun ja päätöksentekoihin. (Hämäläinen ym. 2013, 26–30.)

Ikääntyneiden toimintaa kotona rajoittavat toimintakyvyn heikentymisen lisäksi myös elinympäristö. Suurin osa asunnoista on rakennettu aikana, jolloin ei edellytetty asunnon soveltumista ikääntyneelle tai liikuntarajoitteiselle ihmiselle. Kuitenkin on huomattu, että ikääntyneet suhtautuvat usein kielteisesti asunnon muutostöihin ja niihin käytettävät varat tuntuvat herkästi tuhlaukselta. Haasteita syntyy, kun muutostöitä tehdessä on keskityttävä asuntojen asuttavuuden ja toimivuuden parantamiseen huomioiden myös ikääntyneen ihmisen tarpeet ja mielipiteet. (Hämäläinen ym. 2013, 26–30.)

Viime vuosina sosiaali- ja terveysalalla on alettu kiinnittämään huomiota enemmän ikääntyneiden kotona asumiseen. Sen sijaan, että ikääntyneet siirtyisivät automaattisesti laitoshoidon, on alettu korostamaan kodin ja kotiin vie-

tävien palveluiden tärkeyttä. Sixsmith ym. (2014) kertovat *ageing-in-place* ajattelumallista, sen pääajatuksena on korostaa kotona tarvittavan tuen tärkeyttä, sekä resursseja, joiden avulla ikääntynyt pystyy asumaan omassa kodissaan, ja olemaan osana omaa yhteisöään.

Ageing-in-place ajattelumallissa olennaista on siis ikääntyneiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn huomioiminen, sekä yhteiskunnallinen tarve tukea ikääntyneiden kotona asumista. Suomen muistiasiantuntija ry:n toiminnanjohtaja Toljamo (2014) kertoo, *ageing-in-place* ajattelumallin tarkoittavan asumista tussa ympäristössä, vaikka ikääntyneen toimintakyvyn heiketessä palvelujen tarpeet muuttuisivatkin. Tämä antaa ikääntyneelle mahdollisuuden valita missä asua ja elää, sekä saada tarvittaessa tukea kotona asumiseen. Arvoiksi koetaan itsemääräämisoikeus, itsellisyys ja valinnanvapaus.

3 KOTIHOITO

Termi kotihoito on yleistynyt kuvaamaan yhdistettyä kotipalvelua ja kotisairaanhoidon. Kotihoidolla tarkoitetaan sellaisia kotiin annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka sisältävät sekä *kotipalvelun*, että *kotisairaanhoidon* (Kuntaliitto 2017). Nämä palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen, mutta voivat olla joko kunnan organisaatioiden tuottamia tai kunnan yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluina hankittuja (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.)

Kotihoidolla tarkoitetaan siis ennaltaehkäiseviä ja toimintakykyä edistäviä toimenpiteitä ja palveluita sekä kotipalvelua ja kotisairaanhoidon asiakkaiden kodeissa. Palvelut toteutetaan asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä tukien ja ohjaten sekä tuetaan selviytymään omatoimisesti päivän askareista ja hoitotoimenpiteistä. (Kotkan kaupunki 2015.)

Sosiaalihuoltolaissa *kotipalvelulla* tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totuttuun elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluja annetaan alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella. (Sosiaalihuoltolaki 19. §.)

Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan asiakkaalle kotiin vietävää sairaanhoitoa. Kotisairaanhoito sisältää muun muassa erilaiset lääkärin määräämät sairaanhoidon toimenpiteet, kuten asiakkaan voinnin seuranta ja arviointi, lääkehoito, näytteiden ottaminen ja erilaiset mittaukset (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Kotisairaanhoidon järjestäminen määritellään terveydenhuoltolain 25 pykälässä, jonka mukaan kunta on vastuussa alueensa asukkaiden kotisairaanhoidon järjestämisestä. Kotisairaanhoito on tilapäistä tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista moniammatillista sairaanhoidon palvelua. Palvelua voidaan tuottaa esimerkiksi asiakkaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa. (Terveydenhuoltolaki 25. §.)

Kotihoidon tavoitteena on auttaa ihmistä selviytymään kotona riippumatta siitä, onko avun tarve väliaikainen vai pysyvä. Hoidon lähtökohtina ovat asiakkaan ongelma-alueet hoidossa, yksilölliset tarpeet sekä asiakkaan ja kotihoidon työntekijän välinen vuorovaikutus. (Kotkan kaupunki 2015, 3). Kotihoidon avulla tuetaan ikääntyneiden, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden selviytymistä kotona tai palvelutaloissa, jolloin pitkäaikaishoito laitoksissa vähenee. Kotihoidon avulla mahdollistetaan viiveetön sairaalasta kotiutuminen ja turvataan myös sairaalajakson jälkeinen jatkohoito. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.)

Kotihoidon palvelut tarjoavat ikääntyneelle luotettavaa ja henkilökohtaista apua arjessa selviytymisessä. Kotihoidon periaatteina voidaan pitää muun muassa seuraavia (Fagerström 2008):

1. Kodin luominen turvalliseksi ja kodikkaaksi.
2. Luottamuksellista ja rehellistä toimintaa.
3. Toiminta on asiakaslähtöistä ja voimavaroja tukevaa.
4. Toiminta on asiakasta kunnioittavaa ja oikeudenmukaista.
5. Toiminta on ammattitaitoista.

Kotihoito on moniammatillista yhteistyötä tekevä tiimi. Kotihoidossa työskentelee terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia. Tarvittaessa asiakkaan hoitoon osallistuvat myös fysioterapeutti ja toimintaterapeutti, diabeteshoitaja, jalkahoitaja, psykologi, sosionomi, sosiaalityöntekijä. Myös yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin edustajat, esimerkiksi potilas-

ja vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakuntien työntekijät osallistuvat tarvittaessa ja asiakkaan suostumuksella tiimin toimintaan. (Ikonen & Julkunen 2007, 20.)

3.1 Kotihoidon tilapäiset asiakaskäynnit

Kotihoidossa on kahdenlaisia asiakkuuksia, säännöllisiä kotihoidon palveluita saava, sekä tilapäisiä kotihoidon palveluita saava. Tilapäistä kotihoitoa tarvitsevien asiakkaiden palvelun tarve on harvemmin kuin kerran viikossa tai pääsääntöisesti kestää alle kuukauden. Asiakkaiden toimintakyky on alentunut siten, että he eivät selviydy tilapäisesti ilman apua jokapäiväisistä toiminnoista tai tarvittava apu on vähäistä. Palvelun tarkoitus on auttaa asiakkaita kuntoutumaan tilapäisestä toimintakyvyn alenemisesta ja tukea asiakkaan omatoimista selviytymistä kotona. (Kotkan kaupunki 2015.)

Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 13. §.)

Asiakkaan toimintakyky arvioidaan yhteisellä toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnilla. Annetut palvelut voivat vaihdella merkittävästi toimintakyvyn muutosten yhteydessä. Kotihoito tekee tilapäiskäynnin esimerkiksi tapauksissa, jossa asiakkaan tarvitsemaan hoitoon (esim. ompeloiden poisto leikkaushaavasta tai laboratoriotutkimukset, lääkehoito) pääsy edellyttää sairaalakuljetuksen käyttöä tai asiakkaan on vaikea päästä asunnostaan saattajan auttamakin (Kotkan kaupunki 2015.)

3.2 Kotihoidon palvelutarpeen arviointi

Ikääntyneen henkilön palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan toimintakyvyn kokonaisvaltaista selvittämistä ja arjesta suoriutumisen kattavaa, moniammatillista ja monipuolista arviointia sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä sosiaalitu- kien saamiseksi (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä

iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 15. §). Ikääntyneen väestön palvelujen käyttö liittyy voimakkaasti fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn, ikään, yksin asumiseen, asuin- ja elinympäristöön, sosiaalisten verkostojen toimivuuteen ja läheisten tarjoamaan apuun (Vaaramaa & Kaitasaari 2002, 134 – 141).

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista määrittää 15 § seuraavasti: *Kunta vastaa siitä, että iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa.*

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista määrittää myös pykälässä 15, että palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun:

1. *lääks henkilö on hakeutunut sosiaalihuoltolain 36 § tarkoitettuun palvelutarpeen arviointiin.*
2. *lääks henkilö on tehnyt kunnalle sosiaalipalveluja koskevan hakemuksen saadakseen sosiaalipalveluja toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämäntoiminnoista.*
3. *Sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilön tarjoaman toiminnan yhteydessä on yhdessä iäkkään henkilön kanssa arvioitu, että hän tarvitsee säännöllisesti apua toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista.*
4. *Jos iäkkään henkilön palvelutarpeesta on tehty ilmoitus terveydenhuollon ammattihenkilön, kunnan sosiaalitoimen, alueen pelastustoimen, hätäkeskuksen tai poliisin toimesta.*
5. *Kunnan järjestämiä sosiaalipalveluita säännöllisesti saavan iäkkään henkilön olosuhteissa tapahtuu olennaisia muutoksia.*

Arviointia tehtäessä asiakkaalle on selvitettävä hänen yleis- ja erityislainsäädäntöön perustuvat oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot palvelujen toteuttamisessa ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla

on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava siten, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. Arviointia tehtäessä on kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja otettava huomioon hänen toiveensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa. Ikääntyneen väestön palvelutarpeen selvitystä tehtäessä on lisäksi noudatettava mitä vanhuspalvelulaissa säädetään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus vanhuspalvelulaista 40. §.)

Niin kutsuttu vanhuspalvelulaki määrittää, että merkittävin palvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttava tekijä ei ole ikä, vaan henkilön toimintakyky. Tosin, mitä korkeamman iän ihminen saavuttaa, sen todennäköisempää kuitenkin on, että hänen toimintakykynsä ja jaksamisensa heikkenee. Yksinäisyys, puutteelliset elinolot, vakavat sairaudet, kunnollisten ihmissuhteiden puuttuminen sekä yksin asuminen altistavat erilaisten palvelujen tarpeelle. (Heikkilä & Parpo 2002, 79.)

Kelo ym. (2015, 76) kertovat kirjassaan, että vanhuspalvelulain kulmakivenä on muokata kunnan palvelurakenteita niin, että ikääntyneiden pitkäaikainen hoito- ja huolenpito voitaisiin toteuttaa pääosin kotona tai kodinomaisessa asuinympäristössä. Tämä haastaa ammattilaisia ajattelemaan toisin kotona asumisesta.

Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on luoda ikääntyneelle henkilölle edellytykset toimia ja päättää asioistaan itsenäisesti ja turvallisesti. Lisäksi tavoitteena on turvata ikääntyneelle oikea-aikaisesti annetut palvelut tehokkaan ennaltaehkäisyyn, varhaisen tuen sekä ongelmiin ja riskitekijöihin puuttumisen avulla. Tavoitteena on myös auttaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia hahmottamaan korjaavien toimenpiteiden sekä tarvittavien palveluiden määrää ja luonnetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Palvelutarpeen arvioinnissa on syytä korostaa päätöksentekijän ammatillista vastuuta siitä, että hän toimii eettisten ohjeiden mukaisesti ikääntyneen parhaaksi. Jokaisella ikääntyneellä on oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Keskeisenä arvona voidaan pitää ihmisarvon kunnioittamista, johon kuuluu itsemääräämisoikeus, osallisuus, yksilöllisyys, turvallisuus ja oikeudenmukaisuus. Palvelutarpeen ar-

viinnissa ihmisarvon kunnioittamista voidaan vahvistaa asiakaslähtöisellä toimintakäytännöllä. Ihmisarvon kunnioittamista voidaan edistää ikääntyneen voimavarojen tunnistamisella ja niiden vahvistamisella voimavaralähtöisyyden periaatteiden mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kotihoidossa ikääntyneelle sovitaan kotikäynti palvelutarpeen arviointia varten ikääntyneen, hänen läheisensä tai kolmannen osapuolen yhteydenoton jälkeen. Jokaisella 75 vuotta täyttäneellä tai Kelan erityishoitotukea saavalla on oikeus palvelutarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän kuluessa. Kiireellisissä tapauksissa tarve on arvioitava viipymättä. (Kotkan kaupunki 2015.)

Palvelutarpeen arviointi on siis tilanne, jossa tarkastellaan ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn eri osa-alueita ja niiden toimivuutta, päivittäisistä toiminnoista suoriutumista sekä elämäntilannetta moniulotteisesti ja laaja-alaisesti. Lähtökohdiana on myös mahdollisen omaisen, kuten omaishoitajan, toimintakyvyn arviointi. Näin ollen saadaan selville tarkemmin missä asioissa ikääntynyt tarvitsee apua ja missä tilanteissa omaiset voivat avustaa. (Alatalo ym. 2014, 23.)

Kotihoidon hoitaja voi kartoittaa asiakkaan toimintakyvyn tilannetta haastatteleamalla ja havainnoimalla hänen toimintaansa, myöskin kuuntelemalla asiakkaan elämäntarinaa voidaan saada selville, millaisia voimavaroja hänellä on aikaisemmin ollut ja mitkä voimavarat ovat edelleen olemassa. Voimavarat auttavat ihmistä selviytymään elämässä, ne muodostavat perustan ihmisen toimintakyvylle. (Ikonen & Julkunen 2007, 90–91.)

4 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja seuraaminen ovat monesta näkökulmasta tärkeitä. Vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki edellyttää, että ikääntyneen henkilön palvelutarpeiden selvittämisen alaisuuteen kuuluu ikääntyneen toimintakyvyn arviointi monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelut 15. §.) Vuonna 2015 uusitussa Sosiaalihuolto-

laissa kiinnitetään myös entistä enemmän huomiota tuen ja palveluiden tarpeiden selvittämiseen, ja siten myös toimintakyvyn arviointi on entistä suuremmassa roolissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b).

Toimintakyky voidaan määrittää kahdella tavalla. Voimavaralähtöisessä toimintakyvyssä määritellään jäljellä olevan toimintakyvyn taso. Laajasti määritellen toimintakykynä voidaan pitää ihmisen selviytymistä jokapäiväisen elämän muutoksista, joka pitää sisällään fyysisen, sosiaalisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn. (Vaarama 2004, 145–149.)

Hartikainen & Lönnroos (2008, 100) huomauttavat, että toimintakyvyn tarkoituksellisuus riippuu tilanteesta ja tutkimusalasta. Toiminnan vajauksien syntyprosessia kuvaavassa mallissa toimintakyky jaotellaan kolmeen luokkaan: elinjärjestelmien toiminta (impairment), koko organismin toiminta (functional limitation) ja ihmisten toiminta suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksiin (disability).

Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin ikääntynyt henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista omassa asuin- ja toimintaympäristössään ja millaisissa asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on otettava huomioon ikääntyneen henkilön sosiaalinen-, fyysinen-, psyykinen- ja kognitiivinen toimintakyky sekä hänen asumisensa turvallisuuden, ympäristönsä esteettömyyteen ja lähipalvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 15. §.)

Toimintakyvyn arviointi on myös lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä. Arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, mitkä ovat henkilön omat voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja missä hän suoriutuu itsenäisesti. Tämän jälkeen voidaan tehdä konkreettiset ja selkeät hoidon ja palveluiden tavoitteet. (Päivärinta & Haverinen 2002, 77.)

Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään erilaisia mittauksia, mittareita, kyselyitä ja havaintoja (Hartikainen & Lönnroos 2008, 24). Päivittäisen toimintakyvyn (Activities of Daily Living, ADL) arviointiin on käypähoito -suositusten mukaan olemassa yli sata erilaista asteikkoa, joissa pyritään selvittämään tutkittavan

selviytymistä perustoiminnoissa kuten peseytymisessä, pukeutumisessa, liikumisessa sekä välineellisissä arkitoiminnoissa (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) talouden suunnittelussa, kodinhoidossa, matkustelussa, puhelimen käytössä, aterioiden valmistamisessa ja lääkkeitä huolehtimisesta sekä muista päivittäisistä asioista. Edellä mainituissa arviointivälineissä painopiste on usein ikääntyneen ihmisen fyysisessä toimintakyvyssä. (Pirttilä & Koponen 2010.)

Vaikkakin perinteisesti ikääntyneiden päivittäisistä toiminnoista selviytymistä tarkastellaan fyysisen toimintakyvyn lähtökohdista, on kuitenkin tärkeää muistaa myös psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen ulottuvuus. Toimintakyvyn eri puolet voidaan käsitteellisesti erottaa toisistaan mutta on tärkeää muistaa, että arkipäivän elämässä ne ilmenevät yhdessä. Siinä missä fyysinen toimintakyky vaikuttaa ikääntyneen psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, vaikuttaa psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn. Esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn heiketessä vähentyvät ikääntyneen mahdollisuudet ottaa osaa sosiaalisiin tilanteisiin kodin ulkopuolella. (Partala 2009, 15–17.)

4.1 RAVA-mittari toimintakyvyn arvioinnin tukena

RAVA®-mittari on ikääntyneen avun tarpeen ja toimintakyvyn mittari, joka on kehitetty perinteisten toimintakykyä, muistitoimintoja ja mielialaa mittaavien menetelmien pohjalta. RAVA-mittarin arvo, päiväys ja tekijän nimi kirjataan esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan (Päivärinta & Haverinen 2002, 77). Rava®-mittari on käytössä Etelä-Kymenlaakson kotihoidossa yhtenä asiakkaan toimintakykyä arvioivana työvälineenä (Kotkan kaupunki 2015).

Rava®-mittarin avulla arvioidaan siis asiakkaan avuntarvetta. Huomioitavaa on, että myös kaikki sanallinen ohjaus ja neuvonta lasketaan avuntarpeeksi, mikäli toiminto ei normaalisti tapahtuisi ilman tätä sanallista neuvontaa tai ohjausta. Arvion asiakkaan toimintakyvystä tekee aina asiakkaan omahoitaja. (FCG Finnish Consulting Group 2015a.)

RAVA®-mittarin avulla arvioidaan seuraavat ikääntyneiden toiminnot: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen sisätiloissa, virtsaaminen, ulostaminen, ruokaileminen, lääkehuollon toteuttaminen, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja orientaatio, mieliala ja käyttäytyminen. Mikäli asiakkaan arviointia tehdessä havaitaan muutoksia tai normaalista poikkeavaa, tehdään arvioinnin tueksi MMSE-testi sekä GDS-15 -testi (FCG Finnish Consulting Group 2015a.)

Rava®-arviointi tehdään aina nykyhetken mukaisessa ympäristössä, jossa ikääntynyt ihminen asuu tai on hoidossa arvioinnin tekohetkellä. Rava®-arviointi on ympäristösidonnainen, eli arviointiympäristö vaikuttaa arvioinnin tulokseen. Tämä tarkoittaa sitä, että kotiympäristössä tehty arviointi saattaa poiketa muussa ympäristössä, esimerkiksi palvelutalossa tehdystä arvioinnista. (FCG Finnish Consulting Group 2015a.)

Arvioinnin tuloksena ikääntynyt saa RAVA®-indeksin ja RAVA®-luokan, joka lasketaan tietokoneella. Indeksit ja luokitus kuvaavat ikääntyneen hoidon ja hoivan tarvetta. Indeksit vaihtelee välillä 1,29 – 4,03 (taulukko 1). Mitä pienempi luku on, sitä omatoimisempi ikääntynyt henkilö on. (Lähdesmäki & Vorananen 2009, 59.)

RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve
Luokka 1	1,29–1,49	Satunnainen
Luokka 2	1,50–1,99	Tuettu hoito
Luokka 3	2,00–2,49	Valvottu hoito
Luokka 4	2,50–2,99	Valvottu hoito
Luokka 5	3,00–3,49	Tehostettu hoito
Luokka 6	3,50–4,03	Täysin autettava

Taulukko 1. Arvioitu avun tarve RAVA®-luokittain (Finnish consulting group FCG 2015b).

Mikäli ikääntyneen toimintakyky vaihtelee suuresti, tehdään arviointi aina huomion vaihtoehdon mukaisesti. Näin pyritään varmistamaan se, että ikääntynyt saa juuri ne palvelut, jotka hän toimintakykynsä mukaisesti tarvitsee. (FCG Finnish Consulting Group 2015a.)

4.2 Fyysinen toimintakyky ja arviointi

Fyysinen toimintakyky on keskeinen osa terveellistä ja aktiivista ikääntymistä. Ikääntyneen liikuntakyky mielletään fyysisen toimintakyvyn avaintekijäksi. Hyvä fyysinen toimintakyky edellyttää psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoa. Saajanaho (2016) listaa tutkimuksessaan lukuisia riskitekijöitä liikuntakyvyn vähenemiselle ikääntyneiden keskuudessa, mukaan lukien korkea ikä (yli 80-vuotias), naissukupuoli, heikko sosioekonominen tilanne, monisairas ikääntynyt, elämäntapatekijät, fysiologiset tekijät (tulehdukset, ravitsemukselliset ääripäät), heikko sosiaalinen verkosto ja puutteellinen elinympäristö. Kuitenkin pienikin fyysisen toimintakyvyn ylläpito voi merkittävästi ylläpitää ikääntyneen mobiliteettia.

Heikkinen (2002, 30) pitää ikääntyneen henkilön fyysistä toimintakykyä elämänlaadun keskeisenä tekijänä, koska liikuntakyky ja fyysinen kunto mahdollistavat omassa kodissa selviytymisen, sosiaalisten kontaktien ylläpidon, sekä osallistumisen kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Tästä syystä, fyysisen toimintakyvyn ylläpidolla on merkitystä myös sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn.

Fyysinen toimintakyky ilmenee ihmisen kyynä selviytyä arjen päivittäisistä toiminnoista. Sillä tarkoitetaan esimerkiksi kykyä liikkua ja liikuttaa itseään, myös erilaiset aistitoiminnot kuten näkö ja kuulo mielletään fyysiseen toimintakykyyn (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a). Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaista on, millaisia muutoksia tapahtuu verenkierto-, hengitys- sekä tuki- ja liikuntaelimestössä. Liikkumiskyvyn heikentyminen johtaa ensin vaativimpien toimintojen (Advanced Activities of Daily Living, AADL) heikentymiseen (harrastukset, matkustaminen yms.) ja lopulta liikkumiskyvyn heikentyminen vaikeuttaa päivittäisistä perustoiminnoista (Activities of Daily Living, ADL) suoriutumista. (Voutilainen & Vaarama 2005, 6.)

Fyysinen aktiivisuus on tehokkain tapa ylläpitää fyysistä toimintakykyä ja näin ollen ennaltaehkäistä haitallisia fyysisiä toimintarajoitteita. Fyysinen aktiivisuus määritellään kehon liikkeeksi joka johtaa energiankulutukseen. Sen hyötyjä ja

etuja on raportoitu laajasti ja sen on todettu ehkäisevän sydän- ja verisuonisairauksia, ylläpitävän lihastoimintaa, kehon koostumusta, aineenvaihduntaa, luuston terveyttä ja auttavan psyykkistä toimintakykyä. (Saajanaho 2016, 35.)

Lähdesmäki ja Vornanen (2009, 57) korostavat kirjassaan fyysisen toimintakyvyn arvioinnin tärkeyttä. Sen avulla hoitohenkilökuntaan kuuluva työntekijä saa tietoa ikääntyneen päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä, tasapainosta, ylösnoususta, kävelystä, yläraajojen toiminnasta, ryhdistä, hengityksestä, ihon kunnosta, ravitsemuksesta, hygieniasta ja levosta. Arvioinnin avulla hoitaja pystyy kuvailemaan ikääntyneen fyysistä toimintakykyä ja tunnistamaan fyysiseen toimintakykyyn liittyvät voimavarat ja ongelmat. Tunnistaminen on välttämätöntä, jotta hoitaja voi tukea ikääntyneen fyysistä toimintakykyä tavoitteellisesti.

ICF-luokitus on kansainvälinen Maailman Terveysjärjestön WHO:n vuonna 2001 hyväksymä ”*Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen toimintakykyluokitus*”, jonka avulla voidaan kuvata toimintakykyä, terveyttä ja toiminnanvajauksia. ICF-luokitus on yleisesti toimintakyvyn arvioinnissa käytettävä mittaristo (WHO 2013). ICF-luokituksessa fyysinen toimintakyky sisältää kehon toiminnot ja rakenteet kokonaisuudessaan, sekä suorituksen ja osallistumisen alueelta pääluokat ”Kotielämä”, ”Itsestä huolehtiminen” ja ”Liikkuminen”. Kehon toiminnot ja niiden vajavuudet vaikuttavat ikääntyneen henkilön suoriutumiseen muun muassa kotiaskareissa ja itsestä huolehtimisen toiminnoissa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Etelä-Kymenlaaksossa ikääntyneiden fyysistä toimintakykyä arvioidaan tekeillä henkilölle Bergin-tasapainotestistä kohdat 1–5 (eli niin kutsuttu mukautettu Bergin testi) eli ikääntyneeltä henkilöltä testataan seuraavat toiminnot;

- istumasta seisomaan nousu
- siirtyminen (testattava siirtyy tuolista toiseen ja takaisin alkuperäiselle tuolille)
- seisominen silmät kiinni (10 sekuntia)
- esineen poimiminen lattialta (esine on asetettuna testattavan jalkojen edessä noin 15 cm päässä)
- kääntyminen 360 astetta.

Bergin tasapainotestissä mitataan jokapäiväisessä elämässä tarvittavien liikkeiden avulla henkilön kykyä ylläpitää tasapainoaan. Kokonaisuudessa testi sisältää 14 eri osiota. Testissä testataan myös edellä mainittujen lisäksi seisominen ilman tukea, istuutuminen, istuminen ilman tukea jalkapohjat lattialla, seisominen jalat yhdessä, seisten kurkottaminen eteen käsivarret ojennettuina, seisten kääntyen katsominen taakse, vasemmalle ja oikealle, seisominen jalat peräkkäin ilman tukea ja yhdellä jalalla seisomista. (Ikäinstituutti 2016, 20–26.) Pistemäärä testissä muodostuu asiakkaan toimintakyvyn mukaisesti, ja ilmaistaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa fyysisen toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä (Kotkan kaupunki 2015).

RAVA-mittarin avulla ikääntyneiden ihmisten fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida näön, kuulon, sisätiloissa liikkumisen, ruokailemisen ja peseytymisen saralta. Näön ja kuulon arvioinnissa käytetään normaali-heikentynyt-sokea/kuuro -asteikkoa. Sisätiloissa liikkumista arvioitaessa on otettava huomioon, liikkuuko asiakas ilman apuvälineitä, tarvitseeko hän apuvälineillä liikkessaan avustusta, onko hän kaatuileva, tai vuodepotilas. Asiakkaan ruokailusta arvioidaan, onko hänen ruokaileminen itsenäistä, vai tarvitseeko hän siinä avustusta, onko hänellä letkuruokinta, vai onko hän täysin syötettävä. Asiakkaan peseytymisessä arvioidaan, että suoriutuuko hän peseytymisestä itsenäisesti, vai tarvitseeko mahdollisesti avustusta tai ohjausta peseytymisestä suoriutumiseen. (FCG Finnish Consulting Group 2015b.)

4.3 Kognitiivinen toimintakyky ja arviointi

Kognitiiviset eli älylliset toiminnot ovat henkilön tiedonkäsittelyyn liittyviä toimintoja, jotka voidaan jakaa erilaisiin osa-alueisiin kuten tarkkaavaisuuteen, kielellisiin toimintoihin, toiminnanohjaukseen ja muistiin. Kognitiiviset toiminnot ovat päivittäisen elämän kannalta erittäin tärkeitä, koska heikentynyt kognitiivinen toimintakyky ilmenee vaikeuksina selvittää esimerkiksi muistia tai hahmottamista vaativista päivittäisistä toiminnoista esimerkiksi pukeutumisesta, kommunikoinnista tai ruoan laitosta. (Erkinjuntti ym. 2015, 18; Soininen & Hänninen 2015, 76–77; Pirttilä 2010, 341.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos määrittää kognitiivisen sanana, joka tarkoittaa tiedollista, tietoon perustuvaa, tiedon hankintaan, varastointiin ja käyttöön liittyvää toimintaa. Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat kaikenikäisillä monet tekijät kuten vireystila, mieliala, päivärytmi, elämäntilanne, stressi, aistitoiminnot (näkö, kuulo) sekä erilaiset psyykkiset ja somaattiset sairaudet. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Tilvis (2010, 33–34) kertoo, että yli 75 vuoden iässä kognitiivisten toimintojen heikkenemisen taso näyttää kiihtyvän, jonka seurauksena esimerkiksi puheen ymmärtäminen, ympäristön hahmottaminen ja havaintonopeus heikkenevät. Kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen huomataan erityisesti niiden toimintojen kautta, joita ikääntynyt ei enää käytä.

Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnilla muodostetaan kuva ikääntyneen henkilön tarkkaavaisuudesta, keskittymiskyvystä, orientaatiosta, muistista, toiminnanohjauksesta, arvostelu- ja päättelykyvystä, puheentuottamisesta ja ymmärtämisestä, kätevyydestä sekä havaintokyvystä (Pirttilä 2010, 341). Ikääntyneen kognitiivisen toimintakyvyn arvioimisen avuksi on kehitetty useita seulontatestejä, joista yksi käytetyimmistä on CERAD-tehtäväsarja (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease). CERAD tehtäväsarja koostuu yhdeksästä kognitiivisen toimintojen eri osa-alueista kartoittavasta tehtävästä, joista yksi on muun muassa MMSE-testi. (Hänninen & Pulliainen 2010, 362.)

Mini-Mental State examination eli MMSE on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu niin sanottu minitesti. Sen suorittaminen vie aikaa noin 10–15 minuuttia. Tehtävät heijastavat kielellisiä kykyjä, orientaatiota, mieleen painamista ja palauttamista, tarkkaavaisuutta, toiminnanohjausta, laskutaitoa ja hahmotuskykyä. (Suomen muistiasiantuntijat 2010). MMSE testissä on 19 kysymystä. MMSE testisarjassa tutkitaan ikääntyneen orientoitumista aikaan ja paikkaan, toistomuitia lyhyillä ja ytimekkäillä sanoilla, keskittymiskykyä laskutehtävän puitteissa, perustoimintoja (nimeäminen ja puhuminen), lukemisen ymmärtämistä, kirjoittamista ja piirtämistä. Testisarjassa osat kysymykset mielletään helpoiksi, mutta dementiaseulonnassa esimerkiksi orientaatiokysymykset ovat tärkeitä, sillä niistä saa jo kuvaa, onko ikääntyneellä vaikeutta arkipäivän muistissa. (Sulkava ym. 2007, 4.)

Parhaiten MMSE-testisarja sopii Alzheimerin taudin etenemisen seuraamiseen, erityisesti kun sairaus on edennyt keskivaikeaan vaiheeseen. Tällöin saadusta pistemäärästä voidaan tehdä karkeita johtopäätöksiä toimintakyvyn suhteen. MMSE-testisarjaa voidaan käyttää myös muiden muistisairauksien seurannassa, mutta silloin tulokset eivät välttämättä heijasta todellista arkipäivästä selviytymistä. (Sulkava ym. 2007, 3.)

MMSE-testi ei kuitenkaan yksin riitä, sillä jos ikääntyneellä on kyseessä lievä muistin tai muun tiedonkäsittelyn osa-alueen oire tai ikääntynyt on harjaantunut älyllisten kykyjensä käyttöön, saattaa testitulos olla normaali, vaikka toimintakyky on selvästi alentunut (Suomen muistiasiantuntijat 2010). Suomen Alzheimer -tutkimusseura on osoittanut, että MMSE-pistemäärä voi usein olla normaalin rajoissa, vaikka ikääntyneellä löytyykin tarkemmissa tutkimuksissa selvä alkavaan muistisairauteen liittyvä älyllisen toiminnan heikentymä tai häiriö. Vuonna 2008 julkaistussa asiantuntijasuosituksessa (Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt) tuli esille, että kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa perinteinen MMSE-tutkimus ei ole tarpeeksi herkkä tunnistamaan muistisairauksien varhaisvaiheen muutoksia ja CERAD-testisarja katsottiin soveltuvan paremmin ensivaiheen arviointimenetelmäksi. (Suhonen ym. 2008, 9-21.)

CERAD-tehtäväsarjaan kuuluvat tehtävät arvioivat sekä viivästettyä, että välitöntä muistia, nimeämistä, toiminnan ohjausta ja sujuvuutta sekä hahmottamista. Tehtäväsarja ottaa huomioon ne keskeiset älyllisen suoriutumisen osa-alueet, jotka muistisairauden alkuvaiheessa heikkenevät. (Suhonen ym. 2008.)

CERAD-tehtäväsarjassa on yhdeksän erillistä tehtävää, joiden avulla arvioidaan seuraavia toimintoja: sanojen mieleen painaminen (sanalista), sanojen mielessä säilyttäminen (sanalistan viivästetty mieleen palauttaminen, sanojen tunnistaminen), visuaalisen materiaalin muistissa säilyttäminen (kuvien viivästetty mieleen palauttaminen), kielelliset toiminnot (nimeäminen, kielellinen sujuvuus), hahmottaminen (kuvien kopioiminen, kellotaulun piirtäminen), toiminnan suunnitelmallisuus ja joustavuus (kuvien kopioiminen, kellotaulun piirtäminen) ja yleisarvio suoriutumisen heikentymisestä (MMSE). (Pirttilä & Koponen 2010.)

RAVA-mittarin avulla ikääntyneiden ihmisten kognitiivista toimintakykyä voidaan arvioida puhumisen, sekä muistin ja orientaation saralta. Asiakkaan puhumista arvioidessa huomioidaan, että onko asiakkaan puhe ymmärrettävää, mahdollisesti epäselvää tai ei ymmärrettävää. Mikäli asiakkaan puhe on ymmärrettävää, puhuu hän silloin sujuvasti ja ymmärrettävästi äidinkieltään. Mikäli asiakkaan puhe on epäselvää, on se silloin RAVA-mittarin luokittelussa puuromaista, sammaltavaa, takeltelevaa, eikä asiakkaan lauseen muodostus ole onnistunut. Asiakkaan puhe voidaan arvioida ei ymmärrettäväksi silloin, kun asiakas on puhekyvytön, eikä asiakkaan mahdolliset viittaukset tai puheen tuoton yritykset ole aikaan tai paikkaan orientoituneita. (FCG Finnish Consulting Group 2015b.)

RAVA-mittarissa muistin ja orientaation arviointi edellyttää MMSE-testin tekemisen asiakkaalle. Asiakkaan muistia ja orientoitumista voidaan arvioida asteikolla normaali-alentunut-muistamaton. Asiakkaan muisti on normaali silloin, kun asiakas muistaa nykyiset ja menneet tapahtumat, hän on paikkaan ja aikaan orientoitunut, sekä MMSE-testin pistemäärä on 25 tai enemmän. Asiakkaan muisti voidaan arvioida alentuneeksi silloin kun asiakkaan muisti tai orientaatio on heikentynyt, asiakas ei muista vanhoja tai uusia asioita sekä MMSE-testin tulos on 12–24. Jos asiakas arvioidaan muistamattomaksi, ei hän ole silloin orientoitunut paikkaan tai aikaan sekä MMSE-testin tulos on ollut 11 tai vähemmän. (FCG Finnish Consulting Group 2015b.)

4.4 Psyykinen toimintakyky ja arviointi

Psyykkisen toimintakyvyn käsite on laaja, Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos kertoo, ettei sille ole olemassa yhteistä yhtenäistä määritelmää. Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan esimerkiksi kykyä selviytyä henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Siihen sisältyvät myös omat käsitykset tiedon käsittelijänä, oman toiminnan perusteet sekä toiminnan suunnittelu, toteutus ja arviointi. Psyykkisen toimintakyvyn kartoittamiseksi ikääntyneeltä ihmiseltä hoitohenkilökunta arvioi muun muassa asiakkaan orientaatiota, muistia, asioiden hahmottamista ja mielialaa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014.) Psyykinen toimintakyky on tärkeää ikääntyneen terveyden ylläpidossa, sairauksista toipumisessa tai pitkäaikaisen sairauden kanssa elämään sopeutuessa ja sen

hallinnassa. Hyvä psyykinen toimintakyky edistää ikääntyneilläkin hyviä elämäntapoja, ja näin ollen välttään mahdollisilta riskikäyttäytymisiltä. (Aalto 2011, 1–3.)

Psyykkisen toimintakyvyn käsite kattaa yksilön elämänhallinnan ja tyytyväisyyden sekä mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät. Psyykinen toimintakyky on laaja käsite, joka voidaan määritellä myös ikääntyneen kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kokea itsearvostusta ja motivoitua, huomioiden ikääntyneen henkilön kykyä muodostaa käsityksiä ympärillä olevasta maailmasta. Myös kyky tuntea ja kokea mielletään psyykkiseen toimintakykyyn. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueeseen sisältyy myös ikääntyneen henkilön persoonallisuus, millä tarkoitetaan hänelle tyypillisiä, pysyviä käyttäytymistäipumuksia. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ikääntyneelle rakentuu myös ikääntyneen henkilön minäkäsitys, joka sisällytetään persoonallisuuteen. (Heimonen 2009, 55.)

ICF- luokituksessa kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky käydään ensisijaisesti läpi ruumiin / kehon osa-alueella ”Mielentoiminnot” (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013). Alatalo ym. (2014, 29) ovat kuitenkin siltä mieltä, että kaikki muutkin pääluokat ruumiin / kehon osa-alueilla vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänhallintaan.

Psyykkisen toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää muun muassa myöhäsiän depressioseulaa eli GDS-15 mittaria, joka on erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty mittari. Kotkan kotihoidossa kyseessä olevalla mittarilla arvioidaan ikääntyneiden psyykkistä hyvinvointia. Alkuperäinen GDS-mittari sisältää 30 kysymystä. GDS-15 on kehitetty GDS-mittarin pohjalta. Siihen valittiin alkuperäisestä mittarista 15 kysymystä, joilla on tutkimuksessa todettu suurin korrelaatio masennusoireisiin. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014.)

Mittarin käytön on todettu olevan helppoa, niin terveydenhuollon ammattilaiselle, kuin ikääntyneellekin. Kysymyksiin pyydetään vastaamaan joko kyllä tai ei, mikä helpottaa testin tekemistä myös ikääntyneelle, jonka kognitiivinen toimintakyky on alentunut. (Marc 2009.) Pisteytys testin tekemisen jälkeen on sujuvaa, koska mittaripohjassa vastausvaihtoehdoista varjostetulle alueelle

isoilla kirjaimilla kirjoitettu vaihtoehto on yhden pisteen arvoinen. Mikäli ikään-
tynyt saa 6 pistettä tai enemmän, on syytä epäillä psyykkistä sairautta. (Suomen
muistiasiantuntijat ry 2013.)

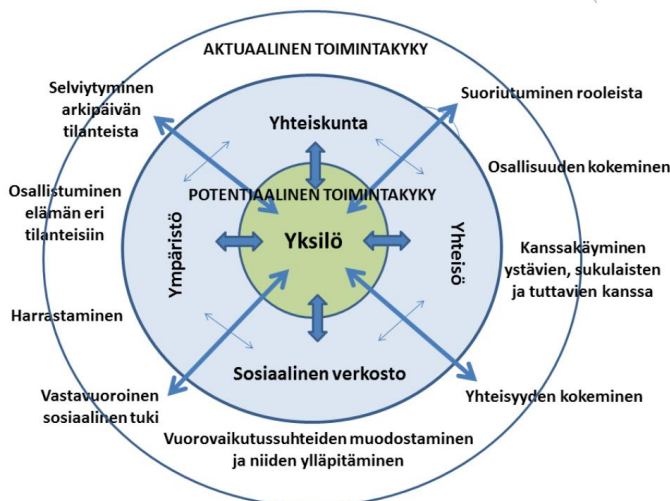
RAVA-mittarin avulla ikääntyneiden ihmisten psyykkistä toimintakykyä voidaan
arvioida mielialan ja käyttäytymisen saralta. Psyykkisen toimintakyvyn arviointi
RAVA-mittarin avulla edellyttää GDS-15 testin tekemisen asiakkaalle. Asiak-
kaan ollessa asiallinen ja tasapainoinen, on hänen mielialansa ja käyttäytymi-
sensä RAVA-asteikolla normaali. Mikäli asiakas saa GSD-15 testistä 6 pistettä
tai enemmän, ja on selvästi itkuinen, masentunut ja aloitekyvytön, voidaan hä-
net arvioida depressiiviseksi. Asiakkaan ollessa uhkaava, vihamielinen sanalli-
sesti/fyysisesti väkivaltainen, arvioidaan hänet aggressiiviseksi. RAVA-mittarin
avulla voidaan myös arvioida, että onko asiakkaan mieliala tai käyttäminen
mahdollisesti sekavaa (harhainen), häiritsevää (äänekäs, levoton) tai onko
asiakas eksyvä (harhaileva, kuljeskeleva). (FCG Finnish Consulting Group
2015b.)

4.5 Sosiaalinen toimintakyky ja arviointi

Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteelle ei ole olemassa yksiselitteistä ja yhte-
näistä määritelmää, vaan on useita teorioita ja malleja (Simonen 2009, 65).
Sosiaalinen toimintakyky sisältää erilaiset yksilön vuorovaikutussuhteet, sekä
toiminnan erilaisissa yhteisöissä, että yhteiskunnassa. Se rakentuu osittain fyy-
sisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn varaan. (Koskinen ym. 2012,
137.) Sosiaalinen toimintakyky käsittää ikääntyneiden hyvinvoinnin kannalta
tärkeitä ulottuvuuksia. Näitä ulottuvuuksia ovat muun muassa sosiaaliset ver-
kostot, vuorovaikutusmahdollisuudet, tarvittavan tuen saaminen, sosiaalinen
osallistuminen ja mahdollisen yksinäisyyden kokeminen (Terveysten ja hyvin-
voinninlaitos 2017). Yhteiskunnan tekniset rakenteet, palvelujärjestelmät, lait
ja säädökset voivat joko rajoittaa tai tukea ikääntyneiden sosiaalista toiminta-
kykyä (Tiikkainen & Heikkinen 2011).

Sosiaalinen toimintakyky on monitahoinen käsite. Tiikkainen & Heikkinen
(2011) jakavat sosiaalisen toimintakyvyn potentiaaliseen toimintakykyyn (kuva
1), joka käsittää yksilön ominaisuudet ja ympäristön, eli missä ikääntynyt toimii
ja elää. Yksilön ominaisuuksia ovat esimerkiksi ikääntyneen ikä, arvot, tiedot,

kyvyt ja terveys. Ympäristö käsittää sosiaalisen verkoston, eli ihmiset joiden kanssa ikääntynyt on vuorovaikutuksessa. Ikääntynyt henkilö on aina osa yhteiskuntaa ja omaa yhteisöään ja hänen sosiaalinen toimintakykynsä muokautuu ja kehittyy hyvin yksilölliseksi elämänaikaisten kokemusten, yhteiskunnallisten sidosten, sosiaalisten suhteiden sekä elämäntapojen ja valintojen mukaan. (Koskinen ym. 2012, 137–140.)



Kuva 1. Sosiaalinen toimintakyky (Tiikkainen & Heikkinen 2011)

ICF -luokituksessa ei ole erikseen mainittu sosiaalista toimintakykyä, mutta sitä voidaan tarkastella sen avulla. Sosiaalisen toimintakyvyn kuvaaminen ICF:n luokittelussa tuo esille sosiaalisen toimintakyvyn moniulotteisuuden ja sen kiinteän yhteyden ympäristöön ja yksilötekijöihin. ICF -luokitus muodostuu kahdesta osasta 1) toimintakyky ja toimintarajoitteet ja 2) kontekstuaaliset tekijät (ympäristö- ja yksilötekijät). Sosiaalinen toimintakyky kuuluu kohtaan 2) ”Kontekstuaaliset tekijät”, jotka käsittävät ihmisen elämän ja elämisen koko taustan. (WHO 2013). Kuitenkin kansainvälinen ICF -luokitus on laadittu terveydenhuollon näkökulmasta eikä niinkään palvele sosiaalisen toimintakyvyn arviointia täydellisesti. Metsävainio (2013, 13) kertoo tutkimuksessaan, että ihmisen sosiaalista terveydentilaa nähdään ICF-luokituksessa yhtenä osana yleistä hyvinvointia.

Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita on hyvin vähän (Terveys ja hyvinvoinninlaitos 2013). Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2014 KASTE -hanke kertoo, että sosiaalisen toimintakyvyn arvioimiselle hyvinvointia edistävien pal-

veluiden yhteydessä ei ole vakiintuneita mittareita. Useimmiten sosiaalisen toimintakyvyn arviointi tapahtuu osana laajempaa arviointikokonaisuutta. (Simonen 2007, 21.)

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen on haasteellista, ja se edellyttää, että mittaaja osaa tarkastella monia ulottuvuuksia. Tiikkainen & Heikkinen (2011, 3–5) kertovat, että väestötasolla tutkimuksissa on usein mitattu sosiaalisen toimintakyvyn sijasta sosiaalisen osallistumisen laajuutta ja onnistuneisuutta, jonka pohjalta on päätelty sosiaalisen toimintakyvyn aste.

Sosiaalista toimintakykyä on mitattu muun muassa: (Tiikkainen & Heikkinen 2011, 3–5.)

- Sosiaalisena aktiivisuutena (esimerkiksi harrastukset)
- Sosiaaliseen verkostoon kuuluvien jäsenten lukumääränä
- Sosiaalisen verkoston tiheydellä ja jäsenten vuorovaikutuksellisuudella
- Sosiaalisen verkoston suhteiden läheisyydellä (ystävät, naapurit, sukulaiset)
- Vuorovaikutus kontaktien laadulla, ihmissuhteiden kestolla ja vuorovaikutusten suunnalla

Parhaana käytäntönä siis voidaan pitää keskustelua, jossa keskustellaan henkilön toiminnasta arjen sosiaalisissa tilanteissa, sosiaalisesta verkostosta ja siinä olevista voimavaroista järjestelmällisesti, ennalta suunniteltujen teemojen puitteissa (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2013). Sosiaalista toimintakykyä voidaan myös arvioida lomakkeilla sekä havainnoimalla ikääntynyttä ihmistä sosiaalisissa tilanteissa. Havainnointi kuitenkin usein nähdään hankalaksi arviointimenetelmäksi. (Simonen 2007, 22.)

Simonen (2009, 65–71) kertoo tutkimuksessaan, että sosiaalisen toimintakyvyn arviointi koetaan haasteelliseksi, koska sitä ei voida varsinaisesti mitata. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioiminen perustuu pitkälti henkilön itse arvioituun tietoon tai työntekijän havainnointiin. Huomioitavaa on, että ei riitä, että ikääntynyt itse arvioi ja joku haastattelee hänen sosiaalista toimintakykyä, vaan sitä arvioidessa on myös otettava huomioon lähiympäristö.

”Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa” on kysymys- ja testisarja, jossa on sosiaalisen toimintakyvyn selvittämiseksi laadittu seitsemän kysymystä terveydenhuollon ammattilaisen avuksi. Testissä sosiaalista toimintakykyä mitataan huomioimalla ikääntyneen vuorovaikutusten kesto, vuorovaikutusten suuntaus, harrastukset, kiinnostuksen kohteet, kokemukset turvallisuuden tunteesta, mahdollisesta yksinäisyydestä ja avunsaannista (kokeeko ikääntynyt saavansa apua läheisiltä ihmisiltä ja kuinka tyytyväinen hän on saamiinsa apuihin). (TOIMIA -hanke 2013.)

RAVA-mittarin avulla ikääntyneiden ihmisten psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida asiakkaiden ihmissuhteilla. RAVA-mittarissa arvioidaan, että kokeeko asiakas hänen tällä hetkellä olemassa olevat ihmissuhteet tärkeiksi, sekä kokeeko asiakas mahdollisesti yksinäisyyttä. Asiakas voidaan mittarin avuin arvioida ei-yksinäiseksi, vapaaehtoisesti yksinäiseksi, emotionaalisesti yksinäiseksi tai sosiaalisesti yksinäiseksi. Asiakkaan kokema yksinäisyyden tunne on tärkeässä osassa arviointia tehdessä. (FCG Finnish Consulting Group 2015b.)

4.6 Voimavaralähtöinen toimintakyky ja arviointi

Toimintakyvyn käsite liittyy laajasti ihmisen hyvinvointiin ja se määritetään voimavaralähtöisesti. Ikääntyneen arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoimissa ja arjen askareissa. Laajasti määritellen toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää. (Kaakon Sote-into 2012, 3.)

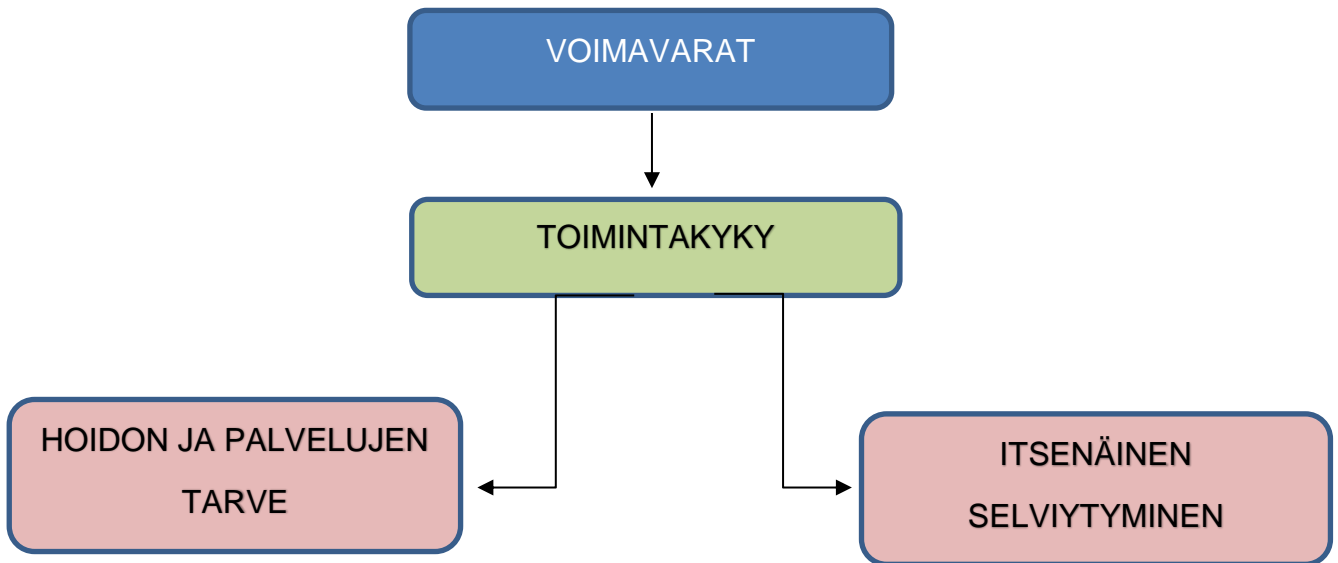
Voimavaralähtöisyyden periaate ohjaa työntekijöitä aktivoimaan ikääntyneen voimavaroja hänen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemiseksi. Ikääntyneiden omien näkemysten kuuleminen ja huomioon ottaminen ovat edellytyksiä osallisuuden, tarve- ja voimavaralähtöisyyden sekä itsemääräämisen periaatteiden toteutumiselle. (Tepponen 2009, 169.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan määritellään asiakkaan voimavarat. Voimavarojen kartoituksessa määritellään asiakkaan olemassa olevat voimavarat, joiden avulla voidaan tukea asiakasta ylläpitämään terveydentilaa ja elämänhallintaa. (Kaakon Sote-into 2012, 4.)

Voimavaralähtöisyydessä keskitytään ongelmien sijasta ratkaisuihin. Voimavaralähtöisessä prosessissa tunnistetaan ja edistetään asiakkaan kykyä tunnistaa tarpeitaan, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä resursseja, joiden avulla asiakas voi hallita elämäänsä. (Kaakon Sote-into 2012, 5.) Ikääntyneen voi olla vaikea tiedostaa ja tunnistaa omia voimavarojaan, joten hoitajalla on hyvin tärkeä rooli auttaa ikääntynyttä löytämään hänen omat voimavaransa. Hoitajan tehtävänä on kartoittaa ikääntyneeltä ja hänen läheisiltään tekijöitä, esimerkiksi menneisyydestä, jotka ovat aiemmin auttaneet selviytymään ja jaksamaan vaikeissa tilanteissa. (Kettunen ym. 2017, 68–70.)

Kotihoidon hoitaja voi selvittää asiakkaan selviytymistä haastattelemalla ja havainnoimalla hänen toimintaansa (Ikonen & Julkunen 2007, 90). Palvelutarpeen kartoittamisessa ja hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä lähdetään siitä, millaisia voimavaroja asiakkaalla on; mitä asiakas omasta mielestä pystyy tekemään itsenäisesti ja millaisia selviytymiskeinoja hän on elämäntilanteessaan kehittänyt (Kaakon Sote-into 2012, 5).

Kuuntelemalla asiakkaan elämäntarinaa voidaan saada selville hänen voimavarat, niitä voi olla esimerkiksi fyysinen ja psyykinen terveys, sosiaaliset verkostot, itseluottamus, koulutus, ammattitaito, kokemukset, paikallinen palvelujärjestelmä ja hyvinvointivaltion etuudet. Voimavarat auttavat ihmistä selviytymään elämässä, ne muodostavat perustan ihmisen toimintakyvylle (kuva 2). (Ikonen & Julkunen 2007, 90–91.)



Kuva 2. Asiakkaan voimavarat ja toimintakyky vaikuttavat itsenäiseen selviytymiseen ja palvelujen tarpeeseen (Ikonen E. & Julkunen, S. 2007, 91).

Turjamaan (2014) tekemässä tutkimuksessa tulee esille, että kotihoidon työntekijät ja ikääntyneet kotihoidon asiakkaat pitivät ikääntyneiden voimavaroina sosiaalisia suhteita, johon liittyivät tärkeänä osana perhe- ja ystävyys suhteet, mielekkäitä arkea tukevia asioita sekä luottamuksellista suhdetta kotihoidon henkilöstön kanssa. Positiivinen elämänasenne, itseluottamus, kokonaisvaltainen toimintakyky sekä päivittäisistä toiminnoista selviytyminen luonnehtivat mielekkään arjen elementtejä.

Ympäristön turvallisuus ja toimivuus sekä kotihoidon palvelut koettiin voimavaroja tukevin asioita. Tutkimuksen mukaan kotihoidon päivittäisessä hoitotyössä voimavarojen tukeminen ja huomioiminen kuitenkin jäivät melko vähäiseksi. Työn kiireellisyys, fyysisiin tarpeisiin vastaaminen, hoitotoimenpiteisiin keskittyminen ja asiakkaan puolesta tekeminen vähensivät voimavaralähtöistä työskentelyä. Edellytyksenä voimavaralähtöiselle työskentelylle pidettiin mielekkään arjen elementtien ja asiakkaan sosiaalisten suhteiden huomioiminen. (Turjamaa 2014.)

5 HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

Hoito- ja palvelusuunnitelma on yhteenveto asiakkaan erilaisista voimavaroista, hoidon tarpeista ja tavoitteista, sekä keinoista joiden avulla tavoitteet pyritään toteuttamaan (Kotkan kaupunki 2012, 4). Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma on siis tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Suunnitelma koostuu asiakkaan kuntoutuksen ja palvelujen tarpeesta, hänen kanssaan suunnitelluista tavoitteista ja niiden saavuttamiseksi tehtävistä toimista tai tilanteen ratkaisemiseksi valituista keinoista tai palveluista. Hyvään suunnitelman toteutukseen sisältyy aina asiakkaan tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen ja toiminnan vaikutusten jatkuva kirjallinen arviointi. Tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 6–13).

Sosiaalihuoltoa toteuttaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 7. §). Kunnan vastuulla on, että ikääntyneelle henkilölle laaditaan sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:ssä tarkoitettu hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittava ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun ikääntyneen henkilön palvelutarve on selvitetty. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 16. §.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 16. §.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan, omaisen ja häntä hoitavien tahojen kanssa viimeistään kahden viikon kuluttua palveluiden alkamisesta. Yksilöllisessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään hoidon tarve, tavoitteet, toteutuminen ja arviointi. Asiakkaalle nimetään vastuuhoitaja.

Asiakas ja vastuuhoitaja seuraavat palvelujen toteutumista sekä hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuutta. Arviointia varten on oltava käytössä myös toimintakykyä mittaavien testien ja mittareiden tulokset. Kotihoidon käyntien määrä ja aika muodostuvat asiakkaan toimintakyvyn ja voinnin mukaan. (Kotkan kaupunki 2015.)

5.1 Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kriteerit

Sosiaali- ja terveysministeriön luomat kirjaamista ohjaavat kriteerit kertovat, että myöskin hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan vain potilaan hoidon ja hoitotyön kannalta välttämättömät, olennaiset ja tarpeelliset tiedot. Kirjaamisen tarkoituksena on turvata hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta. Potilasasiakirjoihin tehdyt merkinnät tulevat olla selkeää sisällöltään ja kieleltään, eikä mahdollisia lyhenteitä tulisi käyttää. Hoitotyön kirjaamisessa keskeisintä ovat muun muassa asiakkaan voinnissa tapahtuvien muutosten arviointi ja hoidon vaikutusten seuranta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kotihoidon yksi keskeisimmistä työkaluista hoidon suunnittelun ja toteuttamisen kannalta. Tästä syystä hoito- ja palvelusuunnitelmaa laatiessa tulee selkeästi kirjata konkreettiset ja yksilölliset tavoitteet sairauksien hoidoista, toimintakyvyn ylläpitämisestä ja asiakkaan elämänlaadusta. Selkeästi kirjattu suunnitelma sovitusta palvelusta ja hoidosta ehkäisee työntekijöiden päällekkäistä työtä, sekä mahdollistaa asiakkaiden saamien kotihoidon palveluiden seuraamisen ja laadun arvioimisen. Systemaattisella kirjaamisella varmistetaan myös työntekijöiden keskinäiset työn- ja vastuunjaot, mikä valtaosin lisää asiakasturvallisuutta. (Päivärinta & Haverinen 2002, 18.)

Kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa on asiakaslähtöistä, asiakasta kunnioittavaa ja hoidon vaikuttavuutta arvioivaa. Tarkoituksena on kirjata hoitotyön toiminnot asiakkaan toimintakyvyn mukaisesti, eikä niin, että hoito- ja palvelusuunnitelma on listaus hoitajan asiakkaan luona tekemästä työstä. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa siis kirjallisesti ilmaistaan, mihin kunkin asiakkaan hoidolla pyritään, siihen tehdyt merkinnät toimivat myös hoitohenkilökunnan oikeusturvana, esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa, joissa palataan ikääntyneen hoitoa koskeviin asiakirjamerkintöihin. (Kan & Pohjola 2012, 318.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma takaa palvelujen ja hoidon jatkuvuuden työntekijöiden tai palveluja tuottavan yhteisön vaihtuessa. Tutustuminen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan on myös osa uuden työntekijän tai opiskelijan perehdyttämistä asiakkaan tilanteeseen. Hoidon ja palvelujen jatkuvuuden ja tiedonkulun parantuessa vähenevät mahdollisuudet, että hoidossa tapahtuisi virheitä tai että asiakkaan toivomukset tulkittaisiin väärin. (Päivärinta & Haverinen 2002, 18.) Laki määrittää, että hoito- ja palvelusuunnitelma onkin tarkistettava aina silloin, kun ikääntyneen henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia tekijöitä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 16. §).

5.2 Toimintakyvyn kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa arvioidaan asiakkaan palveluihin tarvittavat ja työyhteisössä käytössä olevat voimavarat. Hoitaja arvioi asiakkaan tarvitseman tuen ja avun, joiden avulla pyritään turvaamaan asiakkaalle hyvän olon kokemuksia ja laadukkaan elämän edellytyksiä. (Päivärinta, Haverinen 2002, 17.) Toimintakyvyn eri osa-alueet huomioidaan hoito- ja palvelusuunnitelman voimavarakartoituksen yhteenvedossa seuraavanlaisesti;

Fyysinen toimintakyky; kirjataan asiakkaan näkö ja kuulo sekä mahdolliset apuvälineet. Kirjataan asiakkaan liikkumiskyky, huomioiden miten asiakas liikkuu ulko- ja sisätiloissa, asiakkaan tasapaino, mahdolliset kaatumiset. Kirjataan, millaista avustusta asiakas tarvitsee ulko- ja sisätiloissa liikkeessään, sekä erilaisissa siirtymä tilanteissa. Tähän osioon kirjataan asiakkaan kaikki käytössä olevat apuvälineet, miten ja missä tilanteissa asiakas niitä käyttää. Arvioidaan myös asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavat kivut. Tässä kohdassa huomioidaan myös Bergin testin tulokset ja päivämäärä (Kotkan kaupunki, 2014.)

Kognitiivinen toimintakyky; Arvioidaan asiakkaan muistin nykyhetken tilaa, tähän kohtaan kirjataan myös asiakkaan puhekyky, sekä puheen, että sanallisen ohjauksen ymmärtäminen, arvioidaan asiakkaan orientaatiotilaa ja onko hän kykeneväinen hoitamaan erilaisia henkilökohtaisia asioita, asiakkaan aloi-

tekykyisyys, sekä yhteistyökyky hoitotilanteita ajatellen. Tähän kohtaan kirjataan ylös asiakkaan MMSE & Cerad testin tulokset, sekä päivämäärä. (Kotkan kaupunki 2014.)

Psyykinen toimintakyky; Kirjataan asiakkaan mahdolliset sekavuudet ja harhat, asiakkaan mieliala, erilaiset voimavarat, huomioidaan, tuntee asiakas yksinäisyyttä, kokeeko asiakas elämänsä mielekkääksi, sekä kirjataan asiakkaan elämässä olevat mielekkäät asiat. GDS-15 testin tulokset ja päivämäärä. **Sosiaalinen toimintakyky;** Tähän kohtaan kuvataan asiakkaan sosiaalista kanssakäymistä, asiakkaan suhdetta läheisiin ja omaisiin, asiakkaan muut verkostot, harrastukset, huomioiden myös aiemmat harrastukset, sekä huomioidaan, että tarvitseeko asiakas ohjausta sosiaalisissa tilanteissa, tai suoriutuuko hän niistä omatoimisesti. (Kotkan kaupunki 2014.)

Voimavarakartoituksen yhteenvedosta selviää myös asiakkaan terveystottumukset, sekä suunhoito. Terveystottumuksista selviää asiakkaan ravitsemuksen tilanne, päihteiden käyttö, tupakointi, lääkkeet. Suunhoidon osa-alueeseen kirjataan hammashoitola, johon asiakkaalla on hoitosuhde, hampaiden päivittäinen hoito-ohje, sekä hammastilanne (onko proteesi, osaproteesi, hampaiden kunto). (Kotkan kaupunki 2014.)

Voimavarakartoituksen yhteenvedon jälkeen hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan asiakkaan **hoidon tavoitteet**, jotka voivat olla joko lyhyen tai pitkän aikavälin tavoitteita. Tarkoituksena on asettaa eri toimintakyvyn osa-alueen heikkenemisen ehkäisyä koskeva tavoite (Kan & Pohjola 2012, 51). Tavoitteisiin kirjataan asiakkaan kanssa yhdessä mietityt realistiset hoidon kautta tavoitettavissa olevat tavoitteet. Tavoitteet osioon kirjataan myös asiakkaan sen hetkinen toimintakyky, ja millaisilla keinoilla sitä tuetaan. Hoitajan on muistettava hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessään asiakkaan ja hänen omaisensa toiveet ja näkemykset saatavasta hoidosta. (Kotkan kaupunki 2014.)

Auttamismenetelmiin kirjataan asiakaskäynnin sisältö. Teksti eritellään asiakkaan käyntien mukaisesti, esimerkiksi aamu-, päivä-, ja iltakäynteihin. Tarkoituksena tässä kohtaa on kuvata tarpeiden mukainen käynnin sisältö, eli mi-

ten asiakasta juuri sillä käynnillä avustetaan, esimerkiksi jokainen toimintakyvyn osa-alue tulisi olla huomioituna, mikäli se on asiakkaan hoidon kannalta mahdollista.

Auttamismenetelmissä huomioidaan myös asiakkaan liikuntasuunnitelma, ravitsemussuunnitelma, hoitosopimus (päihde) sekä muut terveydenhoitoon liittyvät sopimukset ja suunnitelmat, pidätyskyvyttömyyden hoitoon käytettävät tuotteet, muiden asiakkaan hoitoon liittyvien tarvikkeiden hankinta, laskujen mahdollinen eteenpäin hoitaminen sekä taho, joka hoitaa asiakkaan laboratoriokeet. Auttamismenetelmissä huomioidaan myös asiakkaan yhteistyökumppanit. Tässä osiossa tulee ilmetä miten asiakkaan omaiset/läheiset avustavat häntä, esimerkiksi pyykit, kauppa-asiat. Erilaiset kolmannen sektorin palveluntuottajien avustukset kirjataan myös ylös, esimerkiksi ruokapalvelu, kauppalpalvelu, siivousapu, viriketoiminta. (Kotkan kaupunki 2014.)

Asiakkaan voimassa olevaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa tulee arvioida 3 kk:n välein. **Arviointi** fraasiin kirjataan asiakkaan oma kokemus hänen sen hetkisestä voinnista, sekä millaiseksi hän kokee saamansa kotihoidon avun. Asiakkaan omahoitaja arvioi asiakkaan kotona selviytymistä. Asiakkaan hoitoa arvioidessa tehdään myös fyysisen-, psyykkisen- ja kognitiivisen toimintakyvyn testit uudelleen, mikäli asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut muutoksia, testien tulokset kirjataan myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Mikäli asiakkaan palveluissa tapahtuu muutoksia, on se muutos perusteltava asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Kotkan kaupunki 2014.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja, joka vaatii asiakkaan ja/tai mahdollisen läheisen/omaisen hyväksynnän. Palveluita luodessa ensimmäistä kertaa, pyydetään asiakkaalta hoito- ja palvelusitoomus, jossa hän antaa kirjallisen luvan terveystietojensa käyttöön. Samalla asiakas voi nimetä henkilön, esimerkiksi lähiomaisen, jolle hänen tietojaan voidaan luovuttaa. (Kotkan kaupunki 2014.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka Kotkan kotihoidon tilapäisen asiakkaan toimintakykyä kuvataan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tavoitteena on tutkia kuvaavatko hoitajat toimintakyvyn arviointia hoito- ja palvelusuunnitelmissa, ja onko hoitajien kirjaaminen Kotkan kaupungin hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisohjeiden mukaista.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kotihoidon tilapäisten asiakkaiden toimintakyky näkyy hoito- ja palvelusuunnitelmissa?
2. Miten toimintakyvyn arviointia kuvataan asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tammikuussa 2017 aloimme perehtyä aiheeseen etsimällä aiheeseen liittyviä edeltäviä tutkimuksia. Teoriaosuuteen keräsimme tietoa erilaisista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, kirjoista, internetistä ja väitöskirjoista. Olemme käyttäneet tietokantoina Google Scholar-, Theseus-, Kaakkuri- ja Melinda -tietokantoja. Aiheessamme pyrimme käyttämään aineistoja vuodesta 2013, kuitenkin vähäisen aineistomäärän vuoksi jouduimme ottamaan työhömmme mukaan myös aikaisemmin julkaistuja aineistoja. Käyttämämme julkaisut ovat vuosien 1999–2017 väliltä, olemme tarkastaneet jokaisen käyttämämme julkaisun ajankohtaisuuden.

Manuaalinen haku tapahtui keväällä 2017 Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu XAMK:n Kotkan toimipisteen kirjastossa. Etsimme kirjastosta aiheeseemme liittyviä tutkimuksia, tieteellisiä julkaisuja, artikkeleita, sekä menetelmäkirjallisuutta. Käytettävät hakusanat muodostimme, kun olimme ensin yleisesti perehtyneet aiheeseemme sekä löytäneet aiheeseen liittyviä väitöskirjoja. Käyttämämme tutkimukset ovat lueteltu liitteissä olevissa tutkimustaulukoissa.

Tutkimuksessamme käytämme valmiita hoito- ja palvelusuunnitelmia. Yhteistyötahon henkilökuntaan kuuluva työntekijä hankkii tutkimuksessa käytettävät

hoito- ja palvelusuunnitelmat, jolloin tutkijoilla ei ole pääsyä potilastietojärjestelmiin. Päädyimme ottamaan tutkimukseemme mukaan tammikuun 2018 Kotkan kotihoidon tilapäisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Minimoidaksemme tietosuojariskin, käsittelemme hoito- ja palvelusuunnitelmat Kotkan kaupungin kotihoidon tiloissa. Näin ollen turvaamme siis tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden tiedot, sillä sekä dokumenttien säilytys että hävitys tapahtuvat säädösten mukaisesti toimeksiantajan puolesta. Olemme sopineet, että yhteistyötaho poistaa hoito- ja palvelusuunnitelmista myös kaikki asiakkaiden tunnistetiedot, jolloin analysoinnin tapahtuessa meillä ei ole asiakkaiden henkilötietoja saatavilla.

7.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä, joka on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään tutkittavan kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti (Jyväskylän yliopisto 2015). Valitsimme työhömmä laadullisen tutkimusmenetelmän, sillä se soveltuu hyvin kirjallisten aineistojen tutkimiseen, eli meidän työssämme asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyllä tutkimuksella on mahdollista tavoittaa myös ihmisen merkitykselliseksi koettuja tapahtumaketjuja, kuten oman elämän kulkua tai omaan elämään pidemmälle jaksolle sijoitettavaa asiaa. (Vilka 2005, 95.)

Laadullinen tutkimus etenee yleisen tutkimusprosessikaavion mukaisesti. Ensimmäiseksi määrittelimme tutkimusongelmat, jonka jälkeen määrittelimme tutkimuskysymykset, joiden vastaukset saadaan aineistoa tutkimalla. Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutettavaan tutkimukseen sisältyy aina kysymys: mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Tämä edellyttää tutkimuksen tekijältä tai tekijöiltä täsmentämistä, tutkitaanko kokemuksiin vai käsityksiin liittyvää merkitystä. Käsitykset kertovat yhteisön perinteellisistä ja tyypillisistä tavoista ajatella yhteisössä, kun taas kokemukset ovat omakohtaisia (Vilka 2005, 95). Yleisesti todetaan, että laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161).

7.2 Aineiston analyysi

Valitsimme opinnäytetyöhömme tutkimusaineiston analyysimenetelmäksi sisällönanalyysin, menettelytavan jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti sekä objektiivisesti. Se on tapa järjestellä, kvantifioida ja kuvailla tutkittavaa aineistoa. Sisällönanalyysiä käytetään valmiiden dokumenttien analysoinnissa, eli opinnäytetyössämme valmiiden hoito- ja palvelusuunnitelmien analysoinnissa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Muita käyttökohteita ovat muun muassa kirjeet, puheet, raportit, kirjat, artikkelit sekä muut kirjalliset materiaalit. Sisällön analyysissä on tarkoituksena tuottaa tutkittavasta ilmiöistä erilaisia kaavoja, joissa aineistoa kuvataan tiivistysti ja näin ollen se on hahmotettavissa. Se sopii hyvin strukturoimattomankin aineiston analyysiin, jolloin aineisosta kerätään tutkimuksen kannalta tärkeitä komponentteja. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Käytimme työssämme deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysiä, eli analyysimenetelmää, jossa voidaan käyttää valmista viitekehystä aineistoa analysoidessa. Deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata joko teema, käsittekartta tai aikaisempaan tietoon perustuva malli. Aikaisemman tiedon varassa teemme analyysirungon, johon aineiston analyysivaiheessa etsimme sisällöllisesti sopivaa materiaalia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.)

Aineiston analysoinnin perustana on looginen päättely ja tulkinta. Tarkoituksena on, että aineisto hajotetaan osiin, käsitellään ja kootaan uudestaan tutkimuksen kannalta sopivaksi (Kyngäs & Vanhanen 1999). hoito- ja palvelusuunnitelmista tarkoituksemme on analysoida vain se osuus mikä on selvästi ilmaistu.

Deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan analyysirunko joka voi olla tarkasti tai väljästi analyysiä ohjaava. Analyysirunkomme (taulukko 2) on muodostunut Kotkan kaupungin hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön mukaisesti. Analyysirunkoomme kuuluvat toimintakyvyn eri osa-alueet.

Aineiston pelkistäminen ja luokittelu tapahtuivat työssämme käytettävän analyysirungon mukaisesti; tarkoituksemme siis oli etsiä hoito- ja palvelusuunnitelmasta analyysirunkoomme sopivia ilmauksia, jotka ryhmittelimme pääkomponenttien mukaisesti. Pääkomponentteina meillä toimivat fyysinen-, sosiaalinen-, psyykinen-, kognitiivinen & voimavaralähtöinen toimintakyky. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116–117.) Ryhmittelyn jälkeen teimme tutkittavasta ilmiöstä ylä- ja pääluokat analyysirunkomme mukaisesti.

FYYSINEN TOIMINTAKYKY	<ul style="list-style-type: none"> • Päivittäiset toiminnot <ul style="list-style-type: none"> ○ liikkumiskyky ulko- ja sisätiloissa ○ tasapaino, mahdolliset kaatumiset ○ Bergin testi ○ avustus siirtymätilanteissa? ○ apuvälineet ja niiden käyttäminen ○ hygienian hoito ○ peseytyminen ○ wc-käynti ○ Pidätyskyky -> mahdolliset käytössä olevat tuotteet • Aistitoiminnot <ul style="list-style-type: none"> ○ näkö ○ kuulo
KOGNITIIVINEN TOIMINTAKYKY	<ul style="list-style-type: none"> • Tarkkaavaisuus <ul style="list-style-type: none"> ○ Keskittyminen, asioiden hoitaminen loppuun ○ Tiedonkäsittelytaidot • Kielelliset toiminnot <ul style="list-style-type: none"> ○ Puhekyky ○ Puheen ymmärrys • Toiminnanohjaus <ul style="list-style-type: none"> ○ Sanallisten ohjeiden ymmärtäminen ○ Itsenäinen selviytyminen henkilökohtaisista asioista ○ Aloitekyky ○ Yhteistyökyky • Muisti <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE ○ CERAD ○ Muistin tilanne ○ Orientoituneisuus nykyhetkeen

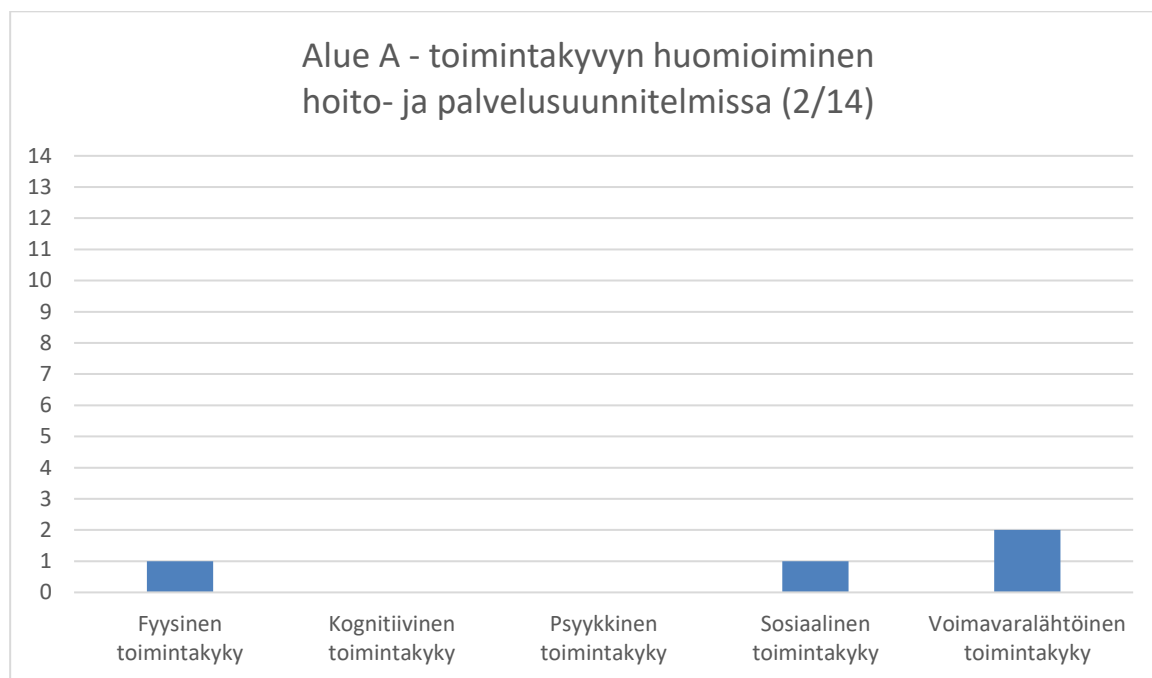
PSYYKKINEN TOIMINTAKYKY	<ul style="list-style-type: none"> • Mieliala ja käyttäytyminen <ul style="list-style-type: none"> ○ GSD-15 testi ○ Mahdollinen sekavuus ○ Mahdollinen harhaisuus ○ Mieliala (normaali, aggressiivinen, häiritsevä) ○ Kontaktikyky ○ Koettu elämänlaatu ○ Mahdollinen yksinäisyys ○ Erilaiset voimavarat
SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY	<ul style="list-style-type: none"> • Vuorovaikutussuhteet <ul style="list-style-type: none"> ○ Läheiset & omaiset ○ Ystävät, muu sosiaalinen verkosto • Harrastukset (myös entiset) • Kokemus turvallisuuden tunteesta • Sosiaalinen kanssakäyminen (itsenäinen / ohjattava)
VOIMAVARAKARTOITUKSEN YHTEENVETO	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan terveystottumukset <ul style="list-style-type: none"> ○ Ravitsemuksen tilanne ○ Syöminen & juominen ○ Päihteiden käyttö ○ Lääkehoidon tilanne • Suunhoito

Taulukko 2. Malli tilapäisten asiakkaiden toimintakyvyn tarkastelua varten

8 TULOKSET

8.1 Alue A.

Tammikuussa 2018 alue A:lla oli 14 tilapäisen kotihoidon palveluita saavia asiakkaita. Analysoitavaksi saatavia hoito- ja palvelusuunnitelmia oli kaksi.



Kuva 3. Tilapäisen asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen alue A.

Fyysistä toimintakykyä (kuva 3) oli kirjattuna hoito- ja palvelusuunnitelmista toisessa. Tässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattu fyysisen toimintakyvyn osin liikkumiskykyä, fyysisen toimintakyvyn (Bergin testin) tuloksia, apuvälineitä, peseytymistä, wc-käyntejä sekä pidätyskykyä, ja siihen käytettäviä tuotteita. Vessakäynneille ohjaus sekä pidätyskyvyn hoitoon tarkoitetuista tuotteista kertominen mainittiin asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman auttamismenetelmissä. Tasapainoa, mahdollisia kaatumisia, siirtymätilanteissa avustamista, näköä tai kuuloa ei ollut kirjattuna ollenkaan. Fyysistä toimintakykyä oli kuvattu seuraavilla ilmaisulla: ”Rollan turvin liikkuu kotona ja ulkona”, ”Ohjataan aamutoimissa, pesut, pantsien vaihto ja aamupala”, ”WC käynti tarvittaessa”.

Kognitiivinen toimintakyky (kuva 3) ei näkynyt analysoitavaksi saaduissa kahdessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kotkan kaupungin hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisohjeessa kognitiivinen toimintakyky kattaa asiakkaan

muistin nykyhetken arvioinnin, asiakkaan puhekyvyn arvioinnin sekä puheen, että sanallisten ohjeiden ymmärtämiskyvyn. Arvioitavana on myös asiakkaan orientaatiotila, kyky hoitaa erilaisia henkilökohtaisia asioita, aloitekykyisyys, sekä yhteistyökyky hoitotilanteita ajatellen. (Kotkan kaupunki 2014.)

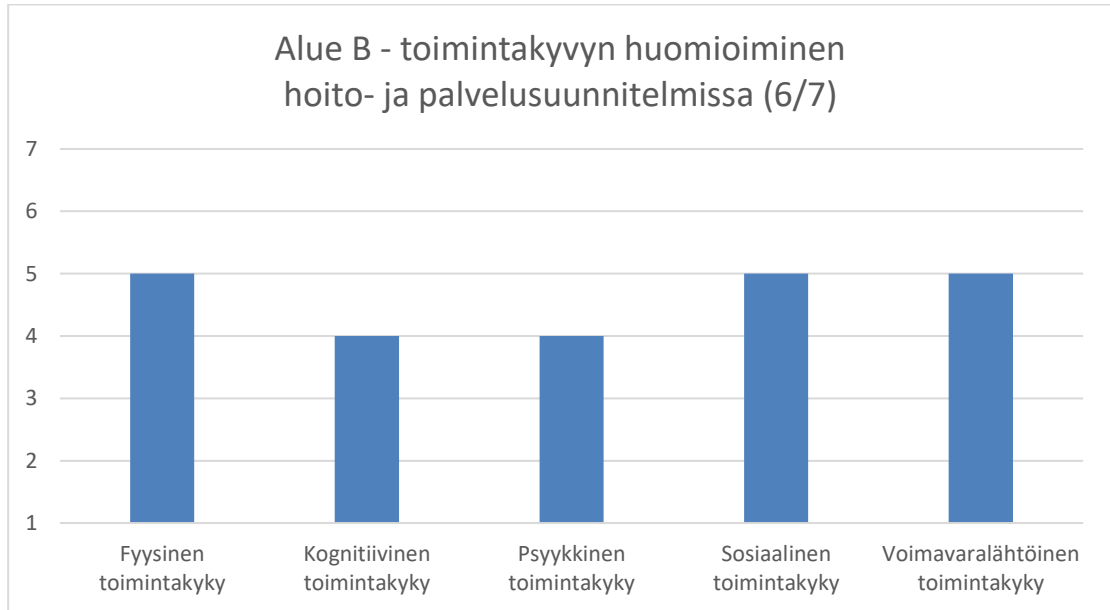
Asiakkaiden psyykkisestä toimintakyvystä ei ollut kirjauksia kahdessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisohjeessa psyykinen toimintakyky kattaa asiakkaan mahdolliset sekavuudet ja harhat, asiakkaan mielialan, erilaiset voimavarat, mahdollisen yksinäisyyden tunteen, koetun elämänlaadun, sekä asiakkaan elämässä olevat mielekkäät asiat. (Kotkan kaupunki 2014.)

Asiakkaiden sosiaalisesta toimintakyvystä ei myöskään ollut kirjauksia. Löysimme hoito- ja palvelusuunnitelmasta maininnan asiakkaan omaisista; oli kerrottu, että omainen hakee asiakkaan annosjakelussa olevat lääkkeet apteekista. Sosiaalinen toimintakyky kattaa asiakkaan sosiaaliset kanssakäymiset, asiakkaan suhteet läheisiin ja omaisiin, asiakkaan muut verkostot, harrastukset, huomioiden myös aiemmat, sekä huomioidaan, tarvitseeko asiakas ohjausta sosiaalisissa tilanteissa tai suoriutuuko hän niistä omatoimisesti. (Kotkan kaupunki 2014.)

Voimavarakartoituksen yhteenvedossa asiakkaiden ravitsemuksen tilanne, sekä lääkehoidon tilanne oli kirjattuna. Terveystottumukset, syöminen ja juominen, päihteiden käyttö, sekä suunhoito olivat huomioimatta. Ravitsemuksen tilanne oli kirjattuna seuraavasti auttamismenetelmiin: ”Aamukäynnillä aamupala”, ”Päiväkäynnillä varmistetaan ruuan lämmitys”, ”iltakäynnillä iltapala”. Lääkehoidon tilanne oli kirjattuna seuraavasti: ”Omainen hakee lääkkeet ja toimittaa kotiin”, ”Tavoitteena lääkehoidon turvaaminen ja toteutuksen seuranta”. Toisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli auttamismenetelmiin, käyntien sisältöön kirjattuna myös jokaiselle käynnille lääkkeenoton varmistus.

8.2 Alue B

Alue B:n kotihoidon alueella oli tammikuussa 2018 tilapäisiä kotihoidon asiakkaita seitsemän. Analysoitavaksi saatavia hoito- ja palvelusuunnitelmia oli kuusi.



Kuva 4. Tilapäisen asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen alue B.

Fyysistä toimintakykyä (kuva 4) oli hoito- ja palvelusuunnitelmissa kuvattuna jokaisessa. Asiakkaiden liikkumiskykyä, sekä apuvälineitä oli kirjattuna eniten, apuvälineitä ei kuitenkaan ollut mainittuna erikseen, vaan oli kirjattu, liikkuko asiakas apuvälineen kanssa vai ilman apuvälinettä. Tasapainoa ja mahdollisia kaatumisia, Bergin testin tuloksia ja pidätyskykyä oli kuvattu yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Avustamisesta siirtymätilanteissa, peseytymistilanteista sekä wc-käynneistä ei ollut kirjauksia yhdessäkään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Asiakkaan näköä ja kuuloa oli kirjattu kolmessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, joissa yhdessä oli huomioitu näön apuvälineet.

Fyysistä toimintakykyä oli kuvattu seuraavilla ilmaisuilla: ”Liikkuu päivittäin ulkona, käy korttelikotiyhdistyksen tiloissa ja kaupassa. Ei kaatumisia, ei kipuja”, ”Liikkuu ilman apuvälineitä sisällä ja ulkona”, ”Liikkuessa ulkona tarvitsee saattajan”, ”Virtsaaminen normaalia, uloste löysää”, ”Näkö: silmälasit käytössä. Kuulo: Normaali”.

Kognitiivisesta toimintakyvystä oli kirjattuna jokaisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueista muistintilannetta ja itsestä selviytymistä henkilökohtaisista asioista oli kirjattu eniten. Asiakkaan yhteistyökykyisyyttä hoitotilanteita ajatellen sekä asiakkaan orientoituneisuus nykytilaan oli kirjattuna kahdessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Aloitekykyisyys, MMSE-testin tulokset, sekä asiakkaan keskittymiskyky oli huomioitu yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tiedonkäsittelytaitoja, asiakkaan puhekykyä, puheen ymmärtämiskykyä, sanallisten ohjeiden ymmärtämistä eikä CERAD-tehtäväsarjan pisteytystä oltu huomioitu hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

Kognitiivista toimintakykyä oli kirjattu seuraavin ilmaisin: ”Muisti alentunut, käy seurannassa muistipkl:lla”, ”Asiallinen, orientoitunut aikaan ja paikkaan”, ”Asiallinen ja yhteistyökykyinen”, ”On yhteistyökykyinen, aikaan ja paikkaan orientoitunut”, ”Hoitaa itsenäisesti ja omaisen avustuksella asioita”, ”Muisti alentunut. Aloitekykyinen ja oma-aloitteinen”, ”Muisti alentunut. Sairaudentunnon. Pystyy hoitamaan asioita hyvin rajoitetusti, esim. kauppa-asiat. Ohjattuna selviytyy joistakin toiminnoista, kuten voileivän teosta”.

Psyykkistä toimintakykyä oli kirjattuna hoito- ja palvelusuunnitelmista viidessä. Kirjaukset asiakkaan psyykkisen toimintakyvyn tilasta eivät olleet kirjaamisohjeiden mukaiset ja asiakkaiden psyykkisestä toimintakyvystä oli kerrottu yleisellä tasolla lyhyesti ja ytimekkäästi. Psyykkistä toimintakykyä oli kuvattu seuraavin ilmaisin: ”On hyväntuulinen ja virkeä”, ”Normaali”, ”Puolison alkoholin käyttö aiheuttaa ajoittain harmia”, ”Vakava sairaus mietityttää. Menehtynyttä puolisoa ikävöi”, ”Psykyke normaali”, ”Hyvä, ei masennusta”.

Kuitenkaan kirjaamisessa ei oltu huomioitu kirjaamisohjeiden mukaisesti GDS-15-testiä, mahdollisia sekavuuksia sekä harhaisuutta, kontaktikykyisyyttä, koettua elämänlaatua, mahdollista yksinäisyyttä, eikä asiakkaan erilaisia voimavaroja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Sosiaalista toimintakykyä oli kirjattu jokaisessa analysoitavaksi saadussa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kirjaaminen sosiaalisen toimintakyvyn osin oli suppeaa, sillä vain yhdessä oli kirjattuna asiakkaan vuorovaikutussuhteiden lisäksi entiset ja nykyiset harrastukset, sivuten hieman sosiaalista kanssakäymistä. Asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ei oltu kirjattu ollenkaan. Sosiaalista toimintakykyä oli kuvattuna seuraavin ilmaisin: ”Asuu puolison kanssa”, ”Ystäviä talossa, korttelikotiyhdistyksessä käy”, ”ei omaisia, mutta ystäviä,

jotka ovat paljon yhteydessä ja auttelevat tarvittaessa”, ”Asustelee avopuolison kanssa”, ”Sukulaistytön kanssa tiiviisti yhteydessä”, ” Tytär asuu ulkomailla, käy mahdollisuuksien mukaan vierailemassa”.

Voimavarakartoituksen yhteenvedossa asiakkaan ravitsemuksen tilannetta oli arvioitu neljässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa seuraavin ilmaisin: ”Itse valmistaa aamiaisen, ruokahalu hyvä”, ”Itse laittaa puolison kanssa ruuan”, ”Ruokailu yksipuolista ja epävarmaa”, ”itse laittaa ruoat”. Asiakkaiden päihteyden käyttöä oli kirjattuna kolmessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa seuraavin ilmaisin: ”Tupakoinut yli 41 -vuotta, käyttää jonkin verran alkoholia”, ”ei tupakoi”, ”ei tupakoi, ei käytä alkoholia”.

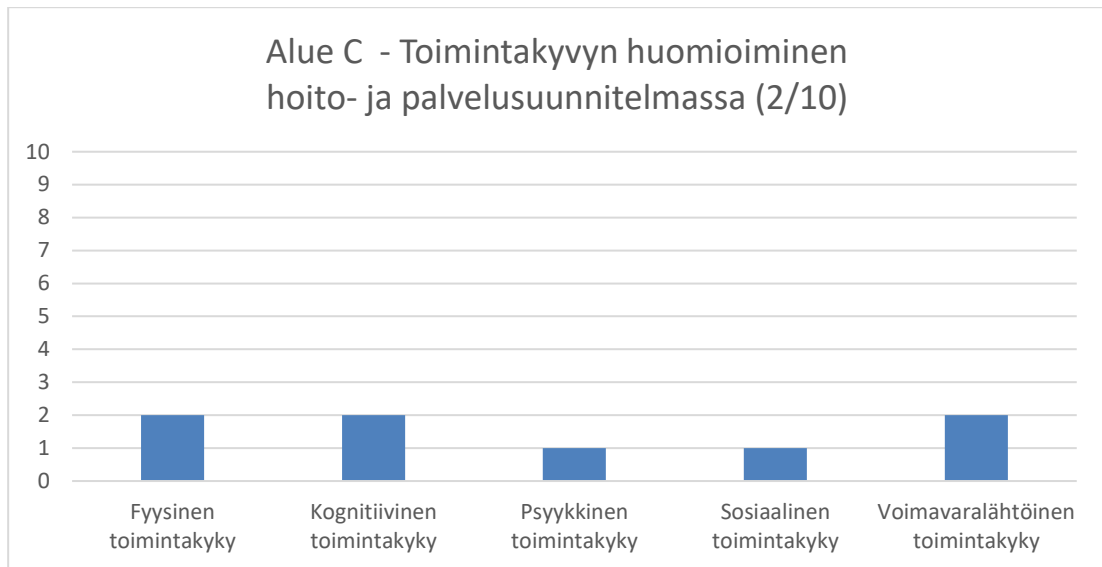
Lääkehoidon tilannetta oli kirjattuna neljässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa seuraavin ilmaisin: ”Kotihoito käy pistämässä Klexane s.c., tarkitaa dosetin onko ottanut aamulääkkeet”, ”Puoliso jakaa lääkkeitä dosettiin, ottaa siitä itse lääkkeitä”, ” Käydään ottamassa INR koe kotona ohjeiden mukaan, vastauksesta soitto asiakkaalle. Huolehtii itse lääkkeiden oton”.

Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli lääkehoidon tilanteessa ristiriita, voimavarakartoituksen yhteenvedossa oli kirjattuna: ”lääkkeet jaetaan kotona dosettiin, lääkeboksi keittiön kaapissa työtason yläpuolella”, mutta aamu- ja iltakäyntien yhteydessä oli kirjattuna: ”Annetaan lääkkeitä annospussista ja astmalääke”

Asiakkaan suunhoidon tilannetta oli arvioitu myös neljässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa seuraavin ilmaisin: ”Jättänyt menemättä elokuussa -16 varatulle hammaslääkärin vo:lle”, ”Hampaiden pesu päivittäin, illalla. Ohjataan ja autetaan tarvittaessa”, ”itse hoitaa”, ”itse huolehtii suunhoidosta”. Mainintaa asiakkaiden esimerkiksi hammasproteeseista ei ollut.

8.3 Alue C

Alue C:n kotihoidon alueella oli tammikuussa 2018 tilapäisiä kotihoidon asiakkaita kymmenen. Analysoitavaksi saatavia hoito- ja palvelusuunnitelmia oli kaksi.



Kuva 5. Tilapäisen asiakkaan toimintakyvyn huomioiminen alue C

Fyysistä toimintakykyä (kuva 5) oli kirjattuna molemmissa. Ensimmäisessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa olivat kirjattuna vain asiakkaan liikkumiskyky ulko- ja sisätiloissa sekä apuvälineet, toisessa kirjattuna olivat liikkumiskyky ulko- ja sisätiloissa, tasapaino, Bergin testin tulokset, avustus siirtymätilanteissa, apuvälineet, hygienian hoito, peseytyminen, wc-käynnit sekä aistitoiminnot.

Fyysistä toimintakykyä oli kuvattu seuraavin ilmaisin: ”Liikkuu sisällä ilman apuvälinettä, ulkona rollaattorin avulla”, ”Kuulo normaali, näkö silmälaseilla hyvä. Tasapaino heikko, saanut käyttöönsä rollaattorin, jota käyttää sekä sisällä, että ulkona. Tarvitsee muistuttelua rollaattorin käytössä. Tuolilta ylös noustessa tarvitsee molempien käsien vahvan tuen. Uni katkonaista, ravaa wc:ssä, virtsailee usein myös pitkin asuntoa. Fyysisen toimintakyvyn mittauksien tulokset 19/20, RAVA 2,94”. Inkontinenssin hoitoon käytettävistä tuotteista ei ollut mainintaa.

Kognitiivista toimintakykyä oli myös kirjattu molemmissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Kognitiivisesta toimintakyvystä ensimmäisessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattuna asiakkaan puhekyky ja muistin tilanne. Toisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattu sanallisten ohjeiden ymmärtämiskyky, asiakkaan itsenäinen selviytyminen henkilökohtaisista asioista, aloitekykyisyyttä, yhteistyökykyisyyttä, MMSE-testin tulokset ja muistin tilanne.

Kognitiivista toimintakykyä oli kuvattu seuraavin ilmaisin: ”Afasia vaikeuttaa puhumista ja asiointia, Muisti normaali”, ” Muisti alentunut, asioiden hoitamisessa tarvitsee apua. Aloitekyky on huono. Ohjattuna suoriutuu wc-käynteistä, pukeutumisesta ja suihkusta. On yhteistyökykyinen. MMSE 16/30”. Tiedonkäsittelytaitoa, puheen ymmärtämiskykyä, CERAD:ia eikä orientoituneisuutta nykyhetkeen oltu kirjattu kumpaakaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Asiakkaan psyykkisen toimintakyvyn tilanteesta oli kirjattu toisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa psyykkistä toimintakykyä oli kuvattu seuraavalla ilmaisulla: ”Passiivinen, tarvitsee paljon ohjausta päivittäisissä toiminnoissa. GDS tulos 10”. Psyykkisen toimintakyvyn kirjaamisohjeisiin verraten mahdollinen sekavuus, harhaisuus, mieliala, kontaktikyky, koettu elämänlaatu, mahdollinen yksinäisyys sekä erilaiset voimavarat olivat kirjaamatta.

Sosiaalista toimintakykyä oli kirjattuna molemmissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa, kirjauksissa huomioitiin asiakkaan vuorovaikutussuhteet läheisten ja omaisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä oli kuvattu seuraavin ilmaisin: ”Sisar hoitaa kauppasioinnin ja muut kodin ulkopuoliset asiat. Sisar siivoaa ja toimii saattoapua tarvittaessa”, ”Tytär asuu toisella paikkakunnalla, pitää paljon yhteyttä”. Kirjaamisessa huomioimatta olivat jääneet sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ystävien tai muun mahdollisen sosiaalisen verkoston kanssa, harrastukset, mukaan lukien entiset harrastukset sekä asiakkaan kokemukset turvallisuuden tunteesta.

Voimavarakartoituksen yhteenvedossa oli kirjattuna asiakkaiden ravitsemuksen tilanne molemmissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa seuraavin ilmaisin: ”Ateriapalvelu ma-pe, viikonloppuisin valmistaa ruoat itse. Aamu- ja iltapalan laittaa itse”, ”Puoliso huolehtii riittävän ravitsemuksen toteutumisesta”. Päihitteiden käytöstä oli toisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa kirjaus ”ei tupakoi, Audit C 0 pistettä”.

Lääkehoidon tilanteesta oli kirjattuna molemmissa hoito- ja palvelusuunnitelmassa seuraavin ilmaisin: ”Lääkkeet jaetaan apteekissa annospusseihin kahden viikon välein torstaisin. Samalla jaetaan dosettiin Marevan-lääke kah-

deksi viikoksi erillisen ohjeen mukaan. Tarvittaessa käydään korjaamassa Marvan annostus, INR-arvon mukaisesti. Ottaa itse lääkkeet pusseista ja dose-tista”, ”Aamukäynnillä aamulääkkeet valvotusti. Iltakäynnillä iltalääkkeet valvotusti. Puoliso hakee lääkepussirullat apteekista”. Asiakkaan suunhoidon tilanne oli kirjattuna toisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa selkeästi ”Itse huolehtii ohjatusti hampaiden pesun”.

9 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö oli kokonaisuudessaan haastava. Tutkimukseen saamiemme hoito- ja palvelusuunnitelmien vähäinen määrä sekä kirjauksien vähäinen sisältö toivat haasteita analysointivaiheeseen. Halusimme ottaa aluekohtaisiin kaavioihin mukaan kaikki alueiden hoito- ja palvelusuunnitelmat, jotta kokonaiskuvan hahmottaminen tulosten kannalta tulisi konkreettisemmaksi.

Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjatukset jättivät paljon lukijan varaan, joten analyysirungon käyttäminen tehdyssä muodossa ei tahtonut onnistua. Analyysirunkomme ei antanut mahdollisuuksia kirjata toimintakyvystä yleisellä tasolla, niin kuin monessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli tehty.

Mielestämme kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa ei voi toteutua yleisellä tasolla, sillä silloin asiakkaan hoito ei ole kokonaisvaltaista eikä toimintakykyä ylläpitävää. Esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa pitäisi mielestämme näkyä asiakkaan muistin seuranta, jos on kirjattu asiakkaan muistin alentuneen. Myös toimintakykyjen testien tulokset pitäisivät olla hoito- ja palvelusuunnitelmissa näkyvillä, jotta lain mukainen arviointi olisi mahdollista.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittää (15 §.) että toimintakyvyn arvioinnissa on otettava huomioon ikääntyneen henkilön fyysinen-, kognitiivinen-, psyykinen- ja sosiaalinen toimintakyky, sekä hänen asumisensa turvallisuuteen, ympäristönsä esteettömyyteen ja lähipalveluiden saatavuuteen liittyvät tekijät. Toimintakyvyn arviointi on myös lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä. Arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, mitkä ovat henkilön omat voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja missä hän suoriutuu itsenäisesti. Tämän

jälkeen voidaan tehdä konkreettiset ja selkeät hoidon ja palveluiden tavoitteet. (Päivärinta & Haverinen 2002, 77.)

Hoitajien kirjaamistaso sekä fraasien käyttäminen oli vaihtelevaa, joka toi omanlaisensa haasteen analysointivaiheeseen. Kirjaaminen ei ollut monipuolista, eikä valtaosin Kotkan kaupungin kirjaamisohjeiden mukaista. Kirjaaminen ei mielestämme ollut riittävän asiakaslähtöistä ja hoito- ja palvelusuunnitelmat olivat lähinnä listausta hoitajan tehtävästä työstä. Kattavalla ja arvioivalla kirjauksella hoitajat saivat enemmän informaatiota asiakkaan kokonaisvaltaisesta toimintakyvyn tilanteesta.

Kirjaamisissa oli myös ristiriitaista tietoa asiakkaan toimintakyvystä, esimerkiksi ”omatoimisesti pesee ohjattuna hampaat”, ja jäimme tutkijoina miettimään, miten asiakas oikeasti kotona toimii. Mielestämme hoito- ja palvelusuunnitelmissa asiakkaan toimintakykyä ei voida arvioida tai kirjata ristiriitaisesti, sillä tulevaisuudessa toimintakyvyn arviointi hankaloituu, mikä myöhemmin lisää hoitajan työtä.

9.1 Tulosten tarkastelu

Yhteenvedona voidaan kertoa, että lähes jokaisessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli huomioitu fyysinen-, kognitiivinen-, psyykkinen-, sosiaalinen- ja voimavaralähtöinen toimintakyky. Kirjaukset kuitenkin asiakkaiden toimintakyvystä ja sen arvioinnista eivät olleet hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisohjeiden mukaista. Halusimme tutkijoina vielä eritellä vastaukset toimintakyvyn osa-alueiden mukaisesti, jolloin asiakkaiden toimintakyvyn huomioimisesta hoito- ja palvelusuunnitelmissa saataisiin kokonaisvaltainen kuva.

9.1.1 Fyysinen toimintakyky

Asiakkaan fyysistä toimintakykyä (kuva 6) oltiin kirjattu 90 %:ssa analysoitavaksi saaduista hoito- ja palvelusuunnitelmista. Yhdestä suunnitelmasta puuttui kokonaisuudessaan fyysisen toimintakyvyn huomiointi.



Kuva 6. Fyysisen toimintakyvyn huomioiminen yhteenvetona

Asiakkaan liikkumiskyvystä ulko- ja sisätiloissa oli selkeästi kirjattu eniten. Alue A:ssa kirjauksia oli 1/2:ssa, alue B:ssä 6/6:ssa ja alue C:llä 2/2:ssa analysoitavaksi saaduissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Suurimmassa osassa kirjauksia oli kerrottu, käyttääkö asiakas apuvälinettä ulko- ja sisätiloissa liikkueessaan, muutamassa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli myös huomioitu mahdollisen saattajan tarve ulkona liikkueessaan. Kuitenkaan ei ollut huomioitu, miten asiakas liikkuu ulko- ja sisätiloissa, ei ollut kirjauksia, onko asiakkaan käveleminen rollaattorin kanssa tasapainoista ja esimerkiksi sujuvaa, vai tarvitseeko asiakas rollaattorin käytössä ohjausta, eikä näin ollen kirjaamista voida pitää arvioivana.

Asiakkaan tasapainoa ja mahdollisia kaatumisia oli huomioitu alue B:ssä 1/6:ssa ja alue C:llä kotihoidossa 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmista. Alue C:llä oli kirjauksessa huomioituna asiakkaan heikko tasapaino sekä se, minkälaista apua asiakas tarvitsee tasapainon ylläpitämisessä. Alue B:n hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattuna: ”Ei kaatumisia”, muutoin asiakkaan tasapainoa ei oltu kuvattuna.

Yhdessä kymmenestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta oli arvioivasti kuvattuna asiakkaan tasapaino, sekä hänen tarvitsemansa apu tasapainon ylläpitämisessä. 8/10:ssä analysoitavaksi saadussa hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei oltu kuvattuna asiakkaan tasapainoa tai mahdollisia kaatumisia ollenkaan. Nähdäksemme kirjaus ”Ei kaatumisia” ei kuvaa asiakkaan tasapainoa tai

mahdollisia kaatumisia tarpeeksi, ja mikäli asiakkaan tasapainossa ei ole ongelmia, olisi hoito- ja palvelusuunnitelmissa voinut olla suunnitelma nykyisen tasapainon ylläpitämisestä.

Fyysisen toimintakyvyn testistä oli kirjaus alue B:llä yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kirjauksesta kävi ilmi, että asiakkaan muistisairauden vuoksi toimintakyky testin tekeminen on mahdotonta. Myös alue C:llä ja alue A:lla fyysisen toimintakyvyn testin tulokset oli kerrottu yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tutkijoina jäimme miettimään, olisiko testin tuloksien yhteydessä hyvä avata asiakkaan saamia tuloksia, esimerkiksi mikä asia ei tällä hetkellä onnistunut sekä mahdollinen suunnitelma millä mahdollistaisi sen fyysisen toimintakyvyn osa-alueen kuntoutuksen ja/tai ylläpidon.

Avustaminen siirtymätilanteissa oli kuvattuna kaiken kaikkiaan yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa, alue C:llä. Mietimme, onko tätä osuutta kuvattu vain yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa muiden tilapäisten asiakkaiden hyvän toimintakyvyn vuoksi. Olisiko kuitenkin hyvä, että hoito- ja palvelusuunnitelmissa tämänkin kohta huomioitaisiin, vaikka asiakas ei tarvitse apua siirtymätilanteissa, jotta asiakkaan toimintakyvyn arviointi olisi tulevaisuudessa hoitajille helpompaa sekä käynnille mentäessä hoitaja saisi selkeän kuvan asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä.

Asiakkaan hygienian hoidosta oli kirjauksia alue A:lla 1/2:ssa, alue B:llä 2/6:ssa sekä alue C:llä 2/2:ssa, sen sijaan asiakkaan peseytymisestä oli kirjauksia alue A:lla 1/2:ssa, alue B:llä 1/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa. Tutkijoina kiinnitimme huomiota moneen kirjaukseen. Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli aamukäynnin yhteyteen kirjattu ”Yritetään saada asiakas pesuille ja vaihtamaan vaatteet”, olisiko tässä kohtaa ollut hyvä myös kuvata mahdollisia toimintamalleja, miten asiakkaan saisi pesuille sekä miten toimitaan, jos asiakas kieltäytyy toistuvasti pesuista ja vaatteiden vaihdosta.

Suurimmassa osassa hoito- ja palvelusuunnitelmia oli kirjattu asiakkaan selviytyvän henkilökohtaisen hygienian hoidosta ja peseytymisestä omatoimisesti. Nähdäksemme tähän osioon olisi voitu kirjata esimerkiksi asiakkaan peseytymiseen ja henkilökohtaisen hygienian hoidon tottumuksia. Esimerkillisessä tilanteessa kirjauksesta voisi selvittää kuinka usein asiakas peseytyy, eli

tekeekö hän aamuin illoin pienet pesut ja käykö hän viikoittain esimerkiksi suihkussa. Huomioitavaa olisi myös onko asiakkaan peseytymistiloissa liikkuminen turvallista sekä onko peseytymistiloissa tilaa liikkua esimerkiksi apuvälineen kanssa. Kattavalla kirjauksella tulevaisuudessa asiakkaan hygienian ja peseytymisen arviointi olisi helpompaa ja asiakkaan selviytymiskykyyn kiinnittäisiin herkemmin huomiota.

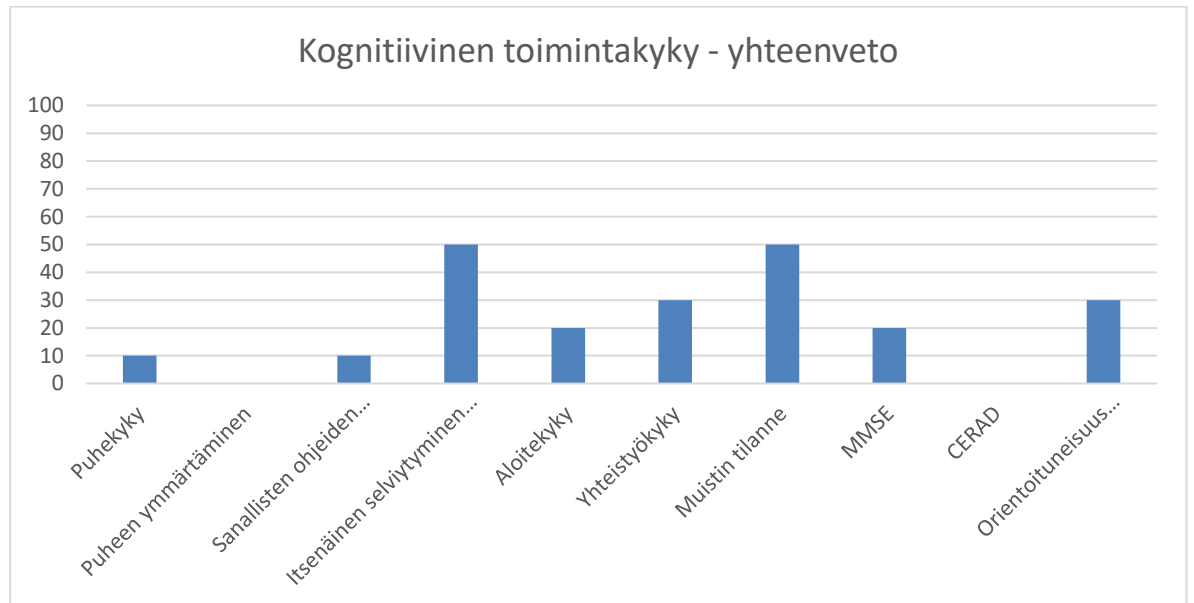
Asiakkaan wc-käynneistä oli kirjauksia sekä alue A:lla että alue B:llä yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Alue C:n analysoitavaksi saaduissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa tätä osiota ei ollut huomioitu. Pidätyskyvystä sekä sen hoitoon käytettävistä tuotteista oli maininta alue A:lla 1/2:ssa, alue B:llä 1/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa. Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa asiakkaan wc-käyntiä oli kuvattu seuraavanlaisesti; ”Uni katkonaista, ravaa wc:ssä, virtsailee myös pitkin asuntoa. Käy itsenäisesti wc:ssä”, kuitenkin esimerkiksi pidätyskyvyttömyyteen käytettävistä tuotteista ei ollut mainintaa.

Mietimme, että jos asiakkaalla ei ole tässä tilanteessa käytössä inkontinenssisuojia, niin voisiko hoito- ja palvelusuunnitelmassa olla maininta tästä tai mahdollinen suunnitelma tilanteen parantamiseksi tai ehkäisemiseksi. Pidätyskyvystä ja sen hoitoon käytettävistä tuotteista oli kerrottuna siis kolmessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, yhdessä oli auttamismenetelmien yhteyteen kirjattuna ”Pantsien vaihto aamu ja iltakäynnin yhteydessä.”. Mikäli asiakkaalla on pidätyskyvyn hoitoon käytettäviä tuotteita, niin olisiko hyvä kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan mitä kautta tuotteet hankitaan ja kuinka usein, jolloin asiakkaan pidätyskyvyn arviointi olisi tulevaisuudessa helpompaa, sekä tuotteiden hankinta asiakkaalle helpottuisi, kun tiedot olisivat luettavissa hoito- ja palvelusuunnitelmasta.

Asiakkaan näköä ja kuuloa oli kirjattuna alue B:llä 3/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, alue A:lla näköä eikä kuuloa ollut huomioitu kummassakaan analysoitavaksi saadussa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kahdessa kirjauksessa oli kerrottu, että näkö ja kuulo ovat normaalit, sekä kahdessa oli kirjattu asiakkaalla olevan silmälasit, joidenka ansiosta näkö on hyvä, kuulon kerrottiin näissä kahdessakin olevan normaali tai hyvä.

9.1.2 Kognitiivinen toimintakyky

Asiakkaan kognitiivista toimintakykyä (kuva 7) oli kirjattuna 80 %:ssa analysoidtavaksi saaduista kymmenestä hoito- ja palvelusuunnitelmista. Alue A:n kahdessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei oltu huomioitu asiakkaan kognitiivista toimintakykyä.



Kuva 7. Kognitiivisen toimintakyvyn huomioiminen yhteenvetona

Asiakkaan puhekyvystä oli kaiken kaikkiaan kirjattuna yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa, alue C:llä. Oli kirjattuna, että ”*Afasia vaikeuttaa puhumista*”. Tutkijoina jäimme miettimään, olisiko tähän voinut arvioida asiakkaan puhekykyä enemmän, pystyykö hän kommunikoimaan sanallisesti ollenkaan, onko tukisanoja, miten kommunikointi tapahtuu helpoiten, miten asiakkaan afasia vaikuttaa hoitotilanteissa tai asioiden hoitamisessa. 9/10:ssä analysoidtavaksi saadussa hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei ollut kirjattu asiakkaan puhekyvystä mitään. Asiakkaan kykyä ymmärtää puhetta ei ollut huomioitu yhdessäkään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Asiakkaan kykyä ymmärtää sanallisia ohjeita oli kirjattuna yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa, alue C:llä, johon oli kirjattuna, että asiakas suoriutuu ohjattuna wc-käynneistä, suihkusta sekä pukeutumisesta.

Asiakkaan kykyä selviytyä itsenäisesti henkilökohtaisista asioista oli kirjattu alue B:llä 2/6:ssa ja alue C:llä 2/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Yh-

dessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattuna: ”Muisti alentunut, asioiden hoitamisessa tarvitsee apua”, tutkijoina jäimme kaipaamaan tarkennusta, sillä mietimme, minkälaisissa asioissa asiakas tarvitsee apua vai onko avuntarve kokonaisvaltaista henkilökohtaisissa asioissa, onko esimerkiksi laskujen maksaminen huomioitu, kauppa-asiat tai henkilökohtaisen hygienian hoitaminen. Myös kirjaus ”Pystyy hoitamaan asioita hyvin rajoitetusti, esim. kaupassa käy ostamassa vain kissanruokaa” jäi mietityttämään. Olisiko tähän kohtaan voinut kirjoittaa huolehtiiko jokin muu taho asiakkaan muut kauppa-asiointit, miten asioiden hoitaminen rajoitetusti vaikuttaa muuhun henkilökohtaiseen elämään, vai heijastuuko se ainoastaan kaupassa käymiseen.

Asiakkaiden aloitekykyä oli kirjattuna alue B:llä 1/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Yhteistyökykyä oli kuvattuna alue B:llä 2/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kirjaaminen aloitekyvystä ja yhteistyökyvystä oli suppeaa. Yhteenvetona kirjauksissa oli todettu, että onko asiakas aloitekykyinen ja/tai yhteistyökykyinen. Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kerrottu, että asiakkaan aloitekyky on huono. Tutkijoina jäimme miettimään, olisiko tähän kohtaan voinut kirjata mahdollisia menetelmiä, joilla asiakasta pystyisi motivoimaan asioiden aloittamisen suhteen.

Asiakkaan muistin tilanteesta oli kirjattu alue B:llä 2/6:ssa ja alue C:llä 2/2:ssa analysoitavaksi saaduissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa, sekä MMSE-testin tulokset oli kirjattu alue B:llä 1/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa suunnitelmissa. Kahdessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattu, että asiakkaan muisti on alentunut, mutta MMSE-testin tulokset puuttuivat. Jäimme tutkijoina miettimään, miten asiakkaan muisti on arvioitu alentuneeksi, jos MMSE-testiä ei ole tehty. Kahdessa muussa MMSE-testin tulokset olivat kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelman yhteyteen.

Yhdessä suunnitelmassa oli todettu, että ”Muisti normaali”. Mikäli asiakkaan muisti on alentunut, voisiko hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjata muistin seurannan suunnitelmaa, kuten MMSE-testin tekoväli, pisteytys, sekä kertoa, onko asiakas käynyt muistipoliklinikalla, miten asiakkaan muistin alentuminen vaikuttaa henkilökohtaisessa elämässä tai hoitotilanteissa.

CERAD-tehtäväsarjasta ei ollut kirjausta yhdessäkään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Asiakkaan orientoituneisuudesta nykyhetkeen oli kirjattu alue B:llä 2/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa, joissa oli todettu asiakkaan olevan orientoitunut nykyhetkeen tai asiakkaan olevan orientoitunut aikaan ja paikkaan.

9.1.3 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkistä toimintakykyä (kuva 8) oli kirjattuna 60 %:ssa analysoitavaksi saaduista kymmenestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Alue A:n kahdessa analysoitavaksi sopivassa hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei ollut kirjauksia asiakkaiden psyykkisestä toimintakyvystä.



Kuva 8. Psyykkisen toimintakyvyn huomioiminen yhteenvetona

GDS-15-testin tulokset olivat kirjattuna yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa, alue C:llä. Tutkijoina jäimme miettimään, onko asiakkaiden psyykkinen toimintakyky ollut niin hyvä, että hoitajat ovat kokeneet GDS-15-testin tekemisen vapaaehtoiseksi, eikä näin ollen sitä ole huomioitu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Mahdollisia sekavuuksia tai harhaisuutta, koettua elämänlaatua, mahdollista yksinäisyyttä eikä erilaisia voimavaroja ollut kirjattuna missään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Selkeästi eniten oli kirjattu asiakkaan mielialaa. Kirjaukset olivat kuitenkin muutamalla sanalla, esimerkiksi ”Passiivinen, tarvitsee paljon ohjausta”, ”Vakava sairaus mietityttää”, ”Normaali”, ”On hyväntuulinen ja virkeä”, ”Hyvä, ei masennusta”, ”Psyyke normaali”. Jäimme tutkijoina miettimään, millaisilla perusteilla ja toimintamalleilla

asiakkaiden psyykkistä toimintakykyä on arvioitu, jos psyykkisen toimintakyvyn arvioinnin testiä ei kuitenkaan ole tehty. Psyykkisen toimintakyvyn kirjaaminen ei ole Kotkan kaupungin hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisohjeiden mukaista.

9.1.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalista toimintakykyä (kuva 9) oli kirjattuna 90 %:ssa analysoitavaksi saaduista kymmenestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Alue A:lla sosiaalista toimintakykyä oli kirjattuna 1/2:ssa, alue B:llä 6/6:ssa ja alue C:llä 2/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa.



Kuva 9. Sosiaalisen toimintakyvyn huomioiminen yhteenvetona

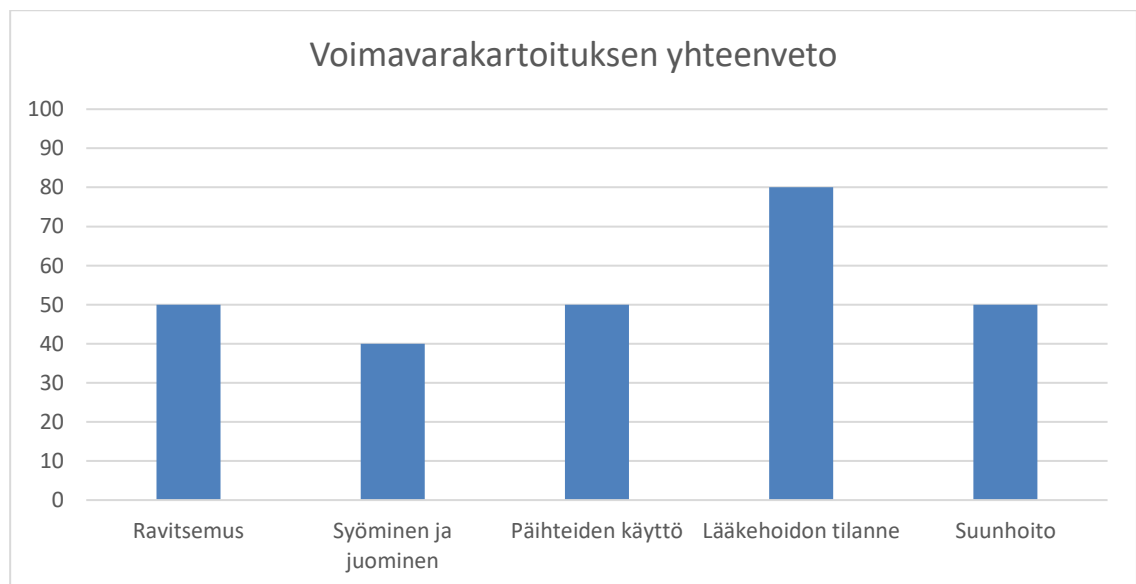
Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueista eniten kirjauksia oli asiakkaan läheisistä ja omaisista. Alue A:lla läheiset ja omaiset olivat huomioituna 1/2:ssa, alue B:llä 5/6:ssa ja alue C:llä 2/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Ystäviä tai muuta sosiaalista verkostoa oli huomioituna verrattain hyvin vähän, alue B:llä 2/6:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli mainintaa ystäväistä tai muusta sosiaalisesta verkostosta.

Harrastuksia ei myös juurikaan huomioitu, alue B:n yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjaus harrastuksista, huomioiden myös entiset harrastuk-

set. Koettua turvallisuutta tai sosiaalista kanssakäymistä ei ollut kirjattu yhteenkään hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Sosiaalista toimintakykyä kokonaisuudessaan ei ollut niinkään arvioitu, vaan hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli lyhyesti mainittu, jos asiakkaalla oli sosiaaliseen verkostoon kuuluvia ihmisiä. Tutkijoina mietimme, miksi asiakkaiden koettuun turvallisuuteen ei ollut hoito- ja palvelusuunnitelmissa kiinnitetty huomiota ollenkaan, asiakkailla on kuitenkin mahdollisuus saada turvapuhelimet tarvittaessa, joten mielestämme turvallisuuden tunteen selvittäminen olisi tarpeellista.

9.1.5 Voimavarakartoituksen yhteenveto

Voimavarakartoituksen yhteenvetoon (kuva 10) oli kirjattu asiakkaiden terveystottumuksia 90 %:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmia. Alue A:lla terveystottumuksia oli kirjattu 1/2:ssa, alue B:llä 6/6:ssa ja alue C:llä 2/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa.



Kuva 10. Voimavarakartoituksen yhteenveto

Asiakkaiden ravitsemuksellisesta tilanteesta oli kirjauksia alue A:lla 1/2:ssa, alue B:llä 2/6:ssa ja alue C:llä 2/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Ravitsemuksellista tilannetta oli kirjattuna pääosin yhdellä lauseella, esimerkiksi ”Itse laittaa ruuat”, ”Itse laittaa miehen kanssa ruoat”, ”Ateriapalvelu ma-pe, viikonloppuisin valmistaa ruoat itse, aamu- ja iltapalan valmistaa itse”, ”Itse valmistaa aamiaisen”.

Tutkijoina kiinnitimme huomiota moneenkin kohtaan ravitsemuksellisen tilanteen kirjauksissa. Valtaosin hoitajat olivat kiinnittäneet huomion, kuka valmistaa ruoan ja miten, yhdessä kirjauksessa oli huomioituna ateriapalvelu, myös kirjaus ”itse valmistaa aamiaisen” herätti lisäkysymyksiä, sillä jäimme miettimään, että miten muut päivän aterioinnit onnistuvat asiakkaalta. Mietimme, voisiko tähän kohtaan myös kirjata, mikäli asiakkaalla olisi jonkun sairauden vuoksi erityisruokavalio, tai käytössä olisi esimerkiksi alhaisen ravitsemuksellisen tilanteen vuoksi ravintolisät, tai tiedossa olevat paino-ongelmat.

Asiakkaiden syömisestä ja juomisesta oli kirjauksia alue A:lla 1/2:ssa, alue B:llä 2/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Asiakkaiden syömistä ja juomista oli kuvattu ”ruokahalu hyvä”, ”itse saavat lämmitettyä päiväruoan”, ”ruokailu yksipuolista ja epävarmaa”. Huolestuttavaa kirjauksissa on se, että vain yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattu, että asiakas saa itse lämmitettyä päiväruoan. Myöskin kiinnitimme huomiota siihen, että oli kerrottu asiakkaan ruokailun olevan yksipuolista ja epävarmaa, mutta ruokailun turvaamiseksi kehitettyjä keinoja ei ollut kirjattu ylös eikä myöskään epävarman ruokailijan syömisestä seuranta. Mietimme, että jos asiakkaalla on jotakin epävarmuuksia, tulisiko hoitajan kehittää yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteet tämän tarpeen turvaamiselle.

Asiakkaan päihteiden käytöstä oli kirjauksia alue B:llä 4/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Alue A:n kahdessa analysoitavaksi saadussa hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei ollut huomioitu asiakkaiden päihteiden käyttöä. Kirjauksissa lähinnä todettiin, käyttääkö asiakas päihteitä vai ei, yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattuna Audit-testin tulokset. Kuitenkin, mikäli asiakkaalla oli päihteiden käyttöä, ei hoito- ja palvelusuunnitelmassa ollut arviointia, paljonko asiakas käyttää päihteitä. Myöskään päihdesuunnitelmasta ei ollut kirjausta. Huuomimme kiinnittyi siihen, että yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattu asiakkaan käyttävän jonkin verran alkoholia, mutta alkoholin riskikäytön testistä ei ollut kirjausta.

Asiakkaan lääkehoidon tilanteesta oli kirjauksia alue A:lla 2/2:ssa, alue B:llä 4/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa. Lääkehoidon tilannetta oli kuvattu seuraavanlaisesti: ”Aamukäynnillä aamulääkkeet valvotusti, iltakäynnillä iltalääkkeet valvotusti. Vaimo hakee lääkepussirullat apteekista”, ”Kotihoito käy pistämässä

Klexane s.c., tarkistaa dosetin, onko ottanut aamulääkkeet”, ”Huolehtii itse lääkkeiden oton”, ” Puoliso jakaa lääkkeit dosettiin, siitä ottaa itse lääkkeit”.

Lääkehoidon tilanteen kirjaaminen ei ollut kirjaamisohjeisiin verrattain kokonaisvaltaista. Lääkehoidosta oli kirjattuna yhdellä tai muutamalla lauseella. Lääkkeiden hankinnasta ja esimerkiksi dosetin jaosta ei ollut tarpeellisia kirjauksia kuin kahdessa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli myös ristiriitaa, ensin oli kirjattu, että kotihoito jakaa asiakkaan lääkkeit dosettiin, jonka jälkeen auttamismenetelmissä aamu- ja iltakäynnin yhteyteen oli kirjattuna, että kotihoito antaa lääkkeit annosjakelupusseista.

Asiakkaan suunhoidon tilanteesta oli kirjauksia alue B:llä 4/6:ssa ja alue C:llä 1/2:ssa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Alue A:n kahdessa analysoitavaksi saadussa hoito- ja palvelusuunnitelmassa ei ollut huomioitu asiakkaan suunhoidollista tilannetta. Asiakkaiden suunhoitoa oli suurimmalta osin kuvattu seuraavanlaisesti ”Itse huolehtii suunhoidosta” tai ”itse pesee hampaat”. Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjaus ” Jättänyt menemättä elokuussa -16 varatulle hammaslääkärin vo:lle”. Kirjauksista ei kuitenkaan selvinnyt, onko asiakkailla omat hampaat vai proteesit. Myöskään suunnitelmia suunhoidon ylläpidolle tai parantamiselle ei ollut, esimerkiksi kirjauksessa, jossa asiakas on jättänyt menemättä vastaanotolle.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys ja hyvän tieteellisen käytännön tavat kulkivat ajatuksissamme ja teoissamme koko työn ajan. Eettisyyteen kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Tämä näkyy tutkimuksen tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Toimimme asetettujen vaatimusten mukaan tutkimusta tehdessämme. Käytämme eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja avoimuutta julkaistessa. Olemme selkeästi määritelleet tilaajan kanssa, kuinka tutkimustyö tehdään ja miten aineistojen kanssa toimitaan. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Tutkimuksessa mukana olleet lähteet ovat teoreettisessa viitekehyydessä merkitty niin, että jokainen voi niitä halutessaan tarkastella.

Laadullisen tutkimuksen tärkeä eettinen periaate on henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Lisäksi on tärkeää, että tutkija ei tutkimuksellaan vahingoita tiedonantajaa. Parhaimmillaan tutkimus voi edistää tilaajan tietoisuutta tutkittavasta asiasta (Backman ym. 2001, 31–39). Asiakkaiden ja hoitajien anonymiteetti on varmistettu tässä työssä Kotkan kaupungin toimesta. Analyysivaiheemme tapahtui Kotkan kotihoidon tiloissa tilaajan pyynnöstä. Ennen analysointia analysoitavaksi tarkoitetuista hoito- ja palvelusuunnitelmista oli poistettu asiakkaiden sekä hoitajien tunnistetiedot. Analysoinnin loputtua Kotkan kaupungin henkilökuntaan kuuluva työntekijä hävitti hoito- ja palvelusuunnitelmat asianmukaisesti. Analyysiin otetut tiedot olivat ainoistaan tarkoitettu analysoitavaksi, eikä saatuja tietoja ole hyötykäytetty muuhun.

Tutkimuksen analysointivaiheessa molemmat tutkijat toistivat aineiston analyysin, jotta mahdollisilta virheilta analysoinnissa vältyttiin. Tutkimustulokset ovat tarkastettu molempien tutkijoiden puolesta, sekä analyysivaiheessa, että myöhemmin. Tarkoituksena oli saada tutkimustuloksista tarkkoja ja luotettavia. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa kuitenkin aikaisempien tutkimusten vähäinen määrä, tämän työn tekijöiden kokemattomuus, sekä analysoitavaksi saatujen hoito- ja palvelusuunnitelmien vähäinen määrä. Koemme, että tutkimukseen olisi tullut lisäarvoa, mikäli analysoitavaksi sopivia hoito- ja palvelusuunnitelmia olisi ollut enemmän kuin kymmenen. Tutkijoista toinen on työskennellyt Kotkan kaupungin kotihoidossa, jolloin tutkimustulosten tarkastamisen päävastuu kohdistui tutkijalle, jolla ei ollut kokemusta kotihoidosta. Näin ollen työssä on vältetty mahdolliset johtopäätökset tulosten tarkastelussa.

Tutkimuksessa käytettyjen kansainvälisten aineistojen siirtäminen suomeksi on saattanut aiheuttaa sanamuotojen ja vivahteiden muuttumista. Tutkimus tapahtui täysin ilman budjettia, joten käytettävissä olevan aineiston määrää vähensi se, ettei työhön otettu mukaan maksullisia aineistoja. Tutkimuksen aihe on myös muuttunut kertaalleen prosessin aikana, tavoitteenamme on kuitenkin ollut muuttaa teoreettisesta viitekehystä vaadittavat asiat uuden aiheemme mukaisesti. Aiheenvaihdoksen myötä alkuperäinen aikataulumme viivästyi.

9.3 Kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksemme pohjalta päälimmäiseksi kehittämiskohteeksi nousi selkeästi hoitajien kirjaaminen. Tutkittavassa aineistossa kirjaaminen ei ollut mielestämme Kotkan kaupungin hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisohjeiden mukaista. Nykyinen kirjaamistaso ei palvele asiakasta eikä esimerkiksi uusia hoitajia, jotka eivät tunne asiakasta entuudestaan. Kirjaaminen ei ollut asiakkaan toimintakykyä arvioivaa, ja näin ollen myös ongelmaksi tulevaisuudessa tulee asiakkaan toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi.

Mietimme nykyisen toiminnanohjauksen tehostamista niin, että arviointijaksolla olevan asiakkaan käynnit ohjelmoituisivat kotihoidon alueen muutamalle hoitajalle, jolloin asiakkaan toimintakyvyn arviointi hoito- ja palvelusuunnitelmaan helpottuisi, ja näin ollen kirjaamisen taso mahdollisesti parantuisi.

Vaihtoehtoisesti voisi myös kehittää arviointijaksolla olevalle asiakkaalle toimintakyvyn arviointiin tarkoitettua erillistä ohjetta, joka mahdollisesti kulkisi hoitajien mukana käyntien ajan. Silloin hoitajat voisivat katsoa kohta kerrallaan, mitä asiakkaan toimintakyvystä tulisi huomioida, jotta jokainen toimintakyvyn alue arvioitaisiin kokonaisvaltaisesti. Näin ollen välttyttäisiin myös yleisellä tasolla olevasta kirjauksesta, ja hoito- ja palvelusuunnitelmat olisivat tulevaisuudessa myös tilapäisillä asiakkailla sisältörikkaampia.

Tutkimustulosten pohjalta mietimme, pitäisikö hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisohjeita tarkastella, sillä jäimme miettimään, miten ohjeiden käyttö tapahtuu käytännössä. Palvelevatko nykyiset kirjaamisohjeet hoitajia näin ollen oliko niissä mahdollisesti kehitettävää, esimerkiksi käytössä olevien fraasien kannalta? Mietimme, voisiko hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisessa käytettäviä fraaseja kehittää niin, että ne sisältävät jokaisen toimintakyvyn osan alueen yksityiskohtaisesti ja selkeästi. Näin välttyttäisiin myös hoitajien tulkinnanvaraiselta kirjaamiselta ja toiminnalta.

Arviointijaksolle tulevan asiakkaan toimintamallia voisi kehittää niin, ettei järjestelmällisesti olisi mahdollista jättää asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa tekemättä. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen asiakkaalle on määritelty

myös tutkimuksessa esiintyvässä laissa. Tutkijoina mielestämme on hälyttävää analysoitavaksi saatujen hoito- ja palvelusuunnitelmien vähäinen määrä verrattain tilapäisten asiakkaiden määrään Kotkan kotihoidon alueilla.

LÄHTEET

Aalto, A-M. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa. TOIMIA. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psykkinen_vt_110126.pdf [viitattu 22.11.2017].

Alatalo, T., Ilvesluoto, V., Joonas, M., Koistinaho, A-M., Kortelainen, R., Penttilä-Sirkka, S & Vääräniemi, I. 2014. ”Näkkeehän ne minkälaista apua tartten” – Kattava palvelutarpeen arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena. Oulun ammattikorkeakoulu & Lapin yliopisto. Pro gradu -tutkielma, YAMK. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61474/Kortelainen.Rii-naa.pdf;jsessionid=D66E7239707D25050BE8AFD856B23C99?sequence=2> [viitattu 21.5.2017].

Agape Oy. 2017. Turvapuhelin. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.agapepalvelut.fi/?page_id=46 [viitattu 07.12.2017].

Backman, K., Janhonen, S., Juntunen, A., Latvala, E., Lukkarinen, H., Matilainen, D., Nikkonen, M., Pasivaara, L., Vanhanen-Juurinen, L. & Vuokila-Oikonen, P. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Mini-Mental State Examination s.a. Muistiasiantuntijat.fi. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE_150210.pdf [viitattu 11.4.2017].

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Oppiportti. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/>.

Etelä-Kymenlaakson kotihoidon kriteerit. 2015. Kotkan kaupunki. PDF-dokumentti. Saatavissa: www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17363_kriteerit.pdf [viitattu 15.11.2017].

Etelä-Kymenlaakson osahanke – Kotihoidon työryhmä. 2012. Kaakon SOTE-INTO. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17365_toimintakyky_edistava_tyoote.pdf [viitattu 12.4.2017].

Fageström, J. 2008. Kotihoitoa tukevat palvelut. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.mynamaki.fi/uploads/Palvelut/Kotihoidon_palvelut.pdf [viitattu 22.5.2017].

FCG Finnish Consulting Group. 2015a. RAVA®-arviointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.soteluokitustuotteet.fi/luokitustuotteet/rava/RAVA-arviointi> [viitattu 3.4.2017].

FCG Finnish Consulting Group. 2015b. RAVA®-mittarilla arvioidaan kaksi-toista keskeisintä toimintoa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.soteluokitustuotteet.fi/luokitustuotteet/rava/nain-toimii-rava> [viitattu 3.4.2017].

FCG Finnish Consulting Group. 2015c. RAVA-lomake. WWW-dokumentti Saatavissa: <https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/ar01s04.html>. [viitattu 1.11.2017].

FCG Finnish Consulting Group. 2015d. Toimintakyvyn ja avuntarpeen mittari ikäihmisiä varten. WWW-dokumentti Saatavissa: <http://www.soteluokitustuotteet.fi/fi/luokitustuotteet/rava> [viitattu 4.4.2017].

Hakala, S. & Id-Korhonen A. 2016. Omassa kodissa, ikääntyneiden asuinolojen arviointimalli. Ympäristöministeriön raportteja 6. Helsinki: Ympäristöministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160115/YMra_6_2016.pdf?sequence=1 [viitattu 8.5.2017].

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria - Arvioinnista kuntoutukseen. 1.–2. painos. Helsinki: Edita Prima.

Heikkinen, E. & Marin, M. 2002. Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.

Heikkilä, M & Parpo, A. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Raportteja 268. Helsinki: Stakes

Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Helsinki: Tammi.

Hämäläinen, P., Kojo, H., Lanne, M., Rytönen, A. & Reisbacka, A. 2013. Ikäihmisen tulevaisuuden asuminen. Kirjallisuuskatsaus. VTT Technology. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2013/T79.pdf> [viitattu 28.5.2017].

Ikonen, E., Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Etelä-Kymenlaaksossa. 2015. Etelä-Kymenlaakso / Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi-työryhmä. PDF-dokumentti. Päivitetty 23.2.2015. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/24278_LIITE_Ikaihminen_toimintakyvyn_ja_palvelutarpeen_arviointi_2015.pdf [viitattu 11.04.2017].

Ikäinstituutti. 2016. Testaus tavaksi – tapoja testaukseen. Iäkkäiden liikkumiskyvyn arviointi. 3. uudistettu painos. toim. Salminen, U., Karvinen, E. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2017/01/testaus_tavaksi_netti.pdf [viitattu 21.5.2017].

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelo, S., Launiemi H., Takaluoma M. & Tiittanen H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilö, A. & Ihalainen, J. 2017. Kuntoutuksen mahdollisuudet. 6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf [viitattu 21.5.2017].

Koskinen, S., Sainio, P., Tiikkainen, P., & Vaarama, M. 2012 Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa – sosiaalinen toimintakyky. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1 [viitattu 22.11.2017].

Kotihoitoa tukevat palvelut. 2015. Kotkan kaupunki. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.kotka.fi/asukkaalle/vanhuspalvelut/kotihoito/kotona_asumista_tukevat_palvelut [viitattu 8.5.2017].

Kotihoito. 2017. Kuntaliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito> [viitattu 24.10.2017].

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 4–12.

Laadullinen tutkimus. 2015. Jyväskylän yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus> [viitattu 9.4.2017].

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

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

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhusten parhaaksi; Hoitaja toimintakyvyn tukijana. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Marc, L., Raue, P. & Bruce M. 2009. Screening Performance of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a Diverse Eldery Home Care Population. *American journal of geriatric psychiatry* 11, 914–921. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676444/> [viitattu 16.10.2017].

Metsävainio, M. 2013. Sosiaalinen toimintakyky – käsiteanalyttinen tutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Pro Gradu -tutkimus. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130084/urn_nbn_fi_uef-20130084.pdf [viitattu 7.5.2017].

Mäkinen, M., Autio, T., Heinonen, H., Holma, T., Häkkinen, H., Hänninen, T., Pajala, S., Sainio, P., Schroderus, K., Seppänen, M., Sihvonen, S., Stenholm, S., & Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/12/19/TOIMIA_suositus_toimintakyvyn_arvioinnista_iakkaan_vaeston_hyvinvointia_edistavien_palveluiden_yhteydessä_20131219.pdf [viitattu 22.11.2017].

Myöhäisiän depressioseula. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/> [viitattu 12.4.2017].

Oulun yliopisto. 2015. GASEL-hanke. Saatavissa: http://www.oulu.fi/gasel/esiselvitys_k%C3%A4sitteet [viitattu 23.2.2017].

Partala, A.-E. 2009. Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Pro-Gradu -tutkimus. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22726/URN_NBN_fi_jyu-201001111015.pdf?sequence=1 [viitattu 21.5.2017].

Pirttilä, T. & Koponen, H. 2010. Muistipotilaan kognitiivisen suorituskyvyn arviointi. Käypähoito -suositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00510> [viitattu 21.5.2017].

Päivärinta, E. & Haverinen R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma; Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto ja Helsinki: Stakes. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111535/op52.pdf?sequence=1> [viitattu 4.4.2017].

Rahkonen, J. & Mäkinen, M. 2013. Suomalainen ikägallup. Taloustutkimus Oy. PDF-dokumentti. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://eloisaika-fi-bin.directo.fi/@Bin/2adff2e58cf113616d894b6df634eeba/1495964234/application/pdf/83872/Suomalainen%20ik%C3%A4gallup%202013_Eloisa%20ik%C3%A4.pdf [viitattu 28.5.2017].

Saajanaho, M. 2016. Personal goals in old age – relationships with resources in life, exercise activity, and life-space mobility. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/48499/Saajanaho_Milla_screen%20%282%29.pdf?sequence=1 [viitattu 21.5.2017].

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2007/107325Loppuraportti.pdf> [viitattu 7.5.2017].

Simonen, M. 2009, 65–71. Teoksessa Pohjola, P. & Heimonen S.-L. (toim.) Sosiaalinen toimintakyky. Ikäinstituutti. Kustantaja Oy. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf [viitattu 22.11.2017].

Simonen, M. 2007, 21–22. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin menetelmät. Ikäinstituutti. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/12/Orait_3-2007-PDF.pdf#page=13 [viitattu 7.5.2017].

Sixsmith, J., Sixsmith A., Fange, A., Naumann, D., Kucsera, C., Tomsone, S., Haak, M., Dahlin-Ivanoff, S. & Woolrych, R. 2014. Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries. The University of Northampton. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://nectar.northampton.ac.uk/7096/1/Sixsmith20147096.pdf> [viitattu 21.5.2017].

Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalot - Sotesi. 2016. Kotona asumisesta tukevat palvelut. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.sotesi.fi/sotesi/liitetiedostot/editori_materiaali/23027.pdf?name=Kotona_asumisesta_tukevat_palvelut_-esite [viitattu 7.5.2017].

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö s.a. Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalahoidon> [viitattu 24.10.2017].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7/2006. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/%20470564/817072/%20ik%C3%A4%20ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b> [viitattu 15.11.2017].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1 [viitattu 8.5.2017].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Etelä-Suomen ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma; Kotona kokonainen elämä 2013-2013. Loppuraportti 2015. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.innokyla.fi/documents/306104/0/Loppuraportti_valmis.pdf/bc564b63-b5a2-4502-b985-4e7f3d66dbc5 [viitattu 8.5.2017].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kotihoito ja kotipalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> [viitattu 22.2.2017].

Suomen muistiasiantuntijat ry. 2013. Myöhäsiän depressioseula GDS-15. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/GDS-15.pdf> [viitattu 12.4.2017].

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T, 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen lääkirlehti* 10, 9-21. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.kotonaparass.fi/@Bin/141176/sll_muistisairaus-suositus.pdf [viitattu 21.5.2017].

Sulkava, R., Vuori, U. & Ylikoski, R. 2007. Mini-Mental State Examination - testi; Ohjeet testin tekemiseen. Suomen muistiasiantuntijat. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE%20ohjeet%20testin%20tekemiseen.pdf> [viitattu 12.4.2017].

Sotkanet. 2017. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s3YLSbTM4x3BgA=®ion=szbKAwA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=t&t=bar> [viitattu 28.5.2017].

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen. Lapin yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf [viitattu 8.5.2017].

Toimintakykyä edistävä työote kotihoidossa; Etelä-Kymenlaakson toimintamalli. 2012. Kotkan kaupunki. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17365_toimintakyky_aidistava_tyote.pdf [viitattu 24.10.2017].

Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/12/18/TOIMIA_kyselylomake_toimintakyvyn_kartoitus_aidikkaan_vaeston_hyvinvointia_aidistavissa_paveluissa.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/12/18/TOIMIA_kyselylomake_toimintakyvyn_kartoitus_aidikkaan_vaeston_hyvinvointia_aidistavissa_palveluissa.pdf) [viitattu 11.4.2017].

Toimintakyky - asuminen. 2015a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/apuvavineet/oppimateriaali/perustietopaketti-lahihoitaja-ja-avustajaopiskelijoille/asuminen> [viitattu 8.5.2017].

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2013. 6. Painos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Helsinki: Stakes.

Toimintakyvyn ulottuvuudet. 2015b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet> [viitattu 2.11.2017].

Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf [viitattu 21.5.2017].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R.-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf [viitattu 6.5.2017].

Tilvis, R. 2010. Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Turjamaa, R. 2014. Older People's individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1616-7/urn_isbn_978-952-61-1616-7.pdf [viitattu 7.5.2017].

Turvapuhelinohje. 2017. Kotkan kaupunki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Toljamo, M. 2014. Missä paras? Suomen muistiasiantuntijat ry. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=1&issue=2013-01&lang=fi> [viitattu 29.5.2017].

Vaarama, M. 2004. Mitkä tekijät ovat olennaisia ikääntyneiden arkipäivän toimintakyvylle? Teoksessa Valtioneuvoksen kanslia. Ikääntyminen voimavarana. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://vnk.fi/documents/10616/622938/J3304_ik%C3%A4%C3%A4ntyminen+voimavarana.pdf/7660c14f-763b-485e-9a56-eff59c1bfd7c?version=1.0 [viitattu 15.11.2017].

Vaamara, M. & Kaitsaari, T. 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2002; Heikkilä, M., Kautto, M. (toim.).

Vanhustenhuollon strategia. 2008–2015. Kotkan kaupunki. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/19658_1421-Vanhustenhuollon_strategia_2008_-_2015_1_.pdf [viitattu 8.5.2017].

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. STAKES. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76960/Ra7-2005.pdf?sequence=1> [viitattu 21.5.2017].

World Health Organization. 2013. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO. Saatavissa: <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf> [Viitattu 7.5.2017].

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimuksen tulokset ja pohdinta
<p>Alatalo Tuomas, Ilvesluoto Varpu, Joonas Maria, Koistinaho Aino-Maria, Kortelainen Riina, Penttilä-Sirkka Suvi & Vääräniemi Irja; "Näkkeehän ne minkälaista apua tartten" – Kattava palvelutarpeen arviointi Vanhuspalvelulain tavoitteena. 2014. Pro Gradu -tutkielma/YAMK, Oulun ammattikorkeakoulu & Lapin yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on normatiivisten ja teoreettisen lähtökohtien pohjalta kuvata Vanhuspalvelulain mukaisen palvelutarpeen arvioin toteutumista, iäkkäiden henkilöiden ja työntekijöiden kokemusten kautta.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä ja tuottaa tietoa iäkkäiden henkilöiden ja palveluohjauksen työntekijöiden kokemuksia, sekä edistää vanhuspalvelulakia.</p>	<p>Mitä kattavammin toimintakyvyn eri osa-alueet huomioitiin iäkkäille tehtävässä palvelutarpeen arvioinnissa, sitä monipuolisemmin palvelutarpeen arviointi toteutui ja johti hyvään palvelusuunnitelmaan sekä kokonaisvaltaiseen palveluiden toteuttamiseen.</p> <p>Tutkimuksessa mietittiin, että ikääntyneiden palveluihin tarvitaan toimintamallien uudistamista ja asenne-muutosta. Palvelutarpeen arvioinnin todettiin olevan liian palvelujärjestelmä-lähtöistä, eikä se näin ollen mahdollistanut ikääntyneille tarkoituksen mukaisia palveluita.</p>
<p>Metsävainio Mari; Sosiaalinen toimintakyky - käsitteanalyttinen tutkimus. 2013. Pro Gradu -tutkimus, Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Keskeisenä tavoitteena oli analysoida sosiaalinen toimintakyky käsitteenä, eli pyrkiä löytämään ne tekijät, joista sosiaalinen toimintakyky koostuu.</p> <p>Lisäksi Metsävainio halusi osoittaa teorian ja käsitteanalyysin pohjalta hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja</p>	<p>Tutkimuksen avulla osoitettiin, miten tärkeää ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta on pystyä tunnistamaan ja arvioimaan sosiaalista toimintakykyä.</p> <p>Osoitettiin, että sosiaalisella toimintakyvyllä on yksilön tasolla suuri merkitys ihmisen selviytymisessä arjen</p>

	eritoten sosiaalisen toimintakyvyn yhteyden toisiinsa ihmisen elämässä.	vaatimuksista ja yhteiskunnan asettamista odotuksista. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin tärkeys ilmentyy siinä, että ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi on merkityksellistä palveluiden kohdentamisessa ja kehittämisessä
Partala Anne-Elina; Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. 2009. Pro Gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto	<p>Tutkimuksen päätavoitteena oli tarkastella yli 60-vuotiaiden suomalaisten ikääntyneiden aikuisten fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteyttä hyvinvoinnin eri osa-alueisiin.</p> <p>Lisäksi tutkittiin, että vaihtelee ikääntyneiden fyysisen aktiivisuuden määrä, tai koettu toimintakyky sen mukaan kokeeko ikääntynyt hyvinvointinsa heikoksi, hyväksi vai erinomaiseksi</p>	<p>Tutkimus osoitti, että fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyky ovat positiivisessa yhteydessä ikääntyneiden hyvinvointiin, ainoastaan fyysisen aktiivisuuden ja sosiaalisen hyvinvoinnin välillä ei havaittu yhteyttä.</p> <p>Tulokset osoittivat myös, että fyysisen aktiivisuuden määrä vaihteli tilastollisesti merkittävästi hyvinvoinnin osa-alueista ainoastaan fyysisen hyvinvoinnin eri tyhmissä. Sen sijaan koettu toimintakyky vaihteli kaikilla hyvinvoinnin osa-alueilla siten, että hyvinvointinsa erinomaiseksi kokeneet kokivat myös toimintakykynsä paremmaksi.</p>
Saajanaho Milla: Personal Goals in Old Age; Relationships with Resources in life, Exercise activity and Life-	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia henkilökohtaisia tavoitteita ikäänty-	Ikääntyneiden ihmisten päätavoitteiksi nousivat hyvä terveys, terveyden-

<p>Space Mobility. 2016. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>neillä ihmisillä on, miten tavoitteet muuttuvat vuosien saatossa ja miten ikääntyneiden tavoitteet muuttuvat heidän elämässään olemassa oleviin resursseihin.</p>	<p>huollon hyvät resurssit, vapaa-ajan toiminta sekä liikuntakyvyn ylläpito.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että ikääntyminen muuttaa eniten liikuntakyvyn ylläpidon tavoitteita vuosien saatossa, tutkija mietti, että hyvillä ja säännöllisillä harjoitteilla voitaisiin estää liikuttamisen vähentyminen.</p>
<p>Sanerma Päivi; Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. 2009. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tiimityön kehittämistä kotipalvelun ja kotisairaalan yhdistyessä kotihoidoksi. Tutkimuksessa pyrittiin myös selvittämään, minäkalaiseksi tiimityö kotihoidossa kehitty kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on luoda uutta tietoa kotihoitotyön kehittämisestä tiimityön avulla, sekä rakenteita kotihoitotyön kehittämiseen</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena syntyi uusi kotihoidon kehittämismalli, joka jäsentyy kehittämisen prosesseihin, joista perusprosesseja ovat jatkuva informointi, johtamisen kehittäminen sekä jatkuva arviointi ja palauteprosessi.</p>
<p>Turjamaa Riitta: Older people's individual resources and reality in home care. 2014. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata ja arvioida iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavarojen tunnistamista ja tukemista kotihoidossa huomioiden asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat</p>	<p>Sekä iäkkäät asiakkaat, että kotihoidon henkilökunta pitivät sosiaalisia suhteita ja arjen elementtejä kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavaroina. Kuitenkin</p>

	Tavoitteena oli mahdollistaa ikääntyvien kotona asuminen hyväksikäyttämällä voimavaralähtöistä toimintakykyä.	huomattiin, että päivittäisessä hoitotyössä voimavarojen huomioiminen ja tukeminen olivat melko vähäistä. Syiksi tälle todettiin asiakkaan luona tapahtuvan työn kiireellisyys ja asiakkaan puolesta tekeminen.
--	---	---