

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Anne Martikainen

KOTIHOIDON ASIAKKAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUTEEN LIITTY-  
VÄT HAASTEET – Henkilökunnan kokemuksia

Opinnäytetyö  
Tammikuu 2017



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Helmikuu 2017**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
Keskuksen puhelinnumero  
p. 050 405 4816

**Tekijä**  
Anne Martikainen

**Nimeke**  
Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät haasteet – Henkilökunnan kokemuksia  
**Toimeksiantaja**  
Liperin kunta Vanhuspalvelut

**Tiivistelmä**

Kotihoito on ikäihmisten ensisijainen palvelumuoto, jossa hoidetaan monisairaita ja runsaasti palveluita tarvitsevia asiakkaita. Myös muistisairaita hoidetaan kotona yhä pidempään. Hoitajan tehtäviin kuuluu asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja vahvistaminen. Hoitajan onkin hyvä tuntea itsemääräämisoikeutta koskevat keskeiset säädökset ja ennakoinnin keinot.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa kuvailevaa tietoa Liperin kotihoidon henkilökunnan kokemuksista ja haasteista asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto kerättiin henkilökunnan ryhmähaastatteluisissa teemahaastattelua hyödyntäen. Aineiston analysointiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustulosten mukaan asiakkaan itsemääräämisoikeus nähtiin asiakkaan mahdollisuutena päättää hoitoaan koskevista asioista ja saada yksilöllistä hoitoa. Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät haasteet olivat sidoksissa organisaation toimintaan, omaisten toimintaan sekä hoitajien toimintaan ja päätöksentekoon. Lisäksi aineistosta nousi eettisesti erityisen haastaviksi koettuja tilanteita työssä. Muistisairaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista pyrittiin ennakoimaan asiakkaan laatiman hoitotahdon avulla.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää koulutusten suunnitteluun tai tiimeissä keskusteluteemoina hoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheena voisi olla kotihoidon asiakkaille suunnattu tutkimus samasta aiheesta. Yksityisten palveluntuottajien toimimisesta kunnallisen kotihoidon rinnalla on vähän tutkittua tietoa. Siitä voisi myös saada mielenkiintoisen tutkimusaiheen.

**Kieli**

Suomi

Sivuja 48

Liitteet 6

Liitesivumäärä 6

**Asiasanat**  
kotihoito, itsemääräämisoikeus, muistisairaus, etiikka



**THESIS**  
**February 2017**  
**Degree Programme in Nursing**  
Tikkarinne 9  
FI 80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

Author

Anne Martikainen

Title

Challenges Concerning Self-Determination of Home Care Clients – Experiences of the Personnel

Commissioned by

Municipality of Liperi, Services for Older People.

Abstract

Home care is the primary form of care for older people. Clients have multiple morbidities and a need for many services. Clients with memory disorders are treated longer and longer in their homes. Nurses have to respect and enhance client self-determination. Therefore, as to self-determination, nurses should be familiar with the essential statutes and means of taking issues into account in advance.

The purpose of this thesis was to produce descriptive information on the self-determination-related experiences and challenges of the personnel of Liperi Home Care Services. This qualitative research was implemented through focused group interviews among the personnel. The material was analysed using inductive content analysis.

It was concluded that client self-determination is perceived as an opportunity for the clients to make decisions concerning their own care and receive individual care. The challenges related to client self-determination are linked to the actions of the organization, relatives as well as nurses and their decision making. Based on the material, certain situations emerged at work that are experienced as particularly ethically challenging. Realisation of self-determination among clients with memory disorders was attempted to take into account by drawing a living will.

These study results may be utilized in planning education or as a theme for a discussion in teams with a perspective on improving nursing care. A further research possibility is a similar study focusing on the client's perspective. Research on private service providers operating side by side with public home care is scarce. This could also prove an interesting subject.

Language

Finnish

Pages 48

Appendices 6

Pages of Appendices 6

Keywords

home care, self-determination, memory disorder, ethics

# Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Kotihoito .....	6
2.1	Kotihoidon palvelujen tuottaminen .....	6
2.2	Kotihoidon työntekijän työnkuva .....	7
3	Itsemääräämisoikeus .....	8
3.1	Lakiperusteinen itsemääräämisoikeus .....	8
3.2	Itsemääräämisoikeus kotihoidon asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana ..	9
3.3	Hoitotahto .....	10
3.4	Edunvalvonta .....	11
4	Itsemääräämisoikeus kotihoidon henkilökunnan haasteena .....	12
4.1	Kotihoidon erilaiset asiakkaat .....	12
4.2	Organisaatioon liittyvät haasteet .....	13
4.3	Hoitajan toimintaan liittyvät haasteet .....	15
4.4	Omaisten toimintaan liittyvät haasteet .....	16
4.5	Paternalismi .....	17
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	18
6	Opinnäytetyön toteutus .....	18
6.1	Opinnäytetyön prosessin kuvaus .....	18
6.2	Tutkimusasetelma .....	20
6.3	Tutkimusmenetelmä .....	20
6.4	Kohderyhmä .....	21
6.5	Aineiston hankinta .....	22
6.6	Aineiston analyysi .....	23
7	Tulokset .....	24
7.1	Asiakkaan itsemääräämisoikeuden määrittely .....	24
7.2	Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät haasteet .....	25
7.2.1	Organisaatioon liittyvät haasteet .....	25
7.2.2	Omaisten toimintaan ja toivomuksiin liittyvät haasteet .....	29
7.2.3	Hoitajan toimintaan ja päätöksentekoon liittyvät haasteet .....	31
7.2.4	Itsemääräämisoikeuteen liittyviä erityiskysymyksiä .....	33
7.3	Hoitotahto muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukena .....	34
8	Pohdinta .....	35
8.1	Tulosten tarkastelua .....	35
8.2	Johtopäätökset .....	39
8.3	Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu .....	41
8.4	Luotettavuus ja eettisyys .....	42
8.5	Oma ammatillinen kasvu .....	43
8.6	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet .....	44
	Lähteet .....	45

## Liitteet

Liite 1 Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Liite 2 Tutkimuslupa

Liite 3 Tiedote tutkimuksesta

Liite 4 Teemahaastattelurunko

Liite 5 Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja luokittelusta

Liite 6 Koonti sisällön analyysistä

## 1 Johdanto

Vanhuspalvelulaki ja Ikäihmisten palveluiden laatusuositus painottavat kotihoitoa ikäihmisten ensisijaisena palvelumuotona. Kotihoidon asiakkaat ovat pääasiassa iäkkäitä monisairaita ihmisiä, ja palveluntarve on yli puolella asiakkaista suuri tai erittäin suuri. Vuonna 2014 säännöllisen palvelun piirissä olevien asiakkaiden keski-ikä oli 81 vuotta. Asiakkaista 43 prosenttia oli 85 vuotta täyttäneitä ja vanhempia. Kaikkia ikäluokkia tarkasteltaessa vain kolmanneksella asiakkaista oli normaali kognitio, ja 14 prosentilla asiakkaista oli vähintään keskivaikea kognition vajaus. Muistisairaita hoidetaan yhä pidempään kotihoidossa. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seurantatutkimuksesta käykin ilmi, että kotihoidon henkilöstön osaamis- ja koulutustarpeet tulevat painottumaan muistisairaiden itsemääräämisoikeuden tukemiseen ja saattohoitoon. (Noro, Alastalo, Finne-Soveri & Mäkelä 2015, 1 - 4.)

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa kuvailevaa tietoa Liperin kotihoidon henkilökunnan kokemuksista ja haasteista asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teema-haastatteluilla. Aineiston analysointiin on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jolla aineisto on käsitteellistetty yksittäisiä ilmauksia pelkistämällä ja ryhmittelemällä.

Opinnäytetyö on toimeksianto Liperin kunnalta. Alun perin toimeksiannon aihe oli Laki sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä, jota toimeksiannon aikaan odotettiin voimaantulevaksi (HE 108/2014). Laki ei tullut voimaan, joten toimeksiantajan edustajan kanssa sovittiin aiheen uudelleen muotoilusta. Asiakkaan itsemääräämisoikeus oli aiheena kiinnostava, ja sain määritellä tutkimustehtävän itsenäisesti. Itsemääräämisoikeuteen liittyviä aiheita on tutkittu runsaasti vammaispalveluiden ja mielenterveyspalveluiden piirissä. Vanhuspalveluissa ja erityisesti kotihoidossa asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyviä tutkimuksia on

kuitenkin varsin vähän. Viime vuosina aiheesta on tehty muutamia ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä ja Pro gradu -tutkielmia, joiden tuloksiin peilaan osin opinnäytetyöni tuloksia.

## **2 Kotihoito**

### **2.1 Kotihoidon palvelujen tuottaminen**

Liperin kunnassa tuotetaan kuntalaisille sosiaalihoitolain (710/1982) mukaisia kotipalveluja ja kansanterveislain (66/1972) mukaista kotisairaanhoidtoa (Liperin sosiaali- ja terveyslautakunta 2015). Kotihoidon palveluita tarjotaan kolmessa taajamassa sekä lisäksi haja-asutusalueella maaseudulla. Kunta tuottaa suuren osan palveluistaan itse. Yksityisiltä yrittäjiltä ostetaan kotiin annettavat yöaikaisen hoidon palvelut. (Liperin kunta 2017a.) Kunnan tuottaman palvelun sijaan asiakas voi myös valita yksityisen palveluntuottajan niin halutessaan. Siihen kunta myöntää palvelusetelin. Palveluseteli on maksusitoumus, jolla kunta sitoutuu maksamaan hyväksymälleen palveluntuottajalle ennalta määrätyn kustannuksen. Asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuu on saman suuruinen kuin vastaavassa kunnan palvelussa. Palvelusetelin myöntämisperusteet ovat samat kuin kunnan vastaavissa palveluissa. (Liperin kunta 2017b.)

Pohjois-Karjalassa yhdistettiin kunnalliset sosiaali- ja terveysterveystoimet sekä erikoissairaanhoidto yhdeksi organisaatioksi 1.1.2017 alkaen. Siun sote tuottaa sosiaali- ja terveysterveystoimet sekä erikoissairaanhoidon Pohjois-Karjalan 14 kuntaan ja Heinävedelle, yhteensä alueen 170 000 asukkaalle. (Siun sote 2016a.) Siun soteen on laadittu koko maakuntaa koskevat yhteiset Kotihoidon myöntämisen perusteet ja sisältö (Siun sote 2016b) sekä Ikäihmisten asumispalvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö, jotka tulivat käyttöön 1.1.2017 (Siun sote 2016c). Myös palvelumaksut yhtenäistyvät. Tämä takaa alueen asukkaiden yhdenvertaisuuden ja toisaalta turvaa kotihoidon palveluiden saatavuutta koko maakuntaan. (Siun sote 2016d.)

Sosiaalipalveluita myönnetään yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arviointi perustuu asiakkaan oman näkemyksen lisäksi yhden tai useamman asiantuntijan arvioon. Ikäihmisten palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettäviä sosiaalipalveluita ovat mm. kotihoito ja asumispalvelut. Moniammatillisella SAS-ryhmällä (selvitä, arvioi, sijoita) on päävastuu palvelutarpeen arvioinnista ja sen tavoite on ohjata asiakkaat tarkoituksenmukaisen ja oikean palvelun piiriin. (Liperin kunta 2017c.)

## **2.2 Kotihoidon työntekijän työnkuva**

Kotihoidossa hoitajan työnkuva on laaja ja monipuolinen. Hoitajan työ on laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä, joka vaatii monipuolista osaamista. Hoitaja huomioi ja arvioi asiakkaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita. Kotikäyntien oleellinen osa on arvioida asiakkaan terveydentilaa ja sairauden oireita ja tarvittaessa ryhtyä tilanteen vaatimiin toimiin. Tämä vaatii kykyä tehdä itsenäisesti hoidollisia ratkaisuja sekä taitoa kuvailla tilannetta luotettavasti suullisesti ja kirjallisesti. (Ikonen 2015, 172 - 180.)

Eettinen tietoisuus auttaa hoitajaa tekemään valintoja ja ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. Etiikka koostuu arvoista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Arvot ja periaatteet siirtyvät työhön vuorovaikutuksen ja käytännön toiminnan kautta. Kotihoidossa hoitaja tekee asiakasta koskevia päätöksiä ja ohjailee asiakkaan jokapäiväisiin asioihin liittyviä ratkaisuja. (Ikonen 2015, 190 - 191.) Hoitaja kohtaa työssään päivittäin eettisiä kysymyksiä esimerkiksi päätettäessä asiakkaan hoitolinjoista, lääkityksestä, kivunhoidosta, ravitsemuksesta, hygieniasta tai hoitopaikasta. Ensisijaisesti ratkaisun etsimisen pitäisi lähteä asiakkaan tarpeesta ja mielipiteestä. Tarvittaessa tukea voidaan hakea omaisilta tai muilta työyhteisön toimijoilta. (Muistiliitto 2016, 73.) Kaikessa päätöksenteossa päämääränä tulisi pitää asiakkaan hyvän tahtominen ja asiakkaalle hyvän tekeminen (Ikonen 2015, 191). Eettinen ongelma määritellään tilanteeksi, jossa työntekijä ei tiedä, mikä toimintavaihtoehto olisi eniten oikein tai paras mahdollinen. Toisaalta eettinen ongelma voidaan määri-

tellä valintatilanteeksi, jossa henkilö kokee joutuvansa rikkomaan moraalisia arvoja ja normeja. Käytännössä eettinen ongelma on siis tilanne, jossa koetaan, että tehdään väärin, tehdään sitten miten tahansa. (Molander 2014, 31 - 32.)

Hoitajan tehtäviin kuuluu asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja vahvistaminen. Tähän liittyen on oleellista tukea asiakkaan osallistumista arjen ja tulevaisuuden suunnitteluun. Hoitajan on hyvä tuntea itsemääräämisoikeuden säädökset ja keskeiset ennakkoinnin keinot, kuten hoitotahto ja edunvalvontavaltuus, jotta hän voi ohjata ja kannustaa asiakasta niiden laatisessa. (Muistiliitto 2016, 59 - 60.) Vanhustenhuollossa työntekijät toimivat asiakkaiden ”asianajajina” ja iäkkäiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen tukijoina. Työntekijä on vastuussa työstään asiakkaalle, tämän omaisille, työyhteisölle ja työnantajalle, jopa yhteiskunnalle. Omaa eettistä osaamista ja ammattitaitoa on syytä ylläpitää ja kehittää. Samoin työyhteisön sisällä on tärkeää keskustella eettisistä ristiriidoista ja ongelmista ja etsiä niihin yhdessä vastauksia. (Kivelä & Vaapio 2011, 25 - 26.)

### **3 Itsemääräämisoikeus**

#### **3.1 Lakiperusteinen itsemääräämisoikeus**

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta säädetään useassa laissa. Itsemääräämisoikeus on myös keskeisessä asemassa hoitoalan arvoperustassa ja eettisissä ohjeissa. Se on yksi tärkeimmistä perus- ja ihmisoikeuksiin kuuluvista periaatteista. Itsemääräämisen toteutumiseksi on oleellista, että henkilö kykenee ymmärtämään erilaiset vaihtoehdot ja arvioimaan seuraukset, joiden perusteella hän pystyy päättämään tarvittavat ratkaisut. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 15.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee itsemääräämisoikeutta potilaan hoitotahdon kautta: ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä



hänen kanssaan.” Laki sallii potilaan hoidosta kieltäytymisen ja velvoittaa henkilökuntaa hoitamaan potilasta jollain muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) kehottaa kunnioittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta, toiveita ja mielipiteitä. Asiakkaalle on annettava osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuus ja päätöksenteossa on ensisijaisesti huomioitava asiakkaan etu.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet tukevat hoitoalan ammattilaisen eettistä päätöksentekoa päivittäisessä työssä. Itsemääräämisoikeudesta sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sanotaan näin: ”Sairaanhoitaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.” (Sairaanhoitajaliitto 2015.)

### **3.2 Itsemääräämisoikeus kotihoidon asiakkaiden ja hoitajien kuvaamana**

Myllymäki (2014) on tutkinut vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Haastatteluista tulee ilmi, että itsemääräämisoikeus on itseasiassa vanhuksille kovin abstrakti käsite, jota heidän on vaikea kuvailla ja konkretisoida. Myllymäki tarkastelee itsemääräämisoikeutta toimijuuden ja osallisuuden näkökulmasta. Itsemäärääminen tarkoittaa sitä, että asiakas on osallisena ja tasavertaisena toimijana vaikuttamassa omiin asioihinsa. Tässä yhteydessä hän puhuu mukautuvasta itsemääräämisoikeudesta, joka muotoutuu kotihoidon toimintaperiaatteiden ja toimintakäytäntöjen sekä asiakkaan joustavuuden ja sopeutumisen yhteen kietoutumisena. Tutkimuksen mukaan asiakkaan toimintakyvyn lasku tai vaihtelu vaikuttaisi olevan yksi tekijä, joka johtaa itsemääräämisoikeuden mukautumiseen. Asiaan vaikuttanee myös asiakkaiden odotusten vaatimattomuus, vähään tyytyminen ja tilanteisiin sopeutuminen. Itsemääräämisen mukauttamista ei nähdä tutkimuksessa välttämättä asiakkaan oman tahdon vastaisena, vaan se voi olla myös asiakkaan oma valinta. (Myllymäki 2014, 57 - 62.)

Myös hoitohenkilökunnan on vaikea kuvailla ja konkretisoida asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Näkemyksissä on myös selkeää ristiriitaisuutta. Kotihoidon työntekijät kuvaavat usein asiakkaan päivittäisiä toimintoja eivätkä niinkään itsemääräämisoikeuden toteutumista. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen nähdään erityisesti hoitajalähtöisenä, mutta myös asiakaskohtaisena ja tilannesidonnaisena. Lisäksi järjestelmän toimintaperiaatteiden koetaan vaikuttavan asiaan. Anttilan tutkimuksessa itsemääräämisoikeuden toteutuminen kuvautuu asiakkaan osallistumisena omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon hoito- ja palvelusuunnitelmassa, suostumuksena tarjottuun hoitoon, valinnan vapautena päivittäisissä toiminnoissa sekä oikeutena kieltäytyä hoidosta tai lääkityksestä. (Anttila 2010, 27 - 31, 56 - 62.)

### **3.3 Hoitotahto**

Henkilön kyky ja mahdollisuudet itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen voivat laskea tilapäisesti tai pysyvästi esimerkiksi terveydellisistä syistä. Jos sairauden tiedetään vaikeuttavan itsemääräämisoikeutta vääjäämättä, asiaan on mahdollista ja suotavaa valmistautua ennalta. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004,16.)

Potilaslain (785/1992) 8. § velvoittaa kunnioittamaan potilaan aiemmin vakaasti ja pätevästi ilmaistua hoitoa koskevaa tahtoa (Potilaslaki 785/1992). Alzheimerkeskusliitto on julkaissut hoitotahtolomakkeen vuonna 2004 ja painottaa hoitotahdon ilmaisemisen merkitystä itsemääräämisoikeuden turvaamiseksi. Hoitotahtolomakkeen voi täyttää terveenä ollessaan tai kognitiivista toimintakykyä heikentävän sairauden varhaisvaiheessa. Hoitotahtoaan laativan potilaan on kyettävä riittävällä tavalla ymmärtämään asiakirjan tekemisen merkitys ja sisältö. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 22 - 24.) Varhaisessa vaiheessa tehdyn diagnoosin yhteydessä olisikin tärkeää kertoa potilaalle, kuinka hänen on mahdollista suunnitella tulevaisuuttaan (Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 553). Hoitotahdolla henkilö voi varmistaa, että hänen elämänarvojaan noudatetaan ja hoitoratkaisut perustuvat omaan tahtoon. Vaikka suullinen hoitotahdon ilmaus on jo pätevä, se kannattaa laatia myös kirjallisena. Hoitotahto velvoittaa hoitohenkilökuntaa, joten sen tulee

olla läheisten ja hoitohenkilökunnan tiedossa. Lisäksi se on hyvä liittää potilasasiakirjoihin ja sähköiseen potilastietokantaan (Omakanta). (Muistiliitto 2016, 62.)

Viukarin tutkimuksessa käy ilmi, että kotona asuvilla haastatelluilla muistisairailla ei ollut laadittuna hoitotahtoa, vaikka osa omaisista oli sen tarpeellisuutta ajatellutkin. Aloitetta hoitotahdon laatimiseen toivottiin asumisyksiköstä tai kotihoitosta. (2015, 52 - 55.) Pyykkö (2013) on selvittänyt, mitä kotihoidon asiakkaat tietävät hoitotahdosta. Tieto hoitotahdosta oli tutkimuksessa haastatelluilla asiakkailla hyvin niukkaa. Sen sisältöä tai merkitystä ei osattu selittää. Hoitotestamentti oli tutumpi terminä, mutta sitä ei osattu rinnastaa hoitotahtoon. Vain yksi haastatelluista osasi määrittää hoitotahdon merkityksen. Hoitotahdon tekemisestä ei myöskään ollut tietoa. Haastatellut olivat kuitenkin ilmaisseet hoitotahtoaan suullisesti sairaalassa lääkärille sekä omaisille koskien esimerkiksi toimenpiteitä. Haastattelujen lainauksista välittyy luottamuspuola hoitotahdon noudattamiseen. (Pyykkö 2013, 24, 48 - 52.)

### **3.4 Edunvalvonta**

Laki edunvalvontavaltuutuksesta (648/2007) määrittelee oikeudellisen välineen, jolla henkilö voi etukäteen järjestää asioidensa hoidon, mikäli tulee itse kykenevämmäksi niitä hoitamaan sairauden tai muun syyn vuoksi. Edunvalvontavaltuutuksessa henkilö eli valtuuttaja määrittelee ne asiat, joita valtuutus kattaa, esimerkiksi taloutta tai terveyttä koskevat asiat. (Etene 2008.) Laki edunvalvontavaltuutuksesta (648/2007) velvoittaa holhousviranomaisen eli maistraatin vahvistamaan edunvalvontavaltuutuksen valtuutetun hakemuksesta (24.§). Maistraatti myös valvoo valtuutetun toimintaa (29.§). Mikäli asiakkaan etuja ei saada turvattua edunvalvontavaltuutuksella, hänelle voidaan määrätä edunvalvoja. Edunvalvojan määrääminen on aina viimesijaisin keino. Edunvalvojaksi voidaan määrätä henkilön läheinen tai niin sanottu yleinen edunvalvoja. (Muistiliitto 2016.)

Laissa holhoustoimesta (442/1999) on säädetty, että hoitohenkilökunnalla on oikeus ja velvollisuus vaitiolovelvollisuuden sitä estämättä tehdä ilmoitus holhous-

viranomaiselle edunvalvonnan tarpeessa olevasta asiakkaasta. (91.§) Holhousviranomainen eli maistraatti selvittää ilmoituksen saatuaan edunvalvonnan tarpeen ja tekee tarvittaessa käräjäoikeudelle hakemuksen edunvalvojan määräämiseksi. Edunvalvoja voidaan määrätä henkilölle, mikäli hän ei vajaavaltaisuuden, sairauden tai muun syyn vuoksi voi itse pitää huolta taloudellisista asioistaan (1.§). Edunvalvojan on myös huolehdittava siitä, että päämiehelle järjestetään tarpeellinen hoito, huolenpito ja kuntoutus päämiehen tarpeet ja toivomukset huomioon ottaen (42.§).

## **4 Itsemääräämisoikeus kotihoidon henkilökunnan haasteena**

### **4.1 Kotihoidon erilaiset asiakkaat**

Itsemääräämisoikeus korostuu hoitotyön periaatteena kotihoidossa. Toisaalta kotihoidon asiakkaina on monin tavoin vajaakuntoisia ihmisiä, ja hoitaja joutuu arvioimaan asiakkaan tilannetta ja päätöksentekokykyä usealta kannalta. Kotihoidon palvelut on tarkoitettu iäkkäille henkilöille, monisairaille ja muistiongelmaisille, joiden toimintakyky on alentunut. Lisäksi palveluihin ohjautuu sotainvalideja ja vammaisia, sairaalasta kotiutuvia sekä myös tarvittaessa muita asiakkaita palvelutarpeen mukaisesti. (Siun sote 2016b, 4.) Käytännössä asiakkaina on myös eri-ikäisiä mielenterveys- ja päihdeongelmaisia henkilöitä, joita Siun soten määritelmässä ei erikseen mainita. Vuoden 2011 Suomen päihdetapauskannan aineiston mukaan kotihoidossa oli laskentavuorokauden aikana 841 päihde-ehdoista asiointia. Laskennallisesti vuositasolla kotihoito tekee 210 000 käyntiä, joilla kohtaa päihteiden käyttäjän. (Koivula, Vilkkö, Tigerstedt, Kuussaari & Pajala 2015, 483.)

Anttila (2010) on tutkinut Pro gradu -työssään kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeutta edistäviä ja estäviä tekijöitä kotihoidon henkilökuntaa haastattelella. Anttila jakaa nämä tekijät hoitaja-, asiakas- ja omaislähtöisiin tekijöihin sekä järjestelmästä johtuviin tekijöihin. Anttilan mukaan muun muassa alkoholi-taustaiset asiakkaat olivat ryhmä, joiden hoidossa hoitajan henkilökohtaiset arvot

ja ammatillinen rooli aiheuttivat epäammatillista toimintaa ja asettivat esteitä itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi. (Anttila 2010, 31, 42, 58.)

## 4.2 Organisaatioon liittyvät haasteet

Yhtenä voimakkaana vaikuttimena asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumattomuuteen voidaan nähdä organisaation taloudelliset ja hallinnolliset kriteerit. Tämä taas ei välttämättä näyttyä asiakkaalle, vaan hänen on vaikea tietää, johtuuko hänen mahdollisesti kokemansa itsemääräämisoikeuden rajaaminen järjestelmän jäykkyydestä, työntekijän ammattitaidosta tai vallankäytöstä. (Molander 2014, 37 - 38.)

Kotihoidon asiakkaita asuu maaseudulla haja-asutusalueella ja taajamissa omissa tai vuokra-asunnoissa. Lisäksi asiakkaita asuu kunnan tarjoamissa palveluasumisyksiköissä; ryhmäkoteissa ja palvelutaloissa, joissa kunta tarjoaa asumispalvelua. (Siun sote 2016b, 3.) Sosiaalipalveluita myönnetään yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Arviointi perustuu asiakkaan oman näkemys lisäksi yhden tai useamman asiantuntijan arvioon. Ikäihmisten palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettäviä sosiaalipalveluita ovat mm. kotihoito ja asumispalvelut. Moniammatillisella SAS-ryhmällä (selvitä, arvioi, sijoita) on päävastuu palvelutarpeen arvioinnista ja sen tavoite on ohjata asiakkaat tarkoituksenmukaisen ja oikean palvelun piiriin. (Liperin kunta 2017c.)

Ylinen (2006) on tutkinut SAS-työryhmän toimintaa Vilppulassa. Tutkimuksessaan hän kuvaa SAS-työryhmien haasteeksi vanhuksen tilanteen ja tarpeiden tunnistamisen ja huomioimisen riittävässä laajuudessa ja ajassa, jotta väliaikaisia sijoituksia voidaan vähentää ja ehkäistä. Tutkimuksessa korostuu kotihoidon ensisijaisuus; kotihoidon palveluja pyritään lisäämään, vaikka se ei ehkä enää olisi paras ratkaisu. On kuitenkin hyvä huomioida, että ”koti-laitos-koti-kierteeseen” joutuminen on raskasta sekä vanhukselle että omaisille. Tutkimuksessa on haastateltu SAS-työryhmän jäsenien lisäksi palvelujen tuottajaa ja hoitohenkikökonnan jäsentä. Haastatteluista kuvautuu ristiriitaisuutta. Organisaation näkökul-

masta asiat ovat pääasiassa hyvin, mutta yksittäisen vanhuksen tai omaisen näkökulmasta asiaa pohdittaessa se saa kriittisen sävyn. Haastateltavien kuvauksista on tunnistettavissa, että vanhusten ja omaisten tyytymättömyyttä ja pettymystä on vaikea kestää, ja se aiheuttaa syyllisyudentunteita. (Ylinen 2006, 14, 66 - 72.) Kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta SAS-työryhmän toiminta nähdään asiakkaan itsemääräämisoikeutta estävänä. Toisaalta siitä on löydettävissä myös positiivinen näkökulma, sillä mahdollinen asiakkaalle kielteinen päätös ei henkilöidy hoitajiin, koska päätösvastuu oli kasvottomalla SAS-ryhmällä. (Anttila 2010, 72.)

Kotihoidon toimialueeseen kuuluvat myös tukipalvelut, muun muassa ateriapalvelu (Liperin kunta 2017a). Liperissä ateriapalvelu toteutetaan MenuMAT Oy:n toimesta. MenuMAT on kokonaisvaltainen palvelu, joka ei vaadi kunnalta investointeja (MenuMAT 2017a). Palveluun kuuluu palvelulaitteen toimittaminen asiakkaan kotiin, käytön opastus, aterioiden toimitus ja laitteen huolto. Lisäksi ateriatointusten yhteydessä tyhjät ateriarasiat toimitetaan kierrätykseen asiakkaan niin halutessa. (MenuMAT 2017b.)

Vuonna 2006 julkaistun tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaista 3 prosenttia oli vajaaravittuja ja vajaaravitsemuksen uhka oli puolella asiakkaista. Pureskelu- ja nielemisvaikeudet sekä avuntarve kauppastosten teossa kolminkertaistivat vajaaravitsemuksen riskin. Ateriapalvelua ja kotihoidon palveluita käyttävien asiakkaiden BMI (Body Mass Index eli painoindeksi) oli huomattavasti matalampi kuin itsenäisesti ruokansa valmistavien henkilöiden. Hoitajien tulisi antaa asiakkaille käytännöllistä ja yksilöllistä neuvontaa ruoan valitsemisesta ja saatavilla olevista palveluista asianmukaisen ravitsemuksen tukemiseksi. (Soini, Routasalo & Lauri 2006, 15 - 17.) Vuonna 2015 julkaistun tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaista jopa 86 prosenttia ovat vajaaravitsemuksen vaarassa tai kärsivät vajaaravitsemuksesta. Tulos on huomattavasti korkeampi kuin aiemmissä vastaavissa tutkimuksissa. Vajaaravitsemuksen riskiä lisää asiakkaan runsas lääkkeiden käyttö, kognitiivisen toimintakyvyn lasku ja masennusoireet. (Kaipainen, Tiihonen, Hartikainen & Nykänen 2015, 49 - 50.)

### 4.3 Hoitajan toimintaan liittyvät haasteet

Hoitajan ammattitaito ja asiantuntijan rooli korostuvat niin sanottujen heikkojen asiakkaiden, kuten muistisairaiden tai päihteiden käyttäjien kohdalla. Hoitajat tekevät päätöksiä asiakkaiden mielipidettä kysymättä asiakkaan muistisairauteen vedoten. Hoitajan toiminnan perusteena on terveydellinen näkökulma ja vastuullisuuden periaate. Tällöin hoitajan pyrkimyksenä on hyvän tekeminen ja pahan välttäminen. Ammatillisen asiantuntijuuden perusteella hoitaja päättää milloin asiakkaan mielipidettä ei tarvitse kysyä ja milloin hoitaja voi puuttua toimintaan. Muistisairaiden ja alkoholiongelmaisten hoitoon puuttumisen hoitajat näkevät ammatin puolesta oikeutettuna. (Anttila 2010, 43 - 45, 68.)

Asiakkaan itsemääräämisoikeus voidaan tulkita hoitohenkilökunnan velvollisuudeksi ylläpitää ja kehittää asiakkaan kykyä itsenäiseen ajatteluun, toimintaan ja vuorovaikutukseen. Itsemääräämisoikeudessa ei siis ole kyse vain valinnanvapaudesta, vaan myös oikeudesta saada aktiivista tukea siihen. (Launis 2010, 136). Tyypillisin keino tukea muistisairaahan päätöksentekoa on ”*shared decision making*”, ”jaettu päätöksenteko”. Kun muistisairas on epävarma omasta päätöksästään, voi omainen tai hoitaja auttaa häntä ymmärtämään asian, tehdä selvittäviä kysymyksiä, muistuttaa vaihtoehtoja ja antaa aikaa vastaamiseen. Muistisairas tarvitsee siis tukea muodostaakseen oman mielipiteensä ja tuodakseen sen julki. (Lislerud Smebye, Kirkevold & Engedal 2012.) Tutkimuksissa tuodaan ilmi tulosten ristiriitaisuutta siitä, antavatko hoitajat tarpeeksi tietoa asiakkaille ja heidän omaisilleen. Hoitajat kokevat antavansa tietoa, mutta asiakkaat tai omaiset eivät koe saavansa sitä tarpeeksi tai saavat sitä vain kysyttäessä. Tämä on selkeä asiakkaan itsemääräämisoikeuteen ja sen mahdollistamiseen liittyvä haaste hoitotyössä. (ks. esim. Anttila 2010, Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki 2006.)

Tuoreessa ruotsalaisessa tutkimuksessa on kartoitettu terveydenhuollon tiimien kohtaamia yleisiä eettisiä hankaluuksia. Tiimeissä oltiin voimattomia hankalien vuorovaikutustilanteiden edessä asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa. Hoitajat kokivat riittämättömyyden tunteita ollessaan kykenemättömiä vastaamaan potilaiden ja omaisten emotionaalisiin tarpeisiin. Vaikeuksia oli myös kohdata po-

tilaiden ja omaisten tunteenpurkauksia ja potilaan heikko sitoutuminen itsehoitoon lannisti henkilökuntaa. Tiimeissä oltiin huolestuneita asiakkaiden turvallisuudesta ja hoidon tasosta. Potilaiden turvattomuus ilman riittäviä tukitoimia koettiin eettisesti arveluttavaksi, samoin potilaiden eriarvoinen kohtelu yhteiskunnallisen aseman perusteella. Tiimeissä pohdittiin myös, kenellä on valta tehdä hoitopäätöksiä. Eettistä pohdintaa käytiin siitä, kuka voi päättää elämästä ja kuolemasta, milloin voidaan toimia vastoin potilaan itsemääräämisoikeutta tai jättää asioita kertomatta ja kuinka paljon omaiset voivat vaikuttaa hoitopäätöksiin. Tässä tutkimuksessa eettiset ongelmat vaikuttavat liittyvän erityisesti emotionaalisesti rasittaviin suhteisiin potilaan ja omaisten kanssa eivätkä niinkään perinteisempään periaatteelliseen etiikkaan. (Rasoal, Kihlgren, James & Svantesson 2016, 827 - 835.)

#### **4.4 Omaisten toimintaan liittyvät haasteet**

Omaisista lähtöisin olevat tekijät liittyvät omaisten vaatimukseen palveluista tai asiakkaan hoitopaikasta. Omaiset ovat vaativampia ja korostavat itsemääräämisoikeutta enemmän kuin asiakkaat itse. (Tepponen 2009, Anttilan 2010 mukaan, 73.) Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö voidaan nähdä toisaalta myös itsemääräämisoikeutta edistävänä asiana. Yhteistyön merkitys ja omaisten tiedonantajan rooli korostuvat hoitosuhteen alkuvaiheessa tai jos asiakas ei kykene ilmaisemaan itseään. Omaisten merkitys korostuu muistisairaahan asiakkaan siirtyessä toisaalle jatkohoitoon. Omaisen tekemä päätös siirrosta koettiin työtä helpottavana. (Anttila 2010, 66.) Fränti & Mattila (2015) kuvaavat omaisyhteistyön suurimmiksi haasteiksi omaisten liiallisia odotuksia ja epätietoisuutta kotihoidolle kuuluvista tehtävistä. Ristiriitoja syntyy myös, kun omainen ei ymmärrä kotihoidon kuntouttavan työtteen merkitystä. Omaisilla voi myös olla vaikeuksia hyväksyä esimerkiksi muistisairauden aiheuttamia muutoksia asiakkaan toimintakyvyssä tai käyttäytymisessä. (Fränti & Mattila 2015, 38.)

Norjalaisessa tutkimuksessa muistisairaiden kotihoidon asiakkaiden autonomiasta eli itsemääräämisoikeudesta ja päätöksenteosta nousi seuraavia eettisiä ristiriitoja: muistisairaahan oma tahto suhteessa omaishoitajan tai hoitohenkilökunnan



tarpeeseen tai haluun haittojen ehkäisemisestä, eriävä näkemys hyvän tekemisestä sekä muistisairaana autonomia suhteessa omaishoitajan itsenäisyyteen. (Lislerud Smebye, Kirkevold & Engedal 2015.) Samankaltaisia teemoja kuvataan suomalaisessa vanhustenhoidossa. Esimerkiksi Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2010, 33 - 50) puhuvat hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteista kuvatessaan haasteita muistisairaiden kanssa toimiessa.

#### 4.5 Paternalismi

Muistisairaiden asiakkaiden päätöksenteon tukemisesta käytetään termejä ”soft paternalism” ja ”hard paternalism”. ”*Soft paternalism*”, vapaasti käännettynä ”pehmeä holhoaminen”, tarkoittaa asiakkaan mielipiteen ohjailua. Asiakkaan ei anneta tehdä itselleen vahingollista valintaa, vaan houkutellaan hänet valitsemaan hoitajan mielestä parempi vaihtoehto. ”*Hard paternalism*”, ”kovan holhoamisen” tarkoituksena on ehkäistä tai lieventää haittaa aktiivisesti vaikuttamalla, tarjoten asiakkaalle omaa näkemystä hänen parhaastaan. Pahan välttämisen ja hyvään pyrkimisen perusteella asiakas ei pääse vaikuttamaan päätökseen, vaikka olisi siihen kykeneväkin. Paternalismi voi olla hyödyllistä, mutta myös haitallista dementoituneelle asiakkaalle, joten vähiten rajoittavat toimenpiteet ovat suotavia. Paternalismi voi olla oikeutettua hyvän tekemisen perusteella. (Lislerud Smebye ym. 2015.)

Launisen (2010) mukaan paternalismi eli henkilön suojaaminen vahingolta, jonka hän uhkaa omalla toiminnallaan aikaansaada, voidaan jakaa kolmeen pääryhmään; 1) vahva paternalismi, 2) heikko paternalismi ja 3) maltillinen paternalismi. Vahvaa paternalismia ei voida moraalisesti oikeuttaa. Heikko paternalismi vaatii moraalisen oikeutuksen, joka voi olla esimerkiksi Alzheimerin taudin aiheuttama kykenemättömyys itsenäiseen harkintaan. Maltillinen paternalismi ei vaadi oikeutusta. Se voi olla esimerkiksi terveysvalistusta: sen vastaanottaminen on vapaaehtoista ja sen keinoina käytetään asiallista tiedottamista ja neuvontaa. (Launis 2010, 137.)

## 5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa kuvailevaa tietoa Liperin kotihoidon henkilökunnan kokemuksista ja haasteista asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä asiakkaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa Liperin kotihoidossa työntekijöiden kuvaamana?
2. Millaisia haasteita Liperin kotihoidon työntekijä kohtaa työssään asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen?

## 6 Opinnäytetyön toteutus

### 6.1 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Opinnäytetyö on Liperin kunnan toimeksianto, joka esiteltiin opinnäytetyön starttiseminaarissa lokakuussa 2014. Toimeksiannon aihe oli silloin Laki sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä (HE 108/2014), jota toimeksiannon aikaan odotettiin voimaantulevaksi. Toimeksiantaja ei rajannut aihetta, mutta toivoi sen liittyvän edellä mainittuun lakiin. Pidin aihetta mielenkiintoisena ja ilmoittauin tekemään aiheesta opinnäytetyön.

Tapasin toimeksiantajan edustajan ensimmäisen kerran marraskuussa 2014, jolloin hahmottelimme aiheen rajausta. Jäi vielä mietintään, toteutetaanko opinnäytetyö toiminnallisena vai kvalitatiivisena tutkimuksena. Ensimmäisessä ohjaustapaamisessa helmikuussa 2015 päädyimme ohjaajan kanssa tutkimukselliseen opinnäytetyöhön ja mietimme sopivaa näkökulmaa tutkimuskysymyksiin. Aiheen rajaamisen tärkeys tutkimussuunnitelmaa varten korostui tapaamisessa. Palasin

opinnäytetyön pariin elokuussa 2015, jolloin työstin tutkimussuunnitelmaa ahkerasti. Päädyin ottamaan uudelleen yhteyttä toimeksiantajan edustajaan, koska aiheena oleva lakiehdotus ei ollut tullut voimaan, eikä näinollen sopinut opinnäytetyön aiheeksi. Esitin opinnäytetyön muuttamista kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeutta käsitteleväksi, jonka toimeksiantajan edustaja hyväksyi. Liitteenä on toimeksiantosopimus (liite 1). Yhdessä mietimme opinnäytetyön näkökulmaa ja painopistealueita, joiden perusteella aloin tehdä aiheen rajausta ja tutkimuskysymyksiä uudelleen. Tiedotin ohjaajaa aiheen muuttumisesta ja jatkoin opinnäytetyösuunnitelman kirjoittamista.

Syyskuussa ohjaustapaamisessa aihetta ja tutkimuskysymyksiä rajattiin vielä edelleen. Esittelin valmiin opinnäytetyösuunnitelman pienryhmässä lokakuussa 2015. Tutkimusluvan (liite 2) hain joulukuussa, ja tarkoitus oli aloittaa haastattelut ja opinnäytetyön kirjoittaminen alkuvuodesta 2016. Prosessi kuitenkin keskeytyi lähes vuodeksi. Palasin opinnäytetyön pariin marraskuussa 2016, jolloin kokosin teemahaastattelurungon ja täydensin teoreettisen viitekehyksen sekä sovin haastatteluajat kotihoidon tiimeihin joulukuulle 2016. Joulukuun alussa ohjaustapaamisessa esittelin aikataulusuunnitelman, jossa tähtäsin opinnäytetyön esittämiseen helmikuun 2017 seminaarissa. Haastattelut toteutuivat joulukuussa ja pääsin analysoimaan aineistoa. Tammikuussa 2017 analyysi oli valmis ja raportti valmiiksi kirjoitettu. Opinnäytetyö kävi väliluennassa ohjaajalla ja äidinkielenopettajalla. Ohjaustapaamisen jälkeen työ ilmoitettiin helmikuun seminaariin ja pääsin viimeistelemään raporttia ohjaajan neuvojen mukaan.

Toimeksiantajan edustajan toive oli, ettei aihetta rajattaisi mihinkään yksittäiseen asiakasryhmään. Tuloksia tarkasteltaessa aineisto painottuu kuitenkin muistisairaisiin asiakkaisiin. Tämä toisaalta on varsin luonnollista ottaen huomioon, että muistisairaat ovat varsin haavoittuvassa asemassa oleva asiakasryhmä, ja muistisairaiden asiakkaiden määrä kotihoidossa on suuri.

## 6.2 Tutkimusasetelma

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa kuvailevaa tietoa Liperin kotihoidon henkilökunnan kokemuksista ja haasteista asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen. Kyseessä on siis kuvaileva tutkimus, joka toteutetaan kvalitatiivisena tutkimuksena. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan aineisto kerätään haastattelemalla henkilökuntaa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61 - 63).

Suunnittelin haastattelevani kolme pientä ryhmää, jotta haastattelut olisivat helpommin hallittavissa kuin isoissa ryhmissä. Haastatteluihin pyysin osallistujia eri tiimeistä kattavan otannan saavuttamiseksi. Haastatteluajankohta osoittautui haastavaksi ja lopulta järjestyi vain kaksi haastattelua, toinen Liperiin ja toinen Viinijärvelle. Osallistujia tuli kuitenkin sekä kentältä että asumispalveluyksiköstä, joten kumpikin kotihoidon työskentelyalue on edustettuna.

Haastateltavat valikoituivat osittain tarkoituksenmukaisena otantana (ks. Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112). Pyysin haastateltaviksi tarkoituksellisesti kokeneita hoitajia eri tiimeistä ja ammattiryhmistä. Tiimit saivat valita haastatteluajankohdat, jolloin haastatteluun halukkaiden osallistuminen oli helpompaa järjestää.

## 6.3 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valitsin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän, koska halusin saada tarkkoja kuvauksia henkilökunnan kokemuksista ja haasteista. Kvalitatiivinen tutkimus sopii tähän, koska sen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen ja sen pyrkimyksenä on tosiasioiden löytäminen ja paljastaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 137 - 139, 160 - 165).

Tutkimusaiheesta on varsin vähän aiempia tutkimuksia, minkä vuoksi kvalitatiivinen menetelmä oli myös perusteltu. Laadullisten metodien käyttö eli teema- ja ryhmähaastattelu mahdollistavat tutkittavien näkökulman esille tuonnin. Kvalitatiivinen menetelmä mahdollistaa tarkoituksenmukaisen otannan haastateltavia

valittaessa. Tällä lienee ollut aineiston laatuun positiivinen vaikutus. Tutkimusaineiston keruumenetelmän valintaan vaikutti myös tutkimusaiheen sensitiivinen luonne. (Hirsjärvi ym. 2013, 137 - 139, 160 - 165.)

#### **6.4 Kohderyhmä**

Opinnäytetyön kohderyhmä on Liperin kotihoidon henkilökunta. Työn tarkoitus on kuvata hoitajien kokemuksia, joten oli luonnollinen valinta päätyä haastattelemaan henkilökuntaa. Haastattelujen suorittamista varten hain tutkimusluvan kunnasta. Päätös tutkimusluvasta on liitteenä (liite 2).

Haastattelujen sopimiseksi olin yhteydessä kotihoidon ohjaajaan, joka sitten oli yhteydessä tiimeihin. Koska oma aikatauluni oli varsin joustava, tiimit saivat esittää heille parhaiten sopivaa haastattelu-aikaa. Haastattelut toteutettiin hoitajien työajalla, joten niihin valikoituivat valittuna päivänä työssä olevat vapaaehtoiset hoitajat. Ennakkotoiveena esitin tarkoituksenmukaiseen otantaan liittyen, että osallistujat olisivat kokeneita työntekijöitä, jotta heillä olisi tutkittavasta aiheesta paljon tietoa ja kokemusta (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112). Toivoin myös, että saisin osallistujia eri tiimeistä, jotta aineistossa kuvautuisi kokemuksia erilaisista työympäristöistä.

Tiimeihin lähetin tiedotteen tutkimuksesta ensin sähköpostitse kotihoidon ohjaajan välityksellä (liite 3) sekä vielä myöhemmin tulosteena. Haastateltavia lupautui kahdesta eri tiimistä yhteensä kuusi henkilöä. Yksi haastateltavista oli kuitenkin poissa työstä haastattelupäivänä, joten haastatteluihin osallistui lopulta viisi hoitajaa. Haastattelut järjestyivät kentällä työskentelevään tiimiin ja asumispalveluyksikön tiimiin. Kentällä työskentelevät hoitajat tekevät kotikäyntejä taajamissa ja haja-asutusalueella asuvien kotihoidon asiakkaiden luona. Asumispalveluyksikössä hoitajat työskentelevät kiinteässä toimipisteessä, kuten palvelutalossa. Haastateltavana oli neljä lähihoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. Työkokemusta hoitajilla oli kotihoidosta 1,5 vuodesta 14 vuoteen, joten kaikki olivat kokeneita hoitajia.

## 6.5 Aineiston hankinta

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on usein päätiedonkeruumenetelmä. Sen suurimpana etuna pidetään joustavuutta. (Hirsjärvi ym. 2013, 204 - 205.) Aineiston hankkimiseksi järjestettiin joulukuussa kaksi teemahaastattelua ryhmähaastatteluina. Haastattelun valitsin aineiston hankintamenetelmäksi, koska kyseessä oli arka, vaikeakin aihe, josta ei ole runsaasti aiempaa materiaalia. Haastatteleamalla on mahdollista saada monipuolisempaa aineistoa ja kuvaavia esimerkkejä tunteita herättävästä aiheesta. Haastattelu myös mahdollistaa aiheen syventämisen ja tarkentavien kysymysten esittämisen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34 - 37.)

Haastattelumuotona teemahaastattelu oli perusteltu jo edellä mainituilla tekijöillä. Lisäksi sen valintaa tuki vapaampi ja vuorovaikutteisempi tyyli, josta voi olla etua tunnepitoisten kokemusten jakamisessa. Teemahaastattelussa kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä. Se on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Puolistrukturoidun haastattelun tapaan teemahaastattelussa samat aihepiirit, teemat toistuvat kuitenkin kaikille samoina. Teemahaastattelu mahdollisti kysymysten muodon ja järjestyksen muuttamisen haastattelun kuluessa. Haastattelua ohjaamaan ja tutkimuksen toistettavuutta tukemaan laadin etukäteen haastattelurungon (liite 4). (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47 - 48.) Ryhmähaastattelun valintaan yksilöhaastattelun sijaan vaikutti sen aikatehokkuus. Yhdellä haastattelukerralla saa tietoa useammalta osallistujalta. Ryhmähaastattelun valintaa tuki myös aiheen sensitiivisyys; ryhmässä osallistujat saivat tukea toisiltaan ja vuorovaikutus ryhmäläisten kesken rikastutti kerrontaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61 - 63.)

Äänitin haastattelut osallistujien luvalla älypuhelimien sovelluksella. Taustatietoina kysyin osallistujilta ammattinimikettä, työkokemuksen kestoa ja työpistettä. Ennakkoon suunniteltu teemahaastattelun runko ohjasi haastattelua. Koska haastattelurunkoa ei ollut esitetty, kirjasin haastattelurunkoon ensimmäisessä haastattelussa tehtyjä oleellisia tarkennuksia, jotta haastattelun toistettavuus onnistuisi. Haastattelin osallistujia heidän työajallaan ja työpisteen läheisyydessä,

haastattelun kannalta rauhallisessa tilassa. Molemmissa haastatteluissa haastattelutilana toimi tiimin kahvihuone, joka oli varattu tilaisuutta varten, eikä häiriöitä juuri ollut.

Laadullinen aineisto on usein tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasanaisesti eli litteroida. Koko kerätty aineisto voidaan litteroida tai valikoida osa esimerkiksi teema-alueiden mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 222.) Tässä tutkimuksessa on litteroitu koko tallennettu aineisto. Litteroin äänitteet itse kirjalliseksi aineistoksi analyysia varten heti haastattelujen jälkeen. Äänitteen kuuluvuus oli hyvä, eikä päällekkäin puhumista juuri ollut. En muokannut tekstiä, vaan kirjoitin aineiston puhekielellä, sanasta sanaan. Litteroitua aineistoa kertyi kaikkiaan 20 arkkia. Teksti oli kirjoitettu fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1.

## **6.6 Aineiston analyysi**

Laadullisessa analyysissä analyysin voidaan nähdä alkavan jo haastattelutilanteessa. Tutkija voi itse haastattellessaan tehdä huomioita esimerkiksi ilmiön toistuvuudesta ja tyypitellä malleja syntyneistä havainnoista. Analyysi tehdään lähellä aineistoa ja sen kontekstia ja tutkija käyttää induktiivista eli aineistolähtöistä tai abduktiivista eli teorialähtöistä päättelyä. Analyysitekniikat voivat olla moninaisia. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole yhtä oikeaa tai ehdottomasti parempaa analyysitapaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 136.)

Aineiston analysointiin käytin induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia, koska aiheesta on varsin vähän aiempaa tietoa. Aineistolähtöisessä analyysissä aineistoa tarkastellaan yksittäisistä kokemuksista lähtien. Analyysin edetessä niitä yhdistellään laajemmiksi kokonaisuuksiksi aineistoa pelkistämällä, ryhmittelemällä ja abstrahoimalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Asetin tutkimuskysymykset kahdeksi ryhmittelyn pääkategoriaksi: asiakkaan itsemääräämisoikeuden määrittely sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät haasteet. Analyysiyksiköksi määrittelin ajatuskokonaisuuden. Alleviivasin litteroidusta aineistosta tutkimuskysymyksiin viittaavia ajatuskokonaisuuksia, jotka

myöhemmin ryhmittelin taulukkoon. Pelkistin aineiston alkuperäiset ilmaukset ja ryhmittelin ne sisällön samankaltaisuuden perusteella. Ryhmittelyn tuloksena muodostui alakategorioita ja niistä edelleen yläkategorioita pääkategorioiden alle. Aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä on liitteenä esimerkki (liite 5). Näin abstrahoimalla alkuperäisilmauksista muodostui käsitteitä, joita kuvataan tuloksissa. Analyysistä on liitteenä koonti (liite 6). (Tuomi & Sarajärvi 2011, 103 - 113.)

## 7 Tulokset

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa tietoa Liperin kotihoidon henkilökunnan kokemuksista asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja siihen liittyvistä haasteista. Itsemääräämisoikeutta määriteltiin valinnanvapauden, tekemisen ja osallisuuden kautta. Itsemääräämisoikeuteen liittyvinä haasteina nähtiin erilaisia tilanteita, joissa asiakkaan itsemääräämisoikeus ei toteudu tai toteutuu vain osin. Tähän vaikuttavia asioita kuvailtiin paljon, ja niistä muodostui yläkategorioita aineistosta nousevien haasteiden ryhmittelylle. Aineistosta nousi myös joitakin työssä toistuvia eettisiä erityistilanteita, joihin liittyi runsaasti problematiikkaa. Näistä muodostui oma yläkategoriansa.

### 7.1 Asiakkaan itsemääräämisoikeuden määrittely

Haastateltavat määrittelivät molemmissa ryhmissä asiakkaan itsemääräämisoikeutta pitkälti asiakkaan osallisuuden ja vaikuttamismahdollisuuksien kautta. Itsemääräämisoikeus näyttäytyy asiakaslähtöisenä hoitona ja palvelun suunnitteluna sekä yksilöllisyyden huomioimisena ja kunnioittamisena hoitotyössä. Asiakasta kuullaan, hänen mielipiteitään kunnioitetaan ja hänelle annetaan mahdollisuus päättää asioista kykyjensä mukaan.

*”Ja siinähan se varmaan se itsemääräämisoikeus tulee, jos (asiakas) ei tiettyjä asioita halua vaikka myö nähtäs se (tarve), niin meijänhän pitää kunnioittaa sen ihmisen tahtoa.”*

*”Se, että (asiakas) saa ilmaista itseään asiassa kun asiassa.”*



*"Ite saapi niinkun päättää. Kaikki ei pysty siihen, mutta ketkä pystyy, ja sitten pystyy minkä pystyy."*

Yksilöllisiä toiveita ja henkilökohtaisia tapoja kunnioitetaan ja pyritään huomioimaan mahdollisuuksien mukaan hoidon toteutuksessa. Esimerkiksi työvuoroa pyritään suunnittelemaan asiakkaan toiveet huomioon ottaen, aamuvirkut asiakkaat pyritään hoitamaan ensin ja aamu-unisen asiakkaan luokse mennään myöhemmin.

*"Niin ja sillä ihmisellä on niitä omia tapoja ja annetaan hänen tehdä niinkun niitten mukkaan."*

*"Unirytmii, vaatetus, haluaako ulkoilla vai ei..."*

*"Pesseytymiset."*

*"Lähtekö lääkäriin vai ei, ottaako lääkkeit vai ei?"*

## **7.2 Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät haasteet**

Asiakas saa siis esittää toiveita, osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa määrättyjen reunaehtojen sisällä. Asiakkaan toiveiden toteuttamiseen vaikuttavia asioita ovat muun muassa organisaation asettamat kriteerit ja resurssit, asiakkaiden omaiset ja hoitajan ammatillinen rooli. Näihin liittyviä ristiriitoja tai valintatilanteita haastateltavat kuvasivat haasteiksi, joita kuvaan seuraavaksi laajemmin käyttäen analyysin yläkategorioita kappalejaon perusteena.

### **7.2.1 Organisaatioon liittyvät haasteet**

Etenkin kentällä työskentelevät hoitajat näkivät merkittäviä organisaatioon liittyviä haasteita työssä. Vaikka nämä eivät suoranaisesti estä asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, ne nähdään eettisinä epäkohtina. Kilpailuttaminen ja kustannustehokkuuden haku näyttäytyvät asiakkaiden kannalta vaihtoehtojen karsiutumisenä. Todellista valinnanvaraa asiakkaalle ei välttämättä jää, vaan ol-

laan ”ota tai jätä” -tilanteessa. Työtä tehdään kuitenkin organisaation määrittämien reunaehtojen mukaan, ja pyritään löytämään tavalla tai toisella asiakasta palveleva ratkaisu.

Kentällä asiakkaiden ravitsemustilassa on ollut nähtävissä heikentymistä kunnan itse tuottaman ateriapalvelun loppumisen jälkeen. Kunnan itse tuottaman palvelun tilalle on valittu MenuMAT- valmisateriapalvelu, joka ei ole saanut suurta kannatusta. Suurin osa asiakkaista onkin valinnut kaupan einesruoat sen sijaan tai vaihtoehtoisesti omaiset huolehtivat ruoan valmistuksesta. Ruokavaliota on jouduttu joillakin asiakkailla täydentämään apteekin lisäravintovalmisteilla ravitsemustilan heikentymisen vuoksi.

*”Haasteena on nyt ehkä ollut, kun on ollut nämä valmisateriat... No siinä kohassa ei oo ehkä sitä itsemääräämisoikeutta, et ei hirveetä valinnanvaraa oo. Sehän on, kun kunta on kilpailuttanut sen, ja se on kaikessa uskossansa sen (MenuMATin) valinnut niin se...”*

Liperissä on tapahtunut muutoksia palveluasumisyksiköissä. Palvelukeskus Konttilanhovin on muuttunut tehostetun palveluasumisen yksiköksi ja palvelutalo Penttilänpiha on osittain saneerattu pienryhmäkodeiksi. Palvelutalotyypin palveluasumisen määrä on siis vähentynyt, ja asiakkaat ovat osin joutuneet muuttamaan yksiköstä toiseen asumisyksikön palvelun myöntämisen kriteereiden muuttuessa. Perinteisen palvelutalotyypin palveluasumisen määrä on siis vähentynyt, mutta sen tarve sen sijaan ei vaikuta vähentyneen. Suuri joukko jo nykyisiä kotihoitoon asiakkaita jonottaa jatkohoitopaikkaa. Kotihoito on ensisijainen tuen muoto, ja tehostettuun palveluasumiseen on periaatteessa mahdollista hakeakin vasta, kun todetaan, että kotiin annettavat palvelut eivät enää riitä.

*”Meidän asiakkaat, eikä oikein omaisetkaan, ei ehkä oikein ymmärrä sitä, että ei se oo niinkun tahtotila, että halutaan jonnekin paikka - - sosiaalityöntekijä tai sitten kotihoito arvioi sen, että minnekä sen asiakkaan kannattaa hakke, koska esimerkiksi Konttilanhovissa nyt sit muuttu ne kriteerit...”*

*”Kolmasosa meidän (kotihoitoon) asiakkaista odottaa niin tehostettuun kuin tällaiseen palvelutalo-pienryhmäkotiin.”*

Asiakkaiden sijoituksesta asumispalveluyksiköihin päätetään niin sanotussa KunPassa, Kuntoutuspalaverissa, joka on korvannut aiemman SAS-ryhmän

(Suunnittele, Arvioi, Sijoita). Se on moniammatillinen työryhmä, joka kokoontuu viikoittain terveyskeskuksen vuodeosastolla. Työryhmän vaikea tehtävä on arvioida, kuka hakijoista on ensisijainen avun tai paikan tarvitsija. Ihmisiä on jonossa paljon, ja paikkoja on auki vähän. Yksityisillä palveluntuottajilla avoinna oleviin paikkoihin ei taas rahaa myönnetä.

*”Että tuo on vähän semmosta tiiliseinää päin juoksua viikosta toiseen. Paikkoja ei ole, mutta meillä ihmiset jonottaa vuodeosastolla paikkaa. Et siinäkin varmaan tuo itsemääräämisoikeus, et tuskin kenenkään toive on maata osastolla...”*

Yksityiset palveluntuottajat ovat alkaneet tarjota jossain määrin myös palvelutalotasosta hoitoa. Haastateltavat ovat huolissaan asiakkaiden todellisesta valinnanvapaudesta, itsemääräämisoikeudesta tässäkin suhteessa, sillä asiakkaan tulotaso voi vaikuttaa kunnallisen palveluasumisen myöntämiseen.

*”Itsemääräämisoikeus ei siinä taas sitte kohtaa, kun jos hyö hakkee vaikka kunnan omistuksessa olevaan (palvelutaloon), heiät katotaan liian hyvätuoloiseksi, heille ei edes myönnetä kunnan omaa vaan ainut on sit yksityinen palveluntuottaja sitten.*

Liperissä tarjotaan kotihoidon asiakkaille mahdollisuutta valita kunnallisen kotihoidon sijaan yksityinen kotihoidon tuottaja, johon kunta myöntää palvelusetelin. Tällä on osin paikattu kotihoidon resurssipulaa, sillä oman henkilökunnan voimin ei nykyistä kotihoidon asiakasmäärää kyettäisi hoitamaan. Vanhoilla asiakkailla on ollut mahdollisuus valita, haluavatko siirtyä yksityisen palveluntuottajan asiakkaiksi vai jatkavatko kunnan asiakkaina.

*”Asiakkaalla on oikeus valita, eli myökiin on tottakai kerrottu meidän asiakkaille, että on tullut yksityinen palveluntuottaja, jonka palvelun piiriin ois voinut siirtyä.”*

*”Myös meidän vanhoja asiakkaita on siirtynyt yksityiselle. Et lirissä ois oltu jos ois pitänyt omana työnä tehdä kaikki nämä, ketkä on sen avun tarvinnut. Ei ois työtunnit riittänyt.”*

Uusille asiakkaille tarjotaan suoraan palveluseteliä ja yksityistä palveluntarjoajaa. Jos tämä ei asiakkaalle sovi, hän jää jonoon ja käytännössä ilman palvelua ennalta määrittämättömäksi ajaksi, koska kunnallinen kotihoito ei kykene ottamaan

uusiasiakkaita. Samoin käy, jos palvelusetelin valinnut asiakas on tyytymätön palveluntuottajaan ja haluaa vaihtaa kunnalliseen kotihoitoon. Tämä ”ota tai jätä”-tilanne nähdään asiakkaan itsemääräämisoikeutta rajoittavana.

*”- eiks tällä hetkellä oo kuitenkin se et uusille asiakkaille tarjotaan sitä yksityistä (kotihoitoa), et tällä hetkellä ei oo kunnallisella tarjota.”*

*”Joko sie otat sen palveluseteliyrittäjän tai sit sie et saa palvelua ollenkaan. Niinkun kärjistettynä.”*

Palvelujen myöntämisen kriteerit muuttuivat jonkin verran vuodenvaihteessa organisaatiomuutoksen myötä. Siun soten koko maakunnalle yhteiset kotihoidon palvelujen myöntämisen kriteerit selkiyttävät ja yhdenmukaistavat eri kuntien palveluja. Tässä muutosvaiheessa se näyttäytyy kuitenkin haasteena henkilökunnalle. Myös jo aiemmissa kunnan kriteerien määrittelyissä on ollut asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta rajoittavia kohtia, joiden vuoksi henkilökunta on välillä joutunut tasapainoilemaan.

Omaisten tai läheisten puuttuminen tai ystäväpiirin supistuminen on monen vanhuksen kohdalla tosiasia ja määrittää myös asiakkaan hyvinvointia ja palvelutarvetta. Tosiasiallisena palveluun oikeuttavana kriteerinä se ei kuitenkaan toimi, vaan voi sen sijaan olla sitä rajoittava tekijä. Esimerkiksi kotisaattohoitoa suunniteltaessa mukana pitäisi olla läheisiä.

*”Meiän kuntahan on määrittänyt sen, että siellä (kotona) pittää olla joku tukiverkosto, omaiset tai joku muu, et muuten sitä (saattohoitoa) ei voida toteuttaa.”*

Jossain määrin asiassa on pyritty luovimaan ja kunnioittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Asiakkaan oma tahto ja tiimin sitoutuminen ja joustaminen tässä poikkeustilanteessa on nähty asiassa suurempana vaikuttimena kuin omaisten puuttuminen.

*”- kyllähän se on siitä tiimistä ja siitä ihmisestä kiinni et haluttaanko sitä (saattohoitoa) tehdä...”*

*”Niin sit kun on, et ei oo niitä ommaisia ja tietää et se on yhtä tuskaa ja kärvistellyy se osastolle laittaminen, niin mikskä se jos se porukka on sitä mieltä, että se onnistuu...”*

Yksinäisyys on lähes jokaisen vanhuksen seuralainen, ja se voi myös synnyttää palveluntarvetta. Palvelun myöntämisen kriteereihin se ei kuitenkaan kuulu, vaikka se voi vaikuttaa hyvinkin voimakkaasti asiakkaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn.

*”Se on vähän hankala, kun niitä on tosi paljon edelleenkin niitä ihmisiä, joilla ei ole sitä lähiverkostoa minkäänlaista. Niin.. tai sitä on paljon ihmisiä, jotka on yksin, vaikkei ne sitä haluaisi. Mut kun ikkää on melkein sata, niin siinä voi olla, että siinä ei enää hirveesti niitä kavereita oo, eikä ommaisia, niin sitten... eihän se se oo mikään peruste päästä palvelutalloon tai mihinkään se et sie oot yksin, vaikka halluisitkin.”*

Kunnallisen kotihoidon myöntämisen kriteerit ja asiakkaiden erilaiset tarpeet nähdään haasteena ja näiden ristiriitaisuuksista ollaan huolissaan. Yksityisiltä palveluntuottajilta voi asiakas itse ostaa palvelun, vaikka kunta ei sitä myöntäisikään, mutta voidaanko ajatella, että kaikilla on siihen yhtäläinen mahdollisuus? Ihmisten kotona asumisen tukeminen on kuitenkin yhteiskunnallisesti ensisijainen tavoite, mutta toisaalta kriteerit tiukentuvat ja resurssit eivät riitä. Hoitajat toivat esiin huolensa myös asiakkaista, joiden kotihoidon palvelut joudutaan lopettamaan kriteerien tiukentuessa.

*”Just se, että ne kriteerit ja ihmisten tarve ei kohtaa. Sitä oletetaan, et ihmisillä ois rahaa ostaa se palvelu sitä yksityiseltä, jos niillä ei kriteerit täyty kunnalliseen.”*

*”...tuon siun soten myötä, kun kriteerit tiukentuu, niin ite jouvuin yhdelle asiakkaalle sanommaan just, et siun kriteerit ei täyty jatkossa enää. Et ole oikeutettu kotihoidon käyntiin.”*

## **7.2.2 Omaisten toimintaan ja toivomuksiin liittyvät haasteet**

Omaisten toiveet hoidon järjestämisestä ja määrästä, asiakkaan asuinpaikasta tai hoitotoimenpiteistä voivat olla hyvin erilaiset kuin asiakkaan omat toiveet. Muistisairaana kohdalla kyse voi olla paternalismista, holhoamisesta, ja asiakkaan oma mielipide sivuutetaan.

*”Asiakas ite on jottain mieltä ja omaiset on sitten ihan toista mieltä, miten pitäis tämän asiakkaan itsensä toimia, taikka miten pitäis olla mieltä.. ja kuitenkin myö sitä asiakasta hoietaan eikä niitä ommaisia.”*

Omainen näkee usein vanhempansa heikompi-kuntoisena kuin tämä todellisuudessa on ja tekee helpommin asioita tämän puolesta. Näkemys avuntarpeesta voi olla erilainen kuin asiakkaalla itsellään tai kotihoidon henkilökunnalla. Myös kuntouttavan työtteen ymmärtäminen voi olla joskus vaikeaa.

*”Voi olla semmonen tilanne, että omaiset vaativat, että teidän tulee käyttää asiakas pesulla kerran viikkoon, vaikka asiakas on itse hyvin vastentahtoinen ja kokee, että hän selviää tästä itse. Tai just, että omaiset vaatii, että teidän on käytävä tarkastuskäynnillä siellä ja vanhemmat itse kokee, että hyöselvivvää ja pärjävää. Eli siinä omaiset ei...”*

*”Ommaiset yleensä näkkee ne omat vanhempansa huonompikuntoisena kuin mitä ne oikeesti on.”*

*”Meillä on kuitenkin tämä kuntouttava työote niin semmosessa voi olla sit sitä ristiriitaa.”*

Hoitajat kunnioittavat asiakkaiden itsemääräämisoikeutta, asiakkaita ei hoideta omaisten ehdoilla, vaan asiakkaan kanssa sovitulla tavalla. Tämä aiheuttaa ajoittain toistuvaakin eripuraa omaisten kanssa. Samoin käy, jos omaisella on voimakas mielipide asiakkaan asuinpaikan valinnasta. Tässäkin hoitajat kuuntelevat asiakasta ja tämän toiveita, kun asiakas on kykenevä asiasta päättämään. Omaiselle asia perustellaan ja palveluasumisen myöntämisen kriteeritkin asiaan vaikuttavat.

*”Lähinnähän se on sitä keskustelua viikosta toiseen samasta asiasta. Että vaikka just se, että omaisten mielestä pitäis saaha vaikka johonkin laitokseen tai muuta. No siinä hoitajana sie käyt sitten ensinnäkin kriteerit, et millä kriteereillä se asiakas ensinnäkään täällä meidän kunnassa pääsee minnekään palvelun piiriin.”*

*”...kyllä se aika monesti on aika tiukan keskustelun takana, että ei ne aina kauheen hyväsisältöisiä ne keskustelut ole. Kyl siellä aika hyvin tullee aina palautetta, mut eipä myö oikein hoitajina voida muuta kuin että me yritetään perustella et miks näin toimitaan.”*

### 7.2.3 Hoitajan toimintaan ja päätöksentekoon liittyvät haasteet

Hyvän tekemisen periaatteella voidaan perustella paternalismia eli holhoavaa käytöstä hoitosuhteessa. Hoitaja toimii siis asiakkaan tahtoa vastaan pyrkiessään toiminnallaan asiakkaan hyvään. Viikoittain toistuva esimerkki tästä on asiakkaan vastentahtoisuus pesulle lähdeittäessä. Pesulla käyminen on kuitenkin asiakkaan edun mukaista, joten vastustelusta huolimatta pesulla pyritään käymään kerran viikossa.

*”Lähinnähän se on monellakin se pesulle lähtö. Et kun meillä asiakkaat käy suihkussa tai saunassa, kuka nyt mitenkin käy siellä saunan puolella... suihkussa nyt ainakin kerran viikkoon ja se on nyt se vähimmäismäärä, mikä on niinkun, et sillan on lähdeittävä pesulle.”*

*”Se ihan riippuu siitä minkälainen se asiakkaan ”järki” on, sanotaan näin kauniisti. et niinkun verrokkina esimerkiksi kastelu... jos asiakas ei ymmärrä mitä on kastelu, niin sille on sit loogisinta vähän niin kuin laittaa aamuin-illoin se housuvaippa...”*

Hoitajat kuvasivat hoitajalähtöistä päätöksentekoa muun muassa liittyen palvelun määrän ja laadun tarpeen arvioinnissa, kuntouttavaan työotteeseen liittyen tai yleisiä linjauksia koskien. Keskustelusta nousi kuitenkin myös tunne siitä, että joskus hoitajan päätöksenteko voi saada myös vahvan paternalismin piirteitä, joka koetaan vääräksi.

*”Asiakkaan itsemääräämisoikeus ei toteudu, että mennään niinkun hoitaja-tahtoisesti, et hoitaja näkkee sen et mikä ois parasta sille asiakkaalle - - että ei ole edes muistisairaasta ihmisestä kyse.”*

Asiakkaan terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden turvaaminen eli hoitajan ammatillinen rooli velvoittaa ja oikeuttaa hoitajia tietynlaisissa tilanteissa ohittamaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden. Esimerkiksi muistisairaahan ravitsemuksesta tai lääkehoidosta huolehtiminen ovat hoitajalle kuuluvia velvollisuuksia, kun asiakas itse ei enää siihen sairaudeltaan kykene.

*”Esimerkiksi ruokailun suhteen. Myöhän se (ruoka) laitetaan heille (muistisairaille) ja heit syömään, eihän hyö tietyllä tavalla saa valita haluaako hyö syyä vai ei. Mutta jos myö ei heitä syötetä, niin sit se on taas vuodeosasto, aliravitsemus ja muut että...”*

*”Samahan se on lääkehoidossa, et jos hyö ite huolehtis niin sehän jäis ihan varmasti hunningolle.”*

Hoitajan tehtävä on saada asiakas syömään ja ottamaan lääkkeitä. Heikko ruokahalu ja pitkälle edennyt muistisairaus asettaa monesti haasteita ruokailulle. Omaisilta voidaan saada tietoa asiakkaan mieliruoista ja ruokia maustetaan ja rikastetaan kermalla ja voilla, jotta se maistuisi asiakkaalle. Väkisin ketään ei tietenkään voi syöttää eikä lääkittää. Haastavissa tilanteissa asian pohtiminen ja rajanveto yhdessä on tarpeen. Tarvittaessa asiasta keskustellaan lääkärin kanssa, ja hänen päätettäväkseen jää esimerkiksi lääkityksen lopettaminen, jos lääkkeen ottaminen ei asikkaalta yrityksistä huolimatta onnistu.

Muistisairaana asiakkaan itsemääräämisoikeus loppuu, kun hänen turvallisuutensa on uhattuna. Ulkona harhaileva muistamaton vanhus on niin suuri turvallisuusriski itselleen, että tehostettu palveluasuminen tai laitoshoido on välttämättömyyttä. Asiaa arvioitiin omassa asunnossaan asuvien asiakkaiden kohdalla vielä haastavammaksi kuin asumispalveluyksikössä, jossa harhaileva asiakas kuitenkin on sisätiloissa omasta asunnosta poistuessaan.

*”Nii tässä meidän yksikössä tulee silleen tietyssä vaiheessa haasteelliseksi se yöaika, koska meillä ei oo yöhoito - - se, et ei oikein pärjää ja on hakeuduttava siihen ympärivuorokautiseen hoitoon - - Siinä vaiheessa ei enää ite pysty asiakas vaikuttamaan siihen jatkohoitoon tavallaan millään tappaa, että siinä on sitten ne turvallisuussyyt takana.”*

Asiakkaan terveydentilan perusteella hoitajat joutuvat toisinaan käyttämään ammatillista valtaa esimerkiksi asiakkaan voimien heikentyessä ja asiakkaan ollessa sairaalahoidon tarpeessa. Tilannekohtaista harkintaa käytetään päätöksenteossa myös päihdeasiakkaiden kanssa. Alkoholin vaikutuksen alainen asiakas ei välttämättä ole kykenevä tekemään oman etunsa mukaisia päätöksiä. Asiakkaan edun mukaista on siis jättää kovakin uhoaminen omaan arvoonsa juopumuksen hetkellä ja keskustella asiasta sitten, kun tilanne sen sallii.

*”Päihteiden käyttö, että on paljon kokemusta siitä, että asiakas päihteitten vaikutuksen alaisena haluaa lopettaa kaikki palvelut. Että se kokkee, että kyllä minä pärjeen. Että siinä myö ei sit kyllä hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioiteta, että myö ei ole lopetettu niitä hänen palveluitaan, kun myö*



*on katsottu, että hän ei ole ollut kykenevä tekemään sillä hetkellä järkevää päätöstä.”*

#### **7.2.4 Itsemääräämisoikeuteen liittyviä erityiskysymyksiä**

Seuraavat haasteet on koottu omaan yläkategoriaansa, koska ne ovat tilanteita, joissa asiakkaan itsemääräämisoikeus on voimakkaasti läsnä ja aiheuttaa huomattavaa ristiriitaa hoitajan etiikkaa kohtaan. Tilanteeseen ei ehkä ole löydettävissä toimivia keinoja tai ratkaisu on eettisesti arveluttava.

Asiakkaan ja hoitajan näkemys asiakkaan voinnista, kodin asumiskelpoisuudesta ja/tai asiakkaan parhaasta voivat olla kovin kaukana toisistaan. Hoitaja voi nähdä asiakkaan asunnon täysin asumiskelvottomana tai asiakkaan voinnin sellaisena, ettei kotona asuminen enää ole turvallista.

*”...onko (asiakas) enää kotikuntoinen vai ei?”*

*”Just ehkä se ristiriita siinä, että hoitajana sie näät, että just vaikka se koti ei oo enää asumiskelpoinen.”*

Hoitajalla ei ole aina keinoja puuttua näkemiinsä epäkohtiin, jos asiakkaan näkemys asiasta on kovin päinvastainen. Asiakas ei halua luopua rakkaasta kodistaan ja kieltäytyy hyväksymästä sitä tosiasiaa, ettei kotona asuminen ole enää järkevää.

*...kyl mie törmään siihen, että se on haasteellisin tilanne, kun oikeesti se ei se ihminen... jos se ei pärjää siinä kotona ja olosuhteet on huonot, niin tosi hankala siihen on puuttua.”*

Asiakkaiden edunvalvonta nähtiin pääasiassa myönteisenä ja työtä helpottavana asiana. Edunvalvojana toimii joko yleinen edunvalvoja tai joissakin tapauksissa omainen. Edunvalvontavaltuutusta ei ole asiakkailla tehtynä ennakkoon. Edunvalvojaa haetaan sitten, kun asiat eivät enää muulla tavoin hoidu. Aina edunvalvojaa ei myönnetä, vaikka se hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaan olisi tar-

peellista. Muistisairas voi olla täysin kykenemätön hoitamaan esimerkiksi taloudellisia asioitaan, mutta verbaalisesti niin lahjakas, että kykenee vakuuttamaan virkailijan puhelinhaastattelussa.

*”...kyl se tää edunvalvonta-asia, kun sitä ajattelee, niin kyllä se aina lähtee joltain muulta taholta yleensä kuin asiakkaalta iteltään.”*

*”Ainut ehkä siinä on ollut se haaste, et myö on haettu edunvalvontaa, mut on katsottu, että asiakas ei tarvitse. Eli kun maistraatti tekee puhelinhaastattelun, niin muistisairas ihminenhän on hyvin vakuuttavakin puhelimessa. Katsotaan, että (edunvalvonta) ei ole tarpeellista. Se on se haaste.”*

Päihdeongelmaiset erottuvat omana erityisryhmänään asiakaskunnassa. Hoitoon sitoutuminen on heikkoa, ja vointi vaihtelee suuresti. Päihdeasiakkaat ovat tällä hetkellä enimmäkseen kenttätyöntekijöiden haasteena.

*”...päihdeiden käyttö on yksi sellainen mitä ei ole pystytty ratkaisemaan. Päihdeet on ollut yks semmonen muutamilla, et sit kun päihdeongelma on päihdeongelma, niin ei siinä, niinkun ei ne ossoo ne ihmiset sitoutua siihen hoitoon niinkun se on.”*

### **7.3 Hoitotahto muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukena**

Haastatteluissa kävi ilmi, että kentällä hoitotahto pyritään tekemään kaikille asiakkaille, jotka sen haluavat tehdä ja kykenevät asian ymmärtämään. Palveluasumisyksikössä hoitotahtoa ei ole tehtynä kaikille. Hoitajat arvioivat sen löytyvän alle puolelta asiakkaista.

Asiakkailla ei välttämättä ole oikeaa käsitystä hoitotahdon sisällöstä ja merkityksestä. Asia pitää asiakkaalle selvittää ja kertoa, mitä se tarkoittaa. Hoitotahdon tekemistä esitetään asiakkaalle hoitajalähtöisesti. Määrättyä ajankohtaa sen tekemiselle ei ole, vaan hoitaja ehdottaa asiaa yleensä sitten, kun asiakasta alkaa tuntemaan tai asia tulee asiakkaan kanssa muuten puheeksi. Asiakas voi täyttää hoitotahdon itsenäisesti, yhdessä omaistensa kanssa tai hoitajan avustamana.

*”Kyl se käytännössä yritetään kaikille tehdä - - sitä aukiluetaan ja kerrotaan mitä se tarkoittaa, koska monelle se ensiajatus on, että nyt tässä tehdään tämmönen kuolemankirje, et nyt ne ruppee minnuu kuolettamaan. Mut kyllä moni on niinkun kuullu siitä ja kun siitä puhutaan niin heille aukiaa mistä on kyse.”*

*”Sarjassaan et kun se aika on kypsä, et ei kai siinä mitään tiettyä ajanjaksoa ole.”*

Kokemukset hoitotahdosta ovat positiivisia. Toive järjestelmällisestä hoitotahdon laatimisesta ja liittamisestä asiakkaan potilastietoihin on lähtöisin eräältä aiemmin kotisairaanhoidon asiakkaita hoitaneelta lääkäriltä. Asia on koettu hyvänä. Käytössä on Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän käyttämä hoitotahdon valmispohja, joka tulostetaan, täytetään ja skannataan potilastietojärjestelmään.

*”Siinä kohdassa, kun on niitä haastavia omaisia, joita on yleensä useampia ja jokaisella on vähän oma näkemys, niin mie oon sitä ainakin asiakkaalle perustellut, että se helpottaa siinä kohassa niinkun ettei omaisten tarttee lähteä tekemään tiettyjä ratkaisuja tai päätöksiä, tai ruveta tappelemaan - - kun se asiakas on tehnyt sen tahtonsa tai päätöksen, niin sitä sit kunnioitetaan, kun se on tehty vielä semmosessa uskossa, että on ihan järissään.”*

## 8 Pohdinta

### 8.1 Tulosten tarkastelua

Asiakkaan itsemääräämisoikeus kuvautui ryhmissä vahvasti asiakkaan valinnanvapauden ja päivittäisiin toimiin vaikuttamisen mahdollistamisen kautta, kuten muun muassa Anttilan (2010) ja Myllymäen (2014) tutkimuksissakin. Haastatellut hoitajat arvioivat molemmissa ryhmissä asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutuvan varsin hyvin.

*”Miusta tuntuu, et meidän tiimissä kyllä kunnioitetaan sit loppupelissä sitä itsemääräämisoikeutta, et kyl meillä niin asiakaslähtöisesti männään ja tehdään.”*

*”Kyllä se (itsemääräämisoikeus) aika hyvin (toteutuu).”*

Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvät haasteet olivat sidoksissa organisaation toimintaan, omaisten toimintaan ja hoitajien toimintaan ja päätöksentekoon. Näiden lisäksi haastateltavat kuvasivat itsemääräämisoikeuteen liittyviä erityistilanteita. Hoitotahtoa käsiteltiin haastatteluissa asiakkaan itsemääräämisoikeuden turvaamisen näkökulmasta.

*Organisaatioon liittyviä haasteita* olivat organisaatiosta johtuva asiakkaiden todellisten vaihtoehtojen karsiutuminen, kiristyneet palvelunmyöntämisen kriteerit, niukentuneet palveluasumisen resurssit ja pitkät jonotusajat palveluasumiseen sekä asiakkaiden yksinäisyys. Hoitajien vaikuttamismahdollisuudet organisaatiosta johtuviin itsemääräämisoikeuden haasteisiin ovat rajallisia.

Haastatellut toivat esiin huomionsa asiakkaiden heikentyneestä ravitsemustilasta ja täydennysenergiavalmisteiden käytön tarpeesta. Hoitajien huoli ja havainnot joustamattoman ja epätydyttävän ateriapalvelun vaikutuksista asiakkaiden ravitsemustilan huononemiseen ovat aiheellisia. Asiakkaan vajaan ravitsemuksen uhka on todellinen. Aiemmista tutkimuksista käy ilmi, että kotihoidon asiakkaiden vajaan ravitsemuksen riski on entisestään kasvanut (ks. Soini ym. 2006, Kaipainen ym. 2015). Ravitsemustilan seuranta ja hoitajalähtöinen ravitsemuksesta huolehtiminen muistisairaiden asiakkaiden kohdalla on hoitajien velvollisuus, jota voidaan pitää hyväksyttävänä paternalismina.

Palveluasumisyksiköiden asukasvalinnat koettiin osin epäoikeudenmukaisina ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta rikkovina. Tämä kuvautuu myös Anttilan tutkimuksessa, jossa SAS-ryhmän toiminta nähtiin asiakkaan itsemääräämisoikeutta estävänä. (Anttila 2010, 72.) SAS-työryhmä on vahvassa asiantuntija-asemassa suhteessa vanhukseen tai omaiseen. Työryhmän toteuttama suostuttelu ja neuvottelu voi muuttua alistamiseksi. Vallan käyttöä voi tapahtua myös vanhuksen ja omaisten kesken, jolloin omaiset päättävät vanhuksen puolesta. (Ylinen 2006, 71 - 72.) Liperin KunPa työryhmällä on epäilemättä haastetta jonojen purkamisessa. Tämänhetkinen jonotusaika esimerkiksi tehostettuun palveluasumiseen on keskimäärin 100 vuorokautta. (Liperin kunta 2017d.)

Palvelun myöntämisen kriteerien ja asumisen haasteiden yhteydessä hoitajia puhutti myös muistisairaiden ongelmallinen sijoittuminen asumispalveluissa. Hoitoympäristön tuttuus ja kodinomaisuus lisäävät muistisairaahan turvallisuudentunnetta ja sen on todettu parantavan muistisairaahan elämänlaatua (Holopainen & Siltanen 2015, 17). Muistisairaita pyritään hoitamaan kotona mahdollisimman pitkään, eivätkä kriteerit palveluasumiseen pääsemiseen välttämättä täytykään sairauden aikaisemmassa vaiheessa. Uuteen yksikköön muuttaminen sairauden edettyä jo pitkälle on kuitenkin usein haastavaa ja asiakas ei enää opi tuntemaan paikkaa kodikseen.

*”...tuolla geriatrikin perräänkuuluttaa, että muistisairaahan pitäis vielä siinä vaiheessa muuttaa siihen uuteen ympäristöön, kun se vielä oppii siellä ne reitit, tavat, ihmiset. Niin meidän muistisairaajat repäistään siinä vaiheessa siten kottoo, kun ne on jo tosissaan siellä vaikeessa vaiheessa.”*

*”Niin ei täyty vielä kriteerit siinä (aiemmassa) vaiheessa.”*

*”Ei, se (organisaatio) ei vielä painota sitä muistisairautta niin pitkälle, et sillä perusteella pelkästään pääsis. Ehkä meiltä vielä omasta kunnasta puuttuu sellanen palvelu, että mihinkä ne muistisairaajat oikeesti kuulus.”*

Yksinäisyys ja sosiaalinen eristyneisyys on eettinen ongelma iäkkäiden hoidossa (Teeri ym. 2006, 125 - 126). Yksinäisyyden kokemukseen liittyy vahvasti turvattomuuden tunne (Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä 2006, 203 - 204). Keskustelukumppanin puuttuminen ja kokemus ulkomaailmasta eristämisestä on todellisuutta yksin asuvalla kotihoidon asiakkaalla, joka ei kenties toiveistaan huolimatta ole oikeutettu yhteisöllisempään palveluasumiseen. Toisaalta hoitajat näkivät yksinäisyyden yksilöllisesti myös voimavarana ja asiakkaan valintana. Yksin viihtyvän asiakkaan toivetta kunnioitetaan, eikä häntä houkutella tai pakoteta yhteisiin tilaisuuksiin.

*”Siinä just sitä itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, että ne (asiakkaat) ei halua tulla toisten seuraan, vaan ne halluu olla siellä omassa. - - sitten kun tiiettään, hän ei halua tulla eikä osallistuu tällasiin yleisiin tapahtumiin, mitä tässä talossa on. Sitä sitten myös kunnioitetaan, että pittää se jokaisen persoona ottaa huomioon.”*

*Omaisiin liittyvät haasteet* kuvautuivat tässä tutkimuksessa omaisten todellista tarvetta suurempina palveluvaatimuksina tai muunlaisen hoitopaikan toiveena.

Kotihoidon lähtökohtaisena toimintatapana oleva kuntouttava työote tuo myös haasteita omaisten kanssa. Vastaavia tuloksia esitellään myös aiemmissa tutkimuksissa (ks. Anttila 2010, Fränti & Mattila 2015.)

*Hoitajan toimintaan ja päätöksentekoon liittyvät haasteet* nousivat haastatteluissa muistisairaiden kanssa työskentelystä ja heidän itsemääräämisoikeutensa haasteista. Toinen esiin noussut asiakasryhmä oli päihdeasiakkaat. Hoitajat kuvasivat käyttävänsä eri tilanteissa eriasteista paternalismia ja toivat esiin myös tilanteita, joissa hoitajan on toimittava vastoin asiakkaan tahtoa ammatillisista syistä. Ammatillisin syin perusteltavaa hoitajan päätöksentekoa voidaan pitää oikeutettuna ja hoitajan velvollisuutenakin. Sen sijaan hoitajalähtöinen perusteeton vallankäyttö, jota myös tämän opinnäytetyön tuloksissa kuvautui ei ole hyväksyttävää. Anttilan tutkimuksessa tämän epäeettisen toiminnan nähtiin johtuvan hoitajan omista tiedostamattomista arvoista ja sitä kutsuttiin vääräksi vallankäytöksi (2010, 43.) Hoitajat kuvaavat joskus unohtavansa potilaiden toiveet ja tekevänsä päätöksiä heidän puolestaan. He myös tunnustavat, että potilaat, joilla on vaikeuksia ilmaista itseään, voivat jäädä huonommalle hoidolle, varsinkin jos heillä ei ole omaisia pitämässä puolia. (Teeri ym. 2006.)

Hoitajan osoittama asiakkaan arvostus ja tämän mielipiteiden ja toiveiden kysyminen ja kunnioittaminen tukivat itsemääräämisoikeuden toteutumista. Asiakkaan arvostus kuvautui myös hänen kotinsa ja yksityisyytensä kunnioittamisena. Esimerkkinä siitä mainitaan luvan kysyminen asiakkaan kotona toimiessa. (Anttila 2010, 63 - 65.) Vastaavaa toimintaa kuvasivat erityisesti asumispalveluyksikössä työskentelevät hoitajat. Toisaalta he kuvasivat myös pitkien asiakassuhteiden johtavan hoitajien rohkeaan ja oma-aloitteiseen toimintaan asiakkaan asunnossa. Hoitajat arvelivat, että se korostuu asumispalveluyksikössä enemmän kuin kentällä, jossa kodin ja yksityisyyden merkitys on korostuneempi.

Asiakkaan huonot asumisolot tai eriävä mielipide asiakkaan kanssa kotona selviytymisestä koettiin *erityisen haasteellisena tilanteena työssä*. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta ei siinä helposti pystytä ohittamaan. Karvonen-Kälkälä (2012) kuvaa väitöstutkimuksessaan vastaavanlaisia tapauksia. Itsemääräämisoikeutta voidaan loukata vain silloin, kun siihen löytyy lakiin perustuva oikeutus. Ta-

pausesimerkeissä nämä olivat asiakkaan suojaamisen näkökulmasta muistisairaus ja siten kykenemättömyys päätöksentekoon omasta turvallisuudesta sekä asunnon aiheuttama terveyshaitta. Muistisairaana asiakkaan kohdalla tuli aiheelliseksi edunvalvojan hakeminen asiakkaalle. (Karvonen-Kälkäjä 2012, 234 - 240.) Silloin, kun oikeudellinen ennakointi on jo myöhäistä, on edunvalvonta hyvä, vaikkakin viimesijaisin keino. (Muistiliitto 2016, 59.)

Päihteidenkäyttäjät erottuivat haastatteluissa omana erityisryhmänään. Hoitoon ja sopimukseen sitoutumattomuus sekä vaihteleva vointi nähtiin haasteena päihdeasiakkaiden kanssa työskenneltäessä myös Koivula ym. tutkimuksessa (2015, 484). Anttilan tutkimuksessa päihdeasiakkaiden hoitaminen koettiin resurssien hukkaan heittämisenä (Anttila 2010, 68). Tässä tutkimuksessa haastatellut hoitajat kuvasivat päihdeasiakkaita tasa-arvoisena asiakasryhmänä muihin asiakkaisiin nähden.

*Hoitotahto* oli laadittu suurella osalla kotihoidon asiakkaista. Asiakkailla ei usein ole oikeaa ymmärrystä siitä, mitä hoitotahto merkitsee, kuten myös Pyykön (2013) tutkimuksessa ilmeni. Potilastietojärjestelmään tallennettuna hoitotahto on asiakkaan itsemääräämisoikeutta tukeva asiakirja myös sairaalahoitoon siirtyessä. Etenkin muistisairaiden asiakkaiden kohdalla, mutta miksei muidenkin, oikeudellinen ennakointi eli esimerkiksi hoitotahto ja edunvalvontavaltuus olisivat hoitotyötä helpottavia ja tukisivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumista myös sairauden edetessä (Muistiliitto 2016, 59).

## **8.2 Johtopäätökset**

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että Liperin kotihoidossa on eettisesti valveutunutta ja vastuullista henkilökuntaa. Hoitajilla on vahva eettinen moraalit ja he todella toimivat asiakkaiden puolestapuhujina. Hoitajien kokemus asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta on myönteinen. He tekevät työtä asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti asiakkaan edun mukaisesti ja ovat valmiita tarvittaessa joustamaan. Hoitajat tunnistavat eettisiä ristiriitoja herkästi ja pyrkivät ratkaisemaan ne yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja tiimin kesken. Tarvittaessa

esimies otetaan neuvotteluun mukaan. Haastavissa tilanteissa hoitajat saavat tukea toisistaan; tiimi tukee jäseniään.

Kentällä työskentelevien hoitajien haastattelussa korostui asumiseen liittyvät haasteet ja asiakkaan yksinäisyys sekä huoli asiakkaiden eriarvoisesta asemasta palvelunmyöntämisen kriteerien kiristyessä ja palveluiden siirtyessä osin yksityiselle palveluntuottajalle. Asumispalveluyksikössä haasteet liittyivät muistisairaiisiin asiakkaisiin ja heidän omaisiinsa, sekä asiakkaalle vastentahtoisesti tehtäviin hoitotoimiin.

Organisaation toimintaan liittyviä haasteita kuvautui paljon. Organisaation määrittelemät kriteerit ja toimintamallit ohjaavat työtä sekä rajaavat asiakkaiden palveluiden saatavuutta ja vaihtoehtoja. Hoitajat näkevät niiden vaikutukset ”ruohonjuuritasolla” ja saavat niistä palautetta asiakkailta ja omaisilta. Analyysissa sijoitin aineistosta nousseet ravitsemuksesta ja yksinäisyydestä kertovat kommentit organisaation toimintaan liittyviin haasteisiin, koska haastatellut kuvasivat niiden yhteyden tarjottujen palvelujen rajallisuuteen.

Haastatelluilla hoitajilla oli herkkyyttä tunnistaa konkreettisia asioita, joilla vahvistaa asiakkaan osallisuutta ja itsemääräämistä. Toisaalta tunnistettiin myös kehittämiskohteita ja tilanteita, joista olisi hyvä keskustella ja sopia yhdessä tiimin jäsenten kesken. Työtovereiden eli tiimin tuki ja avoin keskusteluyhteys tiimin sisällä nähtiin merkittävänä voimavarana. Lisäksi sen nähtiin mahdollistavan työn kehittämisen ja auttavan haasteista selviämisessä. Kollegiaalisuus tiimin voimavarana on tärkeää ja avoin keskusteluyhteys mahdollistaa eettisten ongelmatilanteiden tunnistamisen ja ratkaisemisen (Abdelhamid 2003). Tämä on hyvä muistaa ja pyrkiä jakamaan haastavat tilanteet tiimissä ja toisaalta myös puuttumaan epäasialliseen toimintaan. Omalle toiminnalleen voi sokeutua ja joskus työtoveri voi huomata asian herkemmin.

*”...jotenkin siinä sitten huomasin sen, et sen asiakkaan oma tahto ei siinä toteudu.”*

*”...oon miettinyt, et onko se jottain, et tavallaan sokkeuvuttaa siihen tilanteeseen. Et kun meilläkin on niinkun erilaisia asiakkaita, niin ei muisteta sitä siinä tilanteessa.”*



On tärkeää, että edellä mainitun kaltaisia huomioita tehdään, olivat ne sitten huomioita toisten työstä tai omantunnonasioita. Yhtä tärkeää on myös niiden julkituominen ja uskallus asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen. Hoitajan omatunto, jota tämän kaltaisten tilanteiden huomioimiseen tarvitaan, voidaan siis nähdä koko tiimiä hyödyttävänä voimavarana ja työnteon ohjaajana. Muistisairaiden hoitotyössä tarvitaan tällaisia rohkeita hoitajia, jotka nostavat arkaluonteisiakin asioita yhteiseen pohdintaan. (Saarnio, Sarvimäki, Laukkala & Isola 2013, 71 - 74.)

*”Se on oikeastaan sen hoidon toimivuuden edellytys, et siinä on sellanen porukka, joka pystyy ja saa puhuu, ja saa kysseenalaistaa. Et ei se oo asiakkaiden edun mukasta jos hoitajat on turpa kiinni eivätkä keskustele asioista, et kyl se vaikeuttaa työntekemistä tosi paljon, ja ylleensä se ei ainakaan kauheen hedelmällistä oo se työnteko sitten.”*

*”Se pitää vaan aina muistutella, että se ei ole henkilökohtaista, vaan kyse on asiakasasiasta.”*

### **8.3 Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu**

Opinnäytetyön prosessi muodostui pitkäksi. Opinnäytetyö oli suunnitelma- ja toteutusvaiheiden välillä tauolla yli vuoden, koska olin sisällyttänyt lukuvuoteen niin paljon opintoja, ettei opinnäytetyölle jäänyt aikaa. Kokoaikainen työskentely opintojen välillä vaikutti myös aikatauluun. Itse toteutuksen aikataulusta muodostui tiivis työasioista johtuvan valmistumistavoitteen takia. Toisaalta opinnäytetyön toteutusajankohtana ei ollut enää muita opintoja, vaan oli mahdollista keskittyä yksinomaan siihen. Tämä helpotti myös haastattelujen tekemistä henkilökunnalle sopivana ajankohtana.

Menetelmänä kvalitatiivinen tutkimus ja aineistolähtöinen sisällönanalyysi palvelivat tutkimustehtävää hyvin. Haastattelu aineistonhankintamuotona oli haastava, sillä aiempaa haastattelukokemusta ei ollut. Teemahaastattelun valinta ja huolellisesti valmisteltu haastattelurunko helpottivat asiaa. Ryhmähaastattelun etuna oli, että haastateltavat jatkoivat kerrontaa siitä, mihin edellinen puhuja jäi tai täydensivät sitä, ja haastattelu eteni luontevasti. Analyysin ja raportin kirjoittamiselle

jäi niukanlaisesti aikaa. Lisäaika olisi mahdollistanut vielä kirjoitusasun muokkauksen. Toisaalta tiukka aikataulu asetti työlle selkeän määränpään ja pakotti tehokkaaseen työskentelyyn, mikä ehkä olikin tarpeen työn loppuunsaattamiseen.

#### **8.4 Luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimusaiheen valinta ja rajaus on tehty oman mielenkiintoni pohjalta. Olen työskennellyt kotihoidossa kauan, joten tutkimusaiheesta on paljon henkilökohtaista kokemusta. Laadullisessa tutkimuksessa myönnetään, että tiedonantajan kertomus suodattuu tutkijan oman kehysten läpi, eli tutkijan henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat siihen mitä hän kuulee ja havainnoi (Tuomi & Sarajärvi 2011, 134 - 137). Olen pyrkinyt pysyttelemään puolueettomana ja pitäytymään omien mielipiteiden esittämisestä tutkimusta kirjoittaessa. Toisaalta kokemus kotihoidosta on helpottanut aineiston ymmärtämistä ja haastattelutilanteissa kysymysten tarkentamista ja syventämistä ja ehkä myös kysymysten kohdentamista tutkimuskysymyksiä koskeviin aiheisiin. On silti mahdollista, että työkokemukseni on vaikuttanut aineiston tulkintaan ja auki kirjoittamiseen. Olen pyrkinyt tutkimuksessa totuuteen ja luotettavuuteen kuvaamalla asiat puhtaasti aineiston perusteella ilman henkilökohtaista kannanottoa.

Haastatteluilla saatu aineisto vastasi hyvin tutkimuskysymyksiin, mikä kertoo tutkimuksen validiteetista eli siitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on luvattu. Olen pyrkinyt kuvaamaan prosessin huolellisesti, mikä tukee tutkimuksen toistettavuutta eli reliabiliteettia. Tuloksissa olen esittänyt alkuperäisilmauksia, ja liitteenä on taulukoita aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä (liite 5) sekä abstrahoinnista (liite 6). (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 108 - 113,136.)

Lopullisen opinnäytetyön toteutusaikataulun vuoksi teemahaastattelurunkoa ja kysymyksiä ei testattu ennen varsinaisia haastatteluja. Tämä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuutta vähentävästi.

Tutkimus toteutettiin pienehkön kunnan kotihoidossa, joten pidin eettisesti tärkeänä turvata haastateltujen anonymiteettiä. Tämän vuoksi osallistujien nimiä ei

kerätty ylös haastattelutilanteissa ja aineiston analyysi tehtiin ryhmän tasolla. Päädyin lopulta jättämään työstä pois myös taustatietoina kerätyt tiedot haastateltujen tiimistä anonymiteetin turvaamiseksi.

Haastattelin sekä kentällä että palveluasumisyksikössä työskenteleviä hoitajia, kuten olin ajatellutkin. Toisen haastattelun jälkeen totesin, että aineisto on riittävä, koska se sisällöllisesti toisti pääosin itseään (ks. Hirsjärvi & Hurme 2001, 58 - 60). Aineistossa näkyi kuitenkin myös yksikkökohtaisia eroja erilaisesta toimintaympäristöstä ja asiakaskunnasta johtuen. Tässä kohtaa peilasin aineiston sisältöä myös omaan aiempaan työkokemukseeni, mikä vahvisti käsitystä aineiston riittävydestä.

Kirjallisuutta ja lähteitä olen pyrkinyt käyttämään monipuolisesti, huomioiden niiden ajantasaisuuden ja luotettavuuden. Käyttämäni lähteet ovat pääosin alle kymmenen vuotta vanhoja. Joitakin vanhempia lähteitä olen hyväksynyt mukaan, koska olen katsonut niiden olevan edelleen relevanttia sisällöltään.

## **8.5 Oma ammatillinen kasvu**

Opinnäytetyön prosessi jäi hajanaiseksi pitkien taukojen takia. Suoritin opintoja välillä niin tiiviisti, ettei opinnäytetyölle jäänyt aikaa eikä jaksamista. Ohjaustapaamiset olivat myös harvassa ja osin yksilöohjauksia, joten ohjausryhmän tuki ja palaute jäivät vähäisiksi.

Tutkimusprosessin läpikäyminen ja tutkimusraportin kirjoittaminen oli opetta-vaista. Itsenäisen työskentelyn suunnitelmallinen aikatauluttaminen osoittautui tärkeäksi työn toteutusvaiheessa. Rajallinen aikaresurssi myös motivoi pysymään suunnitelmassa. Toisaalta tiivis toteutusvaihe pakotti tekemään rajauksia ja valintoja työn suhteen, eikä loputon ”viilaaminen” ja täydentäminen ollut mahdollista.

Suurin haaste työssä tuntui olevan aiheen riittävä rajaaminen. Työkokemuksen tuoma näkemys itsemääräämisoikeuteen liittyvistä haasteista kotihoidossa ohjasivat aiheen rajausta. Olisin halunnut tutkia asiaa laajemmassa mittakaavassa.

Nyt työn valmistuessa ymmärrän rajaamisen tärkeyden ja kiitän ohjaajaa sen tärkeyden kärsivällisestä toistamisesta ja painottamisesta.

Aineiston hakeminen ja kansainvälisten artikkelien lukeminen ja referointi tuntuivat vaikealle, mutta kehitystä onneksi tapahtui. Englanninkielisistä artikkeleista löytyi lopulta useita tuoreita lähteitä työhön. Englannin kielen taito on tarpeen työelämässä, ja koen sen vahvistuneen paitsi opiskeluaikana myös opinnäytetyöprosessissa.

## **8.6 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet**

Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan suunnitella tarvittaessa täydennyskoulutusta henkilökunnalle tai keskusteluteemoja tiimeihin hoitotyön kehittämisen näkökulmasta. Tiimeissä voitaisiin pohtia itsemääräämisoikeuden toteutumista ja paternalismin esiintymistä ja suhdetta työssä sekä miettiä, annetaanko asiakkaille tarpeeksi tukea päätöksentekoon.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla samankaltainen tutkimus, jonka kohderyhmänä olisivat kotihoidon asiakkaat. Tutkimuksia vertailemalla voisi saada tietoa siitä kuinka hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden kokemukset kohtaavat tai eroavat toisistaan. Yksityisten palveluntuottajien toimimisesta kunnallisen kotihoidon rinnalla voisi myös saada mielenkiintoisen tutkimusaiheen.

Hoitotahdon oikea-aikaisesta laatisemisesta olisi etua sekä asiakkaiden että henkilökunnan näkökulmasta. Myös edunvalvontavaltuutuksen laatisemisella riittävän varhaisessa vaiheessa olisi sekä asiakkaan itsemääräämisoikeutta tukeva että hoitotyötä helpottava vaikutus. Näistä asioista voisi toiminnallisena opinnäytetyönä kouluttaa henkilökuntaa tai järjestää tietoiskumaista ohjausta ikäihmisten tapahtumiin.

## Lähteet

- Abdelhamid, P. 2003. "Koettelevat vuorovaikutustilanteet" hoitamisen eettisenä haasteena. Kyselytutkimus eettisistä ongelmatilanteista ja eettisten ohjeiden tuntemuksesta. *Sairaanhoitaja* 76, 11, 32.
- Anttila, T. 2010. Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen, sitä edistävät ja estävät tekijät hoitajien kuvaamana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Fränti, S. & Mattila, H. 2015. Omaisyhteistyö kotihoidossa – hoitajan näkökulmasta. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opin näytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96629/Franti%20Sanna%20ja%20Mattila%20Hanna.pdf?sequence=1>. 17.1.2017.
- Grönroos, M., Hirvonen, A. & Feldt, T. 2012. Eettinen kuormittuneisuus ja eettisten dilemموjen sisällöt kaupunkiorganisaation eri ammattiryhmillä. *Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja* 354. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40186/978-951-39-4899-3.pdf?sequence=1>. 28.9.2015.
- Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta ja rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksistä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi HE 108/2014.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holopainen, A. & Siltanen, H. 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämäntilaan liittyvistä tekijöistä. *Muistiliiton julkaisusarja* 1/2015. [http://www.muistiliitto.fi/files/1214/4067/8557/Julkaisusarja\\_1-2015\\_kansitettu\\_raportti.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/1214/4067/8557/Julkaisusarja_1-2015_kansitettu_raportti.pdf). 25.1.2017.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Kaipainen, T., Tiihonen, M., Hartikainen, S. & Nykänen, I. 2015. Prevalence of Risk of Malnutrition and Associated Factors in Home Care Clients. *The Journal of Nursing Home Research Sciences*. 2015, 1. 47 - 51.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karvonen-Kälkäjä, A. 2012. Unohtuuko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta. *Vanhustyön Keskusliiton Tutkimuksia* 2012, 1. [http://www.vtkl.fi/document/1/1972/6b79107/Unoh-tuuko\\_vanhus.pdf](http://www.vtkl.fi/document/1/1972/6b79107/Unoh-tuuko_vanhus.pdf). 26.1.2017.
- Kivelä, S. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike ry.
- Koivula, R., Vilkkö, A., Tigerstedt, C., Kuussaari, K. & Pajala, S. 2015. Miten iäkkäiden henkilöiden alkoholiongelmat näkyvät kotihoidon työntekijöiden työssä? *Yhteiskuntapolitiikka* 80, 5. 482 - 489.
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta 648/2007.
- Laki holhoustoimesta 442/1999.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Launis, V. 2010. Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010 (47), 136 - 139.

- Lehikoinen, P. 2015. Muistisairaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen kotihoidossa – kirjallisuuskatsaus. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Sairaanhoidajakoulutus. Opinnäytetyö.  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99055/Lehikoinen\\_Pia.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99055/Lehikoinen_Pia.pdf?sequence=1). 16.11.2016.
- Liperin kunta 2017a. Kotisairaanhoido ja kotipalvelu. <http://www.liperi.fi/fi/asukkaille/sosiaali--ja-terveyspalvelut/ikaihmiset/kotisairaanhoido-ja-kotipalvelu/>. 9.1.2017.
- Liperin kunta 2017b. Palveluseteli. <http://www.liperi.fi/fi/asukkaille/sosiaali--ja-terveyspalvelut/ikaihmiset/palveluseteli/>. 9.1.2017.
- Liperin kunta 2017c. Palvelutarpeen arviointi. <http://www.liperi.fi/fi/asukkaille/sosiaali--ja-terveyspalvelut/ikaihmiset/>. 23.1.2017.
- Liperin kunta 2017d. Vanhuspalvelut, odotusajat iäkkään henkilön sosiaalipalveluihin pääsyyn. <http://www.liperi.fi/fi/asukkaille/sosiaali--ja-terveyspalvelut/ikaihmiset/vanhuspalvelut,-odotusajat-iakkaan-henkilon-sosiaalipalveluihin-paasyyn/>. 12.1.2017.
- Liperin sosiaali- ja terveyslautakunta 2015. Hoito- ja hoivapalvelujen myöntämisen kriteerit. [http://www.liperi.fi/fi/document.cfm?doc=show&doc\\_id=5262](http://www.liperi.fi/fi/document.cfm?doc=show&doc_id=5262) 29.9.2015.
- Lisrelud Smebye, K., Kirkevold, M. & Engedal, K. 2012. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. BMC Health Services Research. 2012, 12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3475075/>. 2.12.2016.
- Lisrelud Smebye, K., Kirkevold, M. & Engedal, K. 2015. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. BMC Health Services Research. 2015, 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717656/>. 2.12.2016.
- MenuMAT 2017a. Paras palvelukokonaisuus kunnalle. <http://www.menumat.fi/miksi-menumat/paras-palvelukokonaisuus-kunnalle>. 24.1.2017.
- MenuMAT 2017b. Aterioiden toimituspalvelu. <http://www.menumat.fi/menumat-palvelu-lyhyesti/aterioiden-toimituspalvelu>. 24.1.2017.
- Molander, G. 2011. Hoito- ja hoivatyön eettinen kuormitus "tulikohan nyt kaikki tehtyä oikein?". Hanke 109074. Loppuraportti. Työsuojelurahasto. [https://www.tsr.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=13109&name=DLFE-9963.pdf](https://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-9963.pdf) 29.9.2015.
- Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. [http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf). 5.1.2016.
- Myllymäki, S. 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Sosiaalityö. Pro gradu -tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43096/URN:NBN:fi:jyu-201403211390.pdf?sequence=1>. 16.11.2016.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2004. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden edistäjänä. Teoksessa Heimonen S. & Tervonen S.

- (toim.). Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita Prima OY. 15 - 25.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Oikeudellinen toimintakyky. Teoksessa Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. (toim.). Muistisairaudet. Helsinki: DUODECIM. 550 - 558.
- Noro, A., Alastalo, H., Finne-Soveri, H. & Mäkelä, M. 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanoin seurantatutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 2. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti\\_2\\_2015\\_09022015.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti_2_2015_09022015.pdf?sequence=3). 5.1.2017.
- Pyykkö, S. 2013. "Voipihan sitä aina toiveita esittää, mutta määräämään ei passaa ruveta" – Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia itsemääräämiskeudesta ja osallisuudesta. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69531/Pyykko\\_Sanna.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69531/Pyykko_Sanna.pdf?sequence=1). 16.11.2016.
- Rasoal, D., Kihlgren, A., James, I. & Svantesson M. 2016. What healthcare teams find ethically difficult: Captured in 70 moral case deliberations. *Nursing Ethics* 23 (8), 825 - 837.
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. 2013. Iäkkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys omastatunnosta. *Hoitotiede* 25 (1), 62 - 76.
- Sairaanhoitajaliitto. 2015. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. 28.9.2015.
- Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 2010. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Ranta, S. (toim.). Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 33-58.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 43, 198 - 206.
- Siun Sote 2016a. Siun sote - hyvät palvelut tehdään yhdessä. <http://www.siun-sote.fi/siun-sote>. 16.1.2017.
- Siun Sote 2016b. Kotihoidon palvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö 1.1.2017 alkaen. [http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote\\_ikaihminen\\_kotihoito\\_myontamis-perusteet2017.pdf/22e91a3a-2a6f-417e-9893-7ca4b142c06a](http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote_ikaihminen_kotihoito_myontamis-perusteet2017.pdf/22e91a3a-2a6f-417e-9893-7ca4b142c06a). 16.1.2017.
- Siun Sote 2016c. Ikäihmisten asumispalvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö 1.1.2017 alkaen. [http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote\\_ikaihminen\\_palvelut\\_myontamis-perusteet2017.pdf/a6e56d90-69d3-44b9-9770-354d2b725b4a](http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote_ikaihminen_palvelut_myontamis-perusteet2017.pdf/a6e56d90-69d3-44b9-9770-354d2b725b4a). 16.1.2017.
- Siun Sote 2016d. Tiedote. <http://www.siunsote.fi/sosiaali-terveydenhuollon-asiakasmaksut-seka-omaishoidon-tuen-ikaihminen-palvelujen-myontamisen-perusteet-yhdenmukaistuvat-1-1-2017-pohjois-karjalassa/>. 17.11.2016.
- Soini, H., Routasalo, P. & Lauri, S. 2006. Nutrition in Patients Receiving Home Care in Finland Tackling the Multifactorial Problem. *Journal of the Gerontological nursing*. 2006, 4. 12 - 17.
- Teeri, S., Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2006. Long-term Nursing Care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients,

- relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics* 2006, 13 (2). 116 - 129.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>. 29.11.2016.
- Viukari, E. 2015. Muistisairaahan tahdon näkyminen omaan hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97419/GRADU-1434544053.pdf?sequence=1>. 29.11.2016.
- Ylinen, R. 2006. Vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon päätöksenteko kysynnän ja tarjonnan ristiaallokossa. Diskurssianalyttinen tutkimus SAS-työryhmän toiminnasta Vilppulassa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93580/gradu01164.pdf?sequence=1>. 23.1.2017.



## Toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

<b>Toimeksiantaja</b>	
Organisaation nimi:	Liperin kunta
Toimeksiantajan edustaja:	Marketta Kuikka
Osoite:	Käsämäntie 113
Puhelinnumero:	040 589 4152
Sähköposti:	Marketta.kuikka@liperi.fi
<b>Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot</b>	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1400879 Anne Martikainen
Puhelinnumero:	040 7044 510
Sähköposti:	Anne.j.martikainen@edu.karelia.fi
<b>Toimeksiannon kuvaus</b>	
Aihe	Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeus -haaste henkilökunnan näkökulmasta?
Toteutusmuoto	Kvalitatiivinen tutkimus
Aikataulu	Aineiston keräys, teoriaosan täydentäminen 12/2015-1/2016, aineiston analysointi 1-2/2016 opinnäytetyön esitys 3/2016
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Ei aiheudu suuria kustannuksia
<b>Toimeksiantajan sitoumukset</b>	
Toimeksiantaja mahdollistaa yhteensä 3 ryhmähaastattelua kotihoidon eri tiimeissä.	
<b>Opiskelijan sitoumukset</b>	
Opiskelija sitoutuu saattamaan tutkimuksen loppuun ja luovuttaa tutkimuksen tulokset ja raportin toimeksiantajan käyttöön.	
<b>Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa</b>	
Ohjaaja(t):	Hanish Bhurtun
<b>Opinnäytetyön julkisuus</b>	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
<b>Allekirjoitukset</b>	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
24.11.2015	<i>Anne Martikainen</i>
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
30.11.2015	<i>Marketta Kuikka</i> Marketta Kuikka kotihoidon johtaja
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
24/11/15	<i>Hanish Bhurtun</i>

## Tutkimuslupa

LIPERIN KUNTA

Sosiaali- ja terveysosasto

Hoito- ja hoivapalvelujen johtaja

Hallintopäätös

PÄÄTÖS § 8/ 2015

7.12.2015

Asia, jota päätös koskee	Tutkimusluvan myöntäminen / 2015 / Anne Martikainen
Selostus asiasta	Karelia ammattikorkeakoulussa opiskeleva Anne Martikainen (hoitotyön koulutusohjelma) tekee opinnäytetyön aiheesta "Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeus -haaste henkilökunnan näkökulmasta?". Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia henkilökunnan kokemuksia ja ajatuksia, sekä nostaa esiin henkilökuntaa mahdollisesti askarruttavia asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyviä kysymyksiä ja haasteita. Aineisto kerätään ryhmähaastatteluin teemahaastatteluna. Haastattelut äänitetään. Aineisto kerätään 12/2015-1/2016. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Liperin kunta.
Päätös	Myönnän Anne Martikaiselle tutkimusluvan Liperin kotihoidon henkilökunnan haastattelemiseksi aiheesta "Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeus -haaste henkilökunnan näkökulmasta?"
Peruste	Hallintosääntö § 50
Allekirjoitus	 Leena Laaninen Hoito- ja hoivapalvelujen johtaja
Muutoksenhaku	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen Liperin kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnalle, osoite:  Liperin kunta Sosiaali- ja terveyslautakunta Keskustie 10 83100 LIPERI  Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksi-saantitodistukseen merkittynä aikana. Valituskirjelman ohien on liitettävä tämä päätös tiedoksianto- tai saantitodistuksineen. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja tekijän on allekirjoitettava se.
Päätös nähtävillä	Viranhaltijoiden päätospöytäkirjat talous- ja hallintoasioiden osalta pidetään yleisesti nähtävänä päätöksentekopäivää seuraavan viikon maanantaina a.o. viranhaltijalla.
Tiedoksiantotodistus	Päätös on annettu tiedoksi: (pvm) 8.12.2015 Tiedoksi antaja: (nimi / virka-asema)  Tiedoksiantotapa: • Posti • Bis-pasti Anne Martikainen kotihoidon johtaja Marketta Kuikka  Sirpe-Leena Mutikainen toimistosilteen puh. 013-6865219 040 630 6601

**Tiedote tutkimuksesta**

5.12.2016

Hyvä kotihoidon työntekijä,

asiakkaan itsemääräämisoikeus korostuu hoitosuhteessa kotihoidossa. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat asiakkaan ja hoitajan lisäksi myös organisaatiolähtöiset asiat. Työyksiköissä on hyvä käydä keskustelua eettisistä haasteista tai ristiriitatilanteista ja etsiä niihin yhdessä ratkaisuja.

Teen opinnäytetyötä laadullisena tutkimuksena kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotihoidon henkilökunnan kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta asiakastyössä sekä aiheesta nousevia haasteita.

Opinnäytetyön toimeksiantajana on Liperin kunta. Aineisto kerätään teemahaastattelulla ja haastattelut toteutetaan 3 hengen ryhmissä. Haastatteluissa selvitetään millaisia haasteita kotihoidon työntekijä kohtaa työssään asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja teillä on osallistujana oikeus peruuttaa tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Haastattelut tullaan tekemään joulukuussa teille sopivana ajankohtana. Yhtä haastattelua kohti on varattu tunti aikaa. Haastatteluajankohta ja -paikka sovitaan kotihoidon ohjaajan ja tiimien kanssa.

Haastattelutilanteessa paikalla on tutkija ja 3 haastateltavaa. Ryhmissä voi olla työntekijöitä eri tiimeistä.

Haastateltavien nimiä ei kerätä ylös, eikä näinollen henkilöllisyyttä paljasteta missään vaiheessa tutkimusta. Aineisto analysoidaan ja tulokset julkaistaan opinnäytetyössä ryhmän tasolla.

Haastattelut äänitetään luvallanne kokonaisuudessaan aineiston analyysin helpottamiseksi. Äänittämiseen käytetään älypuhelinsovellusta. Tallenteita käsittelee vain tutkija, ja ne hävitetään työn valmistuttua.

Tutkimusaiheen eettiset kysymykset ovat ajankohtaisia ja työn kannalta oleellisia. Haastattelusta nousevien aiheiden pohdintaa ja keskustelua voi jatkaa tiimeissä työn kehittämisen näkökulmasta.

Osallistumalla haastatteluun osoitat samalla suostumuksesi tallennetun aineiston käyttöön tutkimuksessa.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Hanish Bhurtun.

Lisätietoja antaa

Anne Martikainen sairaanhoitajaopiskelija STHAK14 Karelia AMK  
p. 040 XXXXXXX  
anne.j.martikainen@edu.karelia.fi

## Teemahaastattelurunko

Ryhmähaastattelu kotihoidon henkilökunnalle opinnäytetyössä Kotihoidon asiakkaan itsemääräämisoikeus - haaste henkilökunnan näkökulmasta.

Taustatiedot:

- Ammattinimike
- Työkokemus
- Tiimi / työyksikkö

Keskusteluteemat:

1. Mitä on asiakkaan itsemääräämisoikeus kotihoidossa?
  - Missä se näkyy?
  - Kuinka se huomioidaan?
  - Toteutuuko itsemääräämisoikeus?
  - Tuleeko ristiriitatilanteita?
  
2. Millaisia haasteita kotihoidon työntekijä kohtaa työssään asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen?
  - asiakkaan ravitsemuksen seuranta, avustaminen ja huolehtiminen?
  - asiakkaan lääkehoidon toteuttaminen?
  - asiakkaan asumisolot?
  - edunvalvonta?
  - johonkin muuhun, mihin?
  
3. Huomioidaanko / ennakoidaanko asiakkaan itsemääräämisoikeuden turvaamista esim. muistisairailta asiakkailla? (Hoitotahto tms?)

## Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Tutkimuskysymys 2. Millaisia haasteita Liperin kotihoidon työntekijä kohtaa työssään asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Lähinnähän se on monellakin se pesulle lähtö. Et kun meillä asiakkaat käy suihkussa tai saunassa, kuka nyt mitenkin käy siellä saunan puolella... suihkussa nyt ainakin kerran viikkoon ja se on nyt se vähimmäismäärä, mikä on niinkun, et sillon on lähdeävä pesulle.	Asiakas pestään vähintään kerran viikossa vastusteluista huolimatta.	Hyvän tekemisen periaate ja hoitajan paternalismi	HOITAJAN TOIMINTAAN JA PÄÄTÖKSENTEKOON LIITTYVÄT HAASTEET
se ihan riippuu siitä minkälainen se asiakkaan "järki" on, sanotaan näin kauniisti. et niinkun verrokina esimerkiksi kastelu... jos asiakas ei ymmärrä mitä on kastelu, niin sille on sit loogisinta vähän niin kuin laittaa aamuin-illoin se housuvaippa..	Hoitaja tekee päätöksiä asiakkaan puolesta esim. muistisairauden perusteella.		
asiakkaan itsemääräämisoikeus ei toteudu, että mennään niinkun hoitajatahtoisesti, et hoitaja näkkee sen et mikä ois parasta sille asiakkaalle,	Hoitaja arvioi asiakkaan parhaan ja toimii sen mukaan.		
Esimerkiksi ruokailun suhteen. Myöhän se laitetaan heille (muistisairaille) ja heiät syömään, eihän hyö tietyllä tavalla saa valita haluaako hyö syyä vai ei. Mutta jos myö ei heitä syötetä niin sit se on taas vuodeosasto, aliravitsemus ja muut että,...	Muistisairaahan ravitsemuksesta huolehtiminen.	Asiakkaan terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden turvaaminen  →Hoitajan ammatillinen rooli ja vastuu.	
Samahan se on lääkehoidossa, et jos hyö ite huolehtis niin sehän jäis ihan varmasti hunningolle	Muistisairaahan lääkehoidosta huolehtiminen		
ni tässä meiän yksikössä tulee silleen tiettyssä vaiheessa haasteelliseksi se yöaika, koska meillä ei oo yöhoitoo... - ...se, et ei oikein pärjää ja on hakeuduttava siihen ympärivuorokautiseen hoitoon... ..Siinä vaiheessa ei enää ite pysty asiakas vaikuttamaan siihen jatkohoitoon tavallaan millään tappaa, että siinä on sitten ne turvallisuussyt takana.	Asiakkaan turvallisuuden takaamiseksi on haettava ympärivuorokautiseen hoitoon. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ohitetaan turvallisuuskohdan perusteella.		
päivystykseen laitto tai tulee joku juttu, että meiän mielestä asiakkaalle pitäis soitaa ambulanssi niinkun etteenpäin päivystykseen ja asiakas on ite sitä mieltä että ei, hän ei lähe, niin semmosessakin joudutaan ylittämään se asiakkaan mielipide. Meidän pitää sit kuitenkin siinä sitä terveyttä miettii.	Asiakkaan itsemääräämisoikeuden ohittaminen asiakkaan terveydentilan perusteella.		
päihteiden käyttö, että on paljon kokemusta siitä, että asiakas päihteitten vaikutuksen alaisena haluaa lopettaa kaikki palvelut, että se kokkee, että kyllä minä pärjeen. Että siinä myö ei sit kyllä hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioiteta että myö ei ole lopetettu niitä hänen palveluitaan, kun myö on katsottu että hän ei ole ollut kykenevä tekemään sillä hetkellä järkevää päätöstä.	Päihtyneen asiakkaan itsemääräämisoikeus ohitetaan päihtymykseen vedoten.		

## Koonti sisällön analyysistä

Tutkimuskysymys 1. Mitä asiakkaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa Liperin kotihoidossa työntekijöiden kuvaamana?

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Asiakkaan ja asiakkaan mielipiteen kunnioittaminen	Asiakaslähtöisyys	ASIAKKAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS
asiakkaan kuuleminen		
Asiakkaan yksilöllisten tapojen hyväksyminen	Yksilöllisyys	
Asiakkaan mielipiteen hyväksyminen		

Tutkimuskysymys 2. Millaisia haasteita Liperin kotihoidon työntekijä kohtaa työssään asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen?

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Kilpailuttaminen, kustannustehokkuus	Organisaation toimintaan liittyvät haasteet	ASIAKKAAN ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUTEEN LIITTYVÄT HAASTEET
Organisaatiomuutokset, palveluasumisen ja kotihoidon resurssien puute.		
organisaation määrittelemät palvelun sisällöt ja palvelun myöntämisen kriteerit		
Omaisien huoli ja paternalismi	Omaisten toimintaan ja toiveisiin liittyvät haasteet	
Omaisien epäluottamus asiakkaan selviytymisestä kotihoidossa		
Hyvän tekemisen periaate ja hoitajan paternalismi	Hoitajan toimintaan ja päätöksentekoon liittyvät haasteet	
Asiakkaan terveyden, hyvinvoinnin ja turvallisuuden turvaaminen → Hoitajan ammatillinen rooli ja vastuu.		
Asiakkaan ja hoitajan näkemyserot asiakkaan voinnista, kodin asumiskelpoisuudesta ja/tai asiakkaan parhaasta.	Itsemääräämisoikeuteen liittyviä erityiskysymyksiä	
Hoitajalla ei ole keinoja puuttua näkemiinsä epäkohtiin.		
Päihdeongelmaiset erottuvat omana erityisryhmänään asiakaskunnassa		

