



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Pirkko Toivanen

## Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen toteutuminen palveluasumisen yksikössä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden yksikkö

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen

Opinnäytetyö

27.10.2019

Tekijä Otsikko	Pirkko Toivanen Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen toteutuminen palveluasumisen yksikössä
Sivumäärä Aika	62 sivua + 1 liite 27.10.2019
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitaja (ylempi AMK)
Ohjaaja	Minna Elomaa-Krapu TtT, Innovaatiojohtaja
<p>Palveluasumisen yksikön ikääntyneiden asukkaiden kokonaisvaltainen arviointi hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä on edellytys laadukkaalle hoitotyölle.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan toteuttamaa FinCC-luokituksen mukaista hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöä palveluasumisen yksikössä.</p> <p>Tavoitteena oli tuottaa tietoa FinCC-luokituksen sisällöstä, selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus. Saadun tiedon ja mahdollisten parannuskeinojen avulla uusien työntekijöiden perehdyttäminen olisi tehokkaampaa rakenteisen kirjaamisen osalta. Hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa myös asukkaan oma osallisuus tulee näkyviin.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineistona oli yhden julkisen puolen ikääntyneiden palveluasumisen yksikön asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmat (N=33). Opinnäytetyön analysointi deduktiivisen analysoinnin osalta perustui FinCC-luokituksen kokonaisuuteen (3.0) ja induktiivinen osa osallisuuden kuvaamiseen.</p> <p>Tulosten mukaan palveluasumisen yksikön asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältö oli vaihtelevaa. Kirjaaminen ei noudattanut yhdenmukaista hoitotyön rakenteista kirjaamista. Kirjaamisen sisältö painottui asukkaan tarpeiden arvioinnin sijasta suunniteltuihin toimintoihin. Päivittäiset toiminnot ja aktiviteetit oli kirjattu yleisesti hoito- ja palvelusuunnitelmiin.</p> <p>Johtopäätöksenä tulosten perusteella voidaan esittää koulutuksen lisäämistä, jotta hoitotyön rakenteinen kirjaaminen toteutuisi ja yhtenä vaihtoehtona tässä olisi oppilaitosyhteistyön hyödyntäminen.</p>	
Avainsanat	hoitotyön rakenteinen kirjaaminen, FinCC-luokitus, selviytyminen, lääkehoito, ravitsemus, osallisuus

Author Title	Pirkko Toivanen Structured nursing documentation resulting in service housing
Number of Pages Date	62 pages + 1 appendix 27.10.2019
Degree	Master's Degree
Degree Programme	Social and Health Care Service Management
Specialisation option	Master of Health Care
Instructor	Minna Elomaa-Krapu, PhD, Director, Innovations
<p>When making care and service plans for the elderly residents in service housing, comprehensive evaluation is essential precondition in making quality care work.</p> <p>The object of this thesis was to describe healthcare personnel's documenting of the care and service plans according to the FinCC-classification in a service housing. In this thesis, the content of the documenting stands for the information documented in the care and service plans, which concerns the resident's care and service planning.</p> <p>The aim was to produce information about the FinCC-classification's content in survival, medical care and nutrition. With the help of the gathered information and possible improvements, briefing of the new employees would be more efficient when it comes to the structured documenting. The residents' own involvement will be visible in the structured documenting.</p> <p>The study was conducted through qualitative methodology. The data for this thesis consists one public service housing unit's care and service plans of the elderly residents (N=33). The deductive analysis of this thesis was based on the FinCC-classification and the inductive part was based on the description of the involvement.</p> <p>According to the results of this study, the content of the documenting in care and service plans was varying. Documenting did not follow coherent structured documenting in care work. The content of the documenting was emphasized on the planned procedures, rather than the evaluation of the residents' needs. Daily functions and activities was documented in general in the care and service plans.</p> <p>In conclusion, the results suggest that education should be increased in order to achieve a structured recording of nursing care and alternatively to make use of educational cooperation.</p>	
Keywords	structured nursing documentation, FinCC classification, survival, medical care, nutrition, social inclusion

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kirjaaminen hoitotyössä	3
2.1	Lainsäädäntö potilasasiakirjoista	5
2.2	KanTa tiedonhallinta ja KanSa-hanke	7
2.3	Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen	8
2.4	FinCC-luokituksen mukainen kirjaaminen	9
2.4.1	Selviytyminen	10
2.4.2	Lääkehoito	13
2.4.3	Ravitsemus	16
2.5	Osallisuuden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa	19
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	21
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	22
4.1	Tutkimusmenetelmä	22
4.2	Aineiston keruu ja kohdeympäristö	22
4.3	Aineiston analyysi	23
4.3.1	Deduktiivinen sisällönanalyysi	24
4.3.2	Induktiivinen sisällönanalyysi	27
5	Opinnäytetyön tulokset	30
5.1	Asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien taustatiedot	30
5.2	Kirjauksen kohdentuminen selviytymiseen	31
5.3	Kirjauksen kohdentuminen lääkehoitoon	33
5.4	Kirjauksen kohdentuminen ravitsemukseen	36
5.5	Kirjauksen kohdentuminen osallisuuteen	40
5.5.1	Sosiaalinen osallisuus	41
5.5.2	Fyysinen ja psyykinen osallisuus	42
6	Pohdinta	45
6.1	Opinnäytetyön eettisyys	45
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	47
6.3	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	49
6.3.1	Selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus	50
6.3.2	Osallisuus	52
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	52

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Lyhenteet

## 1 Johdanto

Vuonna 2010 Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) käynnisti Rakenteinen potilaskertomus 2010 – hankkeen. Tuolloin hankkeen tarkoituksena oli arvioida Kansallista hoitotyön kirjaamismallia ja hoitokertomuksia, niiden käytettävyyttä ja soveltuvuutta terveydenhuollon moniammatillisessa hoitotyössä. Hankkeesta saatujen tulosten perusteella on päädytty siihen, että tarvitaan näyttöä rakenteisen kirjaamisen menetelmistä, arviointikäytännöistä ja vaikutuksista. Hankkeesta saadun tuloksen perusteella valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden tarjoaman tiedon laadun arviointi on käynnistettävä ja rakenteiden kattavuudesta, herkkyydestä ja tarkkuudesta tarvitaan seurantatietoa. Hoitotyön kirjaamisessa käytetään Kansallista hoitotyön rakenteisen kirjaamisen mallia. Kyseisen kirjaamismallin sisällä on Finnish Care Classification -luokituskokonaisuus. Rakenteinen kirjaaminen on kansallisen kirjaamismallin mukaista hoitotyön kirjaamista. (Nykänen & Viitanen & Kuusisto 2010.) Kansallinen Terveysarkisto (KanTa 2011) edellyttää Kansallista hoitotyön kirjaamismallia. Siirryttäessä sähköiseen potilastiedon arkistoon (eArkisto) rakenteinen hoitotyön kirjaaminen korostuu. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012.) KanTa-palveluissa käytettävän tiedon sisällön ja laadun seuranta ovat välttämättömiä potilaskertomustiedon rakenteistamisen ja valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden vaikutusten arvioinnissa. (Hyppönen & Vuokko & Doupi & Mäkelä-Bengs 2014:3-7.)

FinCC-luokituksen kokonaisuuden perustana pidetään Yhdysvaltaista HHCC (Home Health Care Classification) -luokitusta, CCC (Clinical Care Classification) nimitystä käytetään nykyisin. (Junttila 2012.) Suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL) ovat kehittäneet Kuopion yliopiston hoitotieteen laitos yhdessä Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa Home Health Care Classification mukaisesta järjestelmästä. (Kinnunen 2007.) Kansallista hoitotyön kirjaamismallia on kuvattu ja päivitetty Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden FinCC versioon 3.0 vuonna 2012. Päivitetyn käyttäjäoppaan avulla hoitajan tekemät kirjaukset sähköiseen potilaskertomukseen siirtyvät prosessin mukaisesti. Luokituskokonaisuuden tarkoituksena on edesauttaa kirjaamista ja potilaan hoitotyötä. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012.)

Tutkimustietoa hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisesta ja kirjaamisen sisällöstä on vähän. Riittävän monipuolisen ja laajan hoitotyön kirjaamisen osalta tutkimuksia on tehty

vähän. (Saranto & Kinnunen 2009). Mariani ym. 2016 tekemässä tutkimuksessa hoitosuunnitelmat eivät yleensä onnistuneet tarjoamaan henkilökohtaisia suunnitelmia. (Mariani & Chattat & Vernooij-Dassen & Koopmans & Engels 2016.)

Hoitosuunnitelmien tekeminen yhdessä asukkaan kanssa on tärkeää. Asiakkaiden arvostamat, hyvänä pidettävät ja tavoiteltavat asiat ovat laadukkaan, asiakaslähtöisen palvelun ja turvallisen hoitotyön perustana. Laadukkaaseen asiakaslähtöiseen työskentelyyn kuuluu asiakkaan huomioon ottaminen hoidon ja palvelujen saajana, kokijana, kehittäjänä, palautteen antajana ja konsulttina. Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoituksena on, että sillä turvataan käytännössä ikäihmisen mahdollisuudet toimia erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa on tarkasteltava ja sovittava sen sisällöstä yhteistyössä asiakkaan kanssa. Koko työyhteisön on toimittava siten, että hoito- ja palvelusuunnitelma etenee ja rakentuu niiden tavoitteiden suuntaan, joita hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu.

Hoito- ja palvelusuunnitelma sekä sen sisältö tulee rakentua vaiheittain. Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävässä laissa (812/2000) pykälän 7 §:n mukaisesti, silloin kun asiakas tarvitsee toistuvia tai säännöllisiä palveluja, on asiakkaan kanssa yhdessä tehtävä hoito- ja palvelusuunnitelma. Se voi olla myös kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Asiakkaan toiveet ja mielipiteet tulee näkyä suunnitelmassa. (Päivärinta & Haverinen 2002.) Turjamaa 2015 yms. Scandinavian Journal of Caring Sciences- tutkimuksessa mainitaan hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoituksesta, että se helpottaa jatkuvuutta ja yksilöllistä hoitoa hoitotyön dokumentoinnin lisäksi. (Turjamaa, Riitta & Hartikainen, Sirpa & Kangasniemi, Mari & Pietilä, Anna-Maija 2015.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan toteuttamaa FinCC-luokituksen mukaista hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöä palveluasumisen yksikössä ja tuottaa tietoa hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa FinCC-luokituskokonaisuuden tarveluokituksista (SHTal 3.0) ja hoitotyön toimintoluokituksista (SHTol 3.0) selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa osallisuuden sisällöstä hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa.

## 2 Kirjaaminen hoitotyössä

Kirjaamisella hoitotyössä luodaan edellytykset siihen, että potilaan hoito etenee joustavasti. Laadukas hoitotyön kirjaaminen luo jatkuvuutta potilaan hoitotyölle. Päivittäisen kirjaamisen merkitys korostuu. Hoitotietojen tulee olla käytettävissä viiveettä. Kirjaamisen tarkoituksena on varmistaa hoidon toteutus, turvata hoitoa koskeva tiedonsaanti ja kirjaamisella varmistetaan hoidon seuranta. Kirjaamisen muuttuessa elektroniseen muotoon hoitotyössä on se tuonut mahdollisuuksia ja vaatimuksia hoitotyön kirjaamiseen. Automaattisen tietojenkäsittelyn hyötynä ovat potilaan tietojen esittäminen, hakeminen, yhdisteleminen ja tilastointi. Tämä edellyttää kirjausten tallentamista rakenteisesti eli strukturoidusti. Rakenteisesti tallennettavat tiedot voidaan myöhemmin koota ja yhdistää. (Ensio & Saranto 2004: 44; Saranto & Ensio & Tanttu & Sonninen 2008: 12.)

Laadukkaalla rakenteisella kirjaamisella turvataan hoidon jatkuvuus, terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturva varmistuu ja asiakastietojen siirto mahdollistetaan. Potilaiden hoitotyön kirjaamista meillä Suomessa toteutetaan kolmella erilaisella tavalla. Kirjaamista toteutetaan potilaiden hoitoisuuden luokituksen käytettävissä olevan kaavion osa-alueiden mukaan ja hoitotyön kansallisen kirjaamismallin tavalla. Joissakin yliopistollisissa sairaaloissa on kehitetty moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaista hoitotyön kirjaamista. Näiden kolmen hoitotyön kirjaamismallin lisäksi kirjaamistapoja on muitakin. On vielä olemassa yksiköitä, joissa hoitotyön kirjaaminen toteutetaan vielä paperille käsinkirjoitettuna. (Nykänen & Juntila 2012:15.)

Saranto ym. 2009 ovat tutkineet tietokannoista CINAHL, PubMed ja Cochrane avainsanoilla hoitotyön dokumentaatio, hoitotyön suunnitelma, hoitotietojärjestelmä ja arviointi. Näiden avainsanojen kautta tutkimuksen keskeisenä tuloksena oli, että suurin osa kirjaamisesta keskittyi potilaskeskeiseen dokumentaatioon. Arvioitaessa kirjaamista huomioon on otettava omaisilta ja läheisiltä tuleva tieto koskien asiakasta. (Saranto & Kinnunen 2009.) Kansainvälisessä tutkimuksessa on todettu, että laitoshoidossa työskentelevät kokevat kirjaamisen vievän liikaa aikaa. Hoitotyön dokumentaatio on välttämätöntä geriatriselle arvioinnille. Tutkimuksessa on havaittu epä johdonmukaisia tietoja ja tietojen tallennuksen päällekkäisyyksiä. Voimassa olevien asiakirjojen oikea-aikaiseksi saattaminen on tärkeää. Tutkimuksia on tehty hoitotyön dokumentaatiosta ja siihen liittyvien tekijöiden monimutkaisuudesta. Tutkimusten johtopäätöksenä mainitaan, että nykyiset terveydenhuoltojärjestelmät edellyttävät dokumentointia. Dokumentointi takaa hoidon jatkuvuuden sekä antaa oikeudellisia todisteita hoitoprosessista. Hoidon laadun



arviointia tuetaan myös dokumentoinnilla. (Kröger & Van Aerschot & Puthenparambil 2018; Charalambous & Goldberg 2016; Cheevakasemsook, Aree & Chapman, Ysanne & Francis, Karen & Davies, Carmel 2006.)

Lääkehoito on kaikkien eniten raportoitu komponentti selviytymisen ohella. Hoito- ja palvelusuunnitelma on suunniteltava yksilöllisesti. Asiakkaiden tarpeet, mielekkäät toiminnot ja sosiaaliset suhteet on otettava huomioon. (Turjamaa & Hartikainen & Kangasniemi & Pietilä 2015.) Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen ja asiantuntijaryhmän loppuraportissa todetaan kirjaamisen koulutuksen kehittämistä ja merkityksestä kirjaamiskäytäntöjen muuttumisen mukaiseksi. Keskeinen keino kirjaamismallin yhtenäisen käytön varmistamisessa on verkko-oppimisympäristön kehittäminen ja käyttöönotto. Myös itseopiskelun mahdollistaminen tukee hyvää hoitotyön kirjaamista. (Nykänen & Junttila 2012.) Tieto- ja viestintäteknikka terveydenhuollossa edellyttää vuorovaikutusta ihmisten kanssa. Tämä väistämättä vaikuttaa siihen, että meidän täytyy keskittyä teknologian ja sosiaalisen ympäristön väliseen suhteeseen. Lisäämällä sellaisia lähestymistapoja, jotka ottavat huomioon organisaation järjestelmiä suunnitellessa, lisäämme ymmärrystä tieto- ja viestintäteknikan sovelluksien kehittämisestä edelleen sekä niiden käyttöönottoa. (Berg, M & Aarts, Jos & J van der, Lei. 2003: 42 (4): 297 – 301.)

Hoitotyön kirjaamisen lainsäädäntö koostuu erilaisista ohjeista, monista eri laeista ja asetuksista, joiden tarkoituksena on ohjeistaa hoitotyön kirjaamista ja osaamista. Lakien, ohjeiden ja asetusten tarkoituksena on tukea ja ohjata kirjaamisen toimintaa potilaskertomusjärjestelmässä. Hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta tavoitellaan lakien, ohjeiden ja asetusten avulla. Hoidon jatkuvuus, turvallisuus ja kirjaaminen liittyvät myös hoitotyön osaamisen ydinhoitoalueeseen. Kun kirjaaminen hallitaan, toteutuvat sekä asiakkaan että työntekijän oikeusturva. Havaintojen ja kokemusten kirjaaminen on merkityksellistä. Tärkeää on myös varmistaa asiakkaalta itseltään, että tehdyt havainnot ovat oikeita. (Haho 2009: 38 – 39.) Lakeja, jotka koskevat hoitotyön kirjaamista ovat Laki potilaan oikeuksista ja asemasta (L 785/1992), Henkilötietolaki (L 434/2003), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/1994), Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä sähköisesti (L159/2007). Potilasasiakirjojen laatimiseen sekä niiden ja muiden hoitoon liittyvien materiaalien säilyttämiseen on omat asetuksensa ja niitä ohjaavat säädökset. Rakenteista kirjaamista säätelee lisäksi arkistolaki (L831/1994). (Hallila 2005:19.)

## 2.1 Lainsäädäntö potilasasiakirjoista

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (289/2009) potilasasiakirjoista määritellään, että potilasta koskevia potilasasiakirjoja saa käsitellä vain siinä laajuudessa kuin työntekijän työtehtävä ja vastuu sitä edellyttää. Terveystieteiden toimintayksiköistä on määritetty, että siellä työskentelevien käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin sisältyviin tietoihin tulee määritellä yksityiskohtaisesti. Potilasasiakirja merkinnöistä tulee ilmetä potilaan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta sekä niiden turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot niiden laajuudesta. Potilasasiakirja merkinnät tulee olla ymmärrettäviä ja selkeitä. Lyhenteet, yleisesti tunnetut ja hyväksytyt käsitteet ovat sallittuja potilasasiakirja merkinnöissä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 289/2009.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1922) on säädetty terveydenhuollon asiakkaan asemasta. Tässä laissa määritellään potilaan oikeudesta hyvään ja laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Vakaumuksen ja yksityisyyden kunnioittaminen, siten ettei potilaan ihmisarvoa loukata. Hoitamisessa ja kohtelussa on huomioon otettava potilaan äidinkieli ja kulttuuri. Yksilölliset tarpeet huomioidaan mahdollisuuksien mukaan. Henkilötietojen kerääminen, tallentaminen, käyttäminen, siirtäminen, luovuttaminen, säilyttäminen, suojaaminen, poistaminen, tuhoaminen tai muut henkilötietoihin kohdistuvat toimenpiteet ovat henkilötietojen käsittelyä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Euroopan Unionista (EU) tuli toukokuussa 2018 uusi tietosuojasetus, jonka avulla lujitetaan kansalaisten oikeuksia ja yksinkertaistetaan yrityksiin sovellettavia sääntöjä digitaalisella aikakaudella. Merkittäviin perusoikeuksiin kuuluvat henkilötietojen suoja ja yksityiselämän kunnioittaminen. (Henkilötietojen suoja Euroopan parlamentti 2018.)

EU yleinen tietosuojasetuksessa, artiklassa 5 määritellään, että henkilötietojen käsittely on oltava lainmukaista, asianmukaista ja rekisteröidyn kannalta läpinäkyvää. Henkilötietojen tulee olla asianmukaisia. Käsitellään vain olennaisia ja tarpeellisia tietoja. Täsmällisyyttä on toteutettava henkilötietojen kaikissa kirjauksessa. Mahdolliset päivitykset on tehtävä tarvittaessa. Epätarkkojen ja virheellisten henkilötietojen poistaminen ja oikaiseminen on tehtävä viipymättä. (EU yleinen tietosuojasetus 2018.)

Henkilötietojen käsittely tulisi suunnitella ihmistä palvelevaksi. Henkilötietojen suojaan ei ole oikeutta absoluuttisesti. Tehtävä yhteiskunnassa määrittelee henkilötietojen suojan

tarkastelun. Henkilötietojen suojassa tulee ottaa huomioon suhteellisuusperiaatteiden mukaisuus muihin voimassa oleviin perusoikeuksiin. Euroopan parlamentin ja neuvoston (EU) 2016/679 asetuksessa on vahvistettuna perussopimuksessa kaikkien perusoikeuksien kunnioittaminen ja huomioon ottaminen. (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679.)

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (GDPR) ohjaa henkilötietojen käsittelyä ja uusi Tietosuojalaki (1050/2018) on astunut voimaan 1.1.2019, joka täsmentää ja parantaa EU:n tietosuoja-asetusta ja toimii henkilötietojen käsittelyä koskevana yleislakina. Tietosuoja-asetuksen (GDPR) tarkoituksena on täydentää EU-kansalaisten tietosuoja ja yhtenäistää tietosuojakäytäntöjä. EU tietosuoja-asetus kasvattaa rekisterinpitäjän vastuuta kerätyistä henkilötiedoista ja asetuksella korostetaan henkilötietojen käsittelyä. Asetus korostaa henkilön oikeutta valvoa omia henkilötietojaan sekä tuo läpinäkyvyyttä henkilötietojen käsittelyyn. (Tietosuojalaki 5.12.2018; Elinkeinoelämän keskusliitto 2019.)

Asiakasasiakirjalain 4 §:n mukaan kirjaukset tulee tehdä viipymättä. Tässä kohtaa rakenteisen kirjaamisen merkitys korostuu. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen rakenteisen kirjaamiskäytännön mukaisesti, jossa näkymät, hoidon vaiheet, otsikot ja keskeiset rakenteiset hoitotiedot ovat keskeisiä asiakasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä. (Asiakasasiakirjalaki 254/2015.)

Potilasasiakirjoihin liittyen potilaalla on oikeus osallistua häntä koskeviin päätöksentekoihin sekä saada tietoa hoidon etenemisestä. Potilaan äänen kuuluminen on tärkeää kirjaamisessa. Muistutusten, valitusten ja kantelun selvittämisessä potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät ovat tärkeitä. Vakuutusjärjestelmät keräävät hoitoa koskevaa tietoa, kun tarkastellaan korvausten oikeellisuutta. (Saranto & Sonninen 2008:13.)

Paans yms. 2010 ovat tutkimuksessaan tarkastelleet hoitotyön dokumentointia. Tarkalla hoitotyön dokumentoinnilla hoitohenkilökunta saa mahdollisuuden arvioida systemaattisesti hoitoprosessia sekä arvioida hoidon laatua. Lisätutkimuksia tarvitaan asiakirjojen tarkkuuden parantamiseksi sekä siitä mitkä tekijät vaikuttavat hoitotyön dokumentointiin. (Paans & Sermeus & Walter & MB Nieweg & Roos & P.Van Der Schans 2010.)

## 2.2 KanTa tiedonhallinta ja KanSa-hanke

KanTa on suomalainen potilastietoihin, lääkeresepteihin ja terveydenhuollon suostuksiin ja kieltoihin kehitetty tiedonhallintapalvelu, jota ylläpitää Kansaneläkelaitos (Kela). Kanta-palvelut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköiseen käsittelyyn sekä ne muodostavat asiakastietolain mukaiset valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut. Kanta-palveluiden käyttöönotto on asteittaista. Lain mukaan kaikkien julkisten terveydenhuollon toimijoiden on liityttävä Kanta-palveluiden käyttäjiksi. Terveydenhuollon Kanta-palvelujen toiminnalla edistetään hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Näin mahdollistetaan kansalaisten/potilaiden ajantasaisen tutkimus- ja hoitotietojen saatavuuden kaikissa hoitotilanteissa. Kanta-palvelut on otettu käyttöön kattavasti ja niiden tietosisällöt laajenevat vaiheittain tulevina vuosina. (THL 2018.)

Suomessa on käynnissä valtakunnallinen sosiaalihuollon kirjaamisen toimeenpanohanke KanSa-hanke, jossa on kyse potilastietojärjestelmien ja kirjaamisen määrämuo- toisuudesta. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on, että sosiaalihuollon asiakastiedot ja tietojärjestelmät yhdenmukaistuvat asiakkaita palvelevaksi järjestelmäksi. Hankesuunnitelma KanSa-hankkeeseen on tehty vuosille 2016 – 2020. Hanketta toteuttavat Terveys- ja hyvinvoinninlaitos (THL), Kansaneläkelaitos (Kela), Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) sekä organisaatiot, jotka antavat asiakkaille sosiaalipalveluja. Hankkeessa mukana ovat myös sosiaalialan erilaiset osaamiskeskukset. Hankkeesta vastaavat myös sellaiset henkilöt, joiden vastuulla on sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmien toteuttaminen. KanSa-hankkeen kannalta keskeisimmät lait ovat asiakastietolaki ja asiakasasiakirjalaki. Tavoitetilassa sosiaalihuollon asiakkaan palveluprosessi on selkiytynyt sekä erilaiset työskentelyvaiheet ovat tehostuneet. Järjestelmien yhteensopivuus sosiaalihuollon palveluja antavien organisaatioiden kanssa selkeätä ja joustavaa. Valtakunnalliseen sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoon tallennetaan valtakunnallisesti määritellyt semanttiset yhdenmukaiset asiakasasiakirjat. Niiden käyttäminen ja luovuttaminen tapahtuvat sieltä tietosuojasäännösten mukaisesti asiayhteyteen perustuen. Asiakasasiakirjojen säilyttämisestä huolehtii sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto. (THL 10/2016.)

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 1 §:n, jonka päämääränä on terveyden ja yhteiskunnallisen luottamuksen helpottaminen sekä niiden säilyttäminen. Sosiaalihuoltolain tehtävänä on epätasaisuuden vähentäminen ja osallisuuteen rohkaiseminen. Lain avulla turvataan yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävän laadukkaat sosiaaliset palvelut sekä muut toimenpiteet, jotka edistävät hyvinvointia. Asiakaskeskeisyyden edistäminen sekä

asiakkaan oikeus laadukkaaseen palveluun ja hyvään kohteluun ovat lain tarkoituksena. (Sosiaalihuoltolaki 2014.)

### 2.3 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Suomalaisessa hoitotyön kirjaamismallissa potilaan saaman hoidon kuvaamiseen käytetään rakenteista tietoa. Potilaan hoitoa kuvataan hoitotyön prosessin mukaan. Prosessi tukee lain vaatiman sisällön rakennetta kirjaamisessa. Malli muodostuu hoitotyön päätöksenteon prosessimallista, hoitotyön keskeisistä rakenteisista tiedoista ja Suomalaisesta hoitotyön luokituskokonaisuudesta – Finnish Care Classification (FinCC). Luokituskokonaisuuden komponenttien, pää- ja alaluokkien sisältöä tarkennetaan vapaalla tekstillä. (Mykkänen 2018.) Rakenteisella kirjaamisella helpotetaan organisaation oma-  
valvontaa sekä tuetaan toiminnan seuranta ja raportointia. Rakenteisella kirjaamisella aikaansaadaan yhdenmukaista palvelun laatua. Se ohjaa hoitoprosesseja ja tuo helpotusta palvelujen vertailuun. Rakenteisen kirjaamisen hyötynä voidaan pitää myös sitä, että hoitotyön laatu paranee. Kirjaamisesta saadun hyödyn avulla tietoturva ja oikeus-  
turva paranevat. Myös päivittäiseen työskentelyyn rakenteinen kirjaaminen tuo helpotusta. (THL 2018.)

Kansallisen hoitotyön dokumentaatiomallin mukaista kirjaamista tapahtuu ja standardoitua terminologiaa käytetään dokumentoinnissa. Epäjohdonmukaisuuksia eri luokitusten käytössä kuitenkin ilmenee. Hoitotyön suunnitelmien dokumentointiin kansallinen malli soveltuu hyvin. Tutkimuksissa on tullut esille lisäkoulutuksen tarve perustuen potilasturvallisuuteen ja dokumentoinnin parantamiseen. (Häyrinen & Lammintakanen & Saranto 2010.) Kansallista hoitotyön luokittelua on pidetty liian yksityiskohtaisena. Se on koettu monikerroksiseksi sekä vaikealta käyttää ja ymmärtää. Kansallisen hoitotyön luokittelu on koettu myös ylimääräistä dokumentointityötä vaativaksi. Toisaalta hoitotyön sähköinen dokumentaatio koettiin, että se parantaa sekä potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten oikeudellista suojaa. Se tekee hoitotyön avoimemmaksi. (Nykänen & Kaipio & Kuusisto 2012.) Artikkelissa Wang 2011 yms. ovat todenneet laadukkaan hoitotyön dokumentaation edistävän tehokasta viestintää hoitajien välillä. Hoidon jatkuvuus ja yksilöllisyys edellyttävät laadukasta dokumentaatiota. (Wang & Hailey & Yu 2011.)

Rakenteisen kirjaamisen hyötynä voidaan pitää terveydenhuollon ammattihenkilön aiempaa yhdenmukaisempi ja tehokkaampi tiedon haku- ja käyttömahdollisuus. Hoitotyön kirjaamisessa rakenteisuus oli aiemmin vähäisempää, koska potilastietoihin kirjaaminen oli

tällöin vapaata tekstiä. Myös tiedon yhteneväisyys ja jatkokäyttömahdollisuudet ovat olleet vähäisempiä. (Hyppönen & Vuokko & Doupi & Mäkelä-Bengs 2014.)

## 2.4 FinCC-luokituksen mukainen kirjaaminen

Suomalaisessa rakenteisessa kirjaamisessa käytetään FinCC-luokituskokonaisuutta. Versiossa 3.0 on sekä Suomalaisen hoidon tarveluokituksen, että Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen 17 komponenttia. Lukumäärät komponenttien pää- ja alaluokissa vaihtelevat. Suomalaisen hoidon tarveluokitukseen kuuluu pääluokkia 88 ja alaluokkia 150. Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitukseen kuuluu pääluokkia 127 ja alaluokkia 180. Yhteensä pää- ja alaluokkia on 545, pääluokkia yhteensä 215 ja alaluokkia 330. Käyttäjiltä saadun palautteen perusteella versiossa 3.0 on tehty konkreettisia lisäyksiä alaluokkiin ja mahdollisuus pelkän pääluokkatason käyttämiseen on myös mahdollistettu kirjauksissa. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012:3.)

FinCC-luokituskokonaisuuden muodostaa hoidon tarveluokitus (SHTaL), hoitotyön toimintoluokitus (SHToL) ja hoidon tulosluokitus (SHTuL). Tarveluokituksesta ja toimintoluokituksesta on kehitetty kolmetasoinen hierarkkinen rakenne. Tätä rakennetta esitetään tarkemmin kuviossa 1. Molemmissa luokissa on 17 hoitotyötä kuvaavaa sisällöllistä aluetta, jotka on nimetty komponenteiksi. Kukin komponentti sisältää vaihtelevia määriä pää- ja alaluokkia, jotka liittyvät aihealueeseensa. Hoitotyön prosessin kuuluu edetä vaiheittain. Aluksi prosessissa määritellään hoidon tarve. Tarpeen määrittelyn jälkeen tehdään hoidon suunnittelua. Suunnittelun jälkeen tapahtuu hoidon toteuttamista sekä toteuttamisen arviointia. Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä tulee tapahtua luokituskokonaisuuden mukaisesti. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012:3,12.)



Kuvio 1. FinCC-luokituskokonaisuuden hierarkkinen rakenne (Liljamo ym. 2012,12).

Clinical Care Classification (CCC) – luokitus hoitotyön kirjaamiseen on kehitetty Yhdysvalloissa. Sen kehittäjänä on ollut tohtori Virginia K Saba työryhmineen. Suomessa käytettävä hoitotyön rakenteinen kirjaaminen pohjautuu yhtenäisellä hierarkkisella rakenteella Clinical Care Classification (CCC) – luokituskokonaisuuden kanssa. (Kinnunen 2016.) Clinical Care Classification -järjestelmällä helpotetaan hoitotyön hoitosuunnitelmien sähköistä dokumentointia. (Virginia K Saba 2017.)

#### 2.4.1 Selviytyminen

Selviytyminen liittyy terveyteen, terveyden muutokseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä siihen miten asiakas itse tai hänen läheisensä selviytyvät näistä tekijöistä. Selviytymistä voidaan kuvata kognitiivisena prosessina. Prosessin perusteena on yksilön oma arviointi omasta tilanteestaan sekä niistä henkilökohtaisista ominaisuuksista, joiden

avulla hän pyrkii hallitsemaan kuormittavia tekijöitä. Heikentynyt yksilön omaisen selviytymiskyky voi vaikuttaa myös yksilön itsensä voimavaroihin ja sillä on vaikutusta selviytymiseen. Tuen tarvetta selviytymiseen esiintyy silloin, kun yksilöllä on voimakasta syyllisyyden tunnetta tai kuoleman pelkoa. Selviytymisen tarveluokituksen komponentin sisältönä on selviytymiskyvyn muutokset elämäntilanteesta johtuen. Näitä voivat olla sairaudet, jolloin selviytymiskyky on alentunut. Yksilön omat voimavarat tiedollisten tai toiminnollisten asioiden osalta tarvitsee tukemista. FinCC-tarveluokituksen kokonaisuudesta, Selviytymisen tarveluokitus - (SHTaL 3.0) komponentin pää- ja alaluokat kuvausta esitetään tarkemmin taulukossa 1. Potilaan heikentynyt selviytymiskyky kognitiivisen toimintakyvyn osalta voi tulla esille asukkaan kyvyttömyytenä tehdä aloitetta, muistamattomuutena, oppimisen tai keskittymiskyvyn vaikeutena. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012;27,28.)

Taulukko 1. Selviytymisen tarveluokituksen - (SHTaL 3.0) komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012: 27.)

<b>Pääluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
Potilaan huonontunut kyky selviytyä Kognitiivisen kyvykkyyden muuttuminen	Muutos päätöksentekokyvyssä Muutos keskittymiskyvyssä Aloitekyvyn puute Lukivaikeus Sopeutumattomuuden muuttuminen Muistihäiriö
Talouden pienentynyt selviytymiskyky	
Selviytymiseen liittyvä tuen tarve	Psyykkisen tukemisen välttämättömyys Kuolemasta johtuva levottomuus Murhe Syyllisyys
Kommunikointiongelmat	
Sosiaalisen kanssakäymisen muutos Sosiaalisen toimintakyvyn muutos	Sosiaalinen eristyneisyys Ryhmätyöskentelemisen ongelma Itsekseen olemisen ongelma Läheisyyden halu Eristyneisyyden halu



Selviytymisen toimintoluokituksen komponentin sisältönä on hoitotyössä tehtäviä toimintoja, joiden avulla tuetaan potilasta tai hänen läheisiään selviytymään elämän eritilanteissa. Toiminnoilla vahvistetaan ja tuetaan potilaan omia voimavaroja. FinCC-toimintoluokituksen kokonaisuudesta Selviytymisen toimintoluokitus - (SHToL) komponentin pää- ja alaluokat kuvausta esitetään tarkemmin taulukossa 2. Aukkaalle annettava henkinen tuki liittyy selviytymisen tukemiseen. Myötätunnon, ystävällisyyden, lohduttavien sanojen käyttämisen sekä lämpimän käden puristuksen voi pitää henkisenä aukkaan tukemisena. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012; 41.)

Taulukko 2. Selviytymisen toimintoluokituksen - (SHToL) komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012: 41.)

Pääluokka	Alaluokka
Arvioidaan potilaan selviytymiskykyä	
Potilaan selviytymisen tuki	
Toteutetaan perhehoitotyön menettelytapoja	Perheterapia
	Perheen kanssa keskustelu
	Huomioidaan potilaan lapset
Selviytymiskykyyn kuuluva neuvonta	
Psyykkinen rohkaisu	
Tiedonvälitykseen kuuluva rohkaisu ja neuvonta	Tunnistetaan ajatteluun ja afasiaan liittyvät tekijät
	Tulkkauspalvelujen käyttäminen
Tuetaan sosiaalista vuorovaikutusta	

Monipuoliseen toimintakyvyn ja samalla selviytymisen arviointiin on luotu RAI-arviointiväline. RAI (Resident Assessment Instrument = asiakkaan arviointiväline) on alkuun kehitetty pitkäaikaishoitoon. Se on systemaattinen ja monipuolinen laadun parantamisjärjestelmä sekä hoidon suunnittelun apuväline. Henkilöä arvioidaan kokonaisvaltaisesti RAI:n avulla. RAI-arvioinnin avulla arvioidaan muun muassa fyysistä toimintakykyä, kognitiota, mielialaa ja käytöshäiriöitä, pidätyskykyä, ihon- ja jalkojenhoitoa toimenpiteineen, hampaistoa, ravitsemusta, aisteja, kommunikaatiota, lääkitystä, psykososiaalista hyvinvointia, vireystilaa ja aktiivisuutta. Kaikkiaan RAI-arviointi tuottaa tietoa kahdeksasta-

toista arvioitavasta alueesta. Saatua tietoa voidaan hyödyntää laadittaessa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, sekä hoidon arvioinnissa. Hoitohenkilökunta tekee RAI-arvioinnin yhdessä asiakkaan kanssa haastatteleamalla asiakasta ja hänen omaistaan. Myös hoitohenkilökunnan erilaiset havainnot ovat tärkeä osa RAI:n tekemisessä. RAI-järjestelmä on atk-pohjainen sovellus. (Päivärinta & Haverinen 2002.)

RAI-arviointiväline soveltuu selviytymisen ja ravitsemuksen arviointiin, sillä RAI on järjestelmällinen ja monipuolinen arvioinnin väline. RAI-järjestelmä on lähtöisin Yhdysvalloista. Siellä se kehitettiin aluksi geriatrisessa laitoshoidossa olevien henkilöiden arviointiin ja hoidon laadun sekä kustannusten arvioinnin välineeksi. RAI-välineistön sisällön omistava kansainvälinen tutkijaverkosto interRAI pitää yllä RAI-järjestelmän sisältöä. Suomessa RAI-välineiden versiota valvoo Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos (THL). Kaikkiin RAI-arviointivälineisiin liittyy kysymyslomake vastausvaihtoehtoineen sekä käyttäjäkäsikirja. Kaikki RAI-arviointivälineet sisältävät MDS-kysymyssarjan eli ydinkysymykset. RAI-arviointijärjestelmä tuottaa mittareita, joiden avulla voidaan totuudenmukaisesti tarkastella ikääntyneen tilanne laaja-alaisesti. Mittareiden avulla oman elämän hallinta ja osallisuus vahvistuvat. Yksilömittareista Sosiaalinen osallistuminen (SES-Social Engagement Scale) kuvaa asukkaan osallistumista. Asteikkona on 0 – 5, jolloin 0=ei aloitekykyä/sosiaalista osallistumista ja 5=paljon aloitekykyä/sosiaalista osallistumista. (THL 2017.)

#### 2.4.2 Lääkehoito

Lääkehoito on keskeinen hoitokeino. Lääkelistaan on merkittävä potilaan säännölliset ja tarvittavat lääkkeet. Lääkityksen ollessa säännöllistä toteutetaan lääkitys lääkelistan mukaisesti. Tällöin jokaisesta antokerrasta ei ole tarpeen tehdä erillistä merkintää. Poikkeukset säännöllisessä lääkityksessä eli jos lääkitys ei jostain syystä toteudu määräyksen mukaisesti, tällöin on tehtävä potilasasiakirjamerkinnot. Tarvittavat lääkkeet merkitään lääkkeenantokirjauksena aina. Huumausainelääkkeet merkitään lääkeantokirjauksena silloinkin, kun ne kuuluvat potilaan säännölliseen lääkitykseen. (Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2015.)

Lääkehoito liitetään lääkkeiden käyttöön ja lääkityksen toteuttamiseen sekä niihin liittyviin osatekijöihin. Lääkehoidon tarveluokituksen komponentin sisältönä on lääkkeiden oikea käyttö, lääkkeiden oikea-aikaisuus ja lääkehoitoon liittyvä tieto sekä lääkitykseen liittyvät riskit. FinCC-tarveluokituksen kokonaisuudesta Lääkehoidon tarveluokitus -

(SHTaL 3.0) komponentin pää- ja alaluokat kuvausta esitetään tarkemmin taulukossa 3. Potilaalla voi olla yksi tai useampia hoidon tarpeita, jotka liittyvät lääkityksen toteuttamiseen, lääkkeiden ottamiseen oikea-aikaisesti tai yleisesti lääkitykseen liittyvään tiedon tarpeeseen. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012; 30.)

Taulukko 3. Lääkehoidon tarveluokituksen – (SHTaL 3.0) komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012: 30.)

Pääluokka	Alaluokka
Riskit, jotka liittyvät lääkkeiden käyttöön	Rinnakaislääkkeiden käyttäminen
	Sopimattomuus lääkityksessä
	Intoksikaatoriski
	Allerginen reaktio lääkityksestä
	Lääkityksestä luopuminen
	Haittavaikutus lääkityksestä
	Yhteisvaikutukset lääkityksestä
	Lääkitykseen vaikuttava hoitotyö
Lääkitykseen vaikuttava hoitotyö	Lääkkeiden ottamiseen vaikuttava hoitotyö
	Lääkkeiden jakamiseen vaikuttava hoitotyö
Hyödyllinen informaatio, joka liittyy lääkitykseen Puutteellinen tietämys lääkityksestä ja toteutuksesta	

Lääkehoidon toimintoluokituksen komponentin sisältönä on hoitotyön tavoitteellisia ja suunniteltuja toimintoja lääkehoidon toteuttamisessa. FinCC-toimintoluokituksen kokonaisuudesta, Lääkehoidon toimintoluokitus – (SHToL) komponentin pää- ja alaluokat kuvausta esitetään tarkemmin taulukossa 4. Toimintoluokitusta voidaan käyttää kuvattaessa lääkkeen vaikutusta, lääkehoitoon liittyvää ohjausta, poikkeaa lääkkeenanto tapaa tai kun lääke annetaan, jostain syystä tahdosta riippumatta (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012; 41.)

Taulukko 4. Lääkehoidon toimintoluokituksen – (SHToL) komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012: 43.)

<b>Pääluokka</b>	<b>Alaluokka</b>
Tarkkailu, miten lääkitys vaikuttaa	Mahdollisten lääkityksen sivuvaikutusten ja lääkereaktioiden tarkkailu
Neuvonta lääkehoidossa	Kirjallinen neuvonta lääkehoidossa
	Suullinen neuvonta lääkehoidossa
	Puhelimessa tapahtuva neuvonta lääkehoidossa
Poikkeavuus lääkehoidossa	
Lääkkeen anto	Lääkkeen antaminen suun kautta
	Lääkeinjektion anto
	Lääke laittaminen peräsuoleen
	Lääkelaastarin laittaminen
	Inhalaation anto
	Lääke vaginaan
	Lääkinnällisen infuusion antaminen
	Lääkkeen antaminen epiduraalitilaan
	Suoraan vatsalaukkuun lääkkeen antaminen
	Salvojen käyttäminen
	Tippamuodossa olevien lääkkeiden antaminen
	Sumutemuodossa olevien lääkkeiden antaminen
	Pintapuudutteen anto
	Lääkityksen anto lääkepumpun tai infuusiautomaatin kautta
Lääkityksen anto, jolloin tahdosta riippumaton tilanne	
Huolehditaan annosjakelusta	
Toteutetaan solunsalpaajahoito	
Rokottaminen	

### 2.4.3 Ravitsemus

Osatekijät, jotka liittyvät ravitsemukseen ovat ravinto, ravintoaineet sekä tekijät, jotka liittyvät niiden turvaamiseen. Potilaalla voi olla yksi tai useampia ruokailuun tai ravitsemukseen liittyvä hoidon tarve. Ravitsemuksen tarveluokituksen komponentin sisältönä on ravitsemuksen eri muutokset. Muutoksiin kuuluvat ruokahaluttomuus, nielemisvaikeus, imeytymishäiriöt, syömisvaikeudet, erityisruokavalio tai aliravitseminen, jotka liittyvät ravinnon ja ravintoaineiden osatekijöihin. FinCC-tarveluokituksen kokonaisuudesta, Ravitsemuksen tarveluokitus - (SHTaL 3.0) komponentin kuvausta esitetään tarkemmin taulukossa 5. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012;31.)

Hoitotyön kirjaamisesta on tuore tutkimus Hoivatyö muutoksessa, Suomalainen vanhus-työ pohjoismaisessa vertailussa – julkaisu 8.2.2019. Julkaisussa on kyse NORDCARE2-tutkimushankeesta. Hanke on pohjoismaisen tutkijaryhmän vuonna 2015 toteuttama uusintatutkimus kymmenen vuotta aiemmasta tutkimuksesta. Tuolloin tuotettiin ensimmäistä kertaa vertailukelpoista tietoa hoivatyö työtehtävistä ja työolosuhteista eri pohjoismaissa. Kirjaamisen lisääntyminen oli tutkimuksen mukaan suurin muutos laitossuhteissa työkentelevien hoivatyöntekijöiden keskuudessa. Ravitsemuksesta suhteen tutkimuksessa kävi ilmi, että valmisruokien tarjoilutehtävät olivat lisääntyneet. (Kröger & Van Aerschot & Puthenparambil 2018.)

Taulukko 5. Ravitsemuksen tarveluokituksen – (SHTaL) komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012: 31.)

Pääluokka	Alaluokka
Muutokset ravitsemuksessa Ruuan variaatio tai ravintoaineiden saannissa sairauteen liittyen	Ruokahaluttomuus
	Nielemisvaikeus
	Häiriöt imeytymisessä
	Vaikeudet syömisessä
	Närästys oire
	Vaikeudet imemisessä
Tarve erityisruokavalioon	Tarve lisäravinteisiin
	Tarve ravintoaineiden rajoittamiseen
	Allergiaa aiheuttavat ruoka-aineet
Tarve ravinnon lisäämiseen	
Tarve ravinnon vähentämiseen	
Tiedon tarve, joka liittyy ravitsemukseen	

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevan ravitsemushoidon tärkeimpänä seikkana on riittävän energian ja proteiinin saannin turvaaminen, jotta jäljellä oleva toimintakyky säilyy mahdollisimman pitkään. Hoivan tarpeen kasvaessa, riittämättömän ravitsemuksen uhka tulee todellisemmaksi. Sydän- ja verenkiertosairauksia, erityisesti aivohalvausta ja muistisairauksia on tavallisimmin ympärivuorokautisen hoivan piirissä. Lisäksi ikääntyneillä on useita samanaikaisia sairauksia ja toiminnanvajeita. Lisänä on myös monimuotoinen ja runsas lääkitys. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010:27.)

Ravitsemuksen toimintoluokituksen komponentin sisältönä on hoitotyön toimintoja, jotka liittyvät ravitsemuksen seurantaan, huolehtimiseen ja turvaamiseen. Lisäravinteiden suunnittelu yhdessä hoitajan ja ravitsemusterapeutin kanssa. Ravitsemuksen toteuttaminen letkuruokinnan keinoin ja ravitsemusohjaukselliset keinot ravinnon rajoittamiseen. Sisältönä on myös ravitsemusohjauksen suunnitteluun ja toteuttamiseen liittyvät tekijät. FinCC-toimintoluokituksen kokonaisuudesta Ravitsemuksen toimintoluokitus - (SHToL

3.0) komponentin kuvausta esitetään tarkemmin taulukossa 6. (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012;44.)

Terveydenhuollon tehtäviin kuuluu ikääntyneen terveysongelmien tunnistaminen. Hoitotyössä oleellista on, että kehitetään osaamisen menetelmiä ravitsemusongelmien tunnistamiseksi ja arvioimiseksi. Kun ikääntyneen ravitsemustilan heikkeneminen tunnustetaan ajoissa, vältetään ravitsemusongelmien haitalliset seuraukset. Päivittäisiin rutiineihin tulisi kuulua ravitsemustilan arviointivälineet. Ne ovat osa ikääntyneet ihmisen hyvinvoinnin, elämänlaadun ja päivittäisen toiminnan tukemista. (Stolt & Axel & Suhonen 2013.)

Taulukko 6. Ravitsemuksen toimintoluokituksen – (SHToL 3.0) pää- ja alaluokat (Liljamo & Kinnunen & Ensio 2012: 44.)

Pääluokka	Alaluokka
Ravitsemuksen tarkkailu	Ravitsemuskartoituksen suorittaminen
	Tarkkaillaan painoa
	Tarkkaillaan pituutta
	Määritellään BMI-arvo
Turvataan ravinnon saaminen	Seurataan ruokailu
	Toteutetaan erityisruokavalio
	Letkuruokinnan toteuttaminen
	Ravitsemuksen toteuttaminen suonen-sisäisesti
	Tarjotaan lisäravinteita
	Tarjotaan mieliruokia
Huolehditaan iänmukaisesta ravitsemuksesta	Avustetaan rintaruokinnassa
	Avustetaan vauvojen kuppi- ja pulloruokinnassa
Annetaan lisäravintoa	
Rajoitetaan ravinnon määrää	Toteutetaan ravinnotta olo
	Toteutetaan vähäkalorinen ruokavalio
Neuvonta, joka liittyy ravitsemukseen	

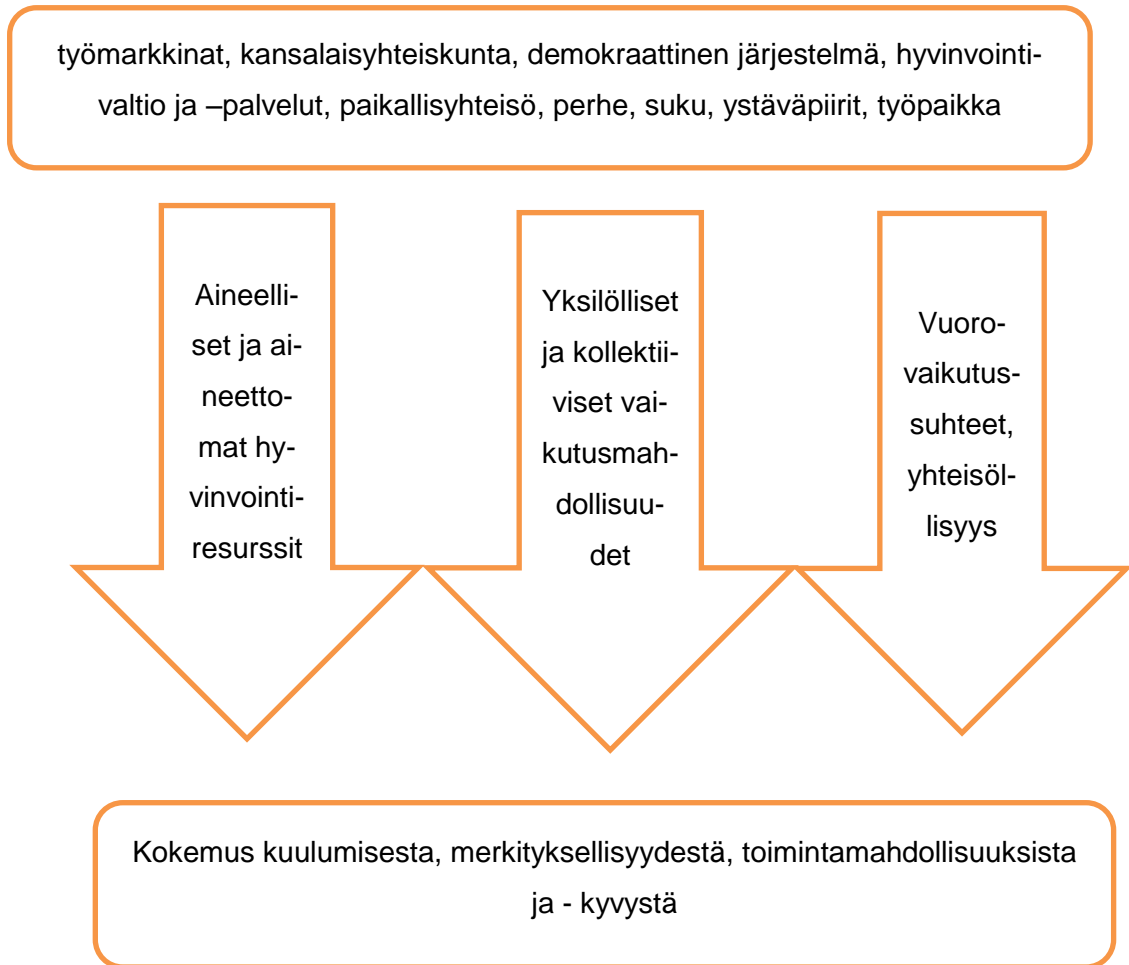
## 2.5 Osallisuuden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa

Osallisuuden sanotaan olevan vaikea ja laeva käsite. Sosiaali- ja terveysministeriö käsittelee osallisuutta aktiivisen kansalaisuuden, aktivoinnin ja yhdenvertaisuuden perusteella. Oikeusministeriössä osallisuus nähdään ihmisoikeuksien ja demokratian näkökulmasta, asiakkaiden äänen kuuluminen. Opetus- ja kulttuuriministeriössä osallisuuden katsotaan painottuvan merkityksellisyyteen ja sen mahdollisuuksiin. Osallisuuden käsitteellä tarkoitetaan, että se on liittymistä, suhteessa olemista, kuulumista, yhteisyyttä, osallistumista, vaikuttamista ja demokratiaa. (THL 2017.) Kuviossa 2 on esitelty mitä osallisuus käsite pitää sisällään.

Suomen hallitus ja myös Euroopan unionin päämääränä on, että osallisuus asetetaan yhdeksi ensisijaiseksi toimenpiteeksi syrjäytymisen ehkäisemisessä ja köyhyden ennaltaehkäisemisessä. Edistämällä osallisuutta hillitään eroavaisuutta. Useissa kansallisissa ohjelmissa ja toimenpide-ehdotuksissa on huomioitu osallisuus. Huomiota on kiinnitetty osallisuuden edistämisen merkitykseen hyvinvointiin ja terveyteen. Osallisuus voidaan ymmärtää tunteena. Opiskelu, työ, harrastus- tai järjestötoiminta luo tunteen siitä, että on osallisena johonkin. Osallisuutta yhteisössä ilmentää jäsenten arvostus, luottamus ja tasavertaisuus. Osallisuus on myös sitä, että voi vaikuttaa omassa yhteisössä. Yhteisön ja yhteiskunnan osallisena toimiminen on sitä, että jokaisella ihmisellä on mahdollisuus toiminnallaan vaikuttaa omaan terveyteensä, koulutustasoonsa, työskentelyynsä, toimeentuloonsa, asuin paikkaansa sekä ihmisen kaikkiin sosiaalisiin suhteisiinsa. Elämänkulku ja elämäntilanteet vaikuttavat osallisuuden asteeseen ja aktiivisuuteen yhteiskunnassa. Suojaavina tekijöinä ovat sosiaaliset verkostot, niiden avulla voidaan estää hyvinvointivajetta ja syrjäytymisen varaa. (THL 2018.)

Ikääntyneen väestön mahdollisuus omien elinolojensa parantamiseen on kirjattu lakiin. Ikääntyneiden vaikutusmahdollisuudet ja palvelujen kehittäminen parantuvat lakiin perustuen. Lain tavoitteena on vahvistaa ikääntyvää väestöä, terveyttä, toiminnallisuutta ja itsenäistä selviytymistä. Lain nojalla mahdollistetaan osallistuminen elinpaikkaansa vaikuttavien ratkaisujen valmisteluun ja toimintojen kehittämiseen kuntatasolla. Lailla vahvistetaan ikääntyneiden mahdollisuutta vaikuttaa sosiaali- ja terveystalveluiden pääkotiin ja niiden toteuttamistapaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012.)





Kuvio 2. Osallisuus

Sosiaalinen osallisuus on käsite, jota on vähän määritelty. Euroopan komissio on koostanut sosiaalisesta osallisuudesta ja sen käsitteen määrittelystä raporttia. Sosiaalisella osallisuudella halutaan varmistaa niukkuuden- ja syrjäytymisriskissä olevien mahdollisuudet ja voimavarat sekä heidän osallistuminen täysipainoisesti talous-, yhteiskunta- ja kulttuurielämäänsä. Yhteiskunnassa pidettävän elintason ja elämänlaadun varmistamisella köyhyys- ja syrjäytymisvaarassa voivat osallistua paremmin itseään koskevaan päätöksentekoon. Sosiaalisen osallisuuden käsite liitetään usein syrjäytymisen vastakohtaan, mutta varsinaista määritelmää sosiaaliselle osallisuudelle ei ole olemassa. Sitä voidaan pitää moniulotteisena sateenvarjokäsitteenä, joka pitää sisällään erilaisia näkökulmia ja lähestymistapoja. Yhteiskuntatieteellisistä teorioista löytyvät juuret sosiaalisen osallisuuden käsitteeseen. (THL 2015.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan toteuttamaa FinCC-luokituksen mukaista hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöä palveluasumisen yksikössä ja tuottaa tietoa hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa FinCC-luokituskokonaisuuden tarveluokituksista (SHTal 3.0) ja hoitotyön toimintoluokituksista (SHTol 3.0) selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa osallisuuden sisällöstä hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa. Opinnäytetyössä kirjaamisen sisällöllä tarkoitetaan hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjattuja tietoja, jotka koskevat asukkaiden hoidon ja palveluiden suunnittelua.

FinCC-luokituksesta valikoidut komponentit selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus ovat keskeisiä hoitotyön toimintoja, joiden kirjauksia hoito- ja palvelusuunnitelmissa yleisesti käsitellään. Osallisuuden tutkiminen palvelu- ja hoitosuunnitelmista nousi esille, koska Vanhuspalvelulain tullessa voimaan vuonna 2013 on ikääntyneiden osallisuus korostunut myös palveluasumisessa. Vanhuspalvelulain avulla halutaan vahvistaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta vaikuttaa niihin elinoloihin, jossa kukin ikääntynyt asuu. Päätösten valmistelu ja tarvittavien palvelujen kehittäminen kunnassa, myös näiden seikkojen vahvistaminen halutaan ottaa huomioon. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 28.12.2012/980.) Perustuslain 14 § 4 momentin mukaisesti yleisen tahon tarkoituksena on edistää ja mahdollistaa ihmisen osallistumista prosessiin ja näin vaikuttaa ratkaisevasti päätöksentekoon, joka koskettaa ihmistä itseään. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.)

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia selviytymisen, lääkehoidon ja ravitsemuksen sisältöjä on kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan palveluasumisen yksikössä?
2. Millaisena asukkaan oma osallisuus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteisessa kirjaamisessa palveluasumisen yksikössä?

## 4 Opinnäytetyön toteuttaminen

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on laadullinen. Laadullinen tutkimus on kokemusperäistä ja kyseessä on kokemusperäisen tutkimuksen tavasta arvioida havaintoaineistoa sekä perustella aineistoa. Kvalitatiivinen tutkimus kuvaa uskomuksia, asenteita ja käyttäytymisen muutoksia. (Tuomi ym. 2018, 27, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 66.) Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on otettava huomioon lähtökohdat sekä määritellään käsitteet, jotta saadaan ymmärrys siitä, mistä tutkimuksessa on kysymys. Menetelmien valinnassa ja metodologian määrittelyssä määrittelevää on tutkittava ilmiö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 15, Grove ym. 2013, 57.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kiinnostuneisuus kohdistuu ilmiöihin tai sosiaalisiin prosesseihin (Grove ym. 2013: 264). Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata todellista elämää. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on yksilö ja yksilön elämänpiiri sekä siihen liittyvät merkitykselliset asiat. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuskohteita pyritään tutkimaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivisella tutkimuksella halutaan etsiä tai tuottaa todeksi asioita. Tutkimuksella ei haluta tuoda esille jo olemassa olevia asioita. Tyypillisenä piirteenä on käyttää ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen. Havainnointi ja keskustelu tiedon hankinnassa ovat tyypillisiä kvalitatiiviselle tutkimukselle. Apuna voi käyttää myös lomakkeita ja testejä. Tutkimuksessa suositaan metodeja, joissa tutkittavan äänellinen ilmaisu ja näkökulma tulevat esille. Tutkimuksen edetessä muokataan tutkimussuunnitelmaa olosuhteiden mukaisesti. (Hirsijärvi & Remes & Sajavaara 2004:152 – 155; Kylmä & Juvakka 2014.)

### 4.2 Aineiston keruu ja kohdeympäristö

Opinnäytetyön aineisto koostui (N=33) palveluasumisen yksikön asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmista. Naisia (N=22) ja miehiä (N=11). Virallinen paikkaluku yksikössä on (N=34). Hoito- ja palvelusuunnitelmien vertaaminen tapahtui FinCC-luokituskokonaisuuden mukaiseen hoitotyön kirjaamismalliin. Vertailin hoidon tarve- ja toimintoluokituksista (SHTaL 3.0, SHToL 3.0) selviytymistä, lääkehoitoa ja ravitsemusta. Tarkastelin myös osallisuuden sisältöjä hoito- ja palvelusuunnitelmista. Pegasos-potilastietojärjestelmästä tulostetuista hoito- ja palvelusuunnitelmista oli poistettu henkilö- ja identifiointitiedot. Ainoastaan henkilön sukupuoli oli merkitty hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kirjauksista ei

voinut saada selville kuka kirjauksen on tehnyt. Tästä syystä ei tarvita tietosuojaselostetta.

Seuraavat kolme Suomalaisen hoidon FinCC-luokituksen mukaisista SHTaL 3.0 tarveluokituksesta ja SHToL 3.0 hoitotyön toimintoluokitusta valikoituivat tutkimuskohteekseni selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus. Kyseiset toimintaluokitukset valikoituivat tutkimuskohteeksi siitä syystä, että ikääntyneiden hoivatyössä on tapahtunut muutoksia viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Kröger ym. 2018). Paljon julkisuudessa olleet ikääntyneisiin kohdistuneet turvallisuus- ja kaltoinkohtelu tekijät ovat yksi syy tutkimuskohteeni valikoitumiseen. Suomessa valvontaviranomaisina toimivat Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) ja AVI (Aluehallintovirasto) ovat saaneet viime aikoina kansalaisilta paljon ilmoituksia liittyen ikääntyneiden hoivakotien toimintaan. Viranomaiset ovat tehneet lukuisia valvontakäyntejä sekä yksityisiin, että julkisiin ikääntyneiden palveluyksiköihin. (Aluehallintovirasto 2019.) Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) – tiedotteessa 6.2.2019 Vanhusten asumispalvelujen laatua vahvistetaan 25 toimenpiteellä. Tiedotteessa mainittiin sitoutumisesta rationaaliseen ja turvalliseen lääkehoidon periaatteeseen sekä siihen, että vanhusten aterioinnista huolehditaan, ettei aliravitsemusta synny. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

### 4.3 Aineiston analyysi

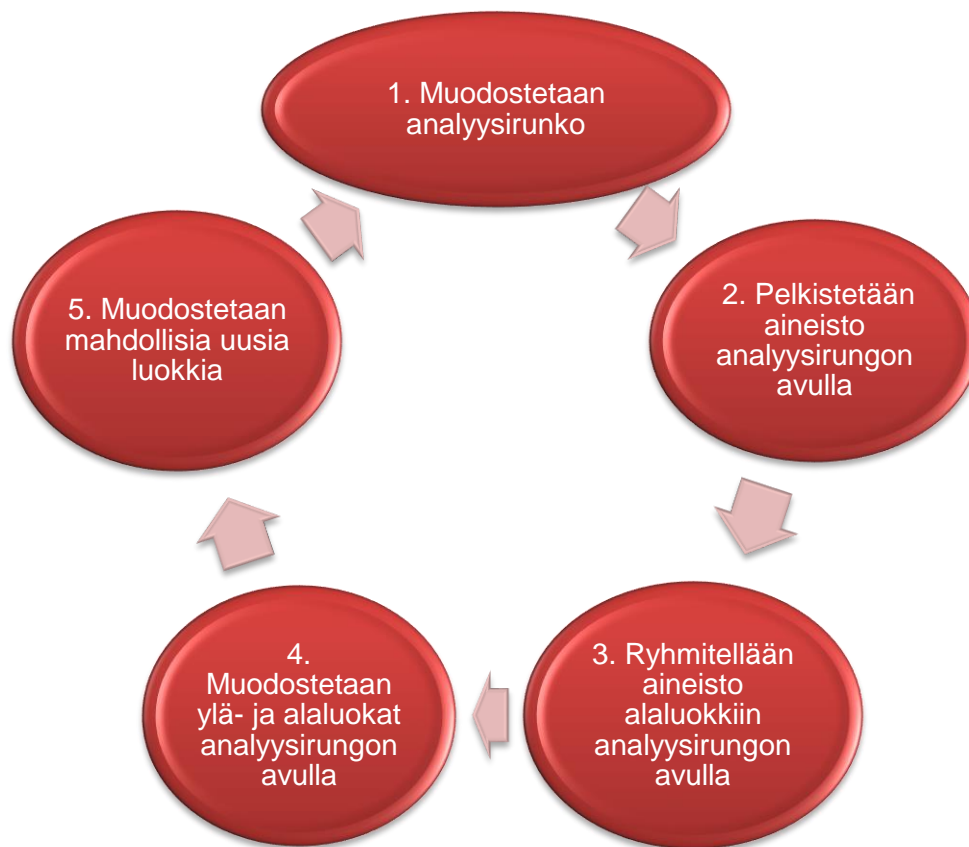
Hoito- ja palvelusuunnitelmista (N =33) saatu aineisto analysoitiin yhtenä aineistona sisällön analyysin avulla. Sisällönanalyysiä määritellään eri tavoin. Yleinen määrittely on, että sisällönanalyysi on menettelytapa systemaattiseen ja objektiiviseen dokumenttien analyysiin. Kuvailevassa tutkimuksessa käytetään sisällönanalyysiä. (Kyngäs & Elo & Pölkki & Kääriäinen & Kanste 2011.) Opinnäytetyössä käytetään laadulliseen aineistoon sekä deduktiivista ja induktiivista sisällön analyysiä. Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia kutsutaan myös konventionaaliseksi sisällönanalyysiksi. Aluksi induktiivisessa analyysissä aineiston purkaminen tapahtuu osiin. Seuraavaksi aineistosta haetaan sisällöllisesti samanlaisia osia, jotka sitten yhdistetään. Yhdistämisen jälkeen aineiston tiivistetään kokonaisuudeksi. Kokonaisuuden tulee vastata tutkimukselle määritellyä tarkoitusta ja tutkimustehtävää. Aineiston abstrahoituminen ja tiivistyminen ovat tässä vaiheessa olennaisia asioita. Induktiivinen sisällönanalyysi soveltuu sellaisiin tapauksiin, joissa ei ole aiempia tutkimuksia sekä ne käsittelevät ilmiöitä. Ilmiöt voivat olla hajanaisia. Ilmiötä, jota tutkitaan, pyritään analyysin avulla tulkitsemaan tiivistetyssä mallissa. (Kylmä & Juvakka 2014; Elo & Kyngäs 2008.)

Analyysin aluksi hoito- ja palvelusuunnitelmat luettiin useampaan kertaan. Sen jälkeen aineistosta etsittiin tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaisesti selviytymisen, lääkehoidon, ravitsemuksen ja osallisuuden osa-alueita sekä sisältöjä. Opinnäytetyön laadullisen aineiston sisällön analyysiin sovellettiin sekä deduktiivista eli teorialähtöistä että induktiivista eli aineistolähtöistä analyysitapaa. Tutkimuskysymys 1. ”Millaisia selviytymisen, lääkehoidon ja ravitsemuksen sisältöjä oli kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan palveluasumisen yksikössä?” analysoitiin teorialähtöisesti. Analyysin teoreettisena lähtökohtana käytettiin FinCC-luokituskokonaisuutta sekä sen mukaisesti laadittua havaintorunkoa. Tutkimuskysymys 2. ”Millaisena asukkaan oma osallisuus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteisessa kirjaamisessa palveluasumisen yksikössä?” analysoitiin aineistolähtöisesti.

#### 4.3.1 Deduktiivinen sisällönanalyysi

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä on kyse teoriasta tai teoreettisesta käsitteestä. Edeetään pääosin niin sanotusti yleisestä yksityiseen. Teoriaa tai käsitejärjestelmä ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Tutkimuksessa käytetään analyysikehikkoa tai lomaketta. Analyysia voi ohjata teema tai käsitekartta. Teoreettinen lähtökohta on operationalisoitu analyysikehikkoon tai lomakkeeseen aiemman tiedon ja tutkimuksen tarkoituksen suuntaisesti. Deduktiivisessa analyysissä aluksi muodostetaan analyysirunko. (Kankkunen ym. 2017.) Analyysirungon sisälle kehitetään erilaisia luokkia tai kategorioita. Analyysirungon avulla muodostetut luokitukset tai kategoriat voivat olla väljästi analyysia ohjaavia. Luokitukset ja kategoriat noudattavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita. Kategorioihin etsitään aineistosta sisältöjä niitä kuvaavista lausumista. Materiaalista valikoidaan ne seikat, jotka ovat osa analyysirunkoa. Analyysirungon ulkopuolelle jäävät seikat otetaan myös huomioon. Aluksi voidaan deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineistosta poimia joka yläluokkaan tai alaluokkaan kuvaavia ilmiöitä ja sijoittaa ne muodostettuun analyysirunkoon. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällönanalyysin kulku on havainnollistettu kuviossa 3.



Kuvio 3. Deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällönanalyysin kulku. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Ensimmäinen tutkimuskysymys ”Millaisia selviytymisen, lääkehoidon ja ravitsemuksen sisältöjä oli kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan palveluasumisen yksikössä?” analysoitiin teorialähtöisesti. Alkuperäisistä ilmaisuista etsittiin alaluokkia. Alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja sen jälkeen yhdistäviksi pääluokiksi. Taulukossa 7 on esimerkkejä deduktiivisestä eli teorialähtöisestä sisällönanalyysistä aineistossani.

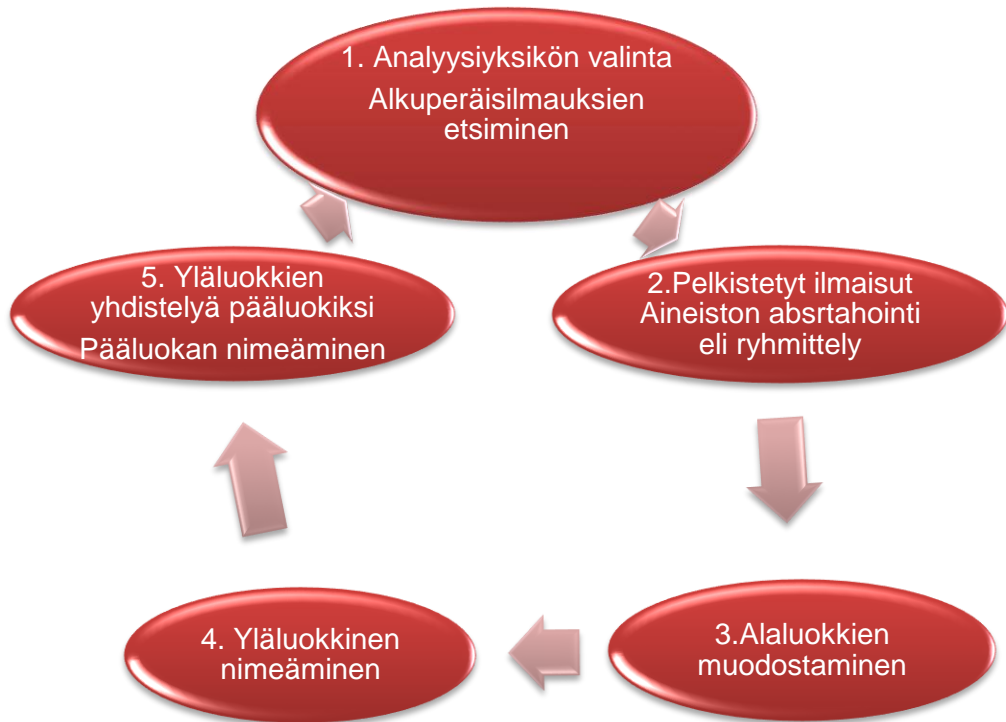
Taulukko 7. Deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi

Deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi			
Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>”Nostaa itse pankkitiilitä maanantaisin edunvalvojan laittaman rahan”</p> <p>”Tavoitteena toimintakyvyn säilyminen entisellään”</p> <p>”Sosiaalisten suhteiden ylläpito”</p> <p>”Käynnillä keskustellaan ja seurataan asukkaan pärjäämistä ja mielialaa”</p>	<p>Taloudellinen toimintakyky</p> <p>Fyysinen toimintakyky</p> <p>Sosiaalinen toimintakyky</p> <p>Psyykinen toimintakyky</p>	Omatoimisuus	Selviytyminen
<p>”Aamu- ja iltalääkkeidenotto valvottuna”</p> <p>”Seurattu uuden mielialalääkkeen vaikutusta”</p>	<p>Säännöllinen lääkitys</p> <p>Lääkkeen sivuvaikutus</p>	<p>Turvallinen lääkahoito</p> <p>Lääkkeiden seuranta</p>	Lääkehoito
<p>”Paino mitattu”</p> <p>”Varmistettu, että asukas on syönyt”</p> <p>”Laktoositon maito”</p> <p>”Rikastettu soseruokavalio”</p>	<p>Painon kontrollointi</p> <p>Ruokailun seuranta</p> <p>Erityisruokavalion toteuttaminen</p> <p>Lisäravinteiden tarjoaminen</p>	<p>Ravitsemustila</p> <p>Erityisruokavalio</p>	Ravitseminen

#### 4.3.2 Induktiivinen sisällönanalyysi

Induktiivisessa sisällönanalyysissä sanojen luokittelu tehdään käsitteellisen merkittävyyden mukaan. Käsitteellinen merkitys pohjautuu etupäässä loogiseen yhdistämiseen, jota tutkimuksen ongelmanasettelu selittää. Tutkimusongelmien ohjaamana aineistosta johdetaan kategorioita. Induktiivisessa analyysissä halutaan tutkimusaineistosta laatia teoreettinen lopputulos. Aiemmin tehdyt huomiot, tietämykset tai oletukset eivät kuitenkaan hallitse analyysia. Sanaa tai lausetta voidaan käyttää analyysiyksikkönä. Tutkimustehävä ja materiaalin laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017, 167.) Tutkimuskysymys kaksi ”Millaisena asukkaan oma osallisuus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteisessa kirjaamisessa palveluasumisen yksikössä?” analysoitiin aineistolähtöisesti. Kuviossa 4 on esitelty induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin kulkua.





Kuvio 4. Induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin kulku. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Induktiivisen analyysin ensimmäisessä vaiheessa määrittelin sisällönanalyysin yksiköksi tutkimuskysymykseni ”Millaisena asukkaan oma osallisuus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteisessa kirjaamisessa palveluasumisen yksikössä?”. Taulukossa 8 on esimerkkejä induktiivisestä eli aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä aineistossani.

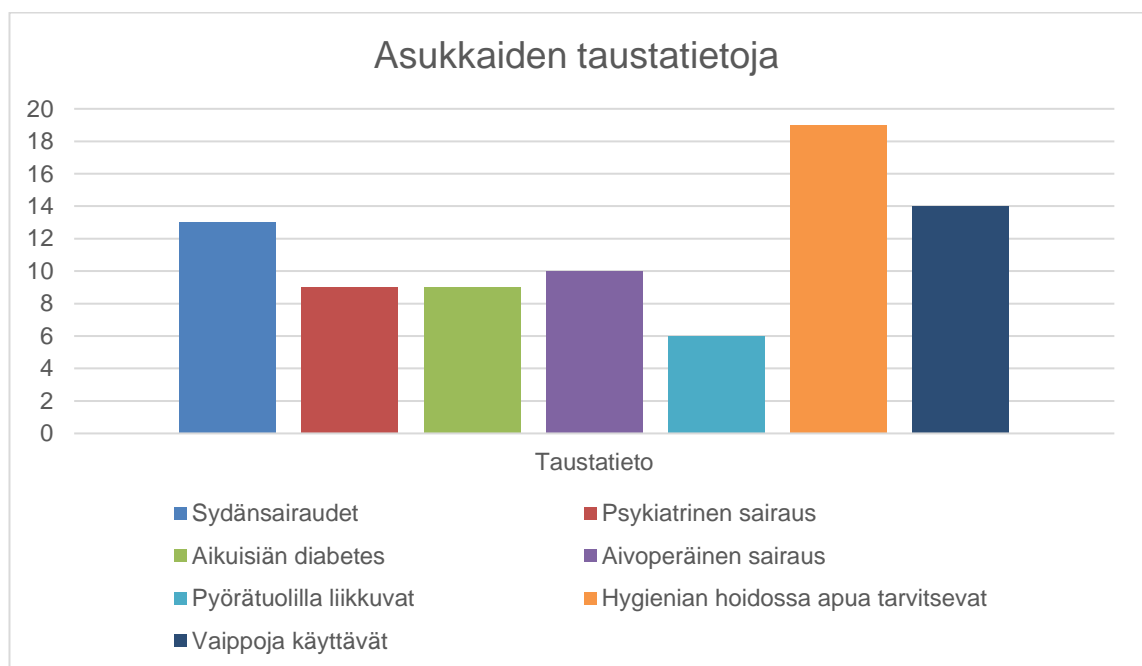
Taulukko 8. Induktiivisen aineiston luokituksen esimerkkejä aineistossani

Ilmaisu pelkistettynä	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Rohkaisulla kannustaminen	Kannustaminen	Motivoiminen tulevaisuuteen	Osallisuus
Kannustetaan asukasta osallistumaan viriketoimintaan			
Vuorovaikutus hoitajan kanssa	Vaihtoehtoinen keskustelu	Hoitohenkilökunnan tuki	
Kaipaa sosiaalista kanssakäymistä	Sosiaaliset suhteet	Sosiaalinen kanssakäyminen	
Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen	Fyysinen toimintakyky	Fyysinen osallisuus	
Läheisyyden tarve	Yhteisön jäsenenä oleminen	Psyykkinen osallisuus	

## 5 Opinnäytetyön tulokset

### 5.1 Asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien taustatiedot

Palveluasumisen yksikköön asukkaat tulevat yleensä kotiin kuntouttavan osaston kautta, jonne he ovat usein omasta kodistaan siirtyneet. Palveluasumisen yksikön keskimääräinen asumisaika on 1,8 vuotta. Tällä hetkellä pisimpään asunut asukas on muuttanut palveluasumisen yksikköön vuonna 2010. Asukkaiden tyypilliset diagnoosit ovat sydänsairaus, psykiatrinen sairaus, aikuisiän diabetes, aivoperäinen sairaus. Monella aivoperäisen ongelman taustalta on löytynyt runsasta alkoholin käyttöä. Asukkaista (N=6) liikkuu pyörätuolilla koko ajan, muut asukkaat kävelevät itsenäisesti tai avustettuna. Hygienian hoidossa apua tarvitsevia on (N=19). Vaippoja käyttäviä asukkaista (N=14:lla), jotka käyttävät ainakin osan aikaa vuorokaudesta vaippoja. Kuviossa 5 on esitelty asukkaiden taustatietoja. Tällä hetkellä palveluasumisen yksikössä on yhteensä (N=22) naista ja (N=11) miestä.



Kuvio 5. Asukkaiden taustatietoja

Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kohdentuminen hoito- ja palvelusuunnitelmissa FinCC-luokituksen kokonaisuuteen oli hyvin vaihtelevaa. Kirjaamisessa näkyi toimintakeskeisyys kaikissa neljässä analyysin kohteena olevissa rakenteisen hoitotyön kirjaa-

misen kohdissa selviytyminen, lääkehoito, ravitsemus ja osallisuus. Arvioivaa ja tavoitteellista kirjaamista oli vähän. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli vähän rakenteista kirjaamista asukkaan omista voimavaroista. Kuvassa 1 on esitelty selviytymisen, lääkehoidon ja ravitsemuksen sisältöjä hoito- ja palvelusuunnitelmissa.



Kuva 1. Selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus sisältöjä hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

## 5.2 Kirjauksen kohdentuminen selviytymiseen

FinCC-luokituksen mukaisen kirjaamisen selviytyminen -komponentin pää- ja alaluokka (SHTaL 3.0 ja SHToL 3.0) kohdista kirjauksia oli vaihtelevasti. Selviytymisen komponenttia ei käytetty (N=1) hoito- ja palvelusuunnitelmassa lainkaan.

*Potilaan huonontunut kyky selviytyä, (SHTaL 3.0)* oli kirjattu (N=17) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=5) ja naisen (N=12) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Sisältönä hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli kirjauksia motorisesta toiminnasta sekä taloudellisista asioista. Taloudellisiin seikkoihin liittyi asukkaan edunvalvonta. Omaisten kanssa yhteistyön tekeminen ja asukkaan diagnoosi merkinnät. Kirjauksista kävi ilmi asukkaan omatoimisuuden ja itsenäisen selviytymisen tukeminen ja sujuva arki.

*”Asukkaalla heikentynyt tarve huolehtia raha-asioistaan ja etuuksistaan”*

*”Huimauksen ja väsymyksen vuoksi liikkuminen epävarmaa”*

*”Kun maa on kuiva kannustetaan asukasta lähtemään omatoimisesti ulkoilemaan”*

*Selviytymiseen liittyvä tuen tarve, (SHTaL 3.0)* oli kirjattu (N=8) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=5) ja naisen (N=3) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Sisältönä niissä oli asukkaan diagnoositietoja ja yleisesti asukkaan taustatietoja. Kirjauksissa tuli ilmi myös asioita, joita asukas kykenee itsenäisesti tekemään. Ohjauksen, kannustamisen tarpeesta ja asukkaan edunvalvonta sekä kuntoutukseen liittyvät seikat. Kuntoutuksesta oli kirjattu myös kuntouksen vaikutus asukkaaseen. Esteetön liikkuminen ja turvallinen arki, kaatumisriskin huomioiminen. Asukkaan mahdolliset apuvälineet sisä- ja ulkotiloissa sekä asukkaan omien voimavarojen tukeminen. Asukkaan omaisten roolin kuvaaminen kävi ilmi kirjauksissa sekä päivittäiset avuntarpeet ja osallistuminen virketoimintaa.

*”Tarvitsee ajoittain apua ja ohjausta asioiden hoitamisessa”*

*”Asukas selviytyy itsenäisesti arjen toiminnoistaan, vaatii paljon ohjausta ja kannusta toimintoihin”*

*Aloitekyvyn puute, (SHTal 3.0)* oli kirjattu naisen hoito- ja palvelusuunnitelmassa (N=1). Sisältönä oli asukkaan itsenäisen selviytymisen seikat. Talouden pitoon liittyvät asiat, siivous ja pyykkihuolto. Keskeisenä rakenteisessa kirjaamisessa oli päivittäisten asioiden hoitaminen itsenäisesti.

*”Tarvitsee ohjausta siivouksen ja pyykkäyksen aloittamisessa”*

*Muutos päätöksentekokyvyssä, (SHTal 3.0)* oli kirjattu naisen hoito- ja palvelusuunnitelmassa (N =3). Sisältönä kirjauksessa oli asukkaan itsemääräämisoikeus sekä hoitotahto.

*”Asukas tehnyt hoitotahdon, kunnioitettu asukkaan hoitotahtoa”*

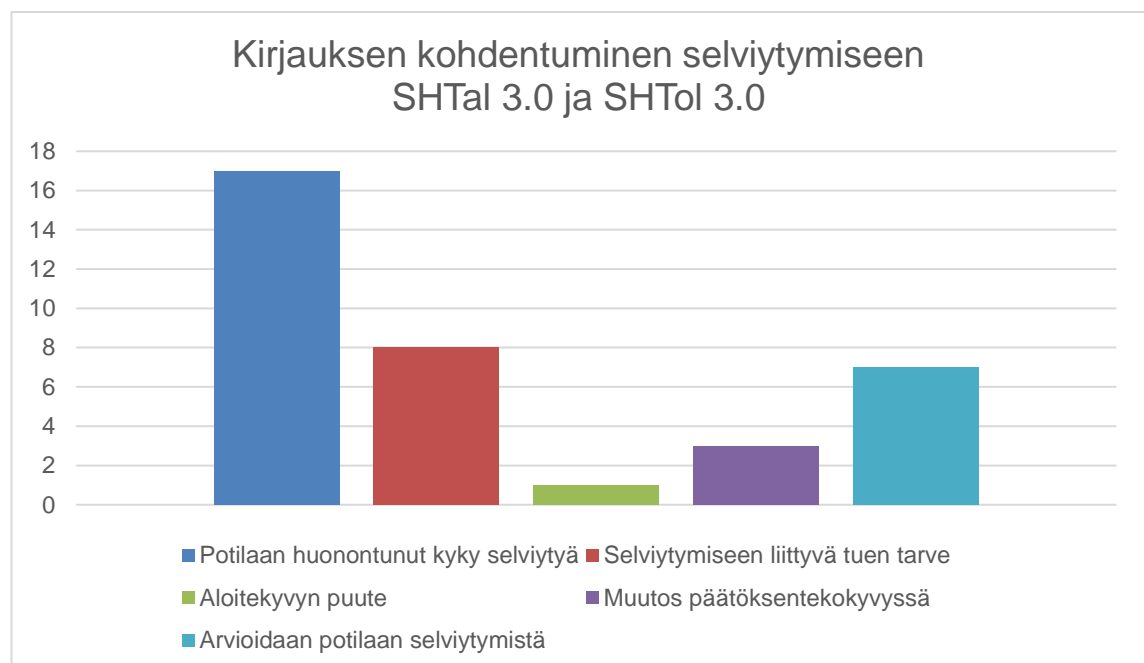
*Arvioidaan potilaan selviytymiskykyä, (SHToL 3.0)* oli kirjattu (N=7) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=5) ja naisen (N=2). Sisältönä kirjauksissa oli asukkaan liikkumiseen liittyviä turvallisuusriskejä ja niistä johtuvia turvallisuustekijöitä. Potilaan selviytymisen arviointiin oli kirjattu muistitestiin ja edunvalvontaan liittyviä asioita.

*”Pyörätuoli on lähettyvillä”*

*”Keskustelu asukkaan kanssa”*

*”Ohjattu asukasta olemaan edunvalvojaan yhteydessä”*

Hoito- ja palvelusuunnitelmien rakenteisessa kirjaamisessa oli mainittu IADL- ja ADL-toiminnot muutamissa selviytymisen kohdissa. IADL-tiedonkeruujärjestelmä (Instrumental Activities of Daily Living) asioiden hoitaminen ja niistä selviytyminen edellyttää sosiaalisia taitoja ja psyykkisiä voimavaroja. Vaikeuksia yleensä ilmenee ensin IADL-toiminnoissa. Joten IADL-toimintoja kartoittamalla voidaan henkilön toimintakykyä testata jo ennen varsinaista avun tarpeen muodostumista. Tunnetuin varsinainen ADL-mittari tiedonkeruumenetelmistä on Katzin ADL-indeksi. (Pia Laukkanen 2008, 294 – 298.) Kuviossa 6 on esitetty kirjauksen kohdentuminen selviytymiseen.



Kuvio 6. Kirjauksen kohdentuminen selviytymiseen

### 5.3 Kirjauksen kohdentuminen lääkehoitoon

FinCC-luokituksen mukaisen kirjaamisen lääkehoito -komponentin pää- ja alaluokka (SHTaL 3.0 ja SHToL 3.0) kohdista kirjauksia oli vaihtelevasti sekä miesten ja naisten

hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Lääkehoidon komponenttia ei käytetty (N=1) hoito- ja palvelusuunnitelmassa lainkaan.

Kirjaaminen lääkehoidon avun tarpeesta oli yleisesti sitä, että lääkkeet annetaan annosjakelupussista tai dosetista valvotusti suun kautta asukkaalle. Lääkkeitä voitiin jättää myös asukkaalle itsenäisesti otettavaksi myöhempänä ajankohtana. Lääkkeiden säilyttäminen oli joko asukkaalla itsellään tai palveluasumisyksikön toimistossa. Lääkkeiden jakaminen tapahtui yleensä hoitajan toimesta.

*Riskit, jotka liittyvät lääkkeiden käyttöön, (SHTaL)* oli kirjattu (N=2) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=1) ja naisen (N=1) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kirjaaminen piti sisällään lääkkeiden itsenäistä ottamista, annosjakelua, lääkityksen sopimattomuutta sekä lääkkeiden yhteisvaikutusta.

*”Osaa pyytää särkylääkettä tarvittaessa”*

*”Lääkkeet annetaan aamulla ja illalla valvotusti ja varmistetaan, että lääkkeet varmasti otanut”*

*Lääkitykseen vaikuttava hoitotyö, (SHTaL)* oli kirjattu (N=14) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=3) ja naisen (N=11) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kirjauksissa oli asukkaan annosjakelusta, lääkkeiden ottamisesta itsenäisesti tai valvottuna. Annosjakelupusseista lääkkeiden siirtäminen lääkelaseihin, joista asukas voi ne ottaa itsenäisesti. Lääkkeiden säilyttäminen oli kirjattu yleisesti tähän kohtaan. Palveluasumisen yksikössä asukkailla on käytössään tilit lääkkeitä varten jossakin apteekissa, tästä oli kirjaus yleensä tässä kohdassa. Lääkkeen antamisesta eri tavalla (suun kautta annettavat lääkkeet, injektiot, peräruiskeet, inhalaatiot, pintapuudutteet, lääke emättimeen, tippojen antaminen) oli kirjattu avun tarve lääkehoidossa kohdassa. Verenpaineen ja verensokerin mittauksesta sekä niiden seurannasta oli kirjaus tehty yleensä tähän kohtaan. Vuosikontrolli verinäytteiden ottamisesta oli kirjaus tässä kohdassa.

*”Hoitaja antaa lääkkeet valvotusti”*

*”Tarvitsee hoitajan varmistuksen, että ottaa lääkkeet ajallaan”*

*”Lääkkeet toistaiseksi dosetissa”*

*Hyödyllinen informaatio, joka vaikuttaa lääkitykseen, (SHTal 3.0)* oli kirjattu naisen (N=3) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Niiden sisältönä oli annosjakelusta sekä apteekkisopimuksista ja lääkkeiden laittamisesta lääkelaseihin. Lääkkeiden antaminen valvotusti asukkaalle. Verenpaineen ja painon mittauksesta sekä asukkaan lääkityksen toteuttamisesta.

*”Hoitajat huolehtivat asukkaan lääkityksen toteuttamisesta”*

*”Lääkkeet dosetissa”*

*”Verenpaineen ja painon mittaus kuukauden ensimmäinen päivä”*

*Lääkkeiden ottamiseen vaikuttava hoitotyö, (SHTaL 3.0)* oli kirjaus (N=11) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=5) ja naisen (N=6) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Niiden sisältönä oli lääkkeiden annosjakelusta ja lääkkeiden ottamisesta itsenäisesti tai valvottuna sekä lääkkeiden jakaminen annosjakelupusseista lääkelaseihin. Injektion pistäminen oli kirjattu tähän kohtaan. Lääkkeiden säilyttämisestä oli kirjaus (N=3) eri hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

*”Hoitaja jakaa dosetin, lääkkeet säilytetään toimiston kaapissa”*

*”Lääkkeet suoraan suuhun ja valvottava että nielee ne”*

*”Asukkaan lääkkeet anja-annospusseissa”*

*”Kykenee ottamaan lääkkeet itsenäisesti, kun ne hänelle kippon tai kädelle annetaan”*

*Lääkkeiden jakamiseen vaikuttava hoitotyö, (SHTal 3.0)* oli kirjaus miehen (N=1) hoito- ja palvelusuunnitelmassa, jonka sisältönä oli asukkaan mahdollinen itsenäinen asuminen jatkossa.

*”Asukas itsenäistynyt lääkehoidon osalta”*

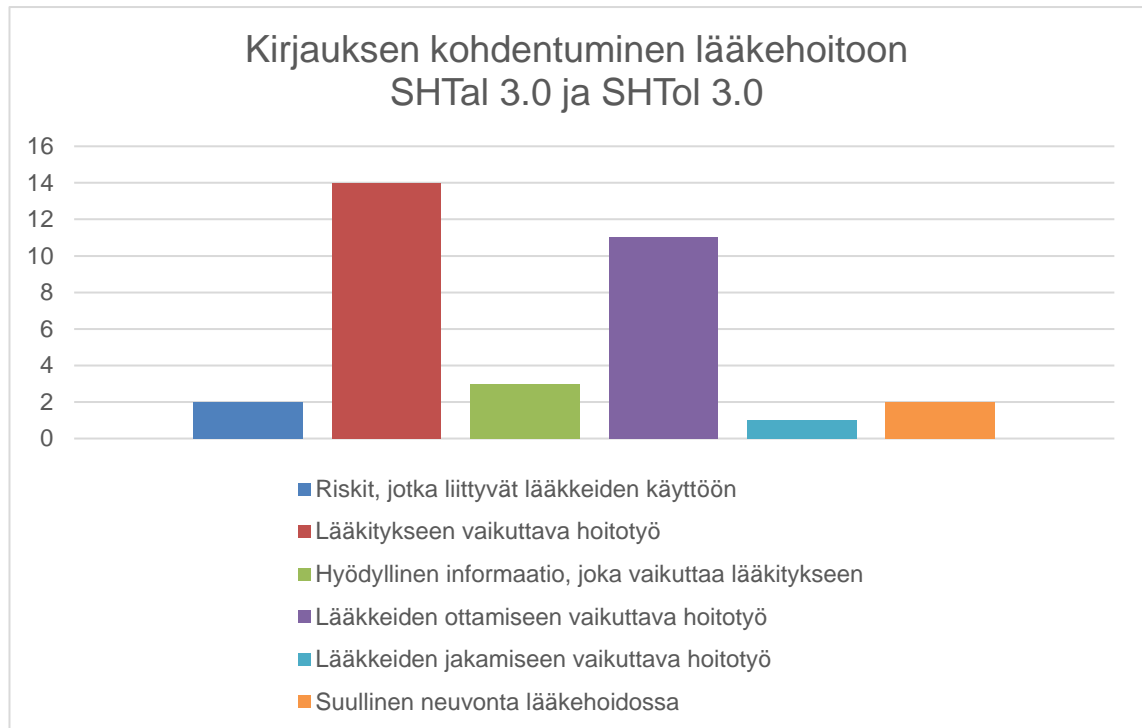
*Suullinen neuvonta lääkehoidossa, (SHToL 3.0)* oli kirjattu (N=2) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=1) ja naisen (N=1). Kirjauksien sisältöinä oli lääkkeiden ottamisen varmistaminen ja lääkemuutoksien läpi käyminen asukkaan sekä omaisen kanssa.

*”Käyty asukkaan ja omaisen kanssa lääkemuutoksia läpi”*



”Varmistetaan, että lääkkeet otettu”

Kuviossa 7 on esitetty kirjauksen kohdentuminen lääkehoitoon.



Kuvio 7. Kirjauksen kohdentuminen lääkehoitoon

#### 5.4 Kirjauksen kohdentuminen ravitsemukseen

FinCC-luokituksen mukaisen kirjaamisen ravitsemus -komponentin pää- ja alaluokka (SHTaL3.0 ja SHTol 3.0) kohdista rakenteinen kirjaaminen oli vaihtelevaa. Ravitsemuksen komponenttia ei käytetty (N=2) hoito- ja palvelussuunnitelmassa lainkaan.

*Muutokset ravitsemuksessa, (SHTaL 3.0)* oli kirjattu (N=4) hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Miehen (N=2) ja naisen (N=2) hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Sisältönä asukkaan omatoiminen kaupassa käyminen sekä aamupalan ja iltapalan laittaminen. *Tarkkaillaan painoa* (SHTol) kirjauksia oli tähän kohtaan samoin *erityisruokavalion toteuttaminen* sekä *nielemisvaikeus* (SHTaL) oli kirjattu myös tässä kohdassa. Asukkaan ruokailun seurannasta kirjauksessa oli mainittu, että oikeanlainen ravitsemus toteutuu sekä omatoimisuuden tukeminen ruokailussa.

*”Asukas käy asioimassa ruokakaupassa ja hoitaa aamiaisensa ja iltapalansa itse”*

*”Punnitaan parillisen kuukauden ensimmäisenä päivänä”*

*”Asukkaalla normaali kalaton ruokavalio”*

Tiedon tarve, joka liittyy ravitsemukseen, (SHTaL 3.0) oli kirjattu (N=8) hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kirjauksia oli miehen (N=3) ja naisen (N=5) hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kirjaamisen sisältönä oli asukkaan omatoiminen aamupalan, päivällisen ja iltapalan tekeminen sekä erityisruokavalio. Kirjauksissa mainittiin asukkaan omatoiminen kaupassa käynti yhdessä omaisen kanssa, asukkaan mahdollinen tili kaupassa tai kauppal palvelu. Asukas teki kauppalistan itsenäisesti tai hoitajan avustamana. Tähän kohtaan oli kirjattu asukkaan painon mittaus ja sen tarve.

*”Asukas käy omaisten kanssa ruokakaupassa kerran viikossa”*

*”Asukas tekee itsenäisesti aamupalan, päivällisen ja iltapalan”*

*”Tekee itsenäisesti kauppalistan ja antaa hoitajille”*

Tässä kohtaa kirjaamisessa oli käytetty FinCC-luokituksesta poikkeavaa kirjausta *Ruokailuun liittyvä avun tarve* (N=15) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tätä kirjaamista oli käytetty miehen (N=5) ja naisen (N=10) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kyseistä komponenttia ei ole FinCC-luokituksen mukaisessa kirjaamisessa. Sisältöinä oli asukkaan avuntarve ruuan valmistamisessa. Kauppalistan tekeminen yhdessä asukkaan kanssa tai asukas itse hoitaa kauppa-asiat. Asukkaan painon hallinta ja painon mittaus, ravitsemusohjaus sekä taloudelliset näkökohdat ravitsemushoidossa. Kirjaamisessa oli kiinnitetty huomiota erityisruokavalioon ja asukkaan omiin voimavaroihin ruokailuun liittyen. Asukkaan omatoiminen tai omaisen kanssa kaupassa käynti sekä omatoimisesta tai avustettavasta ruokailusta. Aamupalan valmistaminen, kauppatilausten tekeminen yhdessä hoitajan kanssa. Painon tarkkailu, ravitsemukseen liittyvä mahdollinen virheravitsemus ja edunvalvonnan sekä omaisten rooli asukkaan ravitsemushoidossa.

*”Aamuisin tarvitsee apua aamupuuron valmistuksessa”*

*”Punnitaan parillisen kuukauden viimeisenä perjantaina”*

*Ravitsemuksen tarkkailu, (SHToL 3.0)* oli kirjattu (N=8) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=4) ja naisen (N=4) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Sisältönä oli asukkaan siirtyminen ruokailuun, painon ja ruokailun seuranta.

*"Varmistettu asukkaan syöneen iltapalaa"*

*"Mitä syönyt yön aikana"*

*"Asukas saatettu yhteisruokailuun lounaalle ja siitä takaisin kotiin"*

*Turvataan ravinnon saaminen, (SHToL 3.0)* oli kirjattu (N=14) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=6) naisen (N=8) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Sisältöinä oli ruokailun varmistaminen, ruokailusta huolehtiminen hoitajan toimesta sekä asukkaan kanssa kauppatilauksen tekeminen. Kirjauksista kävi ilmi, että asukas suoriutuu omatoimisesti ruokailusta.

*"Avustettu asukasta kauppatilauksen teossa"*

*"Aamupala/iltapala tarjottu asukkaalle"*

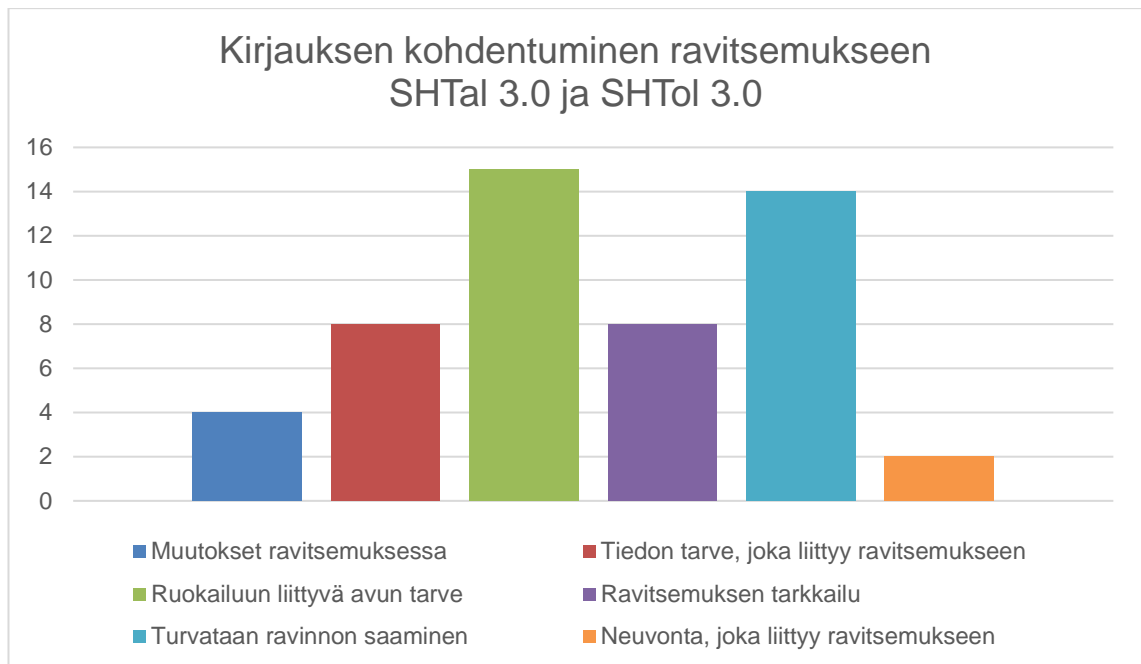
*"Varmistettu että on syönyt ja että on ruokaa kaapissa"*

*Neuvonta, joka liittyy ravitsemukseen, (SHToL 3.0)* oli kirjattu (N=2) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Miehen (N=1) sekä naisen (N=1) hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Sisältönä oli asukkaan painon kontrollointi ja kauppalistan tekeminen asukkaan kanssa yhdessä.

*"Ostoslista tehty yhdessä asukkaan kanssa"*

*"Paino mitattu"*

Kuviossa 8 on esitetty kirjauksen kohdentuminen ravitsemukseen.



Kuvio 8. Kirjauksen kohdentuminen ravitsemukseen

FinCC-luokituskokonaisuuden tarveluokituksesta (SHTaL 3.0) kirjauksia oli yhteensä (N =70) ja toimintoluokituksesta (SHToL 3.0) kirjauksia oli yhteensä (N =26). Kirjaaminen oli tarpeiden arvioinnin sijaan suunniteltuja toimintoja. Kuvassa 2 on esitetty kirjauksen kohdentuminen selviytymiseen, lääkehoitoon ja ravitsemukseen kokonaisuudessaan hoito- ja palvelusuunnitelmissa määrällisesti.



Kuva 2. Kirjauksen kohdentuminen selviytymiseen, lääkehoitoon ja ravitsemukseen määrällisesti

### 5.5 Kirjauksen kohdentuminen osallisuuteen

Tutkimuskysymys 2. ”Millaisena asukkaan oma osallisuus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteisessa kirjaamisessa palveluasumisen yksikössä?” analysoitiin aineistolähtöisesti.

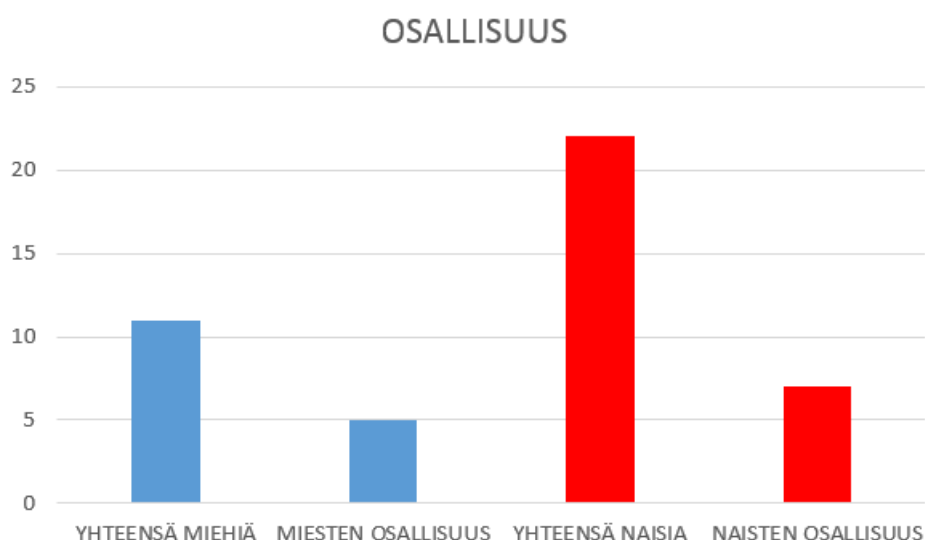
Asukkaan oma osallisuus näkyi vähäisissä määrin hoito- ja palvelusuunnitelmien hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa palveluasumisen yksikössä. Opinnäytetyön aineistona oli (n =11) miehen hoito- ja palvelusuunnitelmat. Miesten (N=5) hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli mainittu asukkaan osallisuudesta. Aineistossa oli (N=22) naisen hoito- ja palvelusuunnitelmat. Naisten (N=7) hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli mainittu asukkaan osallisuudesta. Yhteensä (N=12) hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli mainittu asukkaan sosiaalisesta, fyysisestä tai psyykkisestä osallisuudesta.

Osallisuudesta kirjaaminen oli asukkaan kannustamista osallistumaan palveluasumisen yksikön yhteisiin tilaisuuksiin sekä olemalla säännöllisesti yhteydessä läheisiin. Sosiaalisen kanssakäymisen tärkeys korostui kirjattaessa osallisuudesta. Kirjaamisessa oli otettu huomioon asukkaan toiveet erilaisista aktiviteetin muutoksista, monipuolinen ja virikkeellinen arki sekä kiinnostuksen kohteet. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen oli osallisuuden tärkeä osa kirjaamisessa. Asukkaan oma osallisuus oli kirjattu hoitajan kanssa yhteisiin keskusteluihin osallistumisena, jolloin asukas voi vaikuttaa omaan hoito-

ja palvelusuunnitelman sisältöön. Asukkaan erilaiset fyysiset rajoitteet oli huomioitu kirjaamisessa, jolloin asukas voi omalla tavallaan olla mukana osallistumassa yhteisiin toimintoihin.

*”Kannustetaan asukasta pitämään yhteyttä omaisiinsa ja osallistumaan yhteisiin tilaisuuksiin”*

Kuviossa 9 on esitelty kirjauksen kohdentuminen osallisuuteen.



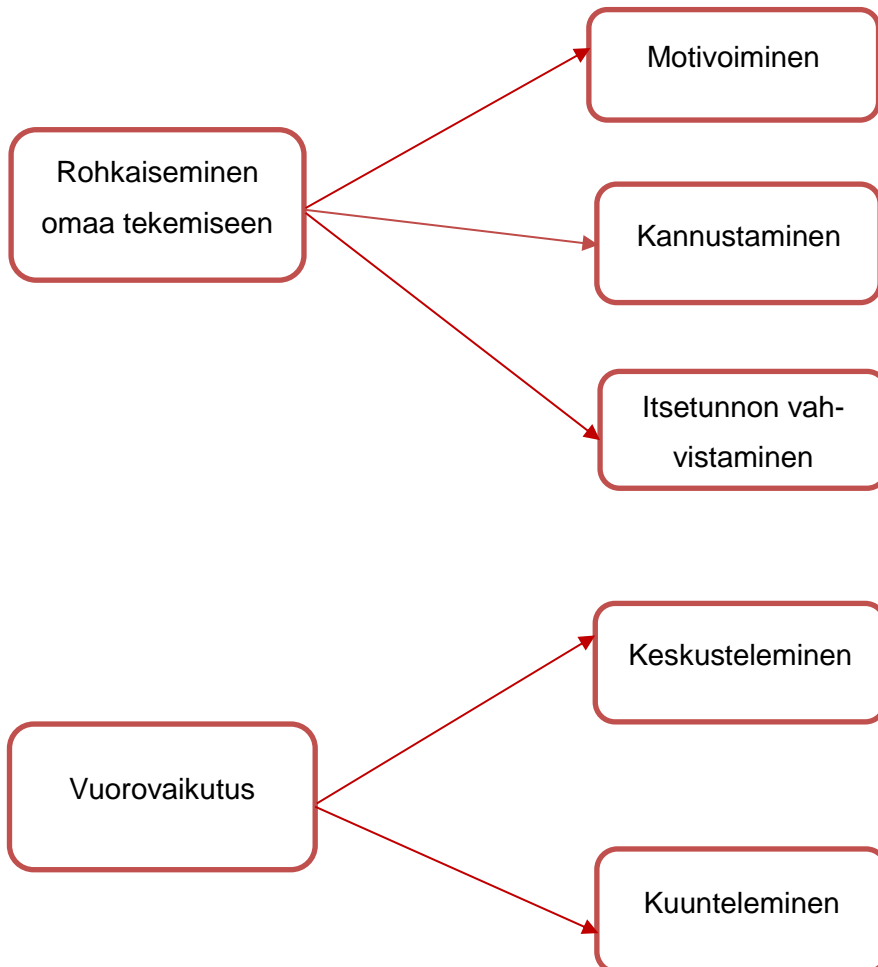
Kuvio 9. Kirjauksen kohdentuminen osallisuuteen.

### 5.5.1 Sosiaalinen osallisuus

Sosiaalista osallistumista yläluokkana oli kuvattu kahdella eri tavalla, rohkaiseminen omaan tekemiseen ja vuorovaikutus. Kuviossa 10 on esitetty sosiaalisen osallisuuden yläluokat. Sosiaalisen osallisuuden sisältönä hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa oli rohkaiseminen omaan tekemiseen, johon sisältyi asukkaan motivoiminen ja kannustaminen osallistumaan erilaisiin toimintoihin. Motivoiminen ja kannustaminen vahvistivat asukkaan itsetuntoa. Vuorovaikutuksessa korostuivat asukkaan kanssa keskusteleminen ja kuunteleminen. Yleistä kirjaamisessa oli sosiaalinen kanssakäyminen omaisten ja ystävien kanssa. Kirjauksista kävi ilmi luottamus ja kunnioitus asukasta kohtaan. Asuk-

kaan omat taidot ja tiedot oli otettu huomioon. Kirjauksista kävi ilmi osallisuuden merkityksellisyys toiminnassa, yhteenkuuluvuuden tunne. Sosiaalisella osallisuudella kirjauksissa edistettiin asukkaan taitoja ja kykyjä.

*”Asukas osallistunut seurakunnan tapahtumaan”*



Kuvio 10. Sosiaalisen osallisuuden yläluokat

### 5.5.2 Fyysinen ja psyykinen osallisuus

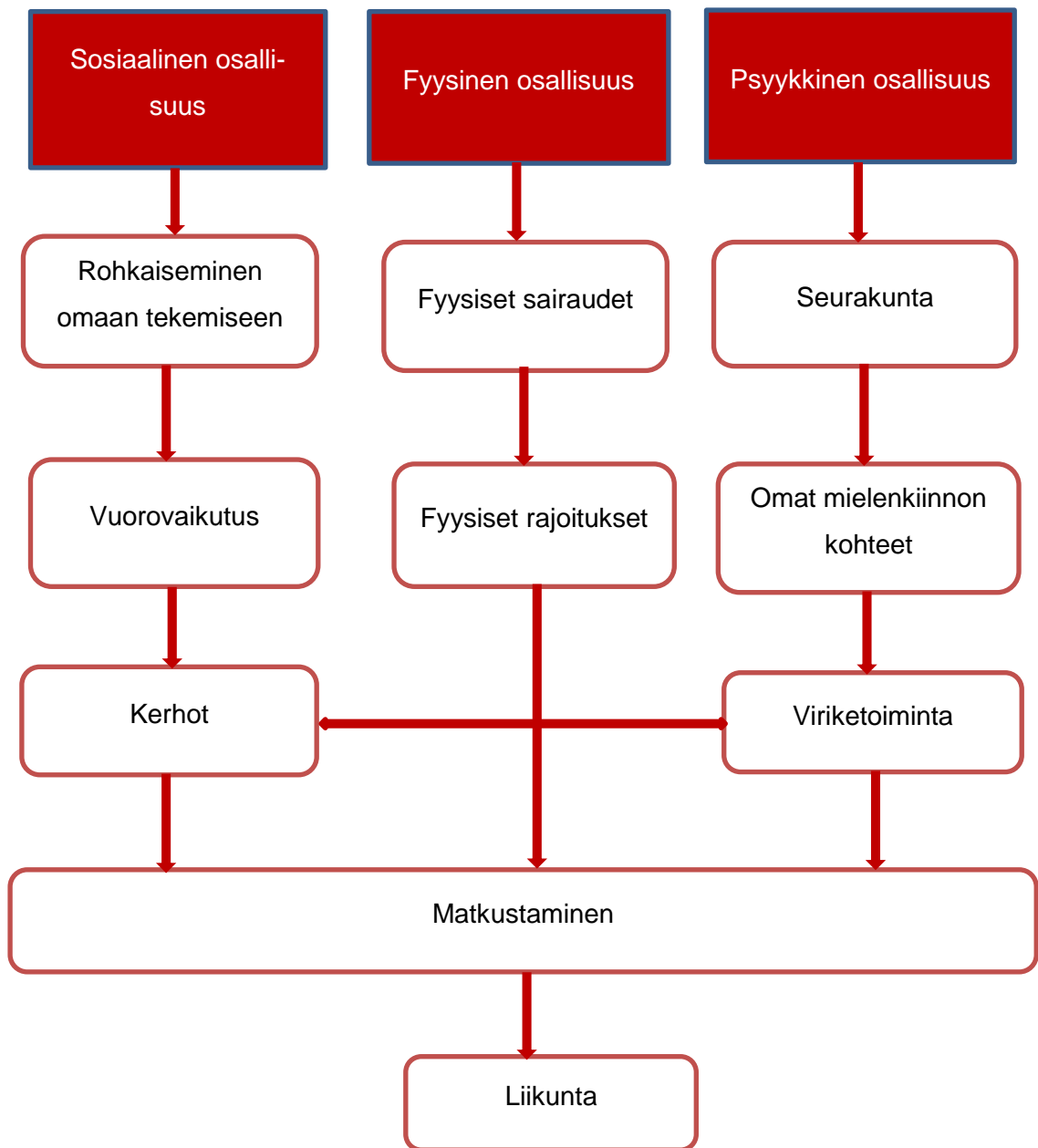
Fyysisen osallisuuden sisältönä hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa oli asukkaan fyysiset edellytykset osallistua palveluyksikössä tapahtuviin yhteisiin liikunta- ja lauluryhmiin. Sisältönä oli asukkaan fyysiset rajoitukset arjessa selviytymisessä.

Psyykkiseen osallisuuteen oli kirjattu omaisten yhteydenotot erilaisilla tavoilla. Omaisten tuki asukkaan hyvinvoinnissa korostui. Asukkaan omat toiveet osallisuudesta oli kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Yleisintä kirjauksissa oli viriketoimintaan osallistuminen. Kirjauksien sisältönä oli asukkaan toive säännöllisistä keskusteluista hoitajan kanssa. Kirjauksissa kävi ilmi asukkaan itsetunnon vahvistaminen osallisuuden avulla. Asukkaan omista mieltymyksistä ja erilaisista kiinnostuksen kohteista oli kirjauksia hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Asukkaan kanssa sovituista asioista pidetään kiinni.

*”Sosiaalisen kanssakäymisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen”*

Osallisuus muodostui kolmesta pääluokasta, jotka olivat sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen osallisuus. Näiden pääluokkien sisältöinä olivat erilaiset osallisuuteen vaikuttavat tekijät. Kuviossa 11 on esitetty sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen osallisuus.





Kuvio 11. Sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen osallisuus

## 6 Pohdinta

### 6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tieteellisessä toiminnassa sekä tutkimuksessa on tutkimuksen eettisyys kaiken toiminnan ytimenä. Aitoa kiinnostusta aiheen tutkimiseen ja uuden tiedon saamiseen tutkittavasta aihe-alueesta. Tunnollisuus tiedon hankkimisessa ja jakamisessa. Tiedon hankkimisessa on oltava rehellinen. Tutkimusta tehdessä tulee eliminoida vaaratekijät. Tutkimuksessa tulee kunnioittaa ihmisarvoa. Tutkimuksesta saatua tieteellistä informaatiota käytetään siten, että sosiaalisen vastuun vaatimuksen seikat toteutuvat. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017:211 - 212.) Yhteiskunnallinen merkitys ja tutkimuksen vaikutus tutkimukseen osallistuvilla on otettava huomioon. Hyödyllisyys näkökulma on otettava huomioon jo tutkimusta suunniteltaessa. Tarpeettomien haittojen ja epämukavien riskien minimointia on vältettävä tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017:218.)

Eettisyyteen kuuluu tutkimusaineiston käsittely, säilytys sekä hävittäminen. Eettisyyden lähtökohtana on, että tutkittavia kohdellaan rehellisesti ja heihin suhtaudutaan kunnioitavasti. Suostumuksen pyytäminen tutkimukseen osallistumisesta on osa kunnioitusta. Suostumus tutkimukseen vaatii informoimisen tutkimuksen monipuolisesti mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tutkittavien oikeudet ja velvollisuudet on kuvattava mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkittavien henkilöllisyyttä ei paljasteta tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkittaville annetaan mahdollisuus tutkimuksen kieltäytymiseen tai sen keskeyttämiseen niin halutessaan. Tutkimukseen osallistujan suostumus täytyy perustua tietoiseen suostumukseen. (Leino & Kilpi & Välimäki 2003: 290, 296.) Oikeudenmukaisuuden on toteuduttava tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuvien on oltava tasa-arvoisia. Tutkimusta ei saa tehdä, jos tutkimus pohjautuu tutkimukseen osallistuvan haavoittuvuuteen. Tutkijalla ei saa olla vaikutusvaltaa tutkimukseen osallistujiin. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017:221.)

Luottamuksellisuus liittyy oleellisesti tutkimusaineiston käsittelyyn. Tutkijan on käytävä keskustelua tutkittavan kanssa, jossa tutkittava antaa suostumuksen tutkimuksen teolle. Pelkkä lupaus luottamuksellisuudesta tutkimusaineiston käsittelyssä on riittämätön. Yksityiskohtaisuuksien selvittäminen tutkittavalle ja miten luottamuksellisuus toteutuu käytännössä tutkimuksen eri vaiheissa, on tämä seikka tutkijan tuotava esille tutkimusta

aloittaessa. Tutkijan on tehtävä yksityiskohtainen selvitys esimerkiksi siitä, ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin ja kuinka heidän henkilöllisyytensä salaaminen käytännössä tapahtuu. Laissa on myös määritelty, että luottamuksellisuuden takaaminen on tutkijan moraalinen velvollisuus. (Mäkinen 2006:115-116.)

Keskeinen lähtökohta hyvälle tieteelliselle tutkimukselle on, että tutkimus noudattaa tiedeyhteisön yhteisesti sovittuja toimintatapoja. Toimintatapoihin kuuluvat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Tutkijoiden on huomioitava asianmukaisesti muiden tutkijoiden tekemät työt ja tulokset. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemiä toimenpiteitä sekä tehdä viittaukset asianmukaisella tavalla. Tarvittavien tutkimuslupien hankinta on suoritettu ja tietyillä aloilla vaadittavat eettiset ennakoarvioinnit on tehty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012.)

Opinnäytetyötä tehtäessä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan TENK laatimien ohjeiden mukaisesti hyvää ja tarkkaa tieteellistä käytäntöä. Rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta on noudatettu koko opinnäytetyön prosessin ajan. Tiedonhaku, tutkimusmenetelmien käyttö sekä opinnäytetyön tulosten arviointi on ollut avointa ja vastuullista. Tutkimuksesta saatujen tulosten julkaisussa on pyritty avoimeen viestintään. Lähdeviitteitä ja teksti lainauksia on käytetty tarkasti sekä listattu ne lähdeluetteloon. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017:224 – 225.) Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa on otettu huomioon myös eettiset ja kestävät kriteerit. Opinnäytetyössä käytettävää aineistoa hoito- ja palvelusuunnitelmat (n =33) on käsitelty siten, että ulkopuoliset henkilöt tai tahot eivät ole päässeet materiaaliin käsiksi. (TENK 2012.) Plagioinnin ja alkuperäisyyden tarkistus opinnäytetyölle on tehty Turnitin Originality Check –ohjelmalla ammattikoulun laatusuosituksen mukaisesti.

Tutkimuslupa haettiin opinnäytetyöhön asianmukaisesti ja palvelualuejohtaja myönsi tutkimuslupan 29.10.2018. Tutkin asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia siten, että en saanut tietooni asukkaasta mitään henkilötietoja, nimeä, syntymäaikaa tai sukupuolta. Tällöin ei tarvinnut laatia rekisteriselostekuvausta. Eettisen toimikunnan lupaa opinnäytetyön tekemiseen ei tarvittu, koska hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkastelu tapahtui takautuvasti ja henkilötietoja koskevia tietoja ei tutkimusaineistossa ollut. Tutkimuslupan saatuani kävin palveluasumisen yksikössä esittelemässä tulevaa opinnäytetyötäni tutkimussuunnitelman pohjalta. Saatekirje on liitteenä (Liite 1). Palveluasumisen yksikön hoitohenkilökunta tulosti minulle asukkaiden (N=33) hoito- ja palvelusuunnitelmat marraskuussa 2018. Kävin noutamassa ne henkilökohtaisesti palveluasumisen yksiköstä. Aineiston keruu tutkimuksessa tapahtui luotettavasti. Olen pitänyt huolen, että hoito- ja

palvelusuunnitelmat eivät ole muiden kuin minun käytettävissä ja nähtävissä. Niiden hävittäminen tapahtuu opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tietosuoja noudattaen. Niissä ei näkynyt asukkaan nimeä tai henkilötunnusta. Hoito- ja palvelusuunnitelmista ei käynyt ilmi kuka työntekijä oli tehnyt hoito- ja palvelusuunnitelman. Sukupuolesta oli vain merkintä hoito- ja palvelusuunnitelman oikeassa yläkulmassa. Sidonnaisuudet eivät ole vaikuttaneet opinnäytetyön tutkimuksen tekemiseen tai tuloksiin. En työskentele palveluasumisen yksikössä, josta olen saanut hoito- ja palvelusuunnitelmat (n =33). Minulla ei ole omaisia tai tuttavvia palveluasumien yksikössä asukkaina. Opinnäytetyöhön ei käytetty tutkimusapurahoja tai muuta rahoitusta.

Eettisyys periaatteet liittyvät koko opinnäytetyön etenemiseen. Aiheen valinta on sinänsä jo eettinen ratkaisu. Eettisessä pohdinnassa käydään lävitse kenen ehdoilla ja mistä syystä tutkimusta tehdään. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017:218; Tuomi & Sarajärvi 2018:148.) Opinnäytetyön aihe tuli työyhteisöstä ja oma kiinnostus hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen on ollut kiinnostuksen aiheenani työni kautta jo vuosien ajan. Kirjaamisen merkitys hoitotyössä on näiden vuosien aikana lisääntyvässä määrin korostunut. Tietosuojalaki (1050/2018) astui voimaan 1.1.2019 ja KanTa tiedonhallinta lisäävät rakenteisen kirjaamisen merkitystä. Erityisesti reklamaatiotilanteissa hoitotyön rakenteinen kirjaaminen korostuu. Kirjaamisen merkitys asukkaan oikeusturvan kannalta on merkityksellistä. Hoitotyön rakenteista kirjaamista voidaan tarkastella myös taloudellisuuden näkökulmasta. Rakenteisesti kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelma palvelee hoitotyön tekemistä suunnitelmallisesti ja organisoidusti. Taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna hoitotyön rakenteisella kirjaamisella katsotaan olevan yhteiskunnallista merkitystä. Opinnäytetyön prosessi kokonaisuudessaan on ollut motivoivaa ja hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tarkastelu on antanut uutta tietoa kirjaamisesta.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuutta voidaan laadullisessa tutkimuksessa tarkastella tutkimuksen vahvistettavuuden, refleksiivisyyden, siirrettävyyden ja uskottavuuden kriteereillä. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa olemme kiinnostuneita osallistujien näkökulmasta tutkittavaan ilmiöön ja erityisesti sen moninaisuudesta. Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuus on hieman ongelmallista, koska saman aineiston perusteella toinen tutkija voi päätyä toiseen tulokseen. Laadullisessa tutkimuksessa on monta hyväksyttävää

todellisuutta. Refleksiivisyys tutkimuksessa edellyttää tutkimuksen tekijän ymmärtämystä omista lähtökohdistaan. On oltava tietoinen siitä, miten hän itse vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tuloksiin. Tutkimuksen tuloksissa on riittävästi kuvailtava osallistujia ja tutkimusympäristöä, jolloin lukijalle välittyy tietoa tulosten siirrettävyydestä luotettavasti. Luotettavuuden arvioinnissa kuvataan sitä, miten luotettavaa tietoisuutta tarkastelun avulla on saavutettu. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 – 129; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290; Kylmä & Juvakka 2014, 127 – 134.)

Uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimuksesta saadut tulokset on kuvattu ymmärrettävästi. Tuloksista tulee käydä ilmi analyysin tekotapa ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuuksia ja rajoituksia. Tutkimukseen osallistuvien kanssa keskusteleminen tutkimuksen eri vaiheissa vahvistaa oikeellisuutta tutkimuksessa. Tutkimukselle oikeellisuutta lisäävä elementti on myös se, että tutkimuksen tekijällä on mahdollisuus olla riittävästi tekemisessä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen vahvistaa uskottavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa kiinnostuneisuus tutkimuksen osallistujan näkökulmaan on oleellista. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017:198; Kylmä & Juvakka 2014: 127 – 134.)

Tutkimusprosessiin kuuluu vahvistettavuus koko prosessin ajan. Vahvistettavuus on sitä, että toinen lukija pysyy ajan tasalla prosessin kaikissa vaiheissa ja voi seurata pääpiirteittäin prosessin etenemistä. Vahvistettavuus on osittain kiistanalainen laadullisessa tutkimuksessa. Toisen tutkijan päätyminen toiseen tulkintaan samasta aineistosta voi olla mahdollista. Toisenlaiset todellisuuskäsitykset hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2014:129.) Vahvistettavuutta opinnäytetyön tutkimusprosessin toteutumisessa on antanut Metropolia ammattikorkeakoulun oppilaitoksen opetus ja säännöllinen ohjaajien tuki. Opiskelija kollegoiden tuki on ollut myös ensiarvoisen tärkeää. Opponointi opinnäytetyön eri vaiheissa on tuonut vahvistettavuutta opinnäytetyön etenemiseen. Luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon tutkimuksen kohde ja tarkoitus sekä velvollisuudet, jotka vaikuttavat tutkimuksen tekemiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018:163.)

Luotettavuustekijänä opinnäytetyössä on ollut se, että olen ennen analyysin tekemistä perehtynyt induktiivisen ja deduktiivisen sisällönanalyysin tekemiseen. Opinnäytetyössäni olen toiminut yleisten käytäntöjen mukaisesti kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. Kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä voi yksin työskentelyssä tulla sokeaksi omalle työlleen,

joten inhimillisen virheen mahdollisuus on olemassa. (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2017:197.) Analyysiä tehtäessä on noudatettu erityistä huolellisuutta. Olen pitänyt tutkimuspäiväkirjaa opinnäytetyöni alkamisesta lähtien. Opinnäytetyön tuloksia avatessa on käytetty suoria lainauksia, jolloin aineiston ja tulosten välinen yhteys on todennettavissa. Tällöin opinnäytetyön kuvauksen laajentuminen on mahdollista.

### 6.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Tarkoituksena opinnäytetyössä oli kuvata hoitohenkilökunnan toteuttamaa FinCC-luokituksen mukaista hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöä palveluasumisen yksikössä. Tarkastelin opinnäytetyössä selviytymistä, lääkehoitoa ja ravitsemuksen kirjaamista hoito- ja palvelusuunnitelmissa sekä osallisuutta. Tarkastelussa otettiin huomioon SHTal 3.0 pää- ja alaluokat, jolloin saatiin kattavampi kuvaus sisällöstä. Hoitotyön kirjaaminen tulee näkyväksi jatkossa Kanta- ja Kansa-järjestelmään, jolloin hoitotyön kirjaamisen merkitys korostuu. Tuloksista kävi ilmi, että hoitotyön rakenteisen kirjaamisen mukaisesti selviytymisestä oli kirjauksia erittäin vähän. Tulosten mukaan palveluasumisen yksikön asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältö oli vaihtelevaa. Kirjaaminen ei noudattanut yhdenmukaista hoitotyön rakenteista kirjaamista. Tulosten tarkastelu herättää kysymyksen siitä, miten kirjaamisen sisältöjen kattavuutta, toimintokeskeisyyttä ja luokituskokonaisuuteen perustuvaa rakenteista kirjaamista huomioidaan hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa. Jotta hoitotyön rakenteista kirjaamista voidaan kehittää iäkkäiden hoito- ja palvelusuunnitelmien osalta kokonaisvaltaiseksi, kattavaksi ja yhdenmukaiseksi on kysymykseen etsittävä vastausta. Psykkisen hyvinvoinnin havainnointia kirjattaessa hoito- ja palvelusuunnitelmiin rakenteisesti on vähäistä siitäkin huolimatta, että se on yksi ikääntyneiden asukkaiden hoidon ja palvelun tarpeen arviointiin kuuluva osa-alue. (Päivärinta & Haverinen 2002.)

Kirjaamisen sisältö painottui asukkaan tarpeiden arvioinnin sijasta suunniteltuihin toimiin. Päivittäiset toiminnot ja aktiviteetit oli kirjattu yleisesti hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Kirjaamisessa oli keskitytty kirjaamaan toteutumista. Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältö oli tehtävä- ja toimintakeskeistä. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu samansuuntaisia tuloksia. (Turjamaa ym. 2015.) Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen pitäisi olla tarvelähtöistä. Muutamassa hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjaaminen tehty hoitotyön rakenteisen kirjaamisen muodossa. Kirjaamisessa oli otettu huomioon asukkaan heikentynyt selviytymiskyky oikealla tavalla. Kirjauksessa oli merkintä liikku-

misesta itsenäisesti ilman apuvälineitä. Taustatietoja oli kirjattu erittäin hyvin ja yksityiskohtaisesti. Muutoinkin kyseisessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli hoitotyön rakenteinen ja voimavaralähtöinen kirjaaminen otettu hyvin huomioon. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjattu hoitotyön rakenteisen kirjaamisen mukaisesti myös lääkehoito, ravitsemus ja osallisuus. Lääkehoidosta, ravitsemuksesta ja osallisuudesta ei oltu kirjattu mitään yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Ainoastaan asukkaan heikentynyt selviytymiskyky oli kirjattu. Yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli kirjaus vain lääkehoidosta, ei lainkaan mitään kirjausta selviytymisestä, ravitsemuksesta tai osallisuudesta. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa saumattoman muodon ja rakenteen puutteita. Se heikentää johdonmukaisuutta kirjaamisessa. Havaittavissa oleviin tiedonkulun ja hoidon koordinointi vaikeuksiin voidaan vastata käyttämällä hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa yhtenäistä ja yleisesti sovittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (Dykes ym.2014.)

### 6.3.1 Selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan toteuttamaa FinCC-luokituksen mukaista hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöä palveluasumisen yksikössä ja tuottaa tietoa hoitotyön rakenteisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa FinCC-luokituskokonaisuuden tarveluokituksista (SHTal) ja hoitotyön toimintoluokituksista (SHTol) selviytyminen, lääkehoito ja ravitsemus. Tuloksissa tuli ilmi, että palveluasumisen yksikön asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisällöt vaihtelivat suuresti. Sisältöinä kirjaamisessa oli suunniteltuja toimintoja. Tarpeiden arvioinnin kirjaaminen oli vähäistä ja vaihtelevaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisen sisältöjen kattavuus oli vaihtelevaa. Aiemmin tehdyissä hoito- ja palvelusuunnitelmia koskevissa tutkimuksissa on havaittu samansuuntaisia tuloksia. (Turjamaa, Riitta & Hartikainen, Sirpa & Kangasniemi, Mari & Pietilä, Anna-Maija 2015; Wang, Ning & Hailey David & Yu Ping 2011.)

Selviytymisen kirjaamisessa korostui sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja kannustaminen asukkaita pitämään yhteyttä omaisiin ja läheisiin. Muutokset sosiaalisessa kanssakäymisessä koettiin tärkeiksi seikoiksi, joihin kiinnitettiin erityistä huomiota. Kirjaamisessa oli otettu huomioon keskustelut hoitajan kanssa, joka oli tärkeä muoto omatoimisuuden tukemisessa. Kirjaamisessa kiinnitettiin huomioita asukkaan passiivisuuteen, ei passata asukasta. Itsenäinen selviytyminen mahdollisimman pitkään päivittäisissä toiminnoissa. Asukkaan omien voimavarojen tukemisen kirjaamista oli joissakin hoito- ja

palvelusuunnitelmissa. Voimavaroissa oli otettu huomioon asukkaan arkiset toiminnot, arjen mielekkyys ja mielialan tasapainottaminen. FinCC-luokituksen mukaisen Selviytymisen tarveluokituksen (SHTal 3.0) komponentin pää- ja alaluokkia ja Selviytymisen toimintoluokituksen (SHTol 3.0) pää- ja alaluokkia oli käytetty hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa vaihtelevasti. Joissain hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli kirjaamisessa käytetty erittäin kattavasti FinCC-luokituksen mukaista kirjaamista sekä tarveluokituksessa että toimintoluokituksessa. Fyysisen selviytymisen kyvyn kirjaaminen oli tavoitteellista. Kirjaamisessa oli oleellista fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja millaisia vaikutuksia sillä oli ollut asukkaalle. Kirjaamisen sisällöistä korostui asukkaan ohjaus päivittäisten toimintojen tukemisessa.

Lääkehoidon kirjaamisessa korostui turvallinen, säännöllinen, tarpeenmukainen, sujuva ja oikeanlainen lääkehoito. Asukkaan omatoimisuus lääkehoidon toteuttamisessa sekä hoitajien antama ohjaus ja huolehtiminen lääkehoidosta. Kirjaamisessa oli huomioitu asukkaan näön tai kuulon heikkous sekä muut asukkaan itsenäiseen lääkehoitoon vaikuttavat tekijät. Esimerkkinä voisi mainita asukkaan nielemisvaikeudet. Kirjaamisessa kävi ilmi, miten asukkaan lääkkeiden säilytyksessä ja lääkkeiden annosjaossa toimitaan. Palveluasumisen yksikön asukkailla useimmilla sopimukset johonkin apteekkiin, näistä kirjaamiset tehty hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Joissain hoito- ja palvelusuunnitelmissa oli kirjauksissa huomioitu asukkaan omat voimavarat lääkehoidon toteutumisessa. Lääkkeiden vaikutuksen seuranta oli kirjattu useisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin.

Ravitsemuksen kirjaamisessa korostui asukkaan riittävä, terveellinen, monipuolinen, säännöllinen ateriarytmi ja iänmukainen ravitsemus. Oli hienoa huomata, että kirjaamisessa kiinnitetty huomiota myös ruokailuhetken mielekkyyteen ja mieliruokien huomioon ottamiseen. Kirjaamisessa huomioitu asukkaan erityisruokavaliot ja nielemisvaikeudet. Asiantuntijapalveluiden käyttäminen asukkaan ravitsemustilan arvioinnissa oli kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asukkaan omatoiminen ravitsemuksesta huolehtiminen, johon liittyi kaupassa asiointia, aamupalan, päivällisen ja iltapalan laittamista. Asukkaan omien voimavarojen tukeminen kannustamalla itsenäiseen ruokailuun oli myös mainittu muutamassa hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Painon seuranta oli huomioitu useissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa.



### 6.3.2 Osallisuus

Opinnäytetyön tavoitteena oli myös saada tietoa osallisuuden sisällöstä hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa. Aineistona oli (n =11) miehen hoito- ja palvelusuunnitelmat. Miesten (N=5) hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli mainittu asukkaan osallisuudesta. Aineistossa oli (N=22) naisen hoito- ja palvelusuunnitelmat. Naisten (N=7) hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli mainittu asukkaan osallisuudesta. Yhteensä (N=12) hoito- ja palvelusuunnitelmassa oli mainittu asukkaan sosiaalisesta, fyysisestä tai psyykkisestä osallisuudesta.

Osallisuuden kirjaamisessa korostui sosiaalinen osallisuus, virikkeellisyys ja toiminnallisuus arjessa. Kirjaamisessa painottui fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Osallisuuden kirjaamisessa oli myös huomioitu asukkaan arjen mielekkyys. Asukkaan kannustaminen osallistumaan yhteisiin tilaisuuksiin ja toimintaan palveluasumisen yksikössä. Sosiaalinen kanssakäymisen ylläpitäminen omaisten ja läheisten kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjauksista kävi ilmi, että asukkaan osallisuuden tukemisessa hoitohenkilökunnan rooli oleellinen. Hoitajan kanssa säännölliset keskustelut oli kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan sekä motivointi ja kannustaminen.

### 6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Johtopäätöksenä opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan ehdottaa koulutuksen lisäämistä, jotta hoitotyön rakenteinen kirjaaminen toteutuisi ja yhtenä vaihtoehtona tässä olisi oppilaitosyhteistyön hyödyntäminen. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen sisällön kehittämisessä tarvitaan lisäkoulutusta. Kirjaamisen sisältöjen vaihtelevuutta oli nähtävissä hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Asukkaan tarpeiden arvioinnin sijasta keskeisintä oli suunniteltujen toimintojen kirjaaminen. Vapamuotoista kirjaamista käytettiin useissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Vapamuotoinen kirjaaminen tapahtuu yleensä vailla sisältöä ohjaavaa rakennetta. Hoito- ja palvelusuunnitelmien rakenteisessa kirjaamisessa johdonmukaisuutta vaikeuttaa yhteneväisen rakenteen ja muodon puute. Säännöllisen ja järjestelmällisen kirjaamiskoulutuksen lisääminen palveluasumisen yksikössä olisi erityisen tärkeää. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen koulutuksessa tulisi ottaa huomioon palveluasumisen yksikön mahdolliset sijaiset ja uuden työntekijät. On oleellista, että koko henkilökunta saa järjestelmällistä sekä päivitettyä koulutusta, siten luodaan edellytykset siihen, että potilaan hoito etenee joustavasti. Säännönmukainen koulutus sitouttaa hoi-

tohenkilökuntaa paremmin ja tulokset hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa tulevat näkyviksi. Erityisesti tulisi kiinnittää huomioita hoitotyön kirjaamisen koulutuksen sisältöön. Koulutuksen sisältö ohjaa korkealuokkaiseen hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen. Lain-säädäntöä, joka ohjaa hoitotyön kirjaamista, tulisi myös tuoda entistä paremmin julki. Hoitotyön kirjaamisen auditoinnista olisi myös hyötyä. Ammatillisessa koulutuksessa tulisi myös entistä enemmän kiinnittää huomioita hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen. Hoitotyön kirjaamiseen yleensä suhtaudutaan välinpitämättömästi. Kirjaamiseen arvostami-seen hoiva-alalla pitäisi kiinnittää huomioita.

Hyvällä ja laadukkaalla hoitotyön rakenteisen kirjaamisen osaamisella saavutamme ikääntyneille palveluasumisen yksikön asukkailla hyvän ja turvallisen olotilan. Rakentei-nen kirjaaminen on osa potilasturvallisuutta. Tavoitteelliset näkökohdat selviytymisestä, ravitsemuksesta, lääkehoidosta ja osallisuudesta tulevat näkyviksi. Palvelutarpeen arvi-oinnissa ja palvelun suunnittelussa keskeinen osa on asukkaan osallisuudella. Osalli-suudella luodaan myös turvallisuutta palveluasumisen yksikön asukkaalle. Osallisuus on osa laadukasta ja asiakaslähtöistä toimintaa. Jatkosuunnitelmana voisi olla mittareiden kehittäminen näiden osa-alueiden tutkimiseen. Tiiviin yhteistyön tekeminen oppilaitosten kanssa sekä muiden työyhteisöjen kanssa edesauttaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen kehittämisessä. Vahvistamalla luokituskokonaisuuteen perustuvaa rakenteista kirjaa-mista osana hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamiskäytännöissä, näin voidaan lisätä hoito- ja palvelusuunnitelmien sisältöjen yhdenmukaisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Po-tilastietojärjestelmien kehittämisen yhteydessä on otettava huomioon potilasasiakirjojen rakenteinen kirjaaminen. Henkilöstön mukaan ottaminen kehittämistyössä kokemusasiantuntijoina on erityisen tärkeää.

Asianmukaisilla ja kattavilla hoito- ja palvelusuunnitelmilla on merkitystä palveluasumi-sen yksikön asukkaalle ja koko työyhteisölle. Voimavaralähtöinen hoito- ja palvelusuun-nitelmien kirjaaminen on tulevaisuudessa tärkeää Kanta- ja Kansa-järjestelmienkin ke-hittymisen vuoksi. Hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa huomion keskittäminen asukkaan yksilöllisiin tarpeisiin toimintojen sijasta olisi tärkeää. Tulevaisuudessa kirjauk-set tulevat näkymään asukkaalle reaaliajassa, jolloin asukas itse voi nähdä hoitohenki-lökunnan tekemät kirjaukset. Palveluasumisen yksikön asukkaiden hoito- ja palvelu-suunnitelmiin tutustuminen on ollut mielenkiintoista ja opettavaa työskentelyä. Mielen-kiintoinen tutkimuksen kohde jatkossa olisi tarkastella asukkaiden taustatietoja. Heidän tarpeensa palveluasumisen yksikköön saapuessa sekä sitä, miten asukkaiden päivittäi-

sissä hoitotyön kirjauksissa on otettu huomioon asukkaan tarpeet ja asukkaan omat voimavarat. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen sisältöjen kokonaisvaltaisen ja johdonmukaisen kattavuuden puute voi osittain liittyä palveluasumisen yksikön hoitohenkilökunnan osaamiseen hoitotyön rakenteisessa kirjaamisessa. Lisätutkimusta tarvitaan osaamisen tasosta, jotta hoito- ja palvelusuunnitelmat kehittyvät rakenteisesti ja FinCC-luokituksen mukaisesti.

## Lähteet

Arkistolaki 831/1994. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831>>. Luettu 7.8.2018.

Asiakasasiakirjalaki 254/2015. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150254>>. Luettu 11.6.2018.

Aluehallintovirasto. 2019. Saatavana myös osoitteessa.<[https://www.avi.fi/web/avi/tiedotteet-2019/-/asset\\_publisher/LS5QDoBhmXRf/content/vanhustenhoivan-epakohtailmoituksia-saatu-runsaasti-jokainen-otetaan-vakavasti;jsessionid=E1A4F399C29FD96460AAD52E1FEA0207](https://www.avi.fi/web/avi/tiedotteet-2019/-/asset_publisher/LS5QDoBhmXRf/content/vanhustenhoivan-epakohtailmoituksia-saatu-runsaasti-jokainen-otetaan-vakavasti;jsessionid=E1A4F399C29FD96460AAD52E1FEA0207)>. Luettu 11.2.2019.

Berg, M & Aarts, Jos & J van der, Lei. 2003: 42 (4): 297 – 301. ICT in health care:sociotechnical approaches. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14534625>>. Luettu 24.4.2019.

Charalambous, Liz & Goldberg, Sarah. 2016. "Gaps, mishaps and overlaps". Nursing documentation: How does it affect care? Article. Journal of Research in Nursing. Saatavana myös osoitteessa.<<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1744987116678900>>. Luettu 19.2.2019.

Cheevakasemsook, Aree & Chapman, Ysanne & Francis, Karen & Davies, Carmel. 2006. The study of nursing documentation complexities. Saatavana myös osoitteessa.<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x>>. Luettu 20.4.2019.

Dykes, Patricia C & Samal, Lipika & Donahue, Moreen & Greenberg, Jeffrey O & Hurley, Ann C & Hasan, Omar & O'Malley, Terrance A & Venkatesh, Arjun K & Volk, Lynn A & Bates, David W. A patient-centered longitudinal care plan: Vision versus reality. Journal of the American Medical Informatics Association 21 (6), 1028 – 1090. Saatavana myös osoitteessa.<<https://doi:10.1136/amiajn1-2013-002454>>. Luettu 1.10.2019.

Elinkeinoelämän keskusliitto. 2019. Tietopaketti yrityksille: EU:n yleinen tietosuoja-asetus ja tietosuojalaki. Saatavana myös osoitteessa.<<https://ek.fi/mita-teemme/yrityslain-saadanto/tietosuojalainsaadanto/tietopaketti-yrityksille-on-aika-valmistautua-eun-yleiseen-tietosuoja-asetukseen/>>.Luettu 8.3.2019.

Elo, Satu & Kyngäs, Helvi. 2007. The qualitative content analysis process. Article. Journal of Advanced Nursing 62 (1) 107 – 115.

Ensio, Anneli & Saranto, Kaija. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.

EU-Lex. 2016. Saatavana myös osoitteessa. <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>>. Luettu 8.3.2019.

EU yleinen tietosuoja-asetus. 2018. Saatavana myös osoitteessa. <<https://www.privacy-regulation.eu/fi/5.htm>>. Luettu 8.3.2019.

Grove SK, Burns N & Gray JR. 2013. The practice of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. Seitsemäs painos. Elsevier.

Haho, Annu 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoidaja-lehti 12/2009, vol 82, 38 -39.

Hallila, Liisa 2005. Raportointikäytäntöjen kehittäminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita.10 osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Henkilötietojen suoja. 2018. Saatavana myös osoitteessa.<<http://www.europarl.europa.eu/factsheets/fi/sheet/157/henkilotietojen-suoja>>. Luettu 8.3.2019.

Häyrynen, Kristiina & Lammintakanen, Johanna & Saranto, Kaija 2010. Evaluation of electronic nursing documentation--Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505610000985?via%3Dihub>>. Luettu 19.2.2019.

Junttila, Kristiina. 28.2.2012. FinCC-versiopäivitys 3.0. Saatavana myös osoitteessa.<[https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/FinCC\\_semi-naari\\_280212\\_Junttila.pdf/a637a6a7-35f7-470a-a82a-091fa356741b](https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438202/FinCC_semi-naari_280212_Junttila.pdf/a637a6a7-35f7-470a-a82a-091fa356741b)>.Luettu 24.3.2018.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen - Julkunen, Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3 – 5.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, Ulla-Mari 2007. Rakenteinen tieto haavahoidon kirjaamisessa. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/UMKinnunengradu.pdf/c83eeb70-0ba8-41cd-9b14-f9cafa87445e>>. Luettu 14.8.2018.

Kinnunen, Ulla-Mari 2016. Adaption, implementation and outcomes for meaningful us. Saatavana myös osoitteessa.<<https://journal.fi/finjehew/view/55990/18492>>. Luettu 20.3.2019.

Kröger, Teppo & Van Aerschot, Lin & Puthenparambil, Jiby Mathew 2018. Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa – julkaisu. Saatavana myös osoitteessa. <<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/57183/978-951-39-7372-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 9.2.2019.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2014. Laadullinen terveystutkimus. 1 – 3.painos. Porvoo:Bookwell Oy.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki:Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi & Elo, Satu & Pölkki, Tarja & Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011, 23 (2), 138-148. Saatavana myös osoitteessa. <[https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallönanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessä\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa)>. Luettu 11.2.2019.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>>. Luettu 11.2.2019.

Liljamo, Pia & Kinnunen, Ulla-Mari & Ensio, Anneli 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHTol 3.0, SHTuL 1.0. Saatavana myös osoitteessa:<[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas\\_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1)>. Luettu 18.7.2018

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>. Luettu 15.11.2017.

Laukkanen, Pia 2008. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen Taina (toim.): Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. 1 painos. Juva:WS Bookwell Oy.

Mariani, Elena & Chattat, Rabih & Vernooij-Dassen, Myrra & Koopmans, Raymond & Engels, Yvonne. 2016. Care plan improvement in nursing homes: An integrative review. Saatavana myös osoitteessa. <<https://content.iospress.com/articles/journal-of- alzheimers-disease/jad160559>>.Luettu 6.5.2019.

Mykkänen, Minna 2018. Tietorakenteet potilaan hoitotietojen kirjaamisessa –Case hoitotyön yhteenveto. Saatavana myös osoitteessa <<https://www.bing.com/search?q=https%2F%2Fjournal.fi%2Ffinjehew%2Farticle%2Fview%2F68899%2F31841&src=IE-TopResult&FORM=IETR02&conversationid=>>>. Luettu 5.8.2018.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nykänen, Pirkko & Junttila, Kristiina (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti 40/2012. Saatavana myös osoitteessa<..[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf)>.Luettu 24.3.2018.

Nykänen, Pirkko & Viitanen, Johanna & Kuusisto, Anne. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamisen ja hoitokertomuksen käytettävyys. Saatavana myös osoitteessa. <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65782/D-2010-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 7.2.2019.

Nykänen, Pirkko & Kaipio, Johanna & Kuusisto, Anne. 2012. Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland – lessons learned and directions for the future. Saatavana myös osoitteessa. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505612000354?via%3Dihub>> .Luettu 19.2.2019.

Paans, Wolter & Sermeus, Walter & Nieweg, Roos MB & Van Der Schans, Gees P. 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. Saatavana myös osoitteessa. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2010.05433.x>>. Luettu 1.8.2018.

Päivärinta, Eeva & Haverinen Riitta. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Saatavana myös osoitteessa. <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf>>. Luettu 11.6.2018.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Saatavana myös osoitteessa. <<https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-pdf>>. Luettu 22.9.2018.

Saranto, Kaija & Kinnunen, Mari. 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Saatavana myös osoitteessa. <[https://www.researchgate.net/profile/Ulla-Mari\\_Kinnunen/publication/24020644\\_Evaluating\\_nursing\\_documentation\\_-\\_Research\\_designs\\_and\\_methods\\_Systematic\\_review/links/5a7193a6458515015e64a6a6/Evaluating-nursing-documentation-Research-designs-and-methods-Systematic-review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ulla-Mari_Kinnunen/publication/24020644_Evaluating_nursing_documentation_-_Research_designs_and_methods_Systematic_review/links/5a7193a6458515015e64a6a6/Evaluating-nursing-documentation-Research-designs-and-methods-Systematic-review.pdf)>. Luettu 20.4.2019.

Saranto, Kaija & Ensio, Anneli & Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna Liisa. 2008. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sosiaalihuoltolaki. 2014. Saatavana myös osoitteessa. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/2014/2014301>>. Luettu 22.9.2018.



Sosiaalihuoltolaki.2014. Saatavana myös osoitteessa. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>>. Luettu 24.2.2019.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009. Saatavana myös osoitteessa.< <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>>. Luettu 1.8.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 4.2.2016. Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista. Sosiaalihuollon asiakastietojen kirjaamisvaatimukset. Saatavana myös osoitteessa.<[http://www.socom.fi/wp-content/uploads/2016/01/Kansakoulu\\_20160204\\_JKL\\_Heilio%CC%88.pdf](http://www.socom.fi/wp-content/uploads/2016/01/Kansakoulu_20160204_JKL_Heilio%CC%88.pdf)>. Luettu 15.11.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 6.2.2019. Tiedote 20/2019. Miten varmistamme laadukkaat vanhusten palvelut. Saatavana myös osoitteessa. <[https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/vanhusten-asumispalvelujen-laadua-vahvistetaan-25-toimenpiteella](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vanhusten-asumispalvelujen-laadua-vahvistetaan-25-toimenpiteella)>. Luettu 11.2.2019.

Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta (toim.) 2013. Ikääntyneen ihmisen terveysongelmat ja niiden arviointi – esimerkkejä keskeisistä terveysongelmista. Turku:Juvenes Print.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/73. Saatavana myös osoitteessa. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>>. Luettu 1.7.2019.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018. Kanta-palvelut. Saatavana myös osoitteessa <<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kanta-palvelut>>. Päivitetty 9.8.2018. Luettu 1.8.2018.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Osallisuus. Päivitetty 6.11.2018. Saatavana myös osoitteessa. <<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>>. Luettu 20.1.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Rakenteinen kirjaaminen. Saatavana myös osoitteessa.<<https://verkkokoulut.thl.fi/web/kanta/rakenteinen-kirjaaminen/sisallot>>. Luettu 1.8.2018.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Saatavana myös osoitteessa.<[https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN\\_ISBN\\_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1](https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1)>. Luettu 1.8.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Sosiaalinen osallisuus. Saatavana myös osoitteessa.<[https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti\\_Sosiaalinen\\_Osallisuus.pdf/4bc56a65-8eb2-41c3-87b8-0cd963a2c600](https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Sosiaalinen_Osallisuus.pdf/4bc56a65-8eb2-41c3-87b8-0cd963a2c600)>. Luettu 1.8.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Rakenteinen tieto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/rakenteinen-tieto-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>>.Luettu 15.11.2017.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Sosiaalihuollon asiakasasiakirjalainen toimeenpano hanke eli KANSA-kouluhanke. Päivitetty 19.11.2015. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/sosiaalihuollon-tiedonhallinta/kehittamisprojektit/kansa-koulu>>.Luettu 30.11.2017.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016. Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja määrämuotoisen kirjaamisen toimeenpanohanke (KanSa-hanke). Saatavana myös osoitteessa.<[www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130563/URN\\_ISBN\\_978-952-302-660-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130563/URN_ISBN_978-952-302-660-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Luettu 22.9.2018.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Saatavana myös osoitteessa.<[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN\\_ISBN\\_978-952-302-3819.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-3819.pdf?sequence=1)>. Luettu 25.2.2019.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tietoa RAI-järjestelmästä. Päivitetty 16.6.2017. Saatavana myös osoitteessa. <<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>>. Luettu 11.6.2018.

Tietosuojalaki 5.12.2018. Saatavana myös osoitteessa.<<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181050>>. Luettu 8.3.2019.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Saatavana myös osoitteessa. <<https://www.tenk.fi/f/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 23.9.2018.

Turjamaa, Riitta & Hartikainen, Sirpa & Kangasniemi, Mari & Pietilä, Anna-Maija. 2015. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? Scandinavian Journal of Caring Sciences 29 (2), 317 – 324. Saatavana myös osoitteessa. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12165>>. Luettu 7.3.2019.

Valvira. 2015. Lääkehoidon toteuttaminen. Saatavana myös osoitteessa. <[https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon\\_toteuttaminen](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen)>. Luettu 11.2.2019.

Virginia K Saba 2017. Clinical Care Classification System. Saatavana myös osoitteessa. <<https://www.sabacare.com>>. Luettu 25.3.2019.

Virkkunen, Heikki & Mäkelä-Bengs, Päivi & Vuokko, Riikka (toim.) 2015. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa1. Saatavana myös osoitteessa. <[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN\\_ISBN\\_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1)>. Luettu 29.11.2017

Wang, Ning & Hailey David & Yu Ping 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of Advanced Nursing 67 (9), 1858 – 1875. Article. Saatavana myös osoitteessa. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>>. Luettu 19.2.2019.

Liite 1. Saatekirje

Hyvä asumispalvelupäällikkö vs, hoitotyön esimies ja tiimivastaava sairaanhoitaja.

Olen ylemmän AMK- tutkinnon opiskelija Pirkko Toivanen. Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtamista (ylempi AMK).

Teen opinnäytetyötä ”Rakenteinen kirjaaminen palveluasumisen yksikössä”. Aineistona on julkisen puolen palveluasumisen yksikön 33:n asukkaan päivitetty hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tutkin asukkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia siten, että en saa tietooni asukkaasta mitään henkilötietoja, nimeä, syntymäaikaa tai sukupuolta. Tällöin en tarvitse laatia rekisteriselostekuvausta.

Tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan FinCC-luokituksen mukaista hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamista palveluasumisen yksikössä.

Tavoitteena on saada vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

Millaisia selviytymisen, lääkehoidon ja ravitsemuksen sisältöjä on kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan palveluasumisen yksikössä?

Millaisena asukkaan oma osallisuus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelman rakenteisessa kirjaamisessa palveluasumisen yksikössä?

Kiitos, että saan tehdä opinnäytetyöni yksikössänne.

Valmis opinnäytetyöni julkaistaan [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi) sivustolla.

## Lyhenteet

FinCC	Finnish Care Classification
eArkisto	Potilastiedon arkisto
KanSa	Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja määrämuo- toisen kirjaamisen toimeenpanohanke (KanSa-hanke)
KanTa	Valtakunnallinen potilastiedon arkisto
SHTaL	Suomalaisen hoidon tarveluokitus
SHToL	Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus
SHTuL	Suomalaisen hoitotyön tulosluokitus





**Liitteen otsikko**

Liitteen sisältö